Histoire des sanatoriums en France (1915-1945). Une architecture en quête de rendement thérapeutique

Philippe Grandvoinnet

▶ **To cite this version:**

Philippe Grandvoinnet. Histoire des sanatoriums en France (1915-1945). Une architecture en quête de rendement thérapeutique. Architecture, aménagement de l'espace. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (UVSQ); Université de Genève, 2010. Français. NNT : . tel-01935993

HAL Id: tel-01935993
https://hal.science/tel-01935993

Submitted on 27 Nov 2018

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.

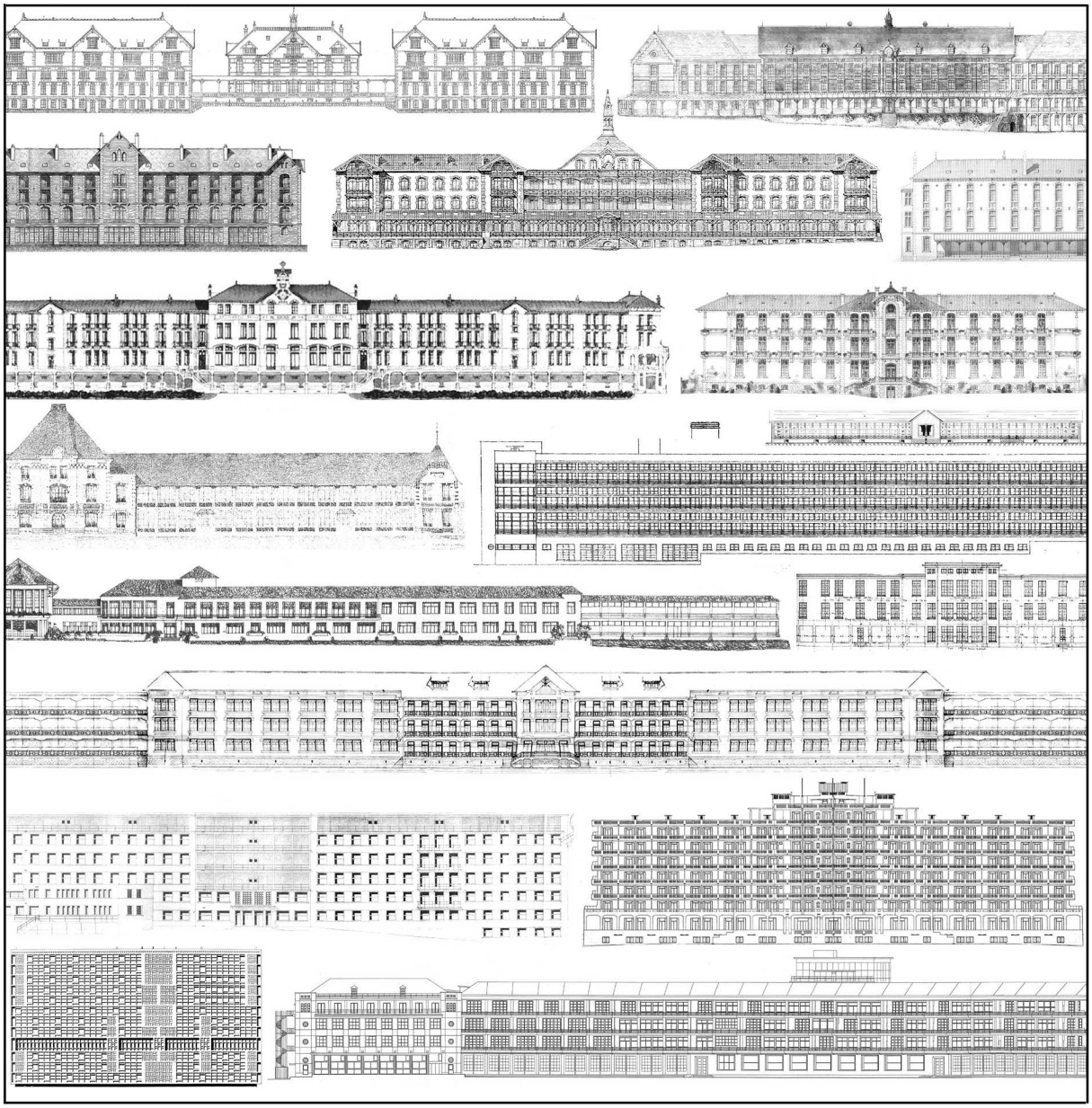
UNIVERSITÉ DE GENEVE UNIVERSITÉ DE VERSAILLES-SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur en architecture (Université de Genève) et en histoire culturelle et sociale de l'architecture et des formes urbaines (Université de Versailles)

Histoire des sanatoriums en France (1915-1945)

Une architecture en quête de rendement thérapeutique

Philippe Grandvoinnet



Tome I : mémoire

Soutenue à Paris, le 29 juin 2010

Co-directeurs :

Anne-Marie Châtelet, architecte, professeure à l'Ecole nationale supérieure d'architecture de Strasbourg.
Bruno Reichlin, architecte, professeur émérite de l'Université de Genève, professeur à l'Université de la Suisse italienne, *Accademia di architettura* de Mendrisio.

Membres du jury :

Olivier Faure, professeur à l'Université Jean-Moulin-Lyon III (rapporteur).
Jean-Paul Janssens, pneumologue, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Genève.
Richard Klein, architecte, professeur à l'Ecole nationale supérieure d'architecture de Lille (rapporteur).
Quintus Miller, architecte, professeur à l'*Accademia di architettura* de Mendrisio.
Jean-Yves Mollier, professeur à l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.

UNIVERSITÉ DE GENÈVE / UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

Thèse en vue de l'obtention du grade de docteur en architecture (Université de Genève)
et en histoire culturelle et sociale de l'architecture et des formes urbaines (UVSQ)

HISTOIRE DES SANATORIUMS EN FRANCE (1915-1945)
UNE ARCHITECTURE EN QUÊTE DE RENDEMENT THÉRAPEUTIQUE

PHILIPPE GRANDVOINNET

Directeurs :

ANNE-MARIE CHÂTELET
Architecte, professeure à l'Ecole nationale supérieure d'architecture de Strasbourg.

BRUNO REICHLIN
Architecte, professeur émérite de l'Université de Genève, professeur à l'Université de la Suisse italienne, *Accademia di architettura* de Mendrisio.

Soutenue à Paris le 29 juin 2010

« Le sanatorium est un instrument de cure, un organe antituberculeux rationnel [...], une maison scientifiquement agencée, une machine d'hygiène thérapeutique faite pour ouvrager, si on peut dire, avec un maximum de rendement, certaines catégories de tuberculeux curables. »

Louis Landouzy, 1900.

INTRODUCTION **9**

CHAPITRE 1. LA CONSTRUCTION DE LA CURE D'AIR (1819-1914) **17**

1.1. Phtisie et traitement climatique (1819-1899). **20**

1.1.1. Mycobacterium tuberculosis. 20
1.1.2. De la phtisie à la tuberculose : Laennec, Villemin et Koch (1819-1882). 21
1.1.3. Tuberculoses pulmonaire et extra-pulmonaires. 23
1.1.4. Diagnostic et stades de la tuberculose. 25
1.1.5. Etiologie de la tuberculose : l'hygiène et le logement. 27
1.1.6. Modes de contagion et prophylaxie de la tuberculose : bacilles et crachats. 30
1.1.7. La curabilité de la tuberculose. 32
1.1.8. Les approches thérapeutiques et la cure hygiéno-climatique (1819-1850). 34
1.1.9. Le traitement climatique de la phtisie : valeur du climat d'Alger (1836-1860). 38

1.2. Le sanatorium comme « établissement fermé » (1850-1900). **40**

1.2.1. Hermann Brehmer et la cure « climato-hygiéno-diététique » (1853-1889). 40
1.2.2. Peter Dettweiler et le sanatorium de Falkenstein (1874-1876). 44
1.2.3. Le « mouvement » des sanatoriums populaires allemands (1892-1900). 46
1.2.4. Le congrès de la tuberculose de Berlin de 1899. 52
1.2.5. Les sanatoriums d'altitude suisses et les établissements cantonaux. 56
1.2.6. Les fondements de la cure hygiéno-diététique : air, repos et alimentation. 60
1.2.7. La méthode hygiéno-diététique dans les sanatoriums. 68
1.2.8. Dispositions architecturales des établissements fermés pour tuberculeux. 75

1.3. Les origines du mouvement antituberculeux français (1888-1900). **78**

1.3.1. Les congrès de la tuberculose de 1888, 1891 et 1893. 78
1.3.2. Les œuvres pionnières (1864-1892). 80
1.3.3. Les sanatoriums privés et le modèle suisse (1895-1903). 83
1.3.4. Définition et usages du terme « sanatorium » en France. 89
1.3.5. Le sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Angicourt (1890-1900). 94
1.3.6. Le sanatorium Félix Mangini à Hauteville (1895-1900) 96
1.3.7. Le congrès français de la tuberculose de 1898. 98

1.4. Vers la constitution de modèles français (1890-1905). **101**

1.4.1. Les hospices et les hôpitaux dans la lutte antituberculeuse (1896-1904). 101
1.4.2. Le projet de loi sur les sanatoriums de 1901 105
1.4.3. Une alternative au modèle allemand : le premier sanatorium de Bligny (1899-1903). 109
1.4.4. Le « sanatorium idéal », un rêve de médecins (1895-1902). 111
1.4.5. Le développement des sanatoriums français (1901-1905). 113
1.4.6. Le rejet des « sanatoriums architecturaux » (1900-1903). 118
1.4.7. Le rendement économique et social des sanatoriums 125

1.5. Le mouvement sanatorial à la veille de la Première Guerre Mondiale. **130**

1.5.1. Les œuvres de prophylaxie et de préservation de la tuberculose. 130
1.5.2. Les conférences de la tuberculose de 1901 à 1905 : sanatorium *versus* dispensaire. 133
1.5.3. Expériences internationales : le concours pour le sanatorium Edouard VII (1902). 136
1.5.4. Eléments d'une typologie sanatoriale. 140
1.5.5. Bilan des réalisations françaises avant la Première Guerre Mondiale. 144

CHAPITRE 2. L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX FRANÇAIS, UNE CRÉATION DE LA GRANDE GUERRE (1915-1939) **147**

2.1. Les établissements pour militaires tuberculeux (1915-1919). **150**
2.1.1. Les stations sanitaires du ministère de l'intérieur (1915). 150
2.1.2. Les conditions d'aménagement des stations sanitaires. 156
2.1.3. Les hôpitaux sanitaires du ministère de la Guerre (1916). 163
2.1.4. L'usage des baraquements (1916-1925). 169
2.1.5. Les réseaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. 179

2.2. Vers un armement antituberculeux national. **183**
2.2.1. Des stations sanitaires aux projets départementaux (1916-1918). 183
2.2.2. Les sanatoriums privés et le projet de l'U.I.M.M. (1917) 190
2.2.3. La poursuite de l'œuvre antituberculeuse et le débat parlementaire (1917-1919). 193
2.2.4. La loi du 7 septembre 1919. 198
2.2.5. Les moyens financiers. 200

2.3. Les conditions légales de fonctionnement des sanatoriums. **202**
2.3.1. Le décret d'application du 8 août 1920. 202
2.3.2. Le Comité national de défense contre la tuberculose et l'action départementale. 208
2.3.3. L'admission des malades. 216
2.3.4. Les sanatoriums maritimes et les préventoriums dans nouvelle législation. 223
2.3.5. Les législations antituberculeuses étrangères. 226

2.4. Le pragmatisme de l'après-guerre : aménager dans l'existant (1919-1927). **231**
2.4.1. La reconversion des stations sanitaires (1919-1935) 231
2.4.2. Mise en conformité des sanatoriums existants : le cas des galeries de cure. 240
2.4.3. La création de sanatoriums dans des bâtiments existants : un débat entre médecins. 244
2.4.4. Le placement des malades hors-département : facilités et limites du système. 250

2.5. La volonté de construire (1920-1929) **258**
2.5.1. L'estimation des besoins et la définition d'un programme. 258
2.5.2. L'engagement des départements. 261
2.5.3. Les plans d'ensemble de lutte contre la tuberculose. 262
2.5.4. L'hôpital-sanatorium, alternative polyvalente au sanatorium de cure ? 264
2.5.5. Les statuts particuliers : ententes interdépartementales et sanatoriums corporatifs. 272

2.6. L'ultimatum de 1929 et le "boom sanatorial" du début des années trente. **281**
2.6.1. L'expiration du délai d'équipement de 1929. 281
2.6.2. L'Etat face à ses engagements financiers 283
2.6.3. La production de masse. 292
2.6.4. Le sanatorium, un modèle en crise ? 297

CHAPITRE 3. LES CONDITIONS TECHNIQUES ET HYGIÉNIQUES DU BOOM SANATORIAL FRANÇAIS **301**

3.1. Le sanatorium et son environnement naturel : climat et paysage. **304**
3.1.1. Les climats régionaux français. 304
3.1.2. Plaine *versus* montagne. 311
3.1.3. Le choix d'un emplacement adéquat : entre salubrité et pittoresque. 315
3.1.4. Parcs et jardins sanatoriaux : la *natura medicatrix* au service de la cure. 319

3.2. La cure en établissement fermé : nécessité thérapeutique. **323**
3.2.1. Les établissements fermés. 323
3.2.2. L'attention portée au cadre de vie des malades : contrepartie à l'enfermement ? 328
3.2.3. La couleur comme adjuvant thérapeutique à la cure. 331
3.2.4. Le déni de la mort. 334

3.3. La discipline sanatoriale **337**
3.3.1. L'assujettissement des malades au règlement. 337
3.3.2. La surveillance des malades. 339
3.3.3. La non-mixité, principe de base de la conception sanatoriale. 342

3.3.4. L'éducation sanitaire des tuberculeux. 345
3.4. Les sanatoriums : établissements aseptiques. 350
3.4.1. Les matériaux de construction. 350
3.4.2. Les revêtements de surfaces. 353
3.4.3. La destruction des germes et la gestion des déchets. 360
3.4.4. Le chauffage et la production d'énergie. 367
3.5. La *Note sur les sanatoria* de 1929 et l'emploi des prestations en nature allemandes. 373
3.6. Médecins et architectes. 378
3.6.1. Le « pouvoir absolu » du médecin-directeur. 378
3.6.2. Louis Guinard et *La pratique des sanatoriums* : le médecin maître d'ouvrage. 382
3.6.3. Médecine et chirurgie dans les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires. 385
3.6.4. Architectes départementaux et architectes « spécialistes ». 386
3.6.5. Les concours publics. 388
3.6.6. Le voyage d'étude : caution scientifique et valorisation d'un capital thérapeutique. 393
3.6.7. La collaboration avec les médecins. 396

CHAPITRE 4. LA QUÊTE DU RENDEMENT THÉRAPEUTIQUE (1929-1945) 403
4.1. Plan de masse et organisation spatiale des sanatoriums. 406
4.1.1. Eléments de méthode. 406
4.1.2. L'usage des plans-types et le modèle de Bligny. 410
4.1.3. Le plan d'ensemble des établissements : compacité *versus* étalement. 414
4.1.4. La séparation des sexes comme critère d'organisation spatiale. 423
4.1.5. Les grands sanatoriums départementaux (1927-1936). 427
4.2. Hygiène de la construction et des aménagements intérieurs. 431
4.2.1. Maçonnerie traditionnelle et structures en béton armé. 431
4.2.2. L'exigence de surfaces lisses. 433
4.2.3. Le chauffage et la centralisation de la production d'énergie. 435
4.2.4. L'électricité : source d'énergie hygiénique. 438
4.2.5. L'ère de la chirurgie. 441
4.3. La chambre de malade comme unité constitutive du projet. 444
4.3.1. La « chambre de Bligny ». 444
4.3.2. L'organisation des chambres de malades. 448
4.3.3. Vers la cellule de cure individuelle. 459
4.4. Les galeries de cure dans la conception sanatoriale. 469
4.4.1. Galeries et promenoirs : diversité des espaces de cure. 469
4.4.2. Galeries de cure d'été et d'hiver : doser l'ensoleillement et protéger les malades. 472
4.4.3. La disposition des galeries de cure. 475
4.4.4. Les galeries de cure d'extrémité comme modèle officiel. 479
4.5. Architectures du *Terrassentyp*. 482
4.5.1. La toiture terrasse : entre pragmatisme et « tentation esthétique ». 482
4.5.2. Terrasses-solariums et galeries de cure en toiture. 485
4.5.3. Les établissements d'héliothérapie 488
4.5.4. Le sanatorium à gradins : récurrence d'un « type » sanatorial. 491
4.5.5. Spécificités constructives du système à gradins. 502

EPILOGUE : LE SOUFFLE COUPÉ DE L'ARCHITECTURE ANTITUBERCULEUSE (1945-1968) 507

CONCLUSION 517

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE 523

INDEX 541

ABRÉVIATIONS, NOMENCLATURE ET REMERCIEMENTS 547

INTRODUCTION

Les sanatoriums ont disparu du paysage institutionnel et sanitaire français depuis plus de quarante ans. Si leur nom est encore associé à la tuberculose, il n'évoque plus aujourd'hui qu'un passé thérapeutique lointain, où les notions de « grand air », de « cure climatique » et d'« hygiénisme » se mêlent confusément. Pourquoi, alors, nous intéresser à ces établissements de cure qui n'eurent d'existence légale, en France, qu'une cinquantaine d'années durant, très précisément entre le 7 septembre 1919 et le 10 mai 1968[1] ?

Une première raison est que les sanatoriums incarnent, en tant qu'objets culturels, l'investissement de toute une génération – notamment de médecins – dans la lutte contre la tuberculose dont il reste peu de traces en dehors des bâtiments eux-mêmes. Mais leur architecture reste aujourd'hui muette : tel un instrument devenu étranger faute d'en avoir perpétué l'usage, le sanatorium ne peut être appréhendé que s'il l'on en connaît les tenants et les aboutissants, notamment médicaux et architecturaux. Le sanatorium s'apparente à un instrument médical, voire à un objet technique dont le perfectionnement fut une préoccupation de chaque instant : pour adapter cet outil à des usages changeants, son "mode d'emploi" fut sans cesse renouvelé. Une autre raison de nous intéresser aux sanatoriums est la place paradoxale qu'ils occupent dans l'histoire de l'architecture. L'invention médicale des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires remonte au milieu du XIX^{e} et leur programme technique et architectural est codifié peu avant 1900. En France, les sanatoriums ne connaissent de véritable essor qu'à la fin de la Première Guerre Mondiale : les médecins, les architectes et les critiques mettaient alors en avant l'adéquation du programme sanatorial avec un « esprit moderne »[2] revendiqué haut et fort. Cette conception était pourtant biaisée puisqu'elle résultait d'une focalisation sur quelques projets emblématiques, reflet partiel du « mouvement sanatorial » français. Si notre travail n'est pas directement centré sur la réception de cette architecture, ni sur son historiographie, il interroge les distorsions d'une critique architecturale portée à faire des choix, au détriment d'une vision globale. Une troisième raison ne nous intéresser aux sanatoriums est l'actualité sociale et patrimoniale qu'ils connaissent aujourd'hui. Bien que transformés, la plupart de ces bâtiments existent toujours et font l'objet, depuis le début des années 1990, d'une nouvelle vague de reconversions dont les résultats sont le plus souvent destructeurs. La valeur patrimoniale des sanatoriums de l'entre-deux-guerres est considérée depuis une quinzaine d'années en France ; leur sauvegarde matérielle est toutefois

[1] La création de sanatoriums publics fut encadrée par la loi du 7 septembre 1919 tandis que le décret du 10 mai 1968 les autorisa à recevoir des malades autres que tuberculeux.

[2] Les termes « moderne » et « modernité » sont récurrents dans les rapports et articles sur les sanatoriums français. Nous empruntons l'expression « esprit moderne » à un rapport sur le projet de l'hôpital-sanatorium de Lille, s.d. [1928]. A.D. du Nord, 4N 535.

difficile à réaliser en raison des enjeux économiques, de l'isolement des établissements et de la difficulté à leur trouver un nouvel usage. Les bâtiments sont donc fréquement sacrifiés et l'on se contente, au mieux, de documenter la « mémoire » du mouvement sanitaire qu'ils incarnent. Outre le travail d'inventaire réalisé sur ce patrimoine, notre recherche vise à recentrer le débat sur la valeur architecturale de ces bâtiments.

Délimitons d'abord les contours de notre objet d'étude. Les établissements impliqués dans la lutte contre la tuberculose ne nous étaient pas inconnus avant d'entreprendre ce travail : nous en avions esquissé le panorama au travers d'un mémoire de maîtrise sur l'école de plein air d'Amsterdam (Pays-Bas, Jan Duiker architecte, 1929-1930) et d'un mémoire de 3e cycle sur le sanatorium Martel de Janville au Plateau d'Assy (Haute-Savoie, Pol Abraham et Henry Jacques Le Même architectes, 1932-1937)[3]. Le sanatorium est peut-être le plus emblématique de cette vaste production sanitaire car il entretient avec la tuberculose un rapport de spécificité qui lui est propre : si les dispensaires ne sont pas exclusivement « antituberculeux », si les écoles de plein air sont aussi des écoles, si les préventoriums et les aériums fonctionnent comme des colonies de vacances, les sanatoriums ne sont ni des hôpitaux de tuberculeux ni des maisons de cure ; ils n'existent que dans le cadre étroit de la cure dite « hygiéno-diététique ». En un mot : leurs dispositions architecturales et leurs équipements techniques sont la traduction immédiate d'une pratique thérapeutique. Des 350 sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires (réalisés ou seulement projetés) répertoriés en France, seuls quelques-uns jouissent d'une reconnaissance, souvent liée à la personnalité d'un architecte[4]. Ces projets ne sont que la partie émergée d'une production sanatoriale plus importante dont l'essentiel reste inconnu : ils ne peuvent incarner à eux seuls le "type" sanatorium, pas plus qu'ils n'en donnent toutes les clefs de lecture. Les dates qui délimitent notre propos – de 1915 à 1945 – correspondent au cadre législatif qui a été à l'origine de l'essor de l'équipement sanatorial français. Les conséquences sanitaires de la Première Guerre Mondiale conduisirent les autorités à prendre des mesures concrètes : la loi du 18 octobre 1915 permit la création des « stations sanitaires » pour les militaires tuberculeux et amorça la prise en charge des malades, institutionnalisée dans la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums publics. Régies par la loi de 1919 et son décret d'application de 1920, les conditions légales de création et de fonctionnement des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires resteront assez stables durant l'entre-deux-guerres. A la fin de la Seconde Guerre Mondiale, l'ordonnance du 31 octobre 1945 abroge la législation antérieure et consacre la refonte de l'organisation de la lutte contre la tuberculose. La lutte contre cette maladie connaîtra par la suite de profonds bouleversements avec l'apparition des traitements antibiotiques.

La mention « pour tuberculeux pulmonaires » exclut d'emblée de notre propos les sanatoriums pour tuberculeux « extra-pulmonaires ». Ce choix résulte d'un double constat : historique, d'abord, puisque les établissements pour tuberculeux ostéo-articulaires et ganglionnaires sont issus d'une tradition médicale distincte, héritée de la pratique des bains de mer à la fin du XVIIIe siècle, et incarnée dans les nombreux hôpitaux maritimes pour enfants scrofuleux et rachitiques construits sur toutes les côtes de France dans la seconde moitié du XIXe siècle. Contrairement aux sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, la plupart des sanatoriums marins français sont ainsi antérieurs à la Première Guerre Mondiale[5]. Ces deux catégories d'établissements n'ont donc en commun que la nature tuberculeuse des affections qui y sont soignées. Cette restriction est également justifiée par des motifs administratifs et architecturaux : ignorées dans les textes de 1919-1920, les caractéristiques propres aux sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires et extra-pulmonaires seront prises en compte en 1924 et la législation scindée en deux « titres » distincts. Outre que les méthodes de cure pratiquées dans ces établissements reposaient sur des bases théoriques distinctes, les tuberculeux « extra-pulmonaires », contrairement aux malades pulmonaires, n'étaient pas contagieux. La spécificité des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaire réside, nous le verrons, dans cette attention de

[3] *L'école de plein air d'Amsterdam de Jan Duiker (1929-1930)*, mémoire de maîtrise, option faire de l'histoire, Ecole d'architecture de Versailles, sous la direction d'Anne-Marie Châtelet, 2000. Les écoles de plein air étaient réservées aux enfants parfois qualifiés de « pré-tuberculeux », c'est à dire vivant dans un environnement à risque et qu'il fallait fortifier au moyen d'un enseignement adapté, en « plein air » la plupart du temps. *Le sanatorium Martel de Janville au Plateau d'Assy (Haute-Savoie). Pol Abraham et Henry Jacques Le Même architectes (1932-1937)*, mémoire de 3e cycle en Sauvegarde du patrimoine bâti moderne et contemporain, Institut d'architecture de l'université de Genève, sous la direction de Bruno Reichlin, 2004.

[4] S'agissant de la France, nous pensons aux projets de sanatoriums des architectes A. Lurçat, P. Abraham et H. J. Le Même.

[5] Voir à ce sujet : Laget 2008.

chaque instant à contenir l'infection et à garantir un environnement aseptique aux malades : la contagiosité ou la non-contagiosité des malades séparait ainsi l'équipement antituberculeux en deux branches.

Etat des lieux.

La tuberculose est un domaine investi de longue date par les historiens. Sa qualité de « maladie sociale » (selon une expression en vigueur dès la fin du XIX^{e} siècle) affectant particulièrement les populations démunies, lui a valu d'être considérée comme un bon indicateur des conditions de vie, notamment urbaines, à la fin du XIX^{e} et du début du XX^{e} siècle. Deux domaines ont particulièrement retenu l'attention des historiens : en premier lieu les politiques sanitaires et sociales ; ensuite les tuberculeux eux-mêmes, dont l'image oscille entre le héros romantique et la victime de l'industrialisation forcenée du XIX^{e} siècle. Isabelle Grellet et Caroline Kruse (*Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme (1800-1940)*, 1983)[6] et Pierre Guillaume (*Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{e} et XX^{e} siècles*, 1986)[7] placent ainsi les malades au cœur de l'histoire de la tuberculose. L'intérêt des historiens pour la tuberculose et pour ses manifestations politiques et sociales n'est pas propre à la France : il se retrouve en Angleterre[8] et en surtout en Allemagne qui fut, dès les années 1880, l'un des premiers pays européens à organiser à grande échelle la lutte contre la tuberculose. Les travaux récents de Sylvelin Hähner-Rombach (*Sozialgeschichte der Tuberkulose : vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, 2000)[9] ou de Flurin Condrau (*Lungenheilanstalt und Patientenschicksal : Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert*, 2000)[10] partagent cette approche sociale de la maladie. A ces travaux s'ajoutent ceux des médecins et des historiens de la médecine sur l'évolution des approches médicales et des thérapies antituberculeuses. Dans son *Histoire des microbes*[11], l'historien Paul Berche fait de *Mycobacterium tuberculosis*, le bacille de Koch, un acteur de cette histoire sanitaire au même titre que les malades et que les médecins.

Si l'histoire médicale de la tuberculose, l'histoire sociale des malades et l'histoire institutionnelle des politiques antituberculeuses sont relativement bien connues, l'histoire des édifices qui ont incarné ces politiques et abrité les malades l'est moins : les établissements de cure, en particulier, sont les grands absents de ces histoires de la tuberculose. En Suisse et en Allemagne, les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires ont été l'objet de plusieurs études qui, pour la plupart, ne quittent pas le domaine de la médecine ou de l'histoire de la médecine, accordant une place très secondaire à l'architecture. S'agissant de l'Allemagne, la thèse d'histoire médicale d'Ingeborg Langerbeins (*Lungenheilanstalten in Deutschland (1854-1945)*, 1979)[12] s'en tient à un panorama de l'histoire sanatoriale allemande depuis ses origines. Centré sur l'essor du « mouvement des sanatoriums populaire » dans les années 1890, l'ouvrage de Wolfgang Seelinger, *Die « Volksheilstätten-Bewegung » in Deutschland um 1900*[13] (Le mouvement des sanatoriums populaires en Allemagne autour de 1900) n'est pas plus disert sur les bâtiments où sont réalisées les cures. En Suisse, les stations climatiques d'altitude constituent un objet d'étude bien identifié : dans l'*Inventar der neuen schweizer Architektur 1850-1920*[14] (Inventaire de la nouvelle architecture suisse, 1850-1920), Hans-Peter Rebsamen et Werner Stutz consacrent à Davos un chapitre particulièrement documenté. Pour trouver une approche plus large de la production sanatoriale suisse il faut se référer à la thèse de Thomas Mattonet, *Lungenheilstätten der Schweiz 1860-1918*[15] (Sanatoriums suisses, 1860-1918)

[6] Isabelle Grellet et Caroline Kruse, *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme (1800-1940)*, Paris, Ramsay, 1983.
[7] Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{e} et XX^{e} siècles*, Paris, Aubier, 1986.
[8] Voir à ce sujet F. B. Smith, *The Retreat of Tuberculosis 1850-1950*, Londres/N.Y./Sydney, Croom Helm, 1988.
[9] Sylvelin Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose : vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart, Franz Steiner, 2000.
[10] Flurin Condrau, *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal : Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert ;* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2000, 363 p.
[11] Paul Berche, *Une histoire des microbes*, Paris, Editions John Libbey Eurotexte, 2007.
[12] Ingeborg Langerbeins, *Lungenheilanstalten in Deutschland (1854-1945)*, thèse de doctorat, Institut für Geschichte der Medizin der Universität zu Köln, 1979.
[13] Wolfgang Seelinger, *Die « Volksheilstätten-Bewegung » in Deutschland um 1900. Zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkülose*, s.l., Profil, 1991.
[14] H.-P. Rebsamen & W. Stutz, « Davos », in *Inventar der neuen schweizer Architektur 1850-1920 (INSA)*, tome 3, Berne, Société d'histoire de l'art en Suisse, 1982, p. 317-464.
[15] Thomas Mattonet, *Lungenheilstätten der Schweiz 1860-1918*, thèse pour le doctorat en médecine, Université de Cologne, 1991

et à l'ouvrage de l'architecte Quintus Miller, *Le sanatorium, architecture d'un isolement sublime*[16] (1991) qui offre une rare étude des conditions techniques et architecturales de cette production.

En France, l'architecture des sanatoriums a souvent été abordée sous l'angle de la reconversion. Il s'agit là d'un sujet classique pour les thèses de médecine des années soixante-dix et quatre-vingt : celles de Michel Couot, *Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et le problème de sa conversion* (1971)[17] et de Marie-Noëlle Dambron (*Evolution de l'armement antituberculeux français et problèmes posés par sa conversion*, 1985)[18] sont les seules à sortir d'une approche strictement monographique pour tenter de problématiser plus largement la reconversion des sanatoriums et les conséquences de la révolution antibiotique. Si la place centrale des sanatoriums dans la politique antituberculeuse française n'est jamais contestée, les historiens ont rarement abordé ces édifices sous l'angle de l'architecture. Il faut peut-être y voir une conséquence de la difficulté à documenter des bâtiments dont l'existence est à peine connue ou à dépasser le mythe sanatorial de la « montagne enchantée » (*Zauberberg*) – d'après le roman éponyme de Thomas Mann (1924) – auquel les sanatoriums sont immanquablement associés, le plus souvent abusivement. Dominique Dessertine et Olivier Faure (*Combattre la tuberculose, 1900-1940*, 1988)[19] ont été parmi les premiers à s'intéresser au contexte de l'édification des établissements de cure, à leurs aménagements et à leur fonctionnement, sur le territoire certes limité de la région Rhône-Alpes. Dans *Le temps du sanatorium en France et en Europe*[20] (2005), l'architecte Jean-Bernard Cremnitzer s'intéresse plus spécifiquement à l'architecture des établissements de cure sans toutefois sortir des sentiers battus : seules les réalisations emblématiques sont abordées et il est fait peu de cas des mécanismes médicaux et politiques sous-jacents. Il aurait été possible de construire une histoire des sanatoriums français sur la base des travaux ou articles monographiques consacrés à certains de ces établissements plus ou moins connus ; elle n'aurait toutefois constitué qu'une somme d'histoires locales d'où auraient difficilement émergé les mouvements de fond qui structurent le programme sanatorial français. Qu'il s'agisse de monographies consacrées à des architectes[21] ou à des établissements, de thèses de médecine[22] ou de mémoires universitaires[23], ces études ont néanmoins l'avantage de la précision et de la chronologie, permettant de tester ponctuellement la validité de nos hypothèses.

---

[16] Quintus Miller, *Le sanatorium, architecture d'un isolement sublime*, Lausanne, Ecole fédérale polytechnique, 1991.

[17] Michel Couot, *Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et le problème de sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, faculté de médecine de Besançon, 1971.

[18] Marie-Noëlle Dambron, *Evolution de l'armement antituberculeux français et problèmes posés par sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1985.

[19] Dominique Dessertine et Olivier Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988 ; voir notamment le chapitre V : « Les sanatoriums : des hôpitaux modernes ? ».

[20] Jean-Bernard Cremnitzer, *Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe*, Paris, Picard, 2005. Ce livre fait suite à un travail de D.E.A. : J.-B. Cremnitzer, *L'architecture du sanatorium. Esquisse d'une typologie*, Université Paris I, 1998.

[21] S'agissant des architectes allemands et suisses : Friederike Mehlau-Wiebking, *Richard Döcker. Ein Architekt im Aufbruch zur Moderne*, Braunschweig/Wiesbaden, Friedr. Viweg & Sohn, 1989 ; Kristof Kübler, *Wider den hermetischen Zauber: Rationalistische Erneuerung alpiner Architektur um 1930. Rudolf Gaberel und Davos*, Desertina, Verlag Bundner Monatsblatt, 1997. Pour les architectes français : Françoise Véry & Pierre Saddy, *Henry Jacques Le Même, architecte à Megève*, Paris, I.F.A.-Mardaga, 1988 ; Alfredo Cisternino, *Pol Abraham, l'opera completa. 1891-1966*, Università di Firenze, dottorato di ricerca in storia dell'architecttura e dell'urbanistica, 2004 ; Michel Knittel, De *la métairie anabaptiste des Ribeaupierre au sanatorium. Le Muesberg : Aubure et la quête de l'air pur, incluant une brève histoire de la lutte contre la tuberculose en France et en Alsace*, Hoerdt, imprimerie Huber, 1996.

[22] B. Chaumont, *Histoire d'un sanatorium. Evolution du sanatorium départemental de Clavières (Mayenne),* thèse pour le doctorat en médecine, Angers, 1977 ; I. Clairon, S. Rahili, *Historique du sanatorium de Dreux à partir des archives et des malades survivants*, thèse pour le doctorat en médecine, Université F. Rabelais, Tours, 1994 ; Fabien Pageot, *La lutte contre la tuberculose. Un exemple d'initiative philanthropique en Lorraine. Le sanatorium de Lay-Saint-Christophe à l'aube du XX^e siècle,* thèse pour le doctorat en médecine, Nancy, 2007. Les rares monographiques consacrées à un établissement sont : *Les Pins à Lamotte-Beuvron. Du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du Groupe de recherches archéologiques et historiques de Sologne, Lamotte-Beuvron, Imprimerie Sologne Graphic, septembre 2004 ; R. Leroy, *Du sanatorium aux défis du futur. La Renaissance Sanitaire, une fondation hospitalière*, La Renaissance Sanitaire, Paris, 2002 ; Pierre Moreau, *Clairvivre, une ville à la campagne*, Paris, Le Linteau, 2002.

[23] Philippe Grandvoinnet, *Le sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie)*, mémoire de DEA, Institut d'architecture de l'université de Genève ; Claudine Brun, *L'hôpital-sanatorium Sabourin à Clermont-Ferrand*, mémoire de DEA, Université de Genève, 2004 ; Gaétanne Genaille, *Berck-sur-Mer. Première ville médicale de France. Un développement urbain et architectural au service de la santé ?* master d'histoire socio-culturelle, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005 ; 2004 ; L. Pelloux-Lévêque, *Le plateau des Petites-Roches au XX^e siècle : la population face à l'installation des sanatoriums,* mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine, Grenoble, Université Pierre Mendès-France, 2004. En 2007, Anne-marie Châtelet a encadré une série de mémoires de maîtrise à l'Ecole nationale supérieure d'architecture de Versailles traitant des sanatoriums du Plateau d'Assy : H. Thiard, *Le développement du Plateau d'Assy entre 1919 et 1939. Entre Passy et les* sanatoriums *;* Marie-Claire Bach, *La véritable identité du sanatorium du Mont-Blanc de 1927 à 1980* ; C. Braïda, *Le sanatorium du Grand Sancellemoz : un établissement médico-chirurgical* ; L. Common, *Praz-Coutant : un village sanatorium au Plateau d'Assy (1924-1934).*

Objectifs et hypothèses.

Pour construire une histoire des sanatoriums français durant l'entre-deux-guerres, il nous fallait croiser les approches quantitative et qualitative : cerner les contours de cette production architecturale, évaluer le rôle de chacun des acteurs, identifier les mécanismes à l'œuvre sont les objectifs principaux de la thèse. Pour sortir du cas isolé et de l'étude monographique, nous souhaitions confronter un nombre suffisant de projets et de réalisations aux éléments qui déterminent cette production, à savoir : les modèles français et étrangers antérieurs à la Première Guerre Mondiale et le cadre réglementaire posé par la législation de 1919-1920. Nous avons pour cela privilégié trois axes de recherche.

Le premier vise à inscrire le sanatorium dans la perspective des théories médicales du XIX^{e} siècle. La prétendue « modernité » que les partisans du sanatorium – médecins comme architectes – ne cessèrent de revendiquer à son sujet est une construction idéologique *a posteriori* qui résiste mal à l'analyse historique de ses fondements. Le sanatorium est un type sanitaire issu de la pensée médicale du début du XIX^{e} siècle et il faudra attendre les années 1960 pour en voir disparaître les dernières survivances. Il est d'ailleurs paradoxal que les méthodes sanatoriales aient ainsi pu s'imposer au monde médical : l'empirisme qui les guidait – il s'agissait avant tout de mettre les malades dans les meilleures conditions pour lutter contre la maladie – allait effectivement à contre-courant des progrès scientifiques de l'époque qui donnaient aux médecins ne nouvelles armes pour agir directement sur les agents infectieux.

Le deuxième axe tente de restituer la dimension "transnationale" du sanatorium. En tant qu'instrument thérapeutique, le sanatorium est une invention du milieu du XX^{e} siècle dont l'usage et les dispositions formelles ont été codifiées en Allemagne et en Suisse dans les années 1870 à 1900. La conception française de cet établissement vient en droite ligne du modèle germano-suisse, et plus précisément du « sanatorium populaire » dont les principes de fonctionnement étaient globalement définis en 1890. Il était donc essentiel de revenir non seulement aux sources germaniques du sanatorium mais, plus en amont encore, aux principes fondateurs du traitement climatique de la tuberculose. L'histoire de l'architecture sanatoriale permet ainsi d'explorer un chapitre de l'architecture du XX^{e} siècle qui dépasse les frontières nationales et dans lequel les principes thérapeutiques et d'hygiène constituent les bases communes de recherche des médecins et des architectes. La confrontation des réalisations françaises et étrangères (notamment suisses et allemandes) permet enfin de saisir l'ampleur, et parfois les raisons (culturelles, économiques ou sociales) des décalages chronologiques constatés dans la mise en œuvre des politiques sanatoriales européennes.

Le troisième axe interroge le rapport entre médecine et architecture et la question de l'efficacité thérapeutique de ces établissements vue à travers le prisme de leurs aménagements spatiaux. L'histoire des sanatoriums en tant que type sanitaire peut être abordée au travers de ses acteurs : les médecins (en charge de la planification des équipements antituberculeux, médecins-conseillers des administrations publiques, médecins-délégués en charger de l'examen des projets, médecins-directeurs administrant les établissements, etc.) et les architectes (architectes-conseils du ministère de l'hygiène, architectes des services publics de l'Etat, architectes chargés de la maîtrise d'œuvres des projets, etc.). Ces acteurs forment un réseau de techniciens, voire de spécialistes, qui développent, échangent et renouvellent les conceptions sanatoriales en vigueur. Au XIX^{e} siècle, déjà, la lutte contre la tuberculose avait bénéficié d'une accumulation de savoirs théoriques et pratiques qui trouvèrent dans les sanatoriums une forme d'aboutissement et de synthèse. La remise en question permanente de ces acquis, l'abandon de certains principes au profit de nouvelles conceptions médicales et techniques, s'ils ne sont pas spécifiques à la lutte contre la tuberculose ni à l'architecture sanatoriale, définissent un horizon de connaissances incarné par l'exigence de « rendement thérapeutique » indissociable du mouvement sanatorial.

Le croisement de ces axes de recherche nous a permis d'organiser le plan de la thèse en quatre parties. Le premier chapitre tente de remonter aux sources de l'architecture sanatoriale : il décrit la tuberculose d'un point de vue médical et évoque les différentes approches thérapeutiques. Il s'intéresse au contexte plus particulièrement français et notamment aux dix dernières années du XIX^{e} siècle pendant lesquelles sont élaborées les bases administratives et techniques d'une prise en charge sanatoriale des

tuberculeux. Le deuxième chapitre restitue de manière diachronique l'histoire de l'équipement sanatorial français depuis la Première Guerre Mondiale jusqu'à la fin des années trente. Il s'intéresse plus particulièrement aux projets et réalisations issus de la guerre, à la mise en place des structures antituberculeuses dans les années vingt, à la montée en puissance de la production au tournant des années trente et au déclin amorcé ensuite. Le troisième chapitre sert de transition entre cette restitution historique et contextuelle et l'analyse plus directement architecturale. A partir des éléments issus de la tradition sanatoriale antérieure à la guerre et de la législation instituée en 1919-1920, ce chapitre s'attache à définir les connaissances et les expériences accumulées au milieu des années vingt lorsque débute la période intensive de construction des sanatoriums en France. Le quatrième et dernier chapitre fait la synthèse des dispositions techniques et architecturales développées au cours de la période phare de cette histoire – entre la fin des années vingt et le milieu des années trente – dont il propose une analyse thématique, du plan de masse jusqu'au détail de mise en œuvre.

Sources.

La question des sources était d'emblée problématique dans la mesure où l'essentiel de notre corpus restait à identifier lorsque nous avons commencé ce travail. Les sources mobilisées peuvent être classées selon leur origine : 1° Celles relatives à la réglementation sanitaire, produites par le législateur et les administrations ; 2° Celles produites par les médecins, touchant aux méthodes de cure et à la programmation des établissements ; 3° Celles produites par les architectes ; 4° Les bâtiments eux-mêmes, qui pallient parfois l'absence d'archives et dont la visite s'avère souvent plus instructive que de longs rapports descriptifs. S'agissant des sources administratives et de la législation antituberculeuse et sanatoriale, les textes publiés au Journal officiel de la République française constituent l'essentiel de la matière réunie. Ces documents ont été complétés par ceux trouvés ponctuellement dans les archives départementales (circulaires, correspondance avec les ministères, examen des projets, plans de financements, demandes de subventions, etc.) ou dans la presse médicale (sur les modalités d'application des mesures légales). Les sources médicales constituent une masse documentaire autrement plus importante ; à commencer par les revues, dont les plus instructives ont été le *Bulletin de l'Académie de médecine* (créé en 1836), la *Revue de la tuberculose* (1893), *La Presse médicale* (1893), *Paris Médical* (1910), le *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose* (1920), la *Revue de phtisiologie médico-sociale* (qui remplace le précédent en 1924), *La Vie saine* (1924), le *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose* (1924). Les médecins ont publié quantité d'ouvrages sur la tuberculose et ses traitements dans lesquels ils consacrent, notamment à la fin du XIX^{e} siècle[24], de longues pages aux établissements de cure. Avec les manuels d'hygiène et de phtisiologie, les thèses de médecine constituent une importante source d'information en matière de tuberculose et de pratique sanatoriale : de natures très diverses, celles qui nous ont le plus intéressé portent sur la législation antituberculeuse[25], la mise en œuvre des traitements et les types d'établissements[26] ou l'aménagement des sanatoriums[27]. S'agissant des archives médicales, nous avons consulté le fonds du Comité national de défense contre la tuberculose à l'Institut Pasteur, les archives de l'Assistance publique de Paris et celles des Hospices civils de Lyon. Le point de vue des médecins nous intéresse particulièrement dans la mesure où ils entretiennent un rapport que nous pourrions qualifier d'instrumental avec ces établissements, considérés comme des outils de travail à part entière et pas uniquement comme le lieu d'une pratique médicale.

En matière d'architecture sanatoriale, nos premières sources ont été les revues, notamment *La Construction moderne* (créée en 1885), *L'Architecture* (1888), *Béton-Armé* (1901), *L'Architecte* (1906), *L'Architecture d'aujourd'hui* (1930) et *L'Architecture française* (1940). Les archives de l'Institut français

[24] Notamment : Moeller 1894 ; Léon-Petit 1895 ; Beaulavon 1896 ; Sabourin 1896 ; Bernheim 1896 ; Dumarest 1897 ; Knopf 1900.
[25] Marie-Eugénie Fournier, *Le tuberculeux, le médecin et le législateur*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1936 ; Jacques Girond, *Aperçu d'ensemble sur la législation antituberculeuse*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Jouve & Cie, 1948.
[26] Smelca Rabine, *L'héliothérapie à la montagne et dans le sanatorium*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Le François, 1931.
[27] Martin Rideau, *Le sanatorium. Sa conception architecturale. Son aménagement intérieur*, thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, Imprimerie Brusau frères, 1932 ; Léopold Berl, *Importance de l'aménagement dans le rendement thérapeutique des sanatoriums*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris, 1936 ; A. Rodriguez Bello, *Considération sur la conception actuelle du sanatorium*, Lyon, Bosc Frères, 1938.

d'architecture possèdent quelques fonds d'architectes contenant des projets de sanatoriums, mais relativement peu au vu de l'ampleur de cette production. La loi de 1919 prévoyant la prise en charge des tuberculeux par les départements, nous nous sommes logiquement orientés vers les archives des administrations publiques : les archives nationales, mais surtout les archives départementales, sollicitées sans exception sur l'état de leurs fonds[28]. Parmi la centaine d'archives départementales contactées, environ un tiers ne possédait aucun élément significatif, un autre un tiers disposait de document pouvant justifier un déplacement et le dernier tiers se situait dans un entre-deux : soit les éléments repérés étaient trop minces pour envisager une visite, soit des questions pratiques (éloignement, inventaire en cours) nous ont fait renoncer à les consulter. Trente archives départementales ont ainsi été visitées en 2008[29].

Notre propos étant d'interroger la façon dont le modèle sanatorial s'est implanté en France et les conditions de son développement, les établissements suisses et allemands à l'origine du mouvement sanatorial nous ont également intéressés. Pour la Suisse, la plupart des ouvrages et revues ayant trait aux sanatoriums ont été consultés dans les bibliothèques de l'Université de Genève. Les fonds des architectes Pfleghardt & Haefeli, et Haefeli, Moser, Steiger ont été consultés dans les archives de l'Institut d'histoire et de théorie de l'architecture (G.T.A.) de l'Ecole polytechnique fédérale de Zurich. En 2007-2008, un séjour de recherche à la *Technische Universität* de Berlin nous a permis de consulter les ouvrages et les revues d'architecture et de médecine allemands. Les seules archives consultées en Allemagne sont celles de l'*Institut für Krankenhausbau* de la T.U. Berlin, dont le contenue est toutefois postérieur à la Seconde Guerre Mondiale. La place accordée à ses sources dans notre travail n'a pas été aussi grande que nous le pensions initialement. La principale raison est que l'ampleur inespérée du matériel archivistique trouvé en France nous a conduit à recentrer notre propos. Les établissements suisses et allemands ne sont donc convoqués dans le texte que pour signifier une filiation historique, des contacts entre médecins ou architectes, des dispositions remarquables exportées en France ; ces références ne permettent cependant pas de restituer une histoire comparée des sanatoriums allemands, suisses et français.

Méthodes et limites de la recherche.

Notre première tâche a été de définir un corpus de bâtiments à partir de la documentation et des plans récoltés dans les archives. Aux établissements déjà connus s'ajoutent un grand nombre de projets qui constituent la production sanatoriale "courante" ou "ordinaire". Notre corpus se compose d'environ 130 projets et réalisations conçus entre les années 1890 et 1950[30]. Si la diversité de cette production (par la localisation des bâtiments, le type de bâti : ancien ou neuf, la capacité des établissements, les malades accueillis, etc.) nous a d'abord déconcerté, elle nous a permis d'appréhender les caractéristiques spécifiques de cette architecture. La grande variabilité du corpus d'édifices, outre qu'elle atteste des recherches et des expérimentations menées dans ce domaine, donne une certaine visibilité aux éléments assurant la permanence du « type » sanatorial. Lorsqu'il s'agissait de comprendre les dispositions architecturales des établissements, l'observation, l'analyse et la comparaison des plans a été notre premier moyen d'investigation. Cette méthode de travail nécessitait de disposer de documents lisibles et comparables, raison pour laquelle nous avons choisi de redessiner les plans des édifices intégrés au corpus. Dessinés selon un même code graphique, ces plans forment une somme documentaire inédite, jointe en annexes, à laquelle le lecteur trouvera de nombreux renvois dans le texte (sous la mention « plan » suivi du numéro du projet). L'établissement de cette documentation nous semblait indispensable pour envisager l'étude des sanatoriums en tant que « type » architectural à part entière. L'assimilation du sanatorium à un « type sanitaire » ou à un « type architectural » est en effet récurrente depuis le début du XX^{e} siècle et l'appréciation des caractères définissant ce « type » constitue l'une des clefs de compréhension de cette architecture. L'étude typologique des sanatoriums avait déjà été esquissée dans plusieurs travaux mais, faute d'un corpus suffisamment vaste, elle n'avait abouti qu'à un répertoire de « dispositions »

[28] Les documents que nous avons consultés proviennent pour la plupart de la série X (assistance publique), de la sous-série 4N (bâtiments départementaux) ainsi que dans les archives hospitalières en dépôt et les archives privées, notamment d'architectes.
[29] Voir la liste à la fin de la bibliographie.
[30] Voir la liste en annexes.

(établissement pavillonnaire, à terrasses, etc.) sans analyse des motifs (hygiéniques, techniques ou réglementaires) qui les composent[31]. Il fallait au préalable restituer le contexte dans lequel avait était produit chaque objet, ainsi que le « système psychologique » mis en place dans les sanatoriums pour guider les malades. Les aspects sociaux de la maladie étant par ailleurs bien documentés, ils n'ont pas été approfondis. Certains aspects du mouvement sanatorial, trop éloignés de notre propos, n'ont pas été abordés, notamment l'histoire du personnel et des communautés religieuses attachées aux établissements, la vie quotidienne des malades (activités, travail, jeu, repas, sorties, visites, etc.), l'évolution précise des traitements et leur réception chez les malades. Ces points mériteraient de plus amples recherches.

La manipulation de cette masse d'informations (sources imprimées, archives, plans et photographies) s'est avérée délicate en dépit de la numérisation d'une grande partie des documents. Outre les plans, les informations concernant chaque bâtiment ont été centralisées dans une base de données informatique dont est issu le catalogue (reproduit en annexes) qui renseigne chaque édifice ou projet sous la forme d'une fiche synthétique. La volonté de privilégier une lecture globale de l'architecture sanatoriale française nous a conduit à dissocier du texte l'histoire propre à chaque établissement. Pour ne pas surcharger notre propos, nous n'avons fait que de rares renvois au catalogue dans le texte ; nous invitons donc le lecteur à le consulter chaque fois qu'il cherchera des informations factuelles (année de construction, architecte, nombre de lits, etc.) ou un éclairage historique sur un projet évoqué trop rapidement. Croisé avec un fichier papier (2500 fiches classées par idées, objets, thèmes), ces outils nous ont permis de mobiliser des informations de nature diverse et de faire surgir les éléments de plans et les intentions de projet qui, d'un objet à l'autre, permettent d'expliciter quelque peu les motifs propres à cette architecture.

Si les sanatoriums publics et assimilés (établissements privés conventionnés) ont été abondamment documentés, les sanatoriums privés sont restés dans une zone d'ombre que seules les publications anciennes parviennent à éclairer quelque peu ; ils ne sont donc abordés que ponctuellement, en fonction des sources disponibles. D'un point de vue architectural, les sanatoriums privés semblent assez peu représentatifs de la production sanatoriale française de l'entre-deux-guerres, notamment parce qu'ils échappaient en grande partie aux dispositions prévues par la loi de 1919 et ne pouvaient bénéficier des subventions du ministère de l'hygiène. Exception faite de quelques projets ambitieux (sanatoriums de Plaine-Joux et de Sancellemoz, Grand hôtel sanatorium de Hauteville), les sanatoriums privés français étaient modestement installés, le plus souvent dans des bâtiments préexistants. Fréquemment assimilés à de simples maisons de cure privées, ils n'étaient en rien comparables aux grands sanatoriums suisses qui attiraient à la même époque une clientèle fortunée.

L'architecture des sanatoriums n'est qu'une partie du vaste champ d'étude que constitue la lutte contre la tuberculose pulmonaire au XX^{e} siècle. Si, pour des raisons pratiques et de faisabilité, nous nous sommes efforcés de limiter notre domaine de recherche, d'autres éléments auraient pu être abordés, notamment les écoles de réadaptation à la vie rurale (issues de la reconversion de plusieurs stations sanitaires pour militaires tuberculeux à la fin de la guerre), les liens typologiques entre les sanatoriums et le logement[32] ou les stations climatiques d'altitude (aménagement urbain, coopération entre établissements, etc.). En guise d'épilogue, nous donnons quelques repères relatifs aux mutations intervenues pendant et après la Seconde Guerre Mondiale, notamment la refonte de l'organisation antituberculeuse en 1945, l'arrivée des premiers antibiotiques (la streptomycine en 1947), l'essor de la chirurgie thoracique et la reconversion engagée dans les années soixante. Pour approfondir cet autre chapitre de l'histoire sanatoriale française, il faudra solliciter des sources complémentaires, réaliser une étude précise des transformations et constructions réalisées dans les années cinquante et soixante avant d'aborder la reconversion des anciens sanatoriums qui se prolonge jusqu'à nos jours.

[31] J.-B. Cremnitzer, *L'architecture du sanatorium. Esquisse d'une typologie*, Université Paris I, mémoire de D.E.A., 1998 ; N. Delachaux, *Les sanatoria dans l'arc alpin : analyse des usages et reconversions d'un patrimoine urbain à la montagne : la chambre comme constante*, Mémoire de D.E.A., Lausanne, EPFL Section d'architecture, 1993.

[32] Tels les « logements sanatoria » créés en 1916 par l'Assistance publique de Paris et les « logements pour tuberculeux » (*Kranken-Siedlung*) construits à Stuttgart-Heslach en 1928-1932 par l'ingénieur Fuchs-Röll.

CHAPITRE I

LA CONSTRUCTION DE LA CURE D'AIR (1819-1914)

Introduction

Ce premier chapitre est consacré aux aspects cliniques et sociaux de la tuberculose ainsi qu'aux principes thérapeutiques développés au XIX^e^ siècle pour son traitement. Avant d'aborder plus particulièrement la question sanatoriale, il nous a paru indispensable d'évoquer la maladie sous ses différents aspects : scientifique, d'abord, en donnant quelques indications sur la nature du bacille qui en est la cause et sur ses différentes manifestations ; historique, ensuite, en rappelant les conceptions anciennes de la maladie et le processus qui, entre 1820 et 1870, permit aux médecins de poser les bases du traitement hygiénique, diététique et climatique, préalable à la création d'établissements de cure spécialisés. Excepté les quelques pages relatives au bacille de la tuberculose et à ses différentes localisations dans la forme humaine de la maladie, nous n'évoquerons ici que des conceptions anciennes, aujourd'hui dépassées. Notre sujet d'étude n'étant pas la tuberculose à proprement parler mais bien les établissements conçus pour son traitement, les théories médicales en vigueur au XIX^e^ siècle et au début du XX^e^ siècle, même erronées au regard de la conception actuelle de la maladie, nous intéressent au premier chef car elles expliquent en grande partie les orientations prises par les médecins et les autorités sanitaires pour organiser la lutte contre la maladie. Sur ces bases, nous évoquerons l'essor du mouvement antituberculeux en Allemagne, en Suisse et en France ainsi que les conditions de création des premiers établissements de tuberculeux. En brossant à grands traits toute l'histoire de la phtisiologie[33] et de la lutte contre la tuberculose entre 1819 (publication de l'ouvrage de Laënnec ouvrant la voie de la « médecine clinique ») et le début de la Première Guerre Mondiale, nous souhaitions avant tout restituer l'argumentaire qui permit d'institutionnaliser, en 1919 en France, la lutte contre la tuberculose, ce qui sera l'objet du chapitre suivant.

Cette première partie a été élaborée à partir de sources imprimées, à commencer par les revues médicales (*Gazette médicale de Paris*, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, *Bulletin de l'Académie de médecine*, *La Presse médicale*, etc.) qui rendent compte en détails du débat sur ce sujet. Ces sources ont été complétées par des ouvrages d'historiens sur le contexte social de la maladie, la prise en charge des tuberculeux et les premières réalisations sanatoriales. S'agissant de la situation en Allemagne, nous nous sommes appuyés sur des publications allemandes de cette époque, comme l'ouvrage de Gotthold Pannwitz : *L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne* (traduit en français à l'occasion du congrès d'hygiène de Paris en 1900) ou la synthèse de J. Nietner : *Deutsche Lungenheilstätten in Wort und Bild* (1913). Pour apporter un éclairage diachronique sur la situation allemande, nous nous sommes appuyés sur les ouvrages d'historiens, non traduits en français, notamment ceux d'Ingeborg Langerbeins : *Lungenheilanstalten in Deutschland* (1854-1945) (1979) ; de Wolfgang Seelinger : *Die Volksheilstätten-Bewegung in Deutschland um 1900. Zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkülose* (1991) et de Flurin Condrau : *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal: Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert* (2000). Pour la situation suisse, nous nous sommes basés sur des synthèses historiques de différents types : le volume l*'Inventar der neuen schweizer Architektur 1850-1920* de Hans-Peter Rebsamen & Werner Stutz sur Davos (1982), la thèse d'histoire de la médecine de Thomas Mattonet, *Lungenheilstätten der Schweiz 1860-1918* (1991), l'ouvrage sur les sanatoriums suisses de Quintus Miller, *Le sanatorium, architecture d'un isolement sublime* (1991) ainsi que les articles parus dans la revue *Schweizerische Bauzeitung* au tournant du XX^e^ siècle. Pour la situation en Angleterre et aux Etats-Unis : l'ouvrage de T.S. Carrington, *Tuberculosis Hospital and Sanatorium Construction* (1911) et celui de l'historien de la médecin F.B. Smith, *The Retreat of Tuberculosis* (1989). Pour l'Italie, enfin, la thèse d'histoire de l'architecture de Davide Del Curto (2005). Ces éléments ont été complétés ponctuellement par les sources archivistiques concernant les projets et réalisations à proprement parler : archives départementales et hospitalières, archives d'architectes.

[33] Partie de la médecine consacrée à la tuberculose pulmonaire.

1.1. Phtisie et traitement climatique (1819-1899).

1.1.1. Mycobacterium tuberculosis.

La tuberculose est une maladie d'origine bactérienne, dont la forme pulmonaire – de loin la plus répandue – fut dénommée jusqu'à la fin du XIX[e] siècle « phtisie » ou « consomption ». Liée à l'homme depuis des millénaires, elle était décrite dans l'antiquité comme une maladie fréquente, pour laquelle le médecin grec Hippocrate (460-377 av. J.C.) pronostiquait un dénouement généralement mortel[34]. La tuberculose semble avoir suivi l'homme dans toutes ses migrations et est présente sur la quasi-totalité du globe depuis les temps les plus reculés. A partir du néolithique, la promiscuité qui s'installa entre les individus du fait de leur sédentarisation et de leur agglomération dans les structures urbaines, ajoutée à celle avec les animaux suite à la domestication du bétail, contribuèrent largement à l'essor de cette maladie[35]. Bien avant d'être considérée, au XIX[e] siècle, comme une « maladie sociale », la tuberculose était donc, comme toutes les maladies contagieuses, intimement liée à la formation des sociétés humaines.

Avant les découvertes des anatomo-pathologistes puis celles des bactériologistes au XIX[e] siècle, la phtisie était une maladie sournoise, voire mystérieuse du fait de ses formes multiples. Ses symptômes diffus et peu explicites lui valurent le qualificatif de « peste blanche », preuve manifeste de la hantise qu'elle inspirait. Le tuberculeux pulmonaire – ou phtisique – apparaissait ainsi « émacié, essoufflé, couvert de sueur, livide, toussant »[36] comme s'il se consumait de l'intérieur ; d'où le terme de « consomption », longtemps synonyme de tuberculose, qui traduisait littéralement l'affaiblissement progressif du malade. Au milieu du XIX[e] siècle, cet état fut parfois désigné par le terme de « cachexie pulmonaire »[37]. Entre le XVI[e] et XVIII[e] siècle, le taux de mortalité par tuberculose augmenta dans des proportions importantes en Europe et ce n'est qu'au XIX[e] siècle, avec l'amélioration des conditions de vie, l'essor de l'hygiène corporelle et l'évolution des thérapeutiques, que la maladie amorça son déclin[38].

D'un point de vue bactériologique, les micro-organismes responsables de toutes les formes de tuberculose sont des bacilles, c'est à dire des bactéries de forme allongée, dites « en bâtonnet », par opposition aux bactéries de forme ronde, dites « cocci ». Ces bacilles font partie de la famille des mycobactéries, caractérisées par une enveloppe cellulaire de nature cireuse, riche en acides gras et en lipides, qui leur assure une excellente protection contre les agressions extérieures, notamment les acides et les alcools. Le groupe des bacilles tuberculeux comprend *Mycobacterium tuberculosis*, principal responsable de la tuberculose humaine ; *Mycobacterium bovis*, responsable de la tuberculose bovine mais également de certaines tuberculoses humaines (notamment par l'intermédiaire du lait contaminé) ; *Mycobacterium africanum* et deux autres souches plus rares : *Mycobacterium microti* et *Mycobacterium canetti*. L'autre principal représentant de la famille des mycobactéries est *Mycobacterium leprae*, responsable de la lèpre[39], maladie comparable, par certains aspects, à la tuberculose.

Les caractéristiques physico-chimiques de *Mycobacterium tuberculosis* expliquent, nous l'avons dit, sa phénoménale résistance aux agressions extérieures. Dans l'organisme, la capsule de cire qui le protège met le bacille hors de portée des cellules immunitaires et des antibiotiques courants, tandis qu'il répand dans les tissus avoisinants ses toxines et ses éléments reproducteurs microscopiques en forme de filaments comparables au mycélium des champignons, parenté que suggère le terme même de mycobactérie[40]. Lorsque la bactérie entre en « stade filtrant », ces filaments se fragmentent et s'enrobent de

[34] Concernant l'histoire de la maladie voir : Berche 2007, p. 67-70.
[35] Selon Calmette, « les origines du virus tuberculeux sont probablement contemporaines des temps très reculés où les hommes commencèrent à vivre en groupes sociaux compacts ». Cité par Delarue 1972, p. 7.
[36] Berche 2007, p. 67.
[37] Le terme de « *cachexy* » fut notamment popularisé par le médecin anglais James Clark (1788-1870) en 1829.
[38] L'historien de la médecine F.B. Smith montre ainsi que, contrairement aux idées reçues, le début du déclin de la tuberculose peut être situé vers 1830 pour l'Angleterre et à partir du milieu du siècle pour les autres pays occidentaux. Ainsi, le taux moyen de baisse de la mortalité par tuberculose fut presque identique durant la période 1830-1900 (-1,78% par an) à celui de la période 1900-1960 (-1,79% par an). Les statistiques anglaises montrent que 57% de ce recul avait été réalisé avant 1900. Smith 1988, p.1-4 et 236.
[39] Article « Mycobactéries », encyclopédie en ligne Wikipédia, 6 juillet 2009.
[40] Martin-Lalande 2004, p. 157.

cire pour former de nouveaux organismes. Du fait, notamment, de cette enveloppe protectrice, le bacille de la tuberculose est capable de survivre aux traitements physiques et chimiques les plus extrêmes. Les expériences menées à la fin du XIX[e] siècle montrèrent ainsi que le bacille de la tuberculose pouvait résister plusieurs mois à la dessiccation, à la putréfaction dans le sol ou dans une eau croupissante. La « citadelle cireuse » qui entoure le bacille lui permet effectivement, lorsque les conditions propices à son développement ne sont pas réunies, de ralentir son activité métabolique pour une durée pouvant atteindre plusieurs années. Cette mise en sommeil est en outre facilitée, au sein même des tissus infectés, par la réaction immunitaire qui tend à envelopper les amas de bacilles d'une barrière tissulaire épaisse et dense, dite de *fibrose* ou *sclérose réactionnelle*, dans laquelle ils restent potentiellement virulents. Si la chaleur peut, sous certaines conditions, détruire *Mycobacterium tuberculosis*[41], l'arme « naturelle » la plus efficace contre le bacille reste la lumière solaire dont le pouvoir bactéricide fut mis en évidence dès la fin du XIX[e] siècle par les biologistes. Ils constatèrent en effet que le bacille tuberculeux était détruit en quelques minutes sous l'effet du rayonnement direct, et en quelques heures sous une lumière diffuse. En l'absence de lumière, au contraire, et dans des conditions moyennes de température et d'humidité, les bacilles contenus dans les crachats rejetés par les malades conservent presque indéfiniment leur pouvoir pathogène.

1.1.2. De la phtisie à la tuberculose : Laennec, Villemin et Koch (1819-1882).

Au XIX[e] siècle, trois médecins furent à l'origine d'une nouvelle conception de la tuberculose. René Laennec (1781-1826), médecin français d'origine bretonne, posa le premier les bases de l'anatomie pathologique et de la clinique moderne qui, selon l'expression du phtisiologue Paul Courmont (1871-1950) « ont éclairé tout un siècle »[42], le XIX[e]. Laennec montra l'unicité des lésions de la tuberculose en établissant une synthèse des symptômes et des formes cliniques de ces lésions que l'on attribuait jusque là à différentes pathologies. Ses observations furent publiées en 1819 dans un ouvrage intitulé *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*[43] qui constitue l'un des fondements de la médecine moderne. Ses observations, qui permirent surtout d'affiner le diagnostic, ne furent toutefois pas suivies de résultats pratiques dans le traitement de la tuberculose. Etablissant le cadre théorique nécessaire à la définition de la maladie, Laennec ouvrait la voie aux travaux expérimentaux et bactériologiques qui seront conduits dans la seconde moitié du siècle par Villemin et Koch notamment. Malgré sa conception novatrice de la maladie et l'importance de sa contribution à la médecine et contrairement à certains de ses contemporains, Laennec ne croyait pas à la transmissibilité de la tuberculose.

Jean-Antoine Villemin (1827-1892), médecin français exerçant à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, découvrit en 1865, au moyen de méthodes expérimentales, l'inoculabilité de la tuberculose humaine. Il apporta ainsi la preuve formelle de sa contagiosité, posant les fondements de la prophylaxie antituberculeuse. Villemin annonça sa découverte lors d'une communication prononcée le 5 décembre 1865 à l'Académie de médecine de Paris et intitulée *La nature et la cause de la tuberculose*. Selon ses observations : « la tuberculose est l'effet d'un agent causal, d'un virus. Cet agent morbide doit se trouver, comme ses congénères, dans les éléments morbides qu'il a déterminés par son action directe, sur les éléments normaux des tissus affectés »[44]. Villemin publia l'essentiel de ses recherches en 1868 dans un ouvrage de référence intitulé *Études sur la tuberculose : preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*[45]. Dans un second ouvrage, publié en 1869 et intitulé *De la propagation*

[41] A la fin du XIX[e] siècle, Yercin notait qu'« on peut chauffer à sec à 100° des cultures tuberculeuses pendant trois heures sans que leur virulence soit éteinte, tandis que cette virulence disparaît en une minute à 70° sur l'influence de la chaleur humide ». Le bacille était également détruit après un traitement sous étuve entre 85° et 90° pendant 30 minutes. Sa température optimale de développement était de 38° et son activité était arrêtée dès 40°. Artaud 1914, p. 27.
[42] Courmont 1932, p. 618.
[43] René Laennec, *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, Paris, J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, 1819.
[44] Berche 2007, p. 68.
[45] J.A. Villemin, *Études sur la tuberculose : preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculabilité*, Paris, J.B. Baillière et fils, 1868. Cette étude avait été précédée par *Du tubercule au point de vue de son siège, de son évolution et de sa nature*, Paris, Baillière, 1861.

de la phtisie, il détailla les modes de contagion tuberculeuse pulmonaire et intestinale et montra notamment que l'inoculation en laboratoire d'un « nodule pulmonaire » chez un individu sain conduisait au développement de la maladie dans l'organisme ainsi infecté. Malgré les preuves expérimentales qui venaient appuyer ses travaux[46], les découvertes de Villemin furent réfutées par une partie du corps médical qui refusait d'abandonner le principe de l'hérédité de la tuberculose et du développement de la maladie chez des individus de constitution faible[47]. Pour les partisans de la transmission héréditaire, la médecine ne pouvait qu'atténuer les symptômes de la maladie ; pour les adeptes de contagiosité, au contraire, la prophylaxie et la préservation des individus sains de la contagion devaient être privilégiées et ouvraient de nouvelles perspectives en matière d'hygiène sociale.

A la fin des années 1870, les travaux du biologiste français Louis Pasteur (1822-1895) sur les microbes confortèrent Villemin et ses partisans, mais l'élément pathogène responsable de la tuberculose restait obstinément indétectable sous les lentilles des microscopes. Le mérite revient au médecin et biologiste allemand Robert Koch (1843-1910) d'avoir réussi à isoler, le premier, en 1882, le « virus » tuberculeux dont Villemin avait démontré expérimentalement l'existence. Nommé en 1880 au Bureau impérial de santé (*Reichsgesundheit*), Koch travaillait sur la tuberculose depuis le mois d'août 1881. La difficulté d'identifier visuellement le bacille tenait à l'enveloppe cireuse protégeant le bacille qui empêchait les colorants couramment utilisés en biologie de le pénétrer afin de le rendre visible. Après quelques mois de travail, Koch mit au point une nouvelle méthode de coloration (traitement par le bleu potassique à chaud pendant 24 heures) qui lui permit d'isoler le bacille au microscope, ce à quoi avaient échoué le pathologiste allemand Edwin Klebs (1834-1913) en 1877 et le médecin et vétérinaire français Henry Toussaint (1847-1890) en 1880. Le 24 mars 1882, lors d'une mémorable conférence prononcée devant la Société de physiologie de Berlin, Koch annonça la mise en évidence du bacille responsable de la tuberculose, couramment dénommé par la suite bacille de Koch ou B.K., en hommage à son inventeur. Située dans le sillage de travaux de Laennec et de Villemin, la découverte de Koch eut un retentissement plus immédiat et surtout mondial. Non seulement elle obligeait les derniers tenants de la théorie de l'hérédité de la tuberculose à revoir leur position, mais surtout elle ouvrait la voie de la prophylaxie, ce dont Koch était parfaitement conscient lorsqu'il présenta sa découverte :

> *Désormais*, écrivait-il, *nous n'avons plus affaire, dans la lutte contre le terrible fléau, à quelque chose de vague et d'indéterminé. Nous sommes en présence d'un parasite visible tangible. Nous savons que ce parasite ne trouve de conditions d'existence que dans le corps de l'homme et des animaux [...]. Il en résulte qu'il faut s'attacher avant tout à tarir les sources d'où dérive l'infection.*[48]

La découverte du bacille éclairait d'un jour nouveau la conception médicale et sociale de la tuberculose tandis que la bactériologie s'imposait comme l'une des disciplines scientifiques des plus prometteuses. Avec cette découverte, dira plus tard le médecin français E.-P. Léon-Petit (1854- ?), la médecine « abandonn[ait] le domaine de l'empirisme pour entrer dans celui de la science. [...] Pleine de confiance, elle s'[était] lancée à la conquête de la vérité »[49]. Quant au phtisiologue français Germain Sée (1818-1896), jusqu'alors partisan invétéré de la transmission héréditaire de la maladie, il résuma ainsi la situation : « A la place d'un mot, on a aujourd'hui le corps du délit : c'est plus qu'un progrès, c'est une véritable prise sur le fait ; la spécificité vaguement établie et longtemps mise en discussion, repose maintenant sur des preuves qu'on peut appeler "vivantes" »[50]. Koch poursuivit ses recherches et valida, *a posteriori*, les théories de Villemin en inoculant des tissus prélevés sur des patients morts de tuberculose à des animaux, lesquels développèrent à leur tour la maladie. Il obtint en 1890 une préparation réalisée à

[46] Les expériences d'Augustin Chauveau sur des bovins (1868), celles de Cohnheim sur des lapins (1877) et de Tappeiner sur des chiens (1878) validèrent systématiquement la thèse de Villemin. Artaud 1914, p. 26.
[47] Dans les années 1880, alors la contagion était largement admise par les médecins, la notion d'hérédité de la tuberculose n'était pas réellement abandonnée et était entendue dans le sens d'« hérédité parasitaire », c'est à dire d'une contagion précoce de la mère à l'enfant, soit pendant la grossesse, soit lors de l'accouchement ou encore lors des premiers contacts après la naissance. Le phtisiologue français Georges Küss montrera au début du XX^{e} siècle la quasi-inexistence de ce phénomène, désavouant ainsi les derniers partisans de la transmission héréditaire. Davy 1960, p. 343.
[48] R. Koch, Mémoire présenté le 24 mars 1882 à la Société de physiologie de Berlin, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 92.
[49] Léon-Petit 1895, p. 37.
[50] Cité par Grellet & Kruse 1983, p. 93.

partir du bacille – dénommée tuberculine[51] – et mit en lumière, en 1891, le phénomène de primo-infection qui, selon un mode opératoire proche de la vaccination, permettait à l'organisme de mettre à profit son premier contact avec le bacille pour se prémunir d'éventuelles attaques ultérieures. Dans les pas de Pasteur, Koch ouvrit ainsi la voie de l'immunothérapie, technique qui « joue le jeu de l'infection »[52], en reproduisant le mécanisme de la primo-infection. Outre son importance en matière d'immunologie, la compréhension du mécanisme de primo-infection permettra aux médecins d'élaborer des méthodes de dépistage – le test tuberculinique – et de réaliser, le cas échéant, la vaccination par inoculation d'un bacille atténué rendu inoffensif[53].

Avec la découverte de Koch, le classement définitif de la tuberculose parmi les maladies infectieuses d'origine bactérienne rendait obsolètes les notions anciennes de *phtisie* et de *consomption* héritées de la médecine hippocratique. La tuberculose n'était plus cette « maladie du dessèchement », synonyme d'une lente consomption interne, dont le processus de dégénérescence avait autorisé certains médecins à l'assimiler à la vieillesse, cette « phtisie naturelle qui nous dessèche et nous consume »[54]. Le terme *phtisie* fut définitivement abandonné par l'Académie de médecine en 1891, au profit de *tuberculose*, que le médecin allemand Johann Lucas Schönlein (1793-1864) avait utilisé pour la première fois dans son acception contemporaine en 1834[55], après que Laennec eût établi l'unicité de la tuberculose.

1.1.3. Tuberculoses pulmonaire et extra-pulmonaires.

La forme pulmonaire de la maladie était de loin la plus fréquente, notamment parce que le système respiratoire humain constituait l'accès le plus facile pour le bacille à l'organisme – via l'air. Jaquerod, phtisiologue de Leysin, décrivait ainsi le mécanisme de l'infection pulmonaire :

> *Lorsque le bacille pénètre dans le poumon, il produit [...] une affection extrêmement semblable à un petit bouton [...]. Ce bouton, de la grosseur d'une tête d'épingle ou plus petit encore, est ce qu'on appelle le tubercule primitif* [ou chancre d'inoculation pulmonaire] *; c'est la première lésion de la tuberculose. Il siège en général à la surface ou au pourtour d'une petite bronche. Au début, il est formé d'une simple surélévation des tissus. Il peut rester dans cet état un certain temps, puis régresser et disparaître [...]. Le malade a eu, au moment de l'apparition de la maladie, un peu de fièvre et d'amaigrissement et, en général, une toux sèche, car ce bouton irrite les bronches qui sont extrêmement sensibles. Puis, au fur et à mesure que l'affection régresse, la toux diminue, l'état général s'améliore et la guérison survient. Dans ce cas, on parle d'une lésion au premier degré, restée fermée et qui s'est cicatrisée. [...] Si, au lieu de régresser et de guérir à ce premier stade, la maladie continue à évoluer, le tubercule se ramollit, comme un bouton qui suppure, et s'ulcère à sa surface, laissant écouler un peu de sécrétion dans les bronches [...] qui forment les crachats, dans lesquels on constate la présence de bacilles de Koch. Dans la règle, plusieurs de ces petits tubercules, rapprochés les uns des autres, se fusionnent ensemble, formant un corpuscule plus volumineux [...] dont le contenu, en se ramollissant, se déverse à l'extérieur. Le cas sera d'autant plus grave qu'il y aura un nombre plus considérable de lésions semblables réunies ou disséminées dans le poumon. [...]*[56]

L'évolution de la maladie était alors difficile à pronostiquer et dépendait de nombreux facteurs tels l'état général du malade, l'étendue et la localisation de l'infection, les méthodes de traitement pratiquées, etc. Lorsque les conditions étaient favorables, les défenses immunitaires pouvaient venir à bout, seules, de lésions peu développées et inverser le cours de la maladie. Sa progression était toutefois rarement linéaire et les poussées évolutives alternaient fréquemment avec les périodes de rémission. Au cours de la première moitié du XX^{e} siècle, les médecins distinguaient la tuberculose *ulcéro-caséuse*, qui constituait l'affection

[51] Souvent décrite dans la littérature non spécialisée comme étant une toxine, la tuberculine est en fait une préparation artificielle qui s'apparente à un « cocktail » d'antigène obtenu à partir d'e mycobactéries lysées. Je remercie J.-P. Janssens, de l'Université de Genève, pour cette précision.
[52] Grellet & Kruse 1893, p. 96.
[53] *Ibidem.*
[54] Lesage, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 14.
[55] *Ibidem.*
[56] Jaquerod, s.d., p. 38-39.

pulmonaire la plus courante, décrite par Jaquerod, des formes aiguës (pneumonie caséuse, broncho-pneumonie tuberculeuse, granulie aiguë) et de la tuberculose fibreuse à évolution très lente[57].

Zone d'échange entre l'air extérieur et le sang, les poumons sont fortement vascularisés et la rupture de petits vaisseaux sanguins pouvait être à l'origine de crises aiguës au cours des phases évolutives. Ces complications légères, appelées hémoptysies, provoquaient habituellement des crachements de sang, toujours impressionnants et difficiles à résorber. Lorsque les tubercules pulmonaires étaient rassemblés en grande quantité, ils pouvaient fusionner pour former un bloc de matière tuberculeuse dense, appelée « caséum », dont la consistance et l'aspect furent souvent comparés à ceux du beurre. Ce caséum était parfois circonscrit par l'organisme dans un tissu fibreux capable de mettre la maladie en sommeil (forme dite « fibro-caséeuse » ou « fibreuse »). Comme le mentionne Jaquerod, le caséum pouvait également se déverser dans les bronches et être évacué sous forme de crachats, laissant derrière lui une anfractuosité pulmonaire appelée « caverne »[58]. La cicatrisation des lésions pulmonaires était dans ce dernier cas difficile mais pouvait intervenir naturellement par le dessèchement de la caverne ou par l'accolement de ses parois[59].

La tuberculose ne se réduit pas à sa forme pulmonaire et le bacille de Koch a la capacité d'infecter quasiment tous les tissus ou organes : les affections extra-pulmonaires représentaient alors 15% environ des atteintes tuberculeuses. Ces affections se développaient parfois en association avec une atteinte pulmonaire (résultant par exemple d'une extension par « métastases » d'un foyer pulmonaire initial) ou résultaient d'une inoculation localisée (notamment digestive, cutanée ou oculaire). Elles étaient soit isolées, soit multi-focales et concernaient alors plusieurs foyers infectieux résultant généralement de la primo-infection[60]. La plus répandue de ces affections extra-thoraciques était la tuberculose ostéo-articulaire, soignée depuis le milieu du XIX^{e} siècle – avec un certain succès – dans les hôpitaux maritimes. Affectant essentiellement des enfants, elle était rarement associée à une atteinte pulmonaire. L'infection produisait une destruction des tissus osseux et articulaires, compensée par un processus de recalcification susceptible de provoquer d'importantes déformations osseuses. Les trois localisations les plus fréquentes de cette forme étaient la tuberculose vertébrale (ou mal de Pott), la coxalgie tuberculeuse de la hanche et la tumeur blanche du genou. Curables chez l'enfant au moyen de la cure marine associée à de lourds traitements orthopédiques, prolongés parfois plusieurs années, ces affections étaient difficiles à combattre chez l'adulte.

La tuberculose ganglionnaire, appelée encore adénite tuberculeuse, correspondait aux scrofules et autres écrouelles qui firent la réputation des rois thaumaturges au Moyen-Âge[61]. L'adénite tuberculeuse se manifestait souvent comme la complication d'une affection tuberculeuse viscérale, ostéo-articulaire ou cutanée. La capacité du bacille de Koch à traverser les muqueuses lui permettait en effet d'infecter, depuis un foyer localisé, le système lymphatique et les ganglions. Cette forme était évolutive et commençait par une simple hypertrophie des ganglions, lorsque les foyers tuberculeux augmentaient d'intensité, une « granulation » des ganglions apparaissait ; comme les tubercules pulmonaires, ces abcès pouvaient ensuite se caséifier ou s'ouvrir en formant des fistules tuberculeuses.

La plupart des localisations tuberculeuses abdominales résultaient d'une dissémination des bacilles dans le sang. La tuberculose intestinale provenait en général d'une contamination digestive par un agent tuberculeux externe (ingestion de lait contaminé par *Mycobacterium bovis* par exemple), voire interne dans le cas de complications associées à une tuberculose pulmonaire initiale : cela concernait par exemple les malades qui déglutissaient leurs expectorations bacillaires. Les bacilles pouvaient également atteindre la plèvre, membrane assurant l'adhérence des poumons à la paroi thoracique, tout en autorisant les mouvements respiratoires. On parlait alors de pleurésie tuberculeuse, caractérisée par des écoulements de liquide pleural. Cette forme était généralement bénigne sauf en cas de complication « purulente » ou

[57] Ces considérations sur l'évolution et les formes de la maladie ne sont toutefois plus admises aujourd'hui. Elles ne sont mentionnées ici que du point de vue de l'histoire médicale de la tuberculose.
[58] *Ibidem.*
[59] Jaquerod, s.d., p. 41-43.
[60] Je remercie J.-P. Janssens, de l'université de Genève, pour ces précisions.
[60] Grellet & Kruse 1893, p. 96.
[61] Voir à ce sujet : Marc Bloch, *Les rois thaumaturges*, Strasbourg, Publications de la faculté des Lettres, 1924.

d'infection généralisée. Le bacille de Koch pouvait également infecter le péritoine, membrane qui tapisse l'intérieur de la cavité abdominale et enveloppe les organes (péritonite tuberculeuse) ou le péricarde, membrane enveloppant le cœur (péricardite tuberculeuse). Ses localisations pouvaient être multiples : appendiculaires, vésiculaires, pelviennes, etc. La méningite tuberculeuse affectait un autre tissu membranaire : les méninges cérébrales et spinales, et se manifestait plus fréquemment chez le nourrisson et l'enfant, notamment dans la période qui suit la primo-infection mais pouvait également toucher les sujets âgés. La tuberculose laryngée (ou laryngite tuberculeuse) était souvent le résultat d'une infection de la glotte ou du larynx, contractée au contact des expectorations bacillaires. Difficile à combattre, elle pouvait s'étendre jusqu'à la trachée et aux cordes vocales.

La tuberculose cutanée, communément appelée « lupus », résultait d'une infection de la peau et était parfois associée à une localisation pulmonaire. On distinguait au début du XX^{e} siècle la tuberculose verruqueuse de l'ulcère tuberculeux. La première résultait d'une inoculation du bacille par grattage de la peau, et prenait la forme de verrues se développant en plaques. L'ulcère tuberculeux, douloureux et défigurant lorsqu'il touchait le visage, était à cette époque traité par la cure de soleil ou « héliothérapie ». Enfin, la tuberculose oculaire était l'une des principales causes de cécité non congénitale jusqu'aux années 1950. Elle résultait souvent d'une infection secondaire par voie sanguine ou lymphatique et pouvait toucher différentes parties de l'œil : choroïde, iris, rétine, etc.

1.1.4. Diagnostic et stades de la tuberculose.

Les symptômes de la maladie étaient nombreux mais discrets, ce qui la rendait particulièrement difficile à diagnostiquer à un stade précoce. La fièvre et les sueurs étaient les principales manifestations d'une affection évolutive. A ces signes s'ajoutait un amaigrissement général, parfois combiné à de l'anorexie et à des troubles digestifs. L'asthénie – irrépressible lassitude physique et intellectuelle – était également considérée comme « un signe de début fidèle »[62]. Ces symptômes, déjà peu explicites, étaient naturellement variables d'un individu à l'autre. Quelques signes fonctionnels manifestaient particulièrement l'affection pulmonaire : en premier lieu, la toux, « signe essentiel, cardinal, constant »[63]. Plutôt sèche et matinale au début, elle s'accompagnait d'expectorations avec la progression de la maladie. Ces expectorations formaient des crachats muqueux contenant les matières purulentes évacuées par les tubercules dans les bronches. Accompagnés de sang, ces crachats étaient le signe d'une hémoptysie, liée à des lésions de la trachée, des bronches ou des tissus pulmonaires. C'était une manifestation classique de la tuberculose pulmonaire bien qu'elle ne fût pas propre à cette maladie. A ces symptômes pouvaient s'ajouter une fatigue générale et des douleurs thoraciques résultant de l'irritation de la plèvre.

L'examen physique permettait au médecin d'évaluer ces signes. Outre l'inspection générale du thorax, parfois sujet à déformations chez les cas avancés, l'auscultation à l'oreille ou au stéthoscope permettait de discerner les altérations du bruit respiratoire, qui variaient selon la localisation des tubercules et leur degré d'évolution. La découverte des rayons X, en 1895, par l'Allemand Wilhelm Röntgen (1845-1923), et la création des premiers services de radiographie, dès 1896 en France, révolutionna le diagnostic de la tuberculose. Les médecins disposèrent dès lors d'une « image » précise des poumons de leurs patients, permettant de localiser exactement les tubercules et les cavités et d'évaluer précisément leur étendue et leur évolution. Fréquentes au début, les erreurs d'interprétation diminuèrent à mesure que la qualité des clichés augmenta et que l'œil des médecins s'exerça. Mise au point au début du XX^{e} siècle, la radioscopie permettait de visualiser en direct, sans manipulation ni développement de film, « l'image fugitive » des organes du patient placé entre un émetteur de rayons X et un écran fluorescent[64]. La cuti-réaction, mise au

[62] Kaykili 1943, p. 17.
[63] *Idem*, p. 16.
[64] Selon J. Belot : « La radioscopie présente, en effet, sur la radioscopie, tous les avantages que possède la vue directe d'un paysage sur celle de sa photographie. L'image qui apparaît sur l'écran fluorescent n'est pas une image fixe et unique comme celle de nous transmet la plaque sensible. Non seulement nous avons devant nos yeux une vue d'ensemble de la région examinée, mais l'image est une image vivante. Nous voyons les organes en mouvement ; nous pouvons suivre quelques-uns des phénomènes les plus intimes de la

point en 1907 par l'Autrichien Clemens von Pirquet (1874-1929), constituait un autre moyen de diagnostic. Le test cutané permettait de mettre en évidence l'immunité spécifique développée par un individu après un contact avec le bacille tuberculeux[65]. Elle ne donnait toutefois aucun renseignement sur l'activité de la maladie et, en cas de doute, seul l'examen des crachats en laboratoire et la recherche de bacilles de Koch au microscope pouvait confirmer le diagnostic. Cet examen, appelé bacilloscopie, était toutefois difficile à réaliser en dehors des laboratoires correctement outillés. Le test d'inoculation chez le cobaye, dont le protocole était relativement simple et les résultats fiables[66], était plus fréquemment employé.

Lorsqu'un diagnostic positif était établi, le médecin cherchait à déterminer l'état d'avancement de la maladie pour décider d'un éventuel traitement. Différentes classifications furent développées pour donner aux médecins des repères communs. L'une des plus anciennes et des plus utilisées était la nomenclature élaborée par le médecin suisse Karl Turban* (1856-1936) en 1889. Elle comprenait trois stades définis selon l'étendue des lésions constatées après examen radiologique et auscultation[67]. Elle fut utilisée en France au moins jusqu'à la Première Guerre Mondiale, avant d'être supplantée par la nomenclature de Karl Ernst Ranke (1870-1926), qui énonça en 1916 une théorie évolutive cyclique comportant également trois stades successifs, calqués sur le cycle de la syphilis, autre maladie bactérienne[68]. D'autres nomenclatures furent développées dans la première moitié du XX^{e} siècle, certaines étant basées sur les établissements susceptibles d'accueillir les malades selon la gravité de leur état[69].

S'agissant de l'état d'avancement de la maladie, les médecins se référaient volontiers à une nomenclature autrement plus discriminante qui ne distinguait que deux catégories : la « tuberculose ouverte » et la « tuberculose fermée ». La première concernait le tuberculeux qui « crache ou suppure des bacilles », la seconde celui « dont les bacilles sont prisonniers des tissus et parfaitement inoffensifs »[70]. Bien que binaire et simpliste, cette nomenclature était fondamentale car elle distinguait les malades

---

vie, étudier le fonctionnement de certains viscères aussi bien que et souvent mieux que si le couteau du vivisecteur les avait mis à nu. » Belot 1906, p. 139-143.

[65] Ce test consistait à déposer une goutte de tuberculine sur une scarification cutanée, en général sur le bras. Une réponse positive, traduite par une rougeur indurée de type allergique, attestait de la présence d'anticorps spécifiques au bacille de Koch.

[66] « Les crachats lavés, puis émulsionnés dans le sérum physiologique, sont injectés sous la peau de l'animal (à la cuisse). En cas de présence de bacille, au bout d'une dizaine de jours, apparaît un nodule au point d'inoculation. Ce nodule s'ulcère en même temps que se manifeste l'adénopathie. L'autopsie de l'animal montre la diffusion de l'infection. » Kaykili 1943, p. 20.

[67] « 1er Stade : lésion légère, atteignant tout au plus le volume d'un lobe ou de deux demi-lobes ; 2^{e} Stade : lésion légère, plus étendue qu'en 1, mais atteignant tout au plus le volume de deux lobes ; ou grave, atteignant tout au plus le volume d'un lobe ; 3^{e} Stade : toutes lésions dépassant les lésions du stade 2. » Turban, *Beiträge zur kenntniss der Lungen-Tuberkulose*, Wiesbaden, 1899, p. 31, cité par Artaud 1914, p. 108.

[68] Le stade primaire correspondait à la primo-infection qui provoquait deux réactions distinctes : une lésion pulmonaire, sous forme de chancre d'inoculation dans le tissu pulmonaire, et un foyer ganglionnaire ou « adénopathie satellite ». Mais elle pouvait également se produire sans signes cliniques particuliers. Le stade secondaire correspondait à la diffusion lymphatique et sanguine du bacille dans le corps à partir du foyer initial, sous formes de « métastases » touchant d'autres organes. Le stade tertiaire était caractérisé par une certaine immunité développée par le malade et par une localisation des lésions à un seul organe. Elle concernait, soit le réveil d'une lésion tuberculeuse ancienne, soit l'état de tuberculose chronique de l'adulte. Pour plus de détails sur les stades de Ranke, voir Mistral 1947, p. 154-157 et Kaykili 1943, p. 13-15.

[69] Une autre nomenclature fut développée plus tardivement en France pour faciliter le travail des dispensaires et des infirmières visiteuses d'hygiène. Etablie en 1921 par un collège de phtisiologues renommés (Bezançon, Bernard, Sergent, Méry, Guinard, Guinard, Guinon, Küss, Thierry et Bitterlin), elle classait les malades dans neuf catégories correspondant chacune à un établissement de soin adapté à leur état. Cette nomenclature fut rendue obligatoire, durant l'entre-deux-guerres, dans les dispensaires de l'Office publique d'hygiène de la Seine en charge des tuberculeux parisiens, mais semble avoir été plus largement utilisée : « 1. Phtisie pulmonaire : tuberculose chronique avancée cachectisante [signe d'un grand affaiblissement général] avec expectoration bacillifère. 2. Tuberculose pulmonaire ouverte : tuberculose avec bacilles constatés dans les crachats ou avec foyers tuberculeux donnant des signes indubitables de ramollissement. 3. Tuberculoses pulmonaires fermées avérées ou actives : avérées, c'est à dire avec lésions pulmonaires manifestes ayant les caractères des lésions pulmonaires ; actives, c'est à dire avec symptômes fonctionnels ou généraux dus à la tuberculose (et non à une autre cause morbide surajoutée) ou avec signes d'évolution actuelle ou récente. Tuberculoses pulmonaires fermées avérées inactives : inactives, c'est à dire pour lesquelles on ne trouve ni symptômes généraux ou fonctionnels attribuables à la tuberculose, ni signes d'évolution active récente. 5. Adénopathies bronchiques tuberculeuses actives [...]. 6. Adénopathies bronchiques tuberculeuses inactives : [ces deux] diagnostics ne devant être employés, sauf cas exceptionnels, que pour les enfants [...]. Autres tuberculoses sans tuberculose pulmonaire : on rangera dans cette catégorie toutes les localisations autres que la localisation pulmonaire et en particulier les pleurésies tuberculeuses primitives, les laryngites tuberculeuses primitives, etc. 8. En contact de cohabitation : sujet vivant au voisinage immédiat d'un tuberculeux contagieux ; le diagnostic implique la nécessité d'un travail social intense des visiteuses. [...] 9. En surveillance [...] : les sujets de la catégorie neuf sont maintenus sous la surveillance médicale du dispensaire [...] ». Selon cette nomenclature, les malades qualifiés de « phtisiques » (catégorie 1) devaient être hospitalisés comme incurables tandis que ceux relevant des 2^{e} et 3^{e} catégories pouvaient être admis en sanatorium. Les enfants de la 5^{e} catégorie étaient orientés de préférence vers un préventorium, ceux de la 7^{e} catégorie vers un sanatorium marin pour malades osseux ou ganglionnaires et ceux de la 8^{e} catégorie placés à la campagne dans des familles d'accueil, selon la formule du « placement familial ». Enfin, les malades des 4^{e}, 6^{e} et 9^{e} catégories faisaient l'objet d'un suivi au dispensaire. Fournier 1936, p. 14-15.

[70] J.O. 21 juin 1901, p. 787

contagieux de ceux non contagieux. Elle constituera, dans de nombreux établissements de cure, le principal critère d'admission ou de refus.

1.1.5. Etiologie de la tuberculose : l'hygiène et le logement.

La tuberculose, nous l'avons dit, est une maladie endémique présente sur la quasi-totalité du globe. Elle concernait au XIX^e^ siècle une proportion très importante de la population dont seule une fraction, plus faible et moins susceptible de lutter contre l'infection, développait effectivement la maladie. En 1898, le médecin suisse Naegli identifia ainsi, au cours de ses autopsies, 93% de sujets ayant été en contact avec le bacille tuberculeux[71]. Si le bacille de Koch était omniprésent dans les populations humaines, la majorité des individus avaient la capacité de s'en défendre et s'accommodaient, sans manifestation morbide, de sa présence. Dans sa phase active la tuberculose touchait en majorité les jeunes adultes : en France, en 1910, elle était ainsi responsable de 42% des décès parmi les individus âgés de 20 à 39 ans[72]. Le développement de la maladie chez un individu dépendait donc de conditions particulières, qu'il s'agisse de facteurs internes, biologiques et constitutifs, ou externes, liés aux conditions de vie. Ce constat incita les médecins et les hygiénistes de la fin du XIX^e^ siècle à définir la tuberculose comme une « maladie sociale », statut qu'elle conservera tout au long du XX^e^ siècle et qui reste encore d'actualité si l'on considère que la maladie touche aujourd'hui, dans sa grande majorité, les populations pauvres des pays développés et en voie de développement. Les conditions de logement et de travail et, partant, l'appartenance aux classes sociales les plus basses de la population, apparurent dès le XIX^e^ siècle comme des facteurs déterminants. Selon l'historien anglais F.B. Smith[73], le diagnostic et le pronostic de la tuberculose étaient alors, plus que pour toute autre maladie exceptée peut-être la folie, définis par les conditions générales d'existence des individus plutôt que par sa seule cause bactérienne. En 1911, le médecin anglais McVail résuma le cercle vicieux dans lequel étaient enfermées les classes populaires par cette formule : « La phtisie conduit à la paupérisation d'une génération d'individus et cette paupérisation conduit à la phtisie dans la suivante »[74]. Avec lucidité, son collègue Bradbury corrigea légèrement cette affirmation, estimant pour sa part que la pauvreté conduisait plus facilement à la tuberculose que l'inverse[75]. En réponse à la nature « sociale » de la maladie, de nombreux médecins préconisaient des moyens de « lutte sociale contre la tuberculose » consistant à tenter d'éradiquer la misère et le paupérisme pour réduire l'incidence tuberculeuse[76]. Ce point de vue restera d'actualité durant toute la première moitié du XX^e^ siècle et, en 1923 encore, les médecins Lépine et Gouachon notaient que « le tuberculeux prolétaire n'est pas seulement frappé d'indigence le jour où la maladie arrête son travail ; il ne risque pas seulement l'incurabilité faute de soins et de ressources : il contamine fatalement son entourage, il est un danger social »[77].

La tuberculose était non seulement une maladie grave, difficilement curable, mais elle conduisait aussi à un déclassement social des malades. Avant que les assurances sociales ne leurs vinssent en aide, les malades des classes ouvrières étaient invariablement entraînés par un mouvement de précarisation sociale et d'aggravation de leur état de santé, dont la seule issue prévisible était la mort. En 1906, le médecin anglais Newsholme relevait ainsi que les tuberculeux incapables de conserver un emploi à plein temps étaient contraints de se loger dans des immeubles toujours plus insalubres et surpeuplés, contribuant au développement de la maladie et à la réduction continue de leur capacité de travail, jusqu'à l'incapacité totale de subvenir à leurs besoins et à l'indigence[78]. Dès 1865, son compatriote Bell, médecin des pauvres de Bradford, dénonçait « ces antres infects, obscures et humides, tout à fait impropres à abriter un être humain d'où partent la maladie et la mort pour chercher des victimes, même chez les gens de bonnes

[71] Mistral 1947, p. 15.
[72] Artaud 1914, p. 88.
[73] Smith 1988, p. 3.
[74] *Idem*, p. 174.
[75] *Ibidem.*
[76] Courmont, « La lutte sociale contre la tuberculose », in *Lyon médical*, 1905, p. 313-315, cité par Dessertine & Faure 1988, p. 19.
[77] Lépine & Gouachon 1923, p. 8.
[78] Arthur Newsholme, *Journal of hygiene*, 1906, cité par Smith 1988, p. 169.

conditions qui ont permis à ces ulcères pestilentiels de suppurer au milieu de nous »[79]. L'historien de la médecine F.B. Smith relève également que la surpopulation dans les logements insalubres avait pour conséquence de réduire la résistance de leurs habitants face aux maladies et de les exposer de façon répétée aux bacilles expectorés par leur entourage. Il rapporte également que les tuberculeux vivant dans ces logements avaient une plus forte probabilité de partager leur chambre, voire leur lit, avec d'autres membres de leur famille, ainsi directement exposés à la contagion[80]. En 1904, l'Anglais Chalmers mit en évidence la relation entre la taille du logement et la probabilité de ses habitants d'être atteints de tuberculose : à Glasgow, la mortalité par tuberculose pulmonaire était de 2,4‰ dans les familles habitant une seule pièce et de 1,8‰ dans celles habitant deux pièces, chiffre qui tombait à 0,7‰ dans celles occupant un logement plus grand[81]. L'habitat insalubre, le taudis, « ce tueur d'enfants, ce pourvoyeur d'hôpitaux, ce recruteur du crime et de la prostitution, ce fauteur de haine sociale », comme le décrivait la Ligue nationale contre le taudis[82], fut donc rapidement désigné comme le principal facteur de propagation de la maladie[83].

La mise en place du *Casier sanitaire des maisons de Paris*[84], en 1894 par le médecin Paul Juillerat, coïncida en France avec le développement des premières œuvres antituberculeuses et l'intérêt des médecins pour la maladie, illustré en particulier par la tenue régulière, à partir de 1888, de congrès de la tuberculose. Sur les 80.000 immeubles recensés dans le fichier en 1904, environ 5.000 furent identifiés comme foyers intenses de tuberculose. Totalisant à eux seuls un tiers des décès par tuberculose à Paris, trois îlots se distinguaient particulièrement par leur insalubrité. Ils se caractérisaient par des rues étroites, de petites cours couvertes ou bordées de hauts bâtiments ne permettant pas aux rayons du soleil de pénétrer dans les logements. En analysant les données fournies par le casier parisien, Paul Juillerat et l'architecte Louis Bonnier (1856-1946) constatèrent que « les maisons à forte mortalité tuberculeuse sembl[aient] avoir une influence sur les maisons voisines »[85]. Présentant leurs résultats au congrès international de la tuberculose de Paris en 1905, ils dénoncèrent le manque d'aération et de soleil dans ces logements, estimant que « la tuberculose [était] avant tout une maladie de l'obscurité »[86]. Ils établirent également une liste des facteurs urbains et sociaux favorisant le développement de la tuberculose et conclurent que l'action de l'habitation sur l'étiologie et la propagation de la maladie s'exerçait de deux manières :

> *1° Directement, par l'absence de lumière, en permettant la conservation presque indéfinie du bacille de Koch dans les locaux infectés par le séjour, même accidentel, d'un tuberculeux ;*
>
> *2° Indirectement, par toutes les dispositions vicieuses qui ont sur l'organisme humain une influence anémiante et le mettent, par conséquent, vis à vis du bacille, dans des conditions de moindre résistance. Une des plus dangereuses, à ce point de vue, est la mauvaise installation des appareils de chauffage et des conduits de fumée.* [87]

Cette analyse de la relation entre les conditions de logement et l'incidence de la tuberculose dans les centres urbains denses renforça la conviction des hygiénistes et des médecins selon laquelle l'air

---

[79] Karl Marx, dans *Le Capital*, citait ce passage de Bell : « Dans une cave de mille cinq cents pieds cubes dix personnes logent ensemble… Vincent street, Green Air Place et les Leys, contiennent 223 maisons avec 1450 habitants, 435 lits et 36 lieux d'aisances… Les lits, et j'entends par là le premier amas venu de sales guenilles ou de copeaux, servent chacun à 3,3 personnes en moyenne, et quelques-uns à quatre et six personnes. Beaucoup dorment sans lit étendus tout habillés sur le plancher nu, hommes et femmes, mariés et non mariés, pêle-mêle. Est-il besoin d'ajouter que ces habitations sont des antres infects, obscurs et humides, tout à fait impropres à abriter un être humain ? Ce sont les foyers d'où partent la maladie et la mort pour chercher des victimes même chez les gens de bonne condition (*of good circumstances*), qui ont permis à ces ulcères pestilentiels de suppurer au milieu de nous. », Karl Marx, Le capital, Paris, Lachâtre, 1872, p. 292, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 151.

[80] Ainsi, 46% des tuberculeux répertoriés à Cardiff à la fin des années vingt partageaient leur chambre ou leur lit avec d'autres membres de leur famille. Une étude réalisée à Northampton entre 1921 et 1948 montrait que l'incidence tuberculeuse était supérieure de 33% dans les logements mitoyens de logements occupés par des tuberculeux ouverts. Smith 1988, p. 170.

[81] Ces statistiques furent confirmées par une étude semblable menée à la même époque à Londres. Smith 1988, p. 169.

[82] S.a., « Le carreau de grès et la salubrité de la construction », in *La Technique sanitaire et municipale*, avril 1933, p. 77.

[83] La tuberculose prenant les trait d'une « maladie de l'habitation » (Dessertine & Faure 1988, p. 20), on ne s'étonnera pas que le premier sanatorium populaire de France, le sanatorium Félix Mangini ouvert en 1900 pour les malades lyonnais, soit l'œuvre de la *Société des logements économiques et d'alimentation de Lyon*.

[84] Le Casier sanitaire de Paris était constitué d'un fichier regroupant par immeuble, d'une part, les descriptions des bâtiments et, d'autre part, les décès par maladies contagieuses intervenues dans ces immeubles. Voir à ce sujet l'ouvrage de Y. Fijalkow, *La construction des îlots insalubres. Paris 1850-1945*, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1998.

[85] Juillerat & Bonnier 1905, p. 16.

[86] Cité par Grellet & Kruse 1983, p. 151-152.

[87] Juillerat & Bonnier 1905, p. 16.

confiné, le manque d'aération et de soleil, participaient de l'amoindrissement de la résistance des individus, faisant de leurs poumons une cible facile pour le bacille de Koch[88]. Décryptant le premier les mécanismes de la transmission de la tuberculose, Villemin écrivait à ce sujet dès 1868 : « les habitations sont, pour l'homme, des foyers de contagion qu'il faut purifier, comme on purifie les écuries qui ont été envahies par la morve »[89]. Les premières tentatives d'amélioration des conditions de vie des classes ouvrières étaient toutefois antérieures à la découverte du bacille par Robert Koch et visaient, plus généralement, à améliorer l'hygiène des logements. En Angleterre, où l'industrialisation avait été la plus précoce, on pressentait dès le milieu du XIX[e] siècle que la concentration des ouvriers dans les quartiers surpeuplés était mortifère[90]. En France, la loi de 1850 sur les logements insalubres et celle du 30 novembre 1894 sur la participation de l'Etat au financement des maisons ouvrières[91] allaient dans le même sens mais ne furent pas à la hauteur des besoins. En considérant le faible taux de mortalité par tuberculose dans les rares réalisations conçues selon les préceptes hygiénistes, Paul Brouardel* (1837-1906) proclamait en 1901 que « la maison salubre est [...] antituberculeuse »[92]. La construction – en petit nombre – de logements sains ne résolvait toutefois pas le problème des quartiers surpeuplés et décimés par la misère et la maladie :

> *Les méfaits du logement insalubre*, ajoutait-il, *ne se bornent pas au danger de la contagion : l'absence d'air, de lumière, agit sur la nutrition de ceux qui habitent ces logements, les enfants s'étiolent, dépérissent, les hommes les plus robustes ne résistent pas, ces logements font de tous les êtres humains qui les habitent la proie désignée à toutes les maladies infectieuses et si nous ne considérons que la phtisie, ils en font des prédisposés à la tuberculose.*[93]

La tuberculose était une maladie de la pauvreté, certes, mais dont les principaux modes de contagion – gouttelettes de salive et poussières en suspension – ne mettaient pas les classes aisées à l'abri de la contagion. Les taudis situés au cœur des villes et considérés comme les principaux foyers de tuberculose suscitaient donc une certaine frayeur dans les classes dirigeantes[94]. Pour Louis Landouzy (1845-1917), en 1912 : « la salubrité de l'habitat devient l'axe sur lequel repose le meilleur de la prévention de la phtisie. C'est pourquoi la guerre faite aux taudis est le plus sûr moyen de défense antituberculeuse »[95]. A la question du logement s'ajoutaient fréquemment, chez ces populations fragilisées, des facteurs aggravants tels que l'alimentation insuffisante, le manque d'hygiène, mais surtout l'alcoolisme, montré du doigt par les hygiénistes comme « le plus puissant facteur de la propagation de la tuberculose »[96]. « L'homme le plus vigoureux, devenu alcoolique, est sans résistance devant elle »[97], prévenait Brouardel. S'agissant du lien entre tuberculose et alcoolisme, les arguments avancés par les médecins et les hygiénistes, parfois peu explicites, dissimulaient à peine la dimension moralisatrice de leurs arguments. La fixation du discours hygiéniste sur l'insalubrité du logement ouvrier tendait également à marginaliser le facteur aggravant que constituaient les conditions de travail difficiles des classes populaires à la fin du XIX[e] siècle. Les ateliers et les usines contribuaient pourtant beaucoup à altérer la santé de ces populations. Mais les classes dirigeantes, sans surprise, étaient peu enclines à en dénoncer les méfaits.

---

[88] Grellet & Kruse 1983, p. 152.
[89] Cité par Ronin & Greppo 1930, p. 23.
[90] Brouardel mentionnait notamment la législation de 1836 sur les *Building Societies*, ou Caisses d'épargne chargées de construire des maisons ouvrières. Elles comptaient plus d'un million d'adhérents en 1900. Les *Labouring classes lodging houses Acts*, de 1851, 1866 et 1867, incitèrent les paroisses et les municipalités de villes de plus de 10.000 habitants à construire des maisons salubres pour les ouvriers. Les *Acts for the removal of nuisances*, de 1852, 1869 et 1874, accordèrent aux autorités locales le droit d'inspection des maisons et d'infliger des contraventions en cas de non-respect des lois et règlements sanitaires. Les *Artisan's dwellings Acts,* de 1868-1882, visent à la réparation ou à la démolition des maisons insalubres et permettent la démolition des bâtiments « obstructeurs » qui empêchent la ventilation et l'ensoleillement d'autres maisons. Brouardel 1901, p. 733.
[91] *Idem*, p. 734.
[92] *Ibidem.*
[93] *Idem*, p. 735.
[94] Grellet & Kruse 1883, p. 151.
[95] Landouzy, *Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose*, 1912, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 151.
[96] Brouardel 1901, p. 735.
[97] Brouardel citait une étude de Baudran montrant que les cartes de mortalité par tuberculose et celles de la consommation d'alcool en France étaient à cette époque presque superposables. *Ibidem.*

1.1.6. Modes de contagion et prophylaxie de la tuberculose : bacilles et crachats.

La transmission du bacille de Koch se faisait presque exclusivement par voie respiratoire, les autres modes d'entrée – absorption par les voies digestives et inoculation cutanée accidentelle – étant relativement rares. Les crachats constituaient donc, en pratique, l'unique agent de transmission de la maladie. « Coutume dégoûtante et dangereuse » de l'avis du professeur Brouardel[98], l'habitude de cracher par terre était très répandue dans les classes populaires à la fin du XIX^e^ siècle, avant d'être stigmatisée au cours de la première moitié du XX^e^ siècle pour des raisons hygiéniques (ill. 3). On crache alors à terre en privé comme en public, en ville comme à la campagne, sans que personne, ou presque, ne s'en offusque. Sans conséquences dans le cas d'un individu sain, cette pratique devient mortifère dans le cas d'un tuberculeux qui, selon les bactériologistes, pouvait expectorer jusqu'à vingt milliards de bacilles par jour. Les médecins mettaient en relation les quantités effrayantes de bacilles potentiellement disséminés par les tuberculeux avec les modes de contagion de la maladie. En 1891, Preyss estima qu'il suffisait d'inoculer chez un cobaye un millième de milligramme de crachat, contenant environ une quarantaine de bacilles, pour qu'il développe la maladie[99]. Lorsque Villemin démontra expérimentalement, en 1865, la contagiosité de la tuberculose, il comprit immédiatement les mécanismes qui conduisaient à la diffusion des matières contagieuses dans le milieu ambiant :

> *Le tubercule et les matières de l'expectoration des phtisiques se comportent comme des matières virulentes [...],* expliquait-il, *les crachats rejetés depuis plusieurs jours et desséchés ne perdent pas cette propriété. Tout porte à croire que la transmission habituelle ne s'opère pas par des produits liquides. Elle se fait sans doute beaucoup plus fréquemment par l'intermédiaire des particules desséchées et réduites en poudre ou en fragments assez petits pour être soulevés par les mouvements de l'atmosphère. [...] Vivre dans un milieu confiné [avec] des tuberculeux qui ne prennent aucune mesure contre l'infection de l'atmosphère par les matières expectorées, constitue évidemment une situation favorable pour contracter la phtisie.*[100]

La mise évidence, par Koch en 1882, de l'agent microbien responsable de la tuberculose confirma ce mode de diffusion. L'expérience menée en 1888 par George Cornet (1858-1915), collaborateur de Koch à Berlin, sur la dispersion des bacilles dans les poussières, fut à ce titre éclairante. Cornet recueillit les poussières présentes dans les pièces habitées par des phtisiques (logements privés et hôpitaux) à des endroits hors de portée de l'expectoration ou à l'abri de la contamination par contact direct. Délayées dans de l'eau stérilisée, ces poussières furent inoculées à des cobayes. Il reproduisit l'expérience avec des poussières prélevées dans divers lieux de la capitale allemande, non habités par des phtisiques : rues, maisons privées, asiles d'aliénés, prisons, salles de chirurgie, etc. Ses résultats firent sensations en montrant que le risque de contagion était sans rapport avec la propreté apparente d'un lieu :

> *Malgré la propreté la plus méticuleuse du malade,* expliquait-il, *malgré les conditions sociales les plus favorables, on trouvait des bacilles dans la poussière de l'appartement lorsque le malade répandait ses crachats sur le sol et dans les mouchoirs, tandis que ces bacilles ne pouvaient être décelés dans la poussière des logements d'une malpropreté sordide, mais où le malade expectorait toujours dans un crachoir.*[101]

A la dissémination des bacilles par l'intermédiaire des poussières sèches, s'ajoutaient d'autres modes de contagion telles que la projection dans l'air de gouttelettes de salive contaminées[102]. Ces travaux montrèrent que la propagation de la maladie n'était pas une fatalité ni un phénomène inévitable mais bien le fait du comportement des tuberculeux eux-mêmes. La discipline individuelle apparut alors aussi importante que l'hygiène générale : le tuberculeux devait adapter son comportement à son état morbide, pour sa propre santé, mais surtout pour préserver de la contagion ses proches et la collectivité.

---

[98] *Idem*, p. 733.
[99] Artaud 1914, p. 29.
[100] Villemin, *Etudes sur la tuberculose*, 1868, cité par Artaud 1914, p. 25-26.
[101] Cornet, « Die Sterblichkeitverhältnisse in den Kranjenpflegeerden », in *Zeitschrift für* Hygiene, 1889, t. VI, p. 65, cité par Knopf 1900, p. 38 et Artaud 1914, p. 29.
[102] Knopf 1900, p. 38.

Pour ces raisons, le crachoir devint un emblème des méthodes de prophylaxie que l'on tentait d'imposer aux malades. Ustensile d'hygiène autant que de confort des malades, les crachoirs devaient devenir l'unique réceptacle de leurs expectorations afin d'éviter leur dispersion, leur dessiccation et la dissémination des bacilles qui en résultait immanquablement. Le modèle de crachoir de poche le plus populaire à la fin du XIX^{e} siècle et au début du XX^{e} siècle était celui conçu par le médecin allemand Peter Dettweiler* (1837-1904). Il se présentait sous la forme d'un flacon de verre ouvert à ses deux extrémités et dont la teinte bleu foncé[103] permettait d'éviter l'écœurement provoqué par la vue de son contenu. L'ouverture supérieure, la plus grande, servait à cracher et était munie d'un entonnoir métallique pénétrant profondément dans le récipient afin de rendre impossible tout épanchement de liquide si le flacon venait à être renversé. Le crachoir se fermait au moyen d'un couvercle métallique garni d'un joint en caoutchouc. L'ouverture inférieure, plus petite, était munie d'un pas de vis servant à fixer le bouchon de vidange. Pour plus d'efficacité, le fond du crachoir était parfois rempli d'un liquide antiseptique. Le tout ne dépassait pas dix centimètres de haut et cinq de large[104]. De nombreux autres modèles, notamment en aluminium pour en faciliter la désinfection, furent ensuite développés et l'on pourrait notamment citer les modèles de Knopf, de Petit, de Vaquier ou de Liebe[105]. A la fin du XIX^{e} siècle, les médecins tentèrent d'imposer l'usage à domicile du crachoir individuel mais ils se heurtèrent à la complexité relative de son usage et de sa désinfection. Les crachoirs devaient effectivement être stérilisés chaque jour afin de neutraliser leur contenu ; ils étaient pour cela plongés dans l'eau bouillante[106]. Landouzy relevait en 1900 qu'en « Amérique, l'usage s'est établi de mettre des crachoirs partout, et personne ne s'en offusque » et déplorait que l'on pouvait « parcourir de longues distances dans l'Exposition [universelle de Paris en 1900] sans rencontrer de crachoirs » exceptés ceux disposés à l'entrée de l'exposition d'hygiène mais qui étaient là « bien plus comme objets exposés ou de réclame que pour servir au public »[107]

Lorsque les mécanismes de transmission de la tuberculose furent globalement compris à la fin du XIX^{e} siècle, les médecins purent envisager des mesures systématiques de prophylaxie. Ils prohibèrent notamment l'emploi du mouchoir de poche, que certains malades utilisaient pour tousser ou cracher, et qui constituait une source potentielle de dissémination des bacilles. Pour des raisons d'hygiène les malades étaient encouragés à renoncer au port de la barbe et de la moustache, qui devaient être taillées courtes à défaut d'être rasées. Pour éviter la dissémination des poussières, les hygiénistes imposèrent le balayage humide des locaux à l'aide de fauberts – balais de toile ou de cordes – imprégnés de solution antiseptique. En Autriche, le phtisiologue Hermann von Schroetter (1870-1928) proposa d'étendre ce principe de prophylaxie aux villes entières : « le balayage des rues et des trottoirs avec soulèvement de poussière, explique-t-il, est un crime contre nos semblables »[108]. Il suggéra notamment que les rues soient préalablement arrosées avant leur nettoyage. Nous ne nous attarderons pas sur les risques de transmission du bacille par ingestion, notamment par l'intermédiaire de viande et de lait contaminés. La transmission de la maladie des animaux à l'homme par les produits d'élevage préoccupa en effet les autorités sanitaires depuis les années 1880 et ce sujet sera au cœur des discussions lors des premiers congrès de la tuberculose français de 1888 et 1891. Les mesures envisagées pour limiter les risques de transmission du bacille de Koch furent innombrables ; Knopf suggérait en 1900 d'envelopper le pain dès sa sortie du four pour se prémunir des boulangers cracheurs de bacilles, de supprimer la communion au calice dans les églises protestantes et d'encourager la crémation des corps pour éviter le transport des bacilles par les vers de terre[109]. En 1901, le ministre français des travaux publics adressa aux compagnies de chemin de fer une circulaire précisant les mesures à mettre en œuvre pour diminuer les risques de contagions dans les trains tandis qu'en Allemagne, les médecins devaient déclarer à la police tout nouveau cas de tuberculose dès

[103] Les malades l'appelaient familièrement *Henri le bleu*. Miller 1991, p. 8.
[104] Knopf 1900, p. 40.
[105] Concernant les crachoirs, voir : Knopf 1900, p. 41, 300-306 et A. Chuquet, « Les crachoirs ; étude critique », communication au 4^{e} congrès de la tuberculose, Paris, 1898.
[106] Artaud recommandait de les soumettre matin et soir, pendant cinq minutes à l'ébullition dans un bain chargé de dix grammes de carbonate de soude par litre d'eau ce qui augmentait sensiblement la température d'ébullition. Artaud 1914, p. 29.
[107] Exposition universelle internationale de 1900/1, p. 499-500.
[108] Cité par Knopf 1900, p. 112.
[109] *Idem*, p. 111-114.

l'établissement du diagnostic[110]. Au tournant du XX^e siècle, la déclaration obligatoire de la maladie et les mesures de désinfection des lieux fréquentés par les tuberculeux (hôtels, wagons, paquebots, etc.) étaient au cœur des préoccupations hygiénistes dans la plupart des pays occidentaux. Les sanatoriums, nous le verrons, apparaîtront alors comme l'outil sanitaire le mieux adapté pour mettre en œuvre simultanément, dans un but prophylactique, éducatif et thérapeutique, toutes ces mesures dictées par l'hygiène et la hantise des milieux septiques.

1.1.7. La curabilité de la tuberculose.

Au XVIII^e siècle, de nombreuses lois imposèrent en Europe la désinfection des lieux habités par les malades morts de phtisie et, parfois, l'incinération de leurs effets personnels[111]. L'isolement des phtisiques n'apparut toutefois qu'au XIX^e siècle dans quelques institutions créées spécialement à cet effet : l'un des premiers fut sans doute l'hôpital San-Luigi de Turin (1818), qui accueillait les malades souffrant « de phtisie, d'hydropsie et de marasme [ou cachexie] » sans toutefois leur offrir de réel traitement[112]. Il avait été précédé en 1814 par le *Royal Hospital for diseases of the chest* de Londres, premier hôpital anglais pour phtisiques pauvres. C'est effectivement en Angleterre que les premiers établissements pour phtisiques virent le jour, vraisemblablement dans le sillage des établissements de bains de mer, dont la mode, sur les côtes anglaises, remontait à la fin du XVIII^e siècle. En 1840, George Bodington* (1799-1882) médecin Anglais du Warwickshire, publia *An Essay on the Treatment and Cure of Pulmonary Consumption* (Essai sur le traitement et la cure de la phtisie pulmonaire) dans lequel il décrivait une méthode basée sur le repos au grand air et un régime alimentaire approprié. Selon l'historienne de la médecine Margaret Campbell, Bodington installa à Sutton Coldfield un « petit centre de traitement où sa méthode thérapeutique fut appliquée, de façon non exclusive, aux malades tuberculeux »[113]. Tentative audacieuse de traitement rationnel de la tuberculose, l'expérience de Bodington n'en fut pas moins raillée par ses confrères anglais[114], « ses patients quittèrent l'établissement et Bodington se résolut à le convertir en asile d'aliénés »[115]. Fondé en 1841 à proximité de Londres, le *Royal Brompton Hospital for Consumption and Diseases of the Chest* accueillait indistinctement des poitrinaires tuberculeux et non tuberculeux[116]. Achevé en 1849 dans le style élisabéthain, l'hôpital (ill. 85) offrait un plan en H dont les ailes latérales mesuraient 58 mètres de long et celle du centre, face à la rue, 61 mètres. Le rez-de-chaussée était réservé aux services communs et médicaux, le premier étage aux femmes et le second aux hommes. Les chambres étaient largement éclairées par de vastes baies et comptaient deux à huit lits. Elles s'ouvraient directement sur de larges galeries ou promenoirs exposés au midi[117]. L'établissement disposait dès l'origine d'une ventilation artificielle combinée à un système de chauffage central[118]. D'autres établissements similaires virent le jour en Angleterre au milieu du XIX^e siècle : le *City of London Hospital for Chest Diseases* en 1848 et le *North London Hospital for Consumption* dans les années 1860[119]. En 1855, le médecin Henri Mac Cormac, « préconisa le traitement à l'air libre, démontrant la nocuité de l'air ruminé » mais, renouvelant son appel en 1863, la Société royale de médecine de Londres « refusa de lui voter des remerciements, considérant la

[110] Brouardel 1901, p. 740
[111] Knopf 1900, p. 5-6.
[112] Del Curto 2005, p. 47.
[113] "In 1840, George Bodington (1799–1882), a Warwickshire physician, published *An essay on the treatment and cure of pulmonary consumption*. His method was based on rest in the open air and a good diet. Later, he set up a small treatment centre in Sutton Coldfield, where his therapeutic regime was conducted, but not exclusively, for patients with tuberculosis." Margaret Campbell, « What Tuberculosis did for Modernism : The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture », in *Medical History*, 1^er octobre 2005, vol. 49, n°4, p. 463-488 ; voir également R.Y. Keers, « Two forgotten pioneers. James Carson and George Bodington », in *Thorax : an international journal of respiratory medicine*, 1980, vol 35(7), p.483-489.
[114] Smith 1988, p. 97.
[115] "This autor met with the most bitter and contemptuous treatment, being regarded as a lunatic ; his patients were driven from his institution, which by the irony of fate he was compelled to turn into an asylum for the reception of the insane." S.a., « The king's sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, volume 1, p. 4.
[116] Puis exclusivement des tuberculeux à partir du début du XX^e siècle. Vallin 1898/2, p. 934.
[117] Knopf 1900, p. 189.
[118] Les extensions réalisées en 1882 et en 1905, à Frimley, feront du *Brompton Hospital* un sanatorium moderne avec galeries de cure d'air. Royal Brompton Hospital, Encyclopédie en ligne Wikipédia, 7 juillet 2009.
[119] Smith 1988, p. 62.

discussion sur ce sujet comme une perte de temps »[120]. Le *Royal National Hospital for Consumption*, également dénommé *Ventor Hospital*, fut fondé en 1868 sur l'île de Wight, cette « Madère de l'Angleterre », par un ancien tuberculeux, le médecin Arthur Hill-Hassal* (1817-1894)[121]. Au petit bâtiment isolé initialement construit, succéda bientôt un vaste ensemble de dix pavillons pouvant accueillir 132 malades. Le *Ventor Hospital* accueillait les indigents et les malades peu aisés pour un prix modique, le fonctionnement de l'établissement étant assuré par des œuvres de bienfaisance et des sociétés de secours mutuels. Comme au *Brompton Hospital*, les bâtiments disposaient d'un système d'aération mécanique, mû par la vapeur, introduisant de l'air tiède dans les chambres tandis que l'air vicié était expulsé par un conduit en toiture. Les méthodes hygiéniques pratiquées dans ces différents établissements différaient assez peu, semble-t-il, de celles pratiquées dans les hôpitaux généraux. Toutefois, à partir des années 1860, la diffusion des théories sur les vertus de l'air pur incita ponctuellement certains médecins anglais à supprimer le chauffage dans les chambres des malades et à ouvrir les fenêtres en permanence[122]. Mais avant que la méthode hygiéno-diététique ne soit adoptée, les médecins étaient impuissants à lutter efficacement contre la maladie et, selon Léon-Petit, leur action se limitait à une « médication de symptômes, appliquée sans conviction »[123].

Au milieu du XIX[e], les travaux des anatomo-pathologistes ébranlèrent le dogme de l'incurabilité de la tuberculose. Le médecin français Natalis Guillot fut l'un des premiers à mettre en évidence, en 1850, la présence de lésions tuberculeuses spontanément cicatrisées dans les poumons des cadavres qu'il autopsiait à Bicêtre et à la Salpetrière. Ses observations montrent que 60% des autopsies (le sujet étant décédé pour des raisons autres que la tuberculose) présentaient les traces d'anciennes lésions tuberculeuses cicatrisées, sans que ces malades qui s'ignoraient eussent suivi un quelconque traitement antituberculeux[124]. Ces observations furent confirmées à la fin du siècle par Maurice Letulle* (1853-1929) qui, entre 1892 et 1895, dénombra, parmi 189 cadavres autopsiés à l'hôpital Saint-Antoine, 79 cas exempts de toute lésion tuberculeuse, 92 cas de tuberculose latente des voies respiratoires ou guérie et 18 cas suspects, soit, au minimum, 50% d'individus présentant des traces de lésions tuberculeuses cicatrisées probablement passées inaperçues de leur vivant. Confirmant ces observations, Brouardel estimait qu'il n'y avait « guère d'autopsies pratiquées sur des individus morts de cause violente [...] qui ne montrent pas de lésions tuberculeuses souvent guéries, soit par transformation crétacée, soit par cicatrisation fibreuse. Il ne faut pas oublier, ajoutait-il, que la clientèle de la morgue n'est pas très choisie »[125]. Les médecins, toutefois, avancèrent peu d'explications sur les conditions ayant permis à ces individus de résorber l'infection.

> *Ces chiffres,* notait le médecin Ribard en 1901, *[...] montrent très clairement que la moitié des hommes réputés bien portants et non tuberculeux, mourant de vieillesse ou de cause fortuite, ont, à un moment donné de leur vie, été touchés par la tuberculose et ont guéri. Il y a donc beaucoup d'atteints, mais aussi beaucoup de guéris, puisque la moitié du genre humain a des tubercules, sans même se douter de leur présence [...].*[126]

Ces cas de guérison spontanée correspondaient toutefois à des atteintes pulmonaires au premier stade, si peu développées qu'elles n'avaient vraisemblablement jamais été diagnostiquées. Selon Brouardel : « s'il est vrai qu'à toutes les périodes le tuberculeux peut guérir, il est certain que cette possibilité se réalise surtout quand on fait suivre au malade les médications nécessaires dans la période de prétuberculose, alors que les lésions sont minimes et que l'individu peut trouver dans son organisme les ressources nécessaires à la lutte »[127]. Ces découvertes donnèrent de nouveaux espoirs aux malades et incitèrent les médecins à affiner leur compréhension des mécanismes de l'infection tuberculeuse et du développement de la maladie. Le corps médical était toutefois réduit à spéculer sur les moyens susceptibles

[120] Catrin, revue des journaux : *The progress of the sanatorium for treatment of consumption in England (Le progrès du traitement de la tuberculose par les sanatoria en Angleterre) par Jane H. Walker (The Brit. med. Journ., 29 septembre 1900, p. 902),* in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 181.
[121] Knopf 1900, p. 185.
[122] Smith 1988.
[123] Léon-Petit 1895, p. 38.
[124] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[125] Knopf 1900, p. 185.
[126] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[127] Brouardel 1901, p. 737.

de faciliter les mécanismes naturels de guérison de la tuberculose : « Si des tuberculeux ignorés, *ajoutait Amodru en 1901,* et n'ayant été l'objet d'aucun soin particulier, ont pu arriver par les seuls efforts de la nature à une guérison complète, quelles espérances ne doit-on pas concevoir à l'égard de nos malades qui seront soumis à un régime et à un traitement appropriés ? »[128]. Ces nouvelles pistes en matière de traitement de la tuberculose autorisèrent le phtisiologue Jacques-Joseph Grancher* (1843-1907) à proclamer que « la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques »[129], postulat qui ouvrait la voie du traitement moderne de la tuberculose.

1.1.8. Les approches thérapeutiques et la cure hygiéno-climatique (1819-1850).

Le rôle positif de l'aération et du repos dans la cure de la phtisie pulmonaire était déjà connu dans la médecine grecque antique, à la suite, semble-t-il de contacts avec les médecins indous. Hippocrate (460-356 av. J.C.) recommandait ainsi à ses malades un traitement composé d'exercices modérés, de frictions et d'air marin[130]. Pline l'Ancien (73-23 av. J.C.) louait quant à lui les vertus des bains de soleil et des émanations balsamiques des forêts de sapins, tandis que Galien (131-200) vantait la valeur de l'air d'altitude qui, selon lui, « desséchait » l'ulcération des poumons. Les principes antiques du traitement climatique de la phtisie seront perpétués tout au long du Moyen-Âge par les médecins arabes, notamment Avicenne (980-1037), et ne seront redécouverts en Europe qu'à la Renaissance. Aux XVII^{e} et XVIII^{e} siècles, de nombreux médecins européens, tels Van Helmont (1577-1655), Willis (1622-1675), Baglivi (1669-1707), Boerhaave (1668-1738), Van Swieten (1700-1772) ou Bordeu (1722-1776)[131], évoquèrent, sans grandes précisions, les bienfaits que pouvaient espérer les phtisiques d'un séjour prolongé sous un climat doux[132]. En 1900, le médecin S.A. Knopf citait un ouvrage anonyme anglais de 1747 dans lequel les indications d'un traitement hygiénique et diététique, sans prescription climatique, auraient été pour la première fois énoncées : « l'auteur, indiquait Knopf, s'est donné pour tâche de démontrer qu'un régime strict, joint à une vie sobre, à des exercices modérés, peut amener une guérison presque certaine sans le secours des médicaments et du climat »[133]. En 1809, Portal (1742-1832), professeur au Collège de France, voyait dans le changement d'air et le voyage la meilleure thérapeutique possible pour les phtisiques. « Dans toute espèce de phtisie, écrivait-il, le même air pourrait bien aussi ne pas convenir également ; par exemple, l'air de la mer réussit aux phtisiques de naissance et aux scrofuleux, mais pas aux scorbutiques, et celui de nos provinces méridionales convient beaucoup mieux à ces derniers »[134]. Les traitements exclusivement diététiques de la phtisie avaient été expérimentés par le médecin anglais May dès 1791, puis par les Français Curchot et Carrière (cure de petit lait et de raisin), mais leurs résultats s'avérèrent peu concluants. En 1814, le médecin anglais Harry Bennet, ancien interne des hôpitaux de Paris, réussit à guérir la tuberculose pulmonaire dont il souffre au moyen de cures d'air effectuées l'hiver à Menton et l'été en Ecosse, conjuguées à un « régime reconstituant ». Cette guérison fut largement diffusée et donna une nouvelle résonance aux antiques principes de la cure climatique[135].

Toutes ces expériences isolées, parfois contradictoires dans leurs approches et dans leurs résultats, engagèrent néanmoins les médecins sur la voie du traitement climatique de la phtisie, conformément aux prescriptions d'Hippocrate. Au début du XIX^{e} siècle, toutefois, les médecins n'avaient qu'une compréhension approximative – voire erronée sur de nombreux points – de la maladie et n'envisageaient d'en traiter que les manifestations locales : « dans l'état actuel de la science, écrivait Lombard en 1835, nous devons nous contenter de la médecine de symptômes »[136]. Les années 1820-1840 furent un moment

[128] *Ibidem.*
[129] Cité par Baché 1934, p. 31.
[130] Baché 1934, p. 15.
[131] Bordeu mentionne le cas d'un enfant, berger de Barège (Hautes-Pyrénées), habitué à la nourriture la plus rustique et passant ses nuits en plein air au milieu des moutons. Sa vigueur et la santé qu'il inspirait attira l'attention d'une femme de la noblesse qui le prit sous sa protection. L'enfant quitta la montagne, changea de régime alimentaire et mourut dans l'année. Cité par Clark 1830, p. 333.
[132] Pour chacun de ces médecins, voir Knopf 1900, p. 1-4.
[133] *Idem*, p. 5.
[134] Portal, *Observations sur la nature et le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, L. Collin, 1809, cité par Knopf 1900, p. 6.
[135] Knopf 1900, p. 10. et Baché 1934, p. 15.
[136] Lombard 1835, p. 188.

charnière, à plus d'un titre, dans l'histoire de la tuberculose. C'est en effet à cette époque que débuta, progressivement à partir de l'Angleterre, le déclin de la maladie en Europe[137]. Sans vouloir préjuger des causes réelles ou supposées de cette baisse de la mortalité tuberculeuse[138], elle est contemporaine de la naissance de l'anatomo-pathologie qui, sous l'impulsion de Laennec, fit entrer la phtisie dans l'ère de la médecine moderne. L'ouvrage de Laennec, *De l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration*, paru en 1819, donnait une description méthodique de la phtisie et faisait de l'observation des symptômes et des processus physiologiques la base de la compréhension de la maladie. Henri Lombard, dans son *Essai sur les tubercules* paru en 1827, situait dans les tubercules pulmonaires le foyer de la maladie. Quelques années plus tard, en 1834, Johann Lucas Schönlein (1793-1864) employa pour la première fois le terme de « tuberculose » dans son acception moderne, maladie caractérisée par la présence de tubercules.

C'est toutefois au médecin anglais James Clark* (1788-1870) que revient le mérite d'avoir proposé une synthèse convaincante entre les avancées médicales du début du XIX[e] siècle et la conception hippocratique de la cure de la phtisie. Son principal ouvrage, *The Sanative Influence of Climate*[139], fut publié en 1829 et connut un important succès. Il fut réédité dès 1830 sous le titre : *The Influence of Climate in the Prevention and Cure of Chronic Diseases, more Particularly of the Chest and Digestive Organs*. Se basant sur ses propres observations et sur les travaux de Laennec et de Lombard, Clark formula une théorie reposant sur les postulats suivants :

> *1. Les tubercules pulmonaires constituent le caractère principal et la cause immédiate de la phtisie ; 2. Les tubercules sont le résultat des conditions morbides du système général ; 3. Cet état provient soit d'une prédisposition héréditaire, soit de divers désordres fonctionnels, soit – ce qui est sans doute le cas le plus fréquent – de ces deux effets conjugués ; 4. Le seul moyen de prévenir la phtisie est d'adopter des mesures visant à contrebalancer ces prédispositions héréditaires (lorsqu'elles existent) et à maintenir les différentes fonctions organiques dans des conditions saines, depuis l'enfance jusqu'au complet développement corporel ; 5. [...] L'établissement sous un climat doux est bénéfique aux troubles organiques, à la cachexie tuberculeuse, voire même à la phtisie avérée lorsque son étendue sera encore restreinte [...].*[140]

Il identifia trois stades successifs du développement de la maladie : le premier s'apparentait à un simple « désordre général de la santé » ; le second, dénommé « cachexie tuberculeuse »[141], s'apparentait à un état morbide général qui provoquait la formation de tubercules ; le dernier correspondait à la « consomption » proprement dite, qui conduisait inexorablement le phtisique vers le dépérissement et la mort[142]. Clark releva également que les tubercules, lorsqu'elles étaient peu nombreuses, pouvaient passer inaperçues et ne provoquer aucun trouble notable, à condition que la santé générale restât stable et que les

---

[137] Le tournant dans ce que Smith nomme le « *reign of consumption* » intervient, selon les médecins et historiens, vers 1830 en Angleterre. A Londres, les morts attribuées à la phtisie passèrent entre 1829 et 1833 de 22 à 16% de la mortalité générale, elle-même en fort déclin. La même diminution fut constatée dans différentes régions de l'Angleterre à peu près à la même époque (Smith 1988, p. 4). Les mêmes baisses furent observées avec un certain décalage dans les autres pays industrialisés, après un acmé que l'on peut situer dans les années 1880 en Allemagne, et les années 1890 en France et en Belgique. Grellet & Kruse 1983, p. 179.

[138] Médecins et historiens n'ont émis à ce sujet que des hypothèses : les améliorations sanitaires et d'hygiène personnelle, les soins apportés à la qualité de l'eau potable et des aliments ou la meilleure gestion des déchets semblent avoir peut d'impact sur la maladie. Certains ont évoqué un cycle naturel propre au bacille et affectant sa virulence, combiné à l'amélioration des conditions de vie et la fin de la pression des guerres du 18[e] et du début du 19[e] siècle pour expliquer ce recul. Smith 1988, p. 1.

[139] James Clark, *The Sanative Influence of Climate : with an Account of the Best Places of Resort for Invalids in England, the South Europe, etc.*, Londres, John Murray, 1829.

[140] "In conclusion, would submit the following corollaries as a summary of my views regarding the nature and causes of consumption and its treatment, more especially as connected with the effects of climate. 1st, That tubercles in the lungs constitute the essential character and immediate cause of consumption. 2nd, That tubercles originate in a morbid condition of the general system. 3rd, That such a state of system frequently has for its cause hereditary predisposition; in other instances it is induces by various functional disorders; while in the third class of cases (perhaps the most numerous) it arises from the conjoint effects of both these causes. 4th, That consumption is to be prevented only by adopting such means as shall counteract the hereditary predisposition, (where it exists,) and maintain a healthy condition of the various functions from infancy to the full development of the body. 5th, That in the general disorder of the health which leads to tubercular cachexy, - in tubercular cachexy itself, and even when tubercles are formed in the lungs, unattended with much constitutional disturbance, a residence in a mild climate will prove beneficial; and also in cases of chronic consumption, at any stage, when the lungs are note extensively implicated in tubercular disease, and when the system does not sympathise much with the local disorder." Clark 1830, p. 357-358.

[141] Cachéxie signifie littéralement, en grec, « mauvaise constitution ».

[142] "Under the general terms, Consumption, then, we may comprehend three different forms or stages of disease – 1st, general disorder of the health ; 2nd, tubercular cachexy ; 3rd, consumption, properly so called." Clark 1830, p. 320.

« sources d'irritation d'inflammation des poumons » fussent évitées. « Toutes les causes qui réduisent le tonus de la santé corporelle prédisposent à la consomption », concluait Clark.

Parmi les causes de la « cachexie tuberculeuse », il mentionnait notamment les « passions dépressives » ou le « dérangement des organes digestifs » et dénonçait le « confinement dans les maisons », la vie sédentaire, l'excès de travail intellectuel ou le manque d'exercices « en plein air ». A cela s'ajoutait, dans le cas d'une « prédisposition héréditaire », un cœur trop faible pour envoyer le sang jusque dans les vaisseaux terminaux, d'où, selon lui, la pâleur caractéristique de ces malades. Contrairement à nombre de ses confrères, qui envisageaient l'hérédité de la tuberculose au sens strict, Clark ne parlait que de « prédisposition héréditaire ». Selon lui, l'individu « prédisposé » aurait hérité d'une faiblesse constitutive qui le rendait plus susceptible de contracter la maladie ; « la prédisposition, ajoutait-il avec clairvoyance, est souvent acquise, sans lien avec l'hérédité »[143]. Si Clark accordait une importance relative à l'hérédité, il ne croyait pas pour autant à la contagiosité de la phtisie mais voyait plutôt dans la maladie le résultat d'une « mauvaise constitution » (aboutissant à la cachexie) ou d'un « état spécial de l'économie »[144]. « Par des moyens convenables, concluait-il, on peut arriver à changer ce mauvais état de l'économie »[145]. Ces moyens comprenaient un régime copieux (« plain nutrition diet »), la pratique d'exercices en plein air (« abundant exercice in the open air »), et le choix d'un climat sain. Pour les enfants présentant les premiers signes de la cachexie tuberculeuse, Clark recommandait leur placement « dans des conditions inverses à celles auxquelles ils étaient habitués », c'est à dire dans un endroit sain et aéré, où ils pourraient pratiquer de l'exercice afin « d'assurer le tonus général de l'organisme, maintenir une circulation égale à travers le corps et les organes digestifs dans un état sain »[146]. S'appuyant sur les travaux de Lombard sur la formation des tubercules pulmonaires, Clark estimait qu'il fallait avant tout éviter la congestion des organes ; la formation des tubercules étant la manifestation pathologique de cet engorgement. Pour inverser ce phénomène de congestion, la circulation de l'air et des fluides devait être restaurée afin d'irriguer profondément les organes lésés et les libérer de la matière tuberculeuse accumulée. Cette tâche était confiée à l'alimentation substantielle, à l'exercice physique et à la vie en plein air. Fin connaisseur des vertus de l'hydrothérapie (il avait notamment fréquenté les stations thermales de France, d'Italie et d'Allemagne), Clark recommandait la pratique des bains tièdes, des humidifications froides à l'éponge, des frictions de la peau et particulièrement de la poitrine[147]. S'agissant de la valeur thérapeutique de certains climats, Clark renouvelait la recommandation faite aux phtisiques de s'installer, dès l'approche de l'hiver, dans un climat tempéré, migration saisonnière que pratiquaient les malades aisés depuis le XVIII^{e} siècle. Il se distinguait néanmoins de ses prédécesseurs en privilégiant, s'agissant de la phtisie, les climats de l'arrière pays plutôt que ceux de côtes. Il dénonçait enfin la pratique qui consistait à tenter de recréer artificiellement un climat méridional à domicile et à confiner les phtisiques, l'hiver durant, dans des pièces surchauffées et mal ventilées. Au début du XIX^{e} siècle, faute de pouvoir migrer vers le Sud, de nombreux anglais se calfeutraient ainsi chez eux. En bon partisan de la cure climatique, Clark n'était pas un adepte des médicaments ; au mieux, admettait-il l'utilisation modérée d'iode, alors très en vogue mais qui, selon lui, « provoqu[ait] plus de dégâts qu'elle ne procur[ait] de bienfaits »[148].

James Clark publia un second ouvrage en 1835 intitulé *An Inquiry into the Causes, Nature, Prevention and Treatment of Tuberculous and Scrofulous Diseases in General*, dont l'audience fut également très forte et dans lequel il reprenait plus précisément les principes de prophylaxie et de traitement de la phtisie évoqués en 1829. En France, cet ouvrage fut l'objet d'un long et élogieux commentaire publié dans la *Bibliothèque universelle des sciences, belles lettres et arts* en 1835[149]. Il fut

[143] "But, as have already stated, the predisposition to consumption is very often acquired without any hereditary taint; that is, the tubercular diathesis is induced by the operation of external or accidental causes." *Idem*, p. 323.
[144] Dujat 1838, p. 67.
[145] Cité par Dujat 1838, p. 67.
[146] Clark 1830, p. 325.
[147] *Idem*, p. 337.
[148] "Unless it is employed with much more caution and judgement, and with more regard to the state of the digestive organs and nervous system, than it is hitherto been, in this country, it is much more likely to prove injurious than useful" *Idem* 1830, p. 339.
[149] Lombard 1835. Clark avait loué, en 1829, la valeur et « l'ingéniosité » de l'*Essai sur les tubercules* publié par Lombard en 1827.

traduit en français et en allemand dès 1836[150]. Les théories de Clark semblent avoir été bien accueillies en Angleterre comme en France dans les années 1830 et il est difficile d'expliquer le peu d'intérêt qui lui fut porté dans la seconde moitié du siècle, au moment précis où ses recommandations s'imposèrent comme l'une des principales voies thérapeutiques contre la tuberculose[151]. On peut légitimement se demander si Georges Bodington ne trouva pas dans les ouvrages de Clark les fondements théoriques de ses propres travaux qui le conduisirent à créer son établissement de Sutton Coldfield vers 1840.

En France, le médecin Charles Dujat publia en 1837 un ouvrage sur ce sujet qui semble très largement inspiré des théories de Clark. Son titre même, *De la cachexie tuberculeuse ; influence des climats sur la production et le traitement des affections tuberculeuses*[152], laisse présumer ce que Dujat devait à son confrère anglais, auquel il rendit d'ailleurs hommage dans un article publié en 1838 dans la *Gazette médicale de Paris*[153]. Dans son ouvrage, Dujat restait fidèle aux principes énoncés par Clark et, s'agissant des exercices en plein air, ses recommandations allaient même plus loin :

> *Pour que le corps puisse assimiler les éléments de réparation,* expliquait-il, *il faut qu'il jouisse d'une certaine somme de vie ; et, dans la cachexie tuberculeuse, il n'y a que l'exercice qui puisse répandre plus uniformément dans les organes l'excitation nécessaire pour que les fonctions s'accomplissent. Ni la diète, ni la saignée, qui débilitent et exténuent [...], mais bien l'exercice du corps est le meilleur préservatif, c'est à dire le meilleur curatif des tubercules [...].*[154]

Selon lui, l'exercice devait être pris en plein air et devait concerner le plus grand nombre de muscles, notamment ceux des parties supérieures du corps. « On devra toujours, ajoutait-il, les mettre en rapport avec la faiblesse du malade, [et] les augmenter graduellement » [155]. S'inspirant d'une méthode alors en vogue en Angleterre, il recommandait la pratique du cheval afin de combiner l'exercice physique et l'exposition au grand air. Les voyages, les changements de lieu et d'atmosphère, qui ne pouvaient qu'être profitables au cachectique ou au phtisique, devaient également être recherchés. Il donnait enfin quelques recommandations relatives aux conditions de vie des malades :

> *[...] l'habitation dans un lieu plus sec, plus aéré, celle même d'une autre partie de la ville, l'étage supérieur d'une maison, produir[a] de bons effets. Les lieux où les vents se meuvent librement sont le plus favorable ; l'air des montagnes ne produit de mauvais effets que chez ceux où il y a déjà désordre dans les poumons. Le changement dans la manière de vivre, dans les occupations, dans la disposition d'esprit, plus d'exercice, une plus longue exposition à l'air, sont pour beaucoup dans les bons effets qu'on retire des déplacements*[156].

Tout comme Clark, Charles Dujat recommandait aux prédisposés et aux malades d'effectuer de longs voyages en voiture ouverte en prenant soin de s'arrêter tous les deux jours, précisait-il, « non pour se reposer, mais pour alterner l'exercice actif de la marche avec l'exercice passif de la voiture ». Citant un autre médecin anglais, Johnson, auteur d'un ouvrage sur l'influence du climat tropical (*On Influence of Tropical Climate*), Dujat estimait que ces voyages alternant marche et voiture rendaient les malades moins sensibles aux variations atmosphériques. Ils constituaient une sorte de cure d'endurcissement censée supprimer la « prédisposition à la phtisie » propre à entraîner certains individus dans la maladie. Les voyages en mer lui paraissent à ce propos très salutaires dans la mesure où « l'air de la mer est plus pur, plus agité » et où le malade « y reste exposé tout le jour ». S'agissant des institutions d'enseignement, Dujat proposait de créer « des institutions d'un autre ordre pour [les élèves] dont l'état de santé demanderait moins d'application à l'étude, un autre régime, d'autres soins ; l'éducation physique en serait le principal

---

[150] Clark, *Traité de la consomption pulmonaire*, Bruxelles, L. Haumann, 1836 ; Clark, *Die Lungenschwindsucht ; ... und Behandlung tuberkulöser und scrofulöser Krankheiten ... aus dem englischen, mit Zusätzen von August Vetter*, Leipzig, Wigand, 1836.

[151] Clark était cité par Knopf parmi d'autres « expérimentateurs » anglais (Knopf 1900, p.9). Alors qu'il occupait le poste de médecin de la reine, Clark commit en 1839 une erreur de diagnostic qui semble avoir fortement affecté sa carrière et sa réputation. La postérité de son œuvre put souffrir de ce revers de fortune. De plus, les phtisiologues allemands bénéficiaient dès les années 1860 d'un certain monopole en matière de cure antituberculeuse.

[152] *De la cachexie tuberculeuse ; influence des climats sur la production et le traitement des affections tuberculeuses*, Paris, 1837.

[153] Charles Dujat, « De l'influence des climats sur la production et le traitement des affections tuberculeuses », in *Gazette médicale de Paris*, tome VI, 3 février 1838, n°5, p. 67-70.

[154] Dujat 1838, p. 69.

[155] *Idem*, p. 70

[156] *Ibidem.*

objet ». Ces établissements adaptés aux enfants et adolescents « pré-tuberculeux », comme on les appellera plus tard, ne verront le jour qu'au début du XX^{e} siècle.

1.1.9. Le traitement climatique de la phtisie : valeur du climat d'Alger (1836-1860).

Avec l'augmentation du trafic maritime vers les colonies tropicales anglaises et françaises et l'installation de nombreux européens dans ces terres lointaines au début du XIX^{e} siècle, l'existence de conditions climatiques bénéfiques aux phtisiques fit l'objet de nouvelles observations. En 1829, Clark mentionne ainsi les statistiques anglaises concernant la phtisie chez les colons et les indigènes des Indes orientales et des Antilles anglaises. En France, Levacher relevait au début du XIX^{e} siècle de nombreux cas de rémission de la maladie, voire même de guérison, parmi les Européens venus s'installer aux Antilles[157]. Dès sa conquête par les troupes françaises, l'Algérie occupa une place centrale dans le débat français sur le traitement climatique de la phtisie. Les médecins militaires furent les premiers, au début des années 1830, à signaler « l'heureuse influence du climat algérien sur les affections de poitrine »[158]. En 1836, un médecin parisien, Costallat, convaincu que les phtisiques y seraient avantageusement soignés, proposa au ministre du commerce de fonder, à Alger, un établissement pour les recevoir. Bien que nous n'ayons aucune précision sur la nature de ce projet – qui ne sera pas réalisé –, il constitue vraisemblablement la première tentative française de traitement de la phtisie dans un établissement crée sur la base de considérations climatiques. Pour examiner la faisabilité de ce projet, le ministre du commerce s'en remit en 1836 à l'expertise de l'Académie de médecine qui engagea d'importants débats sur le sujet. L'Académie fut toutefois incapable de formuler un avis motivé, jugeant cette question trop peu étudiée en France et proposa de combler cette lacune par une vaste enquête auprès des « médecins de tous les pays »[159]. Parallèlement, l'Académie créa une commission *ad hoc* chargée d'étudier les données qu'elle pourrait collecter afin de statuer sur la valeur du traitement climatique de la phtisie[160]. Cette commission remit un rapport intitulé *De l'influence des différents climats sur la naissance et la marche de la phtisie*[161]. Malgré l'intérêt suscité par cette question, il semble que ni les sollicitations envoyées aux médecins étrangers, ni le rapport rendu par la commission n'aient été concluants. Cette dernière admit l'influence du climat sur la phtisie et considéra qu'elle procédait de deux manières distinctes, « soit en rendant la maladie plus rare dans un climat que dans un autre, soit en accélérant ou en retardant la maladie »[162] ; elle déclara donc qu'il y avait un intérêt à trouver « un climat [prévenant] le retour des tubercules » mais, s'agissant plus précisément de l'Algérie, l'Académie jugea « douteux [...] que le climat d'Afrique fût favorable à la guérison de la consomption »[163]. La question du climat algérien et de sa valeur dans le traitement de la phtisie sera par la suite évoquée plusieurs fois par les autorités médicales françaises. En 1843, par exemple, le médecin Casimir Broussais relevait que les contingents militaires stationnés en Algérie ne comptaient qu'un phtisique pour 650 malades et moins d'un décès sur cent dû à cette maladie, contre habituellement 20% chez les militaires cantonnés en France[164]. L'influence du climat lui semblait déterminante pour expliquer cette différence. A partir de la fin des années 1850, les institutions médicales algériennes nouvellement créées assurèrent la promotion de la valeur thérapeutique du climat local : en 1857, Mitchell et Bertherand (1815-1887) publièrent dans la *Gazette médicale de l'Algérie* (fondée un an auparavant) un important article sur le sujet intitulé « Alger, son climat et sa valeur curative, principalement au point de vue de la phtisie »[165]. Bertherand avait fondé la même année la faculté de médecine d'Alger et il soutenait la création, dans cette ville, d'un lycée destiné aux jeunes gens de métropole prédisposés à la tuberculose afin de leur faire

[157] Dujat 1838, p. 69.
[158] De Pietra Santa 1861, p. 62.
[159] Dujat 1838, p. 67.
[160] Cette commission était composée des médecins Louis, Roche, Rochoux, Bouillaud et Louyer-Willermay. Louis 1837, p. 45.
[161] Nous n'en avons eu connaissance qu'au travers de la recension faite en 1837 dans la *Gazette médicale de Paris*. Louis 1837.
[162] Louis 1837, p. 45.
[163] De Pietra Santa 1861 p. 62.
[164] Broussais 1843, p. 225. Dès 1827, Broussais insistait sur la valeur thérapeutique de l'exercice dans un ouvrage intitulé *De la gymnastique considérée comme moyen thérapeutique et hygiénique.*
[165] Mitchell & Bertherand, *Alger, son climat et sa valeur curative, principalement au point de vue de la phtisie*, Alger, Tissier ; Paris, J.-B. Baillière, 1857, extrait de la *Gazette médicale de l'Algérie*.

bénéficier des vertus de son climat[166]. En 1860, une nouvelle étude particulièrement détaillée sur ce sujet fut publiée par le médecin Prosper de Pietra Santa (1820-1898) qui, par la suite, consacrera l'essentiel de ses recherches au traitement climatique de la phtisie[167].

> *En principe,* écrivait-il, *la guérison de la phtisie est chose possible, le but à atteindre consiste à obtenir par l'art ce que l'organisme doit aux seules ressources de sa réparabilité. [...] L'étude anatomique, aussi bien que l'étude clinique, démontrent dans la tuberculose l'existence de deux éléments morbides continuellement en présence : l'état général des fonctions, et l'état local des parties où s'est déposé le produit accidentel* [ou matière tuberculeuse]. *D'une part, une disposition des organes à s'irriter, à se congestionner activement, à s'enflammer, ayant pour cause la tuberculisation. De l'autre, des conditions générales [...] d'affaiblissement, de déperdition organique, causes prochaines de la désorganisation des tissus. [...] Dans la mise en jeu des agents thérapeutiques,* concluait-il, *il faudra donc [...] rechercher des modificateurs généraux et des modificateurs topiques ou locaux. C'est parmi les premiers que nous classons les changements de lieux, les voyages en mer, l'influence des climats chauds.*[168]

Evoquant la phtisie en termes de « congestion » et de « déperdition organique », ce rapport, qui précède de cinq années la mise en évidence de la contagiosité de la maladie par Villemin en 1865, montre que la conception médicale de la phtisie avait peu changé depuis Laennec. Si Pietra Santa hésitait à parler de guérison, il soutenait que le climat d'Alger pouvait arrêter « l'évolution des tubercules [...] jusqu'à un certain point chez les sujets prédisposés et que chez ceux où elle existe déjà à un faible degré les progrès de la maladie sont enrayés, tandis que les symptômes généraux s'amendent complètement pour affecter les débuts d'une guérison »[169]. Pour réaliser la migration hivernale qu'il recommandait aux malades, Pietra Santa dressa une liste de prescriptions que l'on pourrait apparenter à un véritable programme de cure, destiné aux malades habituellement livrés à eux-mêmes. Ces prescriptions précisaient les périodes de l'année à privilégier, les lieux d'habitation souhaitables en fonction de l'état du patient (dans la mesure où il n'existe encore aucun établissement spécifique), les types d'exercices physiques à réaliser (promenades à pied, en voiture ou à cheval, en bord de mer pour jouir des « bains d'air vivifiant » de la rade d'Alger), la composition du régime alimentaire (viandes rôties et vins de Bordeaux), les boissons, etc. Pietra Santa voyait également dans l'« hygiène morale » une garantie supplémentaire de succès dans la mesure où « la régularité et le calme de la vie morale réagissent efficacement sur la régularité et le calme de la vie physique ». Si les modalités de la cure étaient d'ores et déjà précisément définies, sa mise en œuvre dépendait encore du bon vouloir et de la motivation propre du malade. Le climat d'Alger conservera quelques années encore sa réputation favorable pour le traitement de la tuberculose[170] mais il faudra attendre les dernières années du siècle pour que soit installé un véritable établissement de cure.

Le rapport de Pietra-Santa sur le climat d'Alger est contemporain du développement des hôpitaux maritimes pour le traitement de la tuberculose ostéo-articulaire et ganglionnaire. Dans les années 1850 et 1860, le regard des médecins français se tourna vers la métropole dont les climats côtiers bénéficièrent d'une nouvelle reconnaissance. Les premiers établissements maritimes de tuberculeux furent créés à Sète (Hérault) et au Grau-du-Roi (Gard) dans les années 1850. En 1861, un premier établissement pour enfants scrofuleux fut ouvert à Berck (Nord), suivi en 1869 du grand hôpital maritime de l'Assistance publique de Paris[171]. C'est également à cette époque que fut créée la *Ville d'hiver* d'Arcachon qui, selon l'historien R.H. Guerrand, constituait l'une des premières stations de cure médicale pour les phtisiques et les scrofuleux[172].

---

[166] De Pietra Santa 1861, p. 62.

[167] De Pietra Santa 1861. Parmi ses travaux postérieurs nous pouvons citer : *Influence des pays chauds sur la marche de la tuberculisation*, Paris, G. Baillière, 1857 ; *Essai de climatologie théorique et pratique*, Paris, J.B. Baillière, 1866 ; *Influence de l'air des Pyrénées sur la phtisie pulmonaire*, Paris, s.n., 1866 ; *Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine*, Paris, Ch. Lahure, 1868 ; *Les climats du Midi de la France*, Paris, Hachette, 1874 ; *Traitement rationnel de la phtisie pulmonaire*, Paris, O. Doin, 1875 ; *Les hospices marins, les écoles de rachitiques*, Paris, Delahaye, 1878.

[168] De Pietra Santa 1861, p. 47.

[169] *Idem*, p. 57.

[170] Co l'atteste la publication, en 1876, de l'ouvrage du médecin Garreau: *Trois mois d'hiver à Alger : journal humoristique d'un médecin phthisique : Pau - Dax - Alger : Du choix d'une station hibernale*, Paris, G. Masson, 1876.

[171] S'agissant des hôpitaux maritimes, voir : Pierre-Louis Laget, « Genèse des hôpitaux marins en Europe », in Toulier & Cremintzer (dir.), *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*, Paris, DoCoMoMo, 2008, p. 25-34.

[172] Concernant la station d'Arcachon, voir : Maurice Culot (dir.), *Arcachon, la ville d'hiver*, Paris, Maradga, 1988.

1.2. Le sanatorium comme « établissement fermé » (1850-1900).

1.2.1. Hermann Brehmer et la cure « climato-hygiéno-diététique » (1853-1889).

C'est à l'Allemand Hermann Brehmer* (1826-1889) que l'on doit la première codification efficace du traitement de la tuberculose. Le programme de cure qu'il élabora s'inspirait en grande partie des recommandations hygiéniques et climatiques formulées, jusque là dans le plus grand désordre, par de nombreux médecins. Ayant participé aux évènements révolutionnaires de 1848, Brehmer fut contraint de quitter l'Allemagne et se rendit jusqu'à l'Himalaya à la recherche d'un climat propre à soigner la tuberculose pulmonaire dont il souffrait[173]. Rentré guéri en Europe, il commença en 1850 des études de médecine et soutint en 1853, à Berlin sous la direction de J.L. Schönlein, une thèse de doctorat en médecine sur la curabilité de la tuberculose[174]. Rédigée en latin, cette thèse fut traduite en 1856 en allemand sous le titre : *Die chronischen Lungenschwindsucht und Tuberkulose der Lunge, ihre Ursache und ihre Heilung*[175] (La phtisie et la tuberculose pulmonaires chroniques, ses causes et son traitement) et publiée en 1857. L'idée selon laquelle la phtisie était curable avait été renforcée, nous l'avons vu, par l'essor de l'anatomopathologie et de la clinique au cours de premières décennies du XIX^{e} siècle. Elle avait été confirmée avec la mise en évidence par Guillot, en 1850, de l'existence de lésions tuberculeuses pulmonaires cicatrisées naturellement. Comme nombre de ses prédécesseurs en quête d'une méthode rationnelle de traitement de la phtisie, Brehmer ne souhaitait pas se contenter du traitement des symptômes mais cherchait une formule permettant d'agir sur la maladie elle-même[176].

Tout comme Clark en 1829 et Dujat en 1837, Brehmer considérait la phtisie comme le résultat d'une conjonction de plusieurs facteurs : prédisposition héréditaire (responsable, selon lui, de seulement 10% des cas), alimentation inadaptée, logements sombres et mal aérés, manque d'exercice en plein air. Ces facteurs étaient toutefois secondaires face à celui qu'il jugeait capital : la constitution des phtisiques caractérisée, selon lui, par un déséquilibre manifeste entre « un cœur anormalement petit » et « des poumons surdimensionnés »[177]. Cette théorie, aussi surprenante qu'elle puisse paraître aujourd'hui, n'était pas totalement nouvelle et Clark évoquait en 1829 déjà l'insuffisance cardiaque dont semblaient souffrir les malades et qui semblait aggraver la congestion des organes. Elle fut renforcée dans les années 1820 à 1850 par les travaux du médecin français Pierre Louis[178] et de l'Autrichien Carl Rokitansky (1804-1878)[179]. Elle perdra toutefois bon nombre de ses partisans avec la mise en évidence de la contagiosité de la tuberculose par Villemin, en 1865, avant d'être définitivement abandonnée après la découverte du bacille de Koch en 1882. Selon cette théorie, l'état d'affaiblissement et d'apathie dont souffraient les phtisiques était le résultat d'une insuffisance cardiaque ou, plus précisément, d'un cœur trop petit ou trop faible en regard de la masse pulmonaire à irriguer : chaque battement du cœur brassait ainsi trop peu de sang pour

[173] Del Curto 2005, p. 109.
[174] Hermann Brehmer, *De legibus ab initium atque progressum tuberculosis pulmonum spectantibus*, Dissertatio inauguralis medico-pathologica, Berlin, 1853. C'est l'intitulé rapporté par Langerbeins (1991, p. 4) ; mais le titre habituellement mentionné est le suivant : *Tuberculosis primis in stadis semper curabilis* (La tuberculose au premier degré est toujours curable). S.a., « The king's sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, vol. 1, p. 4. L'ouvrage n'est pas référence dans le catalogue de la bibliothèque nationale allemande ni dans celui de l'Université de Karlsruhe.
[175] Hermann Brehmer, *Die chronischen Lungenschwindsucht und Tuberkulose der Lunge, ihre Ursache und ihre Heilung*, Berlin, Enslin, 1857, 2^{e} édition : 1869. Brehmer publie un second ouvrage en 1874 : *Zur Aetiologie une Therapie der chronische Lungenschwindsucht* ; puis *Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht vom Standpunkt der klinischen Erfahrung*, Berlin, Hirschwald, 1885 ; *Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht*, Wiesbaden, Bergmann, 1887 (2^{e} édition : 1889) et enfin, l'année de sa mort, *Mitteilungen aus Dr. Brehmer's Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf*, Bergmann, Wiesbaden, 1889. Il publia également *Die Immunität der Gebirgsbewohner von chronischer Lungenschwindsucht*, Glatz, s.d. [après 1881], référencé dans le catalogue Basel-Bern en Suisse.
[176] „Selbst die Tuberkulose heilen zu wollen, und nicht bloss symptomatisch zu behandeln, ist des Artzes Pflicht und er dazu von der Wissenschaft berechtigt", Brehmer 1869, p. 14, cité par Langerbeins 1979, p. 5.
[177] Brehmer 1869, p. 65, cité par Langerbeins 1979, p. 5.
[178] Auteur en 1825 d'un important ouvrage sur la phtisie (*Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie*) qui, semble-t-il, doit beaucoup à Laënnec, Pierre Louis présidait en 1836 la commission créée par l'Académie de Médecine de Paris pour étudier l'influence des climats sur cette maladie (Louis 1837). Son ouvrage fut traduit en anglais en 1836 et une seconde édition fut publiée en 1843, elle-même traduite en anglais en 1844.
[179] Langerbeins 1979, p.5.

qu'il puisse circuler correctement dans les tissus et empêcher la formation de tubercules qui constituaient le principal symptôme de la stagnation des fluides et de l'engorgement des organes. Largement admise dans les milieux médicaux allemands et autrichiens au milieu du XIX[e] siècle[180], cette théorie fut ardemment défendue par Brehmer pour qui la phtisie pulmonaire résultait d'un « amoindrissement persistant du flux nourricier irriguant les poumons »[181]. Pour contrer cette déficience, il préconisait de fortifier le cœur au moyen d'un programme hygiénique simple articulé en trois volets : « grand air et rééducation respiratoire, alimentation abondante et saine, discipline dans le traitement »[182]. Estimant qu'il n'était possible de guérir la tuberculose que dans un endroit où elle était naturellement absente, Brehmer ajouta à ces facteurs celui de l'« immunité » qui devait être la principale qualité du lieu de cure. Après avoir effectué des recherches sur les conditions géographiques et météorologiques favorables aux malades, il observa, comme nombre de ses contemporains, que les régions de montagne étaient relativement épargnées par la maladie. De la prévention de la tuberculose à sa cure, il n'y avait qu'un pas que Brehmer franchit allègrement avec cette simple formule : « tout facteur qui empêche un individu de tomber malade doit être en mesure, s'il est correctement employé, d'en guérir un autre atteint du même mal »[183]. L'immunité de la montagne « immunité » résultait, selon lui, de la diminution de la pression atmosphérique avec l'altitude. Brehmer expliquait notamment que toute diminution de la pression atmosphérique augmentait la fréquence du pouls entraînant ainsi une accélération du métabolisme général. Cette accélération s'opposait à la stagnation des fluides corporels, considérée comme la cause première de la formation des tubercules.

Brehmer relevait ainsi qu'à l'altitude de Görbersdorf, où il avait installé en 1854 son premier établissement de cure, un individu « consume le poids de [son] corps en 21 jours, tandis qu'il [...] en faut 28 à 30 à 400 mètres au-dessus du niveau de la mer »[184]. Tous les facteurs censés contrer la maladie étaient ainsi liés dans une méthode thérapeutique unique : en accélérant le métabolisme général et le rythme cardiaque par le seul fait de l'altitude, les organes étaient plus efficacement drainés et tout risque de stagnation des fluides et de congestion organique était ainsi écarté. Selon Brehmer : « l'action physiologie de la pression atmosphérique peut donc se résumer ainsi : diminution du sang affluant dans les organes de la poitrine, augmentation du nombre de pulsations, stimulation de la métamorphose [il faut sans doute entendre ici le métabolisme], et amélioration de la nutrition »[185]. Outre son intérêt dans la cure de la phtisie, Brehmer voyait dans le placement des phtisiques « sous pression atmosphérique diminuée », un moyen de remédier aux troubles de la nutrition qui étaient la cause, selon lui, de toutes les maladies chroniques (anémie, chlorose, bronchite, asthme, etc.), troubles qui étaient censés disparaître avec l'augmentation des fonctions métaboliques. S'agissant de la phtisie, la pression atmosphérique diminuée semblait parfaitement indiquée car, en limitant « la congestion du sang vers les poumons », elle prévenait en même temps l'hémoptysie – ou crachement de sang – que Brehmer dit n'avoir jamais rencontré chez ses patients. Cette formule de cure favorisait également la chute de la fièvre et l'arrêt des sueurs. « Les progrès de la maladie étant arrêtés, concluait Brehmer, les pertes du corps deviennent moindres, et la réparation n'est plus inférieure, mais supérieure à la perte, grâce à la métamorphose physiologiquement augmentée par la diminution de la pression atmosphérique »[186].

A l'appui d'un discours scientifique apparemment sans faille, Brehmer avait ainsi conçu les bases du traitement hygiéno-diététique telles qu'elles seront admises, avec quelques modifications, jusqu'au milieu du XX[e] siècle. Il n'inventa toutefois rien, mais synthétisa en une méthode unique ce qui prenait auparavant la forme de multiples conseils d'hygiène et d'exposition ; sa méthode n'était pas différente, dans la pratique, des recommandations précises formulées en Angleterre et en France dans les années 1830.

[180] Smith 1988, p. 98.
[181] „[...] so halten wir daran fest, dass die Lungenschwindsucht resp. die tuberculose nur der Ausdruck einer andauernd verlangsamten Ernährung der Lunge resp. des Körpers ist. Dies ist das Wesen, das Grundprincip des Lungenschwindsucht", Brehmer 1869, p. 65, cité par Langerbeins 1979, p. 6.
[182] Baché 1934, p. 15.
[183] "Anything which protects one man from falling ill must be able, if properly employed, to cure another from the same disease", cité par Latham : « The king's sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, vol. 1, p. 4.
[184] Brehmer 1860, p. 570.
[185] *Ibidem.*
[186] *Ibidem.*

Elle proclamait la nécessité d'intervenir sur le milieu dans lequel vivait le phtisique afin d'enrayer la progression de la maladie et tenter l'obtenir sa guérison. Formulée entre 1850 et 1857, la méthode de Brehmer fut élaborée avant la mise en évidence de la contagiosité de la tuberculose par Villemin, en 1865. Elle était donc fondée sur une conception ancienne de la phtisie considérant pêle-mêle la prédisposition héréditaire, la faiblesse du flux sanguin, la congestion des organes et la précipitation de la matière tuberculeuse. L'établissement ouvert par Georges Bodington à Sutton Coldfield vers 1840 avait sans doute été l'un des premiers à mettre en œuvre, dans un établissement spécifique, les différents principes de cure formulés jusqu'alors. Nous ne savons pas si Brehmer eut connaissance des travaux de Bodington, peu diffusés en dehors de l'Angleterre[187]. Brehmer apporta toutefois deux modifications importantes aux pratiques antérieures : en premier lieu, il fit le choix – conforme aux idées médicales de son temps – de chercher prioritairement à renforcer le cœur des malades, alors que les recommandations de ses prédécesseurs visaient au mieux le thorax et concernaient plus généralement l'hygiène corporelle du phtisique. Ensuite, il donna la prévalence à la cure en moyenne montagne, considérée comme zone d'immunité tuberculeuse. Ce choix n'était pas tout à fait nouveau et l'immunité dont semblaient jouir les populations de montagne avait été observée dès les années 1840[188].

Brehmer compléta sa formule thérapeutique au moyen de prescriptions climatiques censées faciliter le bon déroulement de la cure et garantir un minimum de confort aux malades. Il recommandait ainsi l'envoi des « phtisiques dans les hautes vallées indemnes de la phtisie pulmonaire, protégées des vents et si possible protégées de tous côtés par des montagnes »[189]. L'enthousiasme de James Clark pour le grand air l'avait amené, en 1829, à recommander l'exposition des malades aux éléments naturels et au vent, pourvu qu'il soit pur et frais. Il y avait pourtant dans cette pratique une grave contre-indication liée à la forte sensibilité des phtisiques – souvent fébriles et en sueurs – aux courants d'air. La pratique des frictions et des bains, conseillée par Clark comme par Brehmer, avait ainsi pour objectif de rendre la peau du malade moins sensible aux variations de températures et le prémunir des refroidissements, potentiellement dangereux. Brehmer codifia sur ces bases une méthode de traitement dite « climato-hygiéno-diététique » dont les principes différaient peu des recommandations classiques sur le traitement hygiénique de la maladie et le choix d'un climat adapté. Il fit du régime diététique un axe central de la cure et encouragea la consommation d'alcool, censée faciliter les échanges métaboliques. La nourriture faisait office de seul médicament et tout adjuvant pharmaceutique était proscrit.

Après avoir soutenu sa thèse sur la curabilité de la tuberculose, Brehmer retourna en 1854 dans sa région natale de Silésie ou sa belle-sœur, Marie von Colomb, avait fondé en 1849 un établissement thermal[190]. Pour mettre en pratique ses théories, Brehmer ouvrit à Görbersdorf un établissement de cure sommairement installé au pied des Monts des Géants, à une altitude de 533 mètres, lui permettant d'étudier l'influence du climat sur ses premiers malades. Brehmer pensait avoir trouvé dans la petite ville de Görbersdorf les conditions « d'immunité » propres à l'implantation d'un établissement de phtisique. Il reçut dans un premier temps quelques malades dans une ancienne ferme sommairement aménagée. Malgré ces conditions précaires, sa situation financière fragile et l'opposition locale suscitée par son installation, il envisagea rapidement la construction d'un véritable établissement de cure et obtint l'appui du biologiste

[187] Condrau 2000, p. 119.

[188] L'un des précédents les plus significatifs date de 1847. Plutôt que de soigner par les traditionnelles saignées l'hémoptysie dont il souffrait, Gastaldi, médecin italien, se rendit à Usseglio, localité alpine située près de Turin à 1285 mètres d'altitude. Il s'astreignit alors à un régime alimentaire copieux et s'exposa de façon prolongée à l'air d'altitude et au soleil. Rentré guéri, il publia en 1858 dans la *Gazetta medica degli stati sardi* un mémoire sur « L'influence salutaire du climat de montagne dans la cure de la phtisie pulmonaire » dans lequel il postulait la valeur du climat de montagne pour la prévention et la cure de la phtisie dans ses premiers stades. Comme le fera Turban à Davos dans les années 1860, Gastaldi mettait en avant la faible prévalence de la maladie dans les populations alpines, qu'il expliquait par la raréfaction de l'air en altitude conjuguée à l'augmentation de l'activité respiratoire. Toutefois, Gastaldi ne formalisa pas ses observations dans une méthode curative et l'expérience qu'il décrivait n'eut pas de suites. Les observations de Gastaldi étaient proches de celles formulées quelques années plus tard par Brehmer sur l'immunité des zones de montagne (Del Curto 2005, p. 211). Prenons toutefois garde à ne pas commettre de contresens historique : ces théories sont antérieures à la révolution pastorienne. L'immunité qu'évoquait Brehmer ne correspond pas à la recherche d'un lieu naturellement aseptique, comme ce sera le cas à la fin du siècle, mais d'un lieu dont les conditions climatiques prévenaient la formation de tubercules ; la montagne, en l'occurrence, par l'augmentation du rythme cardiaque qu'elle provoquait, était censée inhiber leur formation dans les organes, en particulier dans les poumons.

[189] Brehmer 1869, p. 297, cité par Langerbeins 1979, p. 7.

[190] Langerbeins 1979, p. 8.

Alexander von Humbolt et du médecin Lukas Johann Schönlein. Le premier établissement digne de ce nom, connu plus tard sous le nom d'*Altes Kurhaus*, fut construit par l'architecte Edwin Oppler* (1831-1880) entre 1862 et 1863 (ill. 12). Knopf décrivait l'*Altes Kurhaus* comme une « grosse masse carrée flanquée d'une tour [...] surmontée de poivrières » [191], comprenant 40 chambres à un ou deux lits. Un immense jardin d'hiver ainsi qu'une salle de lecture furent ajoutés en 1870-1871, puis des bâtiments administratifs et deux petits pavillons de malades en bois en 1875. Construit à l'ouest du premier bâtiment en 1878, le *Neues Kurhaus*, comprenait 68 chambres supplémentaires (ill. 13-15). Le rez-de-chaussée abritait les espaces collectifs et les chambres étaient réparties dans les trois étages supérieurs. Le nouveau bâtiment présentait « deux grosses tours rondes à son entrée, [...] une façade décorée d'arcades ogivales soutenues par des colonnettes, formant une série de balcons en retrait ». Selon Knopf, le *Kurhaus* de Brehmer formait à la fin du XIX[e] siècle un « véritable monument architectural, dans le style des vieux bâtiments gothiques allemands »[192]. L'établissement faisait grande impression aux médecins étrangers venus le visiter : « Il se dresse au milieu des arbres, tel un vieux manoir gothique sur un décor d'opéra, relevait Léon-Petit en 1895. Tours, tourelles, poivrières, flèches, encorbellements, ogives, meneaux, toits pointus, fenêtres historiées, perron d'honneur, forment un ensemble architectural quelque peu prétentieux mais, qui n'est pas sans charme »[193]. Les intérieurs furent aménagés avec le même raffinement néo-gothique (voûtes peintes, tapis et meubles d'inspiration médiévale) et Knopf évoquait « un établissement élégant pour les malades riches »[194]. L'escalier d'honneur était orné de peintures où étaient inscrites des maximes à l'attention des malades : « Un malade n'a rien de mieux à faire que de travailler à se guérir », « Le malade doit, jusqu'à sa guérison, rester où il se trouve bien »[195]. Le parc était aménagé pour la promenade et disposait de nombreux bancs, de chaises et de fauteuils ; « des abris, une grotte, des guérites, des chalets suisses, norvégiens » permettaient aux pensionnaires de réaliser la cure d'air à l'abri du vent. Par mauvais temps, ils se promenaient dans le jardin d'hiver qui reliait l'*Altes* au *Neues Kurhaus*. Contrairement aux sanatoriums construits plus tard, l'établissement de Brehmer ne disposait pas de véritables galeries de cure meublées de chaises longues dans la mesure où les exercices en plein air et les promenades occupaient une place centrale dans le traitement, le repos n'étant que secondaire. Le *Kurhaus* de Brehmer fut le seul établissement de ce genre pendant presque vingt ans puis, à partir des années 1870, il dut faire face à la concurrence de nouvelles maisons de cure crées à proximité pour profiter de la réputation de la petite station[196]. Le sanatorium de Goerbersdorf fut « pendant des dizaines d'années, le pèlerinage pour les phtisiques »[197] et leurs médecins, mais il ne fut jamais considéré comme un modèle du genre en raison de son architecture ancrée dans l'historicisme du milieu du XIX[e] siècle. Selon Knopf, « on a dépensé des millions, mais inutilement »[198]. Léon-Petit était plus sévère encore lorsqu'il évoquait les aménagements intérieurs de l'établissement :

> *Celui qui l'a bâti s'est trop préoccupé du côté architectural, et pas assez des agencements hygiéniques qui ont été, sur plusieurs points, sacrifiés à la mise en scène. C'est ainsi que toutes les chambres du deuxième étage dans le Nouveau Curhaus* [sic] *ne sont éclairées qu'en deuxième jour. Les appartements du second sont en partie mansardés. Ces fautes sont sans excuse : elles ne sont pas imputables au désir de réaliser des économies mais au parti pris de faire une façade décorative. Avec l'argent dépensé en sculptures, en escaliers gothiques, quelle belle ventilation on eût pu installer! Elle était d'autant plus nécessaire que les fenêtres n'ont ni vasistas ni vitres perforées. Il y a bien, dans le haut de quelques pièces, des ouvertures d'évacuation pour l'air vicié, mais sans orifice correspondant pour l'accès d'air pur.*[199]

[191] Knopf 1900, p. 145.
[192] *Ibidem.*
[193] Léon-Petit 1895, p. 102.
[194] Knopf 1900, p. 151.
[195] *Idem*, p. 104.
[196] Le médecin Theodor Römpler ouvrit un deuxième sanatorium à Görbersdorf en 1875, bientôt suivi par l'établissement de la comtesse Pückler et par le *Krankenheim* du médecin Hans Weicker, ouvert en 1889. Knopf 1900, p. 156.
[197] Meinel 1898, p. 5.
[198] Knopf 1900, p. 151.
[199] Léon-Petit 1895, p. 108.

Plus que les conditions d'hébergement des pensionnaires, c'est la méthode rationnelle de traitement dans un établissement conçu à cet effet qui fit office de modèle. Brehmer était toutefois l'héritier des anciennes méthodes de cure, forgées dans l'antiquité, pratiquées empiriquement au XVIII[e] siècle et renouvelées par l'anatomo-pathologie des années 1820 à 1850. Il s'obstina jusqu'à sa mort à nier la nature contagieuse de la tuberculose et, en 1885 encore, il considérait que la « spontanéité de la tuberculose » était le résultat direct d'une « hypophasie du coeur »[200]. Brehmer resta fidèle à sa méthode en dépit des découvertes de Villemin et Koch et des nouvelles conceptions en vigueur sur la tuberculose. Jusqu'à sa mort en 1889, il forma de nombreux médecins qui contribuèrent à la diffusion de sa méthode, principalement en Allemagne et en Suisse, et à la réputation de son établissement. Bien que son ouvrage de 1857 ne fût pas traduit en français, ses travaux étaient connus en France, au moins à partir de 1860, date à laquelle il publia ses observations dans la *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*[201]. Brehmer y confortait ses théories en associant le principe d'immunité des régions de montagne à celui du renforcement cardiaque. Il fallut attendre 1887 pour qu'une publication vantant les mérites du sanatorium de Görbersdorf soit éditée en français[202].

1.2.2. Peter Dettweiler et le sanatorium de Falkenstein (1874-1876).

Le médecin Peter Dettweiler* (1837- 1904) entra en 1868 dans l'établissement de Brehmer en tant que malade et devint son assistant en 1869 ou 1870. Formé à ses côtés à la méthode « climato-hygiéno-diététique », Dettweiler ne tarda pas à remettre en questions certains de ses principes, notamment ceux de l'immunité des zones de montagnes et de l'insuffisance cardiaque en tant que cause première de la phtisie. La rupture entre les deux médecins intervint en 1874 après une visite de Dettweiler dans les hôpitaux de phtisiques anglais qui l'incita à abandonner définitivement le principe de l'immunité du lieu dans le traitement des malades. Il quitta Görbersdof et fut sollicité pour la création d'un établissement de phtisiques à Falkenstein, dans le Taunus, réalisée sous les auspices de l'*Artzliches Verein* de Francfort-sur-le-Main. Malgré le différend médical qui opposait Brehmer et Dettweiler, l'établissement conçu par ce dernier à Falkenstein reposait en grande partie sur la méthode pratiquée à Görbersdorf : en tant qu'ancien assistant de Brehmer, Dettweiler apportait une sorte de caution médicale et fut nommé directeur de l'établissement dès son ouverture en 1876. Le sanatorium comptait une centaine de lits répartis dans un bâtiment central encadré latéralement par deux ailes formant un angle obtus (ill. 16-17). Comme à Görbersdorf, le rez-de-chaussée était occupé par les espaces communs (salons, bibliothèque, bureau de poste et de télégraphe) et les étages étaient réservés aux chambres. Un pavillon isolé accueillait, à l'est, la cuisine et la salle à manger ; un autre bâtiment, situé à l'ouest, était réservé au service médical, aux espaces d'hydrothérapie et à un laboratoire.

Abandonnant la théorie du déséquilibre cœur-poumons chez les phtisiques, Dettweiler n'accordait qu'une importance secondaire aux exercices physiques. Ces exercices furent remplacés par de simples promenades tandis que la cure de repos prit une place centrale dans le traitement. Outre le fait qu'à Falkenstein le parc à disposition des malades n'était pas aussi étendu qu'à Görbersdorf, Dettweiler jugeait la « cure ambulante » pratiquée par Brehmer trop difficile à diriger : livré à lui-même dans les allées de l'établissement, le malade risquait de commettre des imprudences préjudiciables à sa santé[203]. Contrairement à Brehmer, Dettweiler prescrivait de longues périodes de repos, entrecoupées de quelques promenades. L'une comme l'autre devait être pratiquée par tous les temps, ce qui nécessita l'aménagement d'espaces de cure parfaitement identifiés protégeant les malades. Les promenoirs (*Wandelbahnen*), sortes de galeries couvertes de circulation, reliaient ainsi tous les bâtiments entre eux et pouvaient être parcourus par les malades en cas de mauvais temps. Les galeries de cure étaient adossées au rez-de-chaussée du

[200] Brehmer 1885, p. 528.
[201] Brehmer, « L'emploi en thérapeutique de pression atmosphérique diminuée », in *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*, 20 mai 1860 (compte rendu publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 31 août 1860, p. 570-571).
[202] Brehmer, *Goerbersdorf : Etablissement thérapeutique pour les maladies de poitrine*; avec 26 Illustrations de Th. Blaetterbauer [dont 8 planches] et une carte, Zurich-Paris, [s.n.], 1887.
[203] Léon-Petit 1895, p. 106.

bâtiment principal et orientées vers le Sud. Elles permettaient aux pensionnaires d'effectuer la cure d'air et de repos tout en restant à proximité immédiate de l'établissement. Dès l'hiver 1876, Dettweiler institua la « cure de repos en plein air » (*Luftruhekur*), qui consistait en une cure continue interrompue seulement par les repas et promenades qui rythmaient la journée. Le malade devait rester allongé près de dix heures par jour dans les galeries adossées au bâtiment ou dans les kiosques disséminés dans le parc. Ces dispositions faisaient de Falkenstein l'un des tout premiers sanatoriums au sens strict du terme : l'établissement était situé en moyenne montagne et était orienté au Sud, il disposait de galeries de cure adossées contre le rez-de-chaussée et d'un vaste parc pour la promenade. Bien que le sanatorium fût situé à 400 mètres d'altitude, Dettweiler niait l'influence climatique du séjour en moyenne montagne dont Brehmer avait pourtant fait l'un des piliers de sa méthode thérapeutique. Selon Dettweiler, au contraire, « la phtisie n'est pas une maladie climatique et ne sera pas guérie par le climat en tant que tel »[204]. Présidant la session consacrée au traitement hygiénique de la tuberculose au congrès de Berlin en 1899, il résumait ainsi sa méthode de cure :

> *Nous ne possédons pas encore de traitement étiologique de la tuberculose ; la supériorité du traitement hygiénique, diététique et physique est aujourd'hui reconnue. Ce traitement comporte un facteur psychique réalisé par la direction, la surveillance continuelle et l'éducation du malade. Il comprend comme moyens essentiels la cure de repos, une cure d'air continuée même pendant la nuit, toutes deux pouvant être réalisées partout, dans tous les pays, sous tous les climats. Vient ensuite l'entraînement, l'endurcissement du malade qu'on obtient par une application rationnelle de l'air libre, de la lumière, de l'hydrothérapie, de la gymnastique, en particulier de celle des muscles respiratoires* [muscles thoraciques et diaphragme]. *Il faut y adjoindre une alimentation rationnelle appropriée à chaque cas, pouvant aller jusqu'à la suralimentation et l'emploi de l'alcool. L'hygiène du logement, du vêtement, les mesures contre les crachats, la médication pharmaceutique complètent le traitement, qui ne peut être appliqué rigoureusement que dans des sanatoriums dirigés par un médecin habile*[205].

La cure de repos s'imposa donc comme le principal instrument du traitement. Elle exigeait le respect des règles édictées par le médecin et le contrôle des activités autorisées ou interdites pendant les séances de cure. La surveillance des malades prit de la même façon une place centrale dans l'organisation de la cure. Pour réaliser cette méthode contraignante, Dettweiler exigeait la pleine adhésion de ses patients à sa méthode et leur imposait une « direction psychologique » (*Psychische Leitung*) en plus de l'habituelle direction médicale. Avec les phtisiques, rappelait-il, les médecins n'étaient pas confrontés « à un organe malade, mais bien à un organisme malade ». Pour mener à bien le combat contre la maladie, le patient devait être guidé par le médecin avec compréhension et fermeté. « Le médecin, ajoutait Dettweiler, doit diriger le moindre détail de la vie du patient, il doit se sentir responsable de la plus stricte mise en œuvre de ses prescriptions, il doit avoir entre ses mains tous les moyens nécessaires à leur application »[206]. Le rôle du médecin apparaît ici capital, peut-être plus encore que dans la méthode de Brehmer. A Falkenstein, le traitement procédait d'une série de prescriptions hygiéniques et diététiques subtilement combinées par le médecin, seul habilité à évaluer l'évolution de la santé du malade et à moduler la cure. Dettweiler publia sa méthode en 1887 dans un ouvrage intitulé *Die Therapie des Phthisis*[207], partiellement traduit en français dès 1888 sous le titre *Traitement hygiénique de la phtisie*[208]. La triade composée des cures d'air, de repos et d'alimentation, qui constituera la « charte de la cure sanatoriale »[209] pendant près d'un siècle, était ainsi constituée dès le milieu des années 1870, et Falkenstein devint en peu de temps une référence incontestée en matière de traitement de la tuberculose : « Falkenstein est la Mecque des phtisio-thérapeutes, proclamait Knopf en 1900 ; tous les médecins, tous les étudiants qui veulent s'instruire sur le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose visitent le sanatorium de Falkenstein et son vénérable ex-directeur, le Dr Dettweiler »[210].

---

[204] Dettweiler 1899, p. 401, cité par Langerbeins 1979, p. 19.
[205] *Idem*, p. 738.
[206] Dettweiller 1884, p. 21, cité par Langerbeins 1979, p. 18.
[207] Peter Dettweiler, *Die Therapie der Phthisis*, Wiesbaden, Bergmann, 1887.
[208] Peter Dettweiler, *Traitement hygiénique de la phtisie*, préface de E. Nicaise, extrait de la *Revue de médecine*, Paris, Alcan, 1888.
[209] Baché 1934, p. 15.
[210] Knopf 1900, p. 133.

1.2.3. Le « mouvement » des sanatoriums populaires allemands (1892-1900)[211].

Dès les années 1870, la méthode hygiéno-diététique fut adoptée par de nombreux médecins allemands convaincus de son efficacité dans le traitement de la tuberculose. En 1873, le médecin Carl Driver* (1841-1909) transforma l'établissement de bains ferrugineux de Reiboldsgrün, dans le Vogtland saxon, en sanatorium pour tuberculeux pulmonaires ; en 1878, Paul Haufe créa le sanatorium de Saint-Blasien dans la Forêt-Noire. Construit à 800 mètres d'altitude, cet établissement sera pendant de nombreuses années le plus élevé d'Allemagne (ill. 18-19)[212]. Ces établissements s'adressaient toutefois aux malades aisés capables de payer un séjour long et coûteux dans un établissement de cure. Quelques médecins envisagèrent pourtant d'étendre la méthode aux classes sociales moins favorisées et, dès 1878, Carl Driver engagea à Reiboldsgrün une campagne en faveur des tuberculeux pauvres. Un « comité d'organisation » fut créé à Leipzig et décida la construction d'un hôpital de cent lits pour tuberculeux pauvres à proximité du sanatorium fondé par Driver[213]. La mise en évidence par Robert Koch, en 1882, de l'agent responsable de la tuberculose donna à la maladie un nouveau visage. Si la contagiosité avait, depuis 1865, de nombreux partisans, cette découverte faisait du simple isolement des malades une mesure concrète de prophylaxie. Cette tâche sera la première confiée aux établissements populaires pour phtisiques. Se basant sur les expériences de Brehmer et de Dettweiler, le médecin Felix Wolff, directeur du sanatorium de Reiboldsgrün, fut le premier à donner aux établissements de phtisiques un rôle éducatif dans le but, selon lui, « d'instruire le malade » et de « lui apprendre les principes de prophylaxie pour qu'il se protège lui-même et protège les autres »[214]. Il recommandait moins la création de sanatoriums « de cure » que de sanatoriums « d'éducation », axés principalement sur la prophylaxie de la tuberculose et le respect des règles d'hygiène élémentaires. Les établissements populaires devaient nécessairement se distinguer, dans leur architecture autant que dans leur fonctionnement, des luxueux établissements de Görbersdorf, Falkenstein ou Reiboldsgrün et Wolff envisagea leur aménagement dans des baraquements militaires en bois comportant une salle commune de 12 à 14 lits ainsi qu'une à deux chambres d'isolement pour les malades gravement atteints[215]. Construits à moindre coût, ces établissements de phtisiques auraient permis d'hospitaliser une grande quantité de malades afin de tarir les foyers de contagion. Cette volonté d'étendre aux classes populaires le traitement de la phtisie en établissements fermés fut également renforcée par la possibilité d'y améliorer l'état de santé des phtisiques. Mais, en dépit de l'adoption des lois d'assurance sociale dans les années 1880[216], l'Etat allemand et les collectivités locales semblaient peu disposés à s'engager massivement dans cette voie ; ce furent donc les œuvres de charité privées qui, les premières, tentèrent de transposer aux classes populaires le traitement hygiéno-diététique en sanatorium.

En 1887, à l'occasion du Congrès de balnéologie de Berlin, le médecin Goldschmid demanda la création d'un « établissement pour les phtisiques pauvres » en Allemagne. La Ville de Berlin reprit cette idée à son compte et sollicita l'avis du conseil allemand d'hygiène qui se déclara favorable à la construction d'un tel établissement[217]. Envisageant la construction d'un établissement de 100 lits, la municipalité dut toutefois y renoncer face à l'opposition de certains de ses membres qui considéraient ces établissements comme des « mouroirs pour tuberculeux » (*Sterbehaüser für Tuberkülose*)[218]. L'impulsion décisive en faveur des sanatoriums populaires vint toutefois de Berlin : suite à une conférence d'Ernst von Leyden* (1832-1910) sur les hôpitaux spéciaux de tuberculeux[219], la question des sanatoriums populaires fut mise à l'ordre du jour du premier congrès international de médecine, tenu dans la capitale allemande en 1890. Alors que tout poussait à la réalisation d'établissements populaires, l'annonce par Robert Koch, en 1890, à

[211] S'agissant de la genèse des établissements populaires allemands, lire les commentaires de Léon-Petit 1895, p. 183-194 et les analyses détaillées de Langerbeins 1979 et de Seelinger 1991.
[212] Meinel 1898, p. 5.
[213] Léon-Petit 1895, p. 192.
[214] Felix Wolff, « Zur Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Brustkranke », in *Münchener medizinische Wochenschrift*, n°39, 1892, p. 928, cité par Langerbeins 1979, p. 23.
[215] Idem, p. 929, cité par Langerbeins 1979, p. 24.
[216] Loi sur les assurances maladie en 1883 et sur les assurances vieillesse et invalidité en 1889.
[217] Léon-Petit 1895, p. 189.
[218] Langerbeins 1979, p. 26.
[219] E. von Leyden, « Über Specialkankenhäuser », *1. Medizinische Klinik Berlin*, p. 1-28, cité par Langerbeins 1979, p. 26.

ce même congrès, de la découverte d'un nouveau produit susceptible de soigner la tuberculose – la tuberculine ou lymphe de Koch –, remit tout en question. « La plupart des phtisiques aisés, rapportait Léon-Petit, désert[èrent] les sanatoria pour se soumettre à la nouvelle méthode, plus facile que le traitement hygiénique. L'enthousiasme du moment [fit] oublier les tuberculeux pauvres, et les projets formés en leur faveur »[220]. De leur côté, les autorités sanitaires estimèrent plus prudent d'ajourner toute décision : dans l'hypothèse où la tuberculine s'avérerait efficace, le traitement hygiéno-diététique dans les sanatoriums deviendrait effectivement inutile. Les mauvais résultats de la tuberculine furent annoncés peu de temps après. Selon l'historien Flurin Condrau, cette mésaventure scientifique fut une aubaine pour le développement des sanatoriums populaires[221], car l'échec de la tuberculine fut ressenti comme celui de la bactériologie dans son ensemble : les médecins, comme le public, croyaient fortement que les biologistes seraient en mesure de mettre au point, pour la tuberculose, des moyens spécifiques de lutte (vaccin ou sérum), comme cela avait été fait dans les années 1870 et 1880 pour la rage ou la maladie du charbon. Condrau rapporte que, jusqu'à l'annonce de la découverte de la tuberculine, les sanatoriums n'avaient eu qu'un impact modeste dans les milieux médicaux : aussi longtemps qu'une solution bactériologique à la maladie pouvait être espérée, le traitement sanatorial, non spécifique, long et difficile à mettre en œuvre et offrant des résultats aléatoires, restait peu attractif. En Allemagne, cet épisode permit de passer du stade de la planification à celui des réalisations. La ville de Berlin reprit son projet et ouvrit un premier établissement populaire à Malchow en 1892. Installé sommairement, l'établissement ne disposait pas de galerie de cure et accueillait les tuberculeux jusqu'à un stade avancé de la maladie. Ces aménagements furent vertement critiqués par Leyden en 1894[222] et Léon-Petit notait en 1895 que « dans l'esprit du public, l'établissement pass[ait] plutôt pour un hospice d'incurables que pour un hôpital proprement dit »[223].

Les projets similaires étaient toutefois nombreux et un grand nombre aboutirent au début des années 1890. En 1888, la Société médicale de Hanovre (*Hannover Ärtzliches Verein*) fonda l'une des premières œuvres philanthropiques ayant pour objectif la création d'un sanatorium populaire. Elle fut suivie par la ville de Brême qui, par l'intermédiaire de l'Œuvre du sanatorium brêmois (*Bremer Heilstätten-Vereins*) ouvrit le premier établissement populaire allemand à Bad Rehburg, en Basse-Saxe, en juin 1893[224]. Le sanatorium était composé de trois petits bâtiments en rez-de-chaussée : les services communs étaient disposés au centre tandis que les chambres de malades étaient réparties dans deux pavillons latéraux, l'un pour les femmes (12 lits) et l'autre pour les hommes (18 lits). Une galerie de cure était adossée à la façade sud de chacun de ces pavillons[225]. En 1892, l'Œuvre francfortoise pour les établissements de convalescents (*Frankfurter Verein für Reconvalescentenanstalten*) ouvrit un autre sanatorium à Falkenstein, à proximité de l'établissement dirigé par Dettweiler. Ce dernier prit part au projet, également soutenu par la ville de Francfort. Les moyens financiers mis à disposition ne permirent pas de construire un établissement à neuf et l'on se contenta d'aménager une ancienne villa : le rez-de-chaussée comprenait une salle à manger, une cuisine, les bains et les douches et une salle de jour donnant à l'extérieur sur une galerie de cure exposée au sud. Les étages comptaient 26 lits répartis dans 16 chambres. La direction médicale était assurée par les médecins du sanatorium voisin de Falkenstein[226]. Cette expérience permit de tester la validité de l'application de la méthode hygiéno-diététique aux classes populaires ; son succès ouvrit la voie à de nouvelles créations[227].

Le véritable essor des sanatoriums populaires allemands eut lieu à partir de 1894, sur la base d'une interprétation favorable aux tuberculeux des lois de 1883 et 1889 sur les assurances sociales. La loi de 1883

[220] Léon-Petit 1895, p. 189.
[221] Condrau 2000, p. 122.
[222] Léon-Petit 1895, p. 190.
[223] *Ibidem.*
[224] Langerbeins 1979, p. 25.
[225] Pannwitz 1900, p. 101.
[226] Langerbeins 1979, p. 27.
[227] Langerbeins mentionnait également le *Johanniterhospiz* ouvert en 1892 à Bad Lippspringe et l'établissement de Malchow ouvert en 1892 par la ville de Berlin. En 1893, la Badische Anilin- und Sodafabrik (BASF) ouvrit un sanatorium de Dannefels. Conçu sur les conseils de Dettweiler, il s'agissait du premier sanatorium construit par une entreprise industrielle pour ses ouvriers. Il connut une certaine renommée en remportant une médaille d'or à l'Exposition universelle de Paris en 1900.

sur l'assurance maladie exigeait que tout ouvrier gagnant moins de 2.000 marks par an cotisât aux caisses d'assurance créées à cet effet. En contrepartie, les caisses prenaient à leur charge, en cas de maladie, les frais médicaux jusqu'au rétablissement de la capacité de travail de l'assuré, ce dernier étant couvert pour une durée de traitement de 13 semaines maximum. Ce délai dépassé, et si l'assuré était dans l'impossibilité de reprendre son travail, il était exclu du dispositif et devait s'en remettre au soutien familial ou aux œuvres de charité. En 1889, la loi sur l'assurance vieillesse-invalidité permit de couvrir les ouvriers en cas de perte définitive de leur capacité de travail : les assurés déclarés invalides avant 70 ans et ayant cotisé au moins cinq années, pouvaient espérer toucher une pension représentant le tiers environ de leur salaire. Ce dispositif concernait, entre autres, les tuberculeux, dont l'espérance de vie, une fois la maladie déclarée, dépassait rarement trois ou quatre ans. En outre, l'article 12 de la loi de 1889 permettait aux Offices régionaux d'assurances (*Landesversicherungsanstalten*), gestionnaires des pensions d'invalidité, de prendre en charge les soins des malades ne relevant pas légalement de l'assurance maladie mais risquant de tomber, du fait de leur état de santé précaire, sous le régime de l'invalidité[228]. Cette précaution donnait une certaine flexibilité dans la prise en charge des malades et comblait le vide existant entre le court terme prévu par l'assurance maladie et le long terme de la couverture invalidité. En 1894, Hermann Gebhardt, directeur de l'Office d'assurance des villes de la Hanse (*Landesversicherungsanstalt der Hansestädte*), estima que ce paragraphe pouvait s'appliquer aux tuberculeux : considérant le poids financier que représentaient ces malades pour les caisses d'invalidité (30 à 50% des bénéficiaires d'une pension âgés de 20 à 40 ans étaient des tuberculeux), leur prise en charge précoce, c'est à dire avant que l'incapacité de travail ne soit advenue, devait permettre de contenir l'évolution habituelle de la maladie vers l'invalidité et ainsi réduire, à moyen terme, les dépenses des caisses d'assurance invalidité. En 1894, le Conseil impérial des assurances sociales (*Reichsversicherungsamt*) autorisa les offices d'assurance à mettre en commun leurs moyens pour réduire la charge des caisses d'invalidité[229] et, dès mars 1894, l'Office hanséatique décida la construction de son propre sanatorium pour ses assurés tuberculeux. Le *Landesversicherungsanstalt der Hansestädte* fit ainsi édifier, entre 1895 et 1897, le sanatorium d'Oderberg, premier établissement populaire construit à neuf par un office régional d'assurances (ill. 35-36)[230]. L'établissement de 115 lits fut aménagé beaucoup plus sommairement que les sanatoriums privés : constitué d'une ossature et de panneaux en bois, le bâtiment accueillait, en son centre, l'administration et les services, tandis que les malades étaient répartis dans deux ailes latérales. Les galeries de cures étaient adossées au rez-de-jardin, devant le service des bains. L'accès à l'établissement se faisant par le rez-de-chaussée supérieur.

L'exemple hanséatique fut suivi par d'autres offices régionaux, telle la *Norddeutsche Knappschaftspensionskasse* de Halle en 1894. En 1896, le Conseil impérial des assurances sociales recommanda aux offices régionaux d'orienter leurs tuberculeux vers le traitement hygiéno-diététique pratiqué dans les sanatoriums[231], ouvrant ainsi le traitement spécifique de la tuberculose aux malades des classes populaires. Constatant que la création de sanatoriums populaires « était un mouvement général, qui commençait à s'implanter dans toutes les couches de la société »[232], le chancelier allemand Hohenlohe décida, en février 1895, la création d'un comité chargé de promouvoir la construction de sanatoriums dans l'Empire allemand. La mise en place du Comité central allemand pour la construction des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires (*Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstättent für Lungenkranke*[233]) marquait la volonté de promouvoir, depuis Berlin, la création de nouveaux établissements. Le Comité commença ses activités en janvier 1896 ; ses tâches principales étaient « de coordonner et orienter les efforts en faveur des sanatoriums, de rassembler de la documentation et de soutenir la construction d'établissements »[234]. Il bénéficiait du patronage de l'Impératrice et la présidence d'honneur était assurée

[228] Condrau 2000, p. 85-86.
[229] *Idem.*, p. 86.
[230] Le sanatorium Königsberg (1895) de la Caisse d'assurance de Hanovre, avait été aménagé dans une villa. Langerbeins 1979, p. 39.
[231] Langerbeins 1979, p. 30.
[232] Cité par Seelinger 1991 p. 61.
[233] A noter que la traduction donnée en 1900 pour le congrès d'hygiène de Paris (Comité allemand pour la lutte contre la tuberculose), laissait dans l'ombre l'épineuse question des sanatoriums, au centre, pourtant, des préoccupations du Comité. Pannwitz 1900.
[234] Langerbeins 1979, p. 31.

par le ministre de l'intérieur allemand. La première conférence générale du Comité eut lieu le 16 décembre 1896 à Berlin. Mais c'est en 1897 que sa vocation de propagande fut affirmée avec la publication, par son secrétaire général Gotthold Pannwitz, d'un rapport intitulé « Principes à suivre pour la construction d'un sanatorium populaire pour 100 tuberculeux du sexe masculin »[235] qui offrait aux médecins, aux collectivités et aux caisses d'assurance une série de plans-types et de recommandations d'ordre technique. Pannwitz sollicita ensuite la presse pour relayer l'action du Comité et fit paraître, entre 1897 et 1901, un bulletin d'information dénommé *Heilstättenkorrespondenz* (Le correspondant des sanatoriums), envoyé exclusivement aux rédactions des journaux afin d'alimenter leurs articles. A la fin des années 1890, il semblait opportun de dresser un bilan des réalisations du Comité et de diffuser, au-delà des frontières de l'Allemagne, les résultats allemands en matière de lutte contre la tuberculose. Le 16 août 1898, le Comité décida donc la tenue d'un « Congrès international de lutte contre la tuberculose pulmonaire »[236] qui eut lieu à Berlin, l'année suivante. Nous aurons l'occasion de revenir en détail sur cet évènement.

Prenant le relais des œuvres privées et bénéficiant du soutien technique du gouvernement fédéral, de nombreuses Œuvres sanatoriales (*Heilstättenvereine*) communales ou régionales furent créées avec pour objectif la construction d'établissements de cure populaires. Les promoteurs de ces œuvres – médecins ou responsables politiques locaux – voyaient dans le sanatorium un moyen de venir en aide aux classes sociales défavorisées – durement touchées par la tuberculose – auxquelles ils étaient quotidiennement confrontés. Le succès des établissements populaires tient d'ailleurs, pour beaucoup, à la grande lisibilité du traitement hygiéno-diététique : la cure de plein air, en tant que principe de base de la thérapie était pour les médecins, les autorités, les hygiénistes, autant que pour les malades, facile à comprendre dans ses moyens et dans ses objectifs[237]. La campagne de communication engagée à partir de 1895 par le Comité central allemand des sanatoriums fut en grande partie responsable du succès que rencontrèrent ces établissements au tournant du XX^{e} siècle.

Le milieu des années 1890 fut marqué par une vague sans précédent de créations de sanatoriums populaires. L'un des établissements les plus significatifs est le sanatorium de Ruppertshain, ouvert en 1895 par l'Œuvre francfortoise pour les établissements de convalescents, gestionnaire depuis 1892 de la villa de Falkenstein. Le projet fut élaboré par l'architecte Wolff, inspecteur des travaux de la ville de Francfort, et fut construit en une année seulement, de 1894 à 1895 (ill. 24-25). Le bâtiment est implanté sur un terrain de six hectares, protégé au nord et à l'ouest par des collines boisées formant une pente douce vers le Sud. La déclivité du terrain obligea l'architecte à disposer l'édifice parallèlement aux courbes de niveau ; la façade est ainsi linéaire, légèrement concave et orientée au Sud-sud-ouest. Le sanatorium se compose d'un bâtiment unique formé d'un avant-corps central et de deux ailes terminées chacune par un pavillon. Il dispose de 36 lits pour les femmes et autant pour les hommes. Les chambres de malades, comptant de un à cinq lits, sont réparties entre le rez-de-chaussée et les deux étages supérieurs. En plus des chambres, le rez-de-chaussée compte un service médical, un laboratoire et les bureaux de l'administration. Les salles à manger, distinctes pour chaque sexe, sont placées au premier et deuxième étage dans le corps central. Les espaces collectifs affectés aux malades (salles de réunion, de musique et de réception) sont placés, comme au sanatorium d'Oderberg, sous le rez-de-chaussée, à un niveau formant rez-de-jardin du fait de la déclivité du terrain[238]. Placées dans le prolongement de ces pièces, les galeries de cure forment de longues ailes latérales exposées au Sud-sud-ouest. Dès 1899, une nouvelle aile fut construite à l'extrémité est du bâtiment et l'on installa en même temps l'éclairage électrique dans tout l'établissement. Ouvert en 1900, la nouvelle section comptait 34 lits réservés aux femmes, ce qui permit d'affecter la totalité du bâtiment principal aux hommes[239]. La direction médicale de l'établissement était assurée par un élève de Dettweiler, le médecin Nikolaus Nahm. Selon Knopf, le traitement pratiqué à Ruppertshain différait très peu de celui

[235] *Gesichtpunkte zum Bau einer Heilstätte für 100 männliche Lungenkranke*, cité par Seelinger 1991, p. 63. Ce document est en partie reproduit dans la réédition de 1900 de l'ouvrage de Pannwitz publié pour le congrès de la tuberculose 1899. Pannwitz 1900, p. 11.
[236] Von Weltzien 1903, p. 128.
[237] H. von Hayek, *Das Tuberkuloseproblem*, Berlin 1920, p. 39, cité par Condrau 2000, p. 129.
[238] Knopf 1900, p. 140.
[239] Langerbeins 1979, p. 35-36.

pratiqué dans les établissements privés. Les repas y étaient aussi copieux et seule la variété des mets était réduite. Les malades effectuaient la cure d'air continue : le jour dans les galeries, entrecoupée de promenades, et la nuit dans leur chambre dont les fenêtres étaient maintenues partiellement ouvertes. Pour limiter le personnel, les malades les plus valides assuraient quelques travaux de ménage et de jardinage[240].

Ruppertshain fut le premier sanatorium populaire d'importance. La qualité des aménagements était comparable à celle de certains établissements privés et toutes les dispositions avaient été prises pour assurer la plus stricte hygiène de locaux. Les pièces étaient peintes à l'huile sur une hauteur de 1,60 mètres et blanchies à la chaux au-dessus. Le parquet des chambres avait reçu trois couches d'huile bouillante (la dernière était teintée de brun-rouge) et les pièces humides avaient un sol en ciment[241]. Par l'exemplarité de son plan et de ses aménagements, Ruppertshain faisait office d'établissement modèle, en Allemagne[242] comme à l'étranger. Une description précise de l'établissement fut publiée en 1895 par Nikolaus Nahm dans le *Zeitschrift für Krankenpflege,* et fut immédiatement traduite et publiée en France, en février 1896, dans la *Revue de la tuberculose*. L'architecte de l'Assistance publique de Paris Henri Bellouet* (1850-?) publia en 1896 un article élogieux sur l'établissement, assorti des plans que lui avait transmis Dettweiler[243]. En 1897, le médecin Frédéric Dumarest* en fit une description méticuleuse dans son ouvrage sur *L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger* [244]. En 1900, Knopf décrivait Ruppertshain comme « un sanatorium grandiose et florissant », ajoutant qu'il « peut servir comme type de sanatorium pour phtisiques indigents »[245]. Nous verrons plus tard quelle influence aura cette réalisation sur les premiers sanatoriums populaires français alors en gestation.

La création, en 1896, du sanatorium de Grabowsee, près de Berlin, marque l'extension du mouvement des sanatoriums populaires jusque dans les plaines du nord de l'Allemagne. Tous les sanatoriums étaient jusque là construits dans le sud du pays, c'est à dire dans des régions de montagnes ou de collines. En 1895, Gotthold Pannwitz proposa de récupérer les baraquements qui avaient servi de lazaret lors de la construction du canal *Kaiser-Wilhelm* près de Berlin, tout juste achevé, pour créer un établissement provisoire. L'Œuvre des sanatoriums populaires de la Croix-Rouge (*Volksheilstättenvereins vom Roten Kreuz*) fut fondée à cet effet et ouvrit au printemps 1896 le sanatorium populaire de Grabowsee. Les malades étaient logés dans 27 baraques de type Doecker (voir p. 169) tandis que les services généraux étaient installés dans un bâtiment construit à neuf (ill. 26). Cette installation réalisée à peu de frais devait permettre de déterminer si le traitement hygiéno-diététique pouvait être réalisé, dans de bonnes conditions, dans les régions plates et humides du nord du pays. Les résultats furent vraisemblablement encourageants et de nouveaux pavillons furent construits entre 1897 et en 1900[246].

Ces premiers sanatoriums populaires firent office de pionniers en Allemagne. Les établissements privés pour malades payants, déjà assez nombreux au milieu des années 1890 ne pouvaient servir de modèle que sur les aspects relatifs au régime de la cure et à l'organisation spatiale des bâtiments en unités fonctionnelles : administration et service médical au rez-de-chaussée ou dans un bâtiment central ; chambres de malades cantonnées dans les étages ; galeries de cure liées aux bâtiments, adossées au rez-de-chaussée ou déportées latéralement ; cuisines et salles à manger dans un pavillon annexe ou au rez-de-chaussée ; services techniques et sanitaires dissociés du bâtiment d'hospitalisation, etc. Si les réalisations allemandes furent significativement plus nombreuses à cette époque que dans les autres pays européens, la création d'établissements populaires pour le traitement de la tuberculose se posa au même moment dans tous les pays et l'Allemagne n'avait pas le monopole des réalisations. En France, le premier sanatorium populaire ne fut ouvert qu'en 1900 à Angicourt, sur la base d'un programme établi en 1890 par l'Assistance publique de Paris ; en Suisse, le sanatorium populaire bernois de Heiligenschwendi fut ouvert en 1895 ; en Autriche, le sanatorium populaire d'Alland, conçu dès 1890, ouvrit en 1897 près de Vienne ; en Italie, la

[240] Knopf 1900, p. 144.
[241] Langerbeins 1979, p. 36.
[242] Langerbeins y voyait le « prototype des sanatoriums populaires » (*Prototyp der Volksheilstätte*) allemands. *Ibidem*
[243] Bellouet, « Le sanatorium de Ruppertshain pour les phtisiques nécessiteux », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1896, n°18.
[244] Frédéric Dumarest, *L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger*, Lyon, Alexandre Rey, 1897.
[245] Knopf 1900, p. 140.
[246] Langerbeins 1979, p. 37-39.

Lega nazionale contro la tuberculosi fut fondée en 1898 et le ministère de l'intérieur lança, en février 1899, un concours national pour la construction de sanatoriums populaires[247] ; en Espagne, le sanatorium de Porta Coeli fut ouvert en 1900, de même que le sanatorium Vejlefjord, au Danemark[248].

En Allemagne, les créations se multiplièrent dans les dernières années du siècle[249] et le congrès de la tuberculose de Berlin, organisé en 1899 par le Comité central allemand des sanatoriums, permit de dresser un bilan élogieux de cinq années de réalisations. Ces résultats avaient toutefois été obtenus sur la base d'un flou juridique et d'une interprétation de la loi de 1889 en faveur des sanatoriums. Non seulement cette situation mettait les sanatoriums des offices régionaux d'assurance à la limite de la légalité mais elle imposait paradoxalement aux seules caisses d'invalidité la prise en charge des frais de traitement des tuberculeux. L'ambiguïté liée au cadre légal des sanatoriums populaires allemands fut levée le 13 juillet 1899 au moyen d'un amendement à la loi sur l'assurance invalidité[250]. Le texte modifié obligea également les caisses d'assurance maladie à participer aux frais d'entretien des tuberculeux[251] et fixa la durée légale du traitement à 13 semaines[252], sur la base de la durée garantie aux autres malades par la loi de 1883. Cette modification législative fit disparaître l'une des dernières restrictions à la multiplication des sanatoriums populaires. L'Etat et les gouvernements régionaux fondèrent à leur tour des établissements pour leurs employés, notamment ceux de l'administration forestière et des chemins de fer et, en 1901, le Reichstag s'engagea à créer des sanatoriums d'Etat dépendant du ministère de l'intérieur[253]. Les premières années du XX^{e} siècle virent le rythme de construction s'accélérer et l'on comptait une quarantaine d'établissements populaires dans les provinces allemandes en 1900, 57 en 1902, 69 en 1904, 87 en 1908, 99 en 1908[254] et 104 en 1913, à la veille de la guerre, pour un total de 12.309 lits auxquels il faut ajouter 1.313 lits répartis dans 19 sanatoriums destinés aux classes moyennes et 905 lits répartis dans 12 sanatoriums pour classes aisées[255]. La dispersion des établissements sur le territoire allemand était considérée comme un gage supplémentaire d'efficacité : « Dans toutes les régions de l'Empire d'Allemagne, notaient les architectes Heino Schmieden* (1835-1913) & Julius Boethke, il y a [...] des terrains [appropriés] à la construction de sanatoria. C'est là évidemment une circonstance très favorable, puisque, grâce à une décentralisation aussi étendue que possible des sanatoria, les malades peuvent se faire soigner dans la contrée et le climat où ils sont habitués et obligés de vivre »[256]

S'agissant du coût des établissements allemands, Schmieden & Boethke relevaient en 1905 des écarts importants entre les établissements, avec des prix de revient par lit compris entre 2.700 et 9.000 marks, hors frais annexes d'aménagements intérieurs et extérieurs.

> *Les sanatoriums les moins chers*, précisaient-ils, *sont ceux pour lesquels on a simplement transformé d'anciens bâtiments [...].Ce sont pour la plupart de légères constructions en charpente à panneaux, où la satisfaction des besoins les plus élémentaires de l'hygiène, le chauffage, l'éclairage, les vidanges, les cabinets de toilette et de bain, est réduite à la plus simple expression. Dans cette catégorie tombent également les établissements provisoires ou composés en partie de baraques mobiles. [...] Les frais au-dessous de 4.000 marks, sont à considérer comme exceptionnellement bas et ne peuvent s'expliquer que par des conditions de construction [...] favorables jointes à la plus simple des installations, si le médecin et l'administration s'en contentent. Même les établissemenst de 4.000 à 5.000 marks [...] sont à considérer comme très bon marchés et [...] ces établissement ne peuvent répondre pleinement aux prescriptions*

[247] Del Curto 2005, p. 221.
[248] L'établissement fut ouvert par un ancien patient de Dettweiler, Christian Saugmann (1864-1923). Langerbeins 1979, p. 96-101.
[249] Furent également ouverts, en 1896 : le sanatorium de Bad Lippspringe (*Barmer Männer- und Frauenheim des Bergischen Vereins für Gemeinwohl*) ; en 1897 : le sanatorium Albertsberg à Auerbach (*Sächsischer Volksheilstättenvereins*), le sanatorium de Bad Honnef (*Bergischer Verein für Gemeinwohl*), le sanatorium Albrechtshaus à Gernrode-im-Harz (*Landesversicherungsanstalt Braunschweig*) ; en 1898 : le sanatorium Sophie à Bad berka (*Landesversicherungsanstalt Thüringen*), le sanatorium Erbprinzentanne à Clausthal-Zellerfeld (*Landesversicherungsanstalt Hannover*), le sanatorium de Loslau (*Heistättenverein im Reg.-Bez. Oppeln*), le sanatorium Hellersen à Lüdenscheid (*Kreises Altena*), le sanatorium de Planegg-Krailing (*Volksheilstätenverein in Oberbayern*) et le sanatorium de Sülzhayn (*Norddeutschen Knappschaaftspensionskasse in Halle*) (Langerbeins 1979, p. 44).
[250] Langerbeins 1979, p. 58.
[251] Condrau 2000, p. 87.
[252] Artaud 1914, p. 92.
[253] Bouradel 1901, p. 739.
[254] Langerbeins 1979, p. 59. En 1908, on comptait ainsi 10.539 lits de tuberculeux dans les sanatoriums populaires allemands.
[255] Artaud 1914, p. 92.
[256] Schmieden & Boethke 1905, p. 40.

officielles et aux exigences de l'hygiène moderne que sous des conditions de construction exceptionnellement favorables [...].[257]

Ils citaient le cas du sanatorium édifié par leurs soins pour l'Office d'assurance du Brandebourg entre 1898 et 1902, à Beelitz, près de Berlin, « établissement modèle de très larges dimensions dont toute l'organisation intérieure et extérieure a été soignée par tous les moyens de la technique moderne pour lui assurer la plus grande solidité » et dont le prix de revient, malgré les économies d'échelle réalisées (l'établissement comptait 600 lits répartis en plusieurs bâtiments), avait atteint près de 8.000 marks par lit[258]. Selon Schmieden et Boethke, le « prix normal » de revient d'un sanatorium de plaine se situait entre 5.000 et 5.500 marks par lit, et celui d'un sanatorium de montagne entre 6.500 et 7.000 marks[259]. Les assurances régionales, les caisses de maladie et quelques industriels participaient à ce financement et, à partir de 1900, les communes elles-mêmes qui, selon Brouardel, avaient établi dans certains districts une taxe personnelle d'un pfennig destinée à la construction de nouveaux sanatoriums[260].

Parallèlement, le nombre de publications sur ce sujet et de journaux spécialisés explosa. Faisant suite au *Heilstätten Korrespondenz*, édité par le Comité central allemand à partir de 1897, parût à partir de 1900 le *Zeitschrift für Tuberkulose* puis la revue *Das Sanatorium* et, à partir de 1902 la revue internationale *Tuberculosis,* éditée par Comité international de lutte contre la tuberculose créée en 1901 à Londres. En Allemagne, les médecins de sanatoriums formaient alors un corps à part entière si bien que le gouvernement allemand envisagea, en 1901, pour faciliter leur recrutement la création d'une formation médicale spécifique[261]. « Tant vaut le médecin, tant vaut le sanatorium », dira à ce sujet Gilbert Sersiron. Ce mouvement s'arrêta toutefois avec la guerre. Pour des raisons financières, aucun sanatorium populaire ne fut construit par les Offices régionaux d'assurances après 1914, ceci malgré l'augmentation de la mortalité par tuberculose en Allemagne dans les années 1920. Les établissements existants continuèrent de fonctionner mais furent détrônés, en tant que piliers de la lutte antituberculeuse, par les dispensaires, ouverts par centaines dès avant la guerre et dont les coûts d'installation et de fonctionnement étaient sans commune mesure avec ceux des sanatoriums[262].

1.2.4. Le congrès de la tuberculose de Berlin de 1899.

En Allemagne, les moyens financiers dont bénéficiaient les assurances sociales permirent la construction d'importants établissements de cure. Le traitement hygiéno-diététique en sanatorium, réservé jusque là aux classes aisées, avait été ouvert aux classes moyennes et aux ouvriers dont les cotisations journalières participaient au financement des établissements. En 1898, le Comité central allemand décida la tenue d'un « Congrès international de lutte contre la tuberculose pulmonaire »[263] à Berlin l'année suivante, afin de rendre compte des progrès réalisés dans ce domaine. Il s'agissait peut-être également d'une réponse au vœu formulé, quelques semaines plus tôt, au congrès de Paris en faveur de « réunions internationales périodiques » sur la tuberculose[264]. Le congrès de Berlin fut placé d'office dans une perspective populaire et eut pour titre officiel : « La tuberculose comme maladie populaire, sa nature, ses dangers et les moyens actuels de la combattre »[265]. Il s'agissait, selon Pannwitz, non pas de « débattre des problèmes théoriques posés par la tuberculose mais de présenter quelques faits et vérités reconnus »[266]. Bien qu'organisé par le Comité central allemand, ce congrès fut ouvert aux médecins étrangers et, selon l'historien Wolfgang Seelinger, il s'agissait également de démontrer aux observateurs étrangers les progrès de la médecine

[257] *Idem*, p. 108.
[258] *Idem*, p. 111.
[259] *Ibidem.*
[260] Brouardel 1901, p. 739.
[261] *Ibidem.*
[262] Hähner-Rombach 2000, p. 165.
[263] Von Weltzien 1903, p. 128.
[264] Congrès de la tuberculose 1898, p. 765.
[265] *Die Tuberkulose als Volkskrankheit, ihr Wesen, ihre Gefahren und die zur Zeit vorhandenen Mittel zu ihrer Bekämpfung weitesten Kreisen vor Augen zu führen*, cité par Seelinger 1991, p. 76.
[266] G. Pannwitz, cité par Seelinger 1991, p. 76

allemande dans le traitement de la tuberculose[267]. Si le projet se voulait d'envergure nationale – pas moins de 50.000 lettres annonçant la manifestation furent envoyées aux administrations, aux établissements de soins et aux médecins –, les gouvernements étrangers furent invités à envoyer une délégation technique. Le congrès se déroula à Berlin du 24 au 28 mai 1899. Par les ambitions affichées et la pompe déployée, cette manifestation n'avait rien de comparable aux congrès français qui s'étaient réunis régulièrement à l'Académie de médecine de Paris depuis 1888 et sur lesquels nous reviendrons plus tard. Les 2.000 délégués allemands et étrangers venus à Berlin pour le congrès furent accueillis le 24 mai 1899 par l'Impératrice au cours d'une fastueuse séance d'ouverture tenue dans la salle des séances du Reichstag sous la présidence d'honneur du chancelier allemand. Les allocutions solennelles des officiels allemands et les métaphores militaires prônant la « guerre contre la tuberculose » ne furent pas du goût de tous[268] : au même moment se tenait à La Haye la première conférence internationale sur la Paix. Cette ouverture fut notamment marquée par un don de trois millions de marks, fait solennellement au Comité central par un important industriel allemand, M. Heyl[269]. Le congrès se divisait en cinq sections thématiques : 1° la propagation de la tuberculose, présidée par MM. Kölher et Krieger ; 2° l'étiologie, présidée par B. Fränkel et Robert Koch (ce dernier, retenu à l'étranger, ne participa toutefois pas au congrès) ; 3° la prophylaxie, présidée par MM. Gerhardt et Schjerning ; 4° la thérapeutique, présidée par MM. Zienssen et Schrötter, 5° l'hospitalisation et les sanatoriums (*das Heilstättenwesen* selon l'intitulé allemand), présidée par MM. Gäbel et Dettweiler, en personne[270]. La première session fut consacrée à la morbidité tuberculeuse en relation avec les conditions de vie. Dans la seconde, le médecin Löffler parla d'hérédité, de prédisposition et d'immunité. La section consacrée à la prophylaxie fut centrée sur les questions d'hygiène, notamment dans les logements. Celle consacrée au traitement de la tuberculose fut entièrement dédiée à la cure hygiéno-diététique codifiée par Brehmer dont le portrait trônait au-dessus des congressistes[271]. Quant à la dernière section, installée dans le plus vaste hall de la conférence, elle développa tous les thèmes relatifs à l'installation et à la gestion des sanatoriums. Insistant sur l'aspect économique des établissements de cure, le représentant du Land de Berlin, Meyer, vit par exemple dans le sanatorium un objet de rivalité entre les nations, estimant que « l'Etat qui dominera les autres sera celui qui s'assurera la population la plus solide et la plus efficace »[272]. S'agissant de la valeur thérapeutique des sanatoriums, les médecins soulignèrent les succès obtenus jusque là dans les établissements allemands et exprimèrent leurs espoirs qu'ils fussent confirmés dans la durée. Parmi les délégations étrangères, on comptait la Russie, l'Angleterre, l'Autriche, la Turquie, l'Italie, les Etats-Unis et la France. Mandatée par l'Académie de médecine, la délégation française était constituée des médecins Jacques-Joseph Grancher* (1843-1907), Odilon Lannelongue* (1840-1911), Edmond Nocard* (1850-1903), Louis Landouzy* (1845-1917) et Paul Brouardel* (1837-1906). Dans la dernière section du congrès, Brouardel et Grancher communiquèrent une *Note sur les sanatoriums* dans laquelle ils proposèrent « un véritable programme d'organisation et de fonctionnement de sanatoriums urbains, suburbains et climatériques populaires », estimant qu'en plus des « sanatoriums-type » installés à la campagne ou à la montagne et destinés, selon eux, plutôt à la prévention de la maladie, des « sanatoriums suburbains » devraient accueillir, pour la cure, les ouvriers et indigents[273]. Ils reprirent à leur compte les statistiques allemandes selon lesquelles, avec « l'hospitalisation forcée et précoce de 12.000 tuberculeux, 9.000 [d'entre eux] auraient pu, au bout de trois mois de traitement, reprendre pendant trois ans le travail interrompu ! De ce fait on aurait réalisé un bénéfice de plus de huit millions de francs ! »[274]. Cette communication fut suivie d'une *Note sur la cure de sanatorium simple et associée*, communiquée par

[267] Seelinger 1991, p. 77.
268 Les termes employés dans un discours de bienvenue par le recteur de l'université de Berlin (*Dieser Kongress will keiner Frieden ; er will den Krieg, und den Krieg bis aufs Messer*) ne manifestaient sans doute que la détermination de l'Allemagne à lutter sur tous les fronts contre la maladie, mais placèrent cette manifestation scientifique dans le registre de la confrontation. (Seelinger 1991, p. 77). Ces déclarations furent notamment taxées de « militarisme prussien » par les médecins français.
[269] Knopf 1900, p. 15.
[270] Masson 1899, p. 288.
[271] Seelinger 1991, p. 80
[272] Meyer, « Finanzielle und rechtliche Träger der Heilstätte-Unternehmungen », in Pannwitz 1899, cité par Seelinger 1991, p. 80.
[273] Brouardel et Grancher 1899, p. 739.
[274] *Ibidem.*

Louis Landouzy[275]. Le congrès se termina le 28 mai par une réception des délégués étrangers à Potsdam, en présence de l'Empereur, suivie d'une visite des sanatoriums populaires de Grabowsee (ill.26) et de Belzig situés à proximité de Berlin. En l'Allemagne, le congrès de 1899 marqua également le point culminant du « mouvement des sanatoriums populaires » : pas moins de huit nouveaux établissements de cure furent ouverts en 1900, soit le plus grand nombre d'ouvertures en une seule année dans ce pays[276]. L'historienne Ingeborg Langerbeins, comparera l'ardeur déployée par les médecins allemands à assurer la promotion de leur modèle sanatorial à une véritable « hystérie »[277]. Le mouvement dépassa bien vite les frontières allemandes et s'immisça dans le débat sur la prise en charge médicale dans de nombreux pays européens, notamment en Italie, qui organisa dans le sillage du congrès allemand son premier Congrès national contre la tuberculose, à Naples, en 1900[278], en Suisse et en France.

Lors de l'exposition universelle de 1900 à Paris, plusieurs sanatoriums allemands furent présentés à l'exposition d'hygiène, "classe 111", à proximité des sanatoriums français situés "classe 112". Le rapport publié en 1902 sur cette section précise que la *Kaiserliches Gesundheitamt* montra, outre des cartes et des statistiques relatives à la mortalité tuberculeuse, « des plans et vues de sanatoria allemands »[279] exposés par les établissements eux-mêmes (voir tableau ci-dessous[280]). Le principe du « traitement diététique-hygiénique ou cure à l'air libre » était expliqué de même que l'histoire du mouvement sanatorial allemand, depuis la fondation du sanatorium de Goerbersdorf en 1854. Il ne faut pas sous-estimer l'impact – du point de vue de la diffusion des idées et des formes – qu'a pu avoir cette exposition. Si l'on en juge par le catalogue de 1902, ce ne sont pas moins de 150 plans de sanatoriums allemands qui furent alors exposés à Paris, à proximité de ceux représentant les établissements français (Angicourt et Hauteville notamment, qui n'avaient toutefois pas pu concourir pour les différents prix en jeu, n'étant pas inaugurés à l'ouverture de l'exposition). Les comparaisons étaient alors immédiates et les rapporteurs regrettèrent vivement qu'elles n'apparaissent plus avec la même force dans le catalogue de 1902, les sections respectives des établissements de tuberculeux français et étrangers étant traitées dans deux volumes distincts.

[275] Ces communications furent publiées en France : Brouardel et Grancher, « Les sanatoria et leurs variétés nécessaires », in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, juillet 1899, p. 5, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, n°21, p. 739 ; Landouzy, « Note sur la cure de sanatorium simple et associée », in *La Presse médicale*, n°42, 27 mai 1899, p. 249 et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 4 juillet 1899, p. 30.
[276] Seelinger 1991, p. 83.
[277] Langerbeins 1979, p.87, citée par Seelinger 1991, p. 83.
[278] Del Curto 2005, p. 43.
[279] Exposition universelle internationale de 1900/1, p. 499.
[280] Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, *Exposition universelle internationale de 1900 à Paris. Rapports du jury international*, volume XVI : économie sociale, hygiène, assistance publique, troisième partie, classes 109 à 111, Paris, Imprimerie nationale, 1902, p. 501-502.

NUMÉROS D'ORDRE.	NOM DU SANATORIUM.	PROPRIÉTAIRE OU CONSTRUCTEUR.	DATE de L'OUVERTURE.	NOMBRE DES LITS POUR POITRINAIRES.	OBJETS EXPOSÉS.
1	Hallersen, près Lüdenscheid..	District d'Altena.....	1898	100	4 plans.
2	Sonnenberg.....	District de Saarbrück.....	En construction.	100 (projetés).	1 plan.
3	Maison de convalescence, Königsberg.	Établissement d'assurances de la province de Hanovre.	1895	57, dont pour les poitrinaires.	1 plan.
4	Erbprinzentanne.....	*Idem*.....	1898	58	2 plans.
5	Schwarzenbach.....	*Idem*.....	1899	60	1 plan.
6	Friedrichsheim, près Marzell..	Établissement d'assurances du grand-duché de Baden.	1899	116	4 plans.
7	Sanatorium près Sandbach	Établissement d'assurances du grand-duché de Hesse.	En construction.	»	6 plans.
8	Albrechthaus.....	Établissement d'assurances du duché de Brunswick.	1897	40	2 plans.
9	Marienheim.....	*Idem*.....	1899	20	1 plan.
10	Glückauf, près d'Andreasberg. (Pour femmes poitrinaires.)	Établissement d'assurances des villes hanséatiques.	1899	100	4 plans.
11	Maison de convalescence Gross Hausdorf, près de Hambourg. (Pour femmes poitrinaires.)	*Idem*.....	1900	50	3 plans.
12	Oderberg.....	*Idem*.....	1897	115–120	5 plans.
13	Sülzhayn.....	Caisse de retraites de la Norddeutsche Knappschaft, à Halle-sur-la-Saale.	1898	110	10 plans.
14	Maison de convalescence, à Neustädtle.	Union des caisses locales de secours pour les malades, à Stuttgard.	1895	27, dont 3 pour les poitrinaires.	2 plans.
15	Dannenfels.....	Badische Anilin und Sodafabrik, à Ludwigshafen-sur-le-Rhin.	1893	23, dont 18 pour les poitrinaires.	1 plan.
16	Edmunthal, près Hambourg...	Bâti par dotation particulière et administré par un conseil d'administration.	1899	100	2 plans.
17	Volksheilstatte Grabowsee, près d'Oranienburg.	Association populaire de la Croix-Rouge.	1896	Environ 180.	7 plans.
18	Belzig.....	Association berlinoise et brandebourgeoise de sanatoria et fondation Bleichröder.	1899	117	3 plans.
19	Loslau.....	Association de sanatorium pour poitrinaires du district d'Oppeln.	1898	90	6 plans.
20	Vogelsang, à Gommern. (Pour les femmes.)	Association provinciale des sociétés patriotiques des femmes de la province de Saxe.	1899	200	3 plans.
21	Fondation Félix.....	Association Felixstitt de St Andreasberg.	1898	32	1 plan.
22	Oberkaufungen, près Cassel....	Association patriotique de femmes de Cassel.	En construction.	116 (projetés).	3 plans.
23	Ruppershain.....	Association de convalescence de Francfort-sur-le-Mein.	1896	88	5 plans.
24	Ronsdorf.....	Société anonyme Bergische Volksheilstatte; à Elberfeld.	En construction.	»	3 plans.
25	Institut de convalescence, près Oberolkhofen.	Association sanitaire pour Munich et ses environs.	1891	80, dont 20 pour les poitrinaires.	3 plans.
26	Plang.....	Union des sanatoria de la Haute-Bavière, à Munich.	1898	120	5 plans.
27	Engelthal, près Hersbruck....	Union des sanatoria de Nuremberg....	1er janvier 1900.	60	3 plans.
28	Lohr, près Wurzbourg.....	Union pour la fondation d'un sanatorium pour les personnes indigentes dans la Basse-Franconie.	En construction.	»	3 plans.
29	Albertsberg.....	Association pour la fondation et l'entretien de sanatoria populaires dans le royaume de Saxe.	1897	120	2 plans.
30	Carlogrün. (Pour femmes phtisiques.)	*Idem*.....	En construction.	»	3 plans.
31	Schiffrain.....	Association des sanatoria populaires du Wurtemberg.	*Idem*.	Environ 100.	3 plans.
32	Sophia, près Berka.....	Institut patriotique de l'Association des femmes du grand-duché de Saxe.	1898	110	6 plans.
33	Bad Rehburg.....	Association des sanatoria de Brême pour les phtisiques pauvres.	1893	30 (en 1895).	1 plan.
34	Falkenstein.....	Société anonyme Heilanstalt Falkenstein, à Francfort-sur-le-Mein; construit par le Dr Dettweiler.	1875	114	1 plan.
35	Hohenhonnef-sur-le-Rhin.....	Société anonyme Hohenhonnef, à Cologne.	1892	85 (en 1896)	6 plans.
36	Sanatorium du Dr Brehmer....	Dr Brehmer.....	1854	320	3 plans.
37	Reiboldsgrün.....	Dr Driver. — Directeur actuel : Dr Wolf.	1873	120	2 plans.
38	Schömberg.....	H. Römpler, rentier.....	1890	90	4 plans.
39	Nouveau sanatorium Schömberg.	Dr Baudsch. — Dr Schröder.....	1898	Environ 40.	2 plans.
40	St Blasien.....	Dr Sander.....	1881	76	3 plans.
41	Nordach.....	Dr Hettinger.....	»	128	4 plans.

Liste des vues et plans des sanatoriums allemands présentés lors de l'Exposition de Paris en 1900.

1.2.5. Les sanatoriums d'altitude suisses et les établissements cantonaux.

En Suisse, les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires sont immanquablement associés à la station de cure de Davos, localité perchée au sud-est du pays, dans le canton des Grisons, à 1.560 mètres d'altitude. Le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose fut introduit en Suisse depuis l'Allemagne : comme son compatriote Hermann Brehmer, le badois Alexander Spengler (1827-1901) fut contraint de quitter son pays après la révolution de 1848. Il vînt étudier la médecine à Zürich et s'installa comme médecin, en 1853, à Davos. Selon l'architecte et historien Quintus Miller, « Spengler remarqua que les tuberculeux et les scrofuleux [...] qui venaient de la plaine, se rétablissaient [à Davos] remarquablement vite »[281]. La construction d'un premier hôtel à Davos, en 1860, attira de nombreux touristes venus profiter de son climat et Spengler commença à s'occuper de certains de ces malades de passage. En 1862, il fit part de ses observations au médecin zurichois Conrad Meyer-Ahrens (1813-1872) qui, bien que doutant des vertus de la cure d'altitude dans le traitement de la tuberculose, les publia à plusieurs reprises dans les années 1860. Mais c'est à partir de 1865 que Davos acquit sa réputation de lieu privilégié pour la cure de la tuberculose : après un séjour infructueux dans l'établissement de Brehmer à Görbersdorf, le médecin saxon Friedrich Unger (1833-1893) et le libraire Hugo Richter (1841-1921) vinrent passer une cure hivernale dans la petite station des Grisons et y trouvèrent une amélioration notable de leur état de santé[282]. A partir de cette date, la popularité de Davos ne se démentit plus et en 1867 déjà, Karl Rhodem mentionnait dans son ouvrage *Die chronische Lungenschwindsucht und ihre Aussicht auf Heilung in Kurorten* (La phtisie pulmonaire chronique et ses possibilités de guérison dans les stations de cure) les résultats obtenus par Spengler et Unger[283].

En 1866, Spengler quitta son poste de médecin communal pour entreprendre la création d'un établissement de cure, avec l'aide financière d'un banquier londonien venu à Davos pour faire soigner sa femme, Wilhelm Jan Holsboer (1834-1899)[284]. Achevé en 1868 par un architecte de Saint-Moritz, Nikolaus Hartmann, ce premier établissement pouvait accueillir 50 malades dans un bâtiment compact de quatre étages terminé par un toit à double pente. Selon Quintus Miller, cet établissement « correspondait à une maison d'hébergement alpine typique »[285]. Le sanatorium disposait d'une installation d'hydrothérapie et d'une « halle au lait » pour la cure de petit lait. Il fut agrandi en 1871 d'une aile transversale mais l'ensemble brûla en 1872. Il fut reconstruit en 1873 sous le nom de Station de cure W.J. Holsboer. La direction médicale y était assurée par Alexander Spengler. Le nouvel établissement, plus grand que le premier, comptait 64 chambres et disposait d'un jardin de cure avec bancs de repos et pavillon de musique. Il était complété par une série de pavillons, « type chalet suisse en bois » permettant de loger quelques malades supplémentaires. « En ce qui concerne la thérapie, relevait Quintus Miller, la méthode de cure pratiquée par Alexander Spengler n'exigeait rien de particulier sur le plan des bâtiments. Les constructeurs chargés d'édifier l'ensemble purent donc s'inspirer des édifices de cure courants à l'époque »[286], tels les établissements thermaux de Flims-Waldhaud (1875) et de Seewis. Holsboer fut l'un des principaux artisans du développement de la station qui lui doit sa liaison avec le réseau de chemin de fer (1889) et l'un de ses établissements les plus somptueux : le sanatorium Schatzalp, ouvert en 1900.

Les médecins français s'intéressèrent dès les années 1870 à la cure pratiquée à Davos et Léon Vacher s'y rendit dès le mois de décembre 1874, un an seulement après la réouverture du sanatorium de Spengler et Holsboer (après l'incendie de 1872). Il publia en 1875 plusieurs articles[287] sur le sujet ainsi qu'un ouvrage comparant les cures pratiquées dans la station hydrominérale du Mont-Dore (Auvergne) et à

[281] Miller 1991, p. 68.
[282] Mattonet 1991, p. 9.
[283] *Ibidem.*
[284] Miller 1991, p. 68.
[285] *Idem*, p. 28.
[286] *Ibidem.*
[287] Notamment: Léon Vacher, « Les cures d'air dans la phtisie pulmonaire », in *La Nature*, 1876, n°145, p. 234-235, et un autre article paru dans la *Gazette médicale de Paris*, 1875, n°19, 21 et 22.

Davos[288]. Vacher insistait sur « l'absence de phtisie » chez les habitants « indigènes » et précisait que « cette immunité pour la phtisie des habitants de la haute vallée de Davos se maintient tant qu'ils restent chez eux ; mais ils la perdent quand ils émigrent dans la plaine »[289]. Il relevait surtout le fantastique essor de la station qui n'avait accueilli que huit malades en 1865 et en comptait 400 mois de dix ans plus tard. Dès 1878, un « Guide pour médecins et malades » vantant les mérites du « paysage de Davos » et du sanatorium de Spengler fut disponible en français[290] et d'autres médecins français vinrent à Davos dans les années 1870 et 1880 sur les traces de Léon Vacher[291].

Dans l'établissement de Spengler, les malades étaient toutefois libres de leurs allées et venues. La cure en établissement fermé fut introduite en Suisse par le médecin Karl Turban* (1856-1936) qui, tuberculeux lui-même, connaissait les méthodes allemandes pratiquées dans les établissements de Brehmer et de Dettweiler. L'architecte Gaudenz Issler conçut pour Turban un établissement de 60 lits, ouvert à Davos en 1889, dans lequel les malades étaient astreints à une discipline inconnue dans les autres maisons de cure de la station. Le bâtiment principal comptait trois étages sur rez-de-chaussée ; sa façade sud était structurée par un avant-corps central et deux avant-corps latéraux. Il était relié à deux bâtiments annexes, les chalets Luise et Johanna, placés de part et d'autre de la façade principale, au moyen de passages couverts contres lesquelles étaient adossées les galeries de cure (ill. 62-63). Dans l'ouvrage qu'il publia en 1899 en guise de bilan médical sur dix années de fonctionnement de l'établissement, Turban reproduisait un plan d'étage courant de son sanatorium, défini comme « typique pour les sanatoriums »[292], et dont les caractéristiques principales étaient : « les chambres au sud, les couloirs et les escaliers au nord »[293]. Construit à Davos en 1899-1900 par les architectes zurichois Otto Pfleghard et Max Haefeli, le sanatorium Schatzalp se présentait comme le type même du sanatorium privé destiné aux classes aisées mais dont l'architecture prenait en compte toutes les exigences d'hygiène nécessaires à la bonne exécution de la cure. Miller décrivait ce bâtiment comme un « volume étalé sur une terrasse artificielle selon le modèle du palais néo-classique, avec fronton principal orienté au sud »[294] (ill. 65). Avec près de 100 chambres, le Schatzalp était le plus important sanatorium de Davos et de loin, le plus luxueux. Il se composait d'un bâtiment de trois étages sur rez-de-chaussée et sous-sol technique. Une galerie de cure construite en béton armé était adossée au rez-de-chaussée, en façade sud du bâtiment, prolongée latéralement par deux pavillons de cure d'un niveau supplémentaire. Pour se prémunir des chutes de neiges en provenance du toit, le sanatorium était couvert d'une toiture terrasse en ciment de bois (*Holzcementdach*) avec écoulement des eaux par une conduite passant à l'intérieur du bâtiment pour éviter qu'elle ne gèle. Les chambres du dernier niveau étaient isolées de la toiture par un vide d'air. La structure entière du bâtiment était en béton armé, de même que les escaliers et les galeries de cure. En partie centrale et au niveau des avant-corps latéraux, les chambres étaient précédées, sur toute la hauteur du bâtiment, de galeries de cure individuelles accrochées à la façade. Le sol de ces galeries de cure était surélevé de 30 centimètres par rapport à celui des chambres de façon à réduire l'ombre portée par les galeries sur les chambres[295]. Le médecin français Martin Rideau réduira plus tard les réalisations suisses au principe du « sanatorium-hôtel » ; selon lui : « le peu de place accordé au développement de chaque établissement, [...] a donné l'habitude de placer la galerie de cure en avant de la chambre : cette disposition qu'on accuse de ne pas être favorable à l'aération et à l'insolation de la chambre est celle que l'on nomme fréquemment le *type Leysin* »[296]. Défini dans l'entre-deux-guerres,

[288] Léon Vacher, *Le Mont-Dore / Davos. Etude médicale et climatologique sur les cures d'air dans la phtisie pulmonaire*, Paris, Librairie F. Savy, 1875.
[289] Vacher 1876, p. 235.
[290] *Le Paysage de Davos : Station climatique pour maladies de poitrine. Au point de vue spécial de la méthode thérapeutique suivie dans l'établissement de cure W.J. Holsboer. Guide pour médecins et malades*, Zurich, Orell Füsli, 1878
[291] Citons: Léon Chabory, *Une Visite à Davos-Platz, canton des Grisons (Suisse), 1er et 2 novembre 1877*, Clermont-Ferrand, Imprimerie de G. Mont-Louis, 1888 ; et Guillermet, *Comparaison du climat de Davos avec celui des stations du littoral français dans le traitement de la phtisie pulmonaire*, Paris, H. Lauwereyns, 1882.
[292] „ *typisch für Lungenheilanstalten*", K. Turban, *Beiträge zur Kenntnis der Lungentuberkulose*, 1899, cité par Mattonet 1991, p. 28.
[293] „*Krankenzimmer nach Süden, Korridor und Treppenhaus nach Norden*", *ibidem.*
[294] *Idem*, p. 40.
[295] S.a., « Sanatorium Schatzalp bei Davos : erbaut von Pfleghard & Häfli, Architekten », in *Schweizeriche Bauzeitung*, 12 janvier 1902, n°12, vol 39, p. 13.
[296] Rideau 1932, p. 57.

comme « type Leysin », cette disposition aurait très bien pu s'appeler « type Davos » tant elle était omniprésente dans les établissements de la petite station d'Engadine. En vogue dans les établissements suisse du canton de Vaud, du Valais et des Grisons, l'habitude de placer les galeries de cure en avant des chambres répondait avant tout au désir des pensionnaires de disposer de leur galerie personnelle dans le prolongement direct de leur chambre. Dans les établissements populaires, au contraire, la cure commune dans des galeries collectives était la règle.

La nécessité de créer des établissements de cure pour les moins fortunés se fit jour en Suisse plus précocement encore qu'en Allemagne. Le mouvement des sanatoriums populaires y eut toutefois des résultats beaucoup plus modestes. Dès 1876, la Société centrale des médecins suisses (fondée en 1869) manifesta son intérêt pour la lutte contre la tuberculose. Selon le professeur d'hygiène Adolf Vogt, « en matière de tuberculose, le climat d'altitude exerce une influence préventive et curative manifeste »[297]. Dès 1880, au congrès de l'Union internationale contre la contamination des eaux, des sols et de l'air (*4. Jahresversammlung des Internationalen Vereins gegen Verunreinigung der Flüsse, des Bodens und der Luft*) de Mayence, Vogt interpella ses confrères sur la nécessité de créer des sanatoriums d'altitude pour le traitement des malades pauvres. Selon le médecin allemand Von Leyden, Adolf Vogt, fut ainsi l'un des premiers médecins en Europe à demander la création de tels établissements[298]. Dans les années 1880, Adolf Christen, médecin suisse d'Olten, relaya cet appel auprès de la Société d'utilité publique suisse[299]. Plusieurs sections cantonales de cette société y répondirent au cours des années suivantes : le canton de Berne en 1890, le canton de Vaud la même année[300], le canton de Glarus en 1891[301], le canton de Zurich en 1893[302], le canton d'Argovie en 1900[303].

Parmi ces initiatives, celle d'Anton Glaser, médecin à Münchenbuchsee dans le canton de Berne, trouva un écho particulièrement favorable. Frédéric Dumarest rapportait qu'un comité avait été formé dès 1890 en vue de la création d'un sanatorium bernois par la Société d'utilité publique, la Société cantonale de médecine et la Commission de bienfaisance de l'église protestante. En 1893, le comité acquit un terrain à Heiligenschwendi, situé en bordure du lac de Thoune, à 1.160 mètres d'altitude. Le chantier fut engagé l'année suivante[304] et, en août 1895, après une année seulement de travaux, le *Bernische Heilstätte für Tuberkulose*, premier sanatorium populaire suisse, ouvrit ses portes avec 45 lits. L'établissement comptait 108 lits lorsque Frédéric Dumarest le visita à l'occasion de son voyage d'étude en Suisse et en Allemagne en 1897[305]. Bâti sur les plans de l'architecte Könitzer[306], de Worb, l'établissement se composait « d'un pavillon central, surmonté d'un clocheton, et de deux pavillons latéraux, hauts d'un seul étage, construits en briques rouges, et reliés entre eux par une longue véranda couverte, dont la concavité regard[ait] le midi. Une quatrième construction, située à l'est et en retrait, renferm[ait] les dépendances »[307] (étuves, buanderie, cave et chambres des domestiques) (ill. 64). Le pavillon central contenait, au rez-de-chaussée, la cuisine, ses dépendances et les salles à manger, à l'étage, le logement du médecin-directeur et quelques chambres de pensionnaires. Les malades étaient logés dans les pavillons latéraux, l'un réservé aux hommes, l'autre aux femmes, contenant chacun 40 lits répartis en chambres de un à huit lits. Cet établissement, nous le verrons, servira, avec le sanatorium de Ruppertshain, de modèle au premier sanatorium populaire français, ouvert en 1900 à Hauteville par Dumarest.

---

[297] „Das Höhenklima übt bei der Lungenschwindsuct einen ganz bestimmten präventiven und kurativen Einfluss aus", cité par Mattonet 1991, p. 38.
[298] Ernst von Leyden, « Entwicklung der Heilstättenbestrebung », in Pannwitz 1900/1, cité par Mattonet 1991, p. 38.
[299] La *Schweitzer Gemeinnützigen Gesellechaft* ("Société d'utilité publique" selon la traduction adoptée en 1897 par Dumarest ou "Société d'intérêt général" selon celle d'Artaud en 1898) fut fondée en 1810 à Zurich afin d'« apporter assistance spirituelle et matérielle dans les milieux populaires » (« zur Förderung der geistingen und materiellen Volkswohlfahrtspflege »). Elle disposait de sections cantonales dans tout le pays. Mattonet 1991, p. 38.
[300] Le médecin Fritz Morin proposa la création d'un sanatorium populaire à Leysin Il put ouvrir en 1894 un « *Asyl* » pour 15 tuberculeuses, doublé en 1896 d'une section de même capacité pour hommes. Ces deux sections furent réunies en 1902 dans le sanatorium populaire vaudois de Leysin. *Idem*, p. 39.
[301] Sur l'initiative du médecin Fritsch, le sanatorium de Braunwald (29 lits) fut ouvert le 14 décembre 1897. Mattonet 1991, p. 50.
[302] Sur l'initiative du pasteur Hermann Bion. *Idem*, p. 38-39.
[303] L'établissement devait être réalisé dans le massif du Jura et accueillir 72 malades. Kelterborn 1897/2.
[304] Dumarest 1897, p. 30.
[305] Il en publia en 1897 une description : « L'hôpital bernois de Heiligenschwendi » ; Dumarest 1897, p. 30-36.
[306] Selon Dumarest, les architectes de l'établissement étaient Davinet et Könitz.
[307] Dumarest 1897, p. 31.

En 1893, la Société d'utilité publique de Bâle créa, de la même façon, une commission pour la construction d'un sanatorium destiné aux tuberculeux curables des classes ouvrières et aux malades des classes moyennes pouvant payer un prix de journée de cinq francs, à l'exclusion des malades pouvant payer des tarifs plus élevés dans les établissements existants[308]. Pour faciliter l'exploitation du futur établissement, la société souhaita dans un premier temps le bâtir dans le Jura bernois ou de Soleure, à proximité immédiate de Bâle. Mais devant la difficulté de trouver un site adéquat (exempt de brouillards, bien ensoleillé, suffisamment approvisionné en eau, etc.), elle se résolut à établir son établissement à Davos, à une altitude de 1.600 mètres, après avoir envisagé plusieurs sites dans les Grisons, à Arosa, Luzein et dans l'Oberland bernois. Commencé en 1894, le sanatorium bâlois fut inauguré le 14 décembre 1896. Frédéric Dumarest le visita également en 1897 et en une publia une description détaillée[309]. Le projet fut confié aux architectes bâlois G. & J. Kelterborn, qui durent adapter le bâtiment aux conditions climatiques propres à Davos. Ils cherchèrent notamment « à concentrer au maximum le plan afin d'éviter les grandes surfaces de refroidissement », tout en ménageant suffisamment d'air et de lumière dans les couloirs : « Le plan à simple épaisseur adossé à un couloir, courant dans l'architecture hospitalière, était ici exclu »[310] (ill. 66). Pour limiter les déperditions, les murs étaient doublés intérieurement de briques creuses. Le bâtiment formait ainsi un vaste volume compact : les services généraux occupaient tout le rez-de-chaussée, les chambres de malades étaient placées dans les trois étages carrés situés au-dessus et celles du personnel dans le quatrième étage mansardé[311]. Pour apporter plus de lumière à l'arrière du bâtiment, l'aile de service située au nord fut déplacée vers l'est, donnant à l'établissement son plan en L caractéristique (ill. 67). Le sanatorium comptait 78 lits répartis en chambres de un, deux et quatre lits et une galerie de cure de 50 places, dénommée « véranda » par Dumarest, était adossée au rez-de-chaussée du bâtiment et exposée au Sud-sud-ouest.

Dans le sillage des cantons de Berne, de Vaud et de Bâle, la Société d'utilité publique du canton de Zurich s'engagea à son tour, le 30 mai 1894, dans la réalisation d'un sanatorium de cure, suite notamment à une conférence du médecin Oskar Wyss « sur l'urgence de disposer d'un établissement pour phtisiques »[312] et sur la proposition du pasteur Hermann Brion. La société commença sa collecte de fonds et fit construire, entre mais 1897 et novembre 1898, le *Zürcherische Heilstätte für Lungenkranke auf des Faltigberg bei Wald*. Conçu par les architectes Jung et Bridler, de Winterthur[313], l'établissement était situé à 900 mètres d'altitude. Inauguré le 7 novembre 1898 avec une capacité de 90 lits, le sanatorium de Wald offrait un plan tripartite proche de celui du sanatorium d'Heiligenschwendi : le pavillon central accueillait l'administration, le service médical et le réfectoire; les chambres des malades étaient aménagées dans les pavillons latéraux, « absolument semblables, se composant d'un sous-sol, d'un rez-de-chaussée, de deux étages, de mansardes et d'un grenier »[314] (ill. 68-69). L'établissement disposait de trois galeries de cure : la principale était située devant le rez-de-chaussée du pavillon central et les deux autres devant les sous-sols de pavillons latéraux. Avec « leur façade blanche, recouverte dans la partie supérieure de tuiles de bois en forme d'écailles (*Schindelholtz*), leurs balcons, leurs volets peints en vert, leurs toits d'ardoises en lignes brisées et surplombant légèrement, ils ont l'apparence d'un hôtel de montagne »[315]. Selon, l'historienne suisse Iris Ritzmann, les pavillons des malades s'inspiraient largement des dispositions adoptées dix ans plus tôt dans le sanatorium de Karl Turban à Davos : composition tripartite (plus éclatée à Davos avec un corps central et deux chalets latéraux), escalier et pièces de service au nord, chambres de malades au sud

[308] Kelterborn 1897/1, p. 30.
[309] Description également publiée dans : « L'hôpital badois de Davos » ; Dumarest 1897, p. 21-29.
[310] „In der Disposition des Gebäudes und in der Behandlung der Details mussten die Einflüsse des Hohenklimas berucksichtigt und, allzu grosse äussere Abkhülungsfläche zu vermeiden, ein möglichts konzentrierter Grundriss gesucht werden, der aber immer noch eine genügende Lüftung und Lichzufuhr für die Korridoe zuliess. Das bei Krankenhausbauten in der Ebene übliche, bloss einseitige Anbauen an die Korridore war hier ausgesclossen." Kelterborn 1897/1, p. 30.
[311] Dumarest 1897, p. 21.
[312] Oskar Wyss, « Ueber die Dringlichkeit des Bedurnisses der Einrichtung einer Heilstätte für Lungenschwindsüchtige », S.a., « Bau eines Sanatoriums im Kanton Zürich », in *Schweizeriche Bauzeitung*, 9 juin 1894, vol XXIII-XXIV, p. 154.
[313] Artaud 1914, p. 7.
[314] *Idem*, p. 9.
[315] Artaud 1914,p. 7-8.

précédées d'une galerie de cure[316] : le sanatorium de Turban, premier établissement « fermé » de Suisse, servit de modèle à plusieurs établissements cantonaux au tournant du XX[e] siècle. Le sanatorium de Wald peut être considéré comme l'un des établissements les plus emblématiques de cette époque : le médecin français Artaud le visita à plusieurs reprises entre 1898 et 1900 et s'en inspira largement pour concevoir, avec l'architecte J. Chérier, son projet de sanatorium départemental de l'Aisne (voir, p. 103). Le sanatorium de Wald était considéré, dès 1903 dans le *Handbuch der Architektur* comme l'une des meilleures réalisations suisses[317].

Ces trois établissements populaires furent visités par plusieurs médecins français et commentés dès leur ouverture. Les sanatoriums de Heiligenschwendi et de Wald étaient représentatifs du système pavillonnaire pour lequel l'établissement de Turban constituait une sorte d'archétype. L'historien de la médecine Thomas Mattonet parlait à leur sujet de « *Blocksystem* » dans lequel les malades étaient séparés dans des unités autonomes[318]. Il rappelait également qu'au congrès allemand de la tuberculose, l'architecte Heino Schmieden* fit d'ailleurs du sanatorium suisse de Wald un modèle en matière de disposition pavillonnaire tripartite dont il existait en Allemagne plusieurs exemples remarquables (sanatoriums de Ruppertshain et de Saales notamment). L'ouverture du sanatorium de Wald marque la fin de ce que Mattonet définit comme la première phase de création de sanatorium en Suisse alémanique. Au début du XX[e] siècle, le mouvement sanatorial gagna la Suisse romande où furent réalisés le sanatorium genevois de Clermont-sur-Sierre, en 1901, et le sanatorium populaire vaudois de Leysin, en 1902. La dernière phase de construction des sanatoriums populaires suisses s'étendit de 1906 à 1916 et concerna une nouvelle fois la Suisse alémanique avec les sanatorium cantonaux de Saint-Gall à Wallenstadtberg (1906), de Soleure à Allerheiligenberg (1910), de Zug à Adelheid (1912), d'Argovie à Bramelweid (1912) et des Grisons à Arosa, établissement le plus élevé de Suisse perché à 1.830 mètres d'altitude[319]. Entre 1894 et 1916, douze sanatoriums cantonaux furent ainsi construits en Suisse, tous issus de la philanthropie privée et sans qu'aucun mécanisme institutionnel de financement, telles les assurances sociales en Allemagne, ou la loi sur les sanatoriums de 1919 en France, n'ait appuyé ces initiatives locales. La plupart des cantons disposaient en effet d'une législation propre sur la prise en charge des malades ; elles ne seront unifiées qu'en 1928 par une loi fédérale sur les tuberculeux indigents[320].

Lors de l'exposition universelle de 1900 à Paris, la Suisse était présente aux côtés de l'Allemagne, classe 111 de l'exposition d'hygiène[321]. Le rapport de 1902 relevait que « c'est son territoire que s'est élevé le premier grand sanatorium populaire, celui de Heiligenschwendi » et mentionnait également le sanatorium bâlois de Davos, l'asile pour femmes de Feydez-sur-Leysin, l'asile pour hommes de Leysin, le sanatorium de Braunwald, le sanatorium de Wald, le sanatorium de Malvillen et le sanatorium genevois de Clermont-sur Sierre, en construction[322]. Les 366 lits de sanatorium que possédait la Suisse semblaient toutefois nettement insuffisants et le rapport estimait qu'il fallait au moins 1.000 lits pour espérer traiter suffisamment de malades.

1.2.6. Les fondements de la cure hygiéno-diététique : air, repos et alimentation.

Dettweiler et ses collègues allemands, considéraient le phtisique comme « un individu en état de déchéance organique et qui n'est devenu la proie du bacille tuberculeux que grâce à cette déchéance. Ils estiment que l'homme avec ses propres forces, peut résister au bacille et sortir victorieux de la lutte, en suivant un traitement qui, d'une part, augmentera les apports [par la cure d'alimentation] et d'autre part,

[316] Ritzmann 1998, p. 51.
[317] Von Weltzien 1903, p. 177-181.
[318] Mattonet 1991, p. 54.
[319] *Idem*, p. 59-70.
[320] La loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose est adoptée le 13 juin 1928 mais il fallut attendre deux ans avant que n'en soit promulguée, le 20 juin 1930, l'ordonnance d'exécution. S.a., « Suisse. Ordonnance d'exécution de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose (du 20 juin 1930) », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1932, n°3, p. 275.
[321] Exposition universelle internationale de 1900/1, p. 503.
[322] *Ibidem.*

diminuera les pertes [par la cure de repos] »[323]. Dettweiler modifia la méthode de Brehmer pour la rendre compatible avec les découvertes scientifiques de l'époque, notamment la contagiosité de la tuberculose en 1865. Mais dans une formule comme dans l'autre, il s'agissait avant tout de rétablir l'équilibre des fonctions vitales de l'organisme. Selon le médecin français Samuel Bernheim, « si l'excès favorise la maladie, la misère aboutit au même résultat, par une voie opposée. Il n'y a pas d'excès de dépenses mais insuffisance de recettes et de répartitions. Dans un cas comme dans l'autre le budget de l'organisme est en déficit et la tuberculose le guette »[324]. La discipline prônée par Brehmer et Dettweiler devait permettre au médecin de doser précisément et les pertes et les profits enregistrés par l'organisme. Dans ce bilan comptable, simple transposition médicale des principes de l'économie bourgeoise et de la nécessité de préserver « l'équilibre du budget »[325], les excès des classes aisées semblaient aussi préjudiciables à l'organisme que les carences des classes ouvrières. L'influence négative de l'air confiné et insalubre était admise de longue date, tout comme la valeur de l'air pur dans la lutte contre la phtisie. Les individus chétifs anémiques ou de constitution « débile », phtisiques avérés ou « prédisposés » à la maladie, étaient envoyés depuis la fin du XVIII^{e} siècle – lorsque leurs moyens le leur permettaient – dans les régions méridionales pour bénéficier de conditions climatiques plus favorables. Le rôle de l'air pur doit être considéré par opposition à l'air insalubre et pollué des villes et des centres industriels[326]. Nous donnerons ici quelques éléments d'appréciation sur les différentes composantes de la méthode hygiéno-diététique.

La cure d'air.

L'air des villes était très fortement pollué au tournant du XX^{e} siècle : le charbon constituait la principale source d'énergie pour le chauffage, la production d'électricité et de vapeur motrice. Non seulement l'air ne pénétrait pas assez dans les logements mais, lorsqu'il y parvenait, il arrivait « constamment vicié par les poussières, les gaz, les fumées » qui en modifiaient profondément la composition « en lui faisant perdre son élément essentiel » [327]. Les usines ceinturaient les agglomérations urbaines et crachaient en continue leurs fumées épaisses. Les villes étaient non seulement reconnues comme le principal foyer de contagion tuberculeuse, mais leur atmosphère viciée était parfaitement incompatible avec le traitement des tuberculeux pulmonaires. Pollution industrielle et domestique, chauffage au charbon et, dès l'entre-deux-guerres, circulation automobile, étaient autant de menaces pour la salubrité des villes et les poumons de leurs habitants[328]. Outre la transmission du bacille de Koch par les poussières, la pollution de l'air urbain et sa faible teneur en oxygène provoquaient un affaiblissement continu des tuberculeux déjà fragilisés par la maladie. En 1901, Sersiron donnait l'interprétation suivante du rôle physiologique de la cure d'air :

> *Le malade atteint de tuberculose pulmonaire [...]*, expliquait-il, *peut être comparé à une blessé porteur d'une plaie découverte que tous les germes et toutes les poussières flottant dans l'atmosphère viendront souiller et infecter. Aussi, la première indication est-elle de garantir cette plaie pulmonaire des impuretés que lui apporte sans cesse le continuel mouvement de va-et-vient [...] respiratoire. Il faut [...] placer le tuberculeux dans un milieu tel que les microbes [...] ne puissent y pénétrer, ni coloniser ses poumons [...], que le bacille de Koch lui-même trouve un milieu défavorable à sa multiplication. Or, l'air pur, c'est à dire tel qu'on le trouve au bord de la mer, dans la haute montagne ou même simplement à la campagne, réalise ce milieu*

[323] Artaud 1914, p. 42.
[324] Samuel Bernheim 1896, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 147.
[325] Grellet & Kruse 1983, p. 147.
[326] « La grande ville convient peu aux tuberculeux [car l'air y est] confiné. Dépourvu d'ozone, il contient des anthropotoxines, poisons alcaloïdes organiques agissant à très faibles doses, des fumées, des poussières, souvent même des vapeurs toxiques [...]. La présence de toutes ces particules entraîne une diminution considérable de la luminosité, trouble la thermogénèse par la dispersion des radiations infra-rouges. Enfin, l'absorption des ultra-violets diminue encore sa valeur en perturbant son action sur le métabolisme du calcium et sur les germes pathogènes. » Baché 1934, p. 22-23.
[327] S.a., « Le carreau de grès et la salubrité de la construction », in *La Technique sanitaire et municipale*, avril 1933, p. 77.
[328] « On a calculé [en 1933] qu'une voiture automobile de dix chevaux produit, à elle seule, autant d'acide carbonique que 300 personnes en plein travail ou que 400 travaillant moyennement. Dans une ville comme Paris, représentant une circulation de 200.000 voitures, on peut admettre que, de ce chef, la production de l'acide carbonique correspond à celle d'une agglomération de 80 millions d'habitants. Toujours à Paris, il se perd par les fumées, plus de 160.000 kilos de matières solides par an, dont 80.000 kilo, au moins, se déposent sur les maisons ou pénètrent dans celles-ci. De plus, ces gaz, ces fumées diminuent fortement la luminosité. C'est ainsi que, depuis vingt an, la luminosité de Paris a diminué de 25%. » *Ibidem.*

demandé. Cet air privé de micro-organismes et de poussières, privé des fumées, des miasmes et des adultérations nombreuses qu'engendrent l'activité humaine, les foyers industriels et les fermentations multiples des déchets d'une grande ville, présente les qualités aseptiques nécessaires.[329]

Le médecin Joseph Cotoni* (1843-1928) ajoutait à ces facteurs « l'insuffisance d'air tenant à la densité de la population » dans les villes et constatait que ses patientes arrivaient « de la ville étiolées, anéanties autant par les toxines tuberculeuses, autant, et plus peut-être, par l'insuffisance d'oxygène, par la diète d'air pur ! ». « Si le poison tuberculeux est anémiant au premier chef, concluait-il, l'air impur ne l'est pas moins »[330].

Le rôle du médecin était de régler « d'après la nature du malade et le degré de la maladie, [...] sa durée, son mode d'exécution, l'endroit où elle doit être appliquée et d'en surveiller l'exécution dans les moindres détails »[331]. Pour se familiariser aux méthodes de traitement, habituer leur organisme à la pratique du grand air et apprendre à doser la cure selon leur état, les malades entrant en sanatorium étaient soumis à une période d'acclimatation :

Ce serait une erreur, écrivait le médecin Camille Saunal, *de croire qu'il suffit de transporter le malade dans les hautes régions et de le laisser en plein air à toutes les heures de la journée, exposé à toutes les vicissitudes inhérentes à un climat, même le meilleur, [...] pour obtenir sa guérison ou son amélioration. De même qu'un malade arrivé dans une station thermale doit échapper au danger d'absorber des quantités inconsidérées d'eau minérale dans l'espoir de guérir plus vite, de même un malade nouvellement arrivé dans une station d'altitude doit éviter de se plonger trop vite et trop complètement dans le bain d'air vif et pur qui l'environne. La prise d'air, si l'on peut s'exprimer ainsi, doit être graduelle, modérée, médicale et scientifique. Elle se fera d'abord au sanatorium dans des locaux appropriés et bien abrités où régnera une température uniforme, où une ventilation bien comprise garantira à l'état permanent la pureté de l'atmosphère, où les influences des variations barométriques exerceront leur minimum d'action sur les malades.*[332]

Dans les premiers temps, cette phase d'acclimatation pouvait provoquer « une ivresse accompagnée d'insomnie, d'agitation, de maux de tête et de courbatures » chez les malades habitués au confinement, précisait Dettweiler. Cette période était toutefois assez courte et, une fois acclimaté, le malade n'avait plus « la moindre envie de rentrer dans les appartements », il retrouvait le sommeil et l'appétit, sa fièvre baissait, sa toux diminuait et ses mouvements respiratoires s'en trouvaient facilités. La période d'acclimatation préconisée par Dettweiler était conçue par certains médecins comme un véritable entraînement à la cure d'air : « Quand cet entraînement est bien dirigé, précisait Cotoni, quand on a appris aux malades à se défendre contre les refroidissements, quand [ils] savent respirer par le nez et que la surface cutanée est aguerrie par les frictions quotidiennes, le plus grand effort est fait »[333]. Le malade pouvait alors s'adonner pleinement à la cure d'air, agrémentée aux heures réglementaires de jeux, de lecture ou de conversations entre malades. Cette cure réalisait en peu de temps l'endurcissement des malades qui devaient être progressivement amenés à pratiquer ces séances, été comme hiver, quelle que soit la température. A Davos, les malades de Karl Turban pouvaient faire leur cure jusqu'à dix heures le soir par –27° (sans vent), « sans en ressentir la moindre peine »[334]. Le tuberculeux ne devait en effet pas souffrir du froid et, lorsque la température l'exige, il pouvait s'emmitoufler dans un « sac de cure » en laine ou en peau. Le principal risque encouru par les tuberculeux était le refroidissement et tout devait être fait pour l'éviter. La fièvre comme l'activité physique provoquaient chez les malades des sueurs qui pouvaient entraîner, au moindre courant d'air, un refroidissement susceptible d'ouvrir la porte à une rechute. Les malades fébriles étaient entourés d'une attention particulière et leurs activités étaient réduites : promenades et mouvements interdits, repas pris au lit, etc. Dettweiler résumait ainsi ces difficultés : « La peau, chez le phtisique, fonctionne très mal, Le phtisique est un malade qui est en sueur au moindre effort, par cela

[329] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[330] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 décembre 1906, p. 16. A.D. de Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[331] Léon-Petit 1895, p. 65-66.
[332] Cité par Cransac 2000, p. 40.
[333] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 déc. 1906, p. 18. A.D. de Seine-Maritime, 1XP1479.
[334] Turban 1909, p. 238.

même, exposé à tous les dangers du refroidissement ; et, comme c'est par la peau qu'on s'enrhume et non par les poumons, il faut arriver chez le phtisique à déshabituer la peau de suer »[335].

Pour les malades non fébriles, l'endurcissement par la cure d'air était complété par des séances de frictions et d'hydrothérapie censées activer la circulation sanguine et faire disparaître les sueurs[336]. Alors que le programme thérapeutique de Brehmer prévoyait un entraînement physique méthodique fait de promenades de difficulté croissante, Detteweiler imposa de longues séances de repos entrecoupées de rares promenades. Tout le principe de la curabilité de la tuberculose était ainsi résumé dans ce précepte allemand : « Le phtisique n'est pas incurable, mais il est, à chaque instant, menacé de le devenir »[337]. Les malades ne redoutaient pas tant de ne pas guérir que de franchir la frontière, posée artificiellement par les médecins, entre curabilité et incurabilité. Postulant que seuls les malades au premier stade du développement de la maladie devaient être admis en sanatorium, la méthode hygiéno-diététique excluait de fait toute une population de tuberculeux du traitement.

La principale transformation apportée par la méthode hygiéno-diététique fut de responsabiliser le malade vis à vis de sa maladie, ce dernier devait contribuer lui-même, activement, à sa guérison. La mise en œuvre de la cure exigeait un rapport de confiance, établi dans la durée, entre le médecin et son patient. Il s'agissait là d'un changement important si l'on considère que de nombreux médecins, à l'époque où la tuberculose était réputée incurable, préféraient taire la nature exacte de leur maladie à leur patient, sous prétexte de leur épargner le choc de la révélation. Pour espérer guérir, au contraire, le malade devait être « fixé sur la nature de son mal et sur ses conséquences. Ici, la pitié peut devenir cruauté quand elle expose un homme qui pouvait guérir, à mourir faute de soins, dans la crainte de l'effrayer, en lui révélant la nature de son mal »[338]. En démontrant la curabilité de la tuberculose, les médecins tentèrent d'inverser les habitudes de « sensiblerie dangereuse », adoptées par certains praticiens et encouragées par le public qui préférait souvent se voiler la face. Selon Léon-Petit, « le phtisique a tout à perdre aux pieux mensonges. Ils lui cachent le danger et l'exposent à une brusque révélation de la réalité. Il a tout à gagner à la franchise. L'optimisme qui fait le fond providentiel de son caractère, l'aidera à se remettre du choc, surtout si l'espoir de la guérison vient en adoucir l'effet »[339]. Le malade devait avoir conscience, à chaque instant, de sa maladie s'il voulait que le traitement agisse plus efficacement. La méthode thérapeutique devait être intégrée au moindre élément de sa vie quotidienne : « les promenades et les repos, les repas et le sommeil, les vêtements et les occupations, tout, jusqu'aux émotions, doit être l'objet d'une réglementation de détail »[340]. Même engagée avec rigueur et volonté de guérir, la cure libre à domicile ne pouvait que pâtir des aléas du quotidien et des mauvaises habitudes. Les médecins n'eurent de cesse de mettre en garde leurs patients contre cette solution de facilité, à laquelle ils opposaient la rigueur de la cure en « établissement fermé » :

> *Un phtisique abandonné aux soins de son entourage sera à la merci de tous les accidents*, prévenait Léon-Petit. *Malgré les visites fréquentes de son médecin, il aura à compter avec ses propres défaillances, avec les faiblesses de ses surveillants, avec les entraînements, les préjugés de l'ignorance. Il commettra, de la meilleure foi du monde, les fautes les plus graves. Son installation matérielle fût-elle parfaite, le climat qu'il habite fût-il irréprochable, il échouera. Il lui manque ce principal facteur du traitement, sans lequel tous les autres sont frappés d'impuissance : le guide qu'il sent veiller constamment sur lui, en qui il a confiance et qui sait écarter de son chemin les obstacles qui peuvent le faire trébucher*[341].

La cure d'air constituait ainsi le fondement du traitement sanatorial et le premier pilier de la méthode hygiéno-diététique. La grande innovation des phtisiologues allemands fut d'avoir converti de

[335] Cité par Artaud 1914, p. 45.
[336] Artaud décrivait ainsi la méthode pratiquée à Falkenstein par Dettweiler : « A son arrivée, le malade est frictionné chaque matin dans son lit au moyen d'un drap sec à gros grains. La friction est faite sur les jambes et la poitrine. Au bout de 15 jours les frictions sont faites avec un gant de crin imbibé d'alcool, puis d'alcool coupé d'eau, puis d'eau. Après six semaines ou deux mois, on fait l'enveloppement avec un drap mouillé et plus tard, on donne la douche froide de quatre à cinq secondes ». Artaud 1914, p. 45.
[337] Cité par Léon-Petit 1895, p. 45.
[338] *Idem*, p. 42.
[339] *Idem*, p. 43.
[340] *Idem*, p. 45.
[341] *Ibidem.*

vagues exigences d'hygiène et de nutrition en une méthode thérapeutique parfaitement codifiée. Instituée initialement par Brehmer, qui conférait à l'air un pouvoir thérapeutique spécifique sur la phtisie[342], la cure d'air fut transformée en « cure d'air continue » (*Dauerluftkur*) par Dettweiler dans les années 1870. Adoptée pour des raisons empiriques, la cure d'air trouva une confirmation de sa valeur thérapeutique lorsque les bactériologistes constatèrent l'absence de germes tuberculeux dans certains lieux isolés, notamment en montagne[343]. Selon l'historien Flurin Condrau, le succès de la cure d'air n'était pas tant justifié par les résultats thérapeutiques – variables – obtenus dans les sanatoriums, que par l'insuccès des autres méthodes de cure, tuberculine, sels d'or et autres méthodes alternatives expérimentées à différentes époques[344]. L'aménagement de galeries de cure permettait de maintenir le malade en plein air quel que soit le temps. La cure d'air durait en moyenne six heures par jour dans les sanatoriums allemands au tournant du XX^{e} siècle. La galerie était généralement qu'un simple abri de bois sous la protection duquel les malades effectuaient, durant le jour, la cure d'aération et de repos, allongés dans des fauteuils de cure spécialement conçus pour cet usage. Leur rôle était avant tout de protéger les malades des éléments extérieurs (pluie, vent, soleil, neige) tout en leur garantissant une aération maximale. Pratiquée le jour dans les galeries, kiosques et autres abris aménagés en plein air, la cure se prolongeait la nuit dans les chambres des malades dont les fenêtres entières ou les impostes en partie haute étaient maintenues ouvertes. Elles étaient fermées au moment du lever et du coucher pour éviter les refroidissements. En hiver les malades étaient donc contraints de dormir dans des vêtements particulièrement chauds. D'après les médecins, les résultats obtenus par cette seule exposition à l'air étaient importants. Selon Artaud, en 1901 :

> *Les effets de la cure d'air sont très remarquables. La perte d'appétit et le dégoût des aliments disparaissent assez vite ; les digestions sont meilleures, la toux et les sueurs diminuent ; le sommeil est plus calme, et au réveil, le phtisique éprouve une bien être auquel il n'était plus depuis longtemps habitué. Sous l'influence de la cure d'air et de repos, la fièvre, dite de surmenage, tombe en quelques jours et les infections secondaires, si fréquentes dans la tuberculose, ont moins de chance de se produire.*[345]

La cure de repos.

Selon Brehmer, « le malade, doit faire justement le contraire de l'homme sain. Celui-ci se repose lorsqu'il est fatigué tandis qu'il faut que le phtisique se repose, bien qu'il ne le soit pas »[346]. Réalisée en galerie, la cure d'air mettait également le malade au repos, et Dettweiler y voyait un facteur thérapeutique aussi important que l'aération continue. Il substitua ainsi la cure de repos aux exercices préconisés par Brehmer pour renforcer le cœur des phtisiques. Ce repos considéré du point de vue organique : le repos du malade conduisait au repos des organes et notamment des poumons qui devaient être sollicités le moins possibles pour faciliter la cicatrisation des lésions tuberculeuses. En disciples zélés, certains élèves de Dettweiler imposèrent l'immobilisation complète des malades, la nuit dans leur lit, le jour dans leur chaise de cure. Cette méthode était également pratiquée en Angleterre avec une particulière sévérité. De la même façon qu'un plâtre facilite la réduction d'une fracture, l'immobilisation du patient était censée, par la réduction des mouvements thoraciques, favoriser la cicatrisation des lésions et éviter les épanchements de sang (hémoptysie). L'historien F.B. Smith rapporte que ces malades devaient alors être couchés sur le côté le moins atteint et contraints à l'immobilité la plus stricte avec interdiction de bouger, de lire, de parler, de se laver, de couper leurs aliments, de se déplacer pour aller aux toilettes ou de recevoir des visites. Ces périodes d'immobilisation pouvaient durer d'une semaine à près de six mois pour les malades pris de fièvres chroniques ou de saignements[347]. En France, les malades dont la fièvre dépassait 37.5° étaient dispensés de promenades[348] pour leur éviter toute fatigue et prévenir un refroidissement. Si la température atteignait 38°, la règle était simple : « repos absolu au lit, les fenêtres ouvertes, repas pris au lit, aucune

[342] Condrau 2000, p. 124.
[343] *Ibidem.*
[344] *Idem*, p. 126.
[345] Artaud 1914, p. 44.
[346] Cité par Artaud 1914, p. 44.
[347] Smith 1988, p. 117.
[348] Artaud 1914, p. 44.

lecture, aucun travail, aucune visite »[349]. La prise de température au lever du lit déterminait ainsi le programme de la journée du malade[350]. Cette interprétation excessive du repos préconisé par Dettweiler ne faisait toutefois pas l'unanimité parmi les médecins. « Un excès de ce genre, notait Baché, en ralentissant les échanges organiques, [...] serait aussi préjudiciable [au phtisique] qu'un excès d'exercice »[351]. En Allemagne même, certains médecins dénoncèrent la transformation abusive, selon eux, de la cure de repos en cure d'immobilisation, parfois comparée à un « repos cadavérique » (*Kadaverruhe*) néfaste à la reconstitution des forces vitales de l'organisme[352].

En période normale, la cure d'air et de repos était entrecoupée de promenades, seul exercice physique autorisé dans la plupart des sanatoriums. Chaque jour, le médecin indiquait à chaque malade la durée et le but de ses sorties, adaptés individuellement à son état de santé. Les promenades étaient réalisées dans les allées des établissements, équipées de bancs et de kiosques où les malades pouvaient s'arrêter au moindre signe de fatigue. Selon le phtisiologue allemand Cornet, pour le repos comme pour les autres composantes de la cure, il était essentiel de « convaincre le malade que la moindre fatigue est pour lui un poison [...] et qu'il doit adapter son effort à ses forces. Accélération du pouls, sueurs, élévation de la température, mal de tête, sentiment de faiblesse ou de malaise sont autant de signes indiquant qu'il a déjà dépassé ses capacités physiques »[353]. Artaud ajoutait que « le repos moral et intellectuel [était] tout aussi recommandé que le repos physique », mais ne devait pas aller jusqu'à l'ennui, sans doute aussi néfaste pour le tuberculeux que le surmenage. Entre la cure de travail[354] et l'immobilisation complète, les médecins de sanatoriums disposaient d'une quantité infinie de variations possibles dont la mise en œuvre est laissée à leur seul jugement. Synonyme d'immobilité, la cure de repos donnait aux tuberculeux leur caractère statique et le sentiment d'être en dehors du temps. Malgré l'évolution des méthodes, le caractère d'immobilité de la cure restera inchangé jusqu'aux années 1950[355].

La cure d'alimentation.

Elle constituait le troisième pilier de la cure hygiéno-diététique. Bien que moins spécifique, elle était aussi importante que les deux autres car elle devait apporter aux malades les ressources nécessaires à leur organisme pour lutter contre la maladie.

> *Pour se guérir,* expliquait Artaud, *il faut qu'un phtisique arrive à manger, qu'il mange beaucoup [...] Or, il est rare qu'à son arrivée au sanatorium, le phtisique ait beaucoup d'appétit. Comme le dit Dettweiler, « c'est sa destinée particulière de voir la faim diminuer à mesure que dure et s'accroît l'inanition des tissus ». [...] Le phtisique est un petit mangeur et ses voies digestives sont souvent en mauvais état. Et, cependant, il faut que le médecin arrive d'abord à nourrir son malade malgré lui, puis à le faire augmenter progressivement de poids, sans fatiguer l'estomac.*[356]

La tâche du médecin était donc ardue : il devait s'assurer que l'énergie dépensée par l'organisme dans sa lutte contre la maladie était intégralement compensée par les apports nutritifs correspondants. Selon Baché, « la mise en œuvre des défenses antituberculeuses exige un sacrifice important d'éléments chimiques, cellulaires et humoraux »[357], et la cure d'air et de repos ne pourra profiter au malade que s'il

---

[349] Grellet & Kruse 1983, p. 106.
[350] Voir Grellet & Kruse 1983, p. 121-122.
[351] Artaud 1914, p. 44.
[352] Condrau 2000, p. 129.
[353] Cornet, *Die Tuberkulose*, Vienne, 1907, p. 963 ; cité par Condrau 2000, p. 129.
[354] S'agissant de la cure de travail, souvent pratiquée en Angleterre, voir : Baché 1934, p. 25-27.
[355] En 1952, les malades du sanatorium de Sondalo étaient encore décrits en ces termes : « Les 2.400 immobiles sont là, [...] ils lisent de temps en temps ou conversent entre eux, ou ils ne font tout simplement rien, ou encore ils pensent aux heures de chaise longue déjà faites ou à faire, aux jours passés et à ceux à venir. Qu'ils fassent ce qu'ils veulent, l'important est qu'ils se reposent, qu'ils respirent lentement et à pleins poumons, qu'ils s'agitent le moins possible, qu'ils se rongent le moins possible [...] ». E. Corradi, « 2.400 in sdraia aspettano di tornare nel mondo », in *Corriere della Sera*, 31 janvier 1952, traduit et cité par Daniela Vaj, « Sondalo, une ville à la montagne », Congrès européen d'histoire urbaine, Lyon, 2008, p. 9. La cure re repos se maintient après la Seconde Guerre Mondiale. Au sanatorium Rhône-Azur, ouvert en 1957 à Briançon, l'article 52 du règlement intérieur prévoyait ainsi : « Le repos médicalement surveillé est indispensable aux tuberculeux. Il constitue l'un des éléments essentiels de la cure. Son horaire est étudié pour donner à l'organisme malade le maximum de détente physique. Le malade, en plus du repos nocturne, doit faire les diverses cures prescrites dans son lit sans se livrer à aucun travail physique ou intellectuel fatigant. » Cité par Durbec 2006, p. 62.
[356] Artaud 1914, p. 43.
[357] Baché 1934, p. 28.

réussit à compenser ce déficit nutritif et à maintenir l'équilibre de son « budget » organique. Dès 1829, Clark mentionnait l'importance de l'alimentation des phtisiques et, en 1838, Dujat voyait dans la nourriture « un des points importants du traitement »[358]. Les régimes spécifiques, comme les cures de petit lait ou de raisin, pratiquées au XIX[e] siècle, furent rapidement désavoués par les médecins qui préférèrent opposer à la tuberculose « un régime équilibré, abondant, varié, frais, "vivant" » [359]. « Il n'y a pas de régime spécial pour tuberculeux, ajoutait Guinard, [...] ces malades peuvent manger de tout »[360]. Le régime alimentaire pratiqué dans les sanatoriums populaires s'inspirait en partie de celui des sanatoriums privés, les menus étaient toutefois adaptés aux ressources financières de l'établissement. Prônant en 1891 la création d'établissements populaires, le médecin allemand Ernst von Leyden était clair sur ce sujet : « il ne m'est jamais venu à l'idée de nourrir de champagne, d'huîtres et de perdrix les ouvriers tuberculeux. Ils seront déjà heureux de recevoir de la bière, du bœuf et des pommes de terre »[361]. Or, rappelait l'historien Flurin Condrau, ce simple repas dépassait déjà largement ce qu'une famille ouvrière allemande pouvait alors s'offrir quotidiennement. Pour satisfaire les objectifs thérapeutiques posés par les médecins, la cure d'alimentation privilégiait autant la fréquence des repas[362], que la quantité des portions et la qualité des mets, si bien que la nourriture des malades constituait habituellement le premier poste de dépense dans les sanatoriums populaires. Considérée comme un facteur essentiel pour la réussite du traitement, la cure d'alimentation était envisagée dans de nombreux établissements comme une cure de « suralimentation »[363]. Ce véritable « gavage » (*Mastkur*), « lassant et rebutant les fonctions digestives du malade »[364] fut également dénoncé par de nombreux médecins. Fervent partisan de la suralimentation, le médecin-directeur du sanatorium allemand de Nordrach, Otto Walther, avait instauré une véritable compétition entre ses patients qui étaient incités à manger en équipes et à comparer les quantités de nourriture avalées et leurs prises de poids[365]. La difficulté d'évaluer objectivement les résultats du traitement hygiéno-diététique au moyen de données quantifiables offrait une raison supplémentaire aux médecins de pratiquer la suralimentation : la prise de poids obtenue par les malades durant la cure constituait une donnée facilement mesurable qui figurait fréquemment dans les statistiques annuelles publiées par les établissements. L'appétit des malades était donc scruté par les médecins car il constituait un indicateur précieux de l'état des « fonctions organiques ». Selon Cotoni, en 1906 :

> *Les malades anémiés qui arrivent de la ville ont surtout soif d'air. L'alimentation les laisse souvent indifférents. Le réveil des fonctions organiques se fait au fur et à mesure que l'oxygénation du sang exerce son action bienfaisante sur l'organisme éprouvé. Ce n'est guère qu'après une quinzaine de jours de cure qu'[ils] se sentent revenir à la santé. C'est lorsque le globule sanguin est plus riche et le sang plus généreux que la cure antituberculeuse commence.*[366]

La suralimentation des tuberculeux était largement répandue en France au tournant du XX[e] siècle et était admise comme un pilier de la cure hygiéno-diététique[367]. « Pour un tuberculeux, il faut ajouter une ration de guérison à la ration d'entretien »[368], justifiait Grancher. Elle concernait en particulier l'absorption de viande car, comme le relevait Dujat dès 1838, « les substances animales sont celles qui s'assimilent le mieux à notre économie et demandent le moins de travail à nos organes digestifs ; le régime végétal fournit peu de principes réparateurs »[369]. La cure de viande, ou « zomothérapie », telle que la prônait le médecin français Charles Richet (1850-1935), était alors fréquemment pratiquée : les malades devaient ingurgiter

[358] Dujat 1838, p. 68.
[359] Mouriquant, Congrès de la tuberculose de Strasbourg en 1923, cité par Guinard 1925, p. 168.
[360] Guinard 1925, p. 168.
[361] Leyden, « Über Specialkrankenhaüser », in *Arbeiten aus der 1. medizinischen Klinik zu Berlin*, 1891, cité par Condrau 2000, p. 27.
[362] Les malades soignés au début du siècle au sanatorium zurichois de Wald ne prenaient pas moins de six repas par jour : premier déjeuner à 7h, deuxième déjeuner à 10h30, dîner à 13h, goûter à 16h, souper à 19h et verre de lait à 21h. Artaud 1914, p. 46.
[363] L'un des premiers médecins français à envisager cette méthode fut Maurice Debove (1845-1920) dans son ouvrage: *Du Traitement de la phtisie pulmonaire par l'alimentation forcée*, (Paris, Imprimerie F. malteste, 1881).
[364] Baché 1934, p. 29.
[365] Smith 1988, p. 99.
[366] Œuvre du sanatorium rouennais, assemble générale du 12 décembre 1906, p. 17. A.D. de Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[367] Plicque, dans son article « Tuberculose » publié vers 1900 dans *La grande encyclopédie* de Marcellin Berthelot, parlait de *suralimentation* et non d'alimentation (Plicque 1900, p. 453).
[368] Cité par Grellet & Kruse 1983, p. 104.
[369] Dujat 1838, p. 68.

d'importantes quantités de matière carnée, servie de préférence crue et consommée sous forme hachée, « pulpée », de purée[370] ou de « suc musculaire »[371]. L'importance donnée à l'alimentation s'explique également par le fait que le sanatorium était considéré comme « le lieu privilégié du refus de la médication »[372]. L'absence de « spécifique » de la tuberculose et la primauté accordée à la restitution des forces des malades, excluait d'emblée les apports de type médicamenteux, élixirs et autres fortifiants. « Ma cuisine, c'est ma pharmacie » [373], répondait Dettweiler lorsqu'on l'interrogeait sur les médicaments qu'il prescrivait à ses malades. Dujat admettait au mieux en 1838 « les toniques, les légers stimulants, produisent de très bons effets [...], non en relevant les forces, comme on le dit communément, mais en favorisant l'assimilation et la digestion »[374]. Ces méthodes, antérieures aux principes de cure développés dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle, perdent de leur attrait dans les premières années du XX^{e} siècle. Guinard affirmait n'avoir jamais pratiqué la suralimentation au sanatorium de Bligny (ouvert en 1903) et admettait seulement l'apport d'« aliments supplémentaires de réparation » qui constituaient « l'excédent indispensable à ajouter au régime des tuberculeux »[375]. Guinard était ainsi le partisan d'une alimentation adaptée à chaque malade :

> *Nous avons cherché [...]*, écrivait-il, *à nous diriger d'après les données fournies par la "détermination physiologique du bilan de la nutrition", qui ont la prétention de nous renseigner sur les besoins à satisfaire pour assurer l'invariabilité du poids d'un individu et maintenir l'équilibre des masses azotées, des graisses et des hydrocarbonées, en tenant compte aussi des équivalences chimiques et calorifiques de chaque groupe d'aliments.*[376]

Au début du XX^{e} siècle, en Allemagne, les portions alimentaires données aux pensionnaires des sanatoriums populaires furent progressivement réduites afin de limiter les frais de fonctionnement des établissements[377]. Cette évolution s'explique par plusieurs facteurs. Le principal est que les sanatoriums qui pratiquaient avec zèle la suralimentation furent vite assimilés aux « boites à soupe » que dénonçait André Honnorat en 1917[378]. Ensuite, parce que l'apparition de nouvelles méthodes de cure, notamment chirurgicales, permirent de centrer le traitement sur l'organe malade, donnant à l'alimentation un rôle d'adjuvant à la cure, important certes, mais secondaire. Enfin, la meilleure compréhension des phénomènes d'assimilation des nutriments et l'apparition de la diététique en tant que discipline à part entière, permit de substituer à la cure d'alimentation, voire de suralimentation, une « alimentation rationnelle », basée sur les besoins effectifs de l'organisme[379]. La notion de « cure d'alimentation » fut alors abandonnée au profit des de « régime alimentaire » ou de « diététique »[380].

---

[370] Grellet & Kruse 1983, p. 104.
[371] Plicque 1900, p. 453.
[372] Dessertine & Faure 1988, p. 28.
[373] Cité par Artaud 1914, p. 43.
[374] Dujat 1838, p. 68.
[375] Guinard 1925, p. 170.
[376] *Idem*, p. 169.
[377] *Ibidem*. Cette réduction fut drastique en Allemagne après la Première Guerre Mondiale du fait de l'hyper-inflation qui accrut la pression budgétaire sur les dépenses alimentaires.
[378] J.O. 26 juillet 1917. Selon les historiens Dominique Dessertine et Olivier Faure, ce type d'établissements était assimilable à « une machine à nourrir qu'une machine à guérir ». Dessertine & Faure 1988, p. 86.
[379] En 1950, la législation française sur les sanatoriums définissait ainsi les besoins des tuberculeux : "Le régime alimentaire du tuberculeux pulmonaire soigné en sanatorium doit comporter un apport énergétique un peu supérieur à celui du sujet adulte au repos, l'existence d'une fièvre modérée venant augmenter les dépenses métaboliques. Le taux de 2.000 à 3.000 calories peut être admis comme moyenne par tête. Le régime doit assurer un apport large de certaines substances de protection particulièrement utiles aux tuberculeux : protéines animales, vitamine A vraie, vitamine C, vitamine D, calcium [...]. Le régime doit être léger, facilement et rapidement digéré. J.O. 5 mars 1950. Voir à ce sujet : R. B. Sourdeau, « Régime alimentaire du tuberculeux pulmonaire soigné en sanatorium », in *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°31, avril 1948, p. 21 et suivantes ; Thomson, « La diététique au sanatorium de la Trouhaude. Double menu et service au plateau », in *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°47-48, août-septembre 1949, p. 37 et suivantes.
[380] Voir à ce sujet : R. B. Sourdeau, « Régime alimentaire du tuberculeux pulmonaire soigné en sanatorium », in *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°31, avril 1948, p. 21 et suivantes ; Thomson, « La diététique au sanatorium de la Trouhaude. Double menu et service au plateau », in *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°47-48, août-septembre 1949, p. 37 et suivantes. Même si les menus étaient alors calculés en fonction des pertes caloriques et des apports nécessaires, au sanatorium, dans les années cinquante, « "bien" manger, c'est avant tout manger "beaucoup", et "engraisser, c'est guérir" est un axiome qui conserve force de loi ». Thomson 1949, *Op. cit.*, p. 37.

1.2.7. La méthode hygiéno-diététique dans les sanatoriums.

L'attente d'un « spécifique » et la médication dans les sanatoriums.

La recherche d'une médication propre à la tuberculose est très ancienne. Clark déclarait en 1829 que « la recherche d'un spécifique », c'est à dire d'un médicament propre au traitement de la phtisie, était « absurde »[381] car la maladie résultait, selon lui, d'un dérèglement physiologique chronique et ne pouvait être combattue qu'en rétablissant l'équilibre des fonctions organiques du corps. La méthode de Brehmer reposait sur le même postulat qui excluait, de fait, le recourt à toute médication spécifique. Elle ne fut toutefois pas adoptée sans méfiance par les médecins qui n'avaient pas toujours la patience, « ni la foi », nécessaires au long et minutieux traitement des tuberculeux par la cure hygiéno-diététique. « Toute méthode nouvelle éveille [leur] défiance et souvent [leur] hostilité »[382], estimait Léon-Petit. Une des principales raisons à ce manque de considération pour la méthode hygiéno-diététique était l'attente, fortement exprimée de la part des médecins comme du public, d'un « spécifique de la phtisique ». Les succès scientifiques réalisés dans la lutte contre les maladies contagieuses firent en quelques années de la bactériologie une discipline des plus prometteuses. Avec la découverte, en 1882, du bacille responsable de la tuberculose, l'espoir d'une solution de type vaccinal était grand. Cela explique en partie l'hystérie déclenchée en 1890 par la découverte de la tuberculine, annoncée par Robert Koch et les autorités sanitaires allemandes comme le « spécifique » tant attendu.

> *Toxine, culture microbienne ou produit chimique, le spécifique se fait attendre,* tempérait Léon-Petit en 1895, *et, en ne comptant que sur lui, le médecin a lâché la proie pour l'ombre. [...] Le bacille a fait oublier le malade, et la recherche du spécifique de la phtisie perdre de vue le traitement du phtisique. Le clinicien s'est effacé devant le micrographe. C'est le renversement des rôles.*[383]

Les médecins pensaient alors atteindre la source même de la maladie, la « graine », c'est à dire le bacille, et se désintéressèrent du « terrain » dans lequel la tuberculose faisait son lit : hygiène, conditions de vie, habitudes sociales, etc. Lorsque Koch découvrit le bacille tuberculeux, les médecins envisagèrent de le détruire directement dans les poumons. Le médecin Meinel rappelait en 1898 à ce sujet que « les procédés les plus variés [furent] expérimentés dans ce but : produits chimiques, désinfectants, opérations chirurgicales, le fer rouge, l'air surchauffé et enfin la tuberculine furent des moyens mis en pratique pour combattre les attaques microbiennes »[384]. Les résultats furent, on l'imagine, « déplorables ». La cure hygiéno-diététique, « moyen indirect [...] n'agissant que par modification du terrain »[385] s'intéressait peu au bacille mais cherchait à renforcer l'organisme malade. « Considérée longtemps comme un adjuvant, l'*hygiène du phtisique* est devenue le *traitement de la phtisie* », notait Léon-Petit en 1895[386]. Il ajoutait :

> *Les armes employées dans le traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire ne sont pas nouvelles mais elles sont puissantes en des mains sachant les manier. L'alimentation, la vie au grand air, l'éducation hygiénique du malade judicieusement dirigées suffisent à assurer le renforcement de l'organisme ; patiemment surveillées, elles mènent au succès. Ces moyens, réunis et combinés dans des proportions variables avec chaque cas, constituent une méthode thérapeutique complète et active.*[387]

---

[381] Lombard 1835, p. 188.
[382] Léon-Petit 1895, p. 38.
[383] Léon-Petit 1895, p. 38.
[384] Meinel 1898, p. 5. Un grand nombre de publications postérieures à 1882 attestent de ces tentatives de détruire chimiquement le bacille dans les poumons des malades, telles celles d'Ernest Brémond, *Traitement de la phtisie pulmonaire par l'huile essentielle de térébenthine*, Paris, Masson, 1886 ; Victor Hérard, *Traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique*, Paris, Masson, 1886; Louis Auriol, Traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations de vapeur d'acide sulfureux, Nîmes, Imprimerie Roger, 1887.
[385] Plicque 1900, p. 452.
[386] Léon-Petit 1895, p. 40.
[387] *Ibidem*

Le climat et l'altitude : théories et pratiques.

Puisque la cure hygiéno-diététique intervenait exclusivement sur le « milieu » dans lequel évoluait le patient et tentait d'agir sur les paramètres favorables ou défavorables au développement de la tuberculose, les médecins considérèrent avec attention les caractéristiques physico-chimiques du milieu dans lequel vivaient les malades. Le rôle du climat dans ce processus de tuberculisation fut étudié à partir d'observations empiriques faites dans des lieux apparemment impropres au développement de la maladie. Brehmer, nous l'avons vu, considérait avant tout l'« immunité du lieu » et voyait dans la « pression atmosphérique diminuée » un facteur essentiel du traitement climatique de la phtisie. Selon cette théorie, l'immunité résultait de la seule élévation au-dessus du niveau de la mer qui, en accélérant le rythme cardiaque, empêchait la formation des tubercules. La valeur thérapeutique du climat d'altitude ne fut pas déconsidérée par la mise en évidence de la contagiosité puis de la cause bactérienne de la phtisie : la vague notion d'immunité climatique fut habilement convertie en asepsie bactériologique qui semblait spécifique aux endroits isolés (la haute mer ou la montagne par exemple). Il n'en fallait pas plus pour convaincre les médecins, tel le Paul Jacoby, en 1888, de la valeur thérapeutique du seul séjour en altitude : « le phtisique abandonnera ses affaires et s'en ira hors de la ville. Il choisira dans ses environs un plateau bien nu, bien stérile, froid, balayé par les vents, ensoleillé, le vent et le soleil étant d'excellents désinfectants. De cette façon, il se placera à peu près dans les conditions de séjour d'un pays d'immunité »[388].

La déception fut donc grande lorsque on mit en évidence, à la fin du XIX^{e} siècle, que « l'asepticité [sic] microbienne de l'air des altitudes ne persiste pas à mesure que la population augmente »[389] ; en d'autres termes : le bacille de Koch était absent de ces milieux isolés tant qu'aucun individu contaminé ne venait l'y introduire, mais cette « asepticité » était définitivement perdue dès lors que ces endroits, auparavant protégés de la contagion, étaient fréquentés pas les malades. « Dans la haute montagne, en pleine mer, au bord de quelques grands lacs, au fond de la campagne inhabitée, on trouve des points *non tuberculeux*, précisait Léon-Petit, mais il n'en est pas un qui soit *antituberculeux* »[390]. En 1903, dans *La Construction moderne*, la question climatique était ainsi reliée à celle de l'hygiène : « Il est des climats plus ou moins favorables à la prolifération microbienne et il n'est pas indifférent [...] de leur faire respirer un air pur ou un air vicié, un air sec ou un air humide, de les soumettre à une insolation raisonnée ou de les soustraire à la lumière solaire [...] »[391]. Selon l'auteur, tous les facteurs climatiques avaient leur importance : température (stable, sans changements brusques), hygrométrie, insolation et luminosité, pression atmosphérique (sans écarts rapides), vents forts contre-indiqués, pureté de l'air, etc. Un grand nombre de médecins pensaient ainsi, comme Fallari, que « dans le traitement de la tuberculose, l'hygiène est plus importante que le climat »[392]. Lorsque la Société des sanatoriums français envisagea la construction d'un établissement de cure en 1896, la question climatique ne se posait pas : selon ses responsables, « les sanatoria peuvent être situés à toutes les altitudes, dans des situations diverses, près de la mer, dans les forêts, pays plat ou montagneux, dans les neiges presque perpétuelles ou dans les prairies verdoyantes, etc. le point essentiel est de les placer dans un pays où l'air est pur »[393]. Les médecins n'allaient pas jusqu'à remettre en question les avantages que pouvaient offrir certains emplacements bien choisis en altitude permettant de mettre l'établissement et ses pensionnaires à l'abri des facteurs nocifs tels que la pollution atmosphérique, le vent et l'humidité. L'air pur et sec, l'intensité de l'ensoleillement, la constance des températures se trouvaient plus facilement réunies sur les versants d'une montagne bien exposée et il était difficile, dans certaines régions, de trouver un site de plaine répondant à tous ces critères. Car la cure d'air, même réalisée sous abri, était dépendante des conditions atmosphériques : « le meilleur climat est [...] celui qui restreindra le moins la durée quotidienne de la cure au grand air »[394], tranchait sur ce point Léon-Petit,

[388] Jacoby, *Phtisie et altitudes*, Paris, Praipont et Tihon, 1888, cité par Dumarest 1896, p. 8.
[389] Faralli, cité par Bernheim 1896/2, p. 377.
[390] Léon-Petit 1895, p. 50.
[391] S.a., « Causeries d'hygiène. De quelques principes généraux pour la construction d'un sanatorium », in *La Construction moderne*, 26 septembre 1903, p. 620.
[392] Faralli, cité par Bernheim 1896/2, p. 377.
[393] Société des sanatoriums français 1896.
[394] Léon-Petit 1895, p. 50.

peu enclin à privilégier un climat particulier. Mains un site de plaine pouvait parfaitement réunir ces critères climatiques. Selon Knopf :

> *Les bons effets produits sur un phtisique par un climat d'altitude qui lui convient seront multipliés s'il se trouve dans un sanatorium à cet endroit. [...] Et si l'on me donne le choix d'envoyer un phtisique ayant quelque chance de guérison dans un climat et une latitude idéale, mais où il n'existe pas de sanatorium et où il sera libre d'agir à sa guise, ou de l'envoyer dans un établissement fermé où toutes les conditions climatériques et d'altitude sont d'ordinaire celles de nos plaines, je l'enverrai dans ce dernier endroit, étant convaincu qu'il y a plus de chances de guérison dans une climat défavorable, avec le régime, l'hygiène et la surveillance permanente du médecin, que dans un climat idéal sans les avantages qu'offre un sanatorium.*[395]

Dans le *Handbuch der Architektur*, Victor von Weltzien estimait que « la discipline du traitement pratiqué dans les sanatoriums a une telle importance que les griefs que l'on pourrait faire à un climat peu approprié sont secondaires »[396]. Les médecins directeurs étaient les premiers à rappeler que l'essentiel, dans un sanatorium, était la méthode de traitement qui y était pratiquée et non le climat particulier qu'il pouvait offrir. Pour le secrétaire du Comité central allemand pour la construction de sanatoriums, Pannwitz, « le tuberculeux doit réaliser sa cure là où il vit et travaille, c'est à dire dans sa propre région »[397]. Les ambiguïtés relatives au climat et à l'altitude seront tranchées dès la fin du XIX^{e} siècle par les phtisiologues les plus avertis et le phtisiologue de Leysin, Jaquerod, estimait que « la cure d'air peut se pratiquer dans tous les pays et dans tous les climats »[398]. Entre le sanatorium berlinois de Malchow, situé à 35 mètres au-dessus du niveau de la mer, et celui d'Arosa, situé au cœur des Alpes à 1850 mètres d'altitude, toutes les situations et tous les climats intermédiaires semblaient admis, exceptés lorsqu'ils offraient une contre-indication manifestes, par exemple les climats marins. La question climatique n'était donc considérée qu'en fonction des indications ou des contre-indications de certains climats pour des formes particulières de tuberculose ou certaines phases aiguës de la maladie.

> *Le climat froid active la circulation, favorise les échanges, excite l'appétit*, expliquait Léon-Petit, *mais on lui reproche d'impressionner trop durement les phtisiques avancés, affaiblis et fébriles. L'air froid et vif provoque la toux et l'insomnie. Le climat chaud est déprimant, surtout s'il est humide, mais il adoucit les quintes et facilite l'expectoration ; sec, il est plus excitant, mais il passe pour augmenter la toux. D'une manière générale, on peut admettre le soleil et le froid comme favorables, les brouillards, les variations barométriques et le vent comme défavorables.*[399]

Cette incidence était définie en fonction des caractères physiques de l'air que Marie-Noëlle Dambron répartit, dans une thèse d'histoire de la médecine, entre paramètres « conventionnels » (température atmosphérique, humidité atmosphérique, pression barométrique, durée et intensité des précipitations, force et direction du vent, transparence et pollution de l'air, durée et intensité du rayonnement solaire) et paramètres « non-conventionnels » (électricité atmosphérique, ionisation atmosphérique, qualité et quantité des rayonnements, discontinuité des masses d'air)[400]. Les progrès de la météorologie, de la physique et de la chimie permettront d'affiner, au cours de la première moitié du XX^{e} siècle, le rôle spécifique de chacun de ces facteurs.

Depuis Peter Dettweiler, le traitement de la phtisie n'était donc plus climatique mais strictement hygiéno-diététique, le climat n'ayant qu'une valeur d'adjuvant dont l'influence sur le déroulement de la cure restait significatif. Les qualités du site où l'on souhaitait établir un sanatorium restaient donc essentielles. Selon Gaussel, médecin-directeur du sanatorium de Bon-Accueil à Montpellier :

> *Il faut bâtir le sanatorium loin des agglomérations d'habitants, hors des villes, en un point où les malades ne puissent être incommodés par les poussières des routes, les fumées des usines. il n'est pas absolument*

[395] Cité par Dumarest 1896, p. 15.
[396] Von Weltzien 1903, p. 129.
[397] *Ibidem.*
[398] Jaquerod s.d., p. 96.
[399] Léon-Petit 1895, p. 48-49.
[400] Dambron 1985, p. 43. S'agissant de l'électricité et de l'ionisation atmosphériques, elle précise que les régions de grand air ont un champ électrique élevé d'effet bénéfique et qu'une atmosphère pure, non polluée et peu humide serait plus riche en petits ions d'effet bienfaisant alors qu'une atmosphère humide et polluée serait riche en gros ions dont l'effet est défavorable. Ces variations seraient une des causes du déclenchement de symptômes respiratoires.

indispensable que l'établissement soit sur une hauteur, - le sanatorium de plaine peut rendre des services – mais il ne doit jamais être situé dans un bas fond, où la luminosité est moindre, et où l'humidité se fait plus facilement sentir. On choisit le flanc d'une colline ou d'une montagne, on installe la construction plus bas que le point culminant, de façon à ce que le sommet de la hauteur protège la maison contre les vents. Cette disposition a encore l'avantage de faire bâtir sur un terrain en pente, où l'eau ne stagne pas, ce qui est une bonne condition de sécheresse : le sol doit être poreux, sablonneux ou calcaire, c'est à dire exempt d'humidité persistante. Quand la chose est possible, on recherche le voisinage de quelques arbres où les malades pourront trouver de l'ombrage dans la saison chaude et faire des promenades agréables : un jardin ou un parc est adjoint avec avantage au sanatorium.[401]

La protection contre le vent est sans doute, avec l'exposition sud des bâtiments, la principale constante climatique mise en oeuvre dans les sanatoriums. « Contre le froid, contre le soleil, disait Brehmer, il y a des moyens de protection, contre le vent il n'y en a pas »[402]. Dumarest considérait le vent comme un « ennemi redoutable du malade », notamment parce qu'il provoquait un refroidissement cutané. Le site d'implantation devait pour cela être naturellement protégé des vents :

Sur le terrain choisi, écrivait Gaussel, *on édifie la construction qui est orientée vers le Sud, le Sud-est ou le Sud-ouest ; dans tous les cas on dispose le sanatorium de façon à l'abriter des vents froids de la région, le plus souvent ceux du Nord du Nord-ouest. La situation sur le flanc d'une montagne orientée vers le Sud est particulièrement recommandée, les abris naturels, plis de terrain, bouquets d'arbres, sont mis à profit pour réaliser la protection contre les vents froids.* [403]

Sans doute appliquées avec plus d'exigence et de conviction dans les établissements de tuberculeux, ces recommandations climatiques n'étaient pas pour autant spécifiques aux sanatoriums et concernaient, plus largement, à la fin du XIX^{e} siècle, les établissements hospitaliers dans leur ensemble[404].

Cure d'été et cure d'hiver.

Pour favoriser la cure climatique, il importait de trouver un climat local compensant les excès saisonniers : « le Midi ou le Sud-ouest en hiver et au printemps, l'altitude en été, augmenteront [...] les bons résultats de la cure d'air », précisait le médecin A.F. Plicque en 1900[405]. Dans la seconde moitié du XIX^{e} siècle, les classes aisées s'adonnaient au rituel de la migration saisonnière, passant l'hiver dans les stations méridionales et notamment méditerranéennes et l'été dans les villes d'eau du nord de la France. De la même façon, les poitrinaires aisés changeaient de lieu de résidence en fonction de la saison, à la recherche d'un climat tempéré, comme le recommandait Clark dès 1829. En Allemagne, comme en France, l'idée de réaliser la cure toute l'année au même endroit ne s'imposa pas d'emblée et, jusqu'à la fin du XIX^{e} siècle, de nombreux médecins distinguaient, du moins pour les malades aisés, la cure d'été de la cure d'hiver. La pratique de la cure d'altitude à longueur d'année fut semble-t-il développée en Suisse et notamment à Davos dont le climat particulier, la sécheresse de l'air, l'absence de vent et l'ensoleillement intense de l'hiver, rendaient supportable la cure d'air par grand froid. Mais l'idée de maintenir en altitude, pendant la saison froide, des malades aux poumons fragilisés, semblait encore incongrue à de nombreux médecins. Jusqu'au début du XX^{e} siècle, il fallait distinguer, en France parmi les sanatoriums privés pour malades aisés, les établissements d'hiver de ceux d'été : la plupart des sanatoriums méridionaux n'ouvraient leurs portes que durant les mois d'hiver, comme le sanatorium de Trespoey, créé en 1896 près de Pau (Pyrénées-Atlantiques) ou le sanatorium Cimiez à Nice (Alpes-Maritimes), ouvert chaque année du 1er novembre au 15 avril. Le sanatorium d'Aubrac ne fut ouvert en 1895 que durant la période estivale et son propriétaire, Camille Saunal, n'expérimenta la cure d'hiver qu'en 1898 sur la base de ce qui était pratiqué à Davos. En 1895 également, la Société des sanatoria français envisagea la construction de deux établissements de cure,

[401] Gaussel 1909, p. 271-272.
[402] Cité par Dumarest 1897, p. 37.
[403] Gaussel 1909, p. 271-272.
[404] L'ingénieur L. Borne définissait ainsi les conditions générales d'implantation : « Généralement, l'hôpital sera à mi-côte. Le relief du sol ou des plantations d'arbres abriteront les bâtiments des vents froids et humides. L'orientation des constructions doit être étudiée avec soin. On doit les exposer aux courants aériens, qui produisent un effet d'une salubrité incontestable. » Borne 1898, p. 30.
[405] Plicque 1900, p. 452.

parfaitement identiques : l'un, en Auvergne, aurait été réservé à la cure d'été et l'autre, sur la Côte d'Azur, à la cure d'hiver, de façon à ce que les malades jouissent d'un climat tempéré toute l'année[406].

L'extension des méthodes de cure en établissement fermé aux malades des classes populaires imposait, pour des raisons de coût, de garder les malades toute l'année dans le même établissement. Le choix du climat, la protection contre les vents d'hiver et l'absence l'humidité étaient alors essentiels car les malades n'auraient pas la possibilité de fuir le sanatorium durant les froids hivernaux. Pour cette raison, le médecin allemand Von Schrötter distinguait nettement les malades aisés de ceux des classes populaires : les premiers, expliquait-il, devront « rechercher en hiver le climat ensoleillé du sud », tandis que pour les seconds, « les sanatoriums populaires permett[ront] de réaliser la cure sous notre climat »[407]. Pour des raisons médicales ou par simple pragmatisme, les médecins finirent par trouver à l'air froid une action bienfaisante que les stations méridionales ne pouvaient offrir :

> *L'air froid,* expliquait Léon-Petit en 1895, *exerce une action sédative sur la muqueuse bronchique et calme la toux, il agit comme stimulant de l'économie et en particulier de l'appétit. [...] L'air frais, sec et pur est un apéritif énergique dont les bons effets dans le traitement de la phtisie sont faciles à comprendre. Mais l'usage de cet air,* ajoutait-il, *demande à être réglementé, précisément parce qu'il est actif. Bien conduit, il peut être un puissant moyen de guérison : mal dirigé, il deviendra dangereux.*[408]

La nécessité de réaliser en toutes saisons la cure d'air dans les sanatoriums populaires obligea les médecins et les architectes à adapter les bâtiments et les horaires de cure aux contraintes climatiques. Si la protection contre le froid constituait la première préoccupation dans les pays d'Europe centrale et du Nord, les risques de surchauffe estivale étaient également pris en compte. En 1906, le médecin-directeur du sanatorium féminin d'Oissel (Seine-Maritime), Joseph Cotoni, remarquait par exemple que l'état général de santé de ses patientes se dégradait pendant les semaines les plus chaudes de l'année : les malades n'avaient plus d'appétit, perdaient du poids, faisaient des poussées de fièvre le soir, vomissaient parfois, se sentaient soudainement fatiguées et découragées alors que les résultats avaient été jusque là excellents. « Ce n'est pas en hiver que nous avons observé tous ces accidents, relevait-il, c'est en été, en pleine chaleur, en juillet et en août. [...] La chaleur est nuisible aux tuberculeux et c'est en hiver qu'on obtient le plus grand nombre d'améliorations »[409].

Si les boules d'eau chaude, les couvertures de laine et les sacs de fourrure permettaient aux malades de réaliser sans problème la cure d'air en plein hiver, les médecins étaient moins bien armés pour protéger leurs patients contre la chaleur estivale. A rechercher systématiquement les meilleures conditions d'exposition des bâtiments et des galeries de cure, à privilégier l'orientation au sud, de nombreux sanatoriums étaient victimes de ce « parti climatique » et l'on y souffrait facilement de la chaleur en été. Dès l'ouverture du sanatorium d'Angicourt, en 1900, la surchauffe constatée en été dans la galerie de cure la rendit impraticable par forte chaleur et contraignit les malades à installer leur chaise dans la forêt adjacente. Le médecin-directeur de l'établissement, Georges Küss, y fera d'ailleurs rapidement construire une seconde galerie de cure pour la saison chaude. Cette solution fut adoptée dans la plupart des sanatoriums français disposant de galeries de cure adossées, sur le modèle allemand, au rez-de-chaussée de la façade sud, qu'ils fussent privés (Durtol) ou populaires (Angicourt, Oissel). Les établissements étaient habituellement équipés d'un second jeu de chaises de cure ou de chaises « transatlantiques », légères, pliables et facilement transportables par les malades eux-mêmes. En 1898, l'architecte du sanatorium alsacien de Saales précisait que les promenoirs (*Wandelhallen*) situés au revers des galeries de cure avaient une largeur suffisante pour être affectés à la cure d'air en cas de forte chaleur ou d'augmentation de la capacité de l'établissement[410]. Les malades avaient ainsi la possibilité de s'installer plus en retrait, au fond de la galerie, loin du soleil brûlant. En 1902, l'architecte L. Hainez envisagea un système similaire pour son projet de sanatorium à Boeschepe (Nord) : « les salles de jeux, salles de réunion, etc., placées à l'arrière de

[406] Société des sanatoria français 1895.
[407] Von Schrötter, in *Zeitschrift für Tuberkulose*, Band I, p. 17, cité par Von Weltzien 1903, p. 130.
[408] Léon-Petit 1895, p. 64-65.
[409] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 déc. 1906, p. 18. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[410] Einrichtung einer Heilstätte für Lungenkranke im Unter-Elsass, A.D. du Bas-Rhin, 24 AL 444.

la galerie de cure pourront, par les trop fortes chaleurs de juillet et d'août ou par les jours de très mauvais temps, servir de galerie de cure d'air »[411]. Dans les sanatoriums disposant de galerie de cure isolées, détachées du bâtiment d'habitation, le système de la galerie de cure à double orientation était largement répandu, du moins en France. Au sanatorium d'Avon (Seine-et-Marne), « la cure d'air se fai[sai] au moyen d'une grande galerie située au milieu du parc, abritée par des arbres, avec double exposition au sud et au nord »[412] (ill. 399). Il en était de même au sanatorium privé de Trespoey (Pyrénées-Atlantiques, 1896) ou dans le projet de sanatorium présenté en 1905 au congrès de la tuberculose par l'architecte départemental de la Saône-et-Loire, Sallé[413]. La transformation des cures saisonnières en cures continues et la nécessité de pratiquer la cure quelles que soient les conditions extérieures obligèrent donc les médecins et les architectes à prendre en compte, outre les conditions climatiques locales, l'interaction des bâtiments et des espaces de cure avec les conditions météorologiques.

Les résultats thérapeutiques de la cure en sanatorium.

Les cavernes tuberculeuses cicatrisées de longue date et découvertes fortuitement à l'occasion d'autopsies tendaient à prouver que, dans certaines conditions, la tuberculose pouvait se résorber d'elle-même. S'agissant de la tuberculose, les médecins de la fin du XIX[e] siècle hésitaient toutefois à employer le terme de « guérison », dans la mesure où ces individus, même considérés comme « guéris », restaient porteurs de bacilles et n'étaient pas à l'abri d'une rechute. Le corps médical parlait tout au plus de longues « trêves pendant lesquelles l'ennemi, toujours sous les armes, était prêt à recommencer les hostilités à la première occasion »[414]. D'autres, au contraire, estimaient qu'une « guérison absolue », se traduisant par la disparition totale du bacille, était possible. Selon le médecin français Daremberg :

> *On peut déclarer guéri un ancien tuberculeux qui, pendant dix ans, a repris ses occupations sans avoir un crachement de sang, un accès de fièvre imputable à une poussée tuberculeuse, un crachat bacillaire. S'il a résisté pendant dix ans à quelques bacilles perdus dans un coin de son poumon et probablement mort (car nous avons vu que les bacilles morts sont aussi infectieux), il n'y a aucune raison pour qu'il redevienne phtisique, s'il ne se replace pas dans les conditions où il a subi sa première atteinte*[415].

Dettweiler distinguait la « guérison absolue », c'est à dire la disparition totale du bacille, de la « guérison relative », dans lequel la santé recouvrée était compatible avec quelques accès de toux et de rares expectorations. Pour Léon-Petit, au contraire, ces nuances ne constituaient qu'un débat stérile :

> *Si ce n'est là qu'une trêve,* précisait-il, *cette trêve, par sa durée, équivaut à une guérison et représente un succès que le médecin doit rechercher avec passion. Le cas fréquemment cité comme exemple est celui de Goethe, condamné par les médecins à l'âge de 19 ans et mort à 81 ans. [...] Certes, même le phtisique peut retomber ; mais le valide aussi peut tomber au premier heurt qui fera trébucher son organisme. La santé n'a qu'un temps : tout ce qui touche à la vie est limité comme elle. Pendant des années, sans rechute, sans le moindre symptôme morbide, de nombreux phtisiques ont pu équivaloir à des hommes bien portants. Ils n'étaient, paraît-il, qu'en sursis. Qu'importe puisque ce sursis a pu égaler, et quelquefois même dépasser, la durée normale de l'existence humaine.*[416]

Charles Sabourin* était plus pragmatique et distinguait les malades curables ou améliorables, seuls admissibles au sanatorium, des malades incurables. Le médecin Weicker, successeur de Brehmer à la direction du sanatorium de Görbersdorf prenait soin de répartir ses résultats entre : « 1° Amélioration perceptible par le malade même ; 2° Amélioration permettant au malade de reprendre ses occupations [...] ; 3° Simple amélioration par le séjour au sanatorium »[417]. Les critères de recrutement des malades semblent à ce titre déterminants et le succès de la cure était en grande partie conditionné par l'état initial des malades à leur arrivée dans l'établissement. En Allemagne, les médecins recommandaient de prendre les malades au

[411] Projet d'un sanatorium [...] destiné à 50 dames pensionnaires et à 50 dames du corps enseignant, s.d. [1901], A.D. du Nord, J 1-17.
[412] Brochure publicitaire. A.D. du Val-de-Marne, 1 Xp 1099.
[413] Ce « projet de sanatorium type pour hommes et femmes » comprenait, au rez-de-chaussée, « la cure d'air au sud et au nord ». Congrès de la tuberculose 1905, p. 385.
[414] Léon-Petit 1895, p. 35.
[415] Cité par Knopf 1900, p. 31.
[416] Cité par Léon-Petit 1895, p. 36.
[417] Knopf 1900, p. 32.

premier stade de la nomenclature de Turban ; ces malades légèrement atteints étaient les plus susceptibles de tirer un profit thérapeutique de la cure hygiéno-diététique. La crédibilité des établissements était également en jeu dans le choix des malades : s'ils entraient trop gravement atteints, leurs chances d'améliorations étaient faibles et la réputation de l'établissement pouvait en pâtir ; s'ils entraient en trop bonne santé, les détracteurs de la méthode auraient vite accusé le sanatorium de ne guérir que les malades non tuberculeux. Malgré ces recommandations, une part importante de la population des sanatoriums était constituée, au début du XX[e] siècle, de malades du deuxième, voire du troisième degré[418]. Dans l'entre-deux-guerres, le médecin Baché portera un regard circonspect sur ces appréciations :

> *L'élaboration de ces statistiques,* écrivait-il, *n'a pas été aussi mathématique qu'l'on pourrait le penser,* [car] *l'interprétation des résultats est chose variable. D'abord, on ne s'est pas entendu sur les critères de la guérison, certains auteurs même se refusant à employer ce mot considérant que la chose n'existe pas en matière de tuberculose.*[419]

La notion d'« amélioration » était en effet employée plus fréquemment par les médecins car elle permettait de nuancer leurs propos. D'autres estimaient toutefois qu'elle se prêtait « à des appréciations beaucoup trop subjectives pour être absolument uniformes »[420] et qu'il n'était pas possible de comparer les résultats obtenus dans différents établissements sur la base des « améliorations » constatées. Si la « guérison » du malade n'était pas l'objectif avoué des médecins, au moins espéraient-ils lui restituer sa capacité de travail. La seule vocation des établissements populaires allemands, par exemple, était de remettre les malades au travail. Les caisses d'assurance qui les finançaient avaient intérêt à ce que les pensionnaires alimentent dès leur sortie, par leurs cotisations, les fonds d'aide aux tuberculeux. Le terme de « guérison économique », basé sur le « recouvrement de l'aptitude au travail », fut donc l'un des principaux *leitmotivs* des médecins dont certains prétendaient, au début du XX[e] siècle, obtenir 60 à 80% de ce type de guérison. Pour illustrer l'intérêt des sanatoriums populaire, le médecin Barbary citait, en 1904, les résultats obtenus au sanatorium allemand de Dannefelds qui recrutait ses malades dans une usine :

> *Sur 82 malades ayant quitté le sanatorium, deux malades sont guéris et restent bien portant au bout d'un an de reprise du travail, 16 malades sont très améliorés, presque guéris et capables de retravailler à la fabrique ; 12 malades sont améliorés et capables de retravailler presque sans arrêt ; 4 malades sont améliorés transitoirement mais forcés de retourner au sanatorium ; 25 malades se sont aggravés et sont morts peu après leu retour, 4 malades sont mors au sanatorium.*[421]

Ces résultats impressionnèrent fortement les médecins français. Le processus de guérison, dont la réalité n'était pas contestée, semblait donc échapper au contrôle des médecins. Le médecin allemand Köhler dira en 1908 à ce sujet : « Nos moyens de diagnostic ne sont pas assez fiables pour que nous puissions maintenir le phénomène de guérison des tuberculeux à l'issue de leur cure en sanatorium »[422]. Si les résultats obtenus à la fin de la cure étaient jugés satisfaisants dans la majorité des cas, l'état de santé des malades était susceptible de se dégrader rapidement dès leur sortie du sanatorium. Dans ces conditions, les médecins se faisaient peu d'illusions sur la durabilité des améliorations obtenues dans les sanatoriums. Köhler notait ainsi que, en moyenne 60%, des malades avaient conservé leur capacité de travail quatre ans après leur sortie d'un sanatorium. Selon l'historienne allemande Ingeborg Langerbeins, dans la mesure où la cure sanatoriale était souvent prescrite de façon préventive à des tuberculeux très légèrement atteints, avant que leur état ne se dégrade sévèrement et que leurs chances d'amélioration soient compromises, une grande partie de ces malades étaient encore capables de travailler à leur entrée, obligeant à relativiser les statistiques officielles des sanatoriums. Mais les statistiques établies à plus long terme mirent en évidence le fait que ces « guérisons économiques » n'étaient pas durables, « en partie à cause de la durée de la cure

[418] Langerbeins (1979, p. 70) cite à titre les exemples les statistiques du sanatorium Engelthal près de Nuremberg dont la population comprenait en 1900 : 54% de malades au 1[er] degré, 31% au 2[e] et 15% au 3[e] puis, en 1906 : 80 de malades au 1[er] degré, 15% qu2e et seulement 5% au 3[e].
[419] Baché 1934, p. 44.
[420] *Ibidem.*
[421] F. Barbary, *La grande faucheuse*, Paris, Naud, 1904, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 240-241.
[422] Cité par Langerbeins 1979, p. 70.

qui a été, pendant longtemps, réduite à l'extrême »[423]. Les statistiques étaient alors beaucoup moins bonnes : Brouardel rapportait en 1901 que, parmi les malades ayant quitté les sanatoriums allemands dans un état jugé favorable (72% des malades sortants), 60% de ceux sortis en 1899 travaillaient encore en 1900, chiffre qui passait à 58% pour ceux sortis en 1898, avant de tomber à 47% pour ceux sortis en 1897 et à 46% pour ceux sortis en 1896[424]. Peu après 1900, les médecins et les caisses d'assurances disposaient d'un recul suffisant pour dresser le bilan médical et thérapeutique de la cure hygiéno-diététique en sanatorium. A l'euphorie des premières années succéda un constat décevant. La cure en sanatorium permettait de retarder de trois ou quatre ans, au mieux, l'évolution normale de la maladie mais, passé ce délai, l'état de santé des malades se dégradait fortement et ils devaient, malgré leur séjour en sanatorium, quitter leur travail, le plus souvent définitivement. Les caisses d'assurance, qui avaient justifié la création des sanatoriums par les économies substantielles qu'elles feraient avec la réduction du nombre d'invalides à indemniser, ne trouvèrent pas dans les sanatoriums la rentabilité économique qu'elles espéraient[425]. Le calcul qui consistait à envoyer les malades en sanatorium pour retarder ou éviter leur prise en charge ultérieure par les caisses d'invalidité fut ainsi abandonné en 1911[426]. Après la Première Guerre Mondiale, les médecins seront confrontés aux mêmes difficultés d'évaluation des résultats de la cure : « Les statistiques publiées sur les résultats des cures climatiques de la tuberculose pulmonaire, notait Piéry en 1934, sont [...] à peu près complètement inutilisables, parce que manquant absolument de bases comparatives »[427], raison pour laquelle, sans doute, les médecins n'y prêteront qu'une attention relative.

1.2.8. Dispositions architecturales des établissements fermés pour tuberculeux.

Les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires offraient, à la fin du XIX^{e} siècle, des dispositions architecturales très différentes. Dès cette époque, nous l'avons vu, certains établissements faisaient office de modèle. Le sanatorium de Görbersdorf, premier du genre, peut être assimilé à un prototype plutôt qu'à un modèle car, si les médecins reconnurent unanimement son caractère pionnier, ils se gardèrent bien de reproduire ses aménagements. Au contraire, le sanatorium de Falkenstein fut considéré comme un modèle architectural pendant plus de vingt ans, entre 1876 et 1900, période durant laquelle il inspira de nombreux projets allemands et étrangers. Vers 1895, apparut une nouvelle génération d'établissements incarnée, s'agissant des établissements populaires, par les sanatoriums de Ruppertshain en Allemagne (ill. 24) et de Heiligenschendi en Suisse (ill. 64), et s'agissant des établissements privés, par le sanatorium de Hohenhonnef (ill. 20-21) en Allemagne et le sanatorium Schatzalp en Suisse (ill. 65). A l'occasion du congrès de la tuberculose de Berlin de 1899, Gotthold Pannwitz publia des recommandations concernant la construction de sanatoriums populaires. En guise d'introduction, il donnait quelques « observations préliminaires » sur la nature même du sanatorium, ses objectifs et la fonction de ses aménagements spécifiques :

1. *L'établissement est destiné à loger des tuberculeux, qui y seront traités aussi longtemps qu'il est nécessaire, en moyenne pendant trois mois.*
2. *La grande majorité des malades est encore faiblement atteinte.*
3. *Le traitement consiste dans le séjour au grand air, une bonne nourriture et l'endurcissement au moyen de soins appropriés donnés au corps et notamment à la peau. Les progrès de la thérapeutique qui auront fait leurs preuves seront utilisés dans l'établissement.*
4. *La construction et l'exploitation du sanatorium, tout en étant aussi simples et économiques que possible, devront répondre à toutes les exigences de l'hygiène moderne, et tenir compte en même temps du confort indispensable pour le succès du traitement.*
5. *Le traitement exige un agencement principal pour les bâtiments. Les malades passent en général leur temps au dehors des dortoirs, soit en promenade, soit dans des halles à sieste, etc.*

[423] *Ibidem.*
[424] Brouardel 1901, p. 739.
[425] Langerbeins 1979, p. 74.
[426] Condrau 2000, p. 86.
[427] Piéry 1934, p. 162.

6. *Les halles à sieste* [galeries de cure], *plus ou moins grandes, sont ouvertes au sud, bien exposées au soleil et munies d'abris contre le vent, la pluie, et les rayons solaires. On y installe des rangées de fauteuils-lits et de petites tables.*[428]

S'agissant de la configuration des bâtiments, nous nous en tiendrons aux recommandations publiées en 1903 par von Weltzien* au chapitre *Lungenheilstätte* du *Handbuch der Architektur*, manuel d'architecture allemand dont la réputation dépassait largement les frontières de l'Allemagne. Dans ce long chapitre, Von Weltzien fit une synthèse des différentes réalisations internationales, citant abondamment les auteurs de référence sur le sujet, tels Turban, Pannwitz, Moeller et Knopf. S'agissant des dispositions architecturales à proprement parler, il s'appuyait sur la communication présentée au congrès de la tuberculose de 1899 par Heino Schmieden et Julius Boethke sur le thème « Construction, aménagement et fonctionnement des sanatoriums ».

S'agissant de la capacité des établissements, le nombre de 80 lits correspondait au seuil de rentabilité à partir duquel il semblait possible de réaliser d'importantes économies d'échelle. Au-delà de 200 lits, selon ces auteurs, il devenait impossible d'assurer une prise en charge individuelle des malades et, dans les établissements populaires allemands et suisses, une capacité de 100 lits était la norme. Léon-Petit donnait sa préférence aux « sanatoria moyens », de 60 à 80 lits, qui « assurent aux pensionnaires une société suffisante pour dissiper l'ennui et une surveillance médicale qui n'est guère possible dans les établissements trop vastes »[429]. L'implantation de l'établissement devait assurer la protection des malades contre les vents. En l'absence de ces protections naturelles, les bâtiments devaient réaliser eux-mêmes cette protection, d'où l'adoption fréquente, dans les sanatoriums allemands, d'un plan en U permettant de protéger les espaces de cure centraux contre les courants d'air au moyen d'ailes latérales « formant paravent ». Le premier d'entre eux fut le sanatorium de Falkenstein dont les galeries de cure étaient placées contre la face intérieure du U formé par l'établissement. Placées latéralement, les galeries de cure pouvaient également faire office de protection contre les vents (*Schützende Flügel*). Pour Léon-Petit, cette protection primait sur l'ensoleillement dans le choix de l'implantation des bâtiments. Lorsque le régime des vents était favorable, il préconisait de disposer tous les bâtiments « sur une même ligne droite, sans retour ni décrochement ». L'exposition sud était privilégiée mais le Sud-sud-ouest ou le Sud-sud-est étaient également admis, cette dernière permettait également de limiter la surchauffe des galeries lors des chauds après-midi d'été. Dans les zones tempérées ou chaudes, la configuration compacte ou avec un front bâti continu devait être évitée de façon à permettre la circulation de l'air entre les bâtiments. Les malades pouvaient être hébergés dans un bâtiment unique ou dans plusieurs pavillons. Dans un cas comme dans l'autre, les bâtiments ne devaient pas dépasser deux étages sur rez-de-chaussée, même si le bâtiment était équipé d'un ascenseur. Ce choix reposait essentiellement, selon Von Weltzien, sur les conditions locales d'implantation de l'établissement et sur le fonctionnement des différents services qui ne doit pas perturber le calme de l'établissement indispensable au bon déroulement de la cure. Outre cette considération, la disposition en petits pavillons se prêtait mieux à la constitution de groupes de malades de dimension familiale (*Familiengruppe*). Pour réunir les avantages des deux dispositions (bâtiment unique/pavillons), le système consistant à relier deux pavillons distincts à un troisième de services au moyen de galeries de cure et de promenoirs semblait le mieux adapté. Il avait en tout cas la préférence de Von Weltzien qui publia les plans de deux établissements ainsi disposés : les sanatoriums de Sülzhayn (ill. 27-28) et de Wald (ill. 69).

S'agissant des services, la cuisine devait être située impérativement dans un bâtiment distinct de celui où résidaient les malades. Selon Von Weltzien, cette disposition n'était pas toujours respectée de sorte que les odeurs et les allers et venus du personnel de cuisine perturbaient fréquemment le reste de l'établissement. La cuisine, l'office et la salle à manger étaient en général réunis dans un même corps de bâtiment, relié aux autres bâtiments par des galeries. Les mêmes prescriptions d'isolement devaient être observées pour la morgue et les services de linge et de désinfection. Les bureaux de l'administration et le service médical devaient être situés à proximité de l'entrée principale du sanatorium. Le service médical

[428] Pannwitz 1900, p. 11-14.
[429] Léon-Petit 1895, p.52.

comprenait une salle d'attente, une salle de consultation, un laboratoire bactériologique, une salle de radiographie et une chambre noire pour le développement des films. Les médicaments étant généralement exclus du traitement, l'établissement pouvait se contenter des services de la pharmacie privée la plus proche. Point essentiel dans l'organisation du plan : les chambres des malades étaient situées du côté ensoleillé de l'établissement. Von Weltzien se contentait toutefois d'exclure formellement l'exposition au Nord. Si, en bon hygiéniste Léon-Petit recommandait, en 1895, un volume habitable minimum 50 à 60 m^3 par lit dans les chambres, Schmieden jugeait suffisants 30 m^3, dimensions que Weltzien réduisit à 25 m^3. Il se justifiait par le fait que, contrairement aux chambres d'hôpitaux, les malades n'y résidaient que durant la nuit ; les fenêtres laissées ouvertes assuraient également le renouvellement permanent de l'air. Pour que le médecin puisse assurer ses fonctions dans les meilleures conditions, il disposait généralement d'un logement dans l'établissement même, parfois sous la forme d'une maison indépendante. Les médecins assistants et les infirmières étaient quant à eux être logés dans l'établissement proprement dit. Ces recommandations donnent une image précise de ce que pouvait être un sanatorium au début du XX^{e} siècle. En 1909, le médecin français Gaussel croyait toutefois qu'il n'était pas possible de « tracer un plan type convenant à tous les sanatoriums » dont la configuration « dépend surtout de la disposition du terrain »[430].

[430] Gaussel 1909, p. 272.

1.3. Les origines du mouvement antituberculeux français (1888-1900).

1.3.1. Les congrès de la tuberculose de 1888, 1891 et 1893.

La phtisie, nous l'avons vu avec Laennec et Villemin, intéressa au premier chef les médecins et les scientifiques français tout au long du XIX[e] siècle. La question de la prophylaxie et du traitement de la maladie connut un certain regain d'intérêt dans les années 1880, suite à la mise en évidence du bacille de la tuberculose par Koch. En 1888, Ariside Verneuil de Saint-Martin (1823-1895), président de l'Œuvre de la tuberculose et fondateur de la revue *Etude expérimentale et clinique de la tuberculose*, proposa la tenue d'un grand congrès médical français exclusivement consacré à la tuberculose[431]. Présidé par les médecins Augustin Chauveau (1827-1917) et Jean-Antoine Villemin, respectivement président et vice-président de l'Académie de médecine et par Aristide Verneuil[432], le premier « Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale » fut organisé du 25 au 31 juillet 1888 à la Faculté de médecine de Paris. Il remporta un franc succès et réunit environ 500 participants, médecins et vétérinaires, dont un grand nombre venus d'autres pays d'Europe, d'Amérique du Nord et du Sud. L'absence de délégués en provenance des pays germaniques fut particulièrement remarquée. Comme l'indique son intitulé, le congrès s'attachait autant à la tuberculose des hommes qu'à celle des animaux car la maladie était largement répandue dans les élevages – notamment bovins – où la contamination de la viande et du lait posait de graves problèmes sanitaires. Centrés sur les modes de contagion et sur les méthodes de prophylaxie, les débats du congrès furent organisés en sessions thématiques autour des questions suivantes : « A quels dangers expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux et quels sont les moyens de les prévenir ? Quel est l'aptitude au point de vue de la tuberculose des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques ? Quelles sont les voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie ? Comment établir le diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux ? »[433].

La question de l'hospitalisation des tuberculeux fut volontairement éludée lors de cette première réunion mais portée à l'ordre du jour du congrès suivant. Cette deuxième manifestation scientifique eut lieu du 27 juillet au 2 août 1891 sous la présidence du professeur Villemin. Ouverte, comme la précédente, aux médecins et aux vétérinaires, elle restait centrée sur les liens entre tuberculose humaine et tuberculose animale. Ajourné en 1888, la problématique de « l'hospitalisation des tuberculeux » constituait le troisième volet de cette réunion qui en comptait cinq dont un consacré à l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux généraux[434]. Le deuxième congrès suivait en effet de peu la parution, en 1890, de l'ouvrage de Jacques-Joseph Grancher*(1843-1907) sur *Les maladies respiratoires*[435] qui proposait « tout un système d'hospitalisation dans des sanatoriums élevés dans le voisinage de la méditerranée »[436].

Le troisième Congrès de la tuberculose eut lieu deux plus tard, en 1893, année de fondation de la *Revue de la tuberculose*, qui devint dès lors l'organe de diffusion privilégié de la phtisiologie française[437]. L'année précédente, Antoine Armaingaud* (1842-1935) avait fondé la Ligue française contre la tuberculose[438]. Le congrès fut ouvert le 27 juillet 1893 sur un hommage au professeur Villemin, figure tutélaire de la phtisiologie française, décédé l'année précédente. A côté des sessions thématiques liées à la propagation de la maladie (Du rôle respectif de la contagion et de l'hérédité dans la propagation de la tuberculose, Des maladies infectieuses comme agents provocateurs de la tuberculose), cette nouvelle

[431] Guinard 1925, p. 3.
[432] Congrès de la tuberculose 1888, p. 722.
[433] *Ibidem*
[434] Les thèmes abordés furent les suivants : 1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et [...] des animaux, 2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose, 3° De l'hospitalisation des tuberculeux, 4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale, 5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles dans l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale. Congrès de la tuberculose 1891, p. 491.
[435] J.-J. Grancher, *Maladies de l'appareil respiratoires : tuberculose et auscultation, leçons cliniques et revues*, Paris, O. Doin, 1890.
[436] Borde 1895, p. 256.
[437] Guinard 1925, p. 3.
[438] Isabelle Grellet et Caroline Kruse rappelaient ainsi que la Ligue « engagea d'emblée une polémique avec l'Académie de médecine qui pensait qu'à trop répandre la thèse de souhaitait susciter un vaste courant d'information et, en multipliant les conférences et les cours de prophylaxie, faire passer dans la pratique les instructions qu'ils contiennent ». Grellet & Kruse 1983, p. 146.

réunion octroya, pour la première fois, une place important aux méthodes de traitement et de prise en charge des malades en consacrant deux sessions à ces sujets : Le traitement de la tuberculose dans les sanatoriums et L'hospitalisation des tuberculeux[439]. Selon Jean Dumarest, ce congrès « intronisa en France les idées nouvelles sur le traitement, en lui donnant pour base la cure sanatoriale et climatique »[440]. Ce dernier thème occupa près de la moitié des débats. Si la méthode allemande de la cure hygiéno-diététique ne fut pas directement mentionnée, une communication du médecin Legroux sur les « trêves de la tuberculose » infantile et les périodes de rémission et de sommeil de la maladie, y fit explicitement référence[441]. Legroux envisagea les moyens susceptibles de prolonger ces « trêves », voire de les « transform[er] en une guérison durable, parfois définitive » et insista notamment sur la nécessité de transporter les enfants dans un milieu sain, à l'air pur, et de veiller sur leur hygiène et leur alimentation. Ces prescriptions étaient conformes en tous points à la méthode de Detteweiler. Raoul Brunon, président de la faculté de médecine de Rouen, fit une communication sur « la salutaire influence des sanatoria sur le traitement hygiénique des tuberculoses pulmonaires ou laryngées » dont il ne fallait pas chercher la valeur, expliquait-il, dans la qualité de l'air ou du climat, mais plutôt dans la surveillance médicale, dans la « sévérité du régime », dans l'éloignement des malades de leur famille, bref, dans le « changement complet d'habitudes, parfois mauvaises ». Brunon mettait en avant la valeur didactique des sanatoriums et la «suggestion perpétuelle » qu'ils offraient, du fait notamment de « l'exemple que fournissent les anciens malades aux derniers arrivants »[442]. Quant à Léon-Petit, il fit l'éloge du sanatorium en tant qu'antithèse des établissements de la Côte d'Azur qu'il critiqua violemment : « Monte Carlo défait en quelques après-midi ce que plusieurs mois de traitement avaient fait à Menton et à Cannes », et il poursuivit en dénonçant les « séductions » de ces stations comme autant de dangers pour les malades. Suivirent les communications de Lauth sur le sanatorium de Leysin et de Chiais sur le rôle du climat dans le traitement de la tuberculose, mais des sanatoriums allemands, de Brehmer ou de Dettweiler, il n'en fut aucune mention. La dernière session fut consacrée à la prise en charge des tuberculeux dans les hôpitaux. Ce point était alors certainement plus crucial que le précédent dans la mesure où l'hospitalisation constituait l'unique recourt des malades des classes populaires. Cette session fut conclue par un vœu du Congrès demandant « que tous les tuberculeux soient réunis dans des hôpitaux spéciaux par groupe, suivant le degré de la maladie, et d'autant moins nombreux que la maladie sera avancée ». Comme mesure transitoire, ses participants exhortèrent les administrations hospitalières à réunir leurs tuberculeux dans des salles réservées[443].

Ces congrès firent apparaître, entre 1888 et 1893, le retard de la France dans le traitement de la tuberculose et dans la prise en charge des malades. En 1896, Dumarest remarquait qu'il existait déjà une vingtaine de sanatoriums en Suisse et en Allemagne où l'on soignait depuis 35 ans déjà les tuberculeux selon des méthodes spécifiques[444]. Selon lui, « les avantages sociaux et thérapeutiques du système », tout comme les « résultats merveilleux de la cure d'aire pratiquée méthodiquement, sous la surveillance médicale constante et attentive, dans les conditions hygiéniques particulières que crée le sanatorium », ne pouvaient être remis en question : « la discussion est [...] close par les faits eux-mêmes ; seule l'application [tarde], et encore n'est-ce qu'en France »[445]. La question des sanatoriums fut évoquée à la Commission d'hygiène de l'Assemble nationale en 1895 dans un rapport remis par le médecin Netter. Ce dernier prônait la création de sanatoriums, rejetant l'idée selon laquelle ils pouvaient constituer des foyers de dissémination du bacille tuberculeux.

> *Ce qui est dangereux*, ajoutait-il, *ce n'est pas l'agglomération de phtisiques soumis à une discipline rigoureuse, c'est le phtisique libre, non dirigé, qui dissémine, partout où il porte ses pas, les bacilles de ses*

[439] Drouineau 1893, p. 778.
[440] Dumarest 1997, p. 9.
[441] Drouineau 1893, p. 778.
[442] *Idem*, p. 784.
[443] *Idem*, p. 787.
[444] Dumarest 1896, p. 3-4.
[445] *Idem*, p. 4.

crachats. Or, d'un sanatorium bien tenu, il ne doit pas sortir un seul bacille, tous doivent et peuvent être détruits dans l'établissement même.[446]

Dans le sillage du congrès de 1893, plusieurs ouvrages furent publiés sur la tuberculose, son traitement et les mesures prises à l'étranger pour lutter contre son expansion. Pour les années 1894 à 1896 il faut citer, en français, ceux de Moeller, *Les sanatoria pour le traitement de la phtisie* (1894) ; de Knopf, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire* (1895) ; de Beaulavon, *Les sanatoria pour phtisiques indigents à l'étranger* (1895) ; de Bernheim, *Etude climatologique et thérapeutique. Le sanatorium des tuberculeux* (1896) et de Sabourin, *Traitement rationnel de la phtisie* (1896). Quant à l'ouvrage publié en 1895 par Léon-Petit, *Le phtisique et son traitement hygiénique*, il se basait sur un rapport commandé en mai 1894 par le ministère de l'intérieur sur les sanatoriums allemands et suisses[447]. La plupart de ces ouvrages passaient en revue les établissements étrangers, leurs conditions d'installation, les méthodes thérapeutiques qui y étaient pratiquées et les catégories de malades auxquels ils s'adressaient. A ces véritables manuels, comptant parfois plusieurs centaines de pages, il faut ajouter les articles publiés dans les revues de médecine et d'hygiène[448] et dont la multiplication faisait « foi de cette tendance »[449] en faveur des sanatoriums, initiée par le congrès de 1893. S'appuyant sur les publications et les réalisations étrangères, ces textes formèrent en quelques années une somme de références bibliographique françaises importantes qui seront abondamment citées par les médecins français jusqu'à la Première Guerre Mondiale. Avant 1895, les établissements pour tuberculeux pulmonaires étaient suffisamment rares en France pour être systématiquement recensés dans ces ouvrages qui tentent, à chaque fois, de donner un panorama de la situation française. En dehors des hôpitaux maritimes pour enfants scrofuleux, on ne comptait, en 1893 que cinq sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires : le sanatorium de Villepinte, celui d'Argelès, les deux établissements de l'Œuvre des enfants tuberculeux et le sanatorium de Charles Sabourin* au Mont-Canigou. Ces années peuvent être considérées comme fondatrices du mouvement antituberculeux français et Guinard se plaisait à souligner, en 1925, que « depuis 1888 au moins, la lutte était engagée et qu'un groupe imposant d'hommes éminents s'y étaient consacrés [...] avec toute la générosité de leur cœur compatissant, avec toute la sincérité de leur conviction et de leur foi agissante »[450], tels Verneuil, Grancher, Brouardel, Léon Labbé, Blache, Gouel, Casimir-Périer, Cheysson, Lannelongue, Peyrot, Weil-mantou, Arloing, Chauveau, Landouzy, Siegfried, etc. Les sanatoriums sont alors exclusivement une affaire de médecins.

1.3.2. Les œuvres pionnières (1864-1892).

Fondée en 1864, l'Œuvre de Villepinte créa plusieurs « maisons de famille » pour le traitement de jeunes ouvrières malades. Elle installa provisoirement en 1878 un établissement pour « jeunes filles poitrinaires » à Livry (Seine-Saint-Denis) avant de le transférer à Villepinte (Seine-Saint-Denis) en 1881 (ill. 434). L'établissement était installé dans l'ancien château de Villepinte, datant du XVII^{e} siècle, dont les aménagements furent complétés par une galerie de cure aménagée dans le parc adjacent. Un nouveau bâtiment, le « Pavillon des Tourelles », fut construit en 1886 dans le même style architectural que le château dont il constituait le prolongement. Un jardin d'hiver fut adjoint à ce bâtiment en 1888 et une nouvelle extension, abritant les cuisines, le réfectoire et la chapelle, fut réalisée en 1890-1892[451]. Composé d'éléments disparates, ce sanatorium était généralement passé sous silence par les auteurs français. L'Œuvre fonda en 1894, à Champrosay (Essonne), un second établissement, le sanatorium Minoret, qui disposait de 100 lits ouverts aux enfants et aux jeunes filles ; puis un troisième, le sanatorium Alice

[446] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[447] Laget 2006, p. 28.
[448] Nous pouvons citer notamment ceux-ci : Nicaise, « De l'établissement d'un sanatorium », in *Bulletin général de thérapeutique*, avril 1890 ; Lagrange, « La cure d'air en France et à l'étranger. La cure d'altitude », in *Revue des maladies de la nutrition*, 1895 ; Netter, « Rapport sur l'installation des sanatoria », in *Annales d'hygiène publique*, mai 1895.
[449] Dumarest 1896, p. 17.
[450] Guinard 1925, p. 386.
[451] Laurence Jankowski (dir.), *Le patrimoine des communes. Seine-Saint-Denis*, Charenton-le-Pont, Editions Flohic, 1994, p. 385-386.

Fagniez, ouvert à Hyères (Var) en 1895[452]. Les malades étaient triés dans un dispensaire ouvert dès 1875 au siège de l'œuvre à Paris.

« Le traitement de la phtisie pulmonaire par les altitudes préoccupe beaucoup le monde médical »[453], écrivait un journaliste de *La Nature* en 1876. Cet intérêt provenait essentiellement des expériences étrangères et notamment suisses et le médecin Léon Vacher (1832- ?) publiait dès 1875 un petit opuscule sur le traitement de la phtisie à Davos[454]. S'inspirant des sanatoriums alpins, notamment ceux de Davos, le médecin Casenave de la Roche proposa, en 1876, « l'établissement de *sanatoria* analogues sur les hauts plateaux des Pyrénées » [455] dont il dressa la liste des vallées les plus favorables à la cure de la tuberculose. Cette proposition était loin de faire l'unanimité et Prosper de Pietra Santa estimait, par exemple, que « les vrais *sanatoria* doivent avoir de 3.000 à 4.000 mètres d'altitude, comme on en trouve dans les Andes. Alors, en effet, l'air est tonique, tandis qu'aux altitudes de 1.000 mètres environ l'air est sédatif et humide, et par suite les conditions respiratoires entièrement différentes »[456]. Dès 1874, un médecin parisien, Douillard, venu se soigner dans la vallée d'Argelès (Hautes-Pyrénées), avait remarqué que les qualités climatiques du site étaient propices au traitement de la phtisie. Il mourut avant de concrétiser son souhait de fonder « un sanatorium, où l'on pourrait recueillir des enfants de parents morts de phtisie pulmonaire et marqués eux-mêmes du sceau de ce terrible mal »[457]. Sa veuve se chargea, à partir de 1878, d'assurer le traitement d'enfants tuberculeux à Argelès dans une propriété communale. L'établissement fut ensuite constitué en Société civile réunissant des médecins des Hôpitaux de Paris et de l'Académie de médecine. Le sanatorium d'Argelès fonctionna jusque dans les années 1930 au moins. En 1887, le Crédit Foncier ouvrit, dans la station thermale normande de Bagnolles-de-l'Orne, un sanatorium destiné au traitement de ses employés. L'établissement fut vraisemblablement utilisé plutôt comme maison de repos que comme véritable sanatorium de cure et nous ne savons pas s'il admettait les tuberculeux[458]. Ces initiatives étaient précoces mais suscitèrent, dans les publications françaises de la fin du XIX^{e} siècle, un intérêt relatif. Les deux dernières furent mêmes totalement ignorées. Il fallut attendre le début des années 1890 pour voir des projets plus ambitieux se réaliser en France.

L'Œuvre des enfants tuberculeux fut fondée par le médecin Ernest-Paulin Léon-Petit (1854- ?) [459], à Paris, en 1888. Elle prenait en charge les enfants tuberculeux qui ne pouvaient pas être admis, à cause des contre-indications médicales, dans les hôpitaux maritimes. L'association disposait à Paris d'un secrétariat central couplé à une sorte de dispensaire, chargé de trier les malades et d'envoyer ceux justiciables de la cure en sanatorium dans l'un de ses deux établissements de cure[460]. Le plus ancien de ces établissements était l'hôpital d'Ormesson-sur-Marne (Val-de-Marne), « premier hôpital gratuit ouvert en France pour le traitement hygiénique des enfants », selon Léon-Petit. Il fut ouvert le 25 novembre 1888 dans une « maison de plaisance » entourée d'un jardin et avait alors une capacité modeste de 12 lits pour jeunes enfants. L'hôpital fut agrandi dès 1890 avec des pavillons « à la fois hygiéniques et économiques » provenant de l'Exposition universelle de 1889[461] permettant d'accueillir une centaine de lits. Les malades indigents étaient soignés gratuitement à Ormesson et leurs frais étaient couverts par les cotisations des membres de l'Œuvre. Grâce au soutien financier de l'Etat, ces pavillons furent remplacés au tournant du siècle par de nouveaux bâtiments conçus dans les règles de l'hygiène (ill. 436-437)[462]. En 1890, l'Œuvre des enfants tuberculeux entama la construction d'un second établissement à Villiers-sur-Marne (Aisne), sur

[452] Congrès de la tuberculose 1905, p. 377.
[453] S.a., « Établissement des Sanatoria dans les Pyrénées », in *La Nature*, 1876, p. 397.
[454] Léon Vacher, *Etude sur les cures d'air dans la phisie pulmonaire*, 1875.
[455] S.a., « Établissement des Sanatoria dans les Pyrénées », in *La Nature*, 1876, p. 397.
[456] *Ibidem*. De Pietra Santa faisait sans doute ici référence à l'ouvrage du médecin Antonio Evaristo d'Ornellas : *De l'Influence du climat des Andes [...] sur la phtisie*, publié en français en 1874 (Paris, Masson).
[457] Bernheim, 1896/2, p. 376. Martin Rideau, en 1932, fait remonter la création du sanatorium d'Argelès à 1875.
[458] Ministère de la Culture, base Mérimée.
[459] Ernest-Paulin Léon-Petit (1854- ?) est l'auteur de l'ouvrage *Le phtisique et son traitement hygiénique : sanatoria, hôpitaux spéciaux, cure d'air,* Paris, F. Alcan, 1895.
[460] Léon-Petit 1895, p. 274.
[461] *Ibidem.*
[462] Knopf 1900, p. 88. L'Etat ne finança pas directement les travaux mais autorisa l'émission d'une loterie par tranches de 100.000 francs renouvelable jusqu'à concurrence du montant des travaux. L'architecte de cette reconstruction fut probablement Charles Le Cœur, qui avait réalisé en 1892 le sanatorium de Villiers-sur-Marne pour l'Œuvre, établissement très similaire à celui d'Ormesson.

un terrain éloigné de toute agglomération, bien ventilé et idéalement exposé au sud (ill. 138) Ouvert en 1893, cet établissement peut être considéré comme le premier établissement français spécialement conçu pour accueillir des tuberculeux pulmonaires. « L'hôpital se compose de deux pavillons placés sur une même ligne et reliés entre eux par un long portique à arcades surmonté d'une galerie. La façade d'une architecture agréable, relevée de couleurs gaies, s'étend en plein midi sur une longueur de 120 mètres »[463]. Le rez-de-chaussée de la galerie était occupé par le service médical et l'étage par une galerie de cure ouverte sur la campagne environnante. Le pavillon est comptait deux étages : un rez-de-chaussée réservé aux services communs et un premier étage accueillant les dortoirs des malades, les chambres d'isolement et les salles de bains. Le pavillon ouest ou « Pavillon des enfants de France » (ill. 139), présentait un aspect extérieur identique au précédent mais n'était constitué que d'une unique et vaste salle de malades de douze mètres de haut. Elle était construite sur un sous-sol contenant les chaudières et le système de chauffage et de ventilation. L'espace intérieur de cette salle était organisé en deux galeries périphériques superposées de six mètres de largeur. Celle du bas communiquait directement avec le parc extérieur tandis que celle du haut donnait accès à la galerie de cure située au premier étage de l'aile de liaison. Les galeries périphériques de ce « hall » de 10.000 m^3 accueillaient 80 lits d'enfants. La ventilation et le chauffage étaient fournis au moyen de deux bouches placées dans l'embrasure de chaque fenêtre et dont l'air chaud ou d'air froid provenait du sous-sol. Le débit réglable permettait en outre de contrôler la température intérieure. L'air vicié était évacué par une tourelle située en toiture et dont le tirage naturel était accéléré par un jet de vapeur intégré à la conduite. Selon Léon-Petit, « ce double mouvement d'appel d'air pur et de rejet d'air vicié offre la plus grande analogie avec la respiration humaine. Les *poumons de l'hôpital* fonctionnent avec une activité telle que toutes les heures ils renouvellent complètement l'atmosphère de la salle, dans laquelle ils ne déversent pas moins de 200.000 m^3 d'air neuf par jour »[464]. Pour parfaire cette « atmosphère artificielle », l'air chaud passait, avant d'être envoyé dans les salles de malades, dans un réservoir situé au sous-sol et contenant un liquide à base de créosote, d'eucalyptus et de térébenthine, « où il se lave de ses impuretés, s'humidifie et se charge de principes médicamenteux et antiseptiques ». Des générateurs électriques d'ozone envoyaient le précieux gaz dans des tuyaux débouchant tout autour des galeries périphériques, au niveau des têtes de lits, par l'intermédiaire de pavillons évasés que Léon-Petit comparait aux « manches à air » des paquebots. Construit par l'architecte Charles Le Cœur* (1830-1906), le sanatorium offrait une architecture rationaliste dont le classicisme des façades en pierre de taille contrastait avec la légèreté structurelle de la grande salle, ponctuée de fines colonnes de fonte supportant des voûtes hourdies de plâtre. Le Cœur insistait sur la conception nouvelle des fenêtres : hautes de quatre mètres et larges de deux, elles laissaient « pénétrer le maximum d'air, de jour et de soleil dans les salles de tuberculeux ». Nécessairement solides et d'un maniement aisé pour les femmes et les enfants amenés à les utiliser, ces châssis de dimensions hors normes devaient également s'adapter « à la très grande variété dans les divers modes d'aération à adopter suivant les cas : aération complète, lors du nettoyage à fond en l'absence des enfants ou lorsque la température le permet ; aération constante mais restreinte même pendant la nuit ; aération variable et plus ou moins grande suivant la température extérieure, l'état des enfants et les circonstances »[465]. Pour répondre à ces critères, Le Cœur s'inspira des modèles à guillotine anglais et conçut une croisée divisée en quatre châssis de deux mètres de haut sur un de large : les châssis situés en partie haute étaient constitués de battants ordinaires actionnés à distance par une manette, tandis que ceux du bas étaient divisés en deux parties coulissant l'une sur l'autre. Un système similaire existait depuis 1869 à l'hôpital maritime de Berck dont les menuiseries avaient également été conçues selon les modèles anglais à guillotine, mais avec trois panneaux permettant leur ouverture sur deux tiers de la surface ou en partie haute de la fenêtre[466]. Poursuivant son action de bienfaisance, l'*Œuvre des enfants tuberculeux* acheta en 1902 le château de San-Salvadour à Hyères (Alpes-Maritimes) pour y installer un sanatorium maritime. En 1900 Knopf remarquait qu'il existait alors « plus d'établissements pour traiter les enfants tuberculeux en

[463] Léon-Petit 1895, p. 278.
[464] Léon-Petit 1895, p. 283.
[465] *Idem*, p. 284.
[466] Genaille 2005, p. 31.

France que dans tous les autres pays réunis »[467]. Il faut sans doute y voir l'influence exercée par les hôpitaux marins pour enfants scrofuleux, implantés sur de nombreuses côtes françaises dès le milieu du XIX[e] siècle. Réservés aux tuberculeux ganglionnaires et ostéo-articulaires, ces établissements ne pouvaient recevoir de tuberculeux pulmonaires. C'est peut être pour combler cette lacune que plusieurs œuvres privées organisèrent, à destination des enfants, les premiers établissements de pulmonaires.

Fondé par le médecin Charles Sabourin* (1849-1920) en 1890, le sanatorium du Canigou fut pendant presque une décennie le seul établissement français accessible aux tuberculeux pulmonaires adultes, encore s'agissait-il d'un sanatorium payant. Ancien interne des hôpitaux de Paris, Sabourin implanta son établissement dans la station de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), réputée depuis le Moyen-Âge pour ses eaux sulfureuses[468]. Les malades étaient logés dans un ancien hôtel de cure de 70 chambres situé à 700 mètres d'altitude. Le sanatorium disposait de plusieurs galeries de cure, l'une attenante au bâtiment principal, les autres éloignées de quelques centaines de mètres et implantées à flanc de coteau. Sabourin pratiquait la méthode thérapeutique de Dettweiler, basée sur le repos complet et assortie de promenades pour les patients les plus valides. La cure d'air était pratiquée en toutes saisons, de neuf heures du matin à dix heures du soir, et était prolongée la nuit par l'ouverture des fenêtres dans les chambres. Sabourin exposa sa méthode de cure et les résultats thérapeutiques obtenus au Canigou dans un ouvrage intitulé *Traitement rationnel de la phtisie*, publié en 1896 et plusieurs fois réédité jusqu'en 1917. Toutefois, le prestige du sanatorium reposait essentiellement sur son caractère pionnier et sur la personnalité de son fondateur ; quant à ses aménagements, ils furent le plus souvent passés sous silence. « Par son organisation très incomplète, la station de Canigou n'est pas à comparer aux vrais sanatoria des pays voisins »[469], notait Samuel Bernheim en 1896. L'établissement était loin de constituer un modèle. Les partisans de la cure sanatoriale regrettaient toutefois qu'il fût le seul établissement de ce genre. Ces médecins dénonçaient la pitoyable situation française qui contraignait les malades aisés à s'exiler à l'étranger pour trouver « le milieu spécial et les soins rationnels presque indispensables à leur guérison »[470]. Sabourin, lui-même, évoquait ce « cauchemar, [...] cette humiliation d'envoyer nos tuberculeux à l'étranger, faute d'avoir, en France, des installations suffisantes pour les recevoir »[471].

1.3.3. Les sanatoriums privés et le modèle suisse (1895-1903).

Avec la création du sanatorium du Canigou en 1890 et le congrès de la tuberculose de 1893, le traitement de la phtisie en établissement fermé fut considéré avec un intérêt croissant par les médecins français. Plusieurs projets de sanatoriums, situés à mi-chemin entre l'expérimentation médicale et l'entreprise financière, virent le jour à partir de 1895. Ces projets – pour la plupart privés et à destination des classes aisées – prirent pour modèle les sanatoriums suisses de Davos et de Leysin dont la réputation était déjà grande. En mai 1895, le médecin parisien Camille Saunal vanta dans une brochure les vertus de l'aérothérapie, exprimant son ambition de créer « dans les montagnes de l'Aveyron une station d'altitude analogue à celles qui en Suisse, ont déjà guéri un si grand nombre de phtisiques»[472] . A titre expérimental, il créa, en mai 1895, à Saint-Chély-d'Aubrac (Aveyron), un sanatorium provisoire installé dans des bâtiments dépendant de l'ancien de l'hôpital d'Aubrac. La réputation du lieu lui valut dès le Moyen-Âge le surnom de « Petit Saint-Bernard de la France ». Situé à 1.400 mètres d'altitude sur un plateau calcaire prolongeant le Massif-Central, l'Aubrac était alors célèbre pour la cure de petit-lait, qui attirait en été de nombreux citadins. Le lieu semblait parfaitement indiqué pour le traitement climatique de la tuberculose. La première saison de cure tentée par Saunal à Saint-Chély-d'Aubrac se déroula entre juin et septembre 1895. L'état de santé de la dizaine de malades convoqués s'améliora notablement et ces résultats encourageants furent

[467] Knopf 1900, p. 88.
[468] *Idem* 1900, p. 243.
[469] Bernheim 1896/2, p. 369.
[470] Dumarest 1896, p. 5.
[471] Cité par Dumarest 1896, p. 5.
[472] Camille Saunal, *Sanatorium d'Aubrac (Aveyron), Aérothérapie, éléctrocthérapie, hydrothérapie*, Paris, Imprimerie L. Beilet, 1895, cité par Cransac 2000, p. 12.

communiquées à l'Académie de médecine en avril 1896. Saunal prétendait que la cure d'air pratiquée pendant un à quatre mois sur le plateau donnait des résultats comparables à ceux obtenus dans les meilleures stations des Alpes suisses[473]. Pour attirer la clientèle française habituée aux conditions de cure des meilleurs établissements suisses, il envisagea alors la construction d'un grand établissement de cure permettant d'allier le traitement de la tuberculose avec les exigences de la vie mondaine. Afin de pouvoir rivaliser avec les établissements de Davos et faire jeu égal avec la célèbre station d'Engadine, Saunal choisit de l'installer à « l'altitude classique de 1.400 mètres »[474]. Avant d'ouvrir le chantier, le médecin fit réaliser un pavillon en bois de vingt chambres, dénommé « chalet suisse », permettant de loger les malades dans de meilleures conditions que celles offertes par l'établissement provisoire (ill. 166). Le grand sanatorium d'Aubrac fut quant à lui réalisé entre 1900 et 1902 sur les plans de l'architecte départemental de l'Aveyron, Henry Pons* (1894-1978) (ill. 164). Il se composait d'un bâtiment unique de quatre niveaux encadré par des pavillons latéraux. On accédait au bâtiment par le Sud, en traversant la « vérandah » entièrement vitrée adossée au rez-de-chaussée de l'édifice ; celle-ci était utilisée comme galerie de cure les jours de mauvais temps et durant tout l'hiver (ill. 167). A l'arrière de cette galerie se trouvaient les services généraux (médecin, laboratoire, lingerie, buanderie, cuisine, économe). Le mur sud du rez-de-chaussée était entièrement aveugle de façon à isoler les malades en cure des services. Par le vestibule du rez-de-chaussée, on accédait au premier étage où étaient groupés les espaces de vie commune (salle à manger, salon, bibliothèque, billard) et quelques chambres latéralement. Toutes les pièces du premier étage donnaient sur une terrasse extérieure placée au-dessus de la « vérandah » encadrée par les pavillons d'extrémités. Cette terrasse était utilisée par beau temps pour la cure d'air. Les chambres des malades, toutes individuelles et orientées au sud, occupaient les deuxième et troisième étages du bâtiment. Les sanitaires et les salles de bains (un pour sept chambres) étaient placés au nord dans les avant-corps latéraux. L'établissement pouvait accueillir environ 45 malades en plus des vingt lits du « chalet suisse ». Contrairement à la plupart des sanatoriums de la fin du XIX^{e} siècle, tous les éléments du programme, y compris les locaux techniques, étaient groupés dans un bâtiment unique : en plaçant les services au nord de la galerie de cure, derrière un mur aveugle, l'architecte contourna habillement la critique selon laquelle les galeries placées au rez-de-chaussée des bâtiments privaient d'air et de lumière les pièces contre lesquelles elles s'adossaient. Au sanatorium d'Aubrac, au contraire, l'air et la lumière du sud étaient exclusivement affectés à la galerie de cure, tandis que les espaces situés au revers étaient éclairés par le nord.

Popularisé par les ouvrages sur le traitement climatique de la tuberculose et par la description des établissements suisses qu'y faisaient les médecins, le modèle du sanatorium alpin pour classes aisées suscita, en France, un réel engouement. C'est avec cette formule que le sanatorium fit son entrée à l'Ecole des beaux-arts de Paris[475] en 1895 avec, comme sujet pour la deuxième épreuve du concours pour le Grand prix de Rome, « un sanatorium dans une grande station alpestre » [476]. Le programme situait l'établissement à une altitude de 1.500 mètres – à nouveau celle de Davos – sur un vaste plateau, dégagé au Sud et protégé, au Nord, par de hautes montagnes. Le bâtiment principal, « moitié hôpital, moitié hôtel », était posé sur une terrasse de 200 mètres de long et comptait cinq étages : au rez-de-chaussée : les espaces de vie commune (vestibules, salles de réunions, cafés, billards, salles de lecture, de concert, de théâtre, de bal et salle à

[473] Camille Saunal vanta notamment les vertus de la région et de sa méthode dans un ouvrage intitulé *Sanatorium d'Aubrac. Asepsie pulmonaire et aérothérapie ; de la cure d'air envisagée au point de vue des doctrines pastorienne*, Paris, Imprimerie Salésienne, 1896. Il poursuivit ses recherches sur les vertus médicales locales avec l'aide de jeunes médecins venus se former à « l'aérothérapie » de la tuberculose : entre 1899 et 1902, pas moins de quatre thèses de médecine furent rédigées sur le sujet : P. Anglade, *Essai clinique de sanatorium de haute altitude à Aubrac*, Paris, Jouve, 1899 ; Cochy de Moncan, *Etudes sur l'aérothérapie*, Paris, Jouve, 1899 ; Ch. Andrieu, *Etude de climathérapie, Aubrac, climat et sanatorium*, Paris, Carré et Naud, 1901 ; Bérigaud, *Cure hygiéno-diététique associée à la cure d'altitude dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*, Paris, 1902. Ces travaux recensent à la fois les améliorations constatées chez les malades, s'attardent sur les cas de « guérisons radicales et absolues » observées au sanatorium et les mettent en relation avec une analyse détaillée du climat local.

[474] Au début de l'année 1898, alors qu'il expérimentait à Aubrac, toujours dans les aménagements provisoires initiaux, la cure d'hiver, il reçut « à titre de témoins » deux malades venus de la colonie franco-belge de Davos afin de comparer les résultats obtenus dans les deux localités. Cransac 2000, p. 20.

[475] En 1890 déjà, le programme d'un « sanatorium ou un hôpital maritime pour enfants » avait été intégré au concours de 2^{e} classe. « Ecole des Beaux-Arts. Concours de 2^{e} classe. Jugement du 3 janvier 1890 : un sanatorium, une chapelle funéraire, la porte d'une préfecture de police », in *La Construction moderne*, 18 janvier 1890, p. 170-173.

[476] « Académie des Beaux-Arts. Concours du Grand Prix d'architecture. Un sanatorium dans une haute station alpestre », in *La Construction moderne*, 6 avril 1895, p. 316-317.

manger pour 1.000 couverts) ; dans les étages : les chambres, face au Sud. Un établissement thermal complétait le programme ; le tout était entouré d'un vaste parc aménagé pour la promenade à pieds, en voiture à cheval ou en traîneau. Pour la cure, enfin, « une large galerie vitrée, chauffée, exposée au midi pour abris d'hiver » était prévue, ainsi qu'une « autre galerie ouverte, à la même exposition, pour l'été ». Les propositions formulées par les candidats relevaient de l'académisme le plus pompeux tel qu'il était enseigné à l'Ecole des beaux-arts, et présentaient peu d'éléments spécifiques à un établissement de cure, si ce n'est l'implantation face au sud du bâtiment principal, le plus souvent connecté au nord à l'établissement thermal. Le jury, qui espérait sans doute plus de retenue de la part des candidats pour ce programme au caractère fortement « alpestre », jugea pour sa part que les projets des candidats présentaient « trop de richesse et de complications »[477].

Par leur démesure et le peu d'attention qu'ils accordèrent aux caractéristiques du site et aux méthodes de cure, les projets de l'Ecole des beaux-arts ne firent qu'anticiper les ambitieux programmes envisagés en 1895 et 1896 par différents promoteurs. A cette époque, en France, les rares sanatoriums privés avaient l'envergure de modestes pensions de famille – que l'on pense aux sanatoriums du Canigou, de Trespoey ou d'Avon – et leurs prestations ne pouvaient en aucun cas rivaliser avec celles des luxueux sanatoriums suisses et allemands. Mesurant l'avance prise par les stations climatiques des Alpes suisses et de la Forêt-Noire, quelques investisseurs firent le pari du luxe pour esquisse une incursion dans le marché lucratif de la cure climatique des tuberculeux aisés. Contemporains l'un de l'autre, les sanatoriums projetés par la Société des sanatoria de France et par la Société des sanatoriums français avaient pour ambition d'égaler, voire de dépasser, le standing des établissements étrangers les plus réputés.

La première, la Société des sanatoria de France se déclara « convaincue que [les] malades peuvent trouver en France les soins qu'on leur prodigue à l'étranger, [...] d'autant plus qu'il y a dans notre pays des climats plus propices et plus pittoresques que ceux de Goerbersdorf, Falkenstein, Davos ou Leysin » [478]. En 189, elle mit sur pieds un comité médical et un comité technique chargés de repérer les sites les plus propices à la construction de sanatoriums pour phtisiques. Son projet était double : « Nous rapportant aux déclarations formelles du comité médical qu'aucune région ne peut convenir à la cure d'air des tuberculeux pendant toute l'année, il a été prévu [...] deux sites, un d'hiver, l'autre d'été, [...] dans lesquels, sans interruption aucune, le malade pourra continuer sa cure »[479]. Se proposant d'édifier deux établissements identiques qui n'auraient été utilisés q'une moitié de l'année chacun, la société faisait un pari financier audacieux, d'autant plus que les deux établissements prévus – le sanatorium de Bonmorin (Puy-de-Dôme) pour l'été, et celui du Mont Pacanaglia (Alpes-Maritimes), situé entre Nice et Villefranche, pour l'hiver – avaient des dispositions particulièrement grandioses (ill. 303-304). Le climat hivernal de la Côte d'Azur était sensiblement égal au climat estival de l'Auvergne en été, de sorte que les deux établissements pouvaient être parfaitement identiques, avec une capacité de 180 chambres individuelles chacun, soit près du double des standards de l'époque. Le bâtiment d'hospitalisation du sanatorium de Bonmorin comprenait un corps monumental central coiffé en son centre d'un dôme, couronné d'une lanterne. Au rez-de-chaussée se trouvaient les espaces communs (salles de concert, de lecture, de correspondance, de billard, de jeu, salons), auxquels était adossé, non pas une simple galerie de cure, mais un « péristyle ouvert en arcades » donnant sur la terrasse du midi. Dans les étages supérieurs, les chambres des malades étaient orientées au Sud et celles du personnel au Sord. Ce corps de bâtiment central était encadré par deux ailes symétriques, rabattues de 20° vers le sud et disposant, de la même façon, d'une galerie de cure au rez-de-chaussée et de chambres de malades dans les étages. Ces ailes étaient reliées au corps central par des galeries de communication vitrées superposées à chaque étage. Un vestibule carrossable traversant le rez-de-chaussée, sous la coupole, devait permettre de rejoindre, depuis la terrasse, le parc du sanatorium situé au nord à flanc

[477] Parmi les candidats dont les projets furent publiés en 1895 dans *La Construction moderne*, citons Tony Garnier, qui tentera une seconde fois le concours en 1897, avec un second projet de sanatorium. Au terme de la sélection, quatre candidats furent admis en loge : Garnier, Umbdenstock, Auburtin et Lemaresquier. *Idem*, p. 317.

[478] Les seules informations que nous ayons sur la *Société des sanatoria de France* sont celles données dans la brochure publiée en 1896 : Société des sanatoria de France pour les tuberculeux, *rapport du comité technique de la société française d'études*, Paris, Société française d'études, s.d. [1896].

[479] Société des sanatoria de France 1896, p. 6.

de coteau. Profond de 500 mètres, ce parc était aménagé à la française « de façon à offrir des perspectives agréables dans l'axe des pièces d'eau, de la terrasse et des bâtiments annexes », les principales allées se croisant sur un vaste rond-point, marqué en son centre par un obélisque. Publié le 25 mars 1896 dans *L'indépendance médicale*, l'article décrivant le projet établissait un parallèle avec le sanatorium populaire de Ruppertshain, en Allemagne (inauguré en 1895) dont une description détaillée avait été publiée moins d'une semaine auparavant (le 20 mars 1896) dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Excepté l'inflexion des ailes latérales vers le sud, la ressemblance avec Ruppertshain peut paraître mince et il est probable que la Société des sanatoria de France y vit surtout une caution médicale à son propre projet.

Les pensionnaires des deux sanatoriums auraient transhumé, au printemps et à l'automne, d'un établissement à l'autre, selon un rythme saisonnier dont était coutumière, il est vrai, la bourgeoisie de cette époque. Après avoir visité de nombreux sanatoriums, le médecin Samuel Bernheim, membre du comité médical en charge de ces projets, déplorait que « la plupart de ces établissements [soient] plutôt "appropriés" [c'est à dire aménagés dans des bâtiments existants] que construits spécialement à l'effet d'une cure d'air : ce sont de grands hôtels, ajoutait-il, dont l'hygiène est supérieure à celle d'autres établissements similaires mais où toutes les règles d'asepsie sont loin d'être observées »[480]. L'aménagement des chambres à Bonmorin et Pacanaglia les distinguait de simples maisons de cure : les chambres donnaient effectivement au Sud et disposaient d'un balcon individuel assez large pour y placer une chaise de cure. La fenêtre ouvrant sur ce balcon était divisée en trois battants, dont deux surmontés d'un vasistas « qu'il est impossible de fermer complètement » et le troisième muni d'un ventilateur afin que « la ventilation continue se pratique sans cesse ». Les chambres étaient dépourvues de tapis, de tapisseries ou de rideaux et meublées avec du mobilier métallique[481]. Le dispositif hygiénique qui consistait à traiter les angles du sol, des murs et des plafonds au moyen de gorges arrondies était ici transposé dans la volumétrie générale des bâtiments eux-mêmes : la jonction entre les galeries de communication et les ailes d'hospitalisation était réalisée au moyen de « demi-rotondes » répondant « à la préoccupation, érigée ici en principe, d'éviter toutes les arêtes vives ; aussi tous les angles saillants ou rentrants à l'intérieur comme à l'extérieur sont arrondis, les toitures, les détours, etc., ont une forme arrondie peu propre à retenir les poussières et les impuretés, et d'un nettoyage facile »[482]. Supprimant tout angle droit, ces « demi-rotondes » confèrent une sorte de "mollesse" au plan, qui ne peut que contraster avec la sécheresse néo-classique de l'élévation. Contre toute attente et sans doute pour hâter la décision d'investisseurs hésitants, la construction du sanatorium de Bonmorin fut engagée au printemps 1896 mais dut rapidement être interrompue au niveau du rez-de-chaussée. Le projet sera ensuite abandonné et le chantier du second sanatorium jamais ouvert.

Concurrente de la Société des sanatoria de France, la Société des sanatoriums français envisagea la même année de construire un vaste sanatorium de luxe au nord de Paris, à Agnetz (Oise) (ill. 299). Ce projet abandonnait la composition tripartite du sanatorium de Bonmorin (qui avait pour modèle le sanatorium de Ruppertshain), au profit d'un corps de bâtiment unique de 220 mètres de long, terminé par deux pavillons d'extrémités. Il adoptait « un plan circulaire en courbe légère, ce qui permet de donner à toutes les chambres et galeries de cure le maximum d'étendue de vue, et d'avoir toute la façade, sans exception, éclairée et chauffée par le soleil à toutes les heures de la journée »[483]. Le centre de la composition était marqué, comme à Bonmorin, par une coupole monumentale et l'aménagement des chambres fut conçu pour offrir les meilleures garanties d'hygiène. Le projet comptait 200 chambres dont un certain nombre en catégorie « de luxe ». Selon les promoteurs du projet, financiers et autres investisseurs réunis dans la Société des sanatoriums français, l'établissement d'Agnetz devait être le premier d'une série de plusieurs sanatoriums – formant une sorte de chaîne d'établissements de cure – censés mettre à disposition des malades toute la diversité des climats français[484]. De cet ambitieux projet, nous n'avons

[480] Bernheim 1896/2, p. 370.
[481] Marty-Martineau 1896, p. 99.
[482] Société des sanatoria de France 1896, p. 10.
[483] *Ibidem.*
[484] « [Un] second sanatorium sera créé aussitôt après, sur la plus belle partie de la côte normande, entre Trouville et Honfleur, également à proximité de Paris, dans une propriété grandiose, déjà choisie par la Société, sur un plateau merveilleusement situé et dans un décor idéal, avec forêt de sapins et vue splendide de la mer. Dans des propriétés, choisies également pour leur situation

toutefois trouvé d'autre trace qu'une brochure publicitaire datant de 1896. Aucun des sanatoriums projetés ne fut construit.

A la même époque, Charles Sabourin décida de quitter Vernet-les-Bains pour fonder un nouvel établissement à Durtol (Puy-de-Dôme), à trois kilomètres de Clermont-Ferrand (ill. 317). Comme son précédent établissement, ce sanatorium fut aménagé dans un bâtiment existant, le château de Durtol, situé à 520 mètres d'altitude, au milieu d'un parc de cinq hectares[485]. Les raisons de ce transfert sont obscures et Knopf relevait notamment la situation privilégiée de Durtol, situé « au centre de la France, à neuf heures de Paris, au milieu de toutes les grandes stations thermales d'Auvergne » ; l'établissement était ainsi plus facile d'accès à la riche clientèle du nord de la France. Les pensionnaires étaient logés dans l'ancien château et dans une aile adjacente sommairement aménagée. Ils passaient l'essentiel de la journée en cure : l'hiver dans les galeries adossées à la façade sud des bâtiments ; l'été dans celles, plus fraîches, construites à peu de distance du sanatorium dans un bois (ill. 318). Après 1895, plusieurs sanatoriums privés furent créés dont les dimensions étaient le plus souvent modestes. Nous évoquerons ici certains d'entre eux.

Le sanatorium de Trespoey (Pyrénées-Atlantiques) fut fondé en 1896 par un médecin dénommé Crouzet, à quelques kilomètres de Pau, dans un ancien château (cat. 64-21). Il ne comprenait à l'origine que 14 lits. Crouzet pratiquait à Trespoey la méthode « diététique hygiénique des auteurs allemands »[486], plus précisément celle de Falkenstein, dans une variante qui permettait aux malades de pratiquer plus d'exercices physiques. Un autre médecin, Emile Duhourceau[487], proposa en 1896 à la Société d'hydrologie médicale de Paris ainsi qu'au Congrès des sociétés savantes de la Sorbonne, la création d'un « sanatorium modèle pour tuberculeux » dans les Pyrénées, vraisemblablement dans la station thermale de Cauterets[488]. Ce projet resta toutefois sans suites. En 1897, un deuxième sanatorium pyrénéen fut créé à Salies-du-Salat (Haute-Garonne, ill. 215), suivi en 1900 par le modeste sanatorium du Chiroulet à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées). Bénéficiant de la douceur du climat du Val de Loire, un sanatorium fut ouvert en 1898 à Meung-sur-Loire (Loiret, cat. 41-04), à proximité d'Orléans, puis un autre, le sanatorium des Pins, en 1900 à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher, ill. 248-250). La valeur thérapeutique du climat du Massif Central avait été démontrée par les expériences d'Aubrac et de Durtol. L'ouverture du grand sanatorium d'Aubrac, en 1902, fut suivie en 1903 par celle du sanatorium de Dienne (Cantal, cat. 15-02). Dans les Alpes, plusieurs établissements pour malades payants furent créés dans le sillage du sanatorium d'Hauteville. Vers 1900, le médecin grenoblois Fernand Berlioz et l'industriel Félix Jourdan tentèrent de créer un sanatorium d'altitude à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), petite commune située à 1.000 mètres d'altitude sur le plateau des Petites-Roches, en bordure du massif de la Chartreuse. Leur initiative, toutefois, resta sans suites[489]. Plus au

---

exceptionnelle (...), seront créés simultanément (...) ou successivement, les sanatoria suivants formant le complément de notre projet : dans les Vosges, cette Forêt-Noire française, aussi belle assurément que l'Engadine ; sur un des points les plus merveilleux de la Côte d'Azur ; un sanatorium d'altitude sera installé dans les Cévennes, dont la majestueuse splendeur ne le cède rien aux paysages accidentés de l'Ecosse et de la Norvège ; puis un autre dans la poétique Savoie où la beauté incomparable des Alpes, des forêts et des lacs attirent, captivent et font revenir sans cesse les étrangers qui comprennent, admirent et aiment notre belle patrie (...). Le médecin-inspecteur pourra donc alors envoyer les malades dans tel établissement à choisir par lui, ou fera suivre la cure en changeant de sanatorium selon qu'il le jugera nécessaire pour leur complet rétablissement. » *Ibidem*.

[485] Knopf 1900, p. 244-248.

[486] *Idem*, p. 248-251.

[487] Emile Duhourceau publia plusieurs ouvrages et notices sur les eaux thermales de Cauterets, notamment *Du traitement de la pleurésie chronique par les eaux thermales sulfureuses de Cauterets*, Paris, Delahaye, 1877.

[488] Bernheim 1896/2, p. 376.

[489] Ils créèrent la Société anonyme des sanatoriums des montagnes de la Grande Chartreuse et présentèrent leur projet au conseil municipal en janvier 1900. Le choix du plateau des Petites-Roches semble s'expliquer par les terrains qu'y possédait Félix Jourdan mais surtout par les conditions météorologiques exceptionnelles dont jouissait le site. Féru de climatologie, Berlioz présenta, avec Léon Leriche, médecin-directeur du sanatorium de Meung-sur-Loire, au Congrès international de climatologie et d'hydrologie de Grenoble en 1902, un exposé sur les *Conditions météorologiques nécessaires à l'installation d'un sanatorium* (Berlioz & Leriche 1902). Cette étude complète, basée sur les informations recueillies auprès des médecins-directeurs des sanatoriums de Falkenstein, Hohenhonnef, Hellendorn (Hollande), Arosa, Leysin, Boserup (Danemark) et Arcachon, confirme la valeur du climat de Saint-Hilaire-du-Touvet, sec, ensoleillé mais aussi idéalement situé entre Chambéry et Grenoble. Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver les plans de ce projet ni même le nom de l'architecte. Le projet bénéficia dans un premier temps du soutien du conseil municipal qui considérait que « la construction d'un sanatorium constituerait un puissant élément de prospérité pour la commune » (A.M. de Sainte-Hilaire-du-Touvet, 1900, cité par Pelloux-Lévêque 2004, p. 34) et décida de le soutenir, avec ses moyens limités, en attribuant à l'établissement 500 m³ de résineux provenant des forêts communales. La municipalité promit également de financier la construction d'une route carrossable entre le futur sanatorium, situé en partie haute du plateau, au pied des montagnes, et le village. Malgré ces avantages concédés par la commune, le projet n'aboutit pas, faute, sans doute, d'avoir pu trouver un financement pour l'édification de l'établissement de 110 lits. Le projet est relancé en 1906, puis à la veille de la Première Guerre Mondiale, sans succès. Voir à ce sujet : Pelloux-Lévêque 2004.

sud, le Grand-Hôtel des Alpes fut ouvert en 1902 à Thorenc (Alpes-Maritimes) sur l'initiative de deux médecins suisses de Leysin (cat. 06-08) ; malgré son nom, il s'agissait d'un véritable sanatorium de cure. Idéalement située à 1.200 mètres d'altitude et à 40 kilomètres seulement de Cannes, Thorenc était alors décrit comme « une station à la fois médicale et mondaine »[490]. Le Grand-Hôtel était plus représentatif des vallées suisses que des paysages méditerranéens : constitué de hauts pignons en bois, de balcons saillants à l'aspect rustique et de lucarnes en toiture, son architecture était également très éloignée des sanatoriums allemands ou de Davos. Le parti asymétrique et la recherche d'éléments pittoresques s'inspirent plutôt de l'architecture hôtelière du début du XX^{e} siècle, ce qui n'est pas contradictoire avec sa dénomination de Grand-Hôtel des Alpes. S'agissant de la cure, l'établissement ne possédait vraisemblablement pas de galerie de cure commune et la plupart des chambres disposaient d'un balcon privé. En 1904, le sanatorium Bellecombe ouvrit ses portes Hauteville (Ain), à proximité du sanatorium populaire Félix Mangini[491] (cat. 01-03). Plus au nord, dans les Vosges, le sanatorium d'Isches (cat. 88-01) fut ouvert en 1905. En région parisienne, le sanatorium d'Avon (Seine-et-Marne, ill. 396) fut aménagé dans au tournant du siècle dans une ancienne maison d'artiste située au cœur de la forêt de Fontainebleau. Il fut bientôt concurrencé par les sanatoriums des Ombrages, à Versailles et par celui de Buzenval à côté de Marly-le-Roi (cat. 92-03). Le sanatorium des Roses, à Chevilly-Larue (Val-de-Marne, cat. 94-01), fut créé avant 1910. Sur la Côte d'Azur enfin, les luxueux sanatoriums du Mont-des-Oiseaux à Hyères et de Gorbio (Alpes-Maritimes) ouvrirent en 1903 et 1906 d'après les plans de l'architecte A. Gléna. Celui de Gorbio se distinguait assez peu, de par son architecture, des hôtels de la côte et, sur ses 53 chambres, seulement 10 disposaient de loggias attenantes pour la cure d'air et des galeries de cure collectives étaient installées dans le parc pour les autres pensionnaires[492] (ill. 162). A son ouverture en 1903, le sanatorium du Mont-des-Oiseaux fut décrit par le *Touring Club de France* comme le plus luxueux établissement de cure de la côte d'Azur[493] (ill. 163). Il comprenait deux pavillons reliés à un bâtiment central par des galeries de cure surmontées de terrasses. Les résultats thérapeutiques y furent toutefois décevants et Cotoni précisait en 1906 qu'« à peine ouvert, le sanatorium reçut les malades tousseurs de tous les points de la France. Les uns, le plus grand nombre, arrivèrent très malades, souvent incurables, parfois moribonds. L'un d'eux mourut cinq jours après son entrée. Les autres, en très petit nombre, étaient justiciables de la cure et pouvaient en tirer bénéfice. Le résultat global fut ce qu'il devait être dans de telles conditions, c'est à dire franchement mauvais. Il fut assez mauvais pour qu'on ait jugé bon de ne pas poursuivre plus longtemps l'expérience »[494]. Trois ans seulement après son ouverture, le sanatorium fut hâtivement converti en simple « maison de repos »[495], sans réelles prétentions thérapeutiques. Pour expliquer ces déconvenues, André Halipré* (1866-1956), secrétaire de l'*Œuvre du sanatorium rouennais*, estimait que les malades aisés avaient peu de bénéfices à espérer de la cure hygiéno-diététique :

> *Le riche, en effet, devient tuberculeux malgré les conditions privilégiées de son existence. Alors que tout semblait le préserver : bonne alimentation, bonne hygiène générale, absence de surmenage, il tombe malade. Il devient tuberculeux parce qu'il est prédisposé et peu résistant. Guéri au sanatorium, il ne pourra à sa sortie retrouver de conditions meilleures que celles dans lesquelles il vivait lors de son entrée ; il reste fragile, exposé à retomber à la première fatigue*[496].

En 1902, un projet de sanatorium fut conçu à Carrières-sous-Poissy (Yvelines), à l'ouest de Paris. Il présentait un style arabisant propre à l'architecture éclectique de la fin du XIX^{e} siècle (ill. 417). Destiné aux « malades riches »[497], le projet présentait un plan carré occupé en son centre par un vestibule desservant des chambres individuelles situées en périphérie. Contre les faces sud et ouest du bâtiment, étaient disposées au premier étage, deux « vérandas » couvertes de 45 mètres de longueur, servant, selon

[490] Nous ne connaissons toutefois pas l'identité de ces médecins. Marro 2006, p. 49.
[491] Dumarest 1997, p. 27.
[492] S.a., « Sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes) », in *La Construction moderne*, 14 avril 1906, p. 326-327.
[493] Congrès de la tuberculose 1905, p. 373.
[494] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 déc. 1906. A.D. de la Seine-Maritime, 1XP 1479.
[495] Léon-Petit, « Histoire d'un sanatorium », in *La Presse médicale*, 14 novembre 1906, cité par Halipré dans le compte rendu de l'assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 déc. 1906. A.D. de Seine-Maritime, 1XP1479.
[496] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 déc. 1906. A.D. de la Seine-Maritime, 1XP 1479.
[497] « vermögliche Kranke ». S.a., « Sanatorium von Carrières-sous-Bois bei Paris », in *Schweiz. Bauz.*, 1902, n°12, vol 39, p. 128-129.

l'article publié en 1902 dans le *Schweizerische Bauzeitung*, de « Wandelhallen », c'est à dire de promenoirs. Ces galeries étaient transformées en simples terrasses au deuxième étage. Bien que la catégorie de malades accueillis ne fût pas précisée, la présence d'un service d'hydrothérapie au rez-de-chaussée, les vérandas et leur exposition à l'ouest et au sud ne laissent pas de doute sur la nature des malades accueillis dans ce « sanatorium », conçu pour les « poitrinaires ». L'auteur du projet n'était d'ailleurs pas un architecte mais un ingénieur, dénommé Meyer qui, à dessein sans doute, ne conserva aucun des éléments caractéristiques de l'architecture sanatoriale, de façon à en évacuer tout caractère hospitalier ou même sanitaire pour le bien être des pensionnaires. Bien qu'extrêmement compact et assez inhabituel s'agissant d'un sanatorium, le plan offrait toutefois de bonnes conditions la cure hygiéno-diététique : les chambres disposaient d'un prolongement direct sur les galeries, les malades jouissaient d'un parc pour les promenades et même la gestion des poussières produites par le chauffage avait été résolue : une haute « cheminée-phare, colonne monumentale »[498] (ill. 418) permettait de les rejeter suffisamment loin pour qu'elles n'incommodent pas les pensionnaires.

Ces projets et ces réalisations montrent l'hétérogénéité du mouvement sanatorial en France à la fin du XIX[e] siècle. Les créations restent peu nombreuses et font rarement l'objet de constructions neuves (excepté à Villiers-sur-Marne). Surtout, elles sont le fait de l'initiative privée, philanthropique ou commerciale : les autorités publiques restent absentes du débat en dépit des sollicitations du cors médical.

1.3.4. Définition et usages du terme « sanatorium » en France.

Sanatorium, sanatoria.

Le mot « sanatorium » mérite sans doute quelques explications étymologiques. Ce terme dérive du verbe latin *sanare* (soigner, guérir) et fut employé à partir du VI[e] siècle dans les textes de Cassiodore[499] (485-580) sous la forme *sanatorius*. Oublié pendant des siècles, il fut vraisemblablement réintroduit par les médecins anglais – notamment Georges Bodington – vers 1842, pour désigner une « station de plein air » à vocation thérapeutique. Le terme connut ensuite une certaine mode dans les pays anglo-saxons et fut employé parfois avec la variante orthographique de *sanitarium*, qui persista aux Etat-Unis et en Grande-Bretagne jusqu'au milieu du XX[e] siècle[500]. Selon le dictionnaire Le Petit Robert, le mot « sanatorium » fut introduit en France en 1878[501], mais il n'entra dans le dictionnaire Larousse qu'en 1890 pour désigner un hôpital maritime. A la fin du XIX[e] siècle, le mot « sanatorium » était couramment utilisé pour désigner les établissements de soins qui se distinguent de l'hôpital par une méthode de cure spécifique, et notamment climatique, en montagne ou à la mer. En France, il s'appliquait plus particulièrement aux hôpitaux maritimes et, en Suisse et en Allemagne, aux établissements pour phtisiques. En Allemagne, on distinguait en général les établissements pour malades payants, pour lesquels était utilité le terme latin *Sanatorium*, des établissements populaires, désignés par le terme germanique *Volksheilstätte* (établissement populaire), *Lungenheilstätte* ou *Lungenheilanstalt* (établissement pour malades pulmonaires)[502]. Cette distinction était admise dans le *Handbuch der Architektur* en 1903[503]. Dans les langues romanes, au contraire, le terme *sanatorium* fut adopté sans difficulté mais systématiquement adapté : « sanatorio » en italien et en espagnol, « sanatório » en portugais. En France, le mot « sanatorium » fut conservé dans sa forme latine ce qui rendit son pluriel problématique : « sanatoria », selon la grammaire latine, « sanatoriums », selon la grammaire française. Adopté par la législation française de 1919[504], le pluriel

[498] Ce projet fut présenté à la Société des artistes français en 1902. *La Construction moderne*, 17 mai 1902, p. 389.
[499] Cassiodore (485-580), homme politique, érudit et historien latin, ancien ministre de Théodore le Grand.
[500] Chaumuzeau 2004, p. 3.
[501] *Dictionnaire Le nouveau petit Robert*, Paris, Dictionnaires le Robert, 1995, p. 2031.
[502] Condrau 2000, p. 57.
[503] Von Weltzien 1903, p. 130.
[504] Dans l'introduction à son rapport sur les sanatoriums en mars 1917, André Honorat précise que « c'est à dessin que nous disons « sanatoriums » et non « sanatoria ». On nous permettra de croire, en effet, que ce serait une erreur de ne pas appliquer les règles générales du pluriel, en français, à des mots destinés à entrer dans la langue populaire ». (J.O. 13 mars 1917, p. 366). Une mise au point est publiée dans *La vie saine*, août 1924, n°13, p. 4 : « Doit-on dire des « sanatoriums » ou des « sanatoria » ? Ceux qui disent des sanatoria s'appuient sur ce principe que les mots latins terminés en « um » font leur pluriel en « a », donc le mot sanatorium, mot

français « sanatoriums » devint la règle en France dans l'entre-deux-guerres. « Sanatorium est un nom naturalisé français, écrivait Guinard en 1925, qui doit faire son pluriel selon les règles de notre langue. On doit dire et écrire "des sanatoriums", et non pas "des sanatoria" »[505]. Cela n'empêcha pas les fervents latinistes d'utiliser le pluriel « sanatoria », que l'on croise régulièrement dans les textes médicaux ou architecturaux des années vingt et trente. Le vocabulaire français s'enrichit également de plusieurs mots formés sur la base de « sanatorium » : le verbe « sanatorier » (envoyer un malade en sanatorium), les adjectifs « sanatoriable » (qui peut bénéficier du traitement en sanatorium, justiciable de la cure en sanatorium) et « sanatorial », ce dernier ayant été préféré à « sanatoire » (propre à guérir), provenant du vieux français mais tombé en désuétude depuis longtemps[506].

Les sanatoriums maritimes et les sanatoriums pour malades non-tuberculeux.

Dans *La Grande encyclopédie* publiée au tournant du XX[e] siècle par Marcellin Berthelot, le médecin A.F. Plicque[507] proposait une définition assez large du sanatorium :

> *Sanatorium : Etablissement où l'on installe des convalescents ou des malades afin de les faire profiter d'un climat favorable à leur guérison ou à l'atténuation de leur mal. Dans les pays tropicaux, cette pratique est usuelle d'envoyer les Européens dans les stations où l'altitude est suffisante pour les replacer dans les conditions de leur pays d'origine au point de vue de la température et de l'état hygrométrique. Elle s'est étendue même aux régions tempérées pour le traitement de certaines affections : scrofule, anémie et surtout tuberculose. Citons les sanatoria de Davos en Engadine et d'Adirondack (Etat de New-York).*[508]

Il peut sembler étonnant que, selon cette définition, le sanatorium soit avant tout considéré comme un établissement de convalescence pour coloniaux et, accessoirement, comme un établissement de soins pour scrofuleux, anémiés et tuberculeux. Contrairement à l'Allemagne et à la Suisse, la prise en charge des tuberculeux pulmonaires dans les sanatoriums populaires n'était pas à l'ordre du jour en France. Les premiers à faire un usage systématique du « sanatorium » furent, en France, les militaires, qui créèrent des stations médicales ainsi dénommées dans les colonies dont le climat tropical causait d'importants troubles de santé aux occidentaux. Le sanatorium conservait ici son acception exclusivement climatique :

> *La vie des européens est en butte à de si nombreuses causes de destruction dans les pays intertropicaux, la santé y est si précaire, les principes vitaux eux-mêmes sont si profondément modifiés [...] qu'on a dû chercher [...] à mettre les hommes fatigués, les convalescents dans des conditions climatériques* [sic] *meilleures que celles imposées par les obligations de la vie commerciale ou militaire. Le regard s'est porté aussitôt du côté des montagnes, des hauteurs où la chaleur est moins dense, où l'air est plus vif, où le sol est plus sec et moins fertile en miasmes fébrigènes, où le climat, enfin, se rapproche davantage des climats tempérés.*[509]

Ces propos du médecin Edouard Dufouy, en 1883, nous éclairent sur les raisons ont incitèrent les médecins militaires à désigner comme « sanatorium » ces structures sanitaires coloniales : comme dans l'établissement de Brehmer, les convalescents y suivaient une cure « climatérique » ayant pour objectif de « chercher, *sur place*, les moyens de rétablir les convalescents pour leur permettre d'entreprendre le voyage de retour dans des conditions de santé suffisantes »[510]. Dufouy mentionnait le cas du sanatorium sénégalais de Kita, pour lequel il avait fallu « trouver un point d'une altitude suffisante, peu éloigné du poste, facilement accessible, situé sur un sol sec, à l'abri des vents de la région [...], ayant de l'eau potable à une

---

latin, doit faire au pluriel « sanatoria ». Parfaitement, réplique-t-on dans le camp adverse, les mots latins font leur pluriel comme ils l'entendent. Peu nous importe que le mot sanatorium ait une origine et une désinence latines, nous l'avons adopté et nous lui avons donné ses lettres de naturalisation française, il est donc soumis aux lois françaises comme ses camarades : vélums, péplums, albums, aquariums, muséums, sérums, géraniums, colombariums, etc, et du moment que les professeurs de latin distribuent à leurs élèves des « pensums » et non des « pensa », ne nous montrons pas plus latinistes que les préposés à la garde du latin, et disons des « sanatoriums ». Ce faisant nous éviterons de compliquer la grammaire, d'un mot que nous voulons rendre populaire. Ajoutons que les partisans du pluriel « sanatoria » se font de jour en jour plus rares ».

[505] Guinard 1925, p. 116.

[506] Chaumuzeau 2004, p.3.

[507] Médecin de l'Assistance publique de Paris, Plicque était impliqué depuis 1890 dans la construction du sanatorium d'Angicourt.

[508] Plicque 1900, p. 410.

[509] Dupouy 1883, p. 365.

[510] *Idem*, p. 367.

petite distance, ombragé, possédant de charmants horizons, protégé contre les émanations fébrigènes [sic] de la plaine par l'altitude et un rideau d'arbres fournissant, sur place, les divers matériaux nécessaires pour construire des logements »[511]. La conformité de ces exigences avec celles formulées pour les sanatoriums pulmonaires est surprenante. Nous n'avons pas pu déterminer la date précise de création des premiers établissements de ce genre, ni celle à laquelle ils furent qualifiés de « sanatoriums ». Il serait intéressant, par exemple, de savoir si des établissements similaires furent également construits, avec l'appellation de sanatorium, dans les colonies britanniques. Cela parait fort probable si l'on se réfère aux discours médicaux sur la valeur thérapeutique des climats des Indes orientales et des Antilles anglaises, relayés par Clark et ses confrères anglais dès les années 1820 et 1830[512], et qui évoquaient le lien entre le traitement climatique de la phtisie et celui des fièvres tropicales[513]. Si l'origine commune des sanatoriums tropicaux et des sanatoriums pour tuberculeux (tous deux basés sur le traitement climatique, notamment en altitude) ne fait pas de doute, nous ne savons pas exactement ce qu'il advint des premiers. Ces sanatoriums constituent pour ainsi dire une branche mineure de la grande famille sanatoriale, développée sur la base des théories médicales du XIX^{e} siècle pour corriger les problèmes de santé que pouvaient rencontrer les Européens du fait du « changement d'air » auquel ils étaient soumis dans les régions tropicales. Ils constituent une belle illustration de la plasticité de ces théories climatiques et du pragmatisme des médecins toujours enclins à expérimenter de nouvelles méthodes dans des contextes variés.

En France, la création de « sanatoriums » dans les colonies tropicales fut le fait des autorités militaires. Selon Dupouy, en 1883, il existait de telles formations à la Martinique (sanatorium de Balata), à la Guadeloupe (Camp Jacob) et à la Réunion (établissement de Salazie)[514]. Au Sénégal, le sanatorium de Kita fut inauguré le 17 octobre 1882 dans le massif du même nom, sur un grand plateau situé à 650 mètres d'altitude. Il se composait de « logements provisoires [...] construits en paille » : quatre « grandes cases à toit double et vérandah ; deux pour les hommes, deux pour les officiers » et « deux grands gourbis pour les chinois et les noirs »[515]. Pour agrémenter leur séjour, les malades disposaient, comme dans les établissements de cure allemands, d'un « kiosque de repos » et d'un « belvédère ». Le sanatorium était situé à quatre kilomètres du fort de Kita et accueillait un grand nombre de militaires atteints, entre autres, de fièvre bilieuse mélanurique, d'anémie paludéenne, de congestion du foie, d'ulcère endémique et d'anémie profonde, de cachexie paludéenne et de dysenterie chronique. Les résultats thérapeutiques furent jugés satisfaisants et, en 1883, un projet de construction durable était à l'étude. Nous ne savons pas s'il fut exécuté. En avril 1895, alors la campagne militaire de Madagascar s'achevait, le sanatorium militaire de Nossi-Combo fut aménagé en quelques mois pour les « convalescents du corps expéditionnaire » français. Cet établissement provisoire pouvait recevoir 500 malades répartis dans douze baraques démontables de type *Espitalier* expédiées de France. Pour des questions climatiques, elles furent installées sur un éperon rocheux situé à 500 mètres au-dessus de la mer[516]. En Indochine, de la même façon, les autorités françaises se préoccupèrent, dès la fin de la conquête militaire, en 1896, de « soustraire les troupes, [...] à l'influence débilitante du climat pendant la saison chaude, en les plaçant dans des conditions de milieu se rapprochant le plus possible de celles de la métropole »[517] et, en 1904, le ministre des colonies fixa les directives relatives à l'installation de stations sanitaires maritimes et d'altitude en Indochine. En 1905, le sanatorium de Cap Saint Jacques fut créé à destination des convalescents et anémiés de la Cochinchine, puis la station maritime de Samson pour les convalescents du Tonkin, tandis que les médecins examinaient la valeur

[511] *Ibidem.*
[512] Un autre élément permet d'accréditer l'hypothèse d'une origine anglaise pour ces sanatoriums coloniaux : une note dans l'article d'Edouard Dupouy précise qu'« il est préférable de dire Sanatorium au lieu de Sanitarium. Le premier dérive du verbe, le seconde sanitas ». Le terme « sanitarium » fut longtemps utilisé dans le monde anglo-saxon où il aurait put être emprunté par les médecins français pour désigner ces établissements tropicaux. Dupouy 1883, p. 365.
[513] Nous savons toutefois que d'autres pays européens appliquaient, à la fin du XIX^{e} siècle, cette formule thérapeutique dans leurs colonies puisqu'en 1898 l'Etat belge souhaita faire édifier aux Canaries un sanatorium à destination des colons du Congo qui y auraient fait escale pour reconstituer leurs forces avant de rentrer en Europe. Congrès de la tuberculose 1898, p. 765.
[514] Dupouy 1883, p. 365-366.
[515] *Idem*, p. 368.
[516] Concernant cette « aventure », voire : Edouard Hocquard, « L'expédition de Madagascar. Journal de Campagne », in *Le tour du Monde*, Tome III, Nouvelle série, du 6 février au 27 mars 1897.
[517] Gaide, Inspecteur général des services sanitaires et médicaux de l'Indochine, *Les stations climatiques*, bulletin édité à l'occasion de l'exposition coloniale de 1931, cité par le site internet : http://belleindochine.free.fr, 9 octobre 2009.

climatique des stations d'altitudes du massif du Tam-Dao, au Tonkin, et du plateau de Dalat dans le Sud Annam[518]. Nous ne disposons malheureusement pas d'illustration de ces établissements.

Cette acception élargie du terme sanatorium perdura jusqu'à la Première Guerre Mondiale et fut utilisée, en 1910 encore, dans le cadre du concours de l'Ecole des beaux-arts de Paris pour le Grand prix de Rome. Le programme d'un *sanatorium sur les côtes méditerranéennes* était énoncé en ces termes : « Le fondateur d'un centre de civilisation africaine a donné [...] les moyens de créer un établissement, où de hauts fonctionnaires des colonies, des officiers, des soldats, anémiés par le climat tropical, trouveraient un stationnement temporaire favorable au rétablissement de leur santé ou les conditions d'une retraite heureuse »[519]. D'autres établissements, destinés aux enfants affaiblis, furent conçus dans les années 1890 sous le nom de « sanatoriums », entendus, une fois encore, sous l'acception générale d'établissement de convalescents. En septembre 1893, le département du Vaucluse envisagea ainsi la création d'un établissement pour enfants affaiblis, exempts de maladies contagieuses et surtout de la tuberculose. Souhaitant réaliser un simple « essai », le département pensa limiter ses dépenses avec l'implantation de « deux baraquements ou pavillons qui seraient réunis par un promenoir »[520]. Le Vaucluse s'associa alors avec le département du Gard pour un projet dénommé « sanatorium interdépartemental du Vaucluse et du Gard », qui constitue l'un des premiers du genre en France. Dès 1894, toutefois, la décision fut prise de construire un véritable « sanatorium d'altitude » à Arrigas (Gard), commune située sur les contreforts du Massif-Central. L'architecte départemental du Gard, M. Randon de Grolier*, fut chargé du projet et prit paradoxalement pour modèle le sanatorium maritime d'Arcachon créé en 1888 par Antoine Armaingaud* sur les plans de l'architecte Ormières[521] (ill. 218-219). Le règlement intérieur du sanatorium d'Arrigas fut également copié sur celui d'Arcachon. L'établissement n'était ouvert que l'été et accueillait, du 15 juin au 15 septembre, les enfants de 0 à 4 ans « atteints d'affection des voies digestives ordinairement liées à la dénutrition et les enfants affaiblis »[522]. L'architecte conçut un bâtiment de cent lits composé de deux ailes de cinquante lits chacune réunies par un bâtiment de liaison ; ces trois corps se déployaient en U autour d'une cour centrale (ill. 211-212). Les dispositions adoptées à Arrigas étaient proches de celles d'Arcachon, s'agissant notamment de l'articulation des bâtiments autour d'un corps central de services et d'une cour. L'architecte précisai que, dans les pièces, « les angles seront arrondis, une ventilation spéciale pratiquée dans l'épaisseur des murs assurera le renouvellement constant de l'air, les enduits intérieurs [...] seront composés de matières d'une solidité et d'une dureté parfaites et très lisses de façon à pouvoir être lavés sans inconvénient »[523]. Pour des raisons de budget, le projet fut amputé de l'aile est et seul le pavillon central et l'aile ouest furent réalisés. On peut s'interroger sur la pertinence de prendre un hôpital maritime comme modèle pour édifier un établissement d'altitude. Nous formulons ici l'hypothèse que le sanatorium d'Arcachon fut considéré par les services départementaux comme un archétype d'hôpital pour enfants, ce qui constituait effectivement sa véritable spécificité. Ce modèle ne fut néanmoins pas transposé sans adaptations et les bâtiments du sanatorium d'Arrigas apparaissent fortement resserrés autour de la cour centrale, ainsi mieux protégée. Arcachon offrait au contraire un plan plus aéré composé de bâtiments d'un ou deux niveaux. Si l'architecte respecta les principes propres à assurer l'hygiène et l'aération des malades, la méthode hygiéno-diététique, pas plus que les exemples suisses ou allemands ne furent évoqués.

Le sanatorium d'Arrigas est contemporain d'un autre projet de « sanatorium de montagne pour les enfants débiles, lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux au premier degré »[524], engagé entre 1890 et 1894 dans le Rhône. Ce sanatorium devait être édifié à Magny et former le pendant, en moyenne altitude, de l'hôpital maritime Renée Sabran, inauguré en 1892 à Hyères (Var) par les Hospices civils de Lyon.

[518] *Ibidem.*
[519] A. Gelbert, « Concours du Grand prix de Rome. Un sanatorium sur les côtes méditerranéennes », in *La Construction moderne*, 30 juillet 1910, p. 519-520.
[520] Préfecture du Vaucluse, création d'un sanatorium pour jeunes enfants, 31 mai 1894. A.D. du Gard, 4 N 121.
[521] Sanatorium d'Arcachon. Plan, vue perspective et notice, Nîmes, le 30 mai 1894. A.D. du Gard, 4 N 121.
[522] Service des bâtiments du département du Gard. Sanatorium interdépartemental de Vaucluse et du Gard. Rapport du 31 mars 1896. Rapport de l'architecte départemental. A.D. du Gard, 4 N 121.
[523] *Ibidem.*
[524] S. a., *Le sanatorium départemental de Magny. Le dossier de la cause. Projet de sanatorium de montagne pour les enfants débiles, lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux au 1er degré du Rhône*, Lyon, Imprimerie Storck, 1892.

Contrairement au sanatorium d'Arrigas, celui de Magny devait donc accueillir des tuberculeux. Ce projet ne fut toutefois pas réalisé. Quelques années plus tard, en 1902, le département de l'Hérault envisagea la création d'un sanatorium départemental « pour enfants atteints de diarrhées infantiles », programme également très similaire à celui du sanatorium d'Arrigas. Le plateau de Bayssières, situé à une altitude 700 mètres sur la commune de Saint-Pons, fut retenu en 1903 pour sa construction[525]. Au-delà du programme, il existait une certaine ressemblance entre le sanatorium de Bayssières et celui d'Arrigas du fait de la disposition, sur le modèle d'Arcachon, des bâtiments autour d'une cour. Arrigas est d'ailleurs nommément cité par l'administration de l'Hérault pour la mise en œuvre de son projet. Achevé en 1912, le sanatorium de Bayssières présentait, de façon plus marquée encore que celui d'Arrigas, une cour ceinturée de « terrasses couvertes de deux mètres de largeur formant galeries ». Conçues vraisemblablement comme des dégagements, ces terrasses couvertes furent élargies et aménagées en galeries de cure lors de l'aménagement du bâtiment en préventorium en 1919 (ill. 225)[526].

La construction d'un « sanatorium de lépreux », en 1901 dans les Vosges, (ill. 433) est un autre exemple de ces « sanatoriums » non liés au traitement de la tuberculose. Réalisé par l'architecte Mougenot pour le Comité national français de l'Œuvre des lépreux[527], il offrait des conditions d'installation et d'aménagement proches de celles pratiquées dans les sanatoriums de tuberculeux : site isolé pour limiter les risques de contagion, emplacement bien exposé au milieu forêts de sapins, eau pure à discrétion, etc. Moins contagieuse que la tuberculose, la lèpre requérait néanmoins des mesures de désinfection rigoureuses. Si cet hôpital ressemble assez peu, en plan, à un sanatorium, on distingue toutefois quelques similarités, comme l'étalement en longueur des bâtiments consécutif à l'isolement des malades en chambres individuelles. Ce projet fait un écho à l'aménagement, au début des années 1920, de l'ancienne chartreuse de Valbonne, à Pont-Saint-Esprit (Gard), en « sanatorium » de lépreux, et confirme que cette appellation était en usage pour ce type d'établissements ; le bacille responsable de la lèpre (*Mycobacterium leprae*) étant un proche cousin de *Mycobacterium tuberculosis*. A la fin du XIX^{e} siècle, c'est donc le sens strictement étymologique du mot sanatorium – de *sanare*, guérir : établissement de soins – qui dominait en France et il faudra attendre les premières années du XX^{e} siècle pour que le sanatorium soit définitivement identifié avec les établissements de cure des malades tuberculeux.

Quant aux sanatoriums pour tuberculeux osseux et ganglionnaires, qualifiés au XIX^{e} siècle d'hôpitaux marins, ce n'est que par analogie avec les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires qu'ils furent dénommés, après 1900, sanatoriums marins ou maritimes. Même s'ils prenaient tous deux en charge des malades tuberculeux, ces deux types d'établissements avaient peu en commun, excepté la nature climatique du traitement. Les caractéristiques architecturales des établissements maritimes étaient distinctes de celles des sanatoriums pour pulmonaires ; ces établissements font d'ailleurs l'objet de deux chapitres différents du *Handbuch der Architektur* en 1903 : les premiers furent intégrés au chapitre sur les établissements spéciaux (*Sonder- Heil- und Pflegeanstalten*)[528], écrit par un certain Schmitt ; les seconds bénéficièrent d'un chapitre propre (*Lungenheilstätten*). Schmitt n'accorda que quelques pages aux hôpitaux maritimes et se limita à deux exemples : l'hospice maritime de Norderney, en Allemagne, et le sanatorium d'Arcachon dont s'était inspiré l'architecte du sanatorium d'Arrigas précédemment mentionné. Dans ces établissements, deux types de traitement étaient pratiqués : pour les malades légèrement atteints, la cure d'air iodé et les bains d'eau de mer permettaient d'obtenir de bons résultats thérapeutiques ; pour les cas plus avancés, le traitement climatique pouvait être combiné avec des soins spéciaux ; pour les cas graves, enfin, des traitements orthopédiques appropriés devaient être prolongés durant plusieurs années. Schmitt distinguait les établissements saisonniers de ceux ouverts toute l'année ; en Allemagne, la thérapie était

[525] Rapport de l'agent voyer en chef, 13 octobre 1904. A.D. de l'Hérault, 1 X 424.
[526] Conseil général de l'Hérault, séance du 8 octobre 1919, rapport de l'inspecteur général Monod sur l'utilisation de l'immeuble « sanatorium de Bayssières » près St-Pons. A.D. de l'Hérault, 1X 415.
[527] Anonyme, « Un sanatorium dans les Vosges », in *La Construction moderne*, 5 janvier 1901, p. 162-163.
[528] Les hôpitaux marins (*Heil- und Pflegeanstalten für skrofulöse und rachitische Kinder*) y sont groupés avec les établissements pour malades nerveux (*Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Gemütskranke*), ceux pour malades orthopédiques et chirurgicaux (chirurgische und orthopädische *Heil- und Pflegeanstalten*), les établissements thermaux (*Wasser- und Naturheilanstalten*) et les établissements pour malades goutteux, hystériques, neurasthéniques, etc. qualifiés de « sanatoriums au sens propre » (*Sanatorien im engeren Sinne*). Schmitt 1903.

basée sur les bains d'air iodé alors qu'elle reposait, en France, sur les bains de mer[529]. Les dispositions architecturales de ces établissements étaient donc très variables d'un pays et d'une région à l'autre : plans longilignes (Berck), en peigne (Sète ; Zuydcoote) ou à cours plus ou moins fermées (Pen Bron ; Arcachon). Les bâtiments devaient protéger les malades contre les vents maritimes, tout facilitant l'accès à la mer et une bonne exposition au soleil. Les scrofuleux, comme d'ailleurs les tuberculeux osseux, étaient faiblement contagieux et les protocoles de désinfection systématique pratiqués dans les établissements de pulmonaires étaient inconnus dans les établissements maritimes. A la fin du XIX^{e} siècle, certains architectes avaient à leur actif des établissements de ces deux catégories, tels Henri Belouet*, auteur des sanatorium d'Angicourt (Oise, 1900) et de Hendaye (Pyrénées-Atlantiques, 1896) ; ou Charles Lecœur, architecte du sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1892) et de l'Institut Verneuil, à La Baule (Loire-Atlantique, 1896).

Au le début du XX^{e} siècle, l'usage du terme « sanatorium » ne faisait pas l'unanimité parmi les médecins. Au congrès de la tuberculose de Paris, en 1905, le phtisiologue Romme notait ainsi : « Si l'on remplaçait le mot "sanatorium" par celui d'"hôpital pour tuberculeux" aménagé suivant les exigences de l'hygiène et de la thérapeutique antituberculeuse, l'accord sur la valeur et cet instrument serait vite fait »[530]. Les historiennes Isabelle Grellet et Caroline Kruse relevaient les mêmes ambiguïtés :

> *Personne ne songerait à comparer un paquebot avec une prison. C'est pourtant ce que l'on fait lorsqu'on se réfère au sanatorium comme à un lieu, relativement indifférencié, pourvu qu'il soit situé dans un cadre montagnard ou champêtre, loin de l'agitation des villes. Un espace neutre, défini simplement par la thérapeutique qu'on y applique et présenté aujourd'hui comme l'étape symbolique d'un progrès, la victoire de la cure démocratique sur un passé honteusement antihygiénique.*[531]

Pour le législateur, cette difficulté à définir exactement les caractéristiques propres aux sanatoriums, constituait un motif supplémentaire pour réaliser la clarification réalisée en 1919. La loi sur les sanatoriums dont nous parlerons au chapitre suivant commençait ainsi par cette définition: « Les sanatoriums [...] sont les établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose »[532].

1.3.5. Le sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Angicourt (1890-1900).

En 1890[533], l'Assistance publique de Paris décida la création d'un « sanatorium modèle »[534] destiné aux tuberculeux pauvres de Paris. Le programme d'un « sanatorium pour les phtisiques »[535] fut aussitôt établi par Edouard Nicaise (1838-1896), chirurgien à l'hôpital Laënnec. Deux ans plus tôt, Nicaise avait signé la préface de la traduction partielle en français de l'ouvrage de Peter Dettweiler sur le traitement de la tuberculose[536]. Le projet fut confié l'architecte de l'Assistance publique Henri Belouet* qui dressa en 1891, alors qu'aucun site n'avait été retenu, le plan schématique d'un établissement de 100 lits. Cet avant-projet ne convainquit sans doute pas l'Administration et, sur les conseils de Nicaise, Belouet fut envoyé en Allemagne pour étudier quelques-uns des « remarquables hôpitaux » pour tuberculeux alors nouvellement construits, en particulier ceux de Falkenstein et de Hohenhonnef[537]. La réputation de la station de Falkenstein était établie depuis l'ouverture, en 1876, du sanatorium de Dettweiller, mais c'est sans doute le sanatorium de Hohenhonnef, alors en voie d'achèvement, qui retint le plus l'attention de Belouet[538]. Si le plan réalisé avant son séjour en Allemagne nous est inconnu, celui qu'il conçut à son retour s'inspirait manifestement des établissements visités outre-Rhin, à commencer par la disposition générale des bâtiments en forme de U ouvert au Sud. Sitôt son projet révisé, Henri Belouet le communiqua aux docteurs Dettweiller et Meissen, médecins-directeurs de Falkenstein et de Hohenhonnef, et reçut leur approbation[539].

---

[529] *Idem*, p. 110.
[530] Romme, *Discussion sur les dispensaires et les sanatoriums*, Congrès international de la tuberculose, Paris, Masson, 1905, p. 556.
[531] Grellet & Kruse 1983, p. 251.
[532] Article 1er, J.O. 9 septembre 1919, p. 9730.
[533] Martin Rideau (1932, p. 32) fait remonter l'origine du projet à 1885.
[534] Dumarest 1896, p. 5.
[535] Nicaise, « De l'établissement d'un sanatorium pour les phtisiques », in *Bulletin général de thérapeutique*, octobre 1890.
[536] Peter Dettweiler, *Traitement hygiénique de la phtisie*, préface de E. Nicaise, extrait de la *Revue de médecine*, Paris, Alcan, 1888.
[537] Bellouet 1901, p. 418.
[538] Nous ne savons pas si Bellouet visita le sanatorium de Hohenhonnef avant ou après sont inauguration le 1er octobre 1892.
[539] Bellouet 1901, p. 427.

Dettweiller connaissait à cette époque quelques difficultés avec la création du sanatorium populaire de Ruppertshain et ne dissimula pas son enthousiasme vis-à-vis du projet de l'Assistance publique : « C'est une gloire pour votre patrie, écrivit-il à Bellouet, d'avoir été la première à mettre à la disposition des pauvres un établissement de ce genre, et j'espère que bientôt d'autres l'imiteront »[540]. Lorsque à la fin de l'année 1892, le site d'Angicourt fut finalement retenu, Belouet modifia le projet et ajouta un second pavillon au bâtiment initial, identique au premier, de façon à doubler la capacité de l'établissement qui pourrait ainsi accueillir 100 malades de chaque sexe (plan 60-02). Ces deux pavillons étaient disposés symétriquement de part et d'autre d'un bâtiment central, relié à eux par des galeries couvertes et abritant le réfectoire et la cuisine. Les autres services (administration, buanderie, service des morts, écuries, salle des machines, concierge, logement du médecin-directeur) étaient disposés dans des pavillons isolés. Bien que l'avance allemande dans la lutte contre la tuberculose fût à époque manifeste, l'Assistance publique de Paris était, en 1892, sur le point de réaliser le premier sanatorium populaire en Europe, devançant ainsi l'Allemagne. Le retard pris par l'Administration parisienne dans la concrétisation du projet permit toutefois aux médecins suisses et allemands de prendre de court leurs collègues français dans cette course à l'innovation : les sanatoriums de Heiligenschwendi et de Ruppertshain furent ouverts tous deux en 1895[541], tandis que le sanatorium d'Angicourt ne fut inauguré que le 26 octobre 1900.

S'agissant de la disposition de l'établissement, Dettweiller et Meissen recommandèrent vivement à Bellouet de se conformer à la configuration des sanatoriums de Falkenstein et de Hohenhonnef qui, selon eux, permettait « non seulement d'avoir à rez-de-chaussée la galerie intérieure ou promenoir d'hiver, et la galerie de cure exposée au soleil, mais encore d'avoir à tous les étages toutes les chambres de malades exposées de même, avec en arrière un couloir général [...] constituant, grâce au matelas d'air interposé, la plus efficace des protections »[542] contre l'air froid venant du nord. Initiée à Falkenstein, cette disposition était admise dans la plupart des établissements allemands. Adoptée à Angicourt, l'adossement des galeries de cure contre le rez-de-chaussée réservé aux espaces collectifs, sera utilisé de façon récurrente jusque dans les années trente en France. Dans cette disposition, les chambres de malades étaient cantonnées dans les étages et bénéficient de vastes fenêtres ouvrant directement au Sud. A Angicourt, la largeur de quatre mètres des galeries de cure permettait de circuler librement devant les chaises tout en protégeant les malades de la pluie et du soleil. Pour augmenter cette protection, elles étaient garnies, à l'avant, de rideaux lavables et recoupées transversalement par des cloisons vitrées « en forme de paravents ». Les galeries du sanatorium d'Angicourt abritaient 110 chaises longues, correspondant aux deux tiers environ du nombre de malades hospitalisés ; pour des raisons de santé, en effet, certains malades ne pouvaient suivre la cure d'air dans les galeries communes. A ces galeries s'ajoutaient des galeries de cure isolées construites, à la demande du médecin-directeur, Georges Küss, dans le bois de sapin situé à l'est du bâtiment ; ces galeries étaient réservées à la cure d'été, les galeries principales étant impraticables par forte chaleur[543]. Visitant à son tour les sanatoriums du sud-ouest de l'Allemagne en 1897,Frédéric Dumarest ne put que constater la ressemblance entre le sanatorium d'Angicourt, alors en construction, et celui de Hohenhonnef[544].

Les liens entre les concepteurs d'Angicourt et l'Allemagne furent entretenus durant près d'une décennie. Peu après l'inauguration du sanatorium populaire de Ruppertshain, Dettweiller en transmit une description détaillée à Belouet qui publia un article à ce sujet en 1896 dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, accompagné des plans de l'établissement[545]. Quant au médecin-directeur du sanatorium

[540] Bellouet 1896, p. 216.
[541] La réalisation du sanatorium fut contrariée par des difficultés de financement, et l'administration décida de ne réaliser, dans un premier temps, que le bâtiment central et un demi-pavillon. Les travaux furent engagés en novembre 1894. Alors que ces 50 lits devaient être mis en service le printemps 1898, l'octroi d'une nouvelle subvention décida l'Assistance publique à achever le pavillon qui n'accueillit ses premiers malades qu'en 1900. Lors de la mise en service du sanatorium on jugea surévalué le volume des chambres au vu du nombre de lits et la répartition des lits fut modifiée : les chambres prévues pour un lit en accueillirent deux, celles de deux lits trois et celles de trois lits cinq. Prévu pour 100 malades, le pavillon des hommes disposait de 164 lits à son ouverture, compensant en partie l'absence du second pavillon dont la construction fut repoussée *sine die*. Le second pavillon prévu dans le projet initia ne sera réalisé qu'après la Première Guerre Mondiale. Fleck 1988, p. 22-23.
[542] Bellouet 1901, p. 428.
[543] *Ibidem.*
[544] Dumarest 1897, p. 38.
[545] Bellouet 1896.

d'Angicourt, Küss, ses origines alsaciennes le portaient naturellement à regarder vers l'Est : il prolongea les échanges engagés en 1892 par de nombreuses visites dans les sanatoriums de Forêt-Noire[546].

Puisé directement aux sources de l'architecture sanatoriale allemande, jouissant de la caution scientifique apportée par l'Assistance publique de Paris et publié à de nombreuses reprises dans la presse médicale française, le sanatorium d'Angicourt est la première référence française en matière d'architecture sanatoriale. Lorsque le ministre du commerce, Millerand, institua en 1901 une commission pour étudier la construction de sanatoriums destinés aux agents de l'administration des postes et des télégraphes, le modèle d'Angicourt fut, de prime abord, envisagé. La conception de l'avant-projet fut d'ailleurs confiée à un inspecteur de l'Assistance publique de Paris, Gory[547]. Angicourt ne réussit toutefois pas à s'imposer comme modèle du genre en France. Ceci pour plusieurs raisons. La première est explicitement énoncée par ses détracteurs et concerne le coût jugé prohibitif de l'établissement. Ainsi, lorsque Gilbert Sersiron présenta en 1901 un rapport sur le coût d'un établissement de ce type, il ne convoqua pas Belouet comme expert, mais l'architecte Germain, dont la maîtrise des dépenses pour la construction du sanatorium d'Hauteville (Ain) avait été jugée exemplaire. De fait, le prix de revient par lit était presque trois fois inférieur dans ce dernier établissement (5.250 francs) qu'a Angicourt (14.000 francs). A la description de l'établissement publiée par Belouet en 1901 dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, le médecin Ernest Mosny (1861-1918) fit une réponse cinglante, critiquant sévèrement l'implantation du bâtiment et la disposition de la galerie de cure. Il jugeait cette dernière parfaitement impropre à assurer l'aération constante des malades, voire franchement « inhabitable »[548]. Trente ans plus tard, Martin Rideau rappelait encore la « condamnation » dont avait été l'objet le sanatorium d'Angicourt à l'occasion que la discussion engagée à sujet, en 1901, à la Société d'hygiène publique et de génie sanitaire : le bâtiment ne semblait pas suffisamment protégé contre les vents ; la galerie de cure n'était pas assez surélevée au-dessus du sol et était humide ; elle était également trop exposée aux vents ; on estima que huit malades par chambre était trop (les chambres avaient été conçues pour en accueillir cinq)[549]. L'autre critique formulée contre Angicourt fut la relative obsolescence de sa conception. Ernest Mosny relèvait ainsi que le bâtiment avait été construit sur les bases définies en 1890. A son ouverture en 1900, expliquait-il, « il ne répond plus à la conception actuelle du sanatorium, alors qu'il eut été le modèle au moment [de sa conception] ». Mosny pointait ici du doigt les contraintes de mise en œuvre d'un programme dont l'évolution rapide était difficilement conciliable avec l'inertie propre aux grandes institutions. Il ajoutait :

> *Faites léger, faites à bon marché et faites vite [...] et vous n'aurez pas dans 10, 15 ou 20 ans le regret de vous voir obligé d'abandonner ou de démolir de trop belles et trop coûteuses constructions qui ne répondront plus aux exigences de l'hygiène, aux idées régnantes. En matière de sanatoriums plus qu'en aucune autre matière, ce principe doit être médité.* [550]

1.3.6. Le sanatorium Félix Mangini à Hauteville (1895-1900)

Si le sanatorium d'Angicourt reste attaché à la personnalité de l'architecte de l'Assistance publique de Paris, Henri Belouet, celui d'Hauteville (Ain), initié en 1895, est dû à la volonté et à la persévérance d'un médecin, Frédéric Dumarest* (1870-1951). Son père, Jean-François Dumarest (1808-1890), médecin à Hauteville de 1836 à 1882, était convaincu que ce lieu, « en raison de sa configuration orographique, de sa sécheresse, de son sol calcaire, de sa ceinture forestière, de la vivacité de son air, de sa ventilation, réunissait des conditions climatiques exceptionnellement favorables au traitement des affections pulmonaires »[551]. Il fit la synthèse de ses observations dans un manuscrit non publié intitulé « Hauteville-Lompnès, station climatique de cure », source encore inédite mentionnée par son petit-fils,

[546] Fleck 1988.
[547] Projet d'organisation des sanatoriums antituberculeux destinés au personnel des agents et sous agents de l'Administration des postes et des télégraphes par A. Calmette, s.d. [ca. 1902]. A.D. du Nord, J 1-176.
[548] Il fait sans doute allusion au problème de surchauffe estivale, rencontré à Angicourt dès son ouverture et qui incita Küss à faire construire des galeries de cure d'été sous les arbres, en lisière de la forêt qui jouxte le sanatorium. Mosny 1901, p. 929.
[549] Rideau 1932, p. 32.
[550] Mosny 1901, p. 929.
[551] F. Dumarest, cité par J. Dumarest 1997, p. 7.

Jean Dumarest[552]. Sur la base de ces observations, Frédéric Dumarest proposa la création d'un établissement pour tuberculeux pulmonaires à Hauteville. Interne des Hospices civils de Lyon depuis 1890, Frédéric Dumarest prépara sa thèse avec le professeur Saturnin Arloing, phtisiologue de renom, et se consacre à l'étude de la tuberculose. En 1894-1895, il effectua un semestre d'internat à l'hôpital maritime Renée Sabran de Giens, cherchant un soutien auprès de son fondateur, le président des Hospices civils de Lyon, Hermann Sabran. Dumarest fut finalement présenté à Félix Mangini, industriel lyonnais, qui adhèra immédiatement au projet ayant lui-même perdu (tout comme Hermann Sabran) une de ses filles des suites de la tuberculose[553]. En 1895, âgé de 25 ans, Dumarest publia le programme de l'établissement qu'il souhaitait réaliser à Hauteville et obtint l'aide financière de Mangini. Ce dernier fonda en 1897 l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents chargée de la réalisation du sanatorium.

Evoquant le sanatorium d'Angicourt, Frédéric Dumarest reconnaissait en 1896 « l'importance philanthropique considérable » de ce projet, « sans précédent jusqu'à ce jour »[554], mais il se garda bien d'en faire le modèle de son propre établissement. En effet, malgré l'avance prise par le projet d'Angicourt, les deux établissements étaient en concurrence pour la création du premier sanatorium populaire français[555]. Dans cette course au prestige, le sanatorium d'Hauteville, ouvert le 23 août 1900, ravit finalement la première place à celui d'Angicourt, officiellement inauguré deux mois plus tard seulement. Dumarest avait une autre raison de ne pas prendre modèle sur ce premier projet : situé à près de 1.000 mètres d'altitude, il s'agissait d'un établissement véritablement « climatique », ce dont ne pouvait se prévaloir Angicourt. En 189, l'administration de l'Assistance publique s'était efforcée de choisir le site le plus propice de la région parisienne pour la construction de son sanatorium ; dans le cas d'Hauteville, au contraire, c'est le site qui s'imposa de lui-même[556]. En 1896, Dumarest fit établir un devis sur la base d'un avant-projet conçu par l'architecte J. Bricod pour un établissement de 60 lits[557]. Convaincu de la faisabilité du projet, Dumarest se rendit une première fois en Allemagne et en Suisse en 1896 où visita plusieurs établissements de cure afin de « bénéficier de l'expérience acquise »[558]. Après avoir soutenu sa thèse de médecine, il entreprit en 1897 un second voyage d'étude en Suisse dans les sanatoriums de Davos, Arosa, Berne, Heiligenschwendi, Leysin et, en Allemagne, dans ceux de Falkenstein, Ruppertshain et Saint-Blasien[559]. A la création de l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents, Félix Mangini lui envoya son architecte, Germain, désigné d'office pour la réalisation du projet. Un troisième voyage d'étude avec cet architecture permit à Dumarest de compléter le projet initial et d'en préciser les détails de mise en œuvre et d'aménagement. Le chantier du sanatorium fut engagé la même année. En Suisse et en Allemagne, trois établissements populaires parmi les plus récents retinrent particulièrement leur attention et firent l'objet d'une description minutieuse dans la note de voyage que publia Dumarest à leur retour[560] : le sanatorium allemand de Ruppertshain, ouvert en 1896, le sanatorium bâlois de Davos, ouvert le 14 décembre 1896, et le sanatorium bernois de Heiligenschwendi, ouvert le 4 août 1895. Selon Dumarest « le plan architectural doit être compris de façon à offrir une certaine élasticité, soit au point de vue de l'agrandissement possible, soit à celui d'un classement des malades par catégories de gravité ou de nature, se réservant la possibilité de les isoler jusqu'à un certain point les uns des autres »[561]. La configuration du sanatorium d'Hauteville est en grande

[552] Dumarest 1997, p. 7.
[553] La chapelle du sanatorium d'Hauteville sera dédiée à Sainte-Lucie en mémoire de la fille de Mangini. Dumarest 1997, p. 169.
[554] Dumarest 1896, p. 5.
[555] Qualifiant son projet de « premier sanatorium populaire français », Dumarest prit la précaution en 1897 de préciser que « ceci ne cesserait d'être exact qu'au cas où le sanatorium d'Angicourt serait terminé avant celui d'Hauteville ». Dumarest 1897, p. 10.
[556] « L'emplacement choisi est à une altitude comprise entre 900 et 1.000 mètres, sur un terrain en pente, exposé au sud-ouest, suffisamment isolé des habitations, pourvu d'eau en abondance, plus rapproché de la forêt que le village d'Hauteville qu'il domine. La vue en est découverte et riante ; l'accès en est facilité par une belle route en pente douce, parfaitement entretenue. L'établissement situé en ce point, tout en étant largement aéré, sera protégé des vents froids du nord-est, qui sont les plus redoutables par leur durée et leur intensité, sur le plateau d'Hauteville. Il sera entouré d'un parc de plusieurs hectares, planté de bosquets mélangés de sapin et de bois blanc, offrant des ombrages durant les chaleurs, et propres à donner à l'habitation quelque agrément et quelque pittoresque. Au-dessous d'une faible couche d'humus, due à une culture persévérante, on trouve une terrain sablonneux, éminemment perméable. On accède facilement, de là, dans les forêts de sapins qui couvrent les crêtes voisines. » *Ibidem.*
[557] La construction fut évaluée à 400.000 francs et le fonctionnement annuel à 145.000 francs. Dumarest 1896, p.23.
[558] *Ibidem.*
[559] Dumarest 1897.
[560] F. Dumarest, *L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger*, Lyon, Alexandre Rey, 1897.
[561] *Ibidem.*

partie basée sur les dispositifs adoptés dans les établissements étrangers visités. Il mit notamment en application quelques prescriptions de base : « les façades occupées par les chambres des malades doivent être exposées au sud ou sud-ouest. Le long de ces façades, devront courir des marquises ou vérandas, où les malades sédentaires, étendus sur des chaises longues, pourront être soumis à la cure d'air au repos, telle que la pratiquent Dettweiler et Sabourin »[562]. Peu avant l'ouverture du sanatorium, Dumarest effectua un ultime voyage d'étude à Leysin et compléta sa documentation sur le fonctionnement des établissements populaires et prit quelques renseignements sur le sanatorium valaisan nouvellement ouvert à Montana[563]. Pour rendre accessible son établissement aux bourses moyennes, Dumarest limita les prestations aux seuls éléments exigés par la cure. Il put ainsi garantir un prix de journée équivalent au tiers du tarif minimum pratiqué dans le sanatorium de Turban à Davos[564], sans pour autant « sacrifier les conditions de confort pratique, de désinfection facile, et aussi d'agrément, nécessaires au succès médical » de l'établissement. La dimension véritablement « populaire » donnée par Félix Mangini au projet, le contraignit à plus de rigueur encore dans la conception du plan et des dispositions intérieures. Inauguré en 1900 le sanatorium d'Hauteville (ill. 121) comptait 120 lits répartis en trois bâtiments : un corps central de deux étages sur rez-de-chaussée et deux ailes latérales d'un étage sur rez-de-chaussée terminées chacune par un pavillon carré. Elles formaient avec le corps central un angle obtus censé protéger les galeries du vent. Les galeries de cures, construites en bois, étaient adossées au rez-de-chaussée. Comme à Angicourt, les services communs étaient disposés à l'arrière de ces galeries et les chambres dans les étages. Le sanatorium était complété par une petite station météorologique permettant de renseigner le corps médical sur les variations climatiques locales et par un « institut scientifique » dirigé par le médecin Louis Guinard jusqu'à sa nomination à la tête du sanatorium de Bligny en 1903.

1.3.7. Le congrès français de la tuberculose de 1898.

Le IV[e] Congrès français pour l'étude de la tuberculose eut lieu du 27 juillet au 2 août 1898 à la Faculté de médecine de Paris. Faisant suite au rapport sur les sanatoriums présenté par Grancher à l'Académie de médecine le 3 mai 1898[565], ce congrès vit s'étoffer le nombre et la diversité des sujets abordés, de plus en plus précis. Il commença par une session consacrée aux « sanatoriums comme moyens de prophylaxie et de traitement de la tuberculose » et la neuvième et dernière session eut pour sujet « la cure d'altitude et la cure marine de phtisie pulmonaire »[566] : le traitement des malades était donc au centre des débats. L'hospitalisation des tuberculeux était plus que jamais d'actualité du fait notamment de la création de la Commission de la tuberculose par l'Assistance publique de Paris, en 1896, qui recommandait l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux. Sur ce point, les participants semblèrent unanimes quant à la « nécessité de l'isolement ou de la réunion des tuberculeux dans les hôpitaux spéciaux[567]. Pour la première fois, une session fut même exclusivement consacrée au « traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums » avec, notamment, les interventions des médecins Netter, Beaulavon, Sersiron, Léon-Petit et Legendre. Etant donné que les grands établissements ne pourraient être assez nombreux pour couvrir l'ensemble du territoire et que la promiscuité entre malades présentant divers degrés d'avancement de la maladie n'était pas souhaitable, Léon Legendre proposa « la création d'un grand nombre de petits sanatoriums privés contenant 4 à 20 malades ; un médecin serait à la tête de chaque établissement et s'y consacrerait exclusivement et toute l'année [établissements de 10 à 20 malades] ; ou bien il continuerait ses soins à la clientèle des environs et se bornerait à partager avec 3 ou 4 malades seulement un appartement

[562] Dumarest 1896, p. 17-18.
[563] Dumarest 1997, p. 14.
[564] Dumarest 1896, p. 19,
[565] Guinard 1925, p. 3.
[566] Les autres sujets abordés lors du congrès étaient : 2° Des sérums et des toxines dans le traitement de la tuberculose ; 3° Des rayons X dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose ; 4°La lutte contre la tuberculose animale par la prophylaxie ; 5° La lutte contre la tuberculose humaine par la désinfection des locaux habités par les tuberculeux ; 6° De la propagation de la tuberculose dans l'armée et de sa prophylaxie ; 7° Le traitement des arthropathies tuberculeuses par les méthodes non-sanglantes ; 8° La prophylaxie de la tuberculose par la stérilisation du lait et de la viande. Masson 1898, p. 672.
[567] Netter & Beaulavon 1898, p. 723.

remplissant les conditions de site et d'aménagement exigées d'un sanatorium »[568]. Ces sanatoriums accueilleraient les malades indigents ou peu aisés et leur création serait à la charge de la charité privée ou des communes. Sa proposition fut adoptée dans les conclusions du congrès. Aux interventions de médecins français, s'ajoutèrent un nombre conséquent de communications étrangères : le médecin allemand Von Schroetter fit un exposé sur le sanatorium populaire d'Alland, à Vienne ; Klaus Hansen fit état du sanatorium populaire norvégien de Molde, ouvert en 1897, et de celui de Bergen, en construction ; le médecin Konindjy évoque les réalisations du Comité allemand des sanatoriums dont le projet était d'édifier 30 sanatoriums populaires ; selon lui, un tiers de cet ambitieux programme avait déjà été réalisé[569] ; un autre exposé décrivit un projet belge de construction d'un sanatorium aux Canaries pour les colons du Congo[570]. Les vœux formulés à la fin de la manifestation donnent une bonne indication de la tendance prise, en France, en matière de lutte contre la tuberculose. Le Congrès demandait ainsi « qu'un comité médical d'initiative soit institué pour la création de sanatoria populaires et gratuits », institution somme toute assez proche du Comité allemand pour la construction des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires créé à Berlin en 1895. Il demandait également « que l'initiative privée du corps médical et l'initiative du public, imitant l'exemple déjà donné en France et dans d'autre pays, aboutisse à la création du plus grand nombre possible de petits sanatoria » et « que des réunions internationales périodiques aient lieu en vue de l'étude de la tuberculose, et principalement de sa prophylaxie »[571]. Le Congrès bénéficia d'une excellente couverture médiatique et les mémoires présentés furent publiés *in extenso* dans des revues médicales telles que *La Presse médicale, La Semaine médicale, Le Bulletin médical* et *La Médecine moderne*. Le débat sur les sanatoriums populaires se prolongea au printemps 1899 par de nouvelles discussions tenues à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* et à la *Société de thérapeutique*[572] qui émit plusieurs vœux qui prient la forme d'un plébiscite en faveur des sanatoriums :

> *1° Que le traitement par le sanatorium, considéré comme établissement fermé de discipline hygiénique et de diététique, est le meilleur que l'on puisse opposer à la tuberculose. 2° Que le meilleur sanatorium est celui qui est installé dans des régions où les avantages de la cure climatique s'ajoutent à ceux de la cure [en] établissement fermé. 3° Elle émet le vœu que des sanatoriums renfermant un nombre restreint de tuberculeux soient établis en France dans des conditions de climat assez variées pour répondre à toutes les indications et notamment dans le voisinage des stations thermales*.[573]

Malgré son succès, le congrès de 1898 fut le dernier de cette première série de manifestations engagée en 1888 ; il faudra attendre 1923 pour qu'un nouveau congrès français de la tuberculose soit organisé[574]. Il fut toutefois immédiatement suivi par celui de Berlin qui suscita, en France, un grand intérêt. Comme pour le congrès de 1898, les communications médicales du congrès allemand furent abondamment publiées dans la presse française au cours de l'été 1899[575]. Le 4 juillet 1899, Brouardel et Landouzy remirent à l'Académie de médecine un compte-rendu du congrès de Berlin dans lequel ils ne cachèrent pas leur enthousiasme : « Le grand fait acquis aux débats, la doctrine unanimement acceptée, est que la lutte contre la tuberculose, aussi bien préventive que curative, devra activement s'engager sur le *principe* du

[568] Vallin 1898, p. 817-818.
[569] *Ibidem*
[570] Congrès de la tuberculose 1898, p. 765.
[571] *Ibidem.*
[572] Vallin 1899, p. 734.
[573] Société de thérapeutique 1899, p. 766.
[574] Il aura lieu à Strasbourg pour marquer le retour de l'Alsace et de la Lorraine dans le territoire national.
[575] Entre juin et juillet 1899 *La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* publie les résumés des communications de la session sur les sanatoriums : M. Friedeberg, « Les caisses d'assurance contre les maladies dans leurs rapports avec les sanatoriums » ; M. Schultzen, « Aménagement, organisation et résultats thérapeutiques des sanatoriums » ; M. Schmieden, « Construction des sanatoriums » ; M. Pannwitz, « Assistance des familles des ouvriers soignés dans les sanatoriums et assistance des ouvriers après leur sortie des sanatoriums » ; M. Westhoven, « Le sanatorium de Dannefels pour les ouvriers des fabriques badoises d'aniline et de soude à Ludwigshafen » ; M. Ewalds, « Les sanatoriums maritimes pour enfants » ; M. Vollmer, « Sanatoriums pour enfants au bord de la mer et dans les stations de bains de boue » ; M. Hohe, « Création des sanatoriums pour tuberculeux des classes moyennes » ; M. Mayer, « Le rôle et les devoirs des diverses caisses d'assurance pour ouvriers dans la lutte contre la tuberculose », M. Schmid, « Les sanatoriums pour tuberculeux pauvres en Suisse » ; M. Vivant, « L'installation au nouvel hôpital de Monaco d'un pavillon spécial avec cure d'air pour les phtisiques » ; M. Kuthy, « Société de Buda-Pesth pour la création de sanatoriums populaires » ; M. Walters Rufenacht, « Le sanatorium et le traitement diététique des tuberculeux en Angleterre » ; M. Bourcart, « Sanatorium et colonies agricoles » ; MM. Domine et Sanchez-Rosal, « Le sanatorium populaire de Valence » ; M. Dettweiler, « Le traitement hygiénique et la diète de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoriums ».

sanatorium, établissement discipliné dans lequel doit se faire aseptiquement [sic] la cure de repos, d'air et d'alimentation »[576]. Ce congrès avait, selon eux, donné « une sanction éclatante au principe autant qu'aux applications des sanatoriums populaires »[577]. Les seules réserves émises par les délégués portaient sur les « variétés nécessaires » à l'organisation des sanatoriums, considérées par opposition à la « conception étroite » des médecins allemands qui, selon les médecins français, semblaient vouloir imposer un modèle unique, calqué sur les établissements populaires de plaine. Brouardel et Grancher se firent les apôtres de la diversité des traitements en réponse à la multiplicité des formes de la maladie et plaidèrent en faveur d'une prise en compte de « toute une série de variantes d'associations thérapeutiques « de mer, de montagne, de plaine, de soleil, d'eaux minérales que, de tous temps, médecins et tuberculeux sont venus demander à la Méditerranée, aux plages de Bretagne, à l'Atlantique, aux plateaux du Centre, de l'Auvergne et des Pyrénées, à la Riviera aussi bien qu'à Dax, qu'à Pau, qu'à Amélie-les-Bains, aussi bien qu'à nos stations arsénicales [sic] de la Bourboule et du Mont-Dore, ou encore à nos eaux sulfureuses d'Enghien, d'Allevard, de Saint-Honoré et de Luchon »[578]. Ils estimaient que la méthode hygiéno-diététique ne valorisait pas assez les activités climatiques et thermales qui faisaient la réputation des nombreuses stations françaises. Cette alliance du climatisme et du thermalisme sera, jusqu'à la Première Guerre Mondiale, un thème récurrent du mouvement antituberculeux français. Brouardel et Landouzy tentèrent de relativiser le retard de la France en matière de lutte antituberculeuse et, pour ce faire, ils mirent en avant les nombreuses structures de cure existantes pour toutes les catégories de malades, tuberculeux ou non. L'avance revendiquée par les médecins allemands en matière de lutte antituberculeuse leur semblait donc toute relative et le congrès de Berlin ne constituait, à leurs yeux, qu'un « écho de l'importante discussion ouverte [en 1898] sur la manière d'entreprendre [en France] la lutte contre la tuberculose »[579].

> *La conclusion pratique qui s'impose*, écrivaient-ils, *est, qu'en matière de prévoyance comme d'assistance [...], il faut ouvrir nombreux, très nombreux, des sanatoriums populaires, proches des villes, abrités des vents régnants, des poussières organiques et des fumées, baignés dans le soleil, [...] entourés de verdure, inondés de lumière, pourvus de fenêtres larges et de galeries ouvertes, sanatoriums ou l'on apprendra aux malades à se guérir, à leurs familles à se garder de la tuberculose. [...] Sortent de terre nos sanatoriums, et le malheureux atteint de tuberculose et condamné jusqu'ici, par l'insuffisance de nos ressources, à une mort presque certaine, trouvera dans nos villes, ou à leurs portes, ou même en pleine campagne, un asile et un traitement, avec l'espérance toujours et la guérison assez souvent.*[580]

Entre 1888 et 1899, les médecins français intéressés par ces questions avaient donc eu de nombreuses occasions de se familiariser avec les nouvelles méthodes de cure et le traitement sanatorial. Le congrès de Berlin de 1899 ne fit que confirmer, aux yeux des médecins français, la validité sociale et thérapeutique du sanatorium.

[576] Brouardel & Landouzy, « Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose et le traitement des maladies du poumon », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1899, n°42, série n°3, p. 143-157.
[577] *Ibidem.*
[578] Brouardel et Landouzy 1899, p. 151.
[579] *Idem*, p. 150.
[580] *Idem*, p. 154.

1.4. Vers la constitution de modèles français (1890-1905).

1.4.1. Les hospices et les hôpitaux dans la lutte antituberculeuse (1896-1904).

A défaut de sanatoriums publics, la prise en charge des tuberculeux fut assurée tout au long du XIX^e^ siècle et dans les premières années du XX^e^ par les hôpitaux. Les conditions d'hygiène y était souvent médiocres et les principes prophylactiques de base – séparation des malades, désinfection régulière du matériel et des salles – étaient ignorés. Les découvertes de Pasteur et l'identification par Robert Koch, en 1882, du bacille responsable de la tuberculose, ne parvinrent pas à rompre l'immobilisme des institutions hospitalières françaises. Quelques médecins, toutefois, dénonçaient la dangereuse promiscuité qui existait dans les salles communes des hôpitaux entre tuberculeux et non tuberculeux, ces derniers étant particulièrement exposés à la contagion. « Les vétérinaires sont plus avancés que les médecins, ils séparent les animaux tuberculeux des animaux sains, et nous, dans nos hôpitaux, nous mettons encore les phtisiques avec les autres malades »[581], s'exclamait en 1886 un médecin de Cannes. On dénombre quelques rares initiatives de remédier à ces carences : en 1893, par exemple, la *Revue de la tuberculose* mentionnait un « service spécial » créé à Besançon pour les malades tuberculeux où étaient reçus « seuls ceux qui présentent un danger de contagion » dans de bâtiments où l'on pratiquait la cure d'air[582]. C'est toutefois l'Assistance Publique de Paris qui, la première, engagea une réflexion sur la prise en charge des tuberculeux dans les hôpitaux. Au début de l'année 1896, deux conseillers municipaux de Paris, Bompard et Clairin, demandèrent que l'on trouvât les moyens d'empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux de la capitale[583]. Recevant l'appui du Conseil municipal, le directeur de l'Assistance publique créa, le 27 avril 1896, la Commission de la tuberculose, présidée par Brouardel. Adoptant le principe de l'isolement des tuberculeux, la Commission se déclara en faveur de l'aménagement de services spéciaux dans les hôpitaux existants. La création *ex nihilo* d'hôpitaux spéciaux semblait alors « idéale [mais] trop coûteuse »[584] et plusieurs membres s'y opposèrent, tels Jacques-Joseph Grancher ou Ernest Peyro. Ces derniers mirent en garde leurs confrères contre la création de « léproseries où nos malheureux phtisiques seraient comme exilés et condamnés, si nous ne voulons pas susciter dans la population un mouvement de profonde terreur. Il faut, que nos malades conservent jusqu'à leur dernier jour, au moins l'illusion du traitement et l'espoir d'une guérison »[585]. La Commission débuta ses travaux par une inspection méticuleuse de la totalité des hôpitaux parisiens afin d'identifier ceux pouvant accueillir les nouveaux services spéciaux de tuberculeux. Le rapport établi par la suite proposa l'aménagement de 1.800 lits répartis dans des bâtiments existants (à Lariboisière, Tenon et Laënnec) ou dans des pavillons à construire (à Saint-Antoine, La Pitié, Cochin, Broussais et Bichat). Des trois établissements pressentis pour accueillir ces nouveaux services, Lariboisière semblait s'y prêter le mieux car il était déjà partiellement constitué de pavillons isolés : les travaux envisagés en 1896 se réduiront ainsi à l'aménagement de quatre salles de tuberculeux à Lariboisière ; le nouveau service fut inauguré le 25 décembre 1896 après cinq mois de travaux. Ces salles étaient groupées aux premier et deuxième étages des pavillons latéraux et disposaient chacune de 36 lits, dont quatre en *boxes* d'isolement. Le pallier du premier étage de chaque pavillon donnait accès à une terrasse faisant le tour de la cour d'honneur mais qui, selon nos sources, ne fut par utilisée pour la cure d'air. Les médecins se contentèrent en effet de réaliser l'aération continue des chambres par l'ouverture en grand des fenêtres le jour et des impostes supérieures la nuit[586]. Les résultats de ce premier service furent jugés insatisfaisants : il ne disposait visiblement ni des espaces suffisants (réfectoires, galeries de cure) ni du matériel adéquat, et les salles sont décrites comme étant « encombrées par un mélange de tuberculeux à l'agonie et de tuberculeux curables », peu propices, on l'imagine

[581] L. Gallet, *Un grand hôpital parisien en 1886*, Paris, 1887, cité par Ch. Coury, lui-même cité par Grellet et Kruse 1983, p. 236.
[582] Cité par Baché 1934, p. 18.
[583] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. III.
[584] *Idem*, p. VIII.
[585] Cité par Baché 1934, p. 19.
[586] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p.56-57.

aisément, à assurer l'éducation hygiénique des malades et les soins spécifiques. Mais surtout, peut-on lire dans le rapport présenté en 1905 au Congrès de la tuberculose, ce service n'offrait « pas de distinction visible avec le reste de l'établissement [indiquant] qu'un régime, qu'un traitement efficace règnent là »[587]. L'aménagement d'une salle de tuberculeux de Lariboisière fut néanmoins reproduit grandeur nature dans le stand de l'Assistance publique à ce congrès[588].

Le programme de 1896 inspira sans doute le projet d'hôpital de tuberculeux conçu par un architecte de l'Assistance publique de Paris et daté du 23 juillet 1896. Le plan d'ensemble de ce projet (plan 00-03) est étonnement de celui de certains hôpitaux maritimes : les malades y sont répartis dans trois ailes d'hospitalisation parallèles espacées de 35 mètres les unes des autres. Chaque aile compte une centaine de lits répartis en salles de 12 malades situées dans les deux étages supérieurs, au-dessus du rez-de-chaussée réservé aux réfectoires et autres espaces communs. Si l'orientation n'est pas précisée sur les plans, l'orientation est-ouest des façades paraît la plus probable. Ces trois ailes sont reliées au nord par une galerie de communication sur laquelle se greffent deux pavillons de services. Les salles de malades sont desservies, dans chaque aile, par un couloir central qui les traverse de part en part. Les salles donnent en outre sur une galerie (de cure ou de circulation) de trois mètres de large qui, d'après les plans, est en porte-à-faux sur la façade. Ces galeries donnent dans les deux cours ouvertes délimitées par les trois ailes et les services au nord, de sorte que dans l'une d'entre-elles, la cour est, les galeries des ailes qui l'encadrent se font face. Ce projet d'hôpital de tuberculeux présente une vision dense, pour ainsi dire « urbaine », du sanatorium dans laquelle l'exposition sud est sacrifiée au profit d'une double exposition est-ouest des salles de malades.

Les services de tuberculeux prévus à Tenon et Laënnec n'ayant pas été réalisés, l'Administration créa un petit service de tuberculeux de 35 lits dans le nouvel hôpital Boucicaut, inauguré le 1er décembre 1897[589]. Le phtisiologue Maurice Letulle en prit la direction. Dernier-né des hôpitaux parisiens, Boucicaut avait été construit sur un plan pavillonnaire et offrait toutes les garanties d'isolement des tuberculeux telles que les avait formulées la Commission de la tuberculose. Deux pavillons furent réservés aux phtisiques, l'un de 21 lits pour les hommes, l'autre de 14 lits pour les femmes. L'établissement comportait également un service de consultation externe, le premier du genre à Paris, « sorte de dispensaire antituberculeux permanent, où les tuberculeux trouveront, au début de leur maladie, les conseils, les soins et les secours qui leur permettront souvent de se guérir par l'effort de leur propre volonté »[590]. En 1900, Knopf présentait ainsi Boucicaut comme un modèle d'hôpital urbain de tuberculeux[591]. Chaque pavillon se composait d'une grande salle de malades en rez-de-chaussée dont la coupe présentait un profil en ogive. Cette disposition offrait un volume d'air notablement supérieur à celui des salles rectangulaires, tout en étant dépourvue d'angles où risquaient de s'accumuler les souillures. La salle de malades était précédée d'installations sanitaires, d'une lingerie et d'un réfectoire. L'aération des salles était réalisée depuis les allèges perforées des fenêtres, l'air vicié étant évacué par le haut au moyen de lanterneaux traversant la toiture. Knopf jugeait toutefois ce dispositif insuffisant pour réaliser efficacement la cure d'air. Autre particularité, les pavillons disposaient à leur extrémité d'une véranda vitrée placée en saillie du pignon, et séparée de la salle de malade par une cloison elle-même entièrement vitrée. Egayée de plantes vertes, ces vérandas constituaient de véritables jardins d'hiver où les malades pouvaient vaquer à leurs occupations. Les salles étaient équipées de crachoirs collectifs et chaque malade possédait un crachoir individuel rempli d'une solution antiseptique. Conçus pour le fonctionnement d'un hôpital général, les salles de phtisiques de l'hôpital Boucicaut étaient, en 1897, les plus modernes et les mieux adaptées des hôpitaux français ; Knopf ne manqua pas de le saluer.

Pour les enfants, outre les établissements maritimes destinés aux tuberculeux osseux, l'Administration parisienne installa en 1902 des galeries de cure d'air provisoires sur les terrasses de

[587] *Idem*, p. XXIV.
[588] Congrès de la tuberculose 1905/3, p. 374.
[589] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. XII.
[590] *Idem*, p. XVI.
[591] Knopf 1900, p. 441-461.

l'hôpital Herold à Paris. Elles furent remplacées en 1903 par des tentes formées de « quatre tiges en bois supportant les quatre angles d'une toile imperméable [et] réunies par des tringles de fer »[592]. Ces tentes étaient ouvertes au sud et contenaient sept à huit chaises longues. La cure d'air était réalisée en toutes saisons et n'était interrompue, en hiver, que par très mauvais temps.

Quant aux nouveaux pavillons envisagés en 1896, ils furent intégrés aux projets de reconstruction des hôpitaux concernés. Leur réalisation ne pouvait donc intervenir qu'à plus ou moins longue échéance. Pour ces pavillons, l'Administration chargea son architecte, Vibert, de dresser les plans d'un « projet-type de service de tuberculeux, avec salles de 20 à 30 lits aux deux étages, avec division en deux demi-salles, séparées par une salle de réunion, réfectoire, salle de repos »[593]. Composé de plusieurs services de tuberculeux répartis dans différents hôpitaux parisiens, le programme initial fut réduit dans un deuxième temps à un unique projet concernant l'hôpital Saint-Antoine, également abandonné. Conçu par l'architecte Renaud, ce projet était basé sur les plans-types de Vibert. il comprenait une série de pavillons d'un étage sur rez-de-chaussée reliés entre eux par une galerie de circulation couverte, pour un total de 232 lits. Des galeries de cures vitrées étaient aménagées à chaque niveau de façon à les rendre accessible directement depuis les dortoirs. Le pavillon des services généraux devait d'un étage supplémentaire aménagé en « vaste serre garnie de plantes pour l'exposition des malades pendant l'hiver »[594] à la manière des vérandas de l'hôpital Boucicaut. Nous n'avons malheureusement pas de plans de ces projets.

Outre ces nouveaux services, la Commission se pencha également sur le fonctionnement des établissements existant et souhaita améliorer « l'antisepsie médicale des salles d'hôpitaux »[595] afin de préserver les malades et le personnel de la contagion. Elle préconisa la suppression du balayage à sec, l'usage de crachoirs individuels et collectifs, la désinfection des objets à usage quotidien des malades et l'emploi d'un mobilier « facile à nettoyer [et à] désinfecter complètement par une nouvelle couche de peinture ». Malgré ces directives hygiéniques, le balayage humide des salles ne se généralisa qu'en 1904 dans les établissements de l'Assistance publique[596]. Ces conditions étaient assez similaires à celles de la plupart des hôpitaux en Europe. Même dans les hôpitaux anglais de phtisiques, les crachoirs étaient vidés dans le système d'épuration sans désinfection préalable jusqu'au milieu des années 1890, et ne furent stérilisé qu'à partir de 1896 ; quant à la literie des tuberculeux, elle ne sera systématiquement désinfectée que vers 1900[597]. En Italie, les mesures d'isolement furent appliquées plus rapidement qu'en France : dès ainsi, dès 1896, l'*Ospedale Maggiore* de Milan disposait de salles réservées aux tuberculeux, mesure salutaire qui fut étendue à tous les hôpitaux de la péninsule par une loi de 1897. Elle contraignait notamment les administrations hospitalières à réaliser des « asiles de phtisiques » ou des « pavillons d'isolement » réservés aux tuberculeux[598]. En Allemagne, outre les sanatoriums populaires, de nombreux hôpitaux publics disposaient de services de tuberculeux : à l'hôpital de la Charité de Berlin, le médecin Fränkel évitait la dissémination des bacilles en faisant porter à ses malades un masque de son invention, posé sur la bouche, et munie d'une ouate imprégnée d'une solution antiseptique[599].

Bien que les réalisations fussent dans un premier temps limitées, les travaux de la Commission de la tuberculose eurent pour effet de pointer directement les lacunes du système hospitalier français. Ses conclusions n'étaient toutefois pas partagées par tous, certains médecins considérant que l'isolement des tuberculeux dans l'enceinte même des hôpitaux n'était pas assez efficace. Souhaitant aller plus loin encore, la Commission extra-parlementaire de la tuberculose vota le 4 juillet 1900 une résolution qui demandait l'isolement des tuberculeux dans des hôpitaux spéciaux distincts des hôpitaux généraux :

> *Les tuberculeux doivent être isolés des autres malades. Des hôpitaux spéciaux doivent être aménagés comme les sanatoria vrais. Dans ces hôpitaux, des stations séparées devraient être organisées pour les tuberculeux*

[592] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. 25.
[593] *Idem*, p. VIII.
[594] *Ibidem.*
[595] *Ibidem.*
[596] Circulaire des 13 et 29 juin 1903. *Idem*, p. IX.
[597] Smith 1988, p. 64.
[598] Del Curto 2005.
[599] Knopf 1900, p. 46.

curables, incurables et pour ceux qui sont atteints d'autres maladies [...]. La commission accepte, lorsqu'il ne sera pas possible de faire autrement, qu'il y ait dans les hôpitaux, des quartiers réservés aux tuberculeux, mais c'est pour elle un pis-aller ; elle craint que dans ces hôpitaux mixtes, les séparations ne soient imparfaites, que l'organisation sur le type du sanatorium ne soit incomplète, que l'alimentation ne soit pas celle qui serait nécessaire. »[600]

Cette position, bien éloignée de celle adoptée en 1896 par la Commission de la tuberculose de l'Assistance publique, montre les divergences qui existaient alors entre les différentes instances sanitaires. Entre 1896 et 1900, les sanatoriums et les hôpitaux spéciaux de tuberculeux avaient visiblement trouvé de nouveaux partisans. Un autre argument en faveur des établissements spécialisés était l'image négative attachée aux salles communes et dont les services de tuberculeux aménagés dans les hôpitaux généraux ne pouvaient se défaire. En 1904, le directeur de l'Assistance publique, Gustave Mesureur, estimait donc nécessaire de « faire l'éducation de l'opinion et [de] lui montrer que si, d'une part, nous vous arrêter la contagion dans nos hôpitaux, nous entendons assurer, d'autre part, des locaux, des soins et des traitements mieux appropriés à la tuberculose »[601]. L'idée selon laquelle un tuberculeux n'entrait à l'hôpital que pour mourir était communément admise dans le public ; elle se vérifiait d'ailleurs dans la plupart des cas. Pour cette raison, le directeur de l'Assistance publique plaida en faveur de la création de formations spécialisées accueillant les tuberculeux à tous les degrés de maladie, afin de ne pas transformer en mouroir les services n'accueillant que des cas avancés. Sur la proposition de Brouardel, une Commission nationale de la tuberculose[602] fut créée en 1900 par le ministère de l'intérieur. Dès 1901, cette commission invita les administrations hospitalières à réaliser l'isolement des tuberculeux[603], puis formula un vœu, adressé au gouvernement en 1903, en faveur « de la création, pour l'isolement des tuberculeux, de chambres, de salles ou de quartiers spéciaux, suivant l'importance des établissements »[604]. Ces recommandations furent reprises dans la circulaire ministérielle datée du 15 janvier 1904 : premier texte régissant le traitement des tuberculeux en France, cette circulaire exhortait « les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers [...] à affecter immédiatement aux tuberculeux un ou plusieurs de ces établissements »[605]. Elle ne fut toutefois que très partiellement appliquée : comme le soulignait le directeur de l'Assistance publique de Paris, rares étaient à cette époque les villes, excepté les plus grandes, à disposer de plusieurs hôpitaux. Le 22 janvier 1904, la Société médicale des hôpitaux suggéra de réaliser « la division, partout où cela sera possible, des salles de médecine générale par des cloisons vitrées qui permettront d'affecter un cantonnement distinct aux tuberculoses ouvertes, les seules contagieuses. [...] Il ne s'agit plus d'hôpitaux distincts, de quartiers spéciaux ou même de salles différentes, remarquait Mesureur, mais d'un sectionnement, d'une simple cloison vitrée pour opérer l'isolement »[606]. Si la nécessité d'isoler les tuberculeux dans les hôpitaux généraux faisait l'unanimité, les méthodes pour y parvenir divisaient le corps médical, les administrations hospitalières et les autorités sanitaires. Ces dernières prônaient notamment la création d'établissements réservés aux tuberculeux, selon un modèle quasiment sanatorial.

A Paris, la Commission des grands travaux hospitaliers (créée le 1er avril 1903) avait élaboré un « programme d'hôpital exclusivement réservé aux tuberculeux »[607] : dès 1903, le plan de campagne des grands travaux hospitaliers réservait une somme importante pour la construction d'un grand hôpital de tuberculeux ou « asile de la Ville de Paris » d'une capacité de 1.500 à 1.800 lits. Cet asile sera installé en 1906 en dehors de Paris à l'hospice de Brévannes (Essonne). La circulaire de 1904 incita quelques hôpitaux de province à créer, sur le modèle parisien, leurs propres services de tuberculeux. A Montpellier, par exemple, les Hospices civils envisagèrent dès 1904 la création d'un service de tuberculeux dans l'enceinte de l'hôpital suburbain. Ils reçurent en octobre 1904 une subvention du Conseil général à cet effet[608]. En

[600] J.O. 21 juin 1901, p. 788.
[601] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. XV.
[602] *Idem*, p. XVII.
[603] *Idem*, p. XV.
[604] Bernard & Poix 1922, p. 235.
[605] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. XVI.
[606] *Idem*, p. XVII-XVIII.
[607] *Idem*, p. XXIII.
[608] Extrait du registre des délibérations de la commission administrative, séance du 13 octobre 1906. A.D. de l'Hérault, 1 X 433.

1905, l'administration opta pour un projet plus ambitieux d'hôpital-sanatorium aménagé dans un ancien domaine religieux situé en périphérie de Montpellier et appartenant aux Hospices. Orienté plein sud, le bâtiment principal se prêtait particulièrement bien à cette transformation : l'architecte en charge du projet se contenta de construire des « vérandas vitrées » à chaque niveau du bâtiment, reliées au rez-de-chaussée par une galerie de cure collective en plein air. L'établissement comptait 58 place en galeries de cure pour une capacité de 60 lits[609]. Dénommé sanatorium du Bon Accueil, il sera jusqu'en 1922 le seul centre de cure pour tuberculeux du département de l'Hérault. Autre exemple de la promptitude de quelques administrations hospitalières à assurer la séparation des tuberculeux, les Hospices civils de Nancy acquirent en 1904 l'ancien couvent du Sacré-Cœur. Les études préalables durèrent plusieurs années et l'installation d'un hôpital de tuberculeux ne fut décidée qu'en 1909. Les travaux furent confiés conjointement à Albert Jason, architecte de la ville et à Georges Biet*, architecte des hospices. L'hôpital-sanatorium Villemin comptait deux pavillons distincts, l'un réservé aux hommes, l'autre aux femmes, d'une cinquantaine de lits chacun. Il n'ouvrit toutefois ses portes qu'en 1914[610]. Au Congrès de la tuberculose de 1905, le médecin Frottier évoquait la création récente, à l'hôpital Pasteur du Havre, d'un pavillon de tuberculeux fonctionnant comme « un véritable petit sanatorium de 22 lits »[611]. Raoul Brunon présenta de son côté l'« aérium » qu'il avait fait aménager dans les jardins de l'Hospice général de Rouen permettant aux enfants de réaliser la cure d'aire dans des galeries en bois. Au même congrès fut présenté le pavillon des tuberculeux de l'Hôtel-Dieu de Poitiers qui comprenait un service d'isolement pour malades des deux sexes et un laboratoire bactériologique[612]. Lorsque les Hospices de Toulouse lancèrent, en 1907, un concours pour le nouvel hôpital suburbain, le programme prévoyait la construction d'un pavillon de tuberculeux de 60 lits[613] (ill. 217). Inauguré en 1908, le nouvel hôpital Clémenceau de Caen disposait d'un important pavillon de tuberculeux précédé d'une galerie de cure (cat. 14-01B), nous n'avons toutefois pas pu déterminer si les recommandations ministérielles de 1904 amenèrent à modifier les plans de cet établissement conçu à la fin du XIX^{e} siècle. Nous ne disposons malheureusement pas d'informations exhaustives relatives à la création de pavillons pour tuberculeux dans les hôpitaux français ; il semble néanmoins que la circulaire de 1904 suscitât de nombreuses initiatives, bien qu'elle n'eût la valeur que d'une recommandation. Si l'utilité des sanatoriums, entendus comme établissements de cure, faisait encore débat, la nécessité de structures spécialisées pour les tuberculeux était unanimement admise au début du XX^{e} siècle. « La science oblige de plus en plus impérieusement le praticien à se spécialiser, les services de nos hôpitaux, quoi que l'on fasse, suivront ce mouvement »[614], résumait Gustave Mesureur en 1904. En 1913, la Commission permanente de préservation contre la tuberculose renouvela son vœu en faveur de l'isolement des tuberculeux. Elle fut appuyée la même année par un vœu de l'Académie de médecine demandant que « lors de la construction de tout hôpital nouveau sur le territoire français, des quartiers isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose pulmonaire ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit secourir »[615]. Il faudra toutefois attendre le décret du 17 avril 1943 pour que les hôpitaux soient obligés d'isoler leurs tuberculeux dans des salles ou des pavillons réservés[616].

1.4.2. Le projet de loi sur les sanatoriums de 1901

Initié par le congrès français de 1893, le « mouvement d'opinion en faveur des sanatoriums » trouva, selon l'expression de Louis Guinard, « un regain de force »[617] dans le congrès allemand de 1899. Le 22 novembre 1899, Pierre Waldeck-Rousseau, alors le président du conseil, créa une Commission

[609] Hospices de Montpellier, service des tuberculeux. Note explicative, H. Debens architecte, 13 août 1907. A.D. de l'Hérault, 1X 433.
[610] Beau 1980, p. 15.
[611] Congrès de la tuberculose 1905, tome 2, p. 552.
[612] *Idem*, tome 3, p. 384.
[613] « Hopital suburbain de Toulouse », in *La Construction moderne*, 14 août 1907.
[614] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. XVIII.
[615] Bernard & Poix 1922, p. 235.
[616] Thoillier 1947, p. 107.
[617] Guinard 1925, p. 4.

extraparlementaire chargée de trouver les moyens pratiques de lutter contre la propagation de la tuberculose[618]. En 1900, l'inauguration à quelques mois d'intervalle des sanatoriums d'Angicourt et d'Hauteville put donner l'impression qu'il existait, en France, un important mouvement antituberculeux capable de réalisations d'envergure. Renforcés dans leurs convictions par le congrès de Berlin et par ces nouvelles créations, les partisans de la cure en établissement fermés portèrent la question du sanatorium en plus haute lieu. Ainsi, en juin 1901, la Commission d'hygiène publique présenta un rapport à l'Assemble nationale sur « les mesures à prendre pour arrêter les progrès de la tuberculose »[619]. Dans ce rapport, le député Laurent Amodru* (1849-1930) dressait un bilan détaillé des « ravages de la tuberculose », de sa contagiosité et des moyens de s'en prémunir. Il énonçait également une série de recommandations censées endiguer la propagation de la maladie. S'agissant des collectivités publiques, il demandait « que dans tous les ministères tous les locaux soient pourvus de crachoirs hygiéniques, d'affiches interdisant de cracher par terre et que le balayage humide y soit obligatoire ; que le choix du personnel à son entrée soit l'objet d'une surveillance médicale ; accorder au personnel des crachoirs individuels »[620]. Il indiquait ensuite une série de recommandations adressées plus particulièrement aux ministères de l'instruction publique, du commerce, des finances, de la justice, de l'intérieur, des beaux-arts et des colonies[621], ainsi que des prescriptions générales applicables dans les théâtres, les églises, les temples et les synagogues, les bibliothèques, les études de notaires, les communautés religieuses, couvents, séminaires, les bureaux de tabac, les restaurants, cafés et marchands de vins, les grands magasins, les industries, fabriques, ateliers et mines, les voitures publiques, omnibus et bateaux, etc. Le rapport était conclu par série de vœux dont les deux derniers étaient ainsi formulés : « 7° Que l'Etat et les collectivités favorisent parmi leur personnel la création d'assurances mutuelles contre la maladie et l'adhésion aux compagnies d'assurance contre la maladie, spécialement contre la tuberculose ; 8° Que l'Etat crée des sanatoria d'Etat pour la cure de ses agents touchés par la tuberculose »[622]. Il revenait à l'Etat de faire le premier pas et, comme l'espérait Amodru, « cet exemple donné par l'Etat ne manquerait pas d'être suivi par les départements, les communes, les collectivités privées »[623]. Admettant que « presque tout le monde est aujourd'hui d'accord pour recommander la création de sanatoria », le député jugeait nécessaire la création de sanatoriums à destination des pauvres et soumit à l'Assemblée le « Plan d'un projet de loi sur l'organisation de sanatoria ». Cette proposition s'appuyait légalement sur la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite qui prévoyait la prise en charge des malades indigents, tuberculeux compris, par les départements et les communes. Selon le premier article du projet de loi, « des sanatoria destinés au traitement de la tuberculose peuvent être établis par l'Etat, les département ou les communes ». Le texte distinguait trois types d'établissements : les sanatoriums d'Etat, réservés aux agents publics et aux militaires ; les sanatoriums départementaux, laissés à l'instigation des Conseils généraux, et les sanatoriums communaux « établis comme annexes des hôpitaux »[624]. L'Etat pouvait soutenir la création de sanatoriums départementaux et communaux au moyen de subventions ; dans ce cas « les plans et règlements de l'établissement [seront] approuvés par décret ». Enfin l'initiative privée était encouragée puisque les associations privées étaient habilitées à hospitaliser les malades de l'Etat, des départements ou des communes, sous réserve que les plans des établissements dont elles envisageraient la

[618] Guinard 1925, p. 4. En 1903, cette commission deviendra la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, présidée par Léon Bourgeois. « Cette commission, extrêmement laborieuse, surtout avant 1914, note Guinard en 1925, a accumulé une somme considérable d'excellents travaux se rapportant à l'étude de toutes les questions ressortissant de la tuberculose de l'individu, de la famille et des collectivités. C'est au sein de la Commission permanente qu'ont été préparés, étudiés et discutés les règlements touchant aux questions les plus importantes de la prophylaxie antituberculeuse, dans la famille, les écoles, les casernes, les bureaux, les usines, les ateliers, les compagnies de transport, etc. De cette commission était parti le règlement qui impose aux hôpitaux l'obligation : de séparer les phtisiques des malades non tuberculeux, de créer, dans les hôpitaux ordinaires, des quartiers et des salles exclusivement réservés aux tuberculeux. » Guinard 1925, p. 385.
[619] J.O. 21 juin 1901.
[620] *Idem*, p. 790.
[621] S'agissant des collectivités privées, le vœu de la commission était ainsi formulé: « Que les chemins de fer, les établissements de crédit, banques, compagnies d'assurance soient pourvus de tous les avantages des mesures d'hygiène prophylactiques antituberculeuses réclamées par la commission (crachoirs hygiéniques, balayage humide du sol [...], instructions antituberculeuses, affiches interdisant de cracher à terre, défense de prendre ses repas dans les bureaux ; que les compagnies étudient un nouveau matériel conforme aux règles de l'hygiène. » *Ibidem.*
[622] *Ibidem.*
[623] *Idem*, p. 792.
[624] *Ibidem.*

construction, les règlements intérieurs et les tarifs pratiqués aient reçu l'agrément du ministère de l'intérieur. Ces dispositions étaient assorties de mesures d'aide aux familles des malades pendant la durée de leur hospitalisation. Enfin, le projet de loi était judicieusement complété par une résolution visant à généraliser les « assurances mutuelles contre la maladie » afin d'assurer le financement des établissements de tuberculeux. Les caisses d'assurance allemandes, régies par les lois de 1852, 1883 et 1889, étaient explicitement données en exemple. Ce texte s'inspirait d'un autre projet de loi présenté au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales, en 1900, par le député Pierre-Paul Guyesse (1841-1914). Il s'agissait de créer des « caisses régionales de retraites, d'invalidité et d'assurance au décès », lesquelles, financées par les patrons et les ouvriers, auraient « avantage à prévenir, arrêter ou guérir la tuberculose [et] emploier[aient] une partie de leurs capitaux à construire des sanatoriums populaires »[625]. Pour le médecin Robert Romme, comme pour nombre de ses confrères, « la création des sanatoriums populaires [était] étroitement liée au vote de la loi sur les retraites ouvrières »[626].

Par ses ambitions, ce projet était de nature à décourager, voire à effrayer, les parlementaires : la création de sanatoriums publics, la prise en charge des familles des malades hospitalisés et l'instauration d'un système d'assurances maladies pour les classes laborieuses, auraient concerné des dizaines, voire des centaines de milliers de personnes, le nombre de tuberculeux étant compris entre 500.000 et un million au début du XX^{e} siècle. La plus petite mesure prenait, dans ces conditions, une ampleur difficilement imaginable. Pour montrer l'exemple, quelques projets de sanatoriums publics furent étudiés dans les mois qui suivirent ce rapport. En décembre 1901, le conseil municipal de Nîmes forma « le vœu que le conseil général du Gard [mît] immédiatement à l'étude le projet d'édifier un sanatorium pour les tuberculeux indigents du département »[627]. Cette proposition ne faisait pas référence au projet de loi sur les sanatoriums mais postulait que, « sans le développement des sanatoria, la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite [des indigents] ne peut recevoir entière satisfaction ». Selon la municipalité, l'assemblée départementale était la mieux placée pour organiser cette « grande œuvre sociale et humanitaire » ; elle demandait en conséquence « que chaque département ait, au moins, un sanatorium d'altitude ou marin suivant sa situation géographique »[628]. Cette initiative resta sans suite et le département du Gard ne réalisera son sanatorium départemental qu'après la Première Guerre Mondiale.

Toujours en 1901, le ministre du commerce, de l'industrie des postes et des télégraphes, Alexandre Millerand (1859-1943), chargea une commission d'étudier la construction d'un sanatorium de 200 lits destiné aux agents, hommes et femmes, de son administration[629]. Cette commission prit comme modèle le sanatorium d'Angicourt et confia la conception d'un avant-projet à Auguste Gory, inspecteur de l'Assistance publique de Paris[630]. Mandaté comme expert, Albert Calmette critiqua vivement le projet et proposa de lui substituer le système de la « villa sanatorium » dont nous reparlerons plus tard. Conçu également en 1901, le projet de sanatorium pour « dames du corps enseignant », s'inscrit probablement dans le sillage de ce projet de loi sur les sanatoriums publics[631]. Aucun de ces projets ne fut toutefois réalisé et les partisans du sanatorium durent faire face, au même moment, à une série d'attaques en règle.

Restée sans suites immédiates, ce projet de loi est symptomatique de la volonté de susciter de nouvelles créations d'établissements de cure et de mieux organiser les œuvres existantes. En 1901, au congrès de Londres, le médecin-directeur du sanatorium d'Angicourt, Georges Küss », proposa ainsi une

[625] Romme 1901, p. 756.
[626] *Ibidem.*
[627] Nîmes, Bulletin municipal, séance du 23 décembre 1901, p. 445-446.
[628] *Ibidem.*
[629] Projet d'organisation des sanatoriums antituberculeux destinés au personnel des agents et sous agents de l'Administration des postes et des télégraphes par A. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, s.d. [ca. 1902]. A.D. du Nord, J 1-176. Voir également : Ministère du commerce, de l'industrie des postes et des télégraphes, sanatorium des postes et des télégraphes, rapport présenté à la commission du sanatorium au nom de la sous-commission par M. A. Gory, inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique, s.d. [1901]. Archives de l'AP-HP, 9 L 17.
[630] L'Œuvre antituberculeuse postale, télégraphique et téléphonique semble avoir ensuite acheté le domaine de Taxil (Var) pour y installer 40 lits pour hommes et femmes. Elle présente en 1905 au Congrès de la tuberculose de Paris, un projet d'agrandissement de l'établissement.Congrès de la tuberculose 1905, p. 378.
[631] Projet d'un sanatorium payant de 100 lits destiné à 50 dames pensionnaires et 50 dames du corps enseignant, s.d. [1901] , A.D. du Nord, liasse J 1-17. Ce projet fut conçu par Léonce Hainez* (1866-1916), architecte de l'Institut Pasteur de Lille (1901) et du sanatorium de Montigny-en-Ostrevent (1904-1907).

organisation méthodique des nouvelles structures autour de sanatoriums polyvalents, qu'il nommait « sanatoriums de répartition » et dont la conception se rapprochait de celle des sanatoriums urbains, distincts des hôpitaux, réclamés dès 1899 par Brouardel et Grancher en complément des « sanatoriums pour ouvrier en pleine campagne ou en pleine montagne »[632]. Maintenus en observation durant plusieurs semaines, les tuberculeux « présumés curables » auraient ensuite été orientés vers les établissements adaptés à leur état de santé : maison de convalescence ou colonie agricole pour les plus faiblement atteints ; sanatorium de fortune ou installation à la campagne pour les « apyrétiques à forme scléreuse et torpide » ; « véritable sanatorium » pour les tuberculeux alités ; hospice pour les incurables[633].

La campagne de G. Artaud pour la construction d'un sanatorium dans l'Aisne (1901).

En 1901, le médecin G. Artaud débuta une intense campagne de propagande en vue créer un sanatorium dans le département de l'Aisne[634]. Après avoir effectué une série de trois voyages d'étude en Suisse et en Allemagne entre 1897 et 1899, Artaud expérimenta sur sa clientèle privée la méthode hygiéno-diététique qui donnait, selon lui, de bons résultats. Souhaitant « en faire profiter les poitrinaires nécessiteux de [son] département »[635], il se rendit un nouvelle fois en Suisse en 1899 pour « étudier spécialement la construction, l'installation et le mode de fonctionnement des sanatoriums populaires » et s'intéressa particulièrement au sanatorium zurichois de Wald[636], ouvert en 1898, et qui lui semblait « réunir les meilleures conditions au point de vue de l'économie et de l'hygiène »[637] (ill. 68). A son retour, Artaud rédigea une note de voyage dans laquelle il donnait une description précise de l'établissement, de ses aménagements et de son fonctionnement[638]. En octobre 1900, l'architecte Joseph Chérier dressa, « d'après les données du Dr Artaud », les plans d'un établissement populaire sur le modèle du sanatorium de Wald. Alors qu'il mûrissait son projet depuis deux ans, Artaud profita des débats engagés en juin 1901 à l'Assemblée nationale pour tenter de le mettre à exécution. Le ministre de l'intérieur, Pierre Waldeck-Rousseau, approuva les plans du sanatorium et accorda une subvention de 250.000 francs au projet sur les fonds du pari mutuel[639]. Artaud s'engagea alors dans une campagne d'information de trois mois durant lesquels il donna des conférences dans tout le département pour tenter de convaincre médecins et élus locaux de la validité de sa proposition. La plus importante eut lieu à Saint-Quentin, préfecture du département, le 28 juin 1901[640], une semaine seulement après qu'Amodru eût présenté son projet de loi qui incitait les communes et les départements à construire des sanatoriums populaires. Chaque conférence commençait par un état des lieux chiffré des ravages causés par la tuberculose en France, suivi d'un exposé sur les mesures prises à l'étranger pour lutter contre le fléau. Artaud terminait enfin son propos par la présentation de son projet de sanatorium « pour les poitrinaires nécessiteux du département de l'Aisne [...] sur le modèle de ceux de Suisse et d'Allemagne »[641]. Le projet de l'architecte Chérier s'inspirait largement du sanatorium de Wald (ill. 69) au point d'en constituer une simple variation : l'établissement comprenait deux pavillons d'hospitalisation reliés par une galerie couverte à un pavillon central où étaient groupés les services. Les pavillons latéraux disposaient d'une galerie de cure adossée au sous-sol formant rez-de-jardin, tandis qu'une troisième galerie était placée au niveau du rez-de-chaussée en avant du pavillon central. Cette galerie haute était précédée d'une grande terrasse qui communiquait avec les deux galeries de cure latérales. Malgré l'appui du ministre de l'intérieur et la campagne de communication d'Artaud, la municipalité de Saint-Quentin repoussa le projet au motif qu'il n'assurait pas la gratuité des soins aux

[632] Brouardel et Grancher 1899, p. 739
[633] Küss 1901, p. 825.
[634] Artaud 1914, p. 52.
[635] *Ibidem.*
[636] Concernant cet établissement voir Ritzmann 1998.
[637] Artaud 1914, p. 52.
[638] Artaud, *Le sana. de Wald pour les poitrinaires nécessiteux du Canton de Zürich. Notes de voyage août 1899*, Artaud 1914, p. 5-17.
[639] *Idem*, p. 75.
[640] Artaud, *De la tuberculose. Conférence faite à Saint-Quentin le 28 juin 1901*, in Artaud 1914, p. 19-56.
[641] Artaud 1914, p. 75.

malades indigents. Entre 1903 et 1908, elle fit construire pour son propre compte un pavillon pour tuberculeux de 32 lits[642].

1.4.3. Une alternative au modèle allemand : le premier sanatorium de Bligny (1899-1903).

Avec les sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville, dont les origines remontent respectivement à 1890 et 1895, le sanatorium parisien de Bligny est la troisième réalisation emblématique de cette première génération de sanatoriums populaires français. Bénéficiant de « l'atmosphère si favorable » et du « mouvement d'enthousiasme »[643] provoqué par les congrès de 1898 et 1899, cette initiative est due au médecin Gilbert Sersiron. Travaillant sous la direction du professeur Grancher, Sersiron entreprit une thèse de médecine sur les sanatoriums et visita les établissements français, allemands et suisses en 1898. Soutenue en juillet 1898[644], sa thèse se terminait par un appel à la charité privée et à l'initiative publique pour la création de sanatoriums populaires. Faisant suite au rapport Grancher et à la discussion tenue à l'Académie de médecine en mai 1898, cet appel arrivait à point nommé et trouva un écho favorable auprès des médecins des hôpitaux de Paris. Avec Sersiron, ces médecins formèrent un Comité médical chargé de définir les objectifs de l'œuvre à créer et réunirent un capital initial de 35.000 francs. Rejoint par quelques philanthropes fortunés, le comité fonda en juin 1900 la Société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris et acheta le domaine de Bligny au sud de Paris, vaste propriété d'une surface de 85 hectares. S'attachant les compétences de l'architecte Lucien Magne* (1849-1916), la Société fit détruire l'ancien château et engagea la construction d'un premier sanatorium en 1901. Elle fusionna ensuite avec l'Œuvre d'assistance morale et matérielle, créée pour collecter des fonds et organiser la propagande, et devint l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris[645].

Le premier sanatorium de Bligny (baptisé sanatorium Despeaux-Rubod en l'honneur d'un bienfaiteur de l'Œuvre) disposait de 120 lits pour hommes (ill. 404-405). Il fut ouvert le 8 août 1903 sous la direction médicale de Louis Guinard* (1864-1939), médecin formé auprès de Frédéric Dumarest au sanatorium d'Hauteville. Contrairement aux sanatorium d'Angicourt et de Hauteville, le sanatorium de Bligny ne résulte pas d'une étude systématique des réalisations allemandes et suisses : alors que Dumarest à Hauteville et Belouet à Angicourt avaient mit en avant les modèles étrangers, il n'est indiqué nulle part que l'architecte du sanatorium de Bligny, Lucien Magne, ai visité les sanatoriums allemands ou suisses. La documentation existante sur le sujet était vraisemblablement suffisante en 1900 pour lui permettre de concevoir son projet. S'étant vraisemblablement documenté sur les établissements existants ou en projet, Magne en conserva certaines dispositions formelles – telles les ailes latérales rabattues en U –, tout en proposant un certain nombre d'améliorations sur la base du programme défini par le comité de médecins à l'origine du projet. La principale innovation de Magne résidait dans l'abandon des galeries de cure adossées au rez-de-chaussée de la façade sud du bâtiment d'hospitalisation, « où le bruit et le mouvement qui peut s'y faire sont incommodants pour les malades »[646]. Guinard en fera plus tard un « principe général » en matière de conception sanatoriale : « ne jamais réunir deux services dans une même pièce ou dans un même endroit. Chaque pièce, par conséquent, doit répondre à un seul objet, à un seul but, à l'exclusion de tout autre usage » et, ajoutait-il, « c'est ainsi que nous comprenons l'indépendance des chambres, des lavabos, des brosseries, des vestiaires, etc. »[647]. A Bligny, Magne distingua l'aile centrale, réservée à la cure, des ailes latérales réservées aux chambres des pensionnaires comprenant un seul étage sur rez-de-chaussée (plan 91-01B). A Angicourt et Hauteville, l'organisation des chambres et des cures avait été réalisée par niveaux : le rez-de-chaussée pour la cure, les niveaux supérieurs pour les chambres.

[642] Artaud critiqua ouvertement ces aménagements et les résultats thérapeutiques obtenus : «En 1903, précise-t-il, [la ville de Saint-Quentin] a voulu avoir son sanatorium et a fait construire un bâtiment conçu en dehors de toutes les règles admises pour la construction de ces établissements. Tous les malades y meurent et les autres, avec raison, ne veulent plus y aller » Artaud 1914, p. 77.
[643] Guinard 1925, p. 6.
[644] Sersiron, *Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1898.
[645] Guinard 1925, p. 6.
[646] *Idem*, p. 52.
[647] *Idem*, p. 47.

Guinard ne voyait dans cette dernière disposition que des inconvénients : « nous n'admettons pas les galeries de cure aménagées au-devant des appartements, sur la façade sud, car non seulement elles enlèvent, à ces appartements, une notable quantité d'air et de lumière, mais le bruit et le mouvement qui peuvent se faire dans les pièces, chambres, salles à manger, salles de réunion, etc., situées en arrière, sont incommodants pour les malades et troublent le calme nécessaire à la cure de repos »[648]. Adossées au bâtiment, les galeries de cure étaient effectivement dépendantes des activités qui se déroulaient à l'arrière et vice-versa. Le positionnement des espaces de cure au centre du bâtiment, dans le prolongement de chaque étage, avait été esquissé dans quelques projets allemands et même français autour de 1900. Dans le sanatorium de Sülzhayn, par exemple, ouvert en 1898, les deux pavillons latéraux étaient reliés par trois galeries de cure superposées (ill. 27). Magne prit l'option d'articuler nettement les ailes entre elles : à Bligny, les galeries sont ainsi doublées à l'arrière d'un « promenoir » (sur le modèle des « Wandelhallen » des établissements allemands) ; elle ne font plus seulement le lien entre les ailes latérales mais constituent un membre à part entière de la composition. Pour Augustin Rey, « ce sanatorium est, dans son tracé général, avec son bâtiment central accompagné de ses deux ailes à angles obtus, conçu dans l'esprit des sanatoria allemands de Planegg, de Sülzhayn, de Falkenstein »[649]. Un autre dispositif novateur, pour lequel nous n'avons pu trouver de prototype ni dans les sanatoriums étrangers, ni dans les constructions hospitalières antérieures, est l'organisation des chambres, par groupe de deux, autour d'un « vestibule d'entrée » où sont placés les lavabos individuels. Guinard n'y voyait que des avantages :

> *Cette disposition [...] est des plus heureuses. Elle laisse, à la portée des malades, tout ce dont ils ont besoin pour leur toilette, à proximité immédiate mais en dehors de la chambre, sont la propreté est ainsi sauvegardée. L'indépendance des lavabos assure la facilité du chauffage et, pendant les saisons froides, permet aux malades qui vont faire leur toilette de se trouver dans une atmosphère chaude, la fenêtre de ces lavabos restant fermée la nuit.*[650]

Cette disposition des chambres (voir p. 444) ainsi que l'aménagement des galeries de cure dans une aile distincte, sont des apports majeurs à l'architecture des sanatoriums en France et Bligny, dont l'efficacité distributive et la valeur hygiénique ne seront jamais démenties, constituera un modèle du genre jusqu'à la fin des années trente. Ce premier pavillon de cure sera suivi d'un second construit entre 1906 et 1909, toujours par Lucien Magne, à l'attention des femmes ; et d'un troisième, le sanatorium de Fontenay, construit de 1911 à 1919 par l'architecte Georges Vaudoyer (1877-1949). Ce dernier sanatorium ne comptait que des chambres individuelles, réparties dans deux ailes parallèles, l'une réservée aux hommes, l'autre aux femmes. S'agissant du plan en U adopté dans le sanatorium Despeaux-Rubod (ou du plan en V du sanatorium du Petit-Fontainebleau) Guinard, une nouvelle fois, se démarquait de ses collègues et n'voyait qu'une réponse de l'architecte aux « considérations de terrain et d'esthétique » mais n'en faisait pas une nécessité thérapeutique. Il estimait d'ailleurs que cette « forme incurvée » favorisait « les tourbillonnements et l'introduction de courants d'air »[651] et se déclara parfaitement satisfaite de la façade plane du sanatorium de Fontenay (ill. 408-409) qui, selon lui, ne provoquait pas de mouvements d'air plus manifestes[652].

Nous n'avons trouvé aucune publication de Lucien Magne sur les sanatoriums de Bligny. C'est leur médecin-directeur, Louis Guinard qui, à partir de son arrivée en 1903, assura la promotion des établissements par une présence assidue à la plupart des congrès de la tuberculose[653]. Augustin Rey fit l'éloge au congrès de Paris de 1905 de « l'architecture si soignée [du sanatorium de Bligny] – décelant au dehors les nécessités vraies du plan – dans un ensemble sobrement conçu » [654] et l'établissement fut unanimement salué en 1909 au congrès de la tuberculose de Washington où il obtint une médaille

[648] *Idem*, p. 52-53.
[649] Rey 1905, p. 115.
[650] Guinard 1925, p. 48.
[651] *Idem*, p. 38.
[652] *Ibidem.*
[653] Notamment en 1904 à Copenhague, en 1905 à Paris et en 1907 à Vienne.
[654] Rey 1905, p. 115.

d'argent[655]. Rey rapporta à cette occasion que « les plans français, ont une caractéristique de clarté et de franchise dans leurs tracés, qualités si appréciées à l'étranger »[656]. Dès avant la Première Guerre Mondiale, les sanatorium de Bligny furent copiés : l'exemple le plus explicite apparaît dans le projet de construction d'un hôpital suburbain à Toulouse en 1907. En marge des services de médecins, l'architecte lauréat, Guitard, dessina un pavillon de tuberculeux « installé suivant les données adoptées pour les sanatoriums »[657] et dont le plan est une transposition littérale du premier sanatorium de Bligny (ill. 217).

1.4.4. Le « sanatorium idéal », un rêve de médecins (1895-1902).

En guise de préambule à son projet pour le concours du sanatorium Edouard VII en Angleterre, en 1902, le médecin anglais Egbert Morland précisait en ces termes sa conception du sanatorium idéal :

> *Le sanatorium idéal est constitué d'une série de cabanes isolées, disposant de fenêtre sur leurs quatre faces, dans lesquelles les malades passent tout leur temps lorsqu'ils ne sont pas en plein air ; ils y dorment et y prennent leurs repas, respirant un air dépourvu d'organismes pathogènes. Ce dispositif est envisageable à une petite échelle, mais dans un sanatorium de cent lits, les difficultés de chauffage, de transports des repas et de surveillance des malades le rend économiquement inapplicable. Le principal problème est donc de trouver un compromis avec lequel la chambre de chaque malade dispose d'un maximum de lumière et d'air et dont la disposition permet une exploitation économique des locaux. L'unité de base de notre sanatorium est ainsi composée d'une chambre ouverte au sud [...] avec une large fenêtre et une porte donnant au nord sur un couloir également muni d'une grande fenêtre faisant face à la porte. Ces chambres occupent toute la façade sud du bâtiment et tout été fait de manière à ce que l'air les traverse constamment.*[658]

Le projet formulé par ce médecin, en collaboration avec un architecte, partait du constat que la disposition « idéale » du point de vue thérapeutique n'était pas réalisable du point de vue économique et de fonctionnement. Dès les années 1890, de nombreux médecins avaient tenté de concilier les dispositions dictées par les seules règles de l'hygiène et de la médecine avec des dispositions architecturales propres à la bonne marche d'un établissement groupant plusieurs dizaines de malades. En guise de conclusion à sa thèse de doctorat en médecine, S.A. Knopf donna en 1895 la « description d'un sanatorium idéal »[659], conçu en collaboration avec un élève de l'Ecole des beaux-arts de Paris dénommé Van Pelt[660]. « La conception de cet établissement est celle que nous avons eue nous même, précisait toutefois Knopf : [l'architecte Van Pelt] s'est efforcé de mettre au service de l'architecture utile tout ce que pouvait avoir de ressources l'architecture agréable »[661]. La répartition des rôles était claire : au médecin, le contrôle des dispositifs liés à son du bâtiment ; à l'architecte, la transcription formelle de ces dispositifs. Adoptant le « système des établissements fermés, combiné avec celui des pavillons isolés », ce projet se distinguait des établissements allemands et suisses par une conception pavillonnaire qui trahissait peut-être les origines américaines de Knopf[662]. Entre le *Cottage system* américain et le bâtiment unique prôné par Brehmer et Dettweiler, il y

---

[655] Les établissements de Bligny reçurent plusieurs prix internationaux, dont un diplôme d'honneur et la médaille d'or à l'exposition internationale d'hygiène d'Ostende en 1901, un grand prix à l'exposition d'économie et d'hygiène sociale organisé par *Le Journal* à Paris en 1905, un diplôme d'honneur de l'exposition franco-britannique de Londres en 1908, un diplôme d'honneur de l'exposition d'hygiène de Dresde en 1911, un prix hors concours à l'exposition internationale urbaine de Lyon en 1914 (catégorie Œuvre sociale de bienfaisance) et un grand prix à l'exposition international du centenaire de Pasteur à Strasbourg en 1923. Guinard 1925, p. VI.

[656] Cité par Guinard 1909, p. 611.

[657] Les bâtiments de l'hôpital sont orientés Sud-ouest/nord-ouest, mais le pavillon des tuberculeux est décalé de 45° pour orienter la façade principale au midi. S.a.,« Concours : construction d'un hôpital à Toulouse », in *La Construction moderne*, 24 août 1907, p. 557.

[658] " In the opinion of the authors of this essay the ideal sanatorium consists of a series of isolated huts, with windows on all for sides, in which the patients spend their whole time except when then are actually out in the grounds; here they sleep and have their meals, breathing the while an atmosphere beyond the risk of contamination. On a small scale thise appears to be practicable; but for a sanatorium of 100 beds the difficulties of heating, of carring meals, ans of supervision over so large an area render the scheme impossible wit due regard to economy. (...) The chief problem, then, is to effect a compromise whereby each patient's room obtains a maximum of sunshine and fresh air and yet is so placed as to insure economy of management. Hence the unit of our sanatorium il s room facing the south, with unobstructed aspect, with a large window space, with a door on the north side opening on to a wide corridor in which there is a large window exactly opposite the door. These rooms occupy the whole south frontage and everything else has been made subservient to the one essential of providing that a large current of pure air shall constantly flow through them." S.a., « The King's Sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, volume 1, p. 59.

[659] Nous n'avons pu consulter que sa réédition de 1900 : Knopf, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*, Paris, Carré et Naud, 1900.

[660] Van Pelt présenta également son projet en 1896 au Salon des Champs-Elysées. *La Construction moderne*, 27 juin 1896, p. 457.

[661] Knopf 1900, p. 292.

[662] Etabli à New York, Knopf connaissait bien les pratiques sanatoriales américaines, notamment le système pavillonnaire.

avait, selon lui, « de part et d'autre de tels avantages qu'il paraît bon de combiner les deux systèmes »[663]. Le bâtiment se composait de trois pavillons identiques, reliés entre eux par une galerie de circulation. Le rez-de-chaussée de chaque pavillon était occupé par les salons et les espaces collectifs contre lesquels était adossée une galerie de cure de 45 mètres de long et six de large. Dans chaque pavillon, il y avait 14 chambres individuelles à l'étage précédées d'un balcon filant. Les services généraux (administration, cuisines, réfectoire, jardin d'hiver, etc.) étaient situés à l'arrière dans un pavillon central (plan 00-02). Enfin les services de blanchisserie et de désinfection, de production de vapeur et d'électricité, étaient totalement dissociés du sanatorium et construits dans une vallée, à 150 ou 200 mètres en contrebas de l'établissement auquel ils étaient reliés par un tramway. Adoptant le « système de grands pavillons réunis par des galeries vitrées », le projet offrait présentait toutefois une disposition ambiguë dont on peine à saisir les avantages, si ce n'est sa division en de très petites unités de soins de 14 lits. Dans le chapitre du *Handbuch der Architektur* qu'il consacra aux sanatoriums en 1903, Victor von Weltzien considérait par exemple que les petits bâtiments, peu élevés, se prêtaient mieux aux exigences de la cure en permettant aux malades de se retrouver en petits groupes au lieu d'être perdus dans la foule des malades des grands établissements. Il rapprochait ainsi le projet de Knopf et van Pelt aux sanatoriums de Sülzhayn et de Wald, qu'il érigeait en modèle du genre[664], tout en admettant que ce dispositif conduisait un étalement trop important du plan : avec ses pavillons séparés par de longues galeries, le projet de Knopf ne comptait que 42 lit pour un développement de plus de 200 mètres de long. Ce dernier n'avait pas considéré, comme le fera Egbert Morland en 1902, que les centaines de mètres de galeries vitrées, les salons, les cures aux proportions démesurées étaient autant de surfaces supplémentaires, potentiellement contaminées, et dont la désinfection nécessiterait une armée d'employés, renchérissant d'autant le prix de journée. Martin Rideau relevait, en 1932 encore, que ce projet présentait un « plan remarquable à l'époque » s'agissant notamment des conditions de traitement offertes aux malades ; mais la démultiplication des espaces ne pouvait qu'être une contrainte à l'usage et, concluait Rideau, « si quelques-unes de ses idées furent fructueuses, personne n'avait songé à appliquer son plan »[665].

Le « projet de sanatorium privé » publié en 1901 par Henri Grillot, dans son ouvrage *Le sanatorium français,* répondait à la même volonté d'exemplarité. Il fit pour cela appel à un architecte dont la réputation était alors grande dans ce domaine : Henri Belouet*, architecte de l'Assistance publique et auteur, notamment, des sanatoriums d'Angicourt et de Hendaye. Conçu « sur les indications de M. Grillot », le projet conçu par Belouet tenait compte des critiques formulées alors contre Angicourt, s'agissant notamment des galeries de cure, qu'il disposa entre les bâtiments au lieu de les adosser au rez-de-chaussée de la façade sud (plan 00-05). Le projet comprend deux pavillons de cure reliés à un pavillon central, plus petit, faisant office d'hôtel pour les malades de passage ou les accompagnants. Les chambres de malades occupent le rez-de-chaussée, libéré des galeries, et le premier étage de chaque pavillon. Comme dans le projet de Knopf, les services généraux sont groupés à l'arrière dans un bâtiment autonome. Suite aux contacts qu'il entretenait avec les médecins-directeurs de Falkenstein et Hohenhonnef depuis 1891, Belouet pouvait être considéré comme l'un des architectes français les plus au fait des réalisations sanatoriales allemande. Cette influence est palpable dans son projet pour Henri Grillot, que l'on pourrait notamment rapprocher du sanatorium alsacien de Saales (plan 67-02). Les hauts pignons qui scandent les façades sud des pavillons sont une référence directe aux sanatoriums d'Angicourt et de Falkenstein. S'adressant à une clientèle de malades payant, le projet de Bellouet et Grillot paraît plus crédible que celui de Knopf, certes audacieux mais que ne prenait pas en compte les contraintes d'exploitation propres à ces établissements : il ne dépassait pas le stade du « rêve de médecin ». Mis en forme par un technicien expérimenté le projet de Grillot se rapprochait le plus possible de conditions réelles d'exploitation, bien que ce médecin eût vraisemblablement moins d'expérience que Knopf en matière de lutte contre la tuberculose. Les compétences propres aux médecins ne suffisaient pas à mettre en œuvre ces établissements de

[663] Knopf 1900, p. 291.
[664] Von Weltzien 1903, p. 133.
[665] Rideau 1932, p. 35.

cure complexes : cet exemple, comme tant d'autres plus tard, donne la mesure du rôle des architectes dans l'élaboration de ces projets et de leur rôle dans la collaboration instituée avec les médecins.

1.4.5. Le développement des sanatoriums français (1901-1905).

Les congrès de la tuberculose de 1898 et 1899 marquent, nous l'avons dit, un tournant en matière de lutte contre la tub en France. En 1899, Frédéric Dumarest, fondateur du sanatorium de Hauteville, et Gilbert Sersiron, initiateur de celui de Bligny, créèrent une revue intitulée *L'Œuvre antituberculeuse*, « destinée à promouvoir la création de sanatoriums en France, selon la formule d'initiative privée qui avait réussi à Hauteville »[666]. Le premier numéro fut publié le 15 avril 1900 et la revue parut régulièrement jusqu'en 1905. Autour de l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents et de la Société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris, la revue fédérait un grand nombre d'œuvres antituberculeuses telles que la Colonie agricole pour indigents convalescents de la tuberculose pulmonaire, (créée à Cannes), le Comité du sanatorium havrais, l'Œuvre du sanatorium populaire manceau, la Ligue du Nord contre la tuberculose, la Ligue girondine contre la tuberculose (créée par le médecin Antoine Armaingaud à Bordeaux), l'Œuvre lorraine des tuberculeux, la Ligue de défense contre la tuberculose dans le département du Loiret, l'Œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson, l'Œuvre du sanatorium rouennais et l'Œuvre pour la prophylaxie de la tuberculose et le placement gratuit des indigents tuberculeux dans les sanatoriums. Toutes ces associations[667] suivaient la voie ouverte par les œuvres pionnières telles que l'Œuvre de la tuberculose d'Aristide Verneuil, l'Œuvre des enfants tuberculeux de Léon-Petit (1888) et la Ligue contre la tuberculose (1892)[668]. Elles avaient en commun leur caractère philanthropique et profitaient de « la plus énergique propagande autour de la question des *sanatoriums* populaires »[669] suscitée par le congrès allemand de 1899 pour chercher à ne plus limiter leur action à l'assistance ponctuelle des malades indigents mais offrir une approche globale de la lutte contre la maladie. Dans un premier temps, les moyens prophylactiques étaient les plus aisés à mettre en œuvre car ils nécessitaient des investissements limités, tandis que les établissements de cure exigeaient d'importants capitaux. Quelques-unes de ces œuvres affichèrent toutefois l'ambition de créer un sanatorium populaire pour malades indigents. Peu y parviendront. En 1901, Maurice Letulle remarquait avec satisfaction que « les œuvres d'assistance antituberculeuses fondatrices de sanatoriums populaires se multiplient dans les grandes villes de France : Lyon, Paris ont tracé la voie, Amiens, Bordeaux, Cannes, Le Cannet, Hyères, Le Havre, Le Mans, Lille, Marseille, Mayenne, Morlaix, Nancy, Nice, Orléans, Bois-Colombes, Rouen, Saint-Quentin, Semur, Versailles [...] se hâtent de construire ou d'aménager leur maison de cure »[670]. Avec les congrès de Paris en 1898 et de Berlin en 1899, la création de la *Société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris* en 1899 et l'ouverture des sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville en 1900, les années 1899-1902 virent se multiplier les initiatives.

Parmi les premières œuvres antituberculeuses à envisager, sur le modèle parisien ou lyonnais, la construction de sanatoriums, trois d'entre elles ouvrirent, près d'Orléans, de Nancy et de Bordeaux, de petits sanatoriums en 1902. Créée le 2 décembre 1897, l'Œuvre de la ligue contre la tuberculose du département du Loiret conçut en 1900 un ambitieux projet de sanatorium[671] (ill. 257) qu'elle ne put réaliser, faute de financements, que partiellement : un petit pavillon de 20 lits fut ainsi inauguré le 15 janvier 1902 ; il correspondait au tiers, environ, du bâtiment projeté (ill. 258). Créée en 1900 par le médecin Paul Spillmann (1844-1914), l'Œuvre lorraine des tuberculeux envisagea au même moment la construction d'un important sanatorium de 110 lits pour indigents et malades payants. Pour les mêmes raisons financières, un premier pavillon de 35 de lits fut ouvert en décembre 1902 (ill. 285). Publié en 1901 dans *La Construction*

[666] F. Dumarest, cité par J. Dumarest 1997, p. 14.
[667] Il faut ajouter l'Œuvre des hôpitaux marins et l'Œuvre nationale de sanatoria de montagne fondée par Bournet. Knopf 1900, p. 89.
[668] Smith 1988, p. 123.
[669] Sersiron 1900, p. 327.
[670] Letulle 1901, p. 928.
[671] Ce projet s'inspirait des modèles anglais en « ailes de papillon » avec un long corps d'hospitalisation au sud, relié par une galerie à une aile nord de services. *Les Sablons. 100 d'histoire. 100 ans de soins, 1901-2001*, Chécy, novembre 2001.

moderne[672], le sanatorium de Lay-Saint-Christophe le fut également dans le *Handbuch der Architektur* en 1903[673], ouvrage qui, étonnamment, ignorait les réalisations d'Angicourt, de Hauteville et de Bligny. Attaché aux hospices de Nancy depuis 1874, l'architecte Ferdinand Genay* (1846-1909) établit le projet de Lay-Saint-Christophe pour lequel il « avait primitivement adopté un tracé curviligne »[674]. Cette complication du plan fut ensuite jugée « inutile, par suite de la concavité du terrain, sorte de cirque, offrant naturellement la forme désirée. Les bâtiments de la façade principale sont aussi bien abrités avec la direction droite et la dépense est bien moindre »[675]. Le projet initial comprenait deux pavillons, l'un de 61 lits pour les malades payants, l'autre de 54 lits pour les non-payants, reliés, par un « pavillon de service » accueillant les espaces administratifs et médicaux (plan 54-01). Malgré la symétrie parfaite de la façade sud, l'organisation interne était asymétrique en raison des aménagements propres à ces différentes sections : les malades non payants étaient logés dans des chambres de trois à quatre lits et disposaient d'espaces de dimensions modestes : réfectoires, salles de réunions et ateliers ; les malades payants, au contraire, disposaient de tous les locaux exigibles d'un établissement de standing : salon, salle à manger, salle de billard, etc. En plus de l'escalier adossé dans chacune des ailes à la façade nord, la section des malades payants disposait d'un « grand escalier » à vide central intégré au volume de l'aile de service. Les galeries de cure, divisées en trois sections distinctes (malades payants, non payants femmes et non payants hommes), se développaient sur toute la longueur du rez-de-chaussée. Elles étaient surélevées d'environ trois mètres de façon à éclairer les pièces du sous-sol réservées aux services annexes. Dans la partie centrale séparant les deux pavillons, la galerie de cure se prolongeait au premier et au deuxième étage, divisée entre les « pensionnaires » payants et les malades indigents. Cette partie centrale était surmontée d'une toiture terrasse laissant dépasser, à l'arrière, le pignon de la chapelle située au deuxième étage de l'aile de service. Pour des raisons financières, ce projet ne put être entièrement réalisé. Limitée dans ses moyens, l'œuvre fit construire dans un premier temps le pavillon ouest de 35 lits (cat. 54-01A), ouvert en juillet 1902. Faute de place, l'œuvre ne put accueillir que des malades du sexe masculin, en priorité « des petits payants et des indigents ». En 1910-1912, un don permit de réaliser une petite extension de 15 lits pour les femmes, portant la capacité de l'établissement à 50 lits (cat. 54-01B). L'établissement ne sera achevé qu'en 1924 dans des dispositions différentes à celles prévues initialement.

D'autres projets de dimension « départementale », bien que d'initiative privée, furent engagés dans la foulée, comme celui de la Ligue girondine contre la tuberculose, créé en 1900 à Bordeaux et qui ouvrit le sanatorium de Pessac en 1902 dans un ancien château, renonçant à construire un établissement neuf. Fondée en 1901, l'Œuvre antituberculeuse de la Loire-Inférieure envisagea la construction d'un établissement à La Marlézières (Loire-Atlantique), près d'Ancenis, sur les bords de la Loire[676]. Le projet fut exposé en 1905 au congrès international de la tuberculose de Paris. Bien que le chantier fût déclaré engagé au congrès de Paris, ce sanatorium n'a, à notre connaissance, jamais vu le jour. En 1903, le Conseil général du Puy-de-Dôme décida la construction d'un sanatorium à destination des tuberculeux des quatre départements auvergnats. Ce projet de sanatorium interdépartemental suivait en cela les recommandations formulées en 1901 par le député Amodru. Le Puy-de-Dôme lança immédiatement un concours entre architectes français – vraisemblablement l'un des premiers en France s'agissant d'un sanatorium public[677]. Sous l'impulsion du projet de loi de 1901 sur les sanatoriums, plusieurs corps d'administrations décidèrent de s'engager sur la voie sanatoriale. Après le projet de sanatorium des P.T.T., déjà mentionné, un sanatorium pour instituteurs fut envisagé en 1903 sur l'initiative de l'Union des sociétés de secours mutuels et des associations amicales d'instituteurs et d'institutrices. Créée en 1902, cette œuvre mutuelle fédérait 27 sociétés départementales d'enseignants et comptait 15.000 membres. Pour accueillir le sanatorium, le

[672] S.a., « Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction Moderne*, 1901, n°46, p. 76-77.
[673] Von Weltzien 1903, p. 172.
[674] S.a., « Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction moderne*, 1901, n°46, p. 76.
[675] *Ibidem.*
[676] S.a., « Sanatorium de la Marlézière », in *La Construction moderne*, 16 décembre 1905, p. 126-127, pl. 28.
[677] L'appel à participation précise que le sanatorium « sera établi en un point aussi rapproché que possible de Montluçon, entre Montluçon et Gannat. Appel sera fait aux architectes qui voudraient déposer des projets; 10.000 francs de prix seront partagés » (« Concours. Ville de Clermont-Ferrand », in *La Construction moderne*, 18 avril 1903, p. 348).

village de Sainte-Feyre (Creuse) fut choisi en 1903, notamment parce qu'il était au carrefour des lignes de chemin de fer est-ouest (Bordeaux-Lyon-Genève) et nord-sud (Paris-Toulouse), et « à la jonction de deux diagonales sur l'hexagone, permettant ainsi un accès identique à tous les instituteurs de France »[678]. Malgré l'enclavement de Sainte-Feyre, sa situation géographique paraissait en faciliter l'accès depuis toutes les régions, conformément, ajoute l'historienne Charlotte Siney-Lange, au principe républicain d'égalité des chances. Construit entre 1904 et 1906 sur les plans de l'architecte Louis Marney[679] (plan 23-03), le sanatorium de Sainte-Feyre offrait, avec celui de Bligny, l'une des rares alternatives française aux modèles donnés par les établissements suisses et allemands. L'établissement se composait d'un bâtiment unique dont le centre était marqué par un avant-corps massif où étaient regroupés les espaces collectifs : salons et salle à manger au sud, cuisine et services au nord. Cet avant-corps séparait deux ailes symétriques accueillant les chambres individuelles des malades, les hommes d'un côté et les femmes de l'autre. Dans chaque aile, les sanitaires étaient adossés au nord contre le couloir de distribution. Comme à Bligny, les galeries de cure étaient situées dans le prolongement des couloirs des chambres, non pas au centre de la composition, mais à l'extrémité des deux ailes sur trois étages (ill. 182).

Le sanatorium d'Angicourt, propriété de l'Assistance publique de Paris, était le seul sanatorium public à cette époque. Les autres établissements ouverts aux malades indigents (Hauteville, Sainte-Feyre, Bligny, Montigny-en-Ostrevent, Pessac, Lay-Saint-Christophe, Oissel ou Chécy) étaient gérés pas des associations privées. D'après nos recherches, ce corpus peut être considéré comme exhaustif ; il n'évoluera quasiment pas jusqu'à la Première Guerre Mondiale, à l'exception des nouvelles constructions engagées à Bligny en 1906 et 1912. Lorsque André Honnorat dressait en 1917 l'inventaire des sanatoriums populaires existant en France, il s'en tint à cette dizaine d'établissements totalisant 1.200 lits environ. Excepté les sanatoriums de Montigny-en-Ostrevent et de Sainte-Feyre (ouverts en 1906) et les deux derniers établissements de Bligny, tous ces sanatoriums avaient été esquissés entre 1892 et 1902 et avaient ouvert leurs portes avant 1903. A ces établissements, nous pourrions ajouter les « hospices sanatoriums » et pavillons de tuberculeux ouverts aux malades non sanatoriables. Le plus important d'entre eux était sans conteste celui de l'Assistance Publique de Paris à Brévannes qui comptait près de 500 lits[680]. Maurice Letulle mentionnait en 1901 d'autres projets de sanatoriums[681] tels ceux d'Amiens, Marseille, Le Mans, Morlaix, Bois-Colombes, Semur ou Lille, mais nous n'en avons retrouvé aucune trace.

Les colonies et leurs climats variés, comme nous l'avons vu, étaient l'objet d'un intérêt particulier de la part des médecins. Les rares projets engagés outre-mer s'adressaient exclusivement aux coloniaux et il faudra attendre la Première Guerre Mondiale pour voir la construction des premières structures à destination des populations indigènes, notamment des soldats intégrés aux troupes françaises. Nous y reviendrons. Dans les colonies françaises, un médecin parisien, Toutu, s'intéressa dès 1891 à la Tunisie dont le climat particulièrement doux permettait de pratiquer la cure d'air toute l'année. Il envisagea la construction d'un « sanatorium de colonisation » qui serait idéalement situé entre le lac de Bizerte, la mer et une forêt de pins[682]. Ce projet ne fut toutefois pas réalisé. D'autres initiatives similaires virent le jour, comme le sanatorium-infirmerie de Bistraria, ouvert à Alger au début du XX^{e} siècle ou le sanatorium de Lang-Sa, en Indochine, mentionné en 1913 par Rufenacht-Walters[683]. En 1908, un sanatorium rudimentaire de 10 lits fut ouvert à Bhannès, au Liban : l'établissement de développa dans les années vingt jusqu'à atteindre une capacité de 325 lits en 1935 ; il accueillait alors les malades payants provenant de tous les états du Proche-Orient sous mandat occidental[684].

[678] Siney-Lange 2006, p. 50.
[679] Congrès de la tuberculose 1905/3, tome 3, p. 378.
[680] Honnorat mentionne également l'hôpital-sanatorium de Montpellier (le Bon-Accueil, 1907), le pavillon Roussel de Nîmes, la villa Louise Ruel à Cannes et le sanatorium Cimiez. JO, annexe n°3653, p. 732.
[681] Letulle 1901, p. 928.
[682] Congrès de la tuberculose 1905, tome 3, p. 384-385.
[683] Rufenacht Walters 1913, p. 313.
[684] Hubert-Martin & Elie Khoury, « La lutte contre la tuberculose dans les états du Levant sous mandat français », in *VIII^{e} congrès national de la tuberculose de Marseill*e, Paris, Masson, 1935, p. 482.

Le fonctionnement d'un œuvre de bienfaisance : le sanatorium d'Oissel (1905).

Afin de mieux comprendre le rôle et le fonctionnement de ces œuvres d'assistance aux tuberculeux, nous nous arrêterons brièvement sur l'Œuvre du sanatorium rouennais, pour laquelle nous disposons d'informations relativement précises[685]. L'œuvre fut fondée à Rouen en 1899 dans le « but de secourir les personnes atteintes de la tuberculose à une période où la curabilité est encore possible et qui ne peuvent pas se rendre dans un sanatorium éloigné »[686]. Présidée par un médecin, l'œuvre comprenait cinq médecins sur dix membres du conseil d'administration. Peu après sa création, elle confia à l'architecte rouennais Edouard Lecœur la construction d'un établissement de cure. Jugé trop coûteux, cet avant-projet fut ensuite réduit et le projet définitif ne fut approuvé en 1904[687]. Situé à mi-chemin entre le sanatorium d'Angicourt et le sanatorium Mangini, ce projet comprenait un corps central de deux étages sur rez-de-chaussée, encadré par deux courtes ailes latérales légèrement rabattues de façon à protéger les galeries de cure adossées au rez-de-chaussée de la façade sud (plan 76-01). Le sanatorium se composait de deux sections identiques, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, disposant chacune d'une entrée distincte placée au nord à la jonction entre le corps central et les ailes. Les chambres occupaient toutes les pièces donnant au sud tandis que les services étaient placés au nord. Chaque corps avait une double épaisseur, le couloir central desservant d'un côté les chambres et de l'autre les espaces annexes.

En 1901, l'œuvre acheta un terrain de trois hectares et trouva les fonds suffisants pour engager la construction de l'établissement en 1904. L'architecte adapta son projet aux ressources de l'œuvre et fit en sorte qu'il « puisse être réalisé par parties à construire successivement au fur et à mesure des ressources de l'œuvre »[688]. La première tranche de travaux ne concernait ainsi que le rez-de-chaussée de l'aile centrale et les dix premiers lits, réservés aux ouvrières, furent mis en service le 10 août 1905 (ill. 392-394). Dès la première année, l'entreprise rouennaise *Rivière* réserva un lit pour ses ouvrières dans l'établissement, moyennant un prix annuel de 1.300 francs. Ajoutons que Lecœur n'avait été pas seulement mandaté comme architecte : en tant que membre à part entière de l'œuvre, il assistait aux réunions mensuelles du bureau et semble même avoir exercé ses compétences à titre gratuit. Il en fut de même pour le médecin Joseph Cotoni* (1843-1928), délégué par le Conseil d'administration en tant que médecin-directeur du sanatorium et qui, sans toucher aucune rémunération pour cela, effectuait une visite chaque jour et soumettait ses malades à « un examen individuel quotidien ». La première année, les 10 lits de l'établissement furent répartis en deux chambres à trois lits et quatre chambres individuelles réservées aux malades pouvant s'acquitter du prix journalier de leur traitement. Les malades très peu fortunées payaient une fraction de ce prix et la différence était complétée par les ressources propres de l'œuvre, constituées de dons privés, des versements au titre de l'Assistance médicale gratuite et, à partir de 1906, d'une subvention du Conseil général et de la Ville de Rouen. Les résultats thérapeutiques furent dès les premiers mois très encourageants. Dans certains cas, ils dépassèrent même les espérances de l'œuvre et plusieurs patientes purent reprendre leur activité professionnelle dès leur sortie du sanatorium. André Halipré, secrétaire de l'œuvre, l'expliquait ainsi :

> *Le nécessiteux devient tuberculeux parce qu'il est surmené et parce qu'il ignore les principes élémentaires de l'hygiène. Mais il y a souvent chez lui un fond de résistance, que le sanatorium avec sa cure de repos, d'aération et d'alimentation, sait mettre en valeur. Sorti du sanatorium, il connaît les notions d'hygiène dont il ne savait pas le premier mot avant son traitement ; pour peu qu'il soit aidé, les conditions de l'existence deviendront pour lui sensiblement meilleures et la guérison se maintiendra.*[689]

La durée moyenne du traitement était de cinq mois la première année de fonctionnement, soit deux mois de plus que la durée habituelle accordée dans les établissements populaires allemands. S'agissant du recrutement des malades, il était réalisé sans « réclame », les malades étant pour ainsi dire « cooptées » par

[685] Les documents relatifs à la création de l'établissement sont partiellement conservés aux archives départementales de la Seine-Maritime sous la cote 1 XP 1479.
[686] Œuvre du sanatorium rouennais, notice, s.d. [1905]. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[687] Cet avant projet ne se trouve pas dans les archives départementales de la Seine-Maritime.
[688] Œuvre du sanatorium rouennais, notice, s.d. [1905]. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[689] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 décembre 1906. A.D. de Seine-Maritime, 1XP1479.

les membres de l'œuvre et les donateurs privés. Parmi les malades admises en 1905, 25% étaient atteintes au troicième degré, c'est à dire dans « un état presque incurable », comme l'admettait lui-même Joseph Cotoni[690]. Ceci paraît d'autant plus étonnant que le secrétaire de l'œuvre était le premier à fustiger l'admission de malades trop avancés qui ne pouvaient donner que de mauvais résultats thérapeutiques et nuire à la crédibilité de l'établissement. Les mésaventures du sanatorium du Mont-des-Oiseaux, à Hyères (voir p. 93), furent d'ailleurs mentionnées comme un contre-exemple.

Les membres de l'œuvre insistaient autant sur la nature « populaire » de l'établissement que sur son caractère de « sanatorium régional », c'est à dire d'établissement réservé aux malades habitant à peu de distance (l'aire géographique considérée n'était toutefois pas spécifiée). Cette proximité entre le lieu de traitement le domicile du malade permettait au médecin d'examiner les candidates avant leur admission et d'assurer un suivi médical après leur sortie. Convoquées périodiquement au sanatorium, les malades qui prolongeaient leur cure à domicile ou qui avaient repris une activité, bénéficiaient d'un examen complet permettant au médecin, le cas échéant, de prodiguer ses conseils et recommandations. Le petit nombre de patientes accueillies les premières années facilita naturellement le suivi individuel des tuberculeuses. Le caractère familial du sanatorium était alors pleinement revendiqué par ses instigateurs.

Cotoni était appuyé dans sa tâche par un comité médical mais il disposait d'une totale liberté pour mener à bien le traitement de ses malades. En particulier, il n'avait pas à se préoccuper de « la question d'argent » s'agissant des repas et de la cure de « suralimentation », pratiquée à Oissel. Seule comptait l'application de la méthode hygiéno-diététique dans les meilleures conditions possibles. Le service était assuré dans l'établissement par des religieuses qui veillaient, en l'absence du médecin, au bon déroulement de la cure. Une religieuse était chargée de noter chaque jour les observations météorologiques qui aidaient le médecin à moduler la pratique quotidienne de la cure d'air. Sur ce point, le climat humide de la vallée de la Seine ne posait aucun problème particulier : le sanatorium était construit à 45 mètres au-dessus du niveau du fleuve et était relativement épargné par les brouillards, parfois persistants dans cette partie de la Normandie. Selon Cotoni, d'ailleurs, ces brouillards n'avaient « que l'inconvénient de l'air humide » et n'étaient en rien préjudiciables à la cure. « De même que l'alimentation n'a rien d'exclusif et qu'elle dépend des produits de la saison et du lieu, estimait-il, de même la cure doit subir les variations que nécessitent l'état de l'atmosphère et la température. Entre l'extrême chaleur et l'extrême froid, entre la grande humidité et la sécheresse de l'air, il y a toute une série de stations intermédiaires susceptibles d'être utilisées pour le plus grand intérêt des malades »[691]. Ces modulations de la cure consistaient, par exemple, à autoriser les malades à pratiquer la cure d'air sous les sapins à la lisière de la forêt qui touchait le sanatorium. Par grande chaleur, les malades pouvaient être amenées à effectuer leur cure dans les bois, bien qu'elle fût, selon lui, moins profitable et moins agréable que celle en lisière de forêt, car plus monotone.

Déclarée d'utilité publique le 17 juillet 1907, l'Œuvre du sanatorium rouennais fut put obtenir la subvention sollicitée en 1906 auprès du Paris Mutuel pour l'agrandissement de l'établissement. Les plans d'extension furent approuvés par le ministère de l'intérieur en décembre 1909 et les travaux achevés en mars 1911. L'établissement disposait alors d'une trentaine de lits. Programmée dès 1909, la troisième phase de travaux prévoyait la création d'une section pour hommes de 55 lits supplémentaires. Comme pour la deuxième phase, les travaux avancèrent au rythme des subventions et n'étaient pas achevés lorsque la guerre éclata en 1914. Le sanatorium d'Oissel fut alors hâtivement transformé en station sanitaire ; il ne sera achevé qu'au début des années vingt.

---

[690] Au 1er décembre 1905, 22 pensionnaires avaient quitté le sanatorium. Elles avaient été réparties, à leur entrée, en trois groupes en fonction de leur état : quatre malades étaient atteintes au 1er degré, 12 au 2e degré, et six au 3e degré. Neuf malades étaient alors encore en traitement. « Les malades au 1er degré sont sorties avec une augmentation moyenne de 10 kilos et une amélioration très nette de l'état général. Les malades au 2e degré sont sorties avec une augmentation moyenne de poids de 8 kilos. Sur ces 12 malades, nous enregistrons un insuccès chez une jeune fille atteinte de tuberculose fébrile, et sur laquelle la cure n'a donné aucun résultat. Deux malades sorties améliorées continuent la cure à domicile et ont des lésions qui paraissent momentanément stationnaires. Deux malades très améliorées et en voie de guérison sont condamnées à un repos total pendant quelques mois. Sept malades ont continué a gagner du poids chez elles et peuvent se livrer à un travail utile et rémunérateur. [...] Des six malades au 3e degré, toutes cavitaires : trois sont décédées après la sorite, deux sont améliorées. » Idem, p. 21.

[691] Cotoni, assemblée générale de l'Œuvre du sanatorium rouennais, 12 décembre 1906, p.15. A.D. de Seine-Maritime, 1XP1479.

1.4.6. Le rejet des « sanatoriums architecturaux » (1900-1903).

L'opération de propagande orchestrée par le Comité allemand des sanatoriums à l'occasion du congrès de 1899 fit émerger, en France, un sentiment de suspicion chez de nombreux médecins, partisans ou adversaires du traitement sanatorial. En 1920, Brunon revint en ces termes sur l'objet de la polémique :

> *En 1890, la lymphe de Koch avait subi un échec douloureux : il fallait une revanche. Au Congrès de Berlin [...], tout fut mis en œuvre pour convaincre, séduire et accaparer les savants du monde entier [...]. L'Allemagne est désignée par les Allemands comme la terre promise des tuberculeux, le sanatorium est le* primum movens *de la lutte antituberculeuse ; c'est l'instrument capital de la prophylaxie sociale ; il guérit en trois mois les deux tiers des malades traités ! Brouardel, président de la délégation française, se laisse emporter par l'enthousiasme surchauffé des Allemands et il résume son étonnement admiratif en disant : « C'est une révélation ». [...] Un dogme était né.*[692]

L'exaspération suscitée par les « manœuvres » allemandes fut renforcée en 1900 à l'occasion du Congrès d'hygiène de Paris. Déterminé à assurer la diffusion des principes et des produits allemands, le secrétaire général du comité central allemand des sanatoriums, Gotthold Pannwitz, profita de cette manifestation internationale pour rééditer le rapport du congrès de 1899 dans une version bilingue allemande et française[693]. Les objectifs de cet ouvrage étaient à peine dissimulés par Pannwitz qui se félicitait dans la préface que « de nombreux établissements, soit [de l'Allemagne], soit de l'étranger, se [soient] servis des renseignements contenus dans [la première édition] pour commander leurs fournitures »[694]. L'essentiel de l'ouvrage était consacré aux minutieuses descriptions illustrées des sanatoriums allemands, détaillant notamment les solutions techniques retenues pour chacun d'eux et nommant systématiquement leurs fournisseurs. Il laissait également une large place aux réclames des fabricants allemands de matériel sanatorial et hospitalier : mobilier, crachoirs, installations hygiéniques en tous genres, matériel médical, produits pharmaceutiques, systèmes d'épuration et de désinfection, générateurs d'électricité, linoléum, luminaires, téléphones, etc. Il faisait office de véritable catalogue commercial. Dans l'introduction de son ouvrage de 1906 sur les techniques en vigueur dans les sanatoriums et les hôpitaux, l'ingénieur André Turin écrivait ainsi, à propos des sanatoriums de Beelitz, près de Berlin :

> *Ce n'est pas sans raison que les Allemands ont établi des établissements de ce genre. Ils ont voulu faire de leurs sanatoriums modernes une exposition industrielle, de façon à donner aux étrangers qui y sont amenés par leurs études ou leurs loisirs une haute idée de l'industrie allemande, et c'est ainsi que dans* L'industrie allemande et la technique au service des malades et des sanatoriums *publié par le professeur Pannwitz, nous trouvons le détail des machines, des bassins de clarification, des systèmes de ventilation, etc., avec les noms des constructeurs. Cette propagande industrielle est très naturelle ; cependant, nous pouvons regretter son application au traitement de l'ouvrier, et le luxe bien inutilement dépensé dans ces établissements où l'ouvrier prend goût facilement à ce luxe qu'il ne retrouvera pas chez lui et qui pourra le rendre envieux des richesse qu'il ne soupçonnait pas.*[695]

Pour André Turin, la propagande allemande ne résidait pas tellement dans les publicités imprimées que dans les établissements eux-mêmes que médecins et architectes, notamment français, se faisaient un devoir d'aller visiter. Brouardel et Landouzy estimaient en 1899 que les préoccupations allemandes en matière de sanatorium étaient plus vraisemblablement de nature économique et hygiénique que réellement thérapeutique[696]. En 1900, le Comité allemand des sanatoriums affichait au grand jour ses objectifs commerciaux. En 1919, alors qu'un mouvement général en faveur des sanatoriums prenait forme en

[692] Brunon 1920, p. 126.
[693] Gotthold Pannwitz, *L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne. Mémoire présenté au Congrès allemand pour la lutte contre la tuberculose. Berlin, 24-27 mai 1899*, 2e édition présentée au Congrès d'hygiène de Paris 1900, Berlin, Verlag Das Rothe Kreuz, 1900.
[694] Pannwitz 1900, p. 8.
[695] Turin 1906, p. 16.
[696] Brouardel & Landouzy 1899, p. 144.

France, cet ouvrage fut dénoncé publiquement devant l'Académie de médecine par Armaingaud lors d'une communication intitulée *Un exemple des procédés des Allemands dans la lutte contre la tuberculose*[697].

> *L'auteur* [Gotthold Pannwitz] *déclare que les sanatoria sont et doivent devenir de plus en plus pour le peuple allemand, par la vente de ces maisons démontables* [baraques de type Doecker] *et de ces meubles aux sanatoria des pays étrangers, la source de gros bénéfices industriels. Les maisons françaises doivent se prémunir contre cette concurrence allemande qui s'annonce redoutable dans tous les domaines et jusque dans l'organisation pratique de la lutte internationale contre la tuberculose.*[698]

DEGRÉS DE LA MALADIE	NOMBRE DE MALADES	GUÉRIS	PRESQUE GUÉRIS	GUÉRIS ET PRESQUE GUÉRIS
	P. 100	P. 100	P. 100	P. 100
I	1390 (27,62)	387 (27,08)	430 (31,00)	817 (58,8)
II	2225 (44,21)	152 (6,83)	325 (14,6)	477 (21,43)
III	1417 (28,17)	12 (0,48)	33 (2,3)	45 (3,14)
	5032	551 (11,00)	788 (15,6)	1339 (26,6)

Un autre motif de défiance à l'égard des sanatoriums fut apporté par la révision des statistiques des résultats thérapeutiques obtenus dans ces établissements. La constitution de statistiques médicales fiables posait alors de nombreuses difficultés aux médecins et l'appréciation de l'état de santé des malades sera un sujet inépuisable de polémiques jusqu'au milieu du XX[e] siècle[699]. Les médecins allemands parlaient volontiers de « guérison économique », basée sur le « recouvrement de l'aptitude au travail ». Ce terme correspondait en fait à une simple amélioration de l'état de santé du malade, juste suffisant pour leur permettre de reprendre le travail durant trois ans environ, durée minimale pour que la valeur de travail produite par l'ancien malade couvre les frais de son traitement. Tôt ou tard, la maladie reprenait le dessus et, après quelques années, le malade devait être à nouveau hospitalisé. Selon les statistiques allemandes, les sanatoriums populaires d'outre-Rhin obtenaient entre 60 et 80% de ces « guérisons économiques »[700] temporaires. En 1900, Knopf donnait comme exemple les statistiques du sanatorium de Goebersdorf, portant sur 5.032 malades traités entre 1876 et 1886 aux trois stades la maladie auxquels avaient été admis les patients (tableau ci-dessus). Les catégories retenues se réduisaient au sujets « guéris » et « presque guéris », qui représentaient ensemble près de 60% des malades admis au premier stade. Ces chiffres furent rapidement contredits par des statistiques plus complètes prenant en compte l'évolution de la maladie chez les patients après leur sortie du sanatorium. En 1901 au congrès de Londres, Koch fit lui-même remarquer que, selon les dernières statistiques du Comité allemand, seuls 20% des malades sortaient non bacillifères des sanatoriums, soit environ 4.000 malades considérés comme « guéris » par an. Ce chiffre, ajoutait-il, comparé aux 223.000 tuberculeux allemands de plus de 15 ans nécessitant une hospitalisation, « est si petit qu'il ne peut exercer aucune influence sur la diminution de la tuberculose en général »[701]. Koch, considéré comme le « plus grand bactériologiste du monde entier » par le Français Nocard, jouissait d'une réputation incontestée dans le domaine de la tuberculose. Sa position sur les sanatoriums ne passa donc pas inaperçue : « Ne croyez pas que je veuille, par ces chiffres, précisait-il, faire obstacle au mouvement en faveur des sanatoriums. Je peux simplement m'élever contre l'importance exagérée qu'on leur attribue »[702]. La publication des premiers « résultats éloignés », selon le terme en vigueur, montrèrent que les « guérisons économiques » n'étaient pas durables et que le taux de guérison effective oscillait plutôt entre 10 et 30%. On admit plus tard que ces mauvais résultats provenaient de périodes de cure « réduites à l'extrême »[703]. Une cure de trois mois était la règle dans les établissements allemands, le coût du traitement de devant pas dépasser le capital que le malade était susceptible de produire une fois guéri. Les médecins français rejetèrent également le terme d'« amélioration » qui se prêtait à des « appréciations beaucoup trop subjectives » pour pouvoir être exploitées avec justesse dans les statistiques. On reprocha donc aux médecins allemands « d'avoir donné des statistiques trompeuses, qui

[697] Armaingaud 1919, p. 539.
[698] *Ibidem.*
[699] Baché rappelait encore en 1934 que « l'interprétation des résultats est chose variable ». Baché 1934, p. 44.
[700] *Ibidem.*
[701] Vallin 1901, p. 719.
[702] *Ibidem.*
[703] Baché 1934, p. 44.

étaient moins en rapport avec la vérité scientifique qu'avec un intérêt commercial, dans leur campagne de 1899 en faveur des sanatoriums »[704]. Grancher, qui avait pourtant manifesté son enthousiasme lors du congrès de Berlin, dénonça avec virulence ce procédé consistant à outrepasser la rigueur scientifique dans le seul but d'ouvrir de nouveaux marchés à l'industrie allemande[705]. Dans leur volonté d'imposer le sanatorium comme solution globale au traitement de la tuberculose, les médecins allemands avaient omis, sans doute, de considérer que le traitement hygiéno-diététique n'était profitable qu'à une partie seulement des tuberculeux. Cette nuance rejoignait en partie la critique formulée en 1899 par les délégués français sur la « vision étroite » de la formule allemande et la « nécessaire variété » des traitements. Les bases scientifiques sur lesquelles avait été établie la valeur thérapeutique du sanatorium dans la cure de la tuberculose en furent ébranlées, autant que la confiance des nombreux médecins dans la méthode hygiéno-diététique.

Renforcés dans leurs arguments, les opposants au sanatorium y trouvèrent de nouvelles armes pour contrer leurs adversaires. Le débat sur l'intérêt de construire, en France, un dispositif sanatorial comparable à celui de l'Allemagne prit une tournure passionnelle entre 1901 et 1903. Il fut joué sur le thème de la rivalité entre les nations et se mâtina rapidement, côté français, de germanophobie, assez conforme, sans doute, au sentiment français à fin du XIX^{e} siècle[706]. Il faut sur ce point rappeler, à la décharge des médecins français, que ce thème de la concurrence entre les nations dans le domaine de la lutte contre la tuberculose avait été introduit par les médecins allemands eux-mêmes, notamment au congrès de Berlin en 1899. Pour les adversaires de cette conception, le sanatorium apparut comme une nouvelle manifestation de la rigidité et du militarisme allemand. Pour le médecin Albert Robin (1847-1928), le système allemand, qui bénéficiait du financement des caisses d'assurances sociales créées par Bismarck, était peut-être conforme à « l'esprit militaire et discipliné de son peuple et à l'autoritarisme de son gouvernement », mais ne saurait être transposé « en bloc à notre pays si différent par ses mœurs et son tempérament »[707]. Selon la vision française, le sanatorium allemand devenait un instrument d'asservissement des masses. Au contraire, ses détracteurs se plaisaient à lui opposer la dimension philanthropique de la prise en charge des indigents. Considérée en France comme dogmatique et procédant d'intérêts purement économiques et disciplinaires, la méthode allemande, quoique systématique et bien organisée, était manifestement déformée. A l'inverse, les évidentes lacunes françaises en matière de prise en charge des malades pouvaient passer pour une volonté délibérée de ne pas se contenter d'une formule rigide. Dans leur exagération, les médecins firent dans la dispersion des moyens une vertu et de la centralisation des efforts une dérive nationaliste. Réactivée pendant la Première Guerre Mondiale, cette perception biaisée du sanatorium se perpétuera durant tout l'entre-deux-guerres. On pouvait ainsi lire dans l'édition de 1922 de l'*Encyclopédie Quillet de médecine et d'hygiène*, à la rubrique *Sanatorium* :

> *Les Allemands, excessifs en tout, ont voulu imposer le sanatorium à tous les malades [...] et quel sanatorium ! De véritables prisons régies par une discipline à la prussienne. En France, on ne nie pas les bienfaits du sanatorium, mais on cherche autant que possible à instruire les malades, à les grouper librement dans les stations choisies d'après leur climat et leur altitude*[708].

Le mouvement anti-sanatorial s'étendit à d'autres fronts. En 1903, Raoul Brunon déclara devant l'Académie de médecine « l'inutilité sociale du sanatorium » qui repose, selon lui, « sur une erreur médicale ». « Pour enrayer la tuberculose, ajoutait-il, il faut s'adresser à ses causes : alcool, taudis, ignorance ou mépris de l'hygiène »[709]. L'éternel débat entre les partisans de la prise en charge des malades et ceux de la prophylaxie était relancé ; il débouchera, nous le verrons, par une victoire temporaire des seconds. L'enthousiasme exprimé lors du congrès de 1899 céda la place à un pessimisme emprunt de

[704] Mouisset 1920, p. 313.
[705] Jacques-Joseph Grancher, « Tuberculose pulmonaire et sanatoriums », in *Le bulletin médical*, 17^{e} année, 1er septembre 1903, n°19, p. 213-222, cité par Laget 2006, p. 31.
[706] Voir : Pierre-Louis Laget, « La réception du modèle sanatorial germanique dans les milieux médicaux français », in Centre de recherche sur l'étude et l'histoire d'Assy, *Les quinze glorieuses de l'architecture sanatoriale*, Plateau d'Assy, 2006, p. 26-33.
[707] Cité par Grellet & Kruse 1983, p. 149.
[708] Rhem 1922.
[709] Baché 1934, p. 38.

mauvaise volonté, voire de mauvaise foi. Jusque là ardent défenseur du sanatorium, Landouzy estima pour sa part, au congrès de Londres de 1901, que, « comparé au grand nombre de tuberculeux, le nombre de cas de guérison relevés dans le sanatorium est si petit qu'il ne peut exercer aucune influence sur la diminution de la tuberculose en général »[710]. C'est un bon exemple du revirement observé chez d'influentes autorités médicales dans les premières années du siècle. Raoul Brunon et Albert Robin jugeaient, quant à eux, que la création d'établissements fermés, aux résultats thérapeutiques aléatoires, ne pourrait qu'aggraver la situation : « Cette conception vise à éterniser le mal qu'elle combat. Pendant que le sanatorium soigne ses malades et vide ses lits par la mort, d'autres malades attendent leur admission et sèment derrière eux avant d'entrer leur tuberculose de façon à en assurer la perpétuité. Le minimum aux tuberculeux inguérissables. Le maximum à ceux que l'on peut guérir. »[711] D'un effet garanti, ces arguments n'en déformaient pasmoins grossièrement la conception du sanatorium que ces auteurs semblaient réduire à un hospice de phtisiques, héritier des hôpitaux vétustes où mourraient effectivement en masse les tuberculeux au XIX^{e} siècle.

Il est possible d'invoquer d'autres raisons pour expliquer cette dénégation de l'utilité des sanatoriums, le manque de structures antituberculeuses étant pourtant flagrant. Le contexte politique et social, d'abord, voulait que la bourgeoisie, et au premier rang de celle-ci les médecins, vît d'un mauvais œil tout ce qui pouvait être perçu comme « l'interventionnisme » de l'Etat, tel qu'il fut dénoncé, notamment, par Albert Robin, membre de l'Académie de médecine. Le conflit qui divisait le corps médical entre partisans et adversaires du sanatorium pourrait être résumé, en forçant le trait, à un désaccord entre, d'un côté, des phtisiologues qui virent une occasion de valoriser leur discipline par la création d'établissements spécialisés sur lesquels ils auraient une pleine tutelle et, de l'autre, des médecins libéraux inquiets de perdre leur clientèle de tuberculeux au profit des premiers. Selon l'historien de la médecin Pierre-Louis Laget, il faut également y voir un conflit de générations entre des cliniciens habitués à remettre en question toute nouvelle méthode insuffisamment éprouvée, et de « jeunes prosélytes [...] fanatisés par l'idéologie sanatoriale »[712] sur les bancs des facultés de médecine. En 1902, l'un de ces jeunes médecins déclara ainsi à Camille Savoire, phtisiologue parisien de renom, que « le courant qui entraîne les esprits vers les sanatoriums est tel que celui qui veut se mettre en travers risque d'être brisé »[713]. La violence du débat doit être considérée à l'aune de cette mise en garde.

Mais ces prises de positions enflammées ne s'expliquent pas uniquement sous l'angle du conflit d'intérêts. Pour tenter de contrer les opposants à la « méthode allemande », quelques partisans du sanatorium engagèrent une violente propagande en faveur sanatorium qui finit par les discréditer. Revenant, en 1925, sur les évènements qui, vingt ans plus tôt, avaient conduit à cet imbroglio médical, Louis Guinard y voyait surtout la conséquence du « manque de mesure » des protagonistes des deux bords :

> *Dans leur enthousiasme et leur foi agissante, les promoteurs du principe des sanatoriums le généralisaient à ce point qu'ils semblaient le considérer comme l'unique moyen d'assurer, à la fois, la guérison des malades et la protection des bien portants. Ils ne paraissaient rien voir à côté, de telle sorte que, pour certains, s'imposait cette conclusion que le sanatorium, dans tous les cas et pour tous les malades est toujours par lui-même, le seul traitement, le seul préservatif de la tuberculose. En fait, il n'y avait qu'un malentendu, car même les plus chauds partisans de la cure sanatoriale, du moins en France, s'étaient dressés contre une formule aussi simple et aussi exclusive.*[714]

Brouardel et Grancher avaient émis des réserves similaires dès 1899. Selon Raoul Brunon, il s'agissait là d'un véritable « auto-da-fé » lancé par des « fanatiques »[715]. Cette « anarchie médicale »[716], selon l'expression de Letulle, dénaturait le débat sur les sanatoriums et ne permettait plus de distinguer l'analyse objective de la mystification à des fins partisanes. La distorsion la plus courante consistait à

[710] Cité par Baché 1934 p. 38.
[711] Cité par Chaumuzeau 2004, p. 4.
[712] Camille Savoire, « Considérations générales sur le traitement de la tuberculose », in *Bulletins et mémoires de la société médico-chirurgicale de Paris*, séance du 24 février 1902, cité par Laget 2006, p. 28.
[713] *Ibidem.*
[714] Guinard 1925, p. 10.
[715] Brunon 1920, p. 126.
[716] Cité par Guinard 1925, p. 11.

annoncer des données partielles ou isolées de leur contexte, concernant les résultats thérapeutiques ou le coût des établissements. Ce dernier point, en particulier, autorisait les extrapolations les plus fantaisistes censées convaincre que la construction de sanatoriums ne pouvait conduire qu'à une impasse budgétaire. Le financement de la lutte antituberculeuse constituait alors un des aspects les plus polémiques de cette vaste question sociale. En 1889, le ministère de l'intérieur avait évalué à un milliard de francs le budget nécessaire à la construction d'établissements permettant la prise en charge de la totalité des tuberculeux, et à 800 millions par an le coût de leur fonctionnement, soit la moitié du budget de l'Etat à cette époque. En 1893, le professeur Robin réévaluait ces chiffres à respectivement 750 et 312 millions[717] et, la même année au Congrès français de la tuberculose, le médecin Spiro Clado (1862-1920) s'alarma des « dépenses considérables » que la multiplication des hôpitaux spéciaux risquait d'entraîner[718]. Devant l'Académie de médecine Lemoine et Carrière avançaient, en 1901, la somme prodigieuse de 1.800 millions de francs nécessaires à la construction de sanatoriums permettant d'hospitaliser 300.000 tuberculeux, à laquelle il fallait ajouter 328 millions chaque année pour les frais d'exploitation[719]. Ces estimations furent suffisantes pour inciter de nombreux médecins, tel Raoul Brunon, à revenir sur leurs positions et déclarer l'impossibilité de généraliser les sanatoriums dans les conditions financières annoncées. Selon Brunon :

> *Au lieu de construire des sanatoriums architecturaux*, [que l']*on crée immédiatement des sanatoriums de fortune dans des bâtiments déjà existants : vieux châteaux abandonnées, asiles de vieillards ou hospices cantonaux presque inoccupés, fermes et maisons de campagne [...]. Ce qu'il faut avant tout, et ce qui suffit à la rigueur, c'est de l'air pur, c'est la vie presque en plein air, loin des villes, en pleine campagne. Il faut "centrifuger les malades".*[720]

Selon Brunon, il fallait, pour des questions de coût, éviter le groupement des malades dans de grandes institutions. Aux établissements spécialisés et construits à dessein – ces « sanatoriums architecturaux » dont il fut le plus virulent détracteur – Brunon préférait les « sanatoriums de fortune », répartis sur tout le territoire et créés à l'échelle du canton. « Pour les tuberculeux indigents, ajoutait-il, ne construisez pas de sanatorium et créez-en partout »[721]. La question du coût était d'autant plus difficile à éluder que les premiers sanatoriums populaires construits en France, Angicourt et Hauteville, annonçaient un prix de revient par lit supérieur à ceux des sanatoriums populaires suisses et allemands[722]. Considérée comme une garantie d'hygiène et d'efficacité thérapeutique par les médecins allemands, la qualité matérielle des aménagements sanatoriaux était perçue en France comme une débauche de moyens sans rapport avec leur vocation sanitaire et sociale. Cette critique était récurrente contre les sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville, trop imprégnés, selon leurs détracteurs, du modèle allemand. Bien que le coût du sanatorium de Bligny ne fût pas significativement inférieur, nous n'avons pas trouvé la trace de critiques de ce genre. Le fait que les concepteurs de Bligny ne revendiquaient aucune influence allemande y fut sans doute pour quelque chose.

La crainte que les sanatoriums ne deviennent un gouffre financier pour les administrations et les œuvres de charités était importante. Le prix de revient du sanatorium d'Angicourt, surtout, paraissait exorbitant : un lit d'hospitalisation y revenait à 14.000 francs, contre 6.000 francs à Heiligenschwendi (Suisse), 5.250 francs à Hauteville et 4263 francs à Ruppertshain (Allemagne)[723]. Préparant la construction du sanatorium de Bligny Gilbert Sersiron tenta de déterminer, en 1899, le coût d'un établissement-type. Sur la base du prix de revient d'un lit à Hauteville – le moins cher à cette date – et en ajoutant le capital

[717] En 1912 toutefois, prenant l'option de n'hospitaliser que les tuberculeux les plus contagieux, le Prof. Robin réduisait les frais de premier établissement à 4% du budget de l'Etat. Dessertine et Faure, 1988, p. 35.
[718] Drouineau 1893, p. 787.
[719] La même année cette estimation fut divisée par dix par le médecin Romme dans le projet Guyesse en faveur des caisses de retraites et d'invalidité. Ce dernier réduisait les besoins à 25.000 lits, soit une dépense initiale de 190 millions de francs et 70 millions annuellement de frais de fonctionnement. Romme 1901, p. 754.
[720] Brunon 1901, p. 455.
[721] « En France, toute une pléiade de jeunes néophytes organisa une campagne vigoureuse à la mode allemande. »Brunon 1901, p. 455.
[722] Guinard, « Le coût et les frais des sanatoriums populaires français », in *Congrès de la tuberculose*, Vienne, 1907, cité par Artaud 1914, p. 122. Bien que les prix annoncés par Guinard diffèrent de ceux fournis par Sersiron, le prix de revient d'un lit de sanatorium varie du simple au double : 8.381 francs à Angicourt, 9.543 francs à Bligny, 9.548 francs à Hauteville, 11.395 francs à Sainte-Feyre, 17.002 francs à Montigny-en-Ostrevent
[723] Sersiron 1899, p. 299.

dont la rente annuelle servirait à couvrir les frais de fonctionnement de l'établissement, Sersiron obtint la somme prodigieuse de 3.500.000 francs pour la construction d'un sanatorium de 100 lits. Admettant « l'énormité du chiffre », il se déclara néanmoins convaincu de la validité de sa proposition et incita les villes et les départements à s'unir pour créer des établissements régionaux. On comprend facilement, sur la base de telles estimations, que de nombreux médecins aient vu dans le sanatorium surtout un gouffre financier susceptible de dilapider les maigres ressources de l'assistance publique et de la charité privée en constructions imposantes bâties sur le modèle des sanatoriums pour classes aisées. Les conditions d'aménagement des premiers sanatoriums populaires allemands, suisses ou français ressemblaient sensiblement à celles des établissements privés : « Le succès des sanatoriums pour riches a conduit à créer des sanatoriums pour pauvres », observaient Brouardel et Grancher[724]. Pour Guinard, qui estimait que les sanatoriums populaires allemands avaient été conçus « sur le modèle des sanatoriums, déjà existants, pour les classes aisées »[725], cette filiation ne faisait pas de doute. S'agissant du traitement de la tuberculose, le corps médical avait unanimement reconnu, dès la fin du XIX[e] siècle, « l'excellence primordiale»[726] du sanatorium dans le traitement des malades des classes supérieures. Dans son acception initiale le sanatorium était, rappelons-le, un lieu d'oisiveté médicalement encadré et constituait le « traitement idéal du malade aisé ». De là à en généraliser l'usage aux classes ouvrières et aux indigents, selon une formule importée d'outre-Rhin, il y avait un pas que de nombreux médecins ne souhaitaient pas franchir en 1900. Cherchant à réconcilier ces positions extrêmes, Grancher se prononça « pour le sanatorium instrument d'assistance, organe accessoire, annexe, adjuvant de l'hygiène publique » et « contre le sanatorium allemand, principe et *primem movens* de la lutte antituberculeuse, instrument capital de la prophylaxie sociale »[727]. Le choix de la prévention au détriment de la prise en charge des malades dans des établissements spéciaux réglait en quelque sorte le sort du sanatorium. En 1903, *La Construction moderne* donnait une autre interprétation de cette persistance à dénigrer les réalisations allemandes :

> [Le système allemand] *représente un effort colossal dont les résultats immédiats n'ont pas [...] répondu à l'espoir qui l'avait fait naître [...] mais qui, tout de même, a porté plus de fruits que l'inertie où nous nous sommes confinés en France ! Pour excuser notre nonchalance dans cette lutte pratique* [contre la tuberculose], *des savants sont venus faire [...] le procès en règle du sanatorium, des cliniciens en ont combattu le principe [...]. Nous croyons cependant que le sanatorium répond toujours a un besoin [...]. Malades riches, malades pauvres, malades de ressources moyennes devraient pouvoir suivre une cure dans des établissements appropriés à leurs exigences et à leur fortune : sanatoriums de luxe, sanatorium populaires et sanatoriums à mi-paye, voila ce qu'il nous faudrait avoir et ce qui nous fait à peu près totalement défaut ! On s'en aperçoit, et la mode va revenir au sanatorium.*[728]

Il faudra toutefois attendre une quinzaine d'années et le chaos sanitaire provoqué par la Première Guerre Mondiale pour voir cette prédiction se réaliser.

Les alternatives au sanatorium.

Avec ses « sanatoriums de fortune », Raoul Brunon souhaitait apporter une réponse adaptée au traitement des tuberculeux indigents, distincte des structures mises en œuvre pour les malades des classes aisées. Ce point de vue était partagé par une partie importante du corps médical qui redoutait que la construction de fastueux sanatoriums ne tarissent la philanthropie privée. L'opposition farouche de certains médecins fut relayée par des propositions de dispositifs alternatifs aux sanatoriums, plus ou moins convaincantes et justifiées généralement par la possibilité de réaliser des économies substantielles. Fernand Lalesque (1853-1937), fondateur du sanatorium d'Arcachon, estimait ainsi que les deniers publics seraient mieux employés à rendre le « terrain » moins favorable à la tuberculose qu'à tenter de supprimer la « graine » tuberculeuse ; en d'autres termes : il convenait plutôt d'améliorer les conditions générales de vie

[724] Vallin 1899, p. 740.
[725] Guinard 1925, p. 4.
[726] Cransac 2000, p. 39.
[727] Cité par Baché 1934, p. 39.
[728] S.a., « Causeries d'hygiène. De quelques principes généraux pour la construction d'un sanatorium », in *La Construction moderne*, 26 septembre 1903, p. 620.

et préserver les individus sains que de secourir les tuberculeux. Il préconisait pour cela la création, en périphérie des villes, « non pas des cités ouvrières en forme de casernes, mais de petites maisons qui seraient louées aux familles d'ouvriers à bon marché »[729].

Cette proposition était assez proche de celle formulée par Albert Calmette en 1902. Ce dernier ne voyait alors que deux alternatives en matière de traitement de la tuberculose dans les milieux populaires : « 1° Le placement individuel à la campagne, chez des particuliers ou dans des maisons quelconques transformées en "sanatoriums de fortune" ; 2° La construction de sanatoriums »[730]. Calmette était opposé au principe du « sanatorium de fortune préconisé par Brunon car il présentait, selon lui, le risque d'une discipline amoindrie. Pratiquant à Lille le placement des malades à la campagne, Calmette ne le jugeait pas meilleur car les malades « n'obéiss[aient] pas aux prescriptions [et] abus[aient] de leur liberté comme des enfants »[731]. Selon lui, les indigents devaient être soignés dans des établissements appropriés apportant les meilleures garanties de discipline et d'hygiène, comme le sanatorium. Il était toutefois opposé aux grands établissements conçus sur le modèle allemand, ces « sanatoriums-casernes » dont il dénonçait les coûts d'installation et de fonctionnement, l'éloignement qu'ils imposaient aux malades et les frais de déplacement induits. Pour palier à ces inconvénients Calmette proposa de créer un « type d'établissement plus modeste, moins coûteux et par cela même plus facile à multiplier ». Sollicité pour donner son avis sur la création du sanatorium des Postes et des Télégraphes, il suggéra de substituer au bâtiment unique de 200 lits, cinq « villas sanatoriums » de 40 lits chacune réparties dans différentes régions françaises. D'après les calculs de Calmette, ces établissements permettraient de diminuer de moitié le prix de revient d'une cure de trois mois par rapport à un grand sanatorium « calqué sur le modèle allemand, et dont on commence, de l'autre côté du Rhin, à percevoir les multiples défauts »[732]. « La villa, ajoutait-il, n'aura pas le caractère d'un vaste hôpital : on ira plus volontiers. Elle sera plus facilement considérée comme villégiature de repose et les résultats de cure y seront meilleurs, parce qu'il sera toujours aisé de n'y admettre que des malades au début de leur affection »[733].

Entre 1904 et 1905, Calmette fit édifier sur ce principe le sanatorium de Montigny-en-Ostrevent (Nord) pour la Ligue du Nord (ill. 292-293). Abandonnant une conception jugée trop hospitalière, l'établissement se présentait sous la forme d'un village composé de petites maisons de cure où les tuberculeux étaient accueillis avec leur famille. Ce mode d'hospitalisation devait faciliter la prise en charge de malades qui se laissaient difficilement hospitaliser. Comme le précise l'historien Pierre-Louis Laget[734], un tel établissement n'avait alors aucun antécédent et se distinguait nettement des sanatoriums pavillonnaires américains dont les maisonnettes reconstituaient, certes, un noyau de dimension familiale mais à l'usage exclusif des malades. Le sanatorium de Montigny comprenait douze pavillons orientés au sud placés de part et d'autre d'une allée sinueuse. Chaque pavillon était composé de deux logements familiaux. Les malades célibataires étaient hébergés dans deux pavillons distincts de 26 lits chacun, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes. Un autre pavillon accueillait les services médicaux et des chambres d'isolement pour malades contagieux tandis que l'administration était située dans l'ancien château faisant partie du domaine. Ces aménagements étaient complétés par deux galeries de cure disposées dans le parc et dont le plan présentait une courbe prononcée. Ce projet, déclinaison familiale de la « villa-sanatorium » prônée en 1901, n'eut toutefois pas le succès que son instigateur espérait. Du fait même de la typologie des bâtiments, le prix de revient par lit était de beaucoup supérieur (près du double) à celui d'un sanatorium populaire « standard »[735]. A cela s'ajoutèrent les critiques formulées localement par des médecins qui voyaient d'un mauvais œil la perte de leur clientèle de tuberculeux au profit du dispensaire de

[729] Lalesque 1901, p. 753.
[730] Projet d'organisation des sanatoriums antituberculeux destinés au personnel des agents et sous agents de l'Administration des postes et des télégraphes par A. Calmette, s.d. [*ca.* 1902]. A.D. du Nord, J 1-176.
[731] Calmette 1901, p. 590.
[732] A.D. du Nord, J 1-176.
[733] *Ibidem.*
[734] Laget 2005.
[735] Les prix de revient annoncés par Guinard en 1907 sont les suivants : Angicourt : 8.381 francs, Bligny :9.543 francs, Hauteville : 9.458 francs, Montigny : 17.002, cité par Artaud 1914, p. 123.

Lille et du sanatorium de Montigny-en-Ostrevent[736]. Les difficultés de fonctionnement du sanatorium obligèrent la Ligue du Nord à en céder la gestion à l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris en 1912 qui en fit une annexe des sanatoriums de Bligny. Endommagé pendant la Première Guerre Mondiale, le sanatorium ne fut pas réouvert ensuite. D'autres propositions furent formulées au début du XX[e] siècle, comme celle des médecins Robin et Siegfried qui rédigèrent en 1904-1905 un *Essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose*[737] devant servir à la constitution d'un « armement antituberculeux »[738], selon l'expression de Landouzy.

1.4.7. Le rendement économique et social des sanatoriums

Devant les montants avancés pour réaliser la prise en charge systématique des tuberculeux, Lalesque pouvait légitimement se demander si « le bénéfice économique et social sera [...] en rapport avec l'énorme dépense qu'on aura faite, surtout si l'on continue à construire des asiles à l'aspect architectural grandiose, où le lit revient à 5 ou 6.000 francs et plus »[739]. Au coût du traitement, l'hygiéniste Rochard opposait celui – exorbitant – de la maladie elle-même : en 1898, il évaluait à 600 millions de francs les pertes annuelles de revenus liées aux maladies contagieuses, dont 500 millions imputables à la seule tuberculose[740]. A ces pertes directes, il fallait encore ajouter la « valeur sociale des victimes dévorées par le fléau ». A la fin du XIX[e] siècle, les médecins posaient directement la question de la pertinence du modèle sanatorial pour les classes ouvrières et du rendement économique de ces établissements. En France, les partisans du sanatorium se basaient notamment sur les statistiques de l'Office sanitaire impérial allemand. Pour son président, Köhler, les phtisiques constituaient un « amoindrissement de la valeur du capital social »[741] :

> *En admettant que sur les 90.000 malades, qui de 15 à 60 ans, meurent en Allemagne de tuberculose pulmonaire, 12.000 soient désignés pour suivre le traitement en sanatorium, et que, sur ceux-ci, 9.000 puissent, par suite de ce traitement, reprendre encore pendant 3 ans le travail interrompu, il s'ensuit qu'en portant à 625 francs en moyenne le chiffre du salaire annuel, le bénéfice social sera de 3x625x9.000 = 16.875.000 francs. Si de ce chiffre, on déduit les frais de traitement et les intérêts des capitaux engagés, le bénéfice sera encore de 9.375.000 francs.*[742]

On pouvait ainsi lire dans un fascicule de 1898 relatif à la création du sanatorium d'Hauteville : « certaines compagnies [...] d'assurance contre l'invalidité ont pu réaliser des bénéfices en créant et en entretenant des sanatoria pour les ouvriers malades : il est moins cher de les guérir que de les indemniser de leur maladie ou de leur mort »[743]. En 1901, le médecin Artaud reprit cet argument dans son plaidoyer pour la création d'un sanatorium dans l'Aisne : il saluait la clairvoyance des institutions allemandes qui avaient construit ces sanatoriums populaires, non pas tant par « humanité », mais surtout « pour augmenter [leur] population et [leur] capital social »[744]. En Allemagne, les assurances sociales avaient permis la création,

---

[736] Laget 2005.

[737] Ce programme concernait « l'éducation du malade et de son entourage, la préservation des individus prédisposés, le traitement du malade, l'assistance au malade et à sa famille ». Selon Robin, « la création d'un ensemble aussi colossal qui sous-entend le bouleversement de l'hygiène publique et des méthodes d'éducation, la création de sanatoriums, de dispensaires, d'hôpitaux de traitement, d'hôpitaux-asiles, l'assistance aux tuberculeux et à leurs familles, réclamerait une formidable mise de fonds qui semble au-dessus des possibilités actuelles ». Robin et Siegfried proposèrent « de condenser en un petit organisme, encore embryonnaire, tous les éléments de la lutte antituberculeuse », en même temps que « de dépenser le moins possible, de ne rien créer de toutes pièces, de ne bâtir aucun monument, mais d'utiliser simplement des organes déjà existants en les adaptant au but poursuivi, le constituer une sorte de fédération de ces organes ». Leur « Office antituberculeux » fut ouvert le 16 janvier 1905 à l'hôpital Beaujon à Paris. Fonctionnant comme un dispensaire, ce bureau reçut l'aval de l'Assistance publique de Paris pour envoyer quelques malades sanatoriables à Angicourt, et des contacts furent établis avec les sanatoriums de La Rue, Hyères, Ormesson, Bligny ou Villepinte. Robin et Siegfried créèrent un « comité de patronage », présidé par la marquise de Ganay. Un médecin-directeur, Camille Savoire, fut nommé ainsi que des « médecins de service », une surveillante, une fille de service et un enquêteur à domicile. Le bureau reçut .1202 malades la première années, en 1905. Robin 1907, p. 477-478

[738] L'expression « armement antituberculeux » fut utilisée dès le début du XX[e] siècle (peut-être sur l'initiative de Landouzy) pour désigner les structures antituberculeuses engagées dans la « guerre » contre le bacille de Koch. Robin 1907, p. 476.

[739] Lalesque 1901, p. 753.

[740] Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents, *Note sur le traitement hygiénique de la tuberculose*, fév. 1898. Dumarest 1997, p. 173.

[741] Cité par Seelinger 1991, p. 78.

[742] Penzold, membre de l'Office sanitaire impérial allemand, cité par Sersiron, 1898, p. 82 et Artaud 1914, p. 50.

[743] Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents, *Note sur le traitement hygiénique de la tuberculose*, fév. 1898. Dumarest 1997, p. 174.

[744] Artaud 1914, p. 19.

entre 1895 et 1901, de 64 sanatoriums populaires, soit un total de 5.771 lits. Selon Artaud, leur objectif était avant tout d'à assurer le capital social dont dépendait en grande partie l'économie allemande. Il citait pour preuves l'analyse – plus économique que médicale – fournie par le médecin en chef de la Compagnie hanséatique d'assurances : un ouvrier tuberculeux, assuré social de cet organisme et indemnisé pour son incapacité de travail, sera payé « pendant les deux ou trois ans qu'il va mettre à mourir, de 450 à 700 francs. Après quoi, il mourra : perte sèche. » Pour remédier à cette situation, le calcul du médecin était le suivant : « Dès qu'un ouvrier assuré tombera malade (de tuberculose) mettons-le dans un sanatorium. Il nous coûtera deux francs cinquante par jour, c'est vrai, mais au bout de trois mois, il sera en état de reprendre son travail. Faites le calcul pour mille ouvriers. Avec mon système de trois mois en sanatorium ils coûtent 225.00 francs ; avec l'autre méthode 475.000 francs »[745]. D'où, selon Artaud, un bénéfice net de 250.000 francs. Selon l'analyse des historiennes Isabelle Grellet et Caroline Kruse, la bonne gestion du corps individuel entrait, dans le cas de la tuberculose et de son traitement, en conflit avec celle du corps social[746]. Mettre l'ouvrier au sanatorium, priver la société de sa force de travail, ne se justifiait qu'au regard du potentiel économique qu'il possédait à son retour, c'est à dire sa capacité à rembourser la dette qu'il avait contractée en interrompant son activité et en mobilisant les ressources de la communauté pour son rétablissement. Le discours assimilant l'individu à un « capital social » dont la gestion et la fructification seraient comparables à celles du capital économique semble récurent. A la fin du XIX^{e} siècle, certains médecins estimaient que la guérison d'un phtisique était peu désirable « parce qu'il ne sera jamais qu'un faible semant de la graine de faible »[747]. « Pourquoi l'Allemagne s'est-elle jetée avec tant d'ardeur dans cette voie des sanatoriums ? demandait Artaud en 1901, par humanité ? Oui, sans doute, mais surtout pour augmenter sa population et son capital social »[748]. Dans un pays vieillissant comme la France, la population était considérée comme la seule véritable richesse : la production industrielle comme la défense du territoire en étaient totalement dépendantes. Selon cette conception, l'Allemagne faisait fructifier son « capital social » dans ses nombreux sanatoriums pour le réinvestire ensuite dans l'industrie et dans l'armement. En France, au contraire, il s'étiolait lentement. Selon Artaud :

> *Veut-on savoir ce que le sanatorium sera à même de rapporter chaque année au capital national ? Le calcul est facile à faire. Prenons une série de 100 malades (de toutes classes). Après trois mois de sanatorium, 75 de ces malades seront en état de fournir sans nouveau traitement, un travail effectif pendant trois ans. Supposons qu'ils gagnent en moyenne (hommes et femmes) trois francs par jour et qu'ils travaillent 300 jours par an. Leur gain (en trois ans) sera de 75x900x3=202.500 francs. Si l'on en déduit les frais de traitement (37.800 francs), le bénéfice social sera encore de 164.700 francs. Et pour les quatre séries semblables que le sanatorium pourra hospitalier chaque année, de 658.800 francs.*[749]

Il ne s'agissait là, nous l'avons déjà mentionné, que de « guérison économique », par définition provisoire, la rechute étant l'issue la plus fréquente. Il est difficile de déterminer si les médecins étaient intimement persuadés de la valeur « capitalistique » des sanatoriums ou si cet argument ne fut utilisé qu'à des fins partisanes, notamment pour convaincre les milieux conservateurs et les institutions. En Italie, à la même époque, le médecin Fausto Donati prônait une voie médiane réconciliant les intérêts économiques et la philanthropie :

> *La solution économique qui concilierait l'intérêt du capital avec les intentions morales et civiles de l'institution des sanatoriums consisterait à utiliser une partie des revenus annuels de l'établissement en œuvres de bienfaisance contre la tuberculose, après avoir suffisamment rémunéré le capital mobilisé. Cette formule, éloignée autant de l'idéalisme improductif que du calcul usurier aride semble pouvoir être acceptée de toutes les personnes de biens et de cœur, qu'il s'agisse des financiers ou des bienfaiteurs.*[750]

[745] *Idem*, p. 20.
[746] Grellet & Kruse 1988.
[747] Léon-Petit 1895, p. 36.
[748] Artaud 1914, p. 49.
[749] *Idem*, p .70.
[750] "La soluzione economica che concilierebbe l'interesse del capitale con gli intenti morali e civile dell'istituzione dei sanatori, consisterebbe nell'erogare parte degli utili annuali dell'azienda in opere di beneficenza efficaci contro la tuberculosi, dopo, bene inteso, avere efficientemente rimunerato il capitale impiegato. Questa formula di soluzione, ben lontana così dall'idealismo inconcludente, come dall'arido calcolo usurario, parmi possa essere accettata da tutte le persone facoltose e di cuore, siano esse

Ce système raisonnable, susceptible de contenter toutes les parties, était pratiqué depuis de nombreuses années en Allemagne ; il s'imposera au début du XX[e] siècle en France. Quant aux médecins qui regardaient les avantages du sanatorium du point de vue des malades, ils estimaient qu'une guérison, même partielle ou « économique », n'était pas négligeable car elle permettait aux tuberculeux d'assurer la subsistance de leurs familles et de conserver leur place dans la société au lieu d'être pris en charge par les œuvres de secours mutuel et de bienfaisance. Dans un ouvrage intitulé *Le péril de la race*, le médecin Pierret relevait en 1907que, « au-delà de la diversité de ces associations, un même souci les rapproche : la rentabilité. Il s'agit moins d'être charitable que "socialement efficace" »[751]. Cette conception utilitariste était toutefois moins largement admise en France qu'en Allemagne ou en Angleterre. « Abandonner le tuberculeux au nom de l'intérêt général, s'insurgeait Léon-Petit en 1895, est un calcul aussi faux qu'odieux »[752].

Le financement des sanatoriums avant la Première Guerre Mondiale.

Avant 1914, les difficultés de financement des sanatoriums populaires concernaient non seulement la construction et l'aménagement des bâtiments, mais également leur fonctionnement dont le coût annuel était considérablement plus élevé que dans les hôpitaux en raison, notamment, du régime alimentaire copieux et soigné nécessaire à la cure. Cette question du financement est centrale ; elle constituera, nous le verrons, l'une des avancées majeures de la loi sur les sanatoriums de 1919. Considérant le mode de financement des sanatoriums privés suisses et allemands à la fin du XIX[e] siècle, et notamment les importants bénéfices engrangés par certains établissements, les médecins français estimaient toutefois que cette difficulté était surmontable. A l'exception des sanatoriums populaires construits à partir de 1895, tous les établissements de cure suisses et allemands étaient de véritables entreprises commerciales. Les sociétés par actions qui possédaient et géraient ces établissements réalisaient des bénéfices suffisamment élevés pour attirer sans peine les investisseurs. A Davos, par exemple, le sanatorium de Karl Turban, propriété d'une société anonyme, était en mesure de verser dans les années 1890 un intérêt annuel de 10% aux détenteurs de son capital. L'affaire était suffisamment rentable pour permettre d'alimenter, en plus de ces généreux dividendes, un fond de réserve devant financer les futurs travaux de modernisation et d'extension[753]. Ce mode de financement, apparemment courant, fut adopté en 1895 par la Société des sanatoria de France, également constituée en société anonyme, avec un capital de deux millions de francs. Son projet financier prévoyait un bénéfice annuel de 50%, dont 65% reversés aux « capitalistes » qui auraient touché, la première année, 14% de dividendes sur le capital investi. Les « forts beaux bénéfices » prévus faisaient de cette affaire, selon ses promoteurs, un « excellent placement ; les capitaux engagés (...) auront un bénéfice certain, largement rémunérateur et d'une garantie incontestable »[754]. Les sanatoriums pour tuberculeux aisés était un secteur économique d'envergure certes limitée mais très rentable et promis à un bel avenir. Les investisseurs spéculaient ainsi sur les tuberculeux, problème que l'on retrouvera en France dans les années vingt (voir p. 254). Au tournant du siècle, le filon sanatorial était quasiment inexploité en France et suscitait, nous l'avons vu, les convoitises et les projets les plus démesurés.

Dès les années 1870, le modèle économique de certains établissements allemands fut mis à profit dans un but philanthropique. Le sanatorium de Falkenstein, géré par Peter Dettweiler, dégageait par exemple un bénéfice annuel plus raisonnable de 20% à 25%, dont 5% seulement étaient reversés aux actionnaires – pour la plupart des banquiers de Francfort –, le reste venant alimenter un fonds destiné aux malades indigents. Ce fonds assura une partie du financement du premier sanatorium populaire allemand, ouvert en 1895 à Ruppertshain sur l'initiative du même Dettweiler. S'agissant des sanatoriums populaires

finanzieri, o generosi che vogliono beneficare.", Faustino Doati, *Sanatori esteri ed istituzioni dei sanatori in* Italia, Milan, s.n,, 1900, cité par Del Curto 2005, p. 217-218.
[751] Pierret, *Le péril de la race*, Paris, Perrin, 1907, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 17
[752] Léon-Petit 1895, p. 36.
[753] Dumarest 1896, p. 20.
[754] Société des sanatoria français 1896, p. 15.

allemands, Artaud ne relevait en 1913 qu'un seul sanatorium gratuit (le sanatorium de Nordrach en Forêt-Noire) sur les 104 alors en activité :

> *Tous les autres*, ajoutait-il, *fonctionnent avec un système variable de pensions. [...] Les plus bas prix sont réservés aux membres de l'assurance ou de la caisse. Les plus hauts prix sont supportés par les malades qui, ne faisant par partie de l'association du sanatorium, sont obligés d'acquitter eux-mêmes leurs pensions ; soit par les malades qui désirent avoir une chambre particulière, soit enfin par les malades de la classe moyenne que certains sanatoriums populaires acceptent volontiers pour augmenter leurs ressources. [...] Des lits gratuits existent dans 19 de ces sanatoriums.*[755]

Consistant à financer une œuvre philanthropique sur les bénéfices dégagés par un établissement de luxe, la formule de Falkenstein avait séduit Frédéric Dumarest en 1896 alors qu'il travaillait à la création du sanatorium de Hauteville. Etudiant les résultats financiers des établissements privés étrangers, Dumarest fut toutefois forcé d'admettre qu'ils étaient difficilement transposables à un établissement, sinon populaire, du moins destiné aux classes moyennes. « Mais, ajoutait-il avec optimisme, si nos bénéfices sont moindres, nos frais et nos risques le seront également »[756]. C'est également la formule de Falkenstein que retint Camille Saunal en 1896 pour le sanatorium d'Aubrac : réservées aux malades payants, les chambres de l'établissement principal devaient financer, après paiement des frais généraux et de l'intérêt de 5% dû aux souscripteurs, la construction d'un pavillon pour les tuberculeux indigents des environs. Si son établissement réalisait les mêmes bénéfices que ceux des sanatoriums suisses et allemands, « la part des pauvres sera belle »[757]. Saunal espérait également obtenir une contribution de l'Etat et du département pour la construction d'un « hôpital de la contrée » réservé aux malades pauvres [758]. Lors de la réalisation, toutefois, un autre dispositif fut choisi : Saunal renonça à soigner des tuberculeux indigents et se contenta de finança une partie du nouveau bâtiment de cure avec les bénéfices dégagés de l'exploitation d'un confortable pavillon en bois de 20 lits dénommé « chalet suisse »[759].

En Suisse, justement, les sanatoriums demandaient en général un prix de pension proportionnel aux prestations offertes par chaque chambre. Cela permettait d'élargir la clientèle et d'augmenter la rentabilité des établissements en louant à un prix inférieur les chambres moins bien situées, celles exposées au Nord notamment. Sur ce point, les sanatoriums suisses se rapprochaient des simples hôtels de cure ou de tourisme dont il était parfois difficile de les distinguer. A Davos, comme dans d'autres stations alpines, les premiers établissements de cure avaient été aménagés dans d'anciens hôtels ou construits sur le modèle des établissements thermaux, tels celui de Flims[760]. Le mode de financement imaginé en France au tournant du siècle se situait à mi-chemin entre le système de tarification suisse et celui permettant de concilier, dans quelques établissements allemands, le revenu du capital avec la philanthropie. Selon la formule mixte envisagée dans plusieurs projets français, les profits dégagés avec les malades payants devaient permettre de réduire le prix de journée demandé aux malades de conditions modestes : le déficit créé par l'œuvre philanthropique était ainsi comblé par les bénéfices réalisés par l'œuvre commerciale. C'est le modèle économique que choisit Artaud en 1901 pour son projet de sanatorium de l'Aisne, basé sur une double tarification. Restée à l'état de vœu pieux, dans l'Aubrac comme dans l'Aisne, cette formule mixte fut appliquée au sanatorium d'Hauteville dès son ouverture en 1900. A Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle, 1902), le sanatorium de l'Œuvre lorraine contre la tuberculose fut conçu de la même façon : il accueillait dans des espaces distincts 61 pensionnaires « petits payants » et 54 malades « indigents » pour lesquels il avait « fallu établir des combinaisons spéciales [dans les plans] et établir des pavillons séparés, reliés entre eux par un pavillon, que l'on pourrait appeler pavillon de services, pour permettre de réunir dans un même établissement des malades payants et non payants »[761].

---

[755] Artaud 1914, p. 93.
[756] Dumarest 1896.
[757] Lettre du 22 avril 1896 de Saunal à maître Niel, citée par Cransac 2000, p. 17. Le financement du sanatorium d'Aubrac fut entaché par un scandale lié au financement d'un parti catholique, révélé par le sénateur J. Favre en novembre 1896.
[758] Cransac 2000, p. 17-18.
[759] Les bénéfices de ce pavillon couvrirent à eux seuls les frais généraux d'exploitation et une partie de l'intérêt versé aux souscripteurs du sanatorium pendant sa construction. Cransac 2000, p. 17.
[760] Miller 1991.
[761] S.a., « Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction moderne*, 16 novembre 1901, p. 76.

Dans un article de 1899 intitulé « Prix de revient, d'entretien et de fonctionnement d'un sanatorium pour la cure hygiénique des tuberculeux pauvres »[762], Gilbert Sersiron (fondateur du sanatorium de Bligny) proposait une autre variante au modèle économique mêlant capitalisme et philanthropie. Il sollicita comme expert l'architecte du sanatorium d'Hauteville, Germain, et présenta une estimation détaillée du coût d'un sanatorium standard de 100 lits. Se basant sur le prix de revient d'un lit à Hauteville, il évalua le coût de la construction à 525.000 francs, auxquels s'ajoutaient des frais de fonctionnement annuels de 178.170 francs en partie couverts par le prix de journée modéré demandé aux pensionnaires. Le reste, soit 68.670 francs, devait être financé par les intérêts perçus sur un capital de 2.300.000 francs utilisé à cette seule fin. Tous frais confondus, Sersiron aboutissait à la somme de 3.500.000 francs nécessaire à la création de cet établissement type, dont un septième seulement était consacré à la construction proprement dit de l'établissement. Admettant que le financement des sanatoriums posait, dans ces conditions, des difficultés, Sersiron recommandait l'adoption de « plans à tiroirs » qui, « comme à Lyon [Hauteville], comme à Angicourt, [permettaient de] bâtir avec les premiers fonds le pavillon central comportant trente lits et les services généraux » et d'y adjoindre « plus tard, s'il y a lieu, et suivant les ressources disponibles les pavillons latéraux qui complèteront le sanatorium »[763]. Au-delà des différences formelles entre les premiers sanatoriums français, leur réalisation par tranches successives est une constante qui souffait peu d'exceptions. A Angicourt (Aisne), rappelons-le, un quart du programme initial, soit un demi-pavillon et les services généraux, fut construit entre 1894 et 1898, date à laquelle une subvention inespérée du Pari mutuel permit d'achever le premier pavillon. Le second pavillon ne sera réalisé qu'en 1924. Si le sanatorium de Hauteville (Ain) semble avoir été construit d'une seule traite entre 1897 et 1900, son plan en pavillons dissociés aurait permis une réalisation fractionnée. Le sanatorium d'Oissel (Seine-Maritime), nous l'avons vu, est une œuvre de patience dont les débuts furent des plus modestes. De même à Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle) où seule une fraction du programme initial put être mise en service en 1902 ; le sanatorium sera achevé au milieu des années vingt. Quant au sanatorium de Chécy, inachevé, il offre un exemple des limites de ce mode de réalisation : le pavillon ouvert en 1902 ne constituait qu'un tiers environ du projet initial. Faute de crédits, ne fut jamais achevé (ill. 258). En 1903, le *Handbuch der Architektur* recommandait ainsi de construire d'emblée les services généraux en sur la base de la capacité maximale de l'établissement, quitte à réaliser des aménagements surdimensionnés par rapport au nombre de lit mis à disposition dans un premier temps. L'architecte devait ainsi prendre en compte dans son projet la « capacité d'extension de l'établissement » (*Erweiterungsfähigkeit*)[764].

[762] Sersiron 1899.
[763] *Idem*, p. 309.
[764] Von Weltzien 1903, p. 132.

1.5. Le mouvement sanatorial à la veille de la Première Guerre Mondiale.

1.5.1. Les œuvres de prophylaxie et de préservation de la tuberculose.

En 1899, Pierre Waldeck-Rousseau (1846-1904), nouvellement nommé président du Conseil, chargea une commission de « rechercher les moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose »[765]. La Commission de la tuberculose succéda en 1901 à cette commission provisoire et fut transformée, le 11 juillet 1903, en Commission permanente de préservation de la tuberculose, rattachée au ministère de l'intérieur. Son but était de « prendre les initiatives auprès du gouvernement des mesures administratives et législatives propres à prévenir l'extension de la tuberculose »[766]. La commission s'intéressait principalement aux mesures de prophylaxie : « l'habitation insalubre, l'aération, une bonne alimentation, la suppression du surmenage, telles sont les grandes ressources dont la commission aura à envisager la mise en pratique ». Léon Bourgeois, qui présidait la commission, l'affirmait sans détours : « l'action curative n'est pas de notre domaine. Nous avons à rechercher comment l'individu sain peut être préservé de la maladie et comment la collectivité indemne peut être protégée contre l'individu malade et contagieux. Le malheureux déjà atteint nous échappe. »[767] La création de cette commission marque une prise de conscience de la part des autorités. La formule sanatoriale allemande se révélant coûteuse et difficile à mettre en place, la lutte contre la tuberculose se déplaçait en France sur le terrain de la prévention. Si aucun médecin ne doutait de l'utilité des œuvres privées, un grand nombre d'entre eux réclamaient des autorités publiques une implication plus directe dans la lutte contre la maladie.

Parallèlement aux directives visant à assurer l'isolement des tuberculeux et à apporter une meilleure hygiène dans les établissements, la Commission de la tuberculose de l'Assistance publique de Paris tenta de développer l'assistance médicale à domicile. Le 17 décembre 1896, les médecins Grancher et Thoinot remirent un rapport dans le quel ils établissaient une série d'« instructions pour la prophylaxie » à l'attention des tuberculeux soignés à domicile[768]. Un essai de traitement à domicile portant sur 90 tuberculeux fut réalisé à la fin des années 1890. Chacun d'entre eux reçut deux crachoirs accompagnés des instructions relatives à leur usage et était également libre de solliciter le service de désinfection municipale pour faire nettoyer son linge et ses ustensiles souillés. Cet essai n'avait pas l'ambition d'obtenir les résultats d'une cure à domicile – les conditions de logement de ces malades ne le permettaient pas – mais plutôt d'éviter l'engorgement des hôpitaux tout en minimisant les risques de contagion pour l'entourage des phtisiques. Le traitement à domicile concernait vraisemblablement les malades trop atteints pour qu'une hospitalisation leur fût profitable et, sur les 90 malades suivis pour cet essai, 49 étaient décédés en 1900[769]. Cette expérience mit également le doigt sur l'ostracisme qui frappait les tuberculeux : relevait par exemple que le principal obstacle à la pratique de la désinfection avait été « la désignation qui en résultait pour le malade », dès lors considéré comme « un pestiféré » par son entourage et parfois même expulsé de son domicile. Faire appel au service de désinfection municipal revenait à déclarer publiquement la maladie dans son foyer. La désinfection municipale ne fut ainsi sollicitée que par la moitié des personnes en traitement.

---

[765] Grellet & Kruse 1983, p. 146.
[766] J.O. 5 novembre 1903, p. 6709-6711.
[767] *Ibidem.*
[768] Ces instructions devaient inculquer aux malades les principes d'hygiène nouvellement appliqués dans les services de tuberculeux : « 1° La tuberculose est une des maladies partout les plus répandues. 2° La tuberculose est *évitable ;* la tuberculose est *guérissable*. 3°*Sa la tuberculose est si répandue c'est qu'elle est propagée par les crachats du malade.* On évite la tuberculose en faisant la guerre aux crachats. Le malade doit, à domicile, ne cracher que dan un crachoir toujours pourvu d'une certaine quantité de liquide [désinfectant] : il doit, en dehors, à défaut de crachoir, ne cracher que dans un mouchoir. Tout crachat tombé sur le sol (parquet, tapis, paillasson, trottoir, voiture, wagon, etc.) répand la tuberculose. 5° *Autant de crachats supprimés, autant de tuberculoses évitées*. 6° Le crachoir devra être nettoyé chaque jour en le mettant dans l'eau froide que l'on portera à ébullition. Tout linge sur lequel on aura craché (...) devra, à la maison, être plongé et maintenu pendant 20 minutes dans l'eau bouillante, ou soigneusement mis à part pour être livré aux services publics de désinfection. 7° Ces prescriptions remplies, on aura fait le nécessaire pour se préserver de la tuberculose ». Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. IX-X.
[769] Knopf dénombrait ainsi 49 décès, 12 malades transportés à l'hôpital, 4 partis à la campagne, 10 refus de traitement, 5 améliorations. Sur les 90 malades concernés par cet essai thérapeutique, dont la date de début n'est pas précisée, seuls 10 poursuivaient encore leur traitement en 1900. Knopf 1900, p. 76.

Ces résultats furent néanmoins jugés encourageants et l'expérience fut élargie après 1900 à un plus grand nombre de malades indigents.

Dès 1890, l'Académie de médecine avait émis des recommandations pour la préservation de la tuberculose. Renouvelées en 1898, ces recommandations se résumaient à trois mesures de prophylaxie : « 1° Recueillir les crachats dans un crachoir de poche ou d'appartement [...] ; 2° Eviter les poussières en remplaçant le balayage par le lavage au linge humide ; 3° Faire bouillir le lait, quelle qu'en soit la provenance, avant de le boire »[770]. S'agissant des militaires, l'Académie demanda que les tuberculeux au premier degré pussent bénéficier d'une réforme temporaire, devenue définitive à la première expectoration de bacilles. Elle réclamait en outre l'application des mêmes prescriptions d'hygiène dans les écoles, les ateliers et les magasins et créa, en 1898, une « Commission de la prophylaxie de la tuberculose » dans le but « d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux »[771]. En 1900, Albert Calmette jugeait plus efficace de centrer la lutte contre la tuberculose sur les foyers de contagion que constituaient les centres urbains et les quartiers ouvriers. Il proposa la création « dans toutes les villes industrielles, de dispensaires antituberculeux [...] spécialement affectés à l'éducation hygiénique et à l'assistance à domicile des ouvriers tuberculeux indigents »[772] et dont la gestion serait assurée par les communes. Il s'en expliquait ainsi :

> *Je pense qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux aille consulter le médecin et soit acculé au chômage, on devrait ériger en principe la nécessité d'aller à lui et de lui prêter assistance avant même qu'il puisse s'apercevoir qu'il est gravement atteint. Je voudrais qu'on pût dépister la tuberculose chez lui, tout au début de son évolution et qu'on s'efforçât aussitôt de donner au malade les conseils et les soins qui peuvent lui être utiles, en le conservant le plus souvent à son milieu et à sa famille.*[773]

« En attendant que le Gouvernement et les grandes administrations [...] se préoccupent de construire des sanatoriums populaires ou de doter notre pays d'un système de caisses d'assurances obligatoires contre la maladie »[774], ces dispensaires doivent assurer, « immédiatement et à peu de frais », l'éducation hygiénique et l'assistance des malades dans le besoin. Selon Calmette, ces dispensaires complèteraient efficacement les sanatoriums dont il soutenait également la création. Ces dispensaires devront en premier lieu assurer le lien entrer les employeurs et les institutions sanitaires et sociales afin que les ouvriers « suspects de tuberculose » soient identifiés et incités à se faire suivre. Chaque dispensaire devra « immatriculer tous les malades de son ressort, les faire visiter fréquemment à domicile ; leur procurer des occupations ou des travaux en rapport avec leurs aptitudes et avec leur état de santé ; faire désinfecter leur logement toutes les fois que cette opération peut être utile ; leur fournir des crachoirs hygiéniques ; indiquer comment il faut détruire les crachats ; stériliser le linge de corps et les vêtements ; donner, en un mot, toutes les instructions nécessaires pour assurer dans les meilleurs conditions possibles l'hygiène du tuberculeux à domicile, et préserver de la contagion ceux qui l'entourent et dont il ne peut pas se séparer »[775]. Comme le faisaient depuis les années 1880 les dispensaires de l'Œuvre des enfants tuberculeux et de l'Œuvre de Villepinte, les dispensaires « d'hygiène sociale et de prévention de la tuberculose » assureront la sélection systématique des malades justiciables de la cure sanatoriale. Ils assisteront les familles des tuberculeux hospitalisés qui pourront ainsi prolonger leur cure aussi longtemps que nécessaire. Enfin, il assurera le suivi des malades à leur sortie du sanatorium et viendra en aide aux malades trop gravement atteints pour être hospitalisés[776]. La tâche du dispensaire était donc de fédérer des actions jusqu'alors dispersées et tenter d'en améliorer efficacité en centralisant les données relatives à chaque malade. Il s'agissait donc de construire une organisation prophylactique rationnelle à l'échelle de la ville ou du quartier.

---

[770] Knopf 1900, p. 78.
[771] *Idem*, p. 79.
[772] Calmette 1901/2, p. 577.
[773] J.O. 21 juin 1901, p. 792.
[774] Calmette 1901/2, p. 577.
[775] *Idem*, p. 792-793.
[776] Calmette 1901/2, p. 578.

Aidé par la Ville de Lille, Calmette avait réuni en 1900 les fonds nécessaires pour engager la construction d'un premier dispensaire sur un terrain municipal jouxtant l'Institut Pasteur. De l'autre côté de la frontière belge, à Liège, son collègue Malvoz, avait entrepris les mêmes démarches et ouvrit en juillet 1900 un premier dispensaire dans les locaux du Laboratoire provincial de bactériologie, suivi quelques mois après par de nouvelles créations à Verviers, Huy et Mons[777]. Le dispensaire de Lille, baptisé dispensaire Emile-Roux en hommage au plus brillant élève de Pasteur, ouvrit le 1er février 1901. Il était provisoirement installé dans les locaux de l'Institut Pasteur en attendant l'achèvement des locaux définitifs. Le dispensaire promu par Calmette suscita un enthousiasme comparable à celui soulevé par le sanatorium deux auparavant à Berlin. La même année, la Commission extraparlementaire de la tuberculose lui apporta son appui et émit le vœu que les communes en assurent la réalisation. Comparé à un sanatorium de cure, le coût d'installation et de fonctionnement d'un dispensaire semblait modeste au regard de ses avantages sociaux. Alors que le mouvement en faveur des sanatoriums marquait le pas en France, pour des raisons idéologiques et de financement, les partisans du dispensaire étaient de plus en plus nombreux. En 1901, le médecin Bonnet ouvrit à Paris un premier dispensaire dans le quartier de Montmartre [778] ; deux autres étaient projetés par l'Œuvre de la tuberculose humaine. Les initiatives se multiplièrent ensuite dans toute la France : dès 1901, Autun, Dijon, Reims, Arras et Nantes envisagèrent de créer des dispensaires ; ils furent notamment mis en service à Toulouse en 1903, à Nantes en 1904 ou au Havre en 1905[779]. En 1905, les médecins Saturnin Arloing (1846-1911) et Jules Courmont (1865-1917) fondèrent, sur le « modèle Calmette », un dispensaire attaché à l'Institut bactériologique de Lyon[780]. Une convention permit à la Ville de Lyon d'y envoyer ses tuberculeux indigents, déchargeant ainsi le Bureau de bienfaisance lyonnais d'une partie de son activité. En contre-partie, la municipalité alloua une subvention au dispensaire et le Bureau de bienfaisance devait lui fournir les médicaments nécessaires. La formule fut jugée efficace et un second dispensaire antituberculeux fut créé à Lyon en 1906[781]. En 1909, l'Assistance publique de Paris créa dans l'enceinte de l'hôpital Laennec un dispensaire antituberculeux qui gérait notamment les soins à domicile des tuberculeux. Appelé en 1911 « Dispensaire Léon-Bourgeois », il complète efficacement les 220 lits du service des tuberculeux de l'hôpital Laennec[782]. Si les dispensaires étaient encore trop peu nombreux pour avoir une incidence réelle sur la morbidité tuberculeuse en France, le bilan dressé en 1911 par Jules Courmont sur l'activité des dispensaires lyonnais parut encourageant : la baisse de la mortalité constatée à Lyon entre 1900 et 1911 lui permit d'évaluer à près de 480 le nombre de vies humaines sauvées chaque année grâce aux deux dispensaires en service dans la ville. Selon ses estimations, on pouvait « dans un quartier ouvrier [...] faire tomber en sept ans la mortalité d'un tiers »[783] par la seule action des dispensaires antituberculeux. Bien que fervent défenseur de l'action des sanatoriums, Louis Guinard reconnaissait lui-même les mérites du dispensaire de « type Calmette » qu'il n'hésita pas à qualifier de « meilleur instrument de l'armement antituberculeux »[784]. Concédant aux Allemands la paternité du traitement de la tuberculose en établissement fermé, Guinard fit ainsi l'éloge de « l'origine bien française » du dispensaire de prophylaxie sociale et d'éducation populaire dont la formule, ajoutait-il, « a rapidement franchi nos frontières et a rapidement été adoptée par tous les pays civilisés de l'ancien et du nouveau continent »[785]. Le dispensaire de type Calmette fut en effet adopté en Italie où l'on en comptait 27 en 1914[786]. En Allemagne, le premier dispensaire (*Fürsorgestelle*) avait été créé dès 1899 à Halle. La formule promue par Calmette connut toutefois un vrai succès car elle complétait efficacement l'activité des nombreux sanatoriums populaires. Leur création fut soutenue financièrement par les municipalités et par des œuvres privées si bien que leur nombre augmenta de façon exponentielle : on en dénombrait 117 en 1907, 245 en

[777] Calmette 1901/2, p. 579.
[778] Vallin 1901, p. 738.
[779] Congrès de la tuberculose 1905, tome 2, p. 553 ; tome 3, p. 370 et 383.
[780] Courmont 1927, p. 155.
[781] Ce second dispensaire était situé place Saint-Vincent. Courmont 1927, p. 155.
[782] Fiche descriptive de l'hôpital Laënnec, www.aphp.fr, 30 juin 2009.
[783] Jules Courmont, « Le dispensaire antituberculeux », in *Lyon médical*, 1911, cité par Courmont 1927, p. 161.
[784] Guinard 1925, p.4.
[785] *Ibidem.*
[786] Del Curto 2005, p. 61.

1909 et près de 1.400 en 1912[787]. En France, il faudra attendre la loi sur les dispensaires de 1916 pour que le dispensaire s'impose comme outil de prophylaxie à grande échelle : il y avait 70 dispensaires en 1918 (3.034 malades enregistrés) et près de 650 en 1929 (212.000 malades enregistrés).

L'une des principales œuvres de prophylaxie française était l'Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose, fondée en 1903 par Jacques-Joseph Grancher. « Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis, expliquait-il, la contagion des enfants est presque fatale et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre elle était de lui enlever sa proie »[788]. Le rôle de l'Œuvre était de prélever, dans les foyers tuberculeux, « les *enfants sains* pour les placer à la campagne dans des familles de paysans également sains qui les conservaient jusqu'à l'âge de 13 ans ou jusqu'à disparition de la cause de contagion par décès ou par guérison »[789]. L'Œuvre Grancher se développa rapidement et de nombreuses « filiales » furent créées en France, dont une à Lyon en 1906. Pour des questions d'organisation, l'Œuvre ne prenait en charge les premières années que des enfants âgés de 3 à 13 ans adressés par les dispensaires, les comités départementaux de lutte contre la tuberculose ou d'autres associations. Créée au début des années 1920, l'Œuvre des Tout-Petits devait étendre l'action de l'œuvre Grancher aux enfants en bas âge et jusqu'aux nouveaux-nés qui, s'ils restaient « ne fut-ce que quelques semaines et même quelques jours dans un milieu bacillifère, surtout au contact d'une mère bacillifère, [étaient] dans la majorité des cas, voué[s] à la mort »[790]. Alors que tout ou presque reste à faire, il semblait impossible, au début du XX^{e} siècle, d'engager la lutte contre la tuberculose sur tous les fronts en même temps : isolement des enfants issus de foyers contaminés, enregistrement et suivi médical des malades, mesures d'accompagnement des familles de malade tuberculeux, contrôle de l'hygiène des logements, des ateliers et des usines, asepsie des lieux publics, traitement des malades en phase initiale de la maladie, hospitalisation des incurables, réinsertion et suivi à long terme des anciens tuberculeux, etc. Selon le médecin Cazot, en 1904, « le grand sanatorium à "l'allemande" travers[ait] une phase assez critique ». « Nous voila loin des enthousiasmes du début, estimait-il. Mais tandis que décroissent sa vogue et sa splendeur, s'affirme le développement d'un "sanatorium à la française", c'est à dire les œuvres de la vie au grand air »[791]. Cazot envisagea par exemple la création de « camps-sanatoriums » ou « prophylactoriums » pour militaires, sorte de casernes à la campagne conçues sur le même modèle de prophylaxie que les œuvres de placement des enfants.

1.5.2. Les conférences de la tuberculose de 1901 à 1905 : sanatorium *versus* dispensaire.

Le congrès de la tuberculose de Berlin de 1899, première réunion d'envergure internationale, fut suivi en juillet 1901 par le Congrès britannique pour la préservation de la tuberculose qui, selon l'historien de la médecine F.B. Smith, resta sous la coupe des médecins français[792]. C'est toutefois Robert Koch, absent deux ans auparavant à Berlin, qui tint la vedette en 1901 et dirigea la première session. La deuxième fut conduite par le médecin anglais Mac Fadyean et la troisième par le Français Brouardel[793]. Cette division tripartite reflète la place occupée dans le débat sur la tuberculose par l'Allemagne, l'Angleterre et la France. Avec une communication intitulée *La lutte internationale contre la tuberculose*, Brouardel tenta de dépassionner ce débat et de le sortir du cadre étroit de la confrontation nationale. Il insista notamment sur les efforts à faire en matière de prévention et sur la valeur des actions réalisées par les Sociétés populaires antituberculeuses. Il cita l'Association nationale anglaise qui développait l'instruction populaire pour limiter la contagion, et les sociétés allemandes de « propagation de l'idée » qui, à la suite du Comité central pour la construction de sanatoriums, tentaient de diffuser à un large public les mesures d'hygiène et de « salubrité ». S'agissant de la France, Brouardel mentionna la Société de préservation contre la tuberculose

[787] Langerbeins 1979, p. 73.
[788] Mouriquand 1927, p. 171.
[789] *Ibidem.*
[790] *Idem*, p. 173.
[791] Cazot 1904, p. 152.
[792] Smith 1988, p. 123.
[793] Koch, « La lutte contre la tuberculose à la lumière de l'expérience acquise contre les autres maladies infectieuses » ; Mac Fadyean, « Le bacille tuberculeux dans le lait de vache comme source possible de la tuberculose de l'homme » ; Brouardel, « La lutte internationale contre la tuberculose ». Vallin 1901.

par l'éducation populaire, dirigée par les médecins Weil-Manton et Peyrot, et dont les activités étaient également centrées sur les mesures de prophylaxie. Emanant de la Ligue française contre la tuberculose, elle s'adressait essentiellement aux classes populaires pour lesquelles elle organisait de véritables campagnes d'information sur la tuberculose au moyen d'affiches, de cartes postales et d'un bulletin mensuel[794]. Ces moyens de diffusion populaires resteront en vigueur jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale (ill. 9 et 11). Au congrès de Londres, on ne s'intéressa qu'à la vocation curative des sanatoriums. Si la portée scientifique de ce congrès fut limitée, c'est à cette occasion que fut créé le Bureau central international de la tuberculose dont le Comité décida la tenue, chaque année, d'une conférence internationale. La première conférence internationale de la tuberculose eut ainsi lieu à Berlin du 21 au 26 octobre 1902[795], sous les hospices des organisateurs du congrès de 1899 : Von Leyden, Fränkel et Pannwitz. Les principaux thèmes abordés concernaient les modes d'hospitalisation et d'assistance des tuberculeux, l'éducation antituberculeuse du peuple, la surveillance des écoles, des ateliers et des logements insalubres et la déclaration obligatoire de la tuberculose. L'architecture ne fut abordée qu'indirectement du point de vue de l'organisation des sanatoriums, des polycliniques et des dispensaires. Comme en 1899, la délégation française était importante et Brouardel fit une communication lors de la séance d'ouverture, suivie par celles de Sersiron, Landouzy et Calmette. Ce dernier prolongea la campagne de propagande initiée en 1901 en faveur du dispensaire antituberculeux qu'il présenta comme une alternative au sanatorium dans la mise en place, en France, d'un programme de lutte contre la tuberculose[796]. La conférence de Berlin fut suivie d'une seconde à Paris, en 1903, et d'une troisième à Copenhague, en 1904[797]. Si les questions les plus diverses furent abordées au cours de ces conférences, l'enjeu prophylactique avait définitivement remplacé le sanatorium en tête des préoccupations médicales.

Revenons en 1901. Alors que résultats obtenus dans les sanatoriums allemands étaient progressivement remis en question et que Calmette assurait une promotion active de son dispensaire, le médecin français Mosny tenta de lancer une passerelle entrer les moyens de prophylaxie et de cure de la tuberculose[798]. Selon Mosny, le sanatorium était un « établissement de cure et de prophylaxie », notions complémentaires qu'il n'y avait pas lieu de séparer :

> *Le sanatorium est un établissement de cure où tout tuberculeux jugé curable doit faire le stage nécessaire à l'amélioration de sa santé et suffisant à son éducation thérapeutique. Il y sera soumis à la cure hygiéno-diététique qu'il faut lui imposer si l'on veut qu'il s'y soumette. Il ne se soignera que si on l'y oblige et ne se soignera que si on lui apprend. C'est précisément au sanatorium qu'il apprendra à se soigner par l'enseignement magistral du médecin et par l'enseignement mutuel des autres malades. Il s'y soignera bien parce qu'il n'aura pas d'autre chose à faire, parce que la discipline sévère de l'établissement l'y obligera, parce que les résultats obtenus par lui-même et par les autres malades lui démontreront l'efficacité de la cure, parce qu'enfin la présence constante du médecin lui permettra de réglementer la cure d'après les indications de son observation quotidienne. C'est au sanatorium enfin qu'il apprendra la nécessité de l'*asepsie du milieu*, qu'il verra comment il convient de balayer, d'essuyer, de nettoyer. L'asepsie individuelle et l'asepsie du milieu [...] ne se peuvent enseigner que par la surveillance constante et l'enseignement en commun, dans un sanatorium dirigé par un médecin compétent.*

Concevant le séjour du malade en sanatorium comme un « stage dont la durée nécessaire et suffisante sera fixée par les nécessités de son instruction thérapeutique et prophylactique », Mosny s'ingéniait à contrer l'un des principaux arguments utilisés contre les sanatoriums. En élargissant ses attributions à la prophylaxie, il assurait au sanatorium un rôle central dans la lutte contre la tuberculose. Cette vision renouvelée atteste que la conception du sanatorium n'était à cette époque pas figée dans une formule allemande sujette à controverse.

Ce point fut au cœur de la quatrième conférence internationale de la tuberculose qui eut lieu à Paris du 2 au 7 octobre 1905. Avec deux mille participants venus du monde entier et 500 communications,

[794] Grellet & Kruse 1983, p. 146.
[795] Calmette 1902, p. 961.
[796] *Idem*, p. 963.
[797] Conférence de la tuberculose 1903 et Conférence de la tuberculose 1904.
[798] Mosny 1901.

il s'agit de la dernière manifestation d'importance tenue en France sur ce sujet avant la guerre. Parmi les nombreuses sessions, celle relative à l'*Assistance* fut consacrée à la question des structures antituberculeuses. Au cours de plusieurs tables rondes, des médecins venus du monde entier firent part de leur expérience en matière de prévention et de traitement de la tuberculose, notamment sur les rôles respectifs du dispensaire et du sanatorium. Les partisans du sanatorium, tel le médecin Maurice Courtois-Suffit, trouvaient le dispensaire de type Calmette trop coûteux pour envisager sa généralisation ; ils ne l'admettaient « que comme complément d'un sanatorium indispensable »[799]. A l'hôpital Pasteur du Havre, Frottier, considérait le service d'isolement des tuberculeux créé en 1899 comme un « véritable petit sanatorium de 22 lits » où la cure hygiéno-diététique donnait de bons résultats. Il insistait sur « la nécessité, *l'urgence*, [de la création] d'un dispensaire pour apprendre [aux] malades les premières notions d'hygiène sociale »[800]. Ces arguments montraient implicitement la complémentarité du dispensaire et du sanatorium. Selon Camille Savoire (1869-1951), le dispensaire pouvait efficacement « remédier aux premières causes » de la maladie et pouvait être « complété par un atelier de repos, une cure d'air et une organisation de placement familial ». Les malades contagieux, au contraire, « devraient être isolés [...] et soignés dans les établissements spéciaux : hôpitaux aménagés en vue du traitement de la tuberculose ou sanatoriums »[801]. Les médecins se répartissaient ainsi sur un large spectre allant de l'enthousiasme immodéré pour le sanatorium jusqu'à la défiance totale. Sceptique, le médecin espagnol Espina y Capo estimait qu'avec quatre millions, environ, de tuberculeux en Europe, le sanatorium représentait « un idéal irréalisable »[802].

Bien que débat fût centré sur les bénéfices que pouvaient apporter le dispensaire et le sanatorium en regard de leurs coûts respectifs, ce dernier suscitait manifestement le plus de curiosité et d'intérêt. D'un point de vue médico-social, sa valeur faisait débat, mais il représentait l'objectif avoué de nombreuses œuvres antituberculeuses. Le sanatorium était pour ces œuvres un support de communication assurément plus efficace que le dispensaire qui n'évoquait rien de plus qu'un bureau d'hygiène. Parallèlement aux sessions scientifiques du congrès de Paris, une exposition fut organisée au Grand-Palais afin que chaque nation puisse présenter ses réalisations et ses projets, avec plans et maquettes. Pour la France, l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris présenta les plans du sanatorium Despeaux-Rubod, ouvert en 1903 à Bligny ; l'Union nationale des instituteurs, ceux du sanatorium de Sainte-Feyre dont le chantier était alors en voie d'achèvement, et l'Œuvre antituberculeuse de Loire-Inférieure présenta le projet de sanatorium qu'elle souhaitait bâtir à la Marlézières. Les établissements marins étaient représentés par le sanatorium de Zuydcoote, achevé en 1899. Enfin, les congressistes purent prendre parte à des excursions qui les conduisirent dans les plus importants établissements de la région parisienne (Bligny, Angicourt, Ormesson, Villepinte, Noisy) et jusque dans le Nord-Pas-de-Calais où ils visitèrent les établissements de Berck et le sanatorium familial de Montigny-en-Ostrevent, récemment inauguré[803]. Cette dernière visite ne pouvait que réconcilier les tenants du dispensaire avec ceux du sanatorium car Montigny-en-Ostrevent avait été conçu en complément de la structure antituberculeuse du département du Nord, dont le dispensaire de Lille constituait, depuis 1901, le premier maillon.

Certains médecins s'efforcèrent de recentrer la lutte contre la tuberculose sur la prophylaxie. Pour Augustin Rey « il ne s'agit pas de construire par milliers les sanatoriums dont nos voisins allemands ont créé des types si intéressants ; il s'agit d'attaquer résolument et de front la question de la construction rationnelle de notre habitation et surtout celle de la demeure de la classe ouvrière »[804]. Le débat se prolongea jusqu'à la Première Guerre Mondiale et, en 1914 encore, le médecin Godefroy estimait qu'il « est plus utile de consacrer à des hôpitaux pour l'isolement des tuberculeux avancés l'argent qu'on emploie à bâtir des sanatoriums pour les tuberculeux au début pour lesquels, le plus souvent, le traitement à domicile suffirait »[805].

---

[799] « Discussion sur les dispensaires et les sanatoriums », in *Congrès international de la tuberculose*, t. 2, Paris, Masson, 1905, p. 553.
[800] *Ibidem.*
[801] *Idem*, p.549.
[802] *Ibidem.*
[803] Laget 2005.
[804] Rey 1905, p. 625.
[805] Cité par Baché 1934, p. 18.

Les principaux partisans du sanatorium étaient, en France, les médecins qui œuvraient dans les établissements ouverts avant 1905, notamment Georges Küss à Angicourt, Armaingaud à Bordeaux, Paul Spilmann à Lay-St-Christophe, Frédéric Dumarest à Hauteville et Louis Guinard à Bligny. Deux autres congrès eurent lieu avant la guerre : celui de Vienne, en septembre 1907, et celui de Washington en octobre 1909. L'Association centrale internationale contre la tuberculose fut créée lors du premier. Elle comprenait notamment un Comité des sanatoriums dans lequel Louis Guinard représentait la France. Ce comité se réunit le 8 juillet à Bruxelles et présenta, en octobre 1909 à Washington, un « Rapport sur les principes à suivre pour la construction d'un sanatorium populaire pour tuberculeux du sexe masculin »[806]. Par l'intermédiaire de Guinard, les sanatoriums de Bligny incarnaient déjà la conception française du sanatorium. Guinard insistait notamment sur les éléments de conception sanatoriale qu'il jugeait essentiels : une façade rectiligne, l'indépendance absolue de chaque pièce strictement réservée à un usage défini (chambres, lavabos, vestiaires, brosseries, placards, etc.), le groupement des malades au maximum par trois dans chaque chambre, les galeries connectées latéralement aux chambres et non adossées en façade sud[807].

1.5.3. Expériences internationales : le concours pour le sanatorium Edouard VII (1902).

Les sources allemandes de la fin du XIX^e^ siècles et du début du XX^e^ siècle ne mentionnent pas le mode d'attribution des projets aux architectes et nous n'avons pas trouvé la trace d'un concours d'architecture allemand portant, dès cette époque, sur un sanatorium populaire. Le premier concours de ce genre eut vraisemblablement lieu en Italie, à l'occasion de l'exposition d'hygiène de Naples en 1900. Le succès du congrès de Berlin, quelques mois auparavant, avait peut-être incité les autorités sanitaires italiennes à organiser ce concours. Il fut lancé par le ministère de l'intérieur en février 1900 et les 38 propositions reçues furent présentées, sous les auspices de la *Lega Nazionale contro la Tuberculosi*, en septembre lors de la clôture de l'exposition. Le médecin Fauto Donati et l'ingénieur Achille Manfredi, membres du jury et auteurs du rapport final, ne purent cacher leur déception s'agissant des projets :

> *Le nombre important de propositions ne compense pas la faiblesse des projets du point de vue des critères exigibles en matière de sanatoriums. D'une manière générale, et sans même nous attacher aux détails, bien peu sont dignes d'être seulement mentionnés, sans parler de ceux qui n'ont même pas les qualités extérieures d'un sanatorium, tel celui en forme de Colisée, un autre en forme de parallélépipède rectangle similaire à un banal immeuble de rapport, certains adoptant les dispositions habituelles des asiles d'aliénés, d'autres encore en forme de croix analogues aux vieux hôpitaux. Nous estimons qu'il existe suffisamment d'hôpitaux de ce genre, en Italie comme à l'étranger, dans lesquels les malades ne peuvent espérer guérir, pour qu'il soit nécessaire d'en bâtir de nouveaux avec la dénomination prétentieuse de sanatorium. [...] Ces projets démontrent, pour le moins, que les exigences techniques propres aux sanatoriums n'ont pas été prises en compte, que les principes fondamentaux de la cure et les règles élémentaires d'hygiène n'ont pas été respectés, que la conception du sanatorium moderne est incomplète.*[808]

En dehors des projets « hors sujet », Donati et Manfredi distinguèrent trois types de propositions : les plans pavillonnaires, le bâtiment unique et les formules mixtes, combinant plusieurs pavillons réunis par des galeries selon le modèle couramment utilisé en Suisse et en Allemagne. Ce dernier avait la préférence de Donati. S'agissant des galeries de cure, Donati déplorait de graves manquements dans leur implantation

[806] Guinard 1909/2, p. 1057.
[807] *Ibidem.*
[808] " [...] Il grande numero non compensa certamente la deficienza di giusti criteri sanatoriali quale traspare dalla maggior parte dei progetti esposti. Anche con un solo sguardo generale, senza entrare in una minuta analisi dei particolari, si rileva subito che quelli veramente degni di studio e considerazione sono ben pochi. Tralascio però di occuparmi di quelli che del sanatorio non hanno nemmeno le parvenze esteriori, quali sarebbero: qualcuno a forma concentrica di Colosseo, qualche altro a forma di casamento quadrangolare come un'ordinaria casa d'affitto, altri a branche tipiche di qualche manicomio; altri infine a crociere-infermerie analoghe ai vecchi ospedali. Sarebbe stato provvido invece osservare che di stabilimento ed ospedali più o meno decenti, dove il malato povero è un corpus vile che guarisce quando guarisce ne abbiamo già troppi in Italia come all'estero senza bisogno di crearne di nuovi colla pretenziosa denominazione dei sanatorio. [...] La critica più spassionata ed oggettiva non può fare a meno di rilevare ciò che tali progetti chiaramente dimostrano: la dimenticanza delle esigenze pratiche sanatoriali, la trascuranza dei principi fondamentali di cura, in taluni anche delle regole igieniche non comuni ed elementari,l'incompleto concetto insomma del vero sanatorio moderno." Faustino Donati, "I progetti di Sanatorio popolare, nel concorso del Ministero degli Interni, in *Il Monitore tecnico*, n°27, settembre 1900. Cité par Del Curto 2005, p. 221-222.

et dans leurs aménagements, certains projets en étant même totalement dépourvues. Le concours ne s'adressait, semble-t-il, qu'aux architectes italiens et ne permit pas véritablement de comparer les différentes conceptions sanatoriales en présence. Il passa totalement inaperçu à l'étranger et nous n'en avons trouvé aucune mention dans la presse française. Il donna, du reste, peu de résultats concrets et le premier établissement populaire italien, le sanatorium Umberto I, fut construit entre 1905 et 1910 sur une initiative lombarde[809].

La portée du concours international de 1902 pour la construction d'un sanatorium en Angleterre fut tout autre, tant par la qualité des propositions que par les échos qu'il suscita à l'étranger. Quelques mois seulement après avoir succédé à la reine Victoria sur le trône d'Angleterre, le roi Edouard VII assura le haut patronage du Congrès britannique de la tuberculose, organisé à Londres durant l'été 1901. Sensibilisé, sans doute, au problème de la tuberculose lors de cette manifestation, le roi décida d'allouer une importante somme d'argent à la réalisation d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires. Si l'idée n'était pas nouvelle, le mode choisi pour sa mise en œuvre était inhabituel et un concours international d'idées pour la construction du *King Edward VII Sanatorium* fut lancé en janvier 1902. Annoncé dans 22 journaux médicaux en Europe et aux Etats-Unis, le concours ne fut que discrètement relayé par la presse architecturale. Selon les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* à ses lecteurs, le concours était organisé, en effet, « non pour des architectes, mais pour des médecins, avec ou sans l'assistance d'architectes»[810]. La revue française *L'Architecture* l'annonça, avec une ironie teintée d'amertume, sous l'intitulé de « Concours international d'architecture entre médecins »[811]. Tous les projets mentionnés furent néanmoins le fruit d'une association entre médecins et architectes. La mise en concurrence des médecins devait garantir au futur établissement « les meilleures dispositions définies par les expériences antérieures et les idées novatrices»[812] : « L'objet du concours était d'obtenir des informations concernant les avantages respectifs des différentes dispositions formelles utilisées dans des sanatoriums existants et de susciter de nouvelles idées susceptibles d'améliorer encore le sanatorium "King Edward VII" qui devra être aussi parfait que possible »[813]. Clôt le 15 avril 1902, le concours réunit 180 participants ; les lauréats furent désignés le 8 août suivant. Les trois premiers prix furent remportés par des médecins britanniques : Arthur Latham (Londres), associé à l'architecte William West ; F. J. Wethered (Londres), associé aux architectes Lay et Allen ; E.C. Morland (Croydon), associé à l'architecte G. Morland. Les deux premiers étaient assistants au *Brompton Hospital* de Londres et Morland était médecin au *Alderney Manor Sanatorium*. Le programme tenait en quelques points : « 1. Le sanatorium est destiné à recevoir 100 tuberculeux, 50 hommes et 50 femmes. 2. Sur les 100 lits du sanatorium, 88 sont destinés à recevoir des malades appartenant aux classes nécessiteuses et 12 sont réservés à des patients de classes aisées. 3. Les installations doivent être également confortables pour tous les malades. Chaque malade aura une chambre particulière. Les patients de classes aisées seront logés avec plus de confort. »[814]

Ce concours constitue un jalon important dans l'histoire du mouvement sanatorial dans la mesure où il confronte, pour la première fois et sur la base d'un programme commun, les principes développés dans différents pays européens. Il confirme surtout le rôle central accordé aux médecins et aux principes hygiéniques devant assister les malades dans la cure hygiéno-diététique de la tuberculose. La partie centrale du concours était d'ailleurs constituée d'un essai médical exposant les principes de conception de

[809] *Idem*, p. 286.
[810] S.a., « Concours pour l'érection d'un sanatorium de tuberculeux en Angleterre», in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1902, n°47, p. 285-286.
[811] *L'Architecture*, 25 janvier 1902, p. 15, cité par Châtelet 2008, p. 24.
[812] " It is intended to construct the Sanatorium on the best lines which past experience and original thought can suggest ". S.a., « The King's Sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, volume 1, p. 1.
[813] " The object of the competition was to obtain information as to the relative advantages of the various structural arrangements which have been employed in existing sanatoriums, and to elict new ideas which might be turned to advantage in the construction of the "king Eward VII" Sanatorium so to make it as perfect as possible. " *Idem*, p. 2.
[814] Les autres dispositions prévoyaient les éléments suivants : « 4. Le sanatorium sera érigé sur une pente assez élevée, dans un lieu bien ensoleillé et à l'abri des vents froids. Il y aura dans le voisinage une ferme dépendante du sanatorium. L'établissement sera entouré de parcs boisés, où les malades pourront se livrer à des exercices de tout genre. Le sol sera sec et poreux ; la distribution d'eau abondante. 5. Le sanatorium sera pourvu des installations hygiéniques les meilleures et les plus récentes, ainsi que de tous les instruments et appareils nécessaires aux recherches scientifiques. Des dispositions seront prises en vue de la récréation des malades. » S.a., « Un sanatorium pour l'Angleterre », in *La construction moderne*, 4 juillet 1903, p. 473-474.

l'établissement, et dont les plans n'étaient que la mise en forme[815]. Les essais des trois projets récompensés traduisent l'internationalisation de ces questions et la diffusion des informations d'un pays à l'autre au travers des publications mais surtout des congrès médicaux tels ceux de Paris en 1898, de Berlin en 1899 et de Londres en 1901. Arthur Latham, lauréat du concours, joignit ainsi à son exposé des tableaux récapitulatifs des modes de fonctionnement des principaux sanatoriums européens et américains.

Le projet d'Arthur Latham et de William West est composé de « blocs séparés » (*separate block system*) et comprend un pavillon central de services entouré par quatre pavillons de malades, reliés entre eux par des galeries couvertes (ill. 87-88). Les bâtiments sont disposés en arc de cercle, de façon à former un « *crescent* » et possèdent un étage sur rez-de-chaussée. Un « bloc de service » accueillant les équipements techniques est placé à l'arrière des pavillons. Les deux pavillons situés de part et d'autre du bâtiment central sont réservés l'un aux hommes, l'autre aux femmes, et contiennent chacun 36 lits. Un troisième pavillon de 16 lits, situé au sud-est du pavillon des femmes, est réservé aux malades alités. Ces trois pavillons répondent à la partie « populaire » du programme et sont destinés aux malades pauvres. Les malades aisés sont placés dans un quatrième pavillon de 12 lits situé au sud-ouest de celui des hommes. Il faut relever que ce projet ne comporte par de galerie de cure collective, ni même de balcon de cure individuel : Latham se déclarait opposé au système des « *verandahs* » de cure et dénonçait le « *Liegehalle system* » allemand qui, selon lui, demandait trop d'efforts aux malades pour les rejoindre, favorisaient l'agitation des malades au contact de leurs voisins et, du fait du climat anglais, faisaient écran à l'éclairage naturel des pièces situées à l'arrière. Il recommandait le repos absolu dans la chambre dont la ventilation était facilitée par un dispositif dénommé « *window projections* », sortes de *bow-windows* ouvertes dans la paroi sud de la chambre sur trois côtés (ill. 89)[816]. En complément de ce projet, Latham et West conçurent un « plan alternatif pour 88 malades, organisé selon les mêmes principes mais composé d'un bâtiment unique » dans la mesure où il leur semblait « impossible de faire un choix définitif sans connaître la configuration exacte du terrain où serait édifier le sanatorium et le budget disponible »[817]. Avec cette variante compacte, ils contournaient le programme qui imposait de réserver 12 lits aux malades aisés et donnaient leur conception d'un véritable sanatorium populaire.

Les dispositions du projet de Wethered, Lay et Allen sont plus proches des sanatoriums populaires allemands et suisses : l'établissement est constitué d'un bâtiment d'hospitalisation de près de 200 mètres de long dont les extrémités est et ouest sont recourbées vers le sud de façon à offrir une meilleur protection contre les vents. Le bâtiment des services généraux (administration, cuisine, buanderie et usine) est situé au nord du bâtiment des malades (ill. 92-93). Les patients aisés sont placés au centre de l'aile sud et ceux des catégories populaires latéralement, à l'est les femmes, à l'ouest les hommes. Les chambres du rez-de-chaussée sont précédées d'une « véranda » construite en bois, vitrée et chauffée, faisant office de galerie de cure. La galerie des malades aisées est plus profonde et aménagée avec plus de soins. Les sections populaires hommes et femmes sont séparées de la section centrale pour malades aisées par les salles à manger également exposées au sud afin d'ouvrir l'appétit des malades. Les sanitaires sont placés contre la façade nord dans de petits édicules connectés au couloir desservant toutes les chambres. Ces dispositions sont identiques au premier étage, les « *verandas* » de cure étant remplacées par de simples balcons présents sur quelques potions seulement de la façade.

Le projet d'E.C. et G. Morland se situe à mi-chemin entre le système pavillonnaire et le bloc unique : il se compose d'un groupe de bâtiments administratifs et techniques et de pavillons de cure. Ces pavillons sont exposés au sud et comprennent deux ailes de chambres reliées par l'intermédiare de galeries couvertes à une bibliothèque placée au centre de la composition (ill. 90-91). Les pavillons des chambres

[815] S'agissant d'un concours de médecins, la revue *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* crut utile de préciser à ses lecteurs : « On ne demandera donc pas de plans détaillés, mais simplement des esquisses, en tant que celles-ci sont nécessaires pour l'élucidation des mémoires ». S.a., « Concours pour l'érection d'un sanatorium de tuberculeux en Angleterre», in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1902, n°47, p. 285-286.

[816] « The King's Sanatorium », *op. cit.*, p. 9.

[817] "An alternative plan for 88 patients, embodying similar ideas and principles (...), but consisting of one large single building, is appended, in view of the facts that it is impossible to come to any definite decision as to the character of the building without complete knowledge of the configuration of the proposed site and the amount of money which is at disposal." « The King's Sanatorium », *op. cit.*, p. 29.

sont symétriques et réservés l'un aux hommes, l'autre aux femmes. Comme dans les projets précédents, les chambres du rez-de-chaussée sont précédées d'une « *verandah* » faisant office de galerie de cure, tandis que celles situées à l'étage n'ont qu'une simple fenêtre ouvrant au Sud. Les sanitaires sont placés au Nord, dans un petit volume connecté au couloir desservant les chambres.

Les trois projets primés présentent dont des pavillons de cure d'un étage sur rez-de-chaussée, exposés au midi et disposant d'une galerie de cure adossée à la façade sud. Les chambres occupent toute la façade sud de ces pavillons et les espaces collectifs et de services sont placés, non pas au rez-de-chaussée comme dans nombre de sanatoriums français ou allemands contemporains, mais dans des pavillons séparés ou dans des sections distinctes du bâtiment principales. Selon Wethered, « le choix se limite aux blocs séparés (ou *cottages*) ou au bâtiment unique. Le système à *cottages* est intéressant, ajoutait-il, et constitue une réponse adéquate pour un nombre relative faible de patients, mais nous doutons qu'il soit très efficace pour une centaine de malades. Le coût de construction serait plus important, tout comme les difficultés de surveillance »[818]. Latham adopta un plan constitué de pavillons reliés par des galeries couvertes, Wethered un bâtiment unique développant toute sa façade au sud et Morland une solution mixte à pavillons articulés, proches de celles adoptées dans les établissements suisses à Heiligenschwendi et Wald et allemands à Ruppertshain. Le projet de Latham n'était pas particulièrement plus efficace que ceux de ses concurrents mais son « essai » était beaucoup plus complet. Outre la description de son projet, il présentait une analyse statistique et qualitative de plusieurs dizaines d'autres sanatoriums, anglais et étrangers, attestant d'un documentation importante sur le sujet.

Outre ces trois projets récompensés, le jury attribua une « mention honorable » à quatre autres projets, dont celui du médecin suisse Karl Turban[819], seul étranger apparaissant dans le palmarès final du concours. Turban s'était associé pour l'occasion à l'architecte zurichois Jacques Gros (1858-1922) et leur projet se composait de deux parties distinctes : au sud, un bâtiment d'hospitalisation (*Krankenbau*) réservé au malades disposant d'une longue façade ; au nord, un bâtiment de services administratifs, techniques et médicaux (*Wirtschaftbau, medizinischen Bau*) parallèle au bâtiment d'hospitalisation (ill. 95-96). Le bâtiment d'hospitalisation reprend en grande partie les éléments adoptés en 1889 dans le sanatorium de Turban à Davos, à savoir : trois étages sur rez-de-chaussée, épaisseur simple avec chambre au sud et couloir de distribution au nord, sanitaires dans un volume placé contre la façade nord, galerie de cure adossée au sud contre le rez-de-chaussée. Il reproduit également la disposition adoptée en 1889 à Davos (héritée du sanatorium de Falkenstein) consistant à placer deux pavillons annexes de part et d'autre du bâtiment principal auquel ils sont reliés par des passages couverts qualifiés de *Wandelbahnen* ou promenoirs. Le pavillon ouest abrite le logement du médecin directeur, tandis que son pendant est un simple abri couvert à destination des malades. Les bâtiments ainsi disposés forment un arc de cercle ouvert au sud protégeant les malades du vent. L'élément sans doute le plus intéressant de ce projet est la disposition des chambres.

> *L'air et la lumière doivent pénétrer le plus largement possible dans les chambres ; c'est pourquoi, dans toutes ces pièces, le mur sud est composé dans toute sa largueur d'un assemblage de « panneaux vitrés » amovibles* [bewegliche Glaswände] *: ils peuvent être entièrement escamotées dans les pièces du rez-de-chaussée en descendant verticalement jusqu'au sous-sol le long d'étroits rails métalliques [...], et dans les chambres des étages en se repliant les uns sur les autres latéralement.*[820]

[818] "The choice lies between detached blocks (or cottage) and some form of the single block system. The cottage system is attractive and for a comparatively small number of patients answers admirably ; but we consider it very doubtful whether it would be so successful when a hundred patients have to be provided for. The cost of erection would be greater and the difficulties of supervision increased." « The King's Sanatorium », *op. cit.*, p. 45.

[819] Les trois autres mentions furent attribuées à des projets anglais : celui du médecin P.S. Hichens, de Northampton, associé à l'architecte R.W. Schultz ; celui du médecin Jane Walker, de Londres, associée aux architectes Smith et Brewer ; celui du médecin J.P. Wills, de Bexhill, associé à l'architecte Wills. *Idem*, p. 2.

[820] „Luft und Licht müssen den denkbar breitesten Zutritt zu den Wohn- und Schlafräumen haben; deshalb in allen diesen Räumen die Südwand in ihren ganzen breite aus beweglichen Glaswänden, die nach Bedarf bis auf einige schmale vertikal einserne Schienen, an welchen sie solid befestigt werden können, völlig entfernt werden, und zwar in den Parterre-räumern durch Versenkung in das Souterrain, in den Schlafzimmern durch Zurückklappen nach den Seitenwänden." Turban 1909, p. 248.

Les « panneaux vitrés » des chambres se composent d'une porte-fenêtre large d'un mètre et demi dont les ouvrants centraux se rabattent sur les parties fixes latérales. En partie haute, des impostes vitrées amovibles permettent de doser précisément le flux d'air entrant. Seules les chambres des malades aisés possèdent un petit balcon devant la porte-fenêtre ; dans les chambres populaires le garde-corps métallique est placé contre la fenêtre. Turban et Gros proposèrent une autre variante dans laquelle les malades hommes et femmes étaient répartis dans deux pavillons distincts, séparés par le bâtiment des services implanté transversalement. Si ce projet ne fut pas réalisé, l'architecte et historien Quintus Miller relève sa parenté avec la Station thérapeutique allemande de Davos-Wolfgang (*Deutsche Heilstätte in Davos*) (ill. 70-71 construit en 1899-1901 par l'architecte de Davos C. Wentzel et dont Karl Turban était lui-même membre du comité directeur maître d'ouvrage[821].

Nous n'avons retrouvé la trace que d'un seul projet français présenté au concours de 1902 : il s'agit de celui conçu par le médecin de l'Assistance publique de Paris, A.F. Plicque (1861- ?), en collaboration avec l'architecte Charlet, publié en 1903 dans *La Construction moderne*[822]. Plicque n'était pas un novice en matière de sanatorium puisqu'il avait collaboré à la création du sanatorium d'Angicourt dès 1890. Leur projet pour le sanatorium *King Edward VII* adopte un plan en forme d'hémicycle composé de pavillons de malades reliés entre eux par des galeries de cure de plein-pied et doublées au nord d'un large promenoir (ill. 97). Le bâtiment de l'administration et des services se trouve au centre de la composition et sépare la section des hommes de celle des femmes. Ces petites unités sanatoriales, agglomérées sur selon un schéma en arc de cercle, rompt radicalement avec les grandes compositions axiales allemandes et se rapproche plutôt du système pavillonnaire anglo-saxon. Mais la référence aux principes d'outre-Manche ne s'arrête pas là : en positionnant le pavillon du médecin chef devant les pavillons de malades, Plicque et Charlet offrent un modèle de panoptique antituberculeux dans le goût des dispositifs conçus par l'anglais Jeremy Bentham (1748-1832) pour l'architecture pénitentiaire. Wethered, dans son projet, disait avoir renoncé au plan pavillonnaire pour des raisons de fonctionnement et de surveillance des malades ; le plan proposé par Plicque et Charlet permettait de palier – ne serait-ce que symboliquement – ces contraintes.

Nous n'avons pas trouvé la trace de projets conçus pas des médecins allemands pour ce concours et seule la participation de David Sarason est avérée[823]. Son projet présentait des étages en retraits successifs en forme de gradins ; nous y reviendrons plus en détails dans le dernier chapitre (voir p. 491). Le concours prévoyait que le projet lauréat serait exécuté mais, pour des raisons que nous ignorons, la proposition de Latham ne fut pas retenue et le sanatorium *King Edward VII* fut finalement réalisé entre 1903 et 1906 par Percy Adams et Charles Holden à Middlehurst, dans le Sussex[824] (ill. 94).

1.5.4. Eléments d'une typologie sanatoriale.

S'agissant de l'architecture des sanatoriums, il importe de distinguer les établissements privés pour malades payants des établissements populaires. Les premiers offrent une multitude de dispositions liées parfois à leur installation dans des bâtiments existants ou à la volonté du propriétaire de rattacher le sanatorium d'un type spécifique d'établissement : hôtel de villégiature, centre de cure alpine, etc. Les sanatoriums du Canigou et de Durtol furent installés dans des bâtiments existants que leurs propriétaires tâchèrent d'adapter au mieux à leur nouvel usage. Cela semble être la règle dans la plupart des établissements privés pour malades aisés, que l'on songe aux sanatoriums de Trespoey, d'Avon, des Ombrages, de Buzenval, etc. Les sanatoriums de Gorbio (Var), du Mont-des-Oiseaux à Hyères (Alpes-Maritimes), d'Aubrac (Aveyron), ceux de Bellecombe et de Belligneux à Hauteville (Ain), constituent les rares exemples d'établissements privés bâtis à neuf. Les promoteurs des sanatoriums Bellecombe et du Grand Hôtel des Alpes à Thorenc choisirent délibérément de ne pas leur donner l'allure d'établissements de

[821] Miller 1991, p. 20.
[822] S.a., « Un sanatorium pour l'Angleterre », in *La Construction moderne*, 4 juillet 1903, p. 473-474.
[823] Châtelet 2008, p. 23.
[824] *Ibidem.*

tuberculeux. Suite au succès du sanatorium d'Hauteville, son médecin-directeur, Frédéric Dumarest souhaita construire un nouvel établissement pour sa clientèle privée. En 1909, il se rendit une renouvelle fois en Suisse et en Allemagne avec l'architecte Curny. Pour la première fois en France, ils adoptèrent le dispositif, courant dans les établissements privés suisse, du balcon individuel de cure situé dans le prolongement extérieur de la chambre (ill. 124). L'établissement offre un plan rationnel constitué de quatre étages de chambres encadrés latéralement par deux avant-corps peu saillants occupés par des petits « appartements » constitués d'une chambre de malade au sud et d'une chambre d'accompagnant au nord (plan 01-04).

Selon Artaud, en 1901, un sanatorium populaire « doit être édifié suivant toutes les règles de l'hygiène ; il doit être aseptique et, par conséquent, une construction neuve »[825]. Les modèles allemands et suisses, dont les plus connus en France étaient représentés par les sanatoriums de Falkenstein (1876), Hohenhonnef (1895), Ruppertshain (1895) ou Heiligenschwendi (1895), imprimèrent fortement la composition des premiers établissements populaires français, à commencer par ceux d'Angicourt et de Hauteville. En 1902, Arthur Latham classait les sanatoriums en deux catégories distinctes : ceux disposant d'un bâtiment unique pour les malades et l'administration (sanatoriums du Canigou, d'Ormesson, Hohenhonnef, Ruppertshain et Schatzalp), et ceux installés dans un nombre variable de bâtiments (Trespoey, Heiligenschwendi, Turban, Grabowsee, Hauteville, Falkenstein ou Görbersdorf)[826]. Le dilemme entre le bâtiment unique et les pavillons plus ou moins séparés constituait en 1900 la principale variation architecturale pour les concepteurs de sanatoriums. Dans son projet compact d'établissement populaire, Latham rappelait que le choix entre un bâtiment unique et plusieurs pavillons ne dépendait pas uniquement du mode d'exploitation envisagé mais aussi des caractéristiques morphologiques et climatiques du site : les terrains escarpés obligeaient à édifier des bâtiments ramassés et ceux insuffisamment protégés des vents nécessitaient des bâtiments continus formant une barrière contre les courants d'air. L'exemple le plus probant est celui du sanatorium de Lay-Christophe : dans un avant-projet, l'architecte Genay avait conçu un bâtiment dont la façade formait un arc de cercle ouvert au sud ; constatant que le site retenu pour sa construction était suffisamment abrité, il modifia son plan et adopta un plan rectiligne. La plupart des sanatoriums populaires français antérieurs à 1915 présentaient un plan à ailes rabattues (Angicourt, Hauteville, Bligny, Oissel) mais le plan rectiligne adopté à Lay-Saint-Christophe se retrouve également à Checy (Loiret, 1902) et Sainte-Feyre (Creuse, 1904). Il était habituellement admis dans les sanatoriums de Davos, de Leysin ou d'Arosa naturellement protégés des vents par les montagnes environnantes[827]. Dans son ouvrage sur l'aménagement des hôpitaux et des sanatorium, l'ingénieur André Turin avait une approche plus pragmatique que les médecins : pour palier les « remous d'air » occasionnés, selon « certains docteurs », par la brisure du plan « en fer à cheval » des sanatoriums de Bligny et d'Angicourt, il proposa de créer « deux doubles brisures » en façade sud ; mais comme « personne [...] n'est d'accord sur l'importance des angles de brisures » et du fait que « cette solution offre des difficultés de construction ; il est donc plus simple, de construire un bâtiment droit en plan et de l'abriter par des rideaux de grands arbres »[828]. Il adopta cette disposition dans le projet qu'il élabora à titre d'exemple (ill. 113). Na courbure inverse, vers le Nord, était d'ailleurs possible mais n'était pas justifiée par des contraintes climatiques : dans le projet de sanatorium départemental de Loire-Inférieure (1905), les ailes des chambres étaient rabattues vers le Nord pour empêcher tout contact visuel entre les malades des deux sexes (plan 44-03)[829]. Selon Dumarest, en 1897, le facteur vent était « éminemment local » : « il ne saurait y avoir un type de sanatorium » ajoutait-il, mais il fallait « s'inspirer, dans la construction des conditions locales de protection

[825] Artaud 1919, p. 65.
[826] " Whether the sanatorium should consist of one large block or several smaller ones? " « The King's Sanatorium », *op. cit.*, p. 13.
[827] Dumarest 1897, p. 38.
[828] Turin 1906, p. 22.
[829] Dumarest notait en 1897 à ce sujet : « J'ai eu l'occasion de visiter à Verviers (Belgique) un hôpital général remarquable, où la disposition est exactement inverse à celle ordinairement adoptée : la convexité des bâtiments est tournée au midi, et embrasse l'est et l'ouest. Il en résulte une grand développement de la façade habitée et un resserrement avantageux des services généraux, condensés dans la concavité du demi-cercle. Mais si l'insolation gagne à une semblable disposition, la protection contre le vent y serait insuffisante pour un sanatorium où se pratique la cure à l'air libre. Cette ingénieuse disposition, très pratique pour un gd hôpital, mériterait cependant d'être signalée. » Dumarest 1897, p. 38.

par les montagnes et les forêts, de vents dominants, d'altitude, de proximité des lieux habités »[830]. Le constat était le même en Allemagne où Schmieden et Boethke relevaient en 1905 :

> *Si le terrain n'offre par la garantie voulue contre le vent, l'architecture du bâtiment doit y suppléer [...]. C'est dans ce but qu'on a créé le type composé d'un long bâtiment central flanqué de deux ailes en angle obtus [...]. Quand la topographie du terrain le permettait, et cela particulièrement dans la plaine, on a souvent prévu d'emblée une disposition de l'établissement en plusieurs pavillons. Mais en règle générale, c'est le plan comprenant un seul corps de bâtiment qui a servi de type [...]. Dans ces petits pavillons, la relation avec la nature environnante est très intime, ce qui est très favorable aux malades [...], mais en élargissant l'établissement, ce système rend la surveillance et le service du personnel plus difficile et augmente aussi les frais de construction.*[831]

En France, comme en Allemagne et en Angleterre, les premiers sanatoriums populaires semblaient hésiter entre la disposition compacte et celle à pavillons multiples. La notion d'établissement pavillonnaire doit ici être considérée en fonction des exigences sanatoriales : il ne s'agit pas de pavillons disséminés sur de vastes surfaces, sur le modèles des hôpitaux pavillonnaires, mais de bâtiment formant un front longitudinal exposé au sud et reliés entre eux par des galeries de circulation et/ou de cure. Cette disposition est plus ou moins marquée dans les sanatoriums de Hauteville, de Lay-Saint-Christophe et d'Oissel, tandis que ceux d'Angicourt et de Bligny sont constitués d'un bâtiment unique à aile rabattues et ceux de Chécy (dans le projet initial) et de Sainte-Feyre d'un bâtiment unique rectiligne.

Dans les établissements populaires, la quasi-totalité des dispositions architecturales qui seront développées, à une autre échelle, après la guerre, étaient en place dès les premières années du XX^{e} siècle. La question du positionnement des galeries de cure par rapport aux chambres se posait avec moins d'acuité que celles du positionnement de bâtiments et le principe de la « vérandah » adossée contre le rez-de-chaussée de la façade sud était globalement admis : c'est le seul en usage dans les projets du concours de 1902 et seuls quelques établissements en Allemagne (Sülzhayn), en Suisse (Schatzalp) et en France (Bligny, Lay-Saint-Christophe et Sainte-Feyre) proposaient un autre modèle, constitué de galeries superposées placées soit devant les chambres (Schatzalp), soit au centre du bâtiment (Bligny), latéralement (Sainte-Feyre) soit, enfin, à la jonction de deux pavillons (Sülzhayn, Lay-Saint-Christophe). Latham, par exemple, était radicalement opposé au « *Liegehalle system* » allemand[832]. Aux galeries de cure adossées de la première génération de sanatoriums français (tels Angicourt et Hauteville), succéda une seconde vague de réalisations dont les médecins et les architectes tentèrent de remédier aux inconvénients d'un système qui, selon ses détracteurs, réduisait considérablement l'ensoleillement et l'aération des espaces situés à l'arrière et obligeant à cantonner les chambres de malades dans les étages supérieurs. Ce dispositif ne posait pas de difficulté dans les établissements pour malades payants dont le rez-de-chaussée était ainsi avantageusement dédié aux espaces de représentation et de socialisation (salons, salles de musique, de billard, de jeux et de lecture, etc.). Dans les établissements populaires, au contraire, les espaces communs étaient fortement réduits pour la simple raison que le malade devait passer l'essentiel de son temps en plein air. Ils se réduisaient le plus souvent à une salle de réunion pour les jours de pluie et à une salle à manger habituellement située en dehors du bâtiment d'hospitalisation. L'impossibilité d'affecter le rez-de-chaussée aux malades (du fait de l'adossement de la galerie de cure) était donc problématique dans un établissement populaire car elle constituait une forte contrainte dans l'usage du rez-de-chaussée. Certains œuvres, parmi les moins fortunées, ne s'embarrassèrent pas de ces recommandations et logèrent leurs malades au revers

---

[830] *Ibidem.*

[831] Schmieden & Boethke 1905, p. 41.

[832] " Objections to verandahs. The first place, in many cases in which rest is necessary, the effort involved in going from the bedroom to the verandah, or of leaving it for meals, or for certain physiological processes, entails too much exertion. Again in verandahs patients tend to collect in chattering groups and, forgetful of advice, gesticulate and become excited, so that dispnoea or cough is induced; whilst many who need absolute quiet make efforts to entertain their neighbours. (...) In addition there are many structural objections to Liegehalle ; in the climate of England they block out too much light, unless the building is so arranged that they are placed before a basement or the interval between the storeys is much increased, both of which procedures leads to a large outlay without any compensating advantage. Verandahs are not easily kept clean, in the strict sense of the term, and in the nature of things cannot contain as pure atmosphere as is found in the open, or even at the window of a room that contains only one person; further, they interfere with the privacy of patients confined to bed, and may disturb their rest, whilst in summer they sometimes tend to become insufferably hot. " « The King's Sanatorium », *op. cit.*, p. 9.

de la galerie de cure du rez-de-chaussée ; c'est le cas du sanatorium d'Oissel. Il y avait toutefois des alternatives à ce dispositif. En excluant d'emblée les galeries de cure isolées, peu commodes et difficiles à surveiller, le positionnement des galeries dans des corps indépendants présentait de nombreux avantages. Les galeries de cure pouvaient alors être placées de part et d'autre du bâtiment d'hospitalisation ou au centre du bâtiment entre deux ailes de chambres. A Ruppertshain (1895), les galeries de cure étaient ainsi placées latéralement (ill. 24). Ce dernier système permettait également d'aménager des galeries doubles, ouvertes au Sud pour la cure d'hiver et au Nord pour celle d'été. C'était le cas à Saint-Feyre (ill. 182) et sans doute à Chécy, si l'on en juge par la profondeur apparente de la galerie latérale (ill. 258). Ce dédoublement était virtuellement présent dans les établissements allemands avec les *Wandelhallen* (promenoirs) dont nous avons déjà parlé. Le projet initial du sanatorium de Chécy (1900) présentait une disposition mixte avec une galerie de cure principale adossée au centre de l'établissement et des galeries secondaires placées latéralement. Lorsque la déclivité du terrain vers le Sud était suffisante, il était possible de dissocier le rez-de-chaussée formant le niveau d'accès à l'établissement, d'un rez-de-jardin enterré au Nord mais largement ouvert au Sud au travers des galeries de cure. Le sanatorium allemand de Hohenhonnef est l'exemple le plus classique de ce dispositif qui fut également adopté au sanatorium zurichois de Wald en 1898 (ill. 68) ou dans les projets d'Artaud pour un sanatorium dans l'Aisne (1899) et de sanatorium de la Loire-inférieure à la Marlézière (1905). Cette disposition est également caractéristique des premiers établissements italiens, comme le sanatorium Pineta di Sortenna (Zubiani architecte, 1902) et le sanatorium Umberto I (Brioschi & Giachi architectes, 1905-1910) en Valteline[833]. Une autre possibilité consistait à accrocher les galeries de cure en porte-à-faux sur la façade sud : nous n'avons pas trouvé d'exemple réalisé de dispositif en France avant 1915 mais c'est celui proposé en 1906 par l'architecte André Turin pour illustrer son ouvrage sur les hôpitaux et les sanatoriums. Le porte-à-faux était obtenu au moyen de poutres métalliques à treillis, ancrées dans la maçonnerie et dont l'épaisseur allait en s'amenuisant vers le bord de la galerie de façon à présenter un profil parabolique propice à la réflexion de la lumière jusqu'au fond de la galerie (ill. 113). Le porte-à faux avait surtout l'avantage de supprimer les points porteurs qui, à l'avant des galeries, assombrissaient les cures et obstruaient le paysage. Selon Turin, « l'air et le soleil pénètreront alors facilement sans ombre dans ces galeries hautes de cinq mètres et malades, étendus derrière la balustrade, recevront dans les meilleures conditions possibles le bain d'air, de soleil et de lumière qui doit les guérir »[834].

Aussi désavantageux que cela puisse sembler pour l'aération des malades, les galeries de cure des sanatoriums étaient fréquemment fermées au moyen de vitres avant la Première Guerre Mondiale. Le terme de « véranda », souvent employé par les médecins allemands, anglais ou français pour évoquer ces galeries est d'ailleurs révélateur de cette conception. En 1897, Frédéric Dumarest relevait que la galerie de cure du sanatorium de Heiligenschwendi, en Suisse, pouvait être fermée « dans la plus grande partie de sa hauteur, à l'aide soit de persiennes, soit d'un vitrage mobile dont les vitres sont accouplées par quatre. Une ouverture subsiste néanmoins toujours à la partie supérieure. »[835] Dumarest se garda bien de reproduire ce dispositif dans le sanatorium d'Hauteville. Examinant, en 1900, les projets du concours italien pour la création d'un sanatorium populaire, Fausto Donati estimait que « ceux qui proposent des galeries de cure pouvant se fermer entièrement à l'avant n'ont rien compris de la cure en plein air ; de telles "galeries-serres" doivent être laissées aux hôtels suisses qui n'ont rien à faire avec un sanatorium »[836]. Adossée au rez-de-chaussée du bâtiment, la galerie de cure d'hiver du sanatorium d'Aubrac (Aveyron, 1902) formait également une longue véranda « aérée par de vastes fenêtres dont on peut régler à volonté l'ouverture grâce à un dispositif spécial. Ces galeries sont chauffées par des nombreux radiateurs à vapeur »[837]. Au sanatorium Bon Accueil, à Montpellier (Hérault, 1907), « chaque salle de réunion, hommes et femmes, est prolongée par une vérandah [sic] vitrée, meublée de cinq lits de repos, formant galerie de cure fermée, en

[833] Del Curto 2005, p. 254.
[834] Turin 1096, p. 26.
[835] Dumarest 1897, p. 33.
[836] Cité par Del Curto 2005, p. 225.
[837] *Touring Club de France*, septembre 1904, cité par Cransac 2000, p. 38.

saillie sur le corps du bâtiment »[838]. Ces galeries étaient toutefois réservées aux malades qui ne pouvaient effectuer leur cure dans la galerie principale, entièrement ouverte, du rez-de-chaussée. Lors de la construction de nouvelles galeries de cure à la station sanitaire de Pignelin (Nièvre), en 1918, l'architecte avait prévu l'installation de panneaux vitrés amovibles, suspendus ordinairement au plafond au-dessus des malades et que ces derniers pouvaient rabattre en cas de mauvais temps tout en maintenant ouvertes des impostes hautes. En 1926 encore, l'architecte départemental de la Nièvre proposa l'installation de « vitrages de protection pour la cure » constitués de quatre panneaux vitrés d'un mètre de large et de 3,40 mètres de haut par travée avec un châssis pivotant carré d'un mètre de côté situé à un mètre de hauteur[839]. Ce dernier exemple relève de l'exception car les galeries de cure vitrées disparurent après la guerre[840].

1.5.5. Bilan des réalisations françaises avant la Première Guerre Mondiale.

La période comprise entre 1905 et 1915 est caractérisée par un vide en matière de construction sanatoriale en France. Certains établissements furent agrandis, comme celui de Bligny où fut édifié entre 1906 et 1909 le sanatorium du Petit-Fontainebeau, réservé aux femmes, puis à partir de 1912 le grand sanatorium de Fontenay, achevé en 1925. En 1911, le Conseil général de l'Aisne envisagea la création d'un sanatorium départemental sur la base du projet conçu en 1900 par Artaud. Sollicité pour donner son avis, ce dernier s'efforça de mettre à jour les données réunies en 1900 et consulta à nouveau les médecins directeurs de sanatoriums suisses, allemands et français[841]. Il publia en 1914 tout le matériel récolté entre 1899 et 1913 ainsi que les plans du projet de 1900. A la veille de la Première Guerre Mondiale, ce projet présentait des dispositions héritées des sanatoriums populaires des années 1890, notamment de l'établissement zurichois de Wald, conçu en 1894. Cette seconde tentative ne donna pas plus de résultats que la première. Le rapport rédigé à cette occasion par le conseil départemental d'hygiène de l'Aisne nous apprend que d'autres départements français se préoccupaient également du placement de leurs tuberculeux dans les sanatoriums existants. En 1910, les conseils généraux du Cher et de la Vienne votèrent les crédits nécessaires au placement de leurs malades dans des sanatoriums, de même que la Somme qui envoyait ses malades bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite dans les sanatoriums de Bligny, d'Oissel, de Montigny-en-Ostrevent et d'Hauteville. D'autres conseils généraux, comme ceux de la Seine-Maritime, du Nord, de la Haute-Garonne ou de la Vienne, prirent part indirectement à la lutte contre la tuberculose sur leur territoire en allouant des subventions à des sanatoriums privés[842]. Bien que sporadiques et limitées dans leurs résultats, ces initiatives témoignent de la volonté des administrations de ne pas laisser les tuberculeux dans le dénuement le plus total. Leurs efforts n'étaient appuyés ni par l'Etat, ni par les œuvres privés, ces dernières ayant renoncé, après la polémique du début du siècle, à construire de nouveaux sanatoriums populaires. Seuls les établissements destinés aux malades payants eurent encore quelques succès, tels le sanatorium Belligneux, ouvert en 1912, à Hauteville, par Frédéric Dumarest. En Italie, où la situation était comparable à celle de la France et la lutte antituberculeuse encore balbutiante, quelques médecins

[838] Hospice de Montpellier, domaine des Dominicaines, projet d'installation du service des tuberculeux, note explicative, H. Debens architecte, 13 août 1907. A.D. de l'Hérault, 1 X 433. Ces « vérandas » ne seront d'ailleurs pas détruites après la guerre mais transformées en chambres de malades accueillant 16 lits de malades en 1941 (Sanatorium de Bon Accueil, aménagement d'un groupe chirurgical et surélévation d'un bâtiment pour l'augmentation de la sa capacité hospitalière, 9 fév. 1941. A.D. de l'Hérault, 10 W 100.

[839] Projet de construction de protection pour la cure, mars 1926. A.D. de la Nièvre, 4 N 108

[840] Lorsqu'en 1919 le département de l'Hérault envisagea le réaménagement du sanatorium de Bayssières, achevé en 1912 mais resté inutilisé, l'une des premières recommandations de l'inspecteur général Monod, chargé d'en évaluer la faisabilité, concernait les galeries de cure : « Le projet [initial] était de vitrer les-dites galeries ; il importe au plus haut point de les laisser à l'air libre, car s'il y a moyen de les clore, on aura tendance à les fermer et la cure d'air ne se fera pas, au moins pas par mauvais temps. L'objection que le vent peut chasser parfois la neige ou la pluie dans les galeries n'a pas beaucoup de valeur, car outre que les hospitalisés peuvent être couverts en conséquence, des stores bien disposés permettront de parer cet inconvénient »Extrait du P.V. des délibérations, conseil général de l'Hérault, rapport de l'inspecteur général Monod sur l'utilisation de l'immeuble dit "sanatorium de Bayssières", p. 304. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.

[841] Artaud, « Projet d'établissement dans le département de l'Aisne d'un sanatorium où seraient reçus les tuberculeux à titre gratuit ou onéreux (Voeu de M. Magniaudé). Rapport du 6 avril 1911, Notes recueillies en octobre et novembre 1913, Projet de sanatorium pour les poitrinaires nécessiteux du département de l'Aisne. Sanatorium de 100 ou 120 lits. Plans », in Artaud 1914, p. 73-135.

[842] Conseil départemental d'hygiène de l'Ain, séance du 8 août 1911, établissement dans le département d'un sanatorium pour les tuberculeux. A.D. du Rhône, 9 C 6.

exhortèrent les pouvoirs publics à prendre le relais des initiatives privées dont les ressources ne pouvaient répondre au défi de la prise en charge des tuberculeux[843]. Leurs vœux ne seront exaucés qu'en 1928.

A la veille de la Première Guerre Mondiale, la répartition des sanatoriums sur le territoire français semble directement liée à leur statut, privé ou public (carte n°1). Les sanatoriums privés pour malades payants sont majoritairement implantés dans des zones prisées pour leur climat : en premier lieu la côte méditerranéenne avec près d'une dizaine d'établissements, ensuite les massifs montagneux, Pyrénées et Massif Central en tête. Les Alpes sont étonnamment peu représentées en dehors des deux sanatoriums privés d'Hauteville (Bellecombe et Belligneux) et du Grand-Hôtel des Alpes de Thorenc. Enfin, la vallée de la Loire et la région parisienne attiraient les tuberculeux de la capitale qui ne souhaitaient ou ne pouvaient pas faire le déplacement jusqu'aux stations méridionales ou d'altitude. Les sanatoriums publics et privés pour malades indigents, créés par des œuvres de bienfaisance, sont implantés à proximité de la ville à laquelle ils s'adressent ou sur le territoire départemental dont ils dépendent : Bligny, Angicourt et Brévannes pour Paris, Oissel pour Rouen, Pessac pour la Gironde, Lay-Saint-Chistophe pour la Lorraine, Chécy pour le Loiret. Lyon profita de sa situation géographique pour installer son sanatorium dans le massif préalpin du Bugey, à Hauteville, quant au sanatorium des instituteurs, nous avons vu que son installation, dans la Creuse, au centre géographique de la France, répondait à des considérations d'égalité d'accès. Enfin, les départements d'Alsace et de Lorraine, sous administration allemande jusqu'en 1918, disposaient d'un équipement sanatorial à la hauteur des investissements allemands en la matière. Ainsi, le sanatorium lorrain d'Abreschwiller (Moselle) et celui alsacien de Saales (Bas-Rhin) furent tous deux ouverts en 1900 sous la tutelle du Comité central allemand pour la construction des sanatoriums.

Les indications climatiques pesaient donc peu en regard des facilités d'accès et de fonctionnement des établissements. Les médecins n'eurent de cesse de répéter que la valeur thérapeutique d'un établissement dépendait plus de sa gestion médicale que de la nature de son climat. Si les sanatoriums pour malades payants tentaient d'asseoir leur réputation sur la spécificité de leur climat, les établissements de bienfaisance privilégiaient la discipline de la cure et la qualité des soins médicaux dispensés aux indigents. A titre de comparaison, les hôpitaux maritimes pour tuberculeux osseux et ganglionnaires, dont le développement précède d'une vingtaine d'années celui des établissements pour pulmonaires, s'étaient installés sur presque toutes les côtes françaises : Mer du Nord, Méditerranée et Atlantique.

Avec une dizaine de sanatoriums populaires en activité vers 1905 et près du double d'établissements pour malades payants, le retard de la France par rapport à ses voisins européens en matière de sanatoriums était donc tout relatif. La situation française semble assez comparable à celle de nombre de ses voisins tels l'Angleterre et l'Italie. Si l'Angleterre disposait d'hôpitaux spécialisés pour tuberculeux dès le milieu du XIX^{e} siècle, les premiers sanatoriums n'y seront construits qu'au début du XX^{e} siècle. Selon l'historien Flurin Condrau, les médecins anglais s'intéressèrent assez tôt à l'*open-air treatment* sans revendiquer, comme en Allemagne, la création d'un type particulier d'établissements pour sa mise en œuvre[844]. Le mouvement sanatorial anglais était peut-être plus avancé qu'en France dans les premières années du XX^{e} siècle – on compte une quarantaine de sanatoriums en Angleterre en 1911 – mais les établissements y étaient comparables, dans leurs dimensions, aux sanatoriums français. Contrairement à l'Allemagne, ces deux systèmes souffraient d'un manque chronique de financements. En Italie où, comme en France, les asiles d'aliénés étaient gérés à l'échelon des *Provincie* (départements), le médecin Zubiani proposa en 1898 d'utiliser un dispositif analogue pour la création de sanatoriums populaires[845]. L'exposition d'hygiène de 1900 manifesta, nous l'avons mentionné, l'intérêt grandissant des médecins et des autorités pour le traitement sanatorial. En France, l'impossibilité de coordonner les moyens et les objectifs fut la cause de nombreuses déconvenues que résumait ainsi le médecin Georges Guinon (1859-1932) en 1919 :

[843] F. Gatti, *La lotta antitubercolare in Italia*, Milan, Hoepli, 1910, cité par Del Curto 2005, p. 53.
[844] Condrau 2000, p. 124.
[845] Del Curto 2005, p. 236.

[...] Comme pour ruiner plus vite des efforts déjà mal coordonnés, des esprits faux, des ambitieux amoraux venaient détourner les efforts de leur but désintéressé : loteries interminables, scandales, escroqueries venaient entacher cette si belle entreprise de la lutte antituberculeuse ; des millions disparaissaient sans aucun résultat et, ce qui est pis, l'opinion publique, qu'il eût fallu encourager, galvaniser, devenait méfiante et s'éloignait.[846]

Les sanatoriums français, privés ou populaires, excepté ceux d'Angicourt, de Hauteville et de Sainte-Feyre, étaient donc bien modestes en regard des réalisations allemandes et suisses. André Honnorat déplorait d'ailleurs, en 1917, la stabilité du nombre de lits de sanatoriums au cours des quinze années précédentes. Comme le relevait Calmette en 1901, la France ne pouvait adopter le modèle allemand tant qu'elle ne bénéficiait pas d'un mode de financement comparable aux caisses d'assurances d'outre-Rhin[847]. En dépit des ces résultats mitigés, le débat théorique avait été intense et le sanatorium s'était imposé dans le discours médical bien avant 1914. Nous terminerons ce chapitre sur le regard rétrospectif d'un médecin des années trente sur cette époque et sur l'architecture des sanatoriums en 1900. Particulièrement intéressé par la question de l'aménagement des sanatoriums auquel il consacra sa thèse de médecine, Martin Rideau jugeait, en 1932, « la physionomie du sanatorium vers 1900, [...] un peu vieillotte et sans charme dans ses complications simplistes ». Il continuait ainsi :

Compliquée et trop sombre avec ses cuirs repoussés et ses fenêtres dont on n'ouvre qu'un morceau sur huit, triste, oui, cette véranda si simplement conçue, mais dont il a fallu que les poteaux de fer si nus qui la soutiennent tendent à s'enjoliver tout en haut en émettant quelques torsades et évoquer ainsi peut-être plus que ceux d'un préau d'école, ceux qui tiennent les galeries ou les verrières d'un casino ou d'un morne Kursaal dans l'esprit de ceux que, pour les distraire, on a voulu rangés, et bien près les uns des autres, en arc de cercle autour de cette terrasse qu'ils contemplent comme une scène vide, mélancolique comme un cimetière où resteraient trop de place ; ce parc semé de petits kiosques dont les moulures et les découpures sembleraient tant inutiles si elles ne recueillaient un peu la poussière. Comme ils doivent grincer lugubrement ces pavillons qui tournent, et que n'est-on allé reprendre dans le passé la vieille escarpolette qu'on prônait jadis tant aux éthisiques, à seule fin de compléter le bizarre décor de jouets pour grandes personnes malades. Mon jugement peut sembler excessif, surtout à ceux qui ont connu cette époque et ont admiré son effort : c'est la seule impression que peut donner, il me semble, de parcourir les photographies des grands sanatoriums d'alors – pas tous, évidemment, mais les plus beaux, ceux que l'on vante. En visitant ceux d'aujourd'hui, en feuilletant même les albums qui nous les montrent, et si laids et si imparfaits qu'ils puissent être, l'impression n'est en rien la même.[848]

[846] Guinon 1919, p. 122.
[847] Calmette 1901, p. 577.
[848] Rideau 1932, p. 31.

CHAPITRE II

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX FRANÇAIS, UNE CRÉATION DE LA GRANDE GUERRE (1915-1939)

Introduction

Après avoir analysé en détail les fondements scientifiques et architecturaux du sanatorium au XIX^e^ siècle et durant les premières années du XX^e^ siècle, le deuxième chapitre s'intéressera aux conditions de mise en place de l'équipement sanatorial français dans le contexte politique et sanitaire de la Première Guerre Mondiale et à son essor dans les années vingt et trente. La première partie concerne les structures sanitaires provisoires créées entre 1915 et 1918 pour les militaires tuberculeux. Notre ambition n'était pas ici de réaliser une étude exhaustive de ces formations militaires et nous avons cherché à restituer le contexte et les conditions d'aménagements de ces établissements à partir des structures que nous avons pu documenter dans les archives départementales (notamment les stations sanitaires de Pignelin, Clavières, Montfaucon, Monbran et Saint-Jodard). Ces informations ont été complétées par les documents parlementaires publiés au Journal officiel entre 1917 et 1920, notamment le rapport d'André Honnorat en juin 1917[849]. L'étude des hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre (1916) est plus succincte car la plupart de ces formations ont été fermées dès la fin de la guerre ; elles n'ont donc pas été concernées par les travaux de remise en état réalisés au début des années vingt.

Les parties 2.2. et 2.3. concernent les premières créations *ex nihilo* suscitées pendant la guerre, le processus législatif qui aboutira au vote de la loi sur les sanatoriums en 1919 et les conditions d'application de la loi prévues dans le décret de 1920. Outre les références apportées par les historiens Pierre Guillaume (*Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e^ et XX^e^ siècles*, 1986), Dominique Dessertine et Olivier Faure (*Combattre la tuberculose*, 1988), notre principale source a été le Journal officiel de la République française dans sa partie officielle (textes légaux) mais aussi ses annexes (propositions de lois, questions au gouvernement, rapports des commissions, etc.) concernant l'Assemblée nationale et le Sénat. La thèse de médecine soutenue en 1936 par Marie-Eugénie Fournier : *Le tuberculeux, le médecin et le législateur*, nous a donné un éclairage supplémentaire sur les implications réglementaires de la lutte contre la tuberculose dans les années vingt et au début des années trente. Ces sources imprimées ont été complétées par les documents trouvés dans les archives départementales (rapports des conseils généraux et des médecins, courriers avec les ministères, projets de stations sanitaires et de sanatoriums, etc.) mais aussi dans les revues médicales qui font régulièrement état des avancées en la matière (*La Presse médicale, Paris médical, Revue de la tuberculose, Bulletin du C.N.D.T.*, etc.).

Les parties 2.4. et 2.5. s'intéressent à l'immédiat après-guerre, au développement – timide – du programme sanatorial français dans les années vingt et jusqu'au boom du début des années trente. Les aléas politiques et économiques du programme sanatorial français durant ces années ont été restitués à partir des documents administratifs conservés dans les archives départementales. Afin de rendre plus palpable le contexte dans lequel ont été réalisés les édifices dont parlerons plus en détails dans le dernier chapitre, nous avons consacré de longues pages aux différentes stratégies adoptées par les administrations départementales pour se conformer aux exigences de prise en charge des tuberculeux. Il n'est pas possible, en effet, d'appréhender la question sanatoriale dans l'entre-deux-guerres en France sans revenir sur les mécanismes administratifs et financiers a l'œuvre, les volontés politiques ou l'activisme de certains médecins engagés. Dans la dernière partie, nous avons tenté une analyse statistique de la production sanatoriale de l'entre-deux-guerres à partir des données officielles recueillies dans les revues médicales ou mentionnées dans le *Journal officiel*. Ce chapitre permet de suivre, de façon diachronique, les conditions de l'essor du mouvement sanatorial français après la Première Guerre Mondiale et ses principales manifestations. Il s'attache relativement peu à l'architecture, proprement parler, des établissements à qui sera au cœur des chapitres 3 et 4.

[849] J.O. 26 juillet 1917.

2.1. Les établissements pour militaires tuberculeux (1915-1919).

2.1.1. Les stations sanitaires du ministère de l'intérieur (1915).

La France entra en guerre à la fin de l'été 1914 sans avoir eu le temps de s'y préparer. La mobilisation des troupes se fit précipitamment, dans des conditions qui ne permirent qu'un examen sommaire de l'état de santé des soldats. Contrairement à la mobilisation plus tardive et mieux coordonnée effectuée en Angleterre, en Italie ou aux Etats-Unis entre 1915 et 1917, la mobilisation immédiate décrétée par la France ne permit pas d'écarter les sujets affaiblis, malades ou contagieux : l'armée française devait parer au plus pressé et opposer aux troupes allemandes, dont l'avancée était foudroyante, les plus importants contingents. Les soldats rejoignirent ainsi leur régiment « indistinctement, tels qu'ils figur[aient] sur les listes de recrutement »[850]. L'état de santé des troupes ne souciait pas encore l'état major et la réforme des tuberculeux ne sera envisagée que bien plus tard, lorsque les autorités réaliseront les risques qu'ils faisaient courir à leurs camarades. Du fait de l'intensité des combats et de la détérioration rapide des conditions de vie sur le front comme à l'arrière, le nombre des soldats réformés pour tuberculose augmenta dans des proportions inquiétantes dès le début de l'année 1915. Ils étaient près de 90.000 le 31 octobre 1917. Au manque d'organisation initiale s'ajouta, dès les premiers mois de la guerre, l'impérieuse nécessité de soutenir l'effort de mobilisation et de renouveler les troupes qui s'épuisaient en première ligne : de nombreux soldats jugés initialement inaptes au combat et réformés (notamment pour tuberculose) furent ainsi rappelés dans l'urgence et, selon André Honnorat* (1868-1950), l'armée avait réintégré « presque autant de tuberculeux qu'elle en [avait] élimin[é] »[851]. « La France, en 1914, n'avait pas le droit de s'attarder à ces précautions »[852], ajoutait-il, et les enjeux de santé publique et de prophylaxie semblaient bien dérisoires face au péril allemand.

Dressant, dès 1917, un bilan sanitaire des trois premières années de la guerre, Honnorat ne pouvait exprimer de regrets sur la mobilisation sans distinction de 1914 et 1915[853] : la guerre faisait rage et l'effort humain devait être soutenu. Mais devant la progression de la maladie parmi les militaires, il devenait clair que l'application de mesures préventives aurait permis d'éviter une situation sanitaire dont les conséquences devenaient préoccupantes. La dette contractée envers ces soldats tuberculeux combattant malgré la maladie qui les consumait – ces « blessés du poumon » selon l'expression de Landouzy – pèsera de tout son poids lorsqu'il faudra envisager leur prise en charge à la fin de la guerre.

Dès 1915, l'état sanitaire des troupes apparaissait déplorable. Il était loin d'être satisfaisant chez les populations civiles. Constatée par les autorités sanitaires, l'augmentation de l'incidence de la tuberculose était une conséquence incontestable de la faiblesse et la désorganisation du système sanitaire français, hérité des « vieilles habitudes d'insouciance ou d'économie » qui n'avaient réussi, avant la guerre, qu'à paralyser toute tentative de rationalisation de la lutte contre la maladie. La Première Guerre Mondiale fut vécue comme une expérience commune, partagée – à des degrés divers – par les militaires et les civils. Elle permit une sorte de mutualisation des souffrances et des efforts et renforça les liens entre des populations ou des catégories sociales qui, jusque là, s'ignoraient. « En mettant ces grands problèmes au premier plan des préoccupations générales, résumait Honnorat, la guerre rendit plus tangible et plus concrète la solidarité qui unit tous les membres d'une même collectivité et fait que chacun d'eux ressent le contrecoup des évènements heureux ou malheureux qui arrivent aux autres »[854]. Si la lutte contre la tuberculose et l'assistance aux malades ne concernait jusqu'alors que les tuberculeux et leurs proches, le sort des militaires tuberculeux devint, en 1915, une préoccupation de la nation tout entière.

---

[850] J.O. 20 juillet 1917, p. 698.
[851] *Idem*, p. 699. S'agissant de l'envoi de nombreux tuberculeux sur le front, Honnorat relevait que, paradoxalement, cela put être profitable à certains d'entre eux : « [...] ces sacrifices ont eu pour compensation un développement notable des forces physiques de nombre de tuberculeux légers ou pré-tuberculeux qui, sous l'influence heureuse de la vie au grand air, se sont petit à petit améliorés ».
[852] *Idem*, p. 698.
[853] « Si elle n'avait pas fait cet effort dans les conditions où elle l'a fait, il y a belle heure que le monde serait sous la domination du militarisme prussien », *ibidem*.
[854] *Idem*, p. 699.

Dès les premiers mois de la guerre, le service de santé des armées se vit dans l'obligation de refuser l'accès des hôpitaux aux militaires tuberculeux qui affluaient en trop grand nombre et dont l'hospitalisation n'aurait fait qu'accentuer l'engorgement des services. La priorité fut logiquement donnée aux blessés dont pronostic vital dépendait d'une prise en charge médicale ou chirurgicale. Les tuberculeux trop affaiblis pour combattre et ceux devenus ouvertement contagieux furent ainsi fréquemment renvoyés dans leur famille sans que le service militaire de santé se préoccupât de l'évolution de leur maladie, ni des risques de contagion qu'ils faisaient courir à leur entourage. Communiqué le 5 mars 1915 à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, le rapport du professeur Landouzy sur la guerre et la réforme des militaires tuberculeux fut l'une des premières prise de position en leur faveur et fut, selon Guinard, « le point de départ des organisations de défense » de l'après-guerre[855]. L'initiative de la création d'établissements destinés spécifiquement aux tuberculeux exclus des services de santé revint toutefois au directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur, Jules Brisac, qui déposa à l'Assemblée nationale, le 25 mars 1915, avec l'appui du député de la Loire, André Honnorat, une proposition de résolution visant à améliorer le sort des soldats tuberculeux. Ce texte devait sans doute beaucoup à la proposition de loi sur la tuberculose dans l'armée et à l'amendement concernant le recrutement des militaires déposés par Honnorat le 22 janvier 1914, quelques mois seulement avant le début de la guerre. Cet amendement prévoyait notamment « l'obligation de ne renvoyer les militaires réformés pour tuberculose pulmonaire, dans leurs foyers, qu'après avoir assuré leur éducation antituberculeuse, afin d'éviter la contamination des proches, et, en premier lieu, celle des enfants »[856]. La proposition d'Honnorat – ajournée en raison de la guerre – s'avérait particulièrement opportune dans les circonstances de 1915. Reformulée le 25 mars 1915 avec toute l'ambition exigée par la situation, cette résolution fut débattue au parlement le 2 avril 1915 et fut rapidement suivie d'effets : le 10 avril 1915, le ministre de l'intérieur, Louis Malvy (1875-1949), envoya une circulaire aux préfets de tous les départements français les invitant à rechercher, « de concert avec le département de la guerre, les mesures les plus propres à assurer une assistance efficace aux militaires tuberculeux avant leur envoi dans leur foyer »[857]. Vingt-trois départements répondirent sans délai à cet appel et proposèrent de mettre immédiatement à disposition de l'Etat des bâtiments pouvant être affectés au traitement des militaires tuberculeux. Fort de cet appui, le parlement vota le 18 octobre 1915 la loi sur « l'assistance aux militaires tuberculeux réformés au en instance de réforme » qui assurait la création de « stations sanitaires » placées sous la tutelle du ministère de l'intérieur[858]. La décision de l'Etat de solliciter les administrations départementales procédait d'une volonté de répartir, administrativement et financièrement, les charges liées à la guerre. L'Etat avait un double avantage à solliciter les départements : non seulement les administrations départementales disposaient d'un patrimoine bâti qui n'avait, jusque là, pas été investi dans l'effort de guerre, mais surtout les soldats en instance de réforme avaient intérêt à être hospitalisés près de chez eux afin de bénéficier du soutien de leurs proches. Réciproquement, les départements qui avaient répondu à l'appel du ministère souhaitaient contribuer, à leur niveau, à la prise en charge hospitalière des militaires réformés pour tuberculose. Envisagées comme une interface administrative, médicale et prophylactique entre le service dans l'armée et le retour à la vie civile, ces « stations sanitaires » constituaient un échelon local dans la prise en charge des militaires tuberculeux. Situées à mi-chemin entre l'hôpital et le sanatorium, ces stations sanitaires correspondaient, *de facto*, aux « sanatoriums de fortune » dont le médecin Raoul Brunon (1854-1929) avait préconisé la création dès 1901, ce que l'intéressé ne manqua pas de relever[859]. La loi du 18 octobre 1915 mit à disposition du ministère de l'intérieur un budget initial de deux millions de francs pour installer, dans les plus brefs délais, les premières stations sanitaires

[855] Guinard 1925, p. 385.
[856] Viborel 1950, p. 24.
[857] Circulaire du 10 avril 1915, citée par Dessertine & Faure 1988, p. 28.
[858] La résolution de la chambre du 2 avril 1915 invita le gouvernement à agir et à promulguer la loi du 18 octobre 1915. Le crédit initial de deux millions de francs fut porté à 3.750.000 francs en 1916 et à 5.550.000 francs en 1917 (J.O. 20 juillet 1917, p. 700). Voir le rapport de Lorimy, n°830, du 1er avril 1915 ; l'amendement de Honnorat du 4 juin 1915 et le rapport de Bouffandeau, n°1032, du 24 juin 1915.
[859] Brunon 1920, p. 127.

pour militaires tuberculeux. Les conditions de création de ces structures provisoire furent précisées ensuite dans plusieurs circulaires relatives au triage, à l'éducation et à l'isolement des malades[860].

Les stations sanitaires devaient assurer la prise en charge des militaires réformés pour tuberculose : ceux rendus à la vie civile, ainsi que des militaires dits « en instance de réforme »[861] et relevant encore de l'autorité militaire. Qu'ils soient réformés ou en instance de réforme, les malades orientés vers les stations sanitaires devaient avant tout être « justiciables »[862] de la cure sanatoriale pour bénéficier d'un placement. Avant transformation, les bâtiments proposés au ministère de l'intérieur par les conseils généraux faisaient l'objet d'une inspection du préfet, de l'architecte départemental et du médecin-chef du service militaire de santé afin de vérifier leur compatibilité avec l'usage sanitaire que l'on souhaitait en faire[863]. La création de chaque station était ensuite officialisée par une convention chargée de définir les rôles respectifs de l'Etat – représenté par le ministre de l'intérieur – et des départements concernés. Cette convention était établie entre les deux parties sans autre limite de durée que « la fin du sixième mois qui suivra la cessation des hostilités »[864]. Le département signataire d'une convention de mise à disposition s'engageait à réaliser tous les travaux d'aménagement nécessaires au bon fonctionnement de la station ainsi qu'à l'achat du mobilier et des accessoires spécifiques au traitement des tuberculeux. Si les départements assuraient la maîtrise d'ouvrage des travaux pour le compte du ministère, ce dernier s'engageait à les financer intégralement, après approbation des devis. L'administration départementale devait également assumer le fonctionnement de l'établissement ; en contrepartie, l'Etat réglait un prix de journée pour chaque malade couvrant leurs frais d'hospitalisation. Il était versé par le ministère de la guerre dans le cas des militaires en instance de réforme (dépendant de l'autorité militaire) et par le ministère de l'intérieur dans le cas des militaires réformés pour tuberculose (rendus à la vie civile). Le personnel médical des stations sanitaires était fourni par le ministère de la guerre qui gardait ainsi toute autorité médicale et disciplinaire sur les malades. Le corps médical se composait généralement d'un médecin militaire (faisant office de médecin-directeur) et d'un sous-officier gestionnaire (faisant office d'économe) ; le personnel soignant comprenait une infirmière-major, une ou deux infirmière(s) civile(s) et des infirmiers militaires dont le nombre variait selon l'importance de l'établissement. Ce personnel médical était à la charge de l'Etat. Un « service des stations sanitaires » fut créé au ministère de l'intérieur pour assurer la gestion de ces nouveaux établissements. Ce service examinait la pertinence des travaux envisagés, étudiait les devis soumis par les départements et veillait à l'emploi parcimonieux des fonds ministériels. Il avait également un rôle de coordination et transmettait aux départements et au personnel médical les instructions nécessaires au bon fonctionnement des établissements : règlement intérieur, conditions d'admission des malades, etc. Il devait enfin évaluer l'organisation et le fonctionnement des stations sanitaires et visitait pour cela périodiquement les établissements[865].

Considérées comme des « sanatoriums de fortune », les stations sanitaires assurèrent, dès 1915, la prise en charge des militaires tuberculeux. Leur vocation était également prophylactique et, selon les recommandations d'André Honnorat, les militaires y étaient instruits des règles élémentaires d'hygiène avant de réintégrer leur foyer. Le ministère de l'intérieur n'envisageait pas d'appliquer strictement la méthode sanatoriale dans les stations sanitaires : faiblement équipées et ne pouvant hospitaliser que brièvement les malades, ces structures provisoires ne pouvaient être assimilées à de véritables sanatoriums de cure. L'application rigoureuse de la méthode hygiéno-diététique concernant les militaires tuberculeux paraissait alors irréalisable. La tâche confiée aux stations sanitaires consistait plutôt à limiter les risques de

[860] Tognet, *La législation antituberculeuse pendant la guerre*, thèse de médecine, Lyon, 1920 ; cité par Mouisset 1920, p. 315.
[861] Suite à l'augmentation du nombre de stations sanitaires et au désengagement progressif des premières stations, la circulaire du 23 avril 1917 les autorisa à admettre les rapatriés tuberculeux civils sans antécédents militaires. J.O. 20 juillet 1917, p. 709.
[862] La formule « justiciable de la cure sanatoriale / justiciable du sanatorium » était alors systématiquement employée pour signifier qu'un malade relevait d'un traitement spécifique. Cette expression insistait sur l'adéquation parfaite entre l'état de santé du malade et la cure sanatoriale dont il pouvait bénéficier.
[863] Chaumont 1977, p. 30.
[864] La convention du 11 nov.1916 entre le ministre de l'intérieur et le préfet du Puy-de-Dôme officialisait la mise à disposition du domaine des Roches « pour être affectée à l'hospitalisation des militaires réformés ou en instance de réforme ». A.D. du Puy-de-Dôme, N665.
[865] Chaumont 1977, p. 38.

contagion en instruisant les malades sur les règles d'hygiène à adopter. Dans le meilleur des cas, les malades pouvaient espérer une stabilisation de leur état de santé lors d'un séjour en station sanitaire dont la durée ne pouvait excéder trois mois. Les stations sanitaires étaient ainsi conçues comme des « maisons d'éducation hygiénique plutôt que comme des établissements de cure » [866]. Le ministère de la guerre voyait sans doute d'un mauvais œil l'hospitalisation de militaires et d'anciens militaires dans des structures sanitaires civiles : tant pour une question d'image – l'armée semblait se désintéresser des soldats rentrés tuberculeux du front – que pour une question de discipline et de sécurité militaire. L'envoi dans les stations sanitaires d'un personnel médical attaché au service des armées – médecins et infirmiers – ne résolvait que partiellement ce problème ; nous verrons que la création, sous tutelle militaire, en 1916, d'hôpitaux sanitaires, s'apparentait à une reprise en main de la gestion des soldats tuberculeux par le service de santé des armées. En 1915 toutefois, le caractère mixte des stations sanitaires – établissements civils disposant d'un personnel militaire – constituait une transition acceptable entre le statut militaire des malades et leur réforme pour cause de tuberculose.

Dans l'esprit des autorités, les stations sanitaires constituaient le passage obligé de tout militaire tuberculeux avant sa réforme effective et son renvoi à la vie civile. Avant leur création, les anciens militaires tuberculeux préféraient rejoindre leur domicile dès leur réforme actée, contribuant ainsi à propager la maladie dans leur entourage. Pour limiter ces risques, le ministère de la guerre modifia la réglementation touchant à la réforme des tuberculeux et institua une période transitoire de trois mois pendant laquelle ces soldats, désormais placés « en instance de réforme », devaient être envoyés dans les stations sanitaires nouvellement créées. Cette période de trois mois coïncidait avec la durée du traitement admis dans les stations sanitaires. Après leur réforme, les anciens militaires tuberculeux étaient libres de demander la prolongation de leur séjour dans une station pour parfaire leur éducation sanitaire ou améliorer leur état de santé, cette prolongation étant conditionnée par l'avis favorable du médecin-directeur. « La station sanitaire, précisait toutefois le ministre de l'intérieur, ne saurait constituer une simple hôtellerie ainsi que le conçoivent certains malades préoccupés, non de recevoir des soins appropriés à leur état de santé mais de faire des villégiatures de quelques jours ou semaines dans des régions variées. »[867] D'un point de vue médical, le maintien en station sanitaire concernait exclusivement les « tuberculeux curables ou améliorables et, parmi eux, ceux pour lesquels le renvoi immédiat dans leur foyer entraînerait le plus d'inconvénients »[868] ; cela excluait notamment les malades qui pouvaient faire les frais de soins à domicile. Les malades sortis améliorés d'un hôpital général, de même que les « pré-tuberculeux » légèrement atteints, étaient également justiciables du séjour en station sanitaire.

Malgré la rapidité d'instauration de ce dispositif, le ministère de l'intérieur ne disposait, à la fin de l'année 1915, que d'un peu plus de 1.000 lits répartis dans sept stations sanitaires ; le nombre des candidats à la réforme augmentait sans cesse et il était exclu de prolonger le séjour des malades au-delà des trois mois réglementaires. L'année 1916 vit l'ouverture d'une quinzaine de nouvelles stations et le désengorgement progressif des services permit aux autorités d'envisager une utilisation plus directement thérapeutique de ces nouvelles structures. Dans la pratique, les conditions de séjour étaient relativement souples et il semble que beaucoup de malades purent obtenir un prolongement[869]. En 1918, les stations sanitaires étaient au nombre de 41, totalisant 3.330 lits. André Honnorat estimait alors que « sans cesser d'être au premier chef des établissements d'éducation, [les stations sanitaires] se rapprochent de plus en plus [...] du type de sanatorium que nous voudrions voir se répandre chez nous après la guerre »[870]. De fait, les meilleurs

[866] J.O. 20 juillet 1917, p. 707.
[867] Cité par Chaumont 1977, p. 33.
[868] J.O. 20 juillet 1917, p. 707.
[869] La durée du séjour pouvait être prolongée si le malade n'était pas transportable ou si « le bénéfice déjà acquis [...] donn[ait] à penser qu'une prolongation amèner[ait] une guérison ou une amélioration notable ». Dans la station sanitaire de Clavières, en Mayenne, « beaucoup de malades demandèrent et obtinrent de prolonger leur séjour [...] bien après leur passage devant la commission de réforme, pour y consolider les résultats obtenus ». Cette durée pouvait être écourtée si le malade justifiait de moyens suffisants pour se soigner à domicile et s'il en faisait la demande, ainsi qu'en en cas d'encombrement de la station ou d'indiscipline grave. Conscients de leur état et faute de pouvoir entrer dans un sanatorium de cure, de nombreux malades voyaient dans ces stations leur seule chance de salut. Un malade put ainsi rester près de deux ans dans la station sanitaire de Clavières. Chaumont 1977, p. 32-33.
[870] J.O. 20 juillet 1917, p. 707.

spécialistes français en matière de cure sanatoriale avaient été sollicités pour parfaire l'organisation et l'équipement des stations sanitaires : Guinard, médecin-directeur des sanatoriums de Bligny et Küss, médecin-directeur du sanatorium d'Angicourt, avaient ainsi élaboré pour la commission permanente de préservation contre la tuberculose un programme d'installation et d'organisation matérielle en vue d'assurer l'éducation antituberculeuse, la prophylaxie et le traitement des malades soignés dans les stations sanitaires[871]. Ils insistaient notamment sur les mesures d'hygiène et de désinfection, estimant, par exemple, que les galeries de cure pouvaient être aménagées à peu de frais dans des bâtiments existants. Un règlement intérieur type, fourni par le ministère de l'intérieur aux stations sanitaires, imposait aux malades la pratique des cures d'air et de repos et précisait les règles d'alimentation, de discipline et d'hygiène[872]. Au-delà des mesures d'hygiène générale, l'« éducation prophylactique » des malades devait éviter la dissémination des bacilles en leur apprenantà entretenir leurs accessoires de cure, à utiliser un crachoir et à le désinfecter.

Malgré les efforts réalisés par le ministère de l'intérieur, les premiers mois de fonctionnement de certaines stations sanitaires ne permirent pas d'atteindre les exigences formulées par les médecins. Lors d'une visite d'inspection de la station sanitaire de Clavières, le 26 janvier 1917, le médecin Léon Bernard* (1872-1934) fut accueilli par un « concert de plaintes et de réclamations des malades »[873] motivé par l'état déplorable des installations. Les premiers dysfonctionnements furent peu à peu corrigés et, dès l'automne 1916, plus de vingt stations étaient en activité, disposant pour la plupart de l'équipement nécessaire au traitement des malades. La station sanitaire de Saint-Jodard (Loire), de loin la plus importante de toutes avec 350 lits, faisait office de modèle parmi ces réalisations : Honnorat y voyait un véritable « sanatorium populaire type » dont « la perfection des installations de salubrité et de cure, dépouillées de tout luxe, peut rivaliser avec les maisons les plus réputées à l'étranger »[874]. Le bénéfice thérapeutique que les militaires tuberculeux pouvaient espérer tirer de leur séjour dépendait tant des conditions matérielles de la cure que de la rigueur avec laquelle elle était conduite. « Une station sanitaire sans discipline ne peut donner ni résultat thérapeutique, ni résultat éducatif »[875], assuraient ses partisans. L'emploi du temps des malades fit l'objet de recommandations de Guinard qui transposa celui en vigueur dans les sanatoriums de Bligny : 7h45, lever ; 8h15, petit-déjeuner ; 8h30-9h30, promenade ; 9h30-11h30, cure de repos ; 11h30-12h15, promenade ; 12h15, déjeuner suivi de promenade ; 14h-16h, cure de repos ; 16h, goûter, promenade ; 17h30-18h30, cure de repos ; 18h45, dîner, 20h-21h, cure de repos ; 21h, coucher[876]. Les créateurs de ces « sanatoriums de fortune » souhaitaient ainsi compenser leurs conditions précaires d'installation par un régime intérieur comparable à celui des sanatoriums de cure. Ces recommandations concernaient aussi bien les conditions d'admission des malades que leurs obligations quotidiennes en matière de cure, les repas et l'hygiène individuelle autant que collective. Comme dans les sanatoriums, les fenêtres des chambres étaient maintenues constamment ouvertes : il fallait que « chaque malade [arrive] progressivement à s'accoutumer à une aération permanente, même pendant la nuit »[877]. Complément indispensable à la cure, les promenades étaient la partie du traitement hygiéno-diététique la plus délicate à mettre en œuvre dans la mesure où, contrairement aux sanatoriums établis, les stations sanitaires disposaient rarement d'un parc aménagé pour la promenade. Il n'était pas non plus question de laisser les malades se promener en dehors de ces établissements souvent situés dans le voisinage de zones habitées, voire au cœur d'un village, telles les stations de Montfaucon, Saint-Jodard ou Monbran. La station de Clavières, au contraire, était si éloignée de tout centre urbain que son approvisionnement en était fortement renchéri et le transport des malades, depuis la gare la plus proche, rendu difficile.

En posant les premiers jalons d'une prise en charge des tuberculeux à l'échelon départemental, les stations sanitaires anticipaient le dispositif qui sera institutionnalisé avec la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums. Confronté au problème de l'hospitalisation massive des militaires tuberculeux et conscient de

[871] *Idem*, p. 708.
[872] Chaumont 1977, p. 34.
[873] *Idem*, p. 35.
[874] J.O. 20 juillet 1917, p. 708.
[875] *Ibidem.*
[876] *Idem*, p. 710.
[877] *Ibidem.*

sa capacité limitée à gérer directement la crise sanitaire, l'Etat s'en remit au bon vouloir des conseils généraux, mieux à même de trouver les équipements pouvant servir de sanatoriums de fortune et d'en assurer la gestion quotidienne. La sollicitation des départements permettait également de mettre à contribution tous les territoires français, notamment ceux éloignés des zones de combat, plutôt que de masser les structures hospitalières à l'arrière du front dans des zones déjà fortement sinistrées. La décentralisation du traitement des militaires tuberculeux assurait donc une meilleure répartition des malades. Issus de toutes les régions de France, ces derniers acceptaient d'ailleurs plus facilement de se faire soigner à proximité de chez eux. Cet argument, nous le verrons, sera fréquemment utilisé par les collectivités locales lorsqu'elles souhaiteront se doter de sanatoriums de cure à la fin de la guerre. Le recrutement local des militaires fut effectivement encouragé dès la création des stations sanitaires : celle de Clavières (Mayenne), par exemple, était réservée en priorité aux militaires « originaires de la Mayenne ou de départements voisins ne possédant pas de station sanitaire », ce qui était le cas de tous les départements limitrophes. L'effort réalisé par les collectivités locales était compensé par l'aide financière de l'Etat qui prenait à sa charge tous les travaux d'aménagement ainsi que l'achat du matériel nécessaire à l'installation des stations. L'Etat conservait toutefois la tutelle des stations sanitaires par l'intermédiaire d'une convention lui assurant l'entière jouissance des bâtiments et de l'équipe médicale dépêchée sur place par le ministère de la guerre. Nous verrons que la constitution, après guerre, des sanatoriums publics sera en grande partie réalisée au moyen du simple transfert de cette tutelle administrative et financière aux conseils généraux.

L'organisation interne des stations sanitaires anticipait également celle qui sera adoptée en 1919 pour les sanatoriums : sur le modèle des médecins de sanatoriums, les médecins militaires placés à leur tête étaient de véritables médecins-directeurs, secondés, il est vrai, par des sous-officiers gestionnaires en charge de la direction administrative. Enfin, le programme thérapeutique des stations sanitaires était globalement calqué sur celui des sanatoriums existant avant la guerre : le repos et l'éducation hygiénique étaient au cœur du traitement. La place des stations sanitaires dans les structures hospitalières provisoires fut renforcée, dès 1916, par la création des hôpitaux sanitaires, des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse et des comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. A partir de cette date, les hôpitaux sanitaires assurèrent la répartition des malades dans les différents établissements et l'hospitalisation des cas graves. Les stations sanitaires n'accueillirent plus alors que les malades curables. Les dispensaires étendirent l'éducation prophylactique aux malades civils et à leur entourage tandis que les comités d'assistance assuraient le suivi des anciens militaires tuberculeux à leur sortie des stations et hôpitaux sanitaires. En 1916, les premières structures autonomes et coordonnées de lutte contre la tuberculose étaient donc en place.

Dès leur création, en avril 1915, les stations sanitaires avaient été pressenties pour constituer l'amorce d'un futur armement antituberculeux national. Si les conditions effectives de leur transformation ne furent légalement envisagées qu'à partir de mars 1917 dans le projet de loi présenté par les députés Honnorat et Merlin, l'Etat se préoccupa dès 1916 de pérenniser les investissements qu'il consentait pour leur aménagement. Le rapport présenté en août 1916 par le préfet de la Mayenne au conseil général est explicite sur les intentions de l'Etat : aménagée dans des conditions précaires, la station sanitaire de Clavières avait bénéficié, en quelques mois, d'améliorations importantes financées par l'Etat. Ce dernier, représenté par le préfet, souhaitait donc garantir la pérennité de ses investissements en s'assurant du maintien de l'activité sanatoriale dans l'établissement à la fin de la guerre. L'Etat n'ayant pas vocation à gérer directement des établissements médicaux, il se tourna naturellement vers le département, propriétaire du bâtiment :

> *De nombreux travaux,* rappelait le préfet de la Mayenne, *ont été exécutés aux frais de l'Etat ; mais avant d'en entreprendre de nouveaux, il serait intéressant de savoir dès maintenant si le conseil général entend après guerre utiliser cet immeuble pour un service d'assistance. [...] En un mot, l'Etat est tout disposé à donner à la station sanitaire tout le développement qu'elle comporte, l'aménagement peut être différent suivant qu'il s'agira d'une installation provisoire ou définitive [...]. Après la disparition de cette station [...] le*

département rentrera en possession [...] d'un immeuble spécialement aménagé et tout prêt à servir d'amorce à un sanatorium départemental [...] pour les tuberculeux de la Mayenne.[878]

Le préfet proposa ensuite au conseil général de « conserver à l'immeuble de Clavières son affectation actuelle et d'en faire une station sanitaire pour les tuberculeux civils [...]. La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, ajoutait-t-il, jouerait [...] en ce sens que toutes les communes du département seraient rattachées à la station de Clavières [...] »[879]. Le conseil général restait libre de son choix mais, dans le cas où il serait « conforme à ces propositions, l'Etat pourra continuer à aménager d'une façon complète l'immeuble de Clavières, ayant l'assurance que les dépenses auront été faites en vue d'une installation définitive »[880]. La Mayenne, nous le verrons, comptera parmi les départements les plus réticent à l'idée de prendre en charge, dans un sanatorium public, la gestion d'une station sanitaire, pour des raisons essentiellement budgétaires. D'autres départements, moins ruraux et mieux dotés financièrement, chercheront au contraire à s'équiper sans même attendre les injonctions de l'Etat.

2.1.2. Les conditions d'aménagement des stations sanitaires.

Le tableau présenté àa la page suivante dresse la liste des stations sanitaires créées à partir de 1915 et précise, lorsque cela a été possible, la nature des bâtiments utilisés à cet usage. La vocation des stations sanitaires étant de désengorger les hôpitaux civils et militaires et de prendre en charge les militaires tuberculeux n'ayant nulle part où aller, la priorité du ministère fut de créer le plus grand nombre de lits dans les délais les plus courts quitte à sacrifier, dans un premier temps, au confort, aux conditions de mise en œuvre de la cure hygiéno-diététique, voire à l'hygiène. Les bâtiments mis à la disposition du ministère ne bénéficièrent généralement que d'une remise en état sommaire, parfois réduite à l'application d'un simple badigeon de chaux sur les murs. Excepté les sanatoriums populaires de Pessac (Gironde) et d'Oissel (Seine-Maritime) et ceux, privés, de Bellecombe (Ain), des Pins (Loiret), de Cambo, Trespoey (Pyrénées-Atlantiques) et de Taxil (Var), la totalité des immeubles proposés par les départements au ministère de l'intérieur étaient d'anciens châteaux, séminaires ou asiles de vieillards, dont les dispositions architecturales avaient peu en commun avec celles requises pour l'aménagement d'un sanatorium. Ce n'est donc pas tant la qualité des bâtiments vis-à-vis de la cure hygiéno-diététique qui avaient guidé ces choix que leur disponibilité immédiate. Le ministère de l'intérieur, du reste, ne fut pas très regardant sur leur nature ni leur état et se contenta de prescriptions relatives à « la salubrité de l'installation et du site » et au « caractère familial »[881] des futurs établissements. Ce « caractère familial » était important car il distinguait les maisons de cure (auxquelles se rattachaient les stations sanitaires) des hôpitaux généraux et des pavillons hospitaliers de tuberculeux dont on cherchait à se distinguer le plus possible en raison de leur mauvaise réputation. Les médecins, les premiers, redoutaient que les établissements de tuberculeux se transforment en « casernes » de tuberculeux.

La variété du bâti mis à disposition des militaires tuberculeux était donc le reflet du pragmatisme des administrations. Les médecins tentèrent bien d'augmenter le niveau d'exigence de ces installations de fortunes en multipliant les recommandations, notamment climatiques et hygiéniques, mais leurs exhortations eurent peu d'effet au regard des milliers de malades en attente de placement. Les bâtiments convertis en stations sanitaires appartenaient majoritairement à deux catégories de bâti : d'un côté, les châteaux et maisons de maîtres, de l'autre, les anciens séminaires. Si ces catégories ne forment pas, au final, des « types » de stations sanitaires spécifiques, elles présentent des particularités qui méritent d'être étudiées plus en détails.

[878] Conseil général de la Mayenne, rapport du préfet, 2e session, août 1916. A.D. de la Mayenne, 4 N 179.
[879] *Ibidem.*
[880] *Ibidem.*
[881] Circulaire du ministère de l'intérieur du 21 mars 1916, citée par Dessertine & Faure 1988, p. 28.

Les stations sanitaires françaises (1915-1920)

(en MAJUSCULES les établissements qui accueillaient avant la guerre des tuberculeux, en **gras** ceux construits ex nihilo ou constitués principalement par des extensions, en grisé ceux qui conserveront après la guerre une affectation sanatoriale)[882]

Département-Lieu	Nb de lits	Ouverture	Usage avant la guerre	Usage après la guerre
01 - BELLECOMBE	34	1918	sanatorium (1909)	sanatorium départemental
03 - **Le Montet**	150	?	-	sanatorium départemental
06 - Menton (établ. russe)	67	mars 1916	?	?
06 - Menton (Les Rosiers)	45	mars 1917	?	?
12 - Engayresque	80	1918	?	sanatorium départemental
15 - Le Bégut	100	août 1916	?	incendiée en 1919
17 - Montlieu	62	mai 1916	séminaire	désaffectée après la guerre
19 - Boulou-les-Roses		1918	château	école de rééducation (1920-1926) sanatorium départemental (1927)
24 - Vanxains	25	janvier 1916	?	désaffectée après la guerre
24 - La Meynardie	100	février 1917	château	sanatorium départemental
25 - Villeneuve d'Amont	80	1918	colonie de vacances	sanatorium privé agréé
26 - Porte-les-Valence	80	juin 1916	?	désaffectée après la guerre
27 - Frileuse	75	février 1916	?	désaffectée après la guerre
29 - Huelgoat	60	janvier 1916	?	?
29 - **Plougonven**	200	mai 1920	-	sanatorium départemental
33 - PESSAC	100	novembre 1915	sanatorium (1902)	sanatorium départemental
33 - **Lège**	180	1918	-	sanatorium départemental
36 - Touvent	60	décembre 1915		désaffectée après la guerre
37 - Les Brandelles	40	février 1916	orphelinat	désaffectée après la guerre
38 - **La Membrolle (Bel Air)**		?	-	sanatorium privé assimilé
38 - La Tronche	180	février 1917	asile de vieillards	hôpital-sanatorium
38 - **La Tronche (Taillefer)**	120	1920	-	
38 - **Seyssuel**	250	?	château	sanatorium départemental
41 - LES PINS	150	janvier 1916	sanatorium (1900)	sanatorium privé
42 – Saint-Jodard	350	novembre 1915	séminaire	sanatorium d'Etat puis départemental (1935-1937)
45 - Chapelle-St-Mesmin	60	mai 1916	séminaire	sanatorium départemental
46 - Montfaucon	300	juin 1917	séminaire	sanatorium des PTT (1921)
47 - Monbran	80	septembre 1917	château	sanatorium départemental (1923)
53 - Clavières	120	mars 1916	château appartenant au séminaire de Laval	sanatorium d'Etat (1925) sanatorium départemental (1938)
58 - Pignelin	200	mai 1916	séminaire	sanatorium départemental
63 - Les Roches	75	novembre 1916	château	préventorium départemental
64 - CAMBO	120	novembre 1915	sanatorium	?
64 - TRESPOEY	50	mars 1916	sanatorium (1896)	sanatorium privé
69 - Alix	300	novembre 1915	séminaire	désaffectée après la guerre
69 - **Bayère**			château	sanatorium privé assimilé
71 - Semur-en-Brionnais	80	février 1916	asile de vieillards	désaffectée après la guerre
71 - **La Guiche**	250	1918	-	sanatorium départemental
75 - Maison de cure (?)	26	décembre 1915	?	?
76 - **Canteleu**		1918	-	désaffectée après la guerre
76 - St-Etienne-du-Rouveray	65	décembre 1915	?	désaffectée après la guerre
76 - OISSEL		?	sanatorium (1903)	sanatorium départemental
78 - **Ris-Orangis (cheminot)**		?		sanatorium des cheminots
83 - TAXIL	50	mai 1916	sana. des PTT (1906)	école de rééducation

[882] Tableau réalisé à partir des données fournies par André Honnorat en 1917. J.O. 20 juillet 1917, p. 707.

Les stations sanitaires aménagées dans des châteaux ou maisons de maîtres avaient en commun d'exiguïté de leurs locaux dimensionnés, à l'origine, pour accueillir une petite communauté. La station sanitaire de Clavières fut ouverte en mars 1916 dans une propriété pompeusement dénommée « château » et autrefois utilisée par le séminaire des Frères de Saint-Gabriel à Laval. Séquestrée en 1905 lors de la séparation des Eglises et de l'Etat, elle avait été confiée au département en 1912[883]. Inoccupé depuis dix ans, le bâtiment principal était toutefois en bon état en 1915 mais ne disposait pas de chauffage central, ni d'eau courante ou de raccordement au réseau électrique. Le bâtiment avait été toutefois retenu car il possédait un auvent vitré, placé le long de sa façade sud, qui pouvait être immédiatement utilisé comme galerie de cure (ill. 280). En décembre 1915, l'architecte départemental François Bouvier* prévoyait l'installation de 120 lits dans l'établissement répartis en quatre dortoirs de 17 à 50 lits situés au rez-de-chaussée et au premier étage du bâtiment principal (ill. 278-279). Faute de temps et d'argent pour installer un système de chauffage central, on se contenta de disposer des poêles à charbon au centre des dortoirs[884]. La chapelle fut transformée en réfectoire et l'on aménagea un service médical rudimentaire composé d'un bureau pour le médecin et d'une pharmacie. Lors d'une visite d'inspection, en janvier 1917, Léon Bernard remit un rapport alarmiste sur les conditions d'aménagement de cette station :

> *L'on a omis les installations essentielles,* écrivait-il *[...] : au rez-de-chaussée, il n'y a ni lavabos, ni water-closet et les malades sont obligés de sortir pour se laver ou satisfaire leurs besoins, [...] les W.C. des étages [...] sont déplorablement entretenus du fait du manque d'eau. [...] La vaisselle, le linge, les couvertures sont insuffisantes, les vêtements de corps également, il n'a jamais existé de caleçons, [...] les chaises longues, démolies, traînent partout [...], la literie est détestable. [...] La direction n'a été que le règne de l'anarchie jusqu'à présent [...], il n'y a pas de comptabilité [...] on ne peut même pas savoir le prix de revient de la journée. [...] J'ai constaté moi-même l'absence de toute discipline ; les malades sont abandonnés à eux-mêmes, vont où ils veulent, sortent, fument et témoignent d'un mauvais état d'esprit ; pas d'horaires, pas d'heures de cure, pas d'éducation prophylactique, les malades n'assistent jamais à la désinfection des crachoirs. [...] L'établissement ne possède aucune des instructions du ministère de l'intérieur.*[885]

La reprise en main de l'établissement fut engagée en mars 1917 par le médecin-directeur mais, malgré cela, le manque d'hygiène restait flagrant[886]. Cela n'empêcha pas Honnorat de faire figurer Clavières, en juillet 1917, dans la liste des stations sanitaires « méritant d'être transformés en sanatoriums populaires »[887] ; les stations jugées trop défectueuses pour figurer dans cette liste devaient donc être installées plus mal encore. Autre réalisation significative, la station sanitaire de Monbran (Lot-et-Garonne) fut ouverte en septembre 1917 dans l'ancienne résidence d'été des évêques d'Agen. Ce bâtiment, datant en partie du XV^{e} siècle, était de dimensions modestes et ne permit accueillir que 80 malades répartis en dortoirs de quatre à douze lits (plan 47-01). Un service médical et une infirmerie en complétaient les aménagements[888]. Dans un état des lieux dressé en 1916, l'architecte départemental Lhéritier décrivait un bâtiment en bon état : les travaux intérieurs se limitèrent à la réfection de quelques pièces, les murs furent blanchis à la chaux et les menuiseries défectueuses furent réparées ou remplacées[889]. Les travaux les plus importants concernaient la construction, à l'arrière du bâtiment, d'une cuisine, d'un service de désinfection et d'une buanderie. Les services communs furent installés au rez-de-chaussée de l'ancien château et, malgré l'exiguïté des lieux, l'architecte réussit un aménagement conforme en tous points aux exigences sanitaires[890]. Les dortoirs des malades étaient situés dans les étages et comptaient de quatre à douze lits. Un

[883] La convention fut signée entre le ministère de l'intérieur et la Mayenne le 5 mai 1916. Chaumont 1977, p. 30.
[884] Rapport de l'architecte départemental François Bouvier. A.D. de la Mayenne, 4 N 179.
[885] Cité par Chaumont 1977, p. 35.
[886] La cuisine était notamment assurée par des malades, contrevenant ainsi aux précautions hygiéniques de base.
[887] Chaumont 1977, p. 35.
[888] Aménagement d'un sanatorium dans l'ancien château de Monbran, 11 décembre 1916. A.D. du Lot-et-Garonne, Fonds Lhéritier, 17 J 6.
[889] A.D. du Lot-et-Garonne, Fonds Lhéritier, 17 J 6.
[890] Le réfectoire, par exemple, était placé à proximité de l'entrée principale du bâtiment. En entrant, à leur droite, les malades disposaient d'une longue pièce comprenant une dizaine de lavabos, au-delà desquels étaient placés les W.C. Après s'être lavés les mains, ils accédaient au réfectoire par l'intermédiaire d'un petit vestibule où étaient rangées, dans des casiers individuels, leurs serviettes de table. De la cuisine, on accédait au réfectoire par un autre couloir communiquant avec les sanitaires et l'office.

cabinet médical fut aménagé au premier étage. Une galerie de cure, enfin, fut construite à trente mètres en avant du bâtiment (ill. 266).

Le nombre important d'anciens séminaires (Montlieu, Saint-Jodard, La-Chapelle-Saint-Mesmin, Montfaucon, Pignelin, Alix, pour ne citer que ceux répertorié) ou de domaines appartenant à d'anciens séminaires (Clavières) convertis en stations sanitaires s'explique par la loi de séparation des Eglises et de l'Etat qui, en 1905, fit tomber dans le domaine public une grande quantité des biens immobiliers appartenant au clergé. Pour les conseils généraux, ces bâtiments étaient un poids dont ils ne savaient que faire : le domaine de Clavières était ainsi abandonné depuis 1905 lorsque la Mayenne proposa sa transformation en station sanitaire ; le séminaire de Montfaucon depuis 1907 lorsqu'il fut réquisitionné en 1914 par l'armée. Ces anciens séminaires se prêtaient relativement bien à ce genre d'affectation car ils avaient été conçus pour loger d'importantes communautés et disposaient de surfaces conséquentes principalement constituées de dortoirs, de réfectoires et de salles d'études : autant d'espaces pouvant répondre aux besoins programmatiques des hôpitaux militaires et des stations sanitaires.

L'ancien petit séminaire de Montfaucon-du-Lot (Lot) formait un imposant ensemble constitué d'une cour d'honneur entourée de trois corps de bâtiments et d'une cour arrière carrée, dite cour des Rosiers (ill. 259). Les bâtiments étaient utilisés depuis 1914 comme cantonnement militaire lorsque la décision fut prise d'y aménager une station sanitaire. La chapelle fut démolie dès 1916 pour des raisons que nous ignorons. La salle des fêtes et les chambres de l'aile sud-est furent converties en dortoirs pour les malades et les salles d'études transformées en bureaux. Les logements des médecins furent installés dans les deux pavillons situés à l'extrémité des ailes latérales. Le bâtiment avait de telles dimensions que certains dortoirs restèrent inoccupés pendant quelques temps encore tandis que l'ancien « dortoir des grands », sans doute le mieux exposés, était aménagé en « salle de cure d'air et de repos »[891]. Les surfaces disponibles permirent d'installer plus de 300 lits de malades, tandis que les services (cuisines, réfectoires, lingerie, désinfection, service médical, salles de réunions) étaient répartis au rez-de-chaussée. Les malades étaient logés dans d'immenses dortoirs, contenant parfois 60 lits disposés en trois rangées parallèles.

La situation était assez similaire à Saint-Jodard (Loire), où une station sanitaire fut ouverte dès novembre 1915 dans un ancien séminaire, situé au centre du village. Les vastes bâtiments étaient disposés en de 75 mètres de large sur 115 mètres de long (plan 42-03). La chapelle ne fut pas détruite, comme à Montfaucon, mais transformée en réfectoire, tandis que le rez-de-chaussée et les étages étaient aménagés en dortoirs. Disposant de près de 400 lits, Saint-Jodard devint la plus grande station sanitaire de France. Les vastes volumes disponibles permirent d'aménager des dortoirs de huit à vingt lits et quelques chambres de trois ou quatre lits dont l'exposition, Est-nord-est pour les moins favorables, était tout à fait admissible.

La station sanitaire de Pignelin (Nièvre), près de Nevers, fut également installée dans un ancien séminaire, en mai 1916. Les bâtiments comprenaient trois ailes délimitant une cour ouverte à l'Ouest et flanquées à l'Est d'une vaste chapelle[892] (plan 58-01). L'aménagement comprenait au rez-de-chaussée : un réfectoire, une cuisine, une salle de réunion pour les malades, un service de bains et un service médical ; aux premier et deuxième étages : les dortoirs des malades de quatre à dix lits chacun ainsi que deux grands dortoirs de 26 lits et dix chambres individuelles équipées de lavabos (ill. 288) ; dans les combles : une lingerie, un vestiaire, les chambres du personnel et le dortoir des infirmiers militaires. L'ensemble était assez vaste pour accueillir 200 lits de tuberculeux dans d'assez bonnes conditions. Montfaucon, Saint-Jodard ou Pignelin, étaient loin des stations sanitaires de dimensions « familiales », comme Clavières ou Monbran, aménagées dans des bâtiments qui ressemblaient plus à des maisons de campagne qu'à des hôpitaux. Nous savons peu de choses des stations sanitaires qui n'ont pas conservé d'affectation sanitaire à la fin de la guerre et il nous est difficile d'évaluer le niveau moyen des aménagements réalisés dans ces formations provisoires.

Alors que les hôpitaux parisiens et lyonnais faisaient à la même époque, nous le verrons, un usage assez large des baraquements provisoires pour hospitaliser les militaires tuberculeux, peu de stations

[891] A. Vayssié, *L'histoire du petit séminaire de Montfaucon*, tome 2, Toulouse, 1922.
[892] Station sanitaire de Pignelin, juin 1920. A.D. de la Nièvre, 4 N 106.

sanitaires eurent recourt à ce type d'aménagements. Le seul exemple de baraquement dont nous ayons eu connaissance se trouvait dans la station sanitaire créée au début de l'année 1916 en tant qu'annexe du sanatorium des Pins (Eure-et-Loire)[893], établissement privé ouvert en 1900 par le médecin Raymond Hervé* (1864-1937, ill. 248-249). Sur les 150 lits prévus pour les militaires, 54 furent installés dans le sanatorium existant et 96 dans des baraquements provisoires, répartis en deux sections distinctes[894]. Comme avec les départements, le ministère de l'intérieur délégua l'aménagement des bâtiments au propriétaire des bâtiments : Hervé reçut pour cela une somme forfaitaire. La première section provisoire fut installée à l'arrière du sanatorium dans un grand baraquement de 42 mètres de long. A ce dortoir fut accolé un second baraquement, plus petit, accueillant un réfectoire, des sanitaires et les logements des infirmières. Joints en un angle obtus, les deux bâtiments en panneaux de bois démontables étaient précédés, au Sud, d'une galerie de cure couverte (ill. 253-254). La seconde section fut aménagée sur un terrain agricole loué par Hervé au lieu-dit Beauval. Elle comportait un ancien hangar agricole sommairement cloisonné dans lequel furent aménagés les logements des infirmières ainsi qu'un service médical, une pharmacie, un dépôt mortuaire et, face au Sud, une galerie de cure couverte (ill. 252). Une cuisine, un réfectoire et des sanitaires furent installés dans un appentis. Jouxtant ce hangar, un autre baraquement de 32 mètres de long sur six mètres de large accueillait un dortoir. A la fermeture de la station, en novembre 1918, les militaires hospitalisés furent, selon leur état, maintenus au sanatorium des Pins, évacués vers d'autres établissements ou encore réformés. Nous n'avons pas pu déterminer le type ni la provenance de ces baraquements militaires ; ils furent partiellement démontés en 1919 et transférés à la station sanitaire de Touvent[895].

La mise à disposition de bâtiments par les départements était la première condition requise pour l'installation de ces stations sanitaire. La mise en œuvre de la cure hygiéno-diététique exigeait toutefois des aménagements spécifiques etGuinard fut consulté en novembre 1915 à ce sujet :

> *En ce qui concerne l'aménagement des locaux destinés aux cures d'air,* expliquait-il, *il faut laisser aux organisateurs le soin de choisir ce qui conviendra le mieux, suivant la disposition des lieux et des bâtiments, en retenant qu'à défaut de hall ou de galerie facile à adapter, on peut simplement construire, pour abriter les chaises longues, des baraquements ouverts, au sud ou sud-ouest.*[896]

Küss insista pour sa part sur « la nécessité d'avoir des galeries de cure bien orientées, des chaises longues à matelas, des couvertures de cure »[897]. Les galeries de cure, qui distinguaient les formations pour tuberculeux des autres hôpitaux militaires, présentaient, d'une station sanitaire à l'autre, les plus grandes variétés d'aménagements. Les premières stations créées à l'hiver 1915 fonctionnaient à leur début dans le plus grand dénuement, au point qu'en mai 1916, certaines d'entre elles ne disposaient toujours pas de chaises de cure[898]. En juin 1917 encore, Honnorat déplorait les retards accumulés dans l'exécution de ces galeries, imputables, selon lui, à la désorganisation des services consécutive au manque d'instructions spécifiques. Si les conditions d'installation des stations sanitaires étaient déficientes à leurs débuts, elles étaient toutes équipées de galeries de cure à la fin de la guerre. Nous pouvons distinguer quatre types de galeries dans ces stations : 1° Les galeries de cure installées dans un local préexistant ; 2° Les galeries de cure construites en bois selon les recommandations du ministère ; 3° Les « galeries de cure doubles » orientées Est-Ouest ; 4° Les galeries de cure installées dans des baraquements provisoires. Les deux premières dispositions étaient les plus fréquentes, les deux autres n'étant que des cas particuliers.

---

[893] Une convention fut signée le 29 janvier 1916 entre le médecin-directeur du sanatorium des Pins et le ministère de l'intérieur. On trouve un autre exemple d'usage de baraquement dans l'ancien lazaret de Mindin (Loire-Atlantique). Le lazaret disposait avant 1915 de 150 lits répartis dans cinq pavillons et fut transformé pendant la guerre en hôpital pour militaires tuberculeux (parfois appelé station sanitaire). Sa capacité fut doublée par l'installation de cinq baraques provisoires, dont nous ignorons les caractéristiques techniques. Transformé en sanatorium marin pour enfants en 1920, l'établissement de Mindin conservera quelques temps ces baraques dont une était affectée en partie au service religieux et en partie aux jeux, une autre aménagée "salle de classe" pour les enfants, les trois dernières accueillaient 50 lits de malades en été (45 en hiver). Le sanatorium sera définitivement fermé en 1924. Lettre du 20 avril 1920 du directeur du sanatorium de Mindin au préfet de Loire-Inférieure. A.D. de la Loire-Atlantique, 1X576.

[894] Delétang 2004, p. 62.

[895] Concernant le démantèlement de la station sanitaire des Pins entre novembre 1918 et avril 1922, voir : Delétang 2004, p. 70.

[896] Séance du 6 novembre 1915, cité par André Honnorat, J.O. 20 juillet 1917, p. 708.

[897] *Ibidem.*

[898] Rapport de M. Guinon du 13 mai 1916. J.O. 20 juillet 1917, p. 708.

L'aménagement des galeries de cure dans un local préexistant était fréquent car économique et rapide. Lorsque les équipes médicales dépêchées par le ministère de la guerre prirent possession des locaux mis à leur disposition, elles ne trouvaient que des bâtiments sommairement « rafraîchis » et chichement meublés. A Clavières, le seul avantage des bâtiments proposés par le département était un vaste auvent vitré courant le long de la façade Sud de l'ancienne maison de maître et assimilé immédiatement par les autorités à une galerie de cure. Ni l'architecte départemental, ni les représentants du ministère de l'intérieur n'objectèrent alors que cette « galerie » se prêtait mal à la cure d'air : elle était trop étroite et sa couverture de verre provoquait l'éblouissement permanent des malades et de fréquentes surchauffes à la belle saison (ill. 258). Peut de temps après l'installation des malades, la nécessité de disposer d'une véritable galerie de cure, notamment pour l'été, devint manifeste et une galerie en bois fut construite à l'ombre des arbres près bâtiment principal. A Montfaucon (Lot), quatre galeries de cure furent installées au sein même des bâtiments existants : des chaises longues furent placées dans les galeries de circulation du rez-de-chaussée et du premier étage de l'aile sud de la cour des Rosiers (ill. 260) ; deux autres galeries furent sommairement aménagées dans les corridors situés au sud de l'aile centrale. Contrairement aux galeries aménagées dans des portiques largement ouverts de la cour des Rosiers, ces deux dernières galeries de cure étaient intégrées au corps même du bâtiment et leur ventilation était obtenue par la seule ouverture des fenêtres (plan 46-03).

Dans les établissements dont aucun des bâtiments existants ne se prêtait à la cure d'air, des galeries de cure furent parfois construites en bois selon le plan type fourni par le ministère de l'intérieur. Ce modèle est plusieurs fois mentionné dans la correspondance des architectes mais nous n'en avons retrouvé ni le plan, ni la description précise. Ces plans furent transmis aux départements dès le printemps 1916 au moins (en mai 1916 pour la station sanitaire des Roches), peut-être pour pallier les difficultés d'aménagement des premières stations mentionnées par Honnorat en 1917. La galerie de cure réalisée en 1916 à Monbran par Lhéritier, architecte départemental du Lot-et-Garonne, semble assez représentative de cette production (ill. 266). Construite à trente mètres de distance du bâtiment principal, elle avait une longueur de 80 mètres, suffisante pour abriter la totalité des 70 à 80 malades que comptait l'établissement. La galerie n'était pas orientée au midi mais au Sud-est, de façon à rester parallèle à l'ancien château et au mur de clôture lui faisant face. Construite sur une dalle de ciment, la galerie était fermée à l'arrière par un mur maçonné qui se retournait aux extrémités pour protéger les malades des vents et assurer le contreventement transversal. Ce mur de maçonnerie représentait une amélioration importante du « modèle type » dont la face arrière n'était constituée, selon l'architecte départemental du Puy-de-Dôme, que d'une paroi de planches. A l'avant, des poteaux en bois délimitaient 21 travées d'environ 3,80 mètres de large, recoupées par un « vitrage coupe-vent » toutes les deux travées. Ces séparations amélioraient encore la protection contre les vents et facilitaient le maintient de la discipline en réunissant les malades par petits groupe de six à huit personnes. La toiture était composée d'une charpente en sapin et d'une couverture en tuiles plates à crochets. Les finitions étaient soignées : les malades n'avaient pas au-dessus de leurs têtes la charpente du bâtiment, mais un plafond en plâtre qui évitait l'accumulation de poussières potentiellement contagieuses et facilitait la désinfection. La galerie était enfin équipée de stores afin de protéger les malades du soleil[899]. Deux galeries similaires furent construites à Montfaucon dans le jardin situé à l'arrière de la station sanitaire, en complément des galeries de cure intérieures. Contrairement à son collègue du Lot-et-Garonne, l'architecte départemental du Lot, E. Toulouse, ne se soucia pas des relations formelles entre les anciens bâtiments et les nouvelles galeries de cure qu'il implanta strictement au Sud en décalage avec l'axe de l'ancien séminaire (plan 46-03). Ces galeries extérieures comptaient environ 40 places chacune et étaient probablement réservées aux malades les plus valides. Montfaucon disposait alors de près de 200 chaises de cure pour une population de 300 malades.

Le « modèle type » transmis par le ministère ne convenait toutefois pas à tous les climats. Dans le projet d'aménagement de la station sanitaire des Roches, à Chamalières, près de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), l'architecte départemental du Puy-de-Dôme proposa de l'adapter au climat auvergnat. Le site ne

[899] Sanatorium de Monbran, état des lieux, sans date. A.D. du Lot-et-Garonne, Fonds Lhéritier, 17 J 6. Les stores ne furent vraisemblablement pas installés car ils n'apparaissent pas sur la photographie de la galerie (ill. 266).

permettait effectivement pas d'orienter les galeries au Sud et l'architecte suggéra de créer « des galeries ouvertes à l'Est et fermées à l'Ouest, pour se protéger du mauvais temps venant de la chaîne des Dômes et des averses poussées par le vent violent de l'Ouest »[900]. Pour ces mêmes raisons climatiques, les galeries devaient être « closes de parpaings et non de bois comme prévu »[901].

Une autre possiblité consistait à créer des galeries de cure doubles comprenant deux rangées de chaises de cure exposées à l'Est et à l'Ouest. Si les galeries de cures doubles étaient assez répandues à la fin du XIX[e] siècle dans les établissements privés, elles étaient systématiquement orientées Nord-sud afin de pratiquer la cure en hiver dans la galerie Sud et en été dans la galerie Nord ; ces galeries étaient donc occupées alternativement selon la saison. On les trouve dans les sanatoriums d'Avon (Seine-et-Marne) et de Trespoey (Pyrénées-Atlantiques), tous deux ouverts dans les dernières années du XIX[e] siècle (ill. 398-399). En 1916, des raisons d'économie, de matériau et de place incitèrent les architectes à se servir de ce modèle. Aucun « modèle type » de ce genre ne semble avoir circulé et les deux exemples que nous connaissons sont fort différents l'un de l'autre, quoique contemporains. A Pignelin (Nièvre), la première galerie de cure avait fut construite peu de temps après l'ouverture de la station sanitaire en mars 1916. Cette galerie, large de 6,5 mètres et longue de 25 mètres, comptait 50 places réparties en deux rangées de chaises longues disposées dos à dos de part et d'autre d'un couloir central. En 1918, on envisagea la construction d'une seconde puis d'une troisième galerie dans le prolongement de la première (plan 58-01). Ces deux extensions étaient de mêmes dimensions et de mêmes capacités, mais leur aménagement fut modifié afin de mieux protéger les malades des intempéries (pluie battante, soleil rasant, etc.). Au lieu d'être entièrement ouvertes, les faces exposées à l'Est et à l'Ouest devaient être équipées de volets vitrés mobiles qui, une fois rabattus, auraient permis aux malades d'effectuer leur cure par tous les temps. Les impostes placées au-dessous et au-dessus de chaque volet devaient assurer la ventilation continue de la galerie en position fermée (ill. 289). Ces volets semblent similaires à ceux « à charnières » installés en 1906 devant les galeries de cure du sanatorium de la ville de New York, qui étaient « habituellement maintenus contre le plafond, [et] abaissés quand le vent souffle avec violence »[902]. Cette référence américaine n'est pas surprenante si l'on considère qu'au même moment le sanatorium de Guervénan (Finistère) était conçu sur le modèle du même établissement new-yorkais, sans doute par l'intermédiaire d'un des membres de la Mission Rockefeller, dont le directeur, Livingston Farrand, était originaire de cette ville. A Pignelin, un passage couvert permettait de relier au bâtiment principal les trois galeries de cure d'une capacité totale de 150 places[903]. Ces galeries sont dessinées sur un plan de masse de 1920 mais nous ne savons pas si ce dispositif à volets mobile fut effectivement réalisé. Leurs dimensions laissent penser que ces galeries furent réalisées à partir de baraques militaires, mais rien dans les archives ne permet de le confirmer.

On retrouve un dispositif similaire dans le plan d'aménagement de la station sanitaire de Saint-Jodard (Loire), conçu en décembre 1916 par l'architecte départemental de la Loire, Bernard (plan 42-03). Saint-Jodard fut l'une des rares stations sanitaires dans laquelle le ministère de l'intérieur engagea d'importants travaux pendant la guerre. Comme la plupart des édifices convertis en stations sanitaires à la même époque, l'orientation des bâtiments de l'ancien séminaire se prêtait mal à l'installation des galeries de cure : seule l'aile centrale, au dos de laquelle était située la chapelle, disposait d'une exposition favorable Sud-sud-est. Des galeries provisoires, probablement en bois, furent dans un premier temps établies sur la terrasse sud du bâtiment, mais la décision fut rapidement prise de réaliser des galeries de cure pérennes en vue de la transformation de l'établissement en sanatorium départemental à la fin de la guerre. L'architecte s'efforça de respecter au mieux l'ordonnance générale de l'ancien séminaire en recomposant la façade sud du bâtiment avec un système sophistiqué de galeries. Adossée au rez-de-chaussée de l'aile

[900] Rapport du 17 mai 1916 de l'architecte dép. au préfet. A.D. du Puy-de-Dôme, N 665. Dans un courrier adressé au préfet, le ministre de l'intérieur avait fourni les plans d'un « modèle de galerie de cure généralement adopté et auquel il y aura lieu de se conformer ».

[901] S'agissant d'une formation provisoire, l'architecte tenta de justifier le surcoût en précisant que « lors de la démolition de ces galeries, la revente de certains matériaux [...] compensera la dépense supplémentaire actuellement prévue sur le prix du "modèle type" ». Nous ne savons pas si ces galeries furent réalisées. *Ibidem.*

[902] Rideau 1932, p. 41.

[903] Projet de construction d'un abri de cure d'air, juin 1918. A.D. de la Nièvre, 4 N 106.

centrale, la galerie principale était conforme aux dispositions en vigueur en Allemagne et en France depuis la fin du XIX[e] siècle (cat. 42-03A) : par ses proportions, sa grande hauteur et ses rideaux, elle peut être comparée aux galeries de cure du sanatorium populaire d'Angicourt (Oise, 1900). Au milieu de la façade, la galerie se retourne et vient envelopper une « salle de récréation » construite dans le prolongement du vestibule et de la chapelle. Cette excroissance, terminée en demi-lune, était entourée d'un portique qui augmentait d'une bonne moitié le développé de la façade et donc le nombre de places dans la galerie (plan 42-03). Cette galerie centrale était encadrée par des galeries construites dans le prolongement des ailes latérales du bâtiment : plutôt que d'adosser de courtes galeries à l'extrémité de ces ailes, l'architecte disposa deux longues galeries, dos à dos, de part et d'autre d'un refend central en maçonnerie. En sacrifiant la stricte exposition Sud à une orientation Est-ouest, il put doubler la capacité des galeries, tout en les inscrivant dans la composition symétrique et monumentale de l'ancien séminaire. La priorité semble avoir été donnée à l'accessibilité des galeries et au nombre de places, plutôt qu'à leur exposition. Contrairement à la plupart des stations sanitaires, à Saint-Jodard les malades pouvaient rejoindre leur chaise de cure sans devoir traverser le jardin ni même quitter le bâtiment. Ces aménagements furent réalisés au cours de l'année 1916 et la grande capacité de l'établissement permit de relativiser leur coût. Avec ses nouvelles galeries de cure similaires à celles des meilleurs sanatoriums de l'époque, la station sanitaire de Saint-Jodard constituait alors, selon Honnorat, un véritable « sanatorium populaire type », dont « la perfection des installations de salubrité et de cure, dépouillées de tout luxe, [pouvait] rivaliser avec les sanatoriums populaires les plus réputés »[904]. Cette appréciation faisait peu de cas de l'orientation des galeries de cure et, en 1917, Saint-Jodard semblait constituer le meilleur exemple de ce que les formations sanitaires provisoires pouvaient offrir aux militaires tuberculeux.

Les conditions précaires d'installation de la plupart de ces stations n'étaient pas incompatibles avec des traitements plus spécifiques : dans la station sanitaire de Menton (Alpes-Maritimes), le climat de la Côte d'Azur permettait de pratiquer l'héliothérapie ; cette méthode était également réalisée aux Roches (Puy-de-Dôme) mais de façon artificielle, au moyen de lampes, du fait de la faible luminosité du climat auvergnat. On pratiquait dans certaines stations le réentrainement à l'effort au moyen de travaux agricoles effectués sous surveillance médicale, comme à Menton, Montfaucon et Saint-Jodard. Cette dernière formation comprenait une « ferme-école » où les malades les plus valides étaient « éduqués en vue de leur retour à la terre »[905] et dans laquelle Honnorat crut voir l'ébauche d'une « colonie agricole de tuberculeux ». Quant à la station de Taxil (Var), elle fut dédiée, avec l'aide du ministère de l'agriculture et de l'office national des mutilés et réformés de la guerre, « spécialement à la rééducation agricole des tuberculeux »[906].

2.1.3. Les hôpitaux sanitaires du ministère de la Guerre (1916).

Constatant la mise en place rapide des stations sanitaires, le service de santé militaire envisagea à son tour la création des structures devant assurer la prise en charge, plus en amont, des militaires tuberculeux. L'initiative en revint à Justin Godart* (1871-1956), sous-secrétaire d'Etat au service de santé militaire, qui, par la circulaire du 21 janvier 1916, institua des services spécialisés, ou « hôpitaux sanitaires ». Cette appellation les plaçait dans la continuité directe des stations sanitaires du ministère de l'intérieur. Comme les stations sanitaires, les hôpitaux sanitaires furent organisés « sur le type et sur le modèle des sanatoriums modernes »[907], sans doute avec l'intention d'en faire des établissements antituberculeux pérennes une fois la guerre terminée. Organisés par régions militaires et par corps d'armées, les hôpitaux sanitaires furent créés en plus grand nombre que les stations sanitaires mais leur répartition était assez inégale sur le territoire (carte n°3). Le ministère de la guerre assigna aux hôpitaux

[904] J.O. 20 juillet 1917, p. 728.
[905] *Ibidem.*
[906] J.O. 27 juin 1919, p. 369
[907] J.O. 20 juillet 1917, p. 701.

sanitaires la triple tâche de trier, d'isoler et de traiter les malades les plus graves[908], tandis que ceux « ni trop gravement, ni trop légèrement atteints » devaient être orientés vers les stations sanitaires. Prenant le soin de préciser, en juillet 1917, que les hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre ne concurrençaient en rien les stations sanitaires du ministère de l'intérieur, Honnorat pointait sans doute une certaine rivalité entre les deux administrations relativement à leurs formations respectives. La prise en charge des militaires tuberculeux par les seules stations sanitaires jusqu'en janvier 1916 pouvait effectivement donner l'impression que l'autorité militaire se désintéressait de leur sort. En outre, le service des armées pouvait difficilement admettre que la totalité de ses tuberculeux – plusieurs dizaines de milliers de soldats – soit prise en charge dans des structures civiles. Avec la création des hôpitaux sanitaires, le ministère de la guerre s'engageait plus ouvertement dans l'œuvre antituberculeuse en gestation et tentait pas là-même de rétablir son entière tutelle sur les militaires tuberculeux, réformés ou en instance de réforme. A la fin de l'année 1917, on comptait 55 hôpitaux sanitaires pour un total de 8.881 lits[909].

Liste des hôpitaux sanitaires du ministère de la Guerre par régions militaires[910]

(en majuscules les établissements de tuberculeux préexistants, en grisé ceux qui conserveront leur affectation sanatoriale après la guerre)

Région	Département-Lieu (Etablissement)	Lits	Usage avant guerre
1	78 - BRIIS-SOUS-FORGES (BLIGNY)	266	sanatorium
	78 - Draveil (Champrosay)	250	hôpital auxiliaire
(Paris)	78 - VILLIERS-SUR-MARNE	160	sanatorium
	78 - Le Vésinet, hôpital autonome	200	asile national
	75 - Villepinte (château de Picpus)	?	château
2(Nord)	60 - ANGICOURT (sanatorium de l'AP-HP)	256	sanatorium
	14 - Hérouville	210	?
	76 - OISSEL	84	sanatorium
4	72 - Solesmes	200	?
	72 - Téloché	100	maison de retraite
5	72 - Melleray	110	château
	45 - St Hilaire-St Mesmin (La Pie)	75	château
	45 - St Hilaire-St Mesmin (Monbaril)	22	château
	45 - CHÉCY	30	sanatorium
6	51 - Châlons-sur-Marne (triage seulement)	120	?
7	25 - Besançon (St Claude)	287	?
	25 - Besançon (Les Chaprets, triage)	280	?
	01 - HAUTEVILLE (sanatorium Mangini)	30	sanatorium
8	56 - Nevers	?	?
	21 - Dijon	?	couvent
	21 - Beaune	8	école
9	37 - Tours (Sainte-Radegonde)	80	orphelinat
	49 - Angers	30	?
	86 - Poitiers	30	?
10	35 - La Roche-du-Theil	120	couvent
11	44 – Légé (fermé en 1924)	120	couvent
	56 - Plumeret (Ste-Anne-d'Auray)	210	« maison de refuge »
	56 - Vannes	482	grand séminaire
12	23 - STE FEYRE (Sanatorium des instituteurs)	300	sanatorium
13	63 - Châtel-Guyon (St Hippolyte) (triage)	114	?
	63 - Clermont-Ferrand (Montferrand)	150	caserne

[908] Les hôpitaux généraux devaient assurer le triage préalable des malades qui pouvaient bénéficier d'une hospitalisation dans un hôpital sanitaire. Cela concernait « les tuberculeux pulmonaires nettement confirmés, ouverts ou fermés. [...] Les malades présentant des lésions particulièrement graves [...] pour lesquels la cure normale en sanatorium semblerait superflue, seront seuls conservés, isolés et réformés dans les hôpitaux traitant de médecine générale ». De même, les tuberculeux osseux ou ganglionnaires étaient réorientés vers les hôpitaux maritimes. Le cas des tuberculeux pulmonaires également atteints de lésions locales fut résolu avec la création de sections spéciales dans certains hôpitaux sanitaires mieux adaptés à ces formes mixtes de tuberculose. Le service des entrants de chaque hôpital sanitaire devait confirmer que le malade était « justiciable » de l'établissement. J.O. 20 juillet 1917, p. 700.

[909] Ils étaient répartis dans 37 hôpitaux sanitaires proprement dits (groupant 6.382 lits) : 11 établissements « faisant fonction d'hôpitaux sanitaires » (1.281 lits), 21 hôpitaux affectés au traitement de la tuberculose chirurgicale (2.360 lits) ainsi qu'une section spéciale aménagée au sanatorium d'Angicourt pour les tuberculoses mixtes. Ces formations reçurent, entre janvier 1916 et mai 1919, environ 68.000 malades. J.O. 27 juin 1919, p. 369.

[910] Tableau donnant l'état des créations au 1er septembre 1917. J.O. 20 juillet 1917, p. 704-707. Nous ne pouvons donner d'évaluation architecturale plus précise sur les hôpitaux sanatoriums en raison du peu de sources consultées à ce sujet et de l'abandon, dans la plupart des cas, de leur usage antituberculeux après la guerre.

	43 - Vals -le Puy	?	école de théologie
14	01 - Hauteville (Angeville)	30	château
	69 - St-Genis-Laval (Sainte-Eugénie)	400	hospice
	38 - La Côte-St-André	558	caserne
	38 - St-Laurent-du-Pont	185	?
15	06 - GORBIO	75	sanatorium
	06 - Cannes (Hôtel Paradis)	200	hôtel
	30 - Nîmes	120	caserne
	06 - Mandelieu (Villa Libéria)	125	villa
	84 - St-Didier (Ste Garde)	400	séminaire
	06 - Grasse	11	?
	83 - Hyères (Hôtel Beauséjour)	75	hôtel
16	34 - Ceilhes	90	couvent
	11 - Campagne-les-Bains	120	?
17	32 - Barran (Mazères)	252	Château
18	33 - Villenave d'Ornon (Le Béquet)	64	
	17 - Périgny (Rompsay)	46	hôpital auxiliaire
	64 - Larressore	250	hôpital auxiliaire
19	64 - CAMBO	30	sanatorium
	Oran-Misserghin	90	orphelinat
	Constantine-Souk-Ahras	100	
	Alger-Médéa	90	
20	10 - Troyes (Annexe Landouzy)	90	Ancien séminaire
	54 - Toul (Les Ecrouves, triage)	45	Caserne
	54 - Nancy (triage)	45	
	54 - Maudres-sur-Vair	45	
21	88 - Epinal (Hospice Saint-Maurice)	?	Hospice

Comme les stations sanitaires, ces formations supplémentaires furent aménagées dans des bâtiments existants qui, en dehors des nombreux hôpitaux auxiliaires militaires convertis pour l'occasion, étaient de natures très différentes : châteaux, hôtels, maisons de retraite, écoles, orphelinats, couvents ou séminaires. Selon le médecin Bouloumié, en 1917 :

> *L'installation de ces établissements ne diffère pas essentiellement de celle des hôpitaux ordinaires. Ils doivent être cependant tout particulièrement abrités des grands vents, quoique bien aérés, bien exposés et munis, autant que possible, de galeries ou abris de cure et être entourés de jardins ou cours plantées d'arbres et présenter les conditions hygiéniques les meilleures.*[911]

Sur la Côte d'Azur, plusieurs bâtiments séquestrés en raison de leur appartenance à des ressortissants ennemis furent convertis en hôpitaux sanitaires, tels l'Hôtel du Paradis à Cannes, la Villa Libéria à Mantelieu et le sanatorium privé de Gorbio, construit en 1906 à proximité de Menton et propriété d'un citoyen autrichien. S'agissant d'exploiter au mieux les structures en place, la plupart les sanatoriums publics existants en 1916 furent également transformés en hôpitaux sanitaires : les sanatoriums de Bligny (Essonne), le sanatorium d'Angicourt (Oise), le sanatorium Mangini à Hauteville (Ain), le sanatorium rouennais d'Oissel (Seine-Maritime) et le sanatorium des instituteurs à Sainte-Feyre (Creuse). Situé sans doute trop près du front, le sanatorium de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle) ne fut pas intégré à ce dispositif. Si les sanatoriums transformés en stations sanitaires (Les Pins, Bellecombe, Oissel, Pessac, Trespoey, Cambo) l'avaient été, semble-t-il, sur la base du volontariat (à l'exemple des bâtiments mis à disposition par les départements), il est difficile de dire dans quelles conditions ces autres établissements furent mis à disposition du ministère de la guerre. Hormis l'installation quelques baraquements permettant d'augmenter leur capacité[912] et la construction de galeries de cure – lorsque aucun abri existant ne pouvait être utilisé à cet effet[913] – peu de travaux d'importance y furent réalisés. Plusieurs hôpitaux sanitaires furent

[911] Bouloumié, *La Croix-Rouge française dans la lutte contre la tuberculose*, Paris, U.F.F., 1917, p. 33. A.D. de l'Hérault, 1 X 145.

[912] De tels baraquements furent notamment construits à Solesmes, Barran, Troyes et St-Genis-Laval. Dans le cas du sanatorium d'Angicourt, un projet d'extension envisagé en janvier 1917 dut être abandonné car les délais d'exécution n'auraient pas permis d'exploiter les nouveaux suffisamment tôt. J.O. 20 juillet 1917, p. 706.

[913] Si aucun indice ne permet de confirmer cette hypothèse, il est probable que ces galeries furent construites sur le « modèle type » fourni par le ministère de l'Intérieur pour les stations sanitaires. De telles galeries de cure avaient été construites dans les hôpitaux d'Hérouville, Le Vésinet, Légé, Sainte-Anne-d'Auray, Cannes, Nîmes, Mantelieu, Saint-Didier et Larressore, ainsi que des « solariums » à Champrosay et Villenave-d'Ornon. J.O. 20 juillet 1917, p. 706.

également créés par des commissions administratives hospitalières, souvent dans l'idée de les utiliser ensuite comme hôpitaux suburbains de tuberculeux ou hôpitaux-sanatoriums. Ce fut notamment le cas de l'asile Sainte-Eugénie à Saint-Genis-Laval (Rhône), réaménagé en 1918 par les Hospices civils de Lyon et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir à propos des programmes hospitaliers de lutte contre la tuberculose.

Bien que de nature provisoire et installés précipitamment, les hôpitaux sanitaires répondaient aux mêmes exigences d'aménagement que les stations sanitaires dont leur conception s'inspiraient. « La préoccupation dominante du service de santé, expliquait Honnorat, [...] fut de les organiser sur le type et le modèle des sanatoriums modernes, tout comme les établissements qui avaient été préalablement créés par le ministère de l'intérieur »[914]. Comme dans les stations sanitaires, l'écart entre les recommandations et les aménagements effectivement réalisés dans les hôpitaux sanitaires semble important. S'agissant du site d'implantation et des caractéristiques techniques des bâtiments, les recommandations étaient les mêmes que celles exprimées pour les sanatoriums et les stations sanitaires :

> *Un hôpital sanitaire doit, autant que possible réunir toutes les conditions climatériques nécessaires au bon rendement d'un sanatorium*, indiquait Honnorat. *L'idéal est la région montagneuse, à une altitude assez élevée pour être au-dessus de la zone des brouillards et bénéficier de tous les avantages de la cure solaire. Au-dessous de 1.100 mètres il n'y a plus lieu de s'occuper de l'altitude. Ce qui importe alors c'est le climat général du pays et l'exposition à donner à l'hôpital [qui] aura sa façade principale exposée au Sud ou mieux au Sud-ouest ; il sera bâti, si possible, à flanc de coteau. La construction n'a pas besoin d'être luxueuse, mais elle doit être d'un entretien facile, largement aérée et sans recoins perdus. Le nombre et la dimension des fenêtres doivent être suffisants pour permettre une aération large et un facile accès de la lumière. Les dégagements doivent être spacieux, faciles à aérer et à tenir propre.*[915]

Ces recommandations étaient difficilement compatibles avec la situation d'urgence dans laquelle furent créés ces hôpitaux. S'agissant des aménagements intérieurs, Honnorat donnait une série de recommandations qui, elles aussi, faisaient figure de vœu pieu difficilement réalisable : les dortoirs devaient compter de quatre à trente lits et les malades y être répartis en fonction de leur état, les établissements devaient également disposer de chambres d'isolement aménagées dans le cloisonnement existant. Un volume d'air minimum par lit n'était pas prescrit, mais la ventilation des chambres et dortoirs devait être assurée nuit et jour par l'ouverture en grand des fenêtres sur les deux faces des bâtiments ; ces dortoirs étaient généralement aménagés dans de vastes salles traversantes, éclairées et ventilées sur leurs deux faces principales. Par mauvais temps, la ventilation devait pouvoir être limitée à l'ouverture des impostes mobiles situées en partie haute des fenêtres, lorsqu'elles en étaient équipées. Sols et planchers devaient être facilement lavables, de même que les lits, sommiers et tables de nuit, de préférence métalliques. L'hôpital sanitaire s'apparentait donc à un équipement médical complet disposant des mêmes aménagements que les hôpitaux généraux avec, pour seul équipement spécifique lié à leur affectation tuberculeuse, les galeries de cure. Et Honnorat d'ajouter :

> *Une galerie de cure est indispensable. Elle devra être orientée au Sud ou au Sud-ouest de préférence. Il y aura intérêt à l'appuyer, si possible, à un mur. Elle doit pouvoir contenir un nombre de chaises longues égal aux deux-tiers de l'effectif des malades. Le sol sera bitumé, légèrement surélevé si la chose est réalisable. [...] Le matériel de la galerie de cure se compose de : 1° Chaises longues en bois ou en osier, à dossier mobile à double courbure* [contrairement au dossier droit habituel], *dite de sanatorium, 2° Matelas de chaise longue en kapock*[916] *ou en crin végétal, garni au pied d'une doublure en toile grossière ; 3° Coussins de tête remplis de la même matière, 4° Couvertures de laine grise, en nombre triple de celui des chaises longues ; 5° Bouillottes [...].*[917]

---

[914] J.O. 20 juillet 1917, p. 701.
[915] *Ibidem.*
[916] L'orthographe actuelle du mot est *kapok*, venant du mot malais *kapuk*. Il s'agit d'une fibre végétale que l'on tire de fruits de plusieurs arbres de la famille des *Bombacaceae*. On utilise plus particulièrement ceux de *Ceiba pentandra*, le kapokier (aussi appelé « fromager »), un grand arbre des zones tropicales, originaire de Java. Ceux de *Bombax ceiba*, un autre fromager, peuvent également être employés. Cette fibre très légère a pour caractéristique son imperméabilité et son imputrescibilité. Elle est constituée par les poils fins et soyeux recouvrant les graines. (Source : encyclopédie en ligne Wikipédia, http://fr.wikipedia.org/wiki/Kapok, 2 déc. 2009).
[917] J.O. 20 juillet 1917, p. 701.

Comme dans les sanatoriums et les stations sanitaires, le règlement intérieur s'apparentait à une longue liste d'interdits :

> *Pendant les heures de cure et de repos obligatoire, fixées par l'horaire journalier : 1° Les malades doivent être constamment étendus sur leurs chaises longues respectives ; 2° Les chaussons et espadrilles sont de rigueur, à l'exclusion de toute autre chaussure ; 3° Les jeux sont interdits ; 4° Les chantes, les cris, les rires bruyants qui troublent le repos général sont interdits ; les conversations même doivent être très modérées, la parole provoquant la toux ; après les repas principaux le silence est de rigueur ; 5° Les malades ne doivent pas changer de place sans autorisation ; 6° Les chaises longues ne doivent être ni traînées, ni déplacées, ni renversées et ne doivent servir qu'à la cure de repos ; 7° L'usage de l'encre est prohibé sur les galeries ; 8° Il est interdit de fumer.*[918]

Il est toutefois difficile de préciser quelles étaient les conditions d'hospitalisation des militaires dans les hôpitaux sanitaires sur lesquels nous avons trouvé peu d'informations. Le seul fait que très peu d'entre eux conservèrent, après la guerre, leur affectation sanatoriale, permet d'avancer qu'ils se prêtaient mal, en dépit de ces recommandations, au traitement de la tuberculose.

Au sein des structures sanitaires provisoires utilisées pendant la guerre, Guinard attribuait aux hôpitaux sanitaires quatre fonctions principales : 1° Mettre en observation les malades dont le diagnostic est ambigu ; 2° Isoler les contagieux bacillaires ; 3° Traiter les soldats pouvant tirer profit de la cure hygiéno-diététique qui pourra être prolongée dans les stations sanitaires ; 4° Eduquer les malades dans un but de prophylaxie[919]. Il insistait particulièrement sur l'éducation sanitaire des tuberculeux dans la mesure où ces « sanatoriums de guerre » devaient être, pour le soldat malade, un « filtre épurateur entre l'armée, qui le rend, et la famille qui doit [le] recevoir amélioré ou guéri ». Selon la circulaire de janvier 1916, les hôpitaux sanitaires assuraient avant tout un rôle de « triage », les malades se répartissant en deux catégories distinctes – les contagieux et les non contagieux – que l'on s'efforçait de séparer au mieux[920]. Ils assuraient la prise en charge immédiate des militaires tuberculeux, quel que soit leur état : les malades gravement atteints étaient réorientés vers les hôpitaux généraux, les malades curables pouvaient commencer leur traitement dans les hôpitaux sanitaires, tandis que les tuberculeux légers étaient envoyés dans les stations sanitaires.

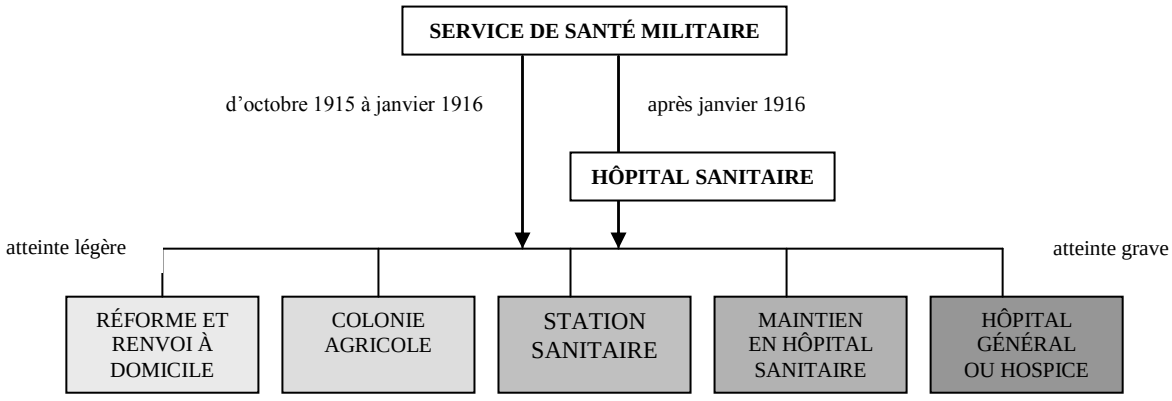


Schéma précisant les modalités de prise en charge des militaires tuberculeux selon leur état de santé (1915-19).

[918] *Idem*, p. 702.
[919] Guinard 1917, p. 356.
[920] Il y avait, selon Guinard, autant de bacillaires que de non bacillaires dans l'hôpital sanitaire de Bligny entre 1915 et 1917 (Guinard 1917, p. 361). S'agissant des sous-catégories de malades, les médecins en distinguaient précisément quatre : « 1° Les malades alités ; 2° Les malades au repos complet (légèrement fébricitants et dont le poids diminue). L'ordre du jour de cette catégorie comprend six heures de chaise longue, au grand air, le reste du temps consacré à des jeux ou des distractions sédentaires, sur la terrasse ou dans les salles de récréation ; 3° Les malades au repos mitigé avec des exercices gradués. Cette catégorie a quatre heures de chaise longue, réparties dans la journée et environ deux heures de promenade au grand air graduées en deux fois ; 4° Malades soumis à l'entraînement progressif, puis, s'il y a lieu, au travail méthodique et au jardinage. » J.O. 20 juillet 1917, p. 703.

Dans le cas de l'hôpital sanitaire installé au sanatorium de Bligny, les services préexistants furent réorganisés pour faciliter ces opérations de « triage » : le rez-de-chaussée accueillait les malades gravement atteints ou « fébricitants », le premier étage ceux atteints de tuberculose ouverte mais pouvant se lever et suivre le régime de la cure, le deuxième étage les tuberculoses fermées et les soldats en observation. Le rapport présenté en mai 1917 par Guinard sur ces établissements permet d'évaluer les résultats obtenus par l'hospitalisation des militaires tuberculeux. Classé le 19 novembre 1914 comme hôpital complémentaire rattaché à l'hôpital militaire de Versailles, Bligny était le premier hôpital militaire français exclusivement réservé aux tuberculeux pendant la guerre. Il reçut ses premiers malades du gouvernement militaire de Paris le 3 mars 1915 et prit le statut d'hôpital sanitaire dès leur création en janvier 1916. Pouvant hospitaliser en temps normal 230 tuberculeux, les sanatoriums Despeaux-Rubod et du Petit-Fontainebleau accueillirent en temps de guerre 280 malades, puis 450 à l'ouverture du sanatorium de Fontenay en 1918[921].

Sans nous lancer dans une analyse complète des statistiques données par Guinard, certains éléments peuvent nous apporter une meilleure compréhension du fonctionnement de ces établissements : entre mars 1915 et décembre 1917, 4.412 soldats et officiers tuberculeux furent soignés à Bligny ; parmi les 1.500 premiers malades, un peu moins du quart n'avait aucun antécédent tuberculeux avant la guerre, laissant présumer d'une contagion au cours de la mobilisation. Les autres malades, c'est à dire la grande majorité, présentaient à leur arrivée, selon Guinard, des « antécédents douteux » ou étaient porteurs de lésions tuberculeuses plus anciennes[922]. Ces résultats contredisent la thèse selon laquelle la guerre avait « aggravé le péril tuberculeux en multipliant le nombre de malades et en faisant, par contagion, beaucoup de tuberculeux nouveaux ». Selon Guinard, au contraire « les cas d'éclosion, de réveil ou d'aggravation [étaient] bien plus fréquents que les cas de contagion au service »[923]. Ces contagions ne pouvaient être formellement établies et l'hypothèse de Guinard paraît tout à fait plausible. Constatant les améliorations d'une partie des militaires « sanatoriés » à l'hôpital sanitaire de Bligny, Guinard jugeait satisfaisants les résultats obtenus dans cette formation, en dépit des conditions précaires d'hospitalisation. Ces conditions étaient sans doute meilleures à Bligny – sanatorium réputé – que dans les autres hôpitaux sanitaires.

Une certaine complémentarité commençait donc à s'ébaucher entre les différentes structures militaires. Relativement bien développé à l'échelle de la seule population des militaires, cet armement antituberculeux constituait la trame de fond de l'œuvre nationale antituberculeuse envisagée par les autorités pour l'après-guerre. Au-delà de leur administration de tutelle et de leur affectation, il existait toutefois une différence fondamentale entre les stations et les hôpitaux sanitaires : les premières, en effet, seront en majorité transformées en structures pérennes, les seconds, au contraire, seront pour la plupart fermés en 1919. Les stations sanitaires bénéficiaient dès 1916 du soutien local des comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux qui, une fois transformés en 1918 en comités départementaux de défense contre la tuberculose, s'efforceront de leur trouver une affectation départementale. Les hôpitaux sanitaires semblent n'avoir prolongé leur activité que peu de temps après l'Armistice : en juin 1919, ils ne comptaient déjà plus que 3.800 lits[924], contre près de 9.000 en 1918. Dès la fin de la guerre, le service de santé militaire ferma au plus vite ses établissements d'urgence et orienta, en fonction de leur état, les tuberculeux hospitalisés vers ses propres hôpitaux, les hôpitaux civils ou les sanatoriums et stations sanitaires en voie de reconversion.

A la fin de la guerre, les stations et les hôpitaux sanitaires étaient largement répartis sur le territoire français (cartes n°2 et n°3). La création de ces structures fut complétée par une série de lois et de décrets censés garantir la prise en charge des anciens tuberculeux. Si dans les premiers mois de la guerre, les militaires tuberculeux étaient rapatriés du front le plus souvent avec une réforme n°2, c'est à dire sans

[921] Engagés en 1913, les travaux du sanatorium de Fontenay avaient été suspendus au début de la guerre. Guinard 1925, p. 20.
[922] Selon les statistiques concernant les 1500 premiers malades reçus à Bligny, « 40% étaient sûrement porteurs de lésions tuberculeuses plus ou moins actives avant la mobilisation, 21% étaient probablement déjà malades mais les intéressés déclaraient le contraire, 15% avaient des antécédents douteux et 24% ne paraissaient pas avoir d'antécédents ». Guinard 1917, p. 361.
[923] Au 31 mai 1917, sur ces 1.500 malades, seuls 56 malades avaient été suffisamment améliorés pour pouvoir être renvoyés dans leur bataillon d'origine tandis que 246 avaient été réorientés vers un autre hôpital ou une station sanitaire et 601 étaient partis en convalescence, vraisemblablement rendus à leur famille. On pouvait déplorer 94 décès dus à des complications exclusivement tuberculeuses ou conjuguées à d'autres blessures. *Ibidem.*
[924] J.O. 27 juin 1919, p. 369.

indemnité ni pension, ils bénéficièrent ensuite, à conditions que la tuberculose ait été contractée ou simplement aggravée au service, de la réforme n°1 qui leur assurait une pension[925]. Les conditions de prise en charge médicale des anciens militaires tuberculeux évoluèrent ensuite : la loi du 31 mars 1919 précisait que « l'Etat doit à tous les militaires et marins [bénéficiant de réforme n°1 ou 2], leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques, nécessités par la blessure ou la maladie, contractée ou aggravée en service, qui a motivé leur réforme »[926] ; le décret du 26 septembre 1919 stipulait que les militaires en instance de réforme pouvaient bénéficier provisoirement des mêmes avantages pendant une durée maximale de deux ans, avant d'être à nouveau examinés par une commission médicale devant statuer définitivement sur leur réforme ; le décret du 17 octobre 1919 accorda enfin « une indemnité de 100% [...] aux tuberculeux dont la maladie, confirmée par les signes cliniques évidents et l'examen bactériologique, présente les caractères de lésions en activité ». Cette dernière disposition fut toutefois critiquée par certains médecins car elle donnait les moyens financiers aux malades de se soigner en dehors des hôpitaux, stations sanitaires et sanatoriums, dans des conditions hygiéniques susceptibles d'aggraver la maladie[927].

2.1.4. L'usage des baraquements (1916-1925).

Les baraquements anglo-saxons et le système Doecker.

L'incidence des matériaux de construction sur l'hygiène et la mortalité hospitalières fut prise en compte dès le début du XIX^{e} siècle : pendant l'invasion de 1814-1815, les hôpitaux provisoires installés à Paris dans les abattoirs du Roule, de Montmartre et de Ménilmontant, à peine achevés, avaient connu des taux de mortalité inférieurs de moitié à ceux des vrais hôpitaux. « C'est que les murs n'étaient pas encore pénétrés des germes morbides de toutes sortes », expliquait l'ingénieur sanitaire Borne en 1898[928]. Ces observations furent confirmées au milieu du XIX^{e} siècle à l'occasion des guerres de Crimée (1853-1856) et de Sécession américaine (1861-1865) durant lesquelles des hôpitaux militaires furent installés dans des baraquements en bois[929]. En Crimée, les Britanniques aménagèrent en 1855 un hôpital de 1.000 lits dans des baraques fabriquées en Angleterre et transportées par bateau. Ces constructions légères et peu coûteuses servirent de structures sanitaires d'appoint. Outre leurs avantages de coût et leur rapidité d'installation, ces baraques présentaient une conception modulaire permettant de les adapter à l'évolution des besoins ; elles étaient également facilement démontables et donc réutilisables à la fin du conflit. Constatant que le taux de mortalité dans les baraques était plus faible que dans les hôpitaux, de nombreux médecins virent dans ces dispositifs provisoires un moyen de lutter contre « l'imprégnation des miasmes » dont on accusait alors les anciens hôpitaux situés au cœur des villes. Se basant sur les observations faites dans les baraquements sanitaires de la guerre de Sécession américaine, Amédée Chassagne estimait en 1878 que ces dispositifs répondaient particulièrement aux exigences hospitalières en matière de salubrité :

> *[…] la durée d'un hôpital, c'est l'infection, c'est l'imprégnation miasmatique forcée malgré tous les désinfectants […]. Là gît surtout la supériorité hygiénique des hôpitaux sans étages, ne visant pas à la longévité et pouvant être reconstruits à peu de frais avec les perfectionnements de l'expérience acquise, pendant que le monument doit à son altitude et à l'exiguïté de son assiette de rester immobile, comme un témoin des errements antérieurs se prêtant peu aux accommodements du Progrès.* [930]

C'est toutefois en Allemagne, au cours des deux dernières décennies du XIX^{e} siècle, que l'usage des baraques sanitaires se répandit le plus largement. Leur diffusion spectaculaire repose sur l'adoption d'un modèle, le système Doecker, qui conquit en moins de 15 ans un quasi-monopole sur le marché

[925] Mouisset 1920, p. 315-316.
[926] Citée par Mouisset 1920, p. 316.
[927] C'était notamment l'avis de Mouisset, à Lyon, qui racontait l'anecdote suivante : « Dans une de mes visites hospitalières, je m'adressai à un pauvre cavitaire qui venait d'obtenir une augmentation de réforme. D'une voie éteinte par la phtisie laryngée il me fit cette réponse : "Je sors demain, j'ai de l'argent". Ces malades rentrent chez eux en plein période contagieuse, ils disséminent leurs bacilles, plusieurs se marient... ». Mouisset 1920, p. 316.
[928] Borne 1898, p. 317.
[929] Concernant l'utilisation des baraquements en bois au XIX^{e} siècle et au début du XX^{e}, voir : Châtelet 2008.
[930] Chassagne, *Les hôpitaux sans étages et à pavillons isolés,* Paris, J. Dumaine, 1878, p. 13 ; cité par Châtelet 2007.

allemand. Breveté en 1880 par un officier danois, Johann Doecker (1828-1904), le système qui porte son nom fut ensuite commercialisé par la firme Christoph & Unmack de Copenhague sous la forme d'un assemblage d'éléments de bois et de panneaux de carton. Constamment amélioré, le système Doecker obtint une médaille d'or à l'exposition d'hygiène de Berlin, en 1883, et un prix d'honneur à l'exposition internationale des baraques organisée par la Croix-Rouge, à Anvers, en 1885[931]. Décliné par la suite sous de nombreux modèles, ces baraques furent implantées par milliers à la fin du XIX[e] siècle dans tout l'Empire allemand pour servir de cuisines, de casernes, de maisons d'ouvriers, de réfectoires, d'écuries ou d'hôpitaux d'urgence en cas d'épidémie. En 1900, le secrétaire général du comité central allemand pour la construction des sanatoriums, Gotthold Pannwitz, décrivait ainsi le système Doecker :

> *Sur des bois placés à la distance de 90 centimètres, perpendiculairement à l'axe de la baraque, et qui servent de support à un parquet formé de planches ajustées, se trouvent des mains courantes* [garnies] *de poutres de bois de cinq mètres de long qui sont reliées dans les sens de la longueur par des tenons et mortaises, et aux angles par des bandes de fer. Sur ces mains courantes s'élèvent les parois, fermées par des cadres solés* [sic] *ou reliés deux à deux par des charnières [...]. Les cadres sont remplis de deux côtés par un carton flamand préparé spécialement à cet effet. La surface intérieure en est laineuse et la surface extérieure imperméable à l'eau. Entre les deux cartons se trouve un intervalle d'environ 25 millimètres dont l'air forme ainsi une couche isolante, et si mauvaise conductrice de la chaleur, qu'avec un chauffage régulier, les baraques restent parfaitement habitables pendant l'hiver. La toiture est construite de la même façon que les parois, et réunie à celles-ci de façon à pouvoir braver toutes les intempéries. [...] La ventilation s'obtient en été au moyen de cheminées placées sur les toits, ainsi que par des fenêtres à bascule, de 70 centimètres de large sur 38 centimètres de haut, placées à la partie supérieure des parois tout le long de la maison. Cette dernière est en outre éclairée par des fenêtres de 60 centimètres de large sur un mètre de haut, sur les longs côtés par des châssis à bascules au-dessus des portes sur les petits côtés. [...] Pour la peinture des murs et plafonds, on se sert d'enduits permettant une désinfection facile et complète. En général, dans toute la construction on évite avec soin tout ce qui peut concourir à ramasser les substances nuisibles.*[932]

Les sanatoriums populaires allemands firent un usage récurrent de ces baraques dont le coût et la rapidité de mise en œuvre s'accordaient avec des budgets limités et la nécessité d'ouvrir au plus vite de nouveaux établissements. Développé spécialement pour un usage sanatorial, la baraque Doecker modèle 97 (année de sa conception) permettait de « transformer à volonté selon les besoins en dortoir, local de service ou halle à sieste [galerie de cure] »[933] (ill. 23). Outre les baraques produites industriellement, un grand nombre de bâtiments sanatoriaux furent, en Allemagne, conçus en bois, *in situ*, afin de profiter des ressources locales. C'était souvent le cas dans les régions forestières où le bois était le matériau de construction le plus économique. Il faut par exemple rappeler que le sanatorium de Falkenstein avait été construit en grande partie en bois, de même que de nombreux sanatoriums populaires exécutés pour partie en « construction massive » et pour partie en « charpente à panneaux » composée de panneaux montés sur une ossature de bois[934]. D'autres établissements utilisaient les baraques comme logement d'appoint afin d'augmenter leur capacité, notamment en été[935]. Mais l'exemple le plus illustre de l'usage de ces baraquements était, en Allemagne, le sanatorium de la Croix-Rouge construit à Grabowsee, près de Berlin (ill. 26). Les architectes Heino Schmieden* et Julius Boethke rappelaient à son sujet que, « comme il s'agissait [...] d'un essai, et qu'on était pressé d'ouvrir l'établissement, on établit provisoirement des baraques, système Doecker, et l'on construisit les édifices définitifs du premier établissement [...] en

[931] Pannwitz 1900, p. 158.
[932] *Idem*, p. 159-160.
[933] *Ibidem.*
[934] C'était le cas des sanatoriums hanséatiques d'Oderberg (E. Hartig architecte, 1897) et d'Andreasberg (Th. Sartori architecte, 1901) et du sanatorium Holsterhausen (Schmieden et Boethke architectes, 1902). Schimeden & Boethke 1905, p. 87-91.
[935] C'était le cas du sanatorium Ernst-Ludwig de Sandbach (von Weltzien architecte, 1901) qui logeait 22 malades supplémentaires dans deux baraques de type Doecker et Brümmer ou du sanatorium saxon d'Albertsberg (Tscharmann architecte, 1897) qui utilisait de la même façon deux barques Doecker de 12 lits chacune. Les baraques de type Brümmer étaient fabriquées à Cologne mais nous ne connaissons pas leurs caractéristiques techniques. D'autres établissements, ouverts uniquement l'été, étaient entièrement constitués de barques tel le sanatorium pour enfants Victoria-Luise, construit à Hohenlychen (Hazenholz & Brandes architectes, 1903) et dont les pensionnaires étaient également logés dans des baraques de type Doecker. Schmieden & Boethke 1905, p. 83 et 98-99.

charpente à panneaux »[936]. Malgré le froid et l'humidité des forêts du Brandebourg, le sanatorium se composait d'une vingtaine de baraques Doecker, précédemment utilisées comme infirmerie sur le chantier de construction du canal de l'Empereur Guillaume. L'expérience de Grabowsee ayant été jugée concluante, la Croix-Rouge allemande ouvrit sur ce modèle un autre sanatorium populaire à Vogelsang, en Saxe (Peters & Weiss architectes, 1899) ; dans cet établissement les baraques Doecker furent peu à peu remplacées par des bâtiments définitifs[937]. Dans le cas du sanatorium lorrain d'Abreschwiller, aménagé en 1899 dans une vieille maison de maître, le conseil général envisagea l'installation d'une baraque de la Croix-Rouge permettant d'accueillir les premiers malades avant l'achèvement des travaux[938]. Dans les sanatoriums construits en maçonnerie selon les standards hospitaliers, les baraques pouvaient servir d'annexes pour loger, par exemple, le personnel, comme l'envisagea en 1900 l'architecte zurichois Schuster pour le sanatorium alsacien de Saales[939]. Ce type d'installation était également courant aux Etats-Unis : le sanatorium de la ville de New York, créé en 1905, fut ainsi constitué, dans un premier temps, de « baraques transportables en bois revêtues de papier à l'intérieur »[940].

En 1903 dans le *Handbuch der Architektur*, Victor von Weltzien estimait que l'on pouvait parfaitement installer provisoirement les malades dans des baraquements afin de commencer l'exploitation de l'établissement avant l'achèvement des travaux. Il n'y avait toutefois, selon lui, pas avantage à développer outre mesure ce mode de construction :

> *La mise en œuvre constructive des sanatoriums*, écrivait-il, *doit respecter les plus strictes indications hygiéniques, qui ne peuvent être obtenues qu'avec une construction en maçonnerie. Les exemples des bâtiments à ossature en bois des régions forestières sont peut-être justifiés en l'absence d'autre matériau à proximité, mais ne peuvent servir de modèle. Ces constructions ne peuvent être admises qu'en cas d'urgence, pour une période limitée au bout de laquelle elles seront brûlées.*[941]

Ce système connut une importante diffusion dans le monde germanique[942], contrairement à la France où les baraquements ne jouirent jamais d'une grande considération. Selon l'ingénieur Borne cette solution, « séduisante en principe », ne pouvait être appliquée aux hôpitaux :

> *Infectés rapidement à cause de la porosité de toutes leurs parties, ces hôpitaux temporaires deviennent des foyers d'épidémie permanents ; mais on ajourne leur démolition, car on manque de l'argent nécessaire pour les reconstruire, soit sur le même terrain, ce qui exige un déplacement momentané des malades en traitement, soit ailleurs, ce qui est en général une source de dépenses supplémentaires. En présence de ces difficultés, on ne se décide jamais à démolir l'hôpital. [...]* [Cette solution] *doit être réservée aux cas où la nécessité d'un hôpital est sûrement temporaire par essence, et où tout autre procédé serait trop long et trop coûteux : tels sont les cas d'une guerre ou encore d'une subite et violent épidémie.*[943]

Ces craintes expliquent en partie pourquoi les œuvres antituberculeuses françaises ne manifestèrent aucun enthousiasme pour les baraques et autres établissements provisoires. S'exprimant en 1899 sur le projet de sanatorium pour les tuberculeux des classes populaires de Paris (ouvert en 1903 à

---

[936] Schmieden & Boethke 1905, p. 62.
[937] *Idem*, p. 63.
[938] Conseil général de la Lorraine, rapport de la commission spéciale concernant la création d'un sanatorium pour phtisiques dans la "Franzosenmühle" près d'Albreschweiler, 13 mars 1899. A.D. de la Moselle, 4 AL 229.
[939] Einrichtung einer Heilstätte für Lungenkranke im Unter-Elsass. A.D. du Bas-Rhin, 27 AL 444.
[940] Rideau 1932, p. 44. « Ces baraques étaient ainsi disposées : au milieu, une chambre de toilette fermée et de chaque côté deux dortoirs partiellement ouverts ; devant les dortoirs, un portique ouvert ».
[941] „Die technische Ausführung der Krankengebäude hat den bei Lungenheilstättent sehr hoch gestellten hygienischen Anforderungen in vollkommenster Wiese zu entsprechen, und dies kann nur durch massivbau gesehen. Die Beispiele von Facherkbauten in holzreichend Gegenden finden mitunter wohl durch die knapp bemessenen Mitel begründet ; sie können aber nicht als Vorbilder gelten. Die leichteren Bauweisen erscheinen nur für Naotbauten zulässig, die nach einer begrenzten Benutzunszeit stets verbrannt werden sollten.“ Von Weltzien 1903, p. 133.
[942] Selon Brouardel, des baraquements de type *Ducke* avaient été transformés, en Autriche, en sanatorium. Brouardel 1901, p. 740.
[943] Pour palier l'inconvénient de la durabilité des matériaux, Borne proposait un autre système : « On préconise depuis quelque temps une solution mixte qui consiste à construire la paroi en deux parties, la partie intérieure étant disposée de façon à être aisément démolie et reconstruite. On limite ainsi les frais de réfections des salles et on rend l'opération plus pratique. Cette solution, étudiée il y a cinq ans pour les hôpitaux coloniaux, a été adoptée par l'administration. Mais on peut lui faire le même reproche qu'à la précédente ; on hésitera toujours à faire cette réfection [...] car on se trouvera arrêté par les circonstances et [...] par les questions d'argent ». Borne 1898, p. 318.

Bligny), le médecin Gilbert Sersiron, invoquait contre ce type de construction des arguments alors largement partagés par le corps médical :

> *Il ne faut pas [...],* expliquait-il, *s'arrêter aux constructions provisoires, telles que baraquements en planches ou pavillons analogues, dont l'installation ne peut être que temporaire et suppose des services généraux parfaitement compris. Outre que ces constructions dites « bon marché » sont assez dispendieuses, elles présenteraient de grands inconvénients au point de vue de la désinfection des salles et écarteraient par manque de confortable* [sic] *tous les malades susceptibles de payer spontanément 5 francs par jour. Elles obligeraient en outre à diviser les corps de bâtiment en grands dortoirs, ce qui est contraire aux principes de la cure hygiénique [...].*[944]

Les baraquements de l'Assistance publique de Paris (1916-1917).

Les baraquements provisoires pour tuberculeux furent toutefois largement utilisés en France pendant la Première Guerre Mondiale en raison de l'urgence sanitaire. Quelques mois seulement après l'entrée en guerre, les hôpitaux parisiens virent arriver par centaines, puis par milliers, les « blessés de la tuberculose » refoulés, faute de place, par les hôpitaux militaires. Sur la proposition de la municipalité de Paris, l'administration de l'Assistance publique élabora d'urgence un plan de constructions provisoires dans les hôpitaux parisiens pour accueillir ces malades. Dès 1913, le conseil municipal de Paris avait préparé un important programme antituberculeux « comportant la création d'un hôpital de tuberculeux de 2.000 lits et un ensemble de dispensaires formant autour de la capitale comme un vaste réseau de sentinelles avancées contre la tuberculose »[945]. Dès 1915, le service des travaux de l'Assistance publique passa en revue tous les hôpitaux parisiens afin de déterminer les emplacements susceptibles d'accueillir ces baraquements (ill. 384-389). Il était dirigé par l'architecte Henri Belouet, auteur, notamment, du sanatorium d'Angicourt et à ce titre expert en matière de constructions antituberculeuses. La plupart des hôpitaux parisiens disposaient de peu d'espace libre et il fallut se résoudre à investir les cours, les jardins d'agrément et les potagers. En 1916, le service des travaux rédigea un programme pour la construction de baraquements et établit un plan type en prévision de l'appel d'offre que souhaitait lancer l'Assistance publique pour leur réalisation[946] (ill. 390). Cette baraque type comprenait six travées de quatre lits et pouvait accueillir 24 malades. Chaque travée mesurait quatre mètres de long et six mètres de large de façon à disposer les lits de part et d'autre d'une allée centrale. Les lits étaient espacés d'un mètre les uns des autres et chaque malade disposait d'un volume d'air d'environ 24 m^3. Les travées étaient munies, sur leurs deux faces, de croisées à guillotine d'un mètre de large et de 1,60 mètres de haut avec, en partie haute, une imposte de ventilation à ouverture verticale ou à soufflet. La structure de la barque était composée de fermes porteuses en bois, réunies en toiture par des pannes sur lesquelles était cloué un voligeage de sapin. A l'intérieur comme à l'extérieur, les parois étaient constituées d'un revêtement en sapin en « frises à baguettes assemblées par rainures et languettes ». Cette double paroi emprisonnait un vide d'air assurant un semblant d'isolation thermique. Les cadres formant chaque travée étaient posés sur trois files de plots en maçonnerie, deux latérales et une centrale, qui surélevaient le plancher de 45 centimètres du sol et constituaient un vide sanitaire ventilé. Des planches venaient masquer cet intervalle tout autour des bâtiments de façon à éviter l'accumulation de détritus. Le plancher en sapin était recouvert de linoléum et la couverture était constituée d'un simple carton bituminé. Les six travées courantes accueillant les malades étaient complétées, à chaque extrémité, par une travée de service abritant, d'un côté, un office et le bureau du surveillant les lavabos et les WC, de l'autre, un local pour le linge sale. L'appel d'offre concernait exclusivement le clos et le couvert des baraques et le programme spécifiait que « les installations de points d'appui, d'eau, de gaz, de canalisations d'eaux vannes, d'appareils de W.C. et urinoirs, lavabos, éviers, bains et offices seraient faites par les soins

[944] Sersiron 1899, p. 297.
[945] Discours de M. Evain, président du conseil municipal de Paris, le 3 novembre 1919 pour l'inauguration du sanatorium Landouzy à l'hospice de Brévannes, p. 5. Archives de l'A.P.-H.P.
[946] Administration générale de l'Assistance publique à Paris, service des travaux, *Programme pour la construction de baraquements pour les tuberculeux*, s.d. [1915], archives de l'A.P.-H.P., 9 L 17. Ce programme est signé par les architectes de l'Assistance publique : Belouet, Paul Louis Renaud, Dumontier, Lichelin et Laurent.

de l'Administration et à ses frais ainsi que les aménagements du sol à l'emplacement des baraques »[947]. Le chauffage devait être assuré par des poêles répartis dans les baraques au rythme d'un pour quatre travées. Nous ne savons pas quelle entreprise fut retenue pour la réalisation de ces baraquements, mais les travaux furent exécutés rapidement : les premiers services de tuberculeux ouvrirent en décembre 1916 à La Rochefoucauld, Laennec et la Salpetrière puis, entre janvier et avril 1917, à Tenon, Lariboisière, Cochin, Broussais, Ivry, Debrousse, Bicêtre, Brévannes et Brézin[948].

Envoyé par les Hospices civils de Lyon à Paris en octobre 1917 pour se documenter sur ces réalisations, le médecin Victor Cordier s'étonnait touteoifs du manque de coordination de ce programme :

> *La répartition de ces lits dans les différents hôpitaux s'est faite un peu au hasard,* écrivait-il, *et suivant les nécessités diverses d'emplacement, de relations avec les services généraux, de rattachement enfin avec les services de tuberculeux préexistants. La précipitation avec laquelle ont dû être faits les premiers travaux, n'a permis la mise au point que pour ceux de la seconde période* [à partir de mai 1917]. *A ce moment on a constitué, au lieu de simples baraquements isolés, de véritables formations autonomes qui méritent le nom de pavillons, et qui constituent des services complets.*[949]

Bien que légères, faciles à mettre en œuvre et peu coûteuses, ces barques ne donnèrent pas entière satisfaction : Cordier relevait ainsi que les toitures en carton goudronné avaient donné « de graves mécomptes » si bien que certaines baraques, notamment à Lariboisière, avaient dû être abandonnées quelques mois seulement après leur mise en service. Le service des travaux tira les enseignements de ces insuffisances et n'eut de cesse d'améliorer les baraques existantes ainsi que le programme des celles à construire. Initialement en bois, les pièces humides (laverie, tisanerie, W.C., lavabos) furent progressivement refaites en « blocs de béton ou de ciment » posés sur des socles en briques. Dans les premières baraques, les malades devaient prendre leurs repas au lit, ce qui constituait une grave entorse aux règles d'hygiène. Un réfectoire faisant office de salle de repos fut donc intégré aux réalisations ultérieures et aménagé dans les baraques existantes. A l'hospice de Brévannes, un système de chauffage central fut installé dans les baraquements des tuberculeux fin 1917 en remplacement des poêles à bois ou à charbon. L'orientation des baraquements variait d'un site à l'autre. En règle générale le service des travaux s'était efforcé de leur donner une double orientation Est-ouest qui permettait l'installation de deux rangées intérieures de lits dans de bonnes conditions d'exposition. Cette disposition fut adoptée pour les baraques isolées (Boucicaut, Hôtel-Dieu) et pour les groupements de plusieurs unités (Bicêtre). Une exception à cette règle se trouve dans le projet d'implantation d'une baraque à l'hôpital Bichat qui prévoyait, faute d'espace, une orientation Nord-sud ; dans ce cas particulier, la galerie de cure fut logiquement adossée contre la paroi sud du bâtiment (ill. 388). En ce qui concerne les galeries de cure, trois dispositifs coexistaient : les galeries pouvaient être orientées Est-ouest de la même façon que les baraquements ; dans ce cas, les plans de masse suggèrent que les galeries de cure étaient doubles, c'est à dire composées de deux galeries placées dos à dos, l'une orientée à l'Est et l'autre à l'Ouest, comme dans les stations sanitaires de Saint-Jodard ou de Pignelin. Une autre disposition consistait à s'affranchir de l'orientation Est-ouest des baraques et à placer perpendiculairement à elles les galeries de cure, face au Sud ; à Bicêtre, elles étaient ainsi adossées aux galeries de liaison transversales et entre les extrémités des baraques (ill. 387). Le troisième dispositif ne concerne que les installations disposant de très peu de place : les galeries de cure étaient alors adossées directement aux baraquements. Lorsque les baraques étaient exposées Nord-sud, les galeries de cure étaient logiquement placées au Sud (hôpital Bichat) ; à Necker toutefois, les contraintes du site obligèrent à les disposer au Nord-est (ill. 389). Quelle que soit leur implantation, Cordier relevait l'étroitesse de ces galeries qui ne mesuraient généralement que deux mètres de large.

Si les premiers baraquements parisiens avaient été implantés de façon aléatoire, en fonction des espaces disponibles, à partir de 1917, l'administration parvint à organiser de véritables services de

---

[947] *Ibidem.*
[948] Ces quatre dernières formations avaient été conçues par l'architecte Laurent. Victor Cordier, *Rapport à M. le Président du conseil général d'administration des H.C.L. sur l'organisation de la lutte antituberculeuse à l'Assistance publique de Paris, et sur les nouvelles formations hospitalières destinées par elle aux tuberculeux,* octobre 1917, archives des H.C.L., 1 LP 1153.
[949] *Ibidem.*

tuberculeux formés de « groupes de pavillons, donnant un ensemble de 100 lits environ [...], permettant de centraliser les services et la surveillance »[950]. Ces aménagements ne concernaient que les hôpitaux périphériques disposant d'une réserve foncière suffisante, comme ceux de Bicêtre ou de Brévannes. Ces deux formations furent ouvertes en avril 1917 et disposaient chacune de 400 lits. A Bicêtre (ill. 387), le service des tuberculeux fut aménagé au nord de l'hôpital et disposait d'un accès distinct. Il comprenait 12 baraques d'environ 35 lits, placées de part et d'autre d'une galerie de circulation centrale. Ces formations, nous le verrons, prolongerons leur activité bien après la fin de la guerre.

Les baraquements en bois constituaient le type le plus employé. Un autre modèle, en béton armé, avait toutefois la préférence de l'administration, mais la pénurie de matériaux, notamment d'acier, empêcha sa mise en œuvre à grande échelle ; le bois était plus économique et nous n'avons trouvé qu'un seul exemple de baraques construites durant la guerre en béton armé, installées à l'hôpital Tenon en 1917. Ces baraques étaient constituées de poutrelles en béton armé sur lesquelles étaient accrochées les dalles de toiture et de plancher ainsi que les panneaux formant les doubles parois latérales, également en béton armé. Nous n'avons pas trouvé de photographies ni d'informations sur le mode d'exécution de ces baraques, décrites par Cordier dans son rapport pour les hospices de Lyon. Fabriqués par l'entreprise B.R.B. (Béton Rigaud Bonnet), les dalles de toiture et de plancher ainsi que les panneaux de revêtement étaient vraisemblablement préfabriqués en usine et montés à pied d'œuvre. Il n'a pas été possible de déterminer si l'ossature était coulée en place ou formée d'éléments préfabriqués et assemblés. Ces baraques présentaient de nombreux avantages sur celles en bois : elles permettaient d'installer des sanitaires dans de bonnes conditions et les parois en béton étaient plus facilement lavables que celles en bois, même peintes. Plus hygiéniques et plus confortables, ces baraques avaient également une durée de vie plus longue que celles en bois, putrescibles et attaquées par la vermine. Outres ces avantages techniques, Cordier relevait « l'indiscutable élégance d'allure, donnant une impression de définitif, de vrai bâtiment » de ce modèle. Les baraques en béton armé installées à l'hôpital Tenon n'étaient pourtant pas tout à fait au point : réparties sur les parois au nombre d'une par travée, comme dans les baraques en bois, les fenêtres d'un mètre de large et 1,60 mètres de haut s'avéraient insuffisantes. En l'absence de ventilation, le vide situé entre la toiture en dalles de béton armé et le plafond en carreaux de plâtre sur lattis de roseaux avait tendance à retenir les eaux de condensation, ce qui provoqua l'effondrement des plafond et l'évacuation des deux baraques. A cela s'ajoutait leur implantation, jugée « déplorable » par Cordier, au milieu des cours fermées de l'hôpital. « Les baraquements, notait-il, supprimaient virtuellement les galeries de cure d'air préexistantes, qui n'[avaient] plus d'air et presque plus de soleil ». Ce modèle était d'un prix modéré : 36.000 francs pour 28 lits, le sixième du coût d'un véritable sanatorium. De sa visite dans les services provisoires de tuberculeux de l'Assistance publique de Paris, Cordier retint « leur disposition architecturale en groupement [et] leur tendance à constituer des services d'isolement ». Il leur reprochait toutefois « de n'avoir pas été étudiés spécialement pour les tuberculeux au point de vue de l'aération, de la cure d'air, de l'isolement, des soins spéciaux (examens de laboratoires, opérations du pneumothorax) [et] d'être trop étroits dans les salles et les dégagements »[951]. Ces baraquements étaient censés fonctionner en lien avec les services généraux des hôpitaux mais l'absence systématique de salle de radiographie, d'examen et de pansements, de laboratoire d'analyse, ne permettait pas de les assimiler à de véritables services de tuberculeux[952].

A la fin de l'année 1917, les baraquements pour militaires tuberculeux de l'Assistance publique de Paris comptaient 1.882 lits, ce qui correspond à leur développement maximum. Les travaux engagés ensuite visèrent essentiellement à améliorer les formations en place et leurs aménagements. Les conditions de vie dans ces baraques étaient difficiles, tant du fait de la précarité des aménagements que du « mauvais esprit »

[950] *Ibidem.*
[951] *Idem*, p.18.
[952] Sans ces deux éléments – radioscopie et laboratoire –, *ajoutait Cordier*, un médecin ne pourra pas, malgré la meilleure bonne volonté, s'intéresser à ses malades, ni les traiter utilement. En peu de temps, son service d'hôpital deviendra un hospice, où il verra mourir ses malades en les berçant de bonnes paroles inutiles, et tôt ou tard, s'en désintéressera, ne fera plus le service que comme un devoir ennuyeux. C'est là le grand péril pour un service de tuberculeux.
Idem, p. 19-20.

des malades, jugés « turbulents ». Toutes ces formations ne constituaient pas des services de tuberculeux à proprement parler et certaines ne recevaient la visite d'un médecin que deux fois pas semaine ; cela explique sans doute les problèmes disciplinaires. L'isolement des malades gravement atteint posait d'autres difficultés : les baraques ne disposaient généralement pas d'autre cloisonnement intérieur que celui isolant les sanitaires et les dortoirs comptaient facilement 20 à 30 malades. Quelques baraquements de l'hôpital Larochefoucauld disposaient toutefois de chambres de deux à six lits et, à Laënnec, certaines salles étaient divisées en boxes.

Le programme des baraquements pour militaires tuberculeux de l'Assistance publique de Paris était exceptionnel par son ampleur et sa rapidité d'exécution. Les espaces libres faisant défaut dans l'enceinte des hôpitaux parisiens, on souhaita poursuivre le programme de construction sur les emplacements des fortifications parisiennes[953], projet qui servit de sujet de concours pour le diplôme d'architecte-salubriste délivré par l'Ecole spéciale d'architecture en 1916-1917[954]. Nous verrons que nombre de ces installations provisoires serviront, comme pour les stations sanitaires, d'embryon à l'équipement antituberculeux parisien de l'après-guerre. En province, peu d'éléments attestent de constructions hospitalières provisoires similaires, autres que les stations et hôpitaux sanitaires réservés aux militaires tuberculeux. Une exception notable était constituée par le programme antituberculeux des Hospices civils de Lyon, conçu entre 1917 et 1918 suite au *Rapport [...] sur l'organisation de la lutte antituberculeuse de Paris et sur les nouvelles fondations hospitalières destinées par elle aux tuberculeux* transmis en octobre 1917 par Victor Cordier[955]. Il recommandait notamment de prévoir dans les futures installations lyonnaises « une largeur convenable des salles, une aération très étudiée, des couloirs de communication assez larges, des dallages en béton pour les services, des galeries de cure d'air attenantes, des bains (deux à quatre baignoires pour 100 lits), un petit laboratoire, une salle des pansements pour petites opérations médicales, un cabinet du médecin, relié à un service de radioscopie »[956]. Il insistait particulièrement sur la nécessité de disposer d'un service médical complet et parfaitement étudié : « sans laboratoires, sans moyens de recherche, pas d'intérêt scientifique ; sans intérêt scientifique pas de zèle médicale facilement soutenu ; sans médecin plein de zèle, d'entrain et de foi, pas de service discipliné et portant ses fruits. Il semble, ajoutait-il, que Sainte-Eugénie conviendrait [...] pour la création de toutes pièces d'un hôpital en pavillons séparés, ou reliés, en bois, ou en ciment, mais qu'il semblerait être du type de la Salpétrière ou de Larochefoucauld »[957], c'est à dire les réalisations parisiennes les plus complètes, constituées de « pavillons à galeries de raccordement ». Cet établissement de tuberculeux devait être utilisé comme « hôpital d'isolement, de traitement, de triage » et ainsi éviter la création de « services extra-urbains spéciaux » dont la valeur ne fait pas l'unanimité au sein de l'administration et du corps médical[958].

Créé sous le Second Empire comme asile de convalescents, l'asile Sainte-Eugénie accueillait avant la guerre 200 malades à Saint-Genis-Laval, au sud de Lyon. Aménagé sommairement en hôpital sanitaire, sa capacité fut doublée peu de temps avant la fin de la guerre avec l'installation de cinq baraquements militaires de type *Haour* de 30 mètres de long par 6,5 mètres de large. Ces baraquements étaient implantés sur la vaste terrasse qui faisait face au bâtiment principal de l'hospice et s'ouvrait, à l'Est,

[953] Le janvier 1918, M. Grunbach, président de la cantine-refuge du 6e arrondissement de Paris, demanda au C.N.D.T. d'appuyer la demande transmise au gouverneur militaire de Paris pour la concession temporaire d'un terrain sur les fortifications pour l'édification de « baraquements où seraient accueillis et isolés les réformés tuberculeux qui forment près du quart de l'effectif des hospitalisés » de la cantine-refuge. Le C.N.D.T. transmit, par l'intermédiaire d'André Honnorat, une lettre au général Dubail en soutien de cette demande. Bureau 1, séance du 18 janvier 1918, établissement d'un refuge pour tuberculeux, p. 4. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.BU.1.

[954] La première partie de ce concours, consacré à la *Salubrité de la métropole*, avait pour objet la construction d'un « équipement sanatorial en périphérie de Paris » composé d'au moins six sanatoriums dont la répartition sur la zone militaire des fortifications était laissée à l'appréciation du candidat. Si le terme de « baraquement » n'était pas employé, l'énoncé du programme précisait qu'il s'agissait d'un « aménagement transitoire ». « Les hospitalisés se répartiront dans une série de pavillons renfermant un maximum de 20 à 25 lits, au rez-de-chaussée et à l'étage, avec galeries d'aération se prêtant à la cure d'air ». Chaque installation était prévue pour 200 malades « Ecole spéciale d'architecture. Concours d'architectes salubristes (1916-1917) », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1917, n°39, p. 194-196. Le certificat d'architecte salubriste existait à l'E.S.A. au moins depuis 1899.

[955] Cordier 1917, Archives des H.C.L., *op. cit*.

[956] *Ibidem.*

[957] *Ibidem.*

[958] *Idem*, p. 26.

sur le panorama de la vallée du Rhône et des Alpes. Bien que situé à seulement 60 mètres d'altitude, le site semblait assez dégagé et propice au traitement des tuberculeux. Implantés les uns à côté des autres avec un espacement d'environ six mètres, leur exposition est-ouest permettait de placer les lits de part et d'autre d'une allée centrale. Toutes les parois étaient doublées pour assurer un minimum d'isolation et la toiture couverte de papier goudronné. Bien que précaires, ces installations garantissaient de bonnes conditions hygiéniques aux malades : le sol recouvert de linoléum permettait le balayage humide et les éléments standardisés de façade comprenaient, pour chaque travée, un panneau plein, une fenêtre et une imposte vitrée amovible d'un mètre de large sur soixante centimètres de haut assurant l'aération nuit et jour. Dans les baraquements parisiens, Cordier avait jugé insuffisante la présence d'une seule fenêtre par travée de quatre mètres de large ; à Sainte-Eugénie la moitié supérieure des parois latérales des baraques était entièrement composée de fenêtres (un rapport de 1919 évoquait même « l'excès de fenêtres » de ces baraquements). La galerie de cure était installée dans un « pavillon de repos, vitré, parfaitement aérable »[959]. Le site fut restitué en février 1919 aux Hospices civils de Lyon qui y installèrent un hôpital-sanatorium pour femmes. Les baraquements militaires furent entièrement réaménagés et n'accueillirent plus chacun que 18 tuberculeuses, réparties en boxes de deux à six places, conformément aux prescription de Cordier. En 1920, on construisit une galerie couverte reliant les baraquements entre eux, ainsi qu'une nouvelle galerie de cure de 40 places orientée à l'Est[960]. Dans l'immédiat après-guerre, les H.C.L. souhaitèrent maintenir les formations militaires héritées de la guerre (tels Sainte-Eugénie, Alix ou La Côte-Saint-André) plutôt qu'édifier de nouveaux établissements :

> *L'utilisation de l'organisation militaire [...] aurait l'avantage de trouver le travail préparé. Mais l'insuffisance de [...] ces formations est notoire et ne saurait être compensée que par la notion que l'on ne fait que du provisoire. [...] La construction de baraquements en bois (utilisation de baraques de l'armée, ou plutôt, création d'autres) paraît plus logique. On peut relever, comme objection hygiénique, la difficulté de désinfection. Elle n'a pas empêché l'emploi de tels baraquements dans les formations de contagieux du front, dans les hôpitaux de Paris.*[961]

Malgré ces objections, les baraques installées pendant la guerre seront utilisées bien au-delà de leur durée de vie théorique : au début des années trente, le service des tuberculeuses de l'hôpital Sainte-Eugénie fonctionnait encore dans les baraquements militaires de 1918, bâtiments qui, on l'imagine volontiers, étaient « en très mauvais état »[962] : une centaine de tuberculeuses étaient installées « de façon défectueuse » dans cinq baraquements dont la surface et le cube d'air ne répondaient plus aux exigences légales en matière d'établissements de tuberculeux. Aux problèmes d'hygiène, s'ajoutaient les difficultés de maintenance, du fait notamment que « l'entretien de ces pavillons en bois recouvert de carton bituminé [était] très coûteux »[963]. Consciente de ces mauvaises conditions hygiéniques et techniques, l'administration hospitalière envisagea en 1925 la construction de deux nouveaux pavillons de tuberculeuses de 150 lits chacun, en collaboration avec le département du Rhône. Le projet de 1927 prévoyait leur réalisation par tranches successives afin de ne pas interompre l'activité médicale dans les baraquements existants[964]. L'octroi d'un important legs en 1928[965] décida finalement l'administration à engager la reconstruction de l'établissement sans attendre le financement du département. Le pavillon Désiré de Fortuné (du nom du donateur) fut inauguré en 1931 (ill. 339).

---

[959] Bonnefous, 1920, p. 26-30.
[960] *Ibidem.*
[961] *Ibidem.*
[962] Hospices civils de Lyon, asile Sainte-Eugénie, construction d'un pavillon de 150 lits pour femmes tuberculeuses, rapport de l'architecte, 18 février 1930. Archives des H.C.L., 2 O 242.
[963] Registre des délibérations des Hospices civils de Lyon, n°97, asile Sainte-Eugénie, création d'un pavillon pour femmes tuberculeuses, 6 février 1929. Archives des H.C.L., 2 O 243.
964 « Le pavillon projeté fait partie d'un projet d'ensemble de bâtiments destiné à une service de 300 tuberculeuses sur l'emplacement occupé actuellement par ce service [...]. L'exécution du programme complet se fera de la façon suivante afin de ne pas troubler le fonctionnement du service : 1. Construction de la partie Sud [...] sur l'emplacement de la galerie de cure A actuelle déplacée ; 2. Occupation de ce demi-pavillon par 75 malades libérant ainsi deux baraquements (B et C) ; 3. Construction sur leur emplacement de la seconde moitié du pavillon [...] permettant de loger ainsi dans le pavillon complet 150 malades ; 4. Construction, par la suite, du second pavillon symétrique de 150 lits et du bâtiment central contenant le service d'entrée et consultation, la radiographie, les laboratoires et la salle de conférences. » Notes sur le plan de masse daté du 3 janvier 1927, Archives des H.C.L., 2 O 243.
[965] Legs Désiré de Fortunet, qui donna son nom au nouveau pavillon de tuberculeuses.

L'usage diffus mais récurrent des baraques militaires après la guerre.

Suite à un rapport des médecins Küss et Courcoux, la Société médicale des hôpitaux de Paris émit, en juillet 1919, le vœu que « les tuberculeux soient séparés des autres malades et qu'ils soient tous hospitalisés dans des salles exclusivement réservées et aménagées à cet effet »[966] dans l'attente que soient réalisés des services et des hôpitaux spécialisés dans le traitement de la tuberculose. Elle demanda également que les baraquements installés pendant la guerre soient immédiatement aménagés en « services autonomes » de tuberculeux annexés aux services de médecine générale des hôpitaux. Dès la fin de la guerre, l'hospice de Brévannes, situé en dehors de Paris, avait été pressenti pour devenir l'un des principaux établissements de tuberculeux parisiens et de nouveaux bâtiments furent construits en 1919 en complément des baraquements installés pendant la guerre[967]. Dénommé sanatorium Landouzy, la nouvelle section comptait 132 lits qui s'ajoutaient aux 500 lits du « Vieux sanatorium » aménagé en 1907[968]. En 1919, le pavillon Villemin fut flanqué des pavillons Flourens et Robert Ghys[969] composés de baraques d'un seul niveau contenant « un dortoir vaste et haut, bien chauffé par des radiateurs [ouvrant] sur une vérandah de cure donnant au sud-ouest ; en arrière, un corps de bâtiment perpendiculaire complète chacun de ces pavillons ; il renferme deux chambres d'isolement, des lavabos, un bureau, un office, une chaufferie et un réfectoire »[970]. Mieux aménagés que les baraques installés pendant la guerre, ces pavillons comptaient chacun 40 lits pour enfants, l'un réservé aux filles, l'autre aux garçons. Comme à Lyon, l'Assistance publique de Paris dut prolonger le fonctionnement de certaines de ces structures provisoires bien après la fin de la guerre.

Au début du XX^e^ siècle, nous l'avons vu, les baraquements en bois n'avaient pas suscité le même enthousiasme en France qu'en Allemagne ou dans l'Europe du Nord[971]. L'usage des baraques dans les hôpitaux parisiens pendant la Première Guerre Mondiale n'avait constitué qu'un pis-aller. Lorsque l'Union des industries métallurgiques et minières envisagea la construction de sanatoriums pour les militaires tuberculeux, la création de « sanatoriums d'attente dans des baraquements » fut de la même façon envisagée afin de disposer d'un plus grand nombre de lits dans les meilleurs délais[972] : « le mode de réalisation consisterait à installer un sanatorium dans des baraquements, comme on l'a fait depuis la guerre dans plusieurs stations sanitaires et comme les Américains l'ont pratiqué chez eux depuis plusieurs années »[973]. L'architecte en charge du projet, Robert Fournez*, passa en revue différents modèles de barques : *Adrian*, « dont les principales qualités sont d'être légers, facilement démontables et de reposer directement sur le sol sans nécessité de fondation » (il en jugea toutefois l'emploi « contre-indiqué, en raison même de ces qualités, pour des constructions qui doivent être fixes et exhaussées ») ou *Favaron*, « à parement extérieur en planches à recouvrement et à parement intérieur en panneaux assemblés à l'atelier »[974]. Les facilités offertes par ce type de construction ne devaient pas entrer en contradiction avec les exigences en matière d'hygiène sanatoriale[975]. Les joints, par exemple, qui, « dans tout baraquement,

[966] Rivet 1919, p. 377.
[967] Le sanatorium Landouzy à l'hospice de Brévannes fut inauguré le 3 novembre 1919.
[968] Assistance publique de Paris 1937, p. 88.
[969] Les baraquements aménagés dans les hôpitaux parisiens pendant la guerre prenaient habituellement le nom de médecins de l'Assistance publique morts au combat. Ces deux pavillons avaient probablement été nommés selon cette règle.
[970] Noël-Augustin 1934, p. 20.
[971] En 1932, Martin Rideau rappelait par exemple que le Conseil supérieur d'hygiène belge avait, de longue date, recommandé de « renoncer aux bâtiments massifs qui défient le temps, de recourir aux constructions légères [...], d'exclure toute superfluité, toute recherche ». « Bien construire, estimait Rideau, pour ne pas avoir à reconstruire, ajoutait Rideau, ne veut pas dire faire éternel. La conception que nous avons aujourd'hui du sanatorium peut évidemment être tout autre dans 20 ans, et il pourra alors être utile de rebâtir ». Rideau 1932, p. 11.
[972] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 37.
[973] *Ibidem.*
[974] *Ibidem.*
[975] « Tout d'abord, si l'on considère que les médecins posent, en principe, que toute chambre de malade de tuberculeux doit être surélevée de 2,50 mètres au moins au-dessus du sol, on doit envisager qu'il faudra construire ces baraquements sur des fondations de maçonnerie ou sur des piliers. Or, la première de ces solutions est coûteuse et la deuxième offre l'inconvénient d'établir sous le plancher un courant d'air qui constituera pendant l'hiver une surface de refroidissement considérable et augmentera sensiblement les difficultés de chauffage. En second lieu, pour éviter qu'une température trop élevée ou trop basse rende les locaux pour ainsi dire inhabitables, il sera indispensable que les baraquements soient à double paroi. Mais cette disposition constituera un palliatif insuffisant entraînant un surcoût de dépense de premier établissement, tout en n'évitant pas une grosse consommation de combustible pour le chauffage, surtout si l'on veut, même en hiver, assurer la ventilation des locaux. » Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 36-37.

existent entre chaque planche », étaient particulièrement « dangereux », tout comme « le vide laissé entre les deux parois » considéré comme le « refuge [de] toutes espèces de vermine » [976]. Tout juste acceptable pour soigner les militaires en temps de guerre, ce système ne semblait recommandable « ni au point de vue médical, ni au point de vue financier »[977].

Avant de pouvoir envisager la construction de nouveaux pavillons de cure, les sanatoriums existants durent parer au plus pressé pour augmenter leur capacité dès la fin de la guerre et accueillir un nombre toujours plus important de malades : anciens miliaires, prisonniers rapatriés, ouvrières employées dans les usines d'armement. De nombreuses formations sanatoriales furent ainsi provisoirement agrandies avec l'installation des baraques que libérait progressivement l'armée. Créé en 1919 par l'Union antituberculeuse du Loiret en complément du sanatorium de Chécy, le sanatorium de Beauregard (Loiret) accueillit ainsi ses premiers malades dans des baraques militaires en bois[978]. Au sanatorium départemental de Feuillas (Gironde), les bâtiments préexistants furent réservés aux femmes et l'on installa en 1922 une baraque de 40 lits pour les hommes. Gestionnaires de cet établissement, les Hospices de Bordeaux s'appuyèrent longtemps encore sur ces aménagements provisoires : achevant la construction d'une nouvelle aile de cure de 45 lits pour femmes, ils envisagèrent en 1925 l'installation de deux baraquements supplémentaires de 100 lits chacun et la création, dans deux baraquements similaires, d'un préventorium pour malades « douteux et anémiques »[979]. En 1920, le préfet de l'Hérault suggéra l'installation de trois baraques pour augmenter la capacité du sanatorium Bon-Accueil à Montpellier, dont l'une d'elles devait servir de galerie de cure[980] (ill. 227). La même année, l'Union internationale contre la tuberculose adopta à l'unanimité, parmi ses principaux objectifs, celui « d'organiser des sanatoriums, en baraquements périurbains, pour l'isolement des malades avancés et pour le traitement des malades curables »[981]. Autre exemple significatif : en 1921, lorsque les Hospices civils de Rouen aménagèrent l'hôpital-sanatorium de la route de Darnétal dans des bâtiments sommaires en briques, l'établissement disposait de « deux baraques en planches à double paroi de 30 mètres de long par sept mètres de large » dont l'un servait de galerie de cure et l'autre d'atelier et de salle de repos[982]. En 1922, au sanatorium de La Guiche (Saône-et-Loire), les malades construisirent eux-mêmes une salle des fêtes à l'aide de baraques de type *Blocus* achetées au ministère des régions libérées[983]. Au début des années vingt, l'emploi de baraquements n'était donc admis que pour l'extension d'établissements préexistants et ne constituait qu'un "bricolage" dont la mise en œuvre était parfois laissée aux malades eux-mêmes. De même, les baraques installées dans les hôpitaux pendant la guerre pour accueillir les militaires tuberculeux ne furent pas désaffectées du jour au lendemain en 1919. A Paris, il faudra attendre l'achèvement des hôpitaux-sanatoriums de Champcueil et de Champrosay (Essonne), en 1935, pour obtenir la désaffectation et la destruction du sanatorium Georges Clémenceau, installé dans des baraques en bois à l'hospice de Bicêtre depuis la fin de la guerre et qui constituait « une tache dans le système antituberculeux »[984] de l'administration parisienne.

[976] *Ibidem.*
[977] *Ibidem.*
[978] Société d'assistance aux malades et convalescents, *Les Sablons, 100 ans d'histoire, 100 ans de soins (1901-2001)*, Chécy, 2001, p. 17.
[979] Rapport du Dr Evrot dans le département de la Gironde, août 1925. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.29 Gironde.
[980] Lettre du 27 novembre 1920 du préfet de l'Hérault au président du conseil général. A.D. de l'Hérault, 1 X 434.
[981] Poix 1920, p. 435.
[982] H. civils de Rouen, note concernant l'hôpital-sana. de la route de Darnétal, 24 mars 1921. A.D. de la Seine-Maritime, H. dépôt 3 O 59.
[983] Duballen & Richard 1923, p. 8.
[984] Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. 89.

2.1.5. Les réseaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

Les comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux.

Entre août 1914 et juin 1919, sur huit millions de soldats mobilisés, le service de santé militaire dépista 400.000 à 500.000 militaires suspects de tuberculose dont 150.000 furent effectivement déclarés atteints. La maladie causa le décès d'environ 40.000 militaires tandis que 90.000 furent réformés et renvoyés chez eux ou dans les établissements provisoires mis à leur disposition[985]. Les autorités sanitaires s'inquiétaient du risque de dissémination de la maladie que faisaient courir les militaires à leur sortie des hôpitaux et stations sanitaires. En juillet 1918, le directeur de la Mission Rockefeller en France, Livingston Farrand, déclara avec fracas : « Il ne peut y avoir de doute que le nombre de morts par tuberculose excède celui des tués au combat »[986]. Bien qu'exagérée, cette formule témoigne de l'affolement suscité par la démobilisation massive des militaires tuberculeux. La durée de séjour des tuberculeux dans les structures provisoires étant limitée à trois mois, leur devenir à la sortie des hôpitaux et des stations sanitaires devint rapidement problématique. Dans une circulaire du 21 mars 1916, le ministère de l'intérieur invita les préfets à créer, dans chaque département, un « comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux »[987]. Troisième et dernier maillon du dispositif antituberculeux mis en place pendant la guerre, ces comités devaient assurer aux militaires ce que les dispensaires assuraient aux populations civiles. Les comités prenaient en charge les tuberculeux dès leur sortie des stations et hôpitaux sanitaires, s'assuraient du respect des méthodes de prophylaxie ou, le cas échéant, orientaient les malades vers les établissements adaptés à leur état de santé[988]. Les comités devaient leur apporter « toute l'assistance morale, matérielle et pécuniaire » dont ils pourraient avoir besoin. En 1918, Bernard décrivait ainsi leur but et leur méthode :

> *Le but, c'est de prendre en charge les militaires réformés pour tuberculose pulmonaire et sortis des formations sanitaires qui les avaient hébergés jusque là. La méthode consistait à fournir à ces réformés ce qu'on pourrait appeler l'assistance prophylactique, c'est à dire une assistance qui se traduit moins par des dons d'argent que par l'apport de tous les secours qui peuvent être utiles aux foyers envahis par la tuberculose : secours alimentaires, médicaux, hygiéniques ; secours matériels en nature et secours moraux et éducatifs.*[989]

Contrairement aux structures sanitaires de « triage » et de cure, la création des comités fut laissée à l'initiative locale, sans contrôle de l'Etat. Les comités furent donc mis en place sans véritable coordination nationale, s'appuyant essentiellement sur les structures préexistantes[990]. Ils prirent la forme juridique d'associations, régies par la loi de 1901, et leur financement devait être assuré par des dons privés et des subventions publiques. Leur existence ne devait être que provisoire et la circulaire de 1916 prévoyait leur dissolution, comme les stations sanitaires, six mois après la fin des hostilités[991]. Souhaitant profiter de la reconnaissance nationale que ce dispositif pouvait leur offrir, de nombreuses œuvres philanthropiques engagées dans la lutte contre la tuberculose se convertirent en comités d'assistance départementaux, bénéficiant ainsi d'une nouvelle visibilité ainsi que de moyens supplémentaires pour intensifier leur action. Chevilles ouvrières des comités, des délégués bénévoles ou, plus souvent, des infirmières visiteuses, rencontraient les malades chez eux, leur fournissaient du matériel (crachoirs de poche, thermomètres, chaises de cure, etc.) et les services hygiéniques (« buandage » du linge, désinfection périodique des logements, etc.) nécessaires au respect, à domicile, des règles d'hygiène apprises dans les établissements de tuberculeux. Les visiteuses d'hygiènes distribuaient également des bons d'alimentation et des conseils de prophylaxie aux malades et à leur entourage. Les « visites simples » alternaient avec la visite mensuelle

[985] V. de Lavergne, « Le Service de santé militaire et la lutte antituberculeuse », in *Revue d'hygiène*, octobre 1922, p. 880-881, cité par Murard & Zylbermann 1993, p. 273.
[986] Cité par Murard & Zylbermann 1993, p. 273.
[987] J.O. 20 juillet 1917, p. 717.
[988] *Ibidem.*
[989] Bernard 1918, p. 9.
[990] Dans le Rhône, le Comité départemental pour l'assistance aux anciens militaires tuberculeux fut créé par le préfet en 1916.
[991] Lettre du 22 mars 1920 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.

d'un « dispensaire ambulant » conduit par une infirmière et un médecin[992]. Dans le but de « coordonner, d'orienter et de seconder l'action des comités départementaux », un « comité central d'assistance aux militaires tuberculeux » fut créé le 1er avril 1916[993] avec, à sa tête, Léon Bourgeois* (1851-1925), infatigable promoteur des dispensaires. Cette structure fut transformée en Comité national des anciens militaires tuberculeux en 1917, puis en Comité national de défense contre la tuberculose en 1919.

Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Ces efforts ne visaient néanmoins qu'une seule catégorie de tuberculeux : les anciens militaires. Très rapidement, certains comités d'assistance mirent à profit la liberté d'action que permettait leur statut pour anticiper la constitution d'un armement antituberculeux à destination des populations civiles. Contrairement aux sanatoriums, la création des dispensaires n'avait pas été pas suscitée par la guerre. Ouverts à partir de 1901 dans de nombreuses villes françaises, les dispensaires avaient fait leurs preuves et leur généralisation avait été envisagée avant la guerre dans un projet de loi « tendant à instituer des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse »[994], déposé le 26 juillet 1913 par Léon Bourgeois. Si l'entrée en guerre, quinze mois plus tard, obligea les parlementaires à en reporter l'adoption, les difficultés sanitaires rencontrées dans l'armée dès 1915 rendirent son adoption plus nécessaire que jamais. Le 15 avril 1916, moins d'un mois après la circulaire encourageant la création des comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, la loi instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse était promulguée. Elle distinguait plusieurs catégories de dispensaires : les dispensaires d'hygiène sociale, les dispensaires privés, les dispensaires mutualistes et les dispensaires créés par une administration publique[995]. Selon Mouisset, le dispensaire constituait « la base du plan général » de lutte contre la tuberculose dont les tâches étaient de « faire l'éducation antituberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure et de convalescence, et, le cas échéant, de mettre à la portée du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendues insalubres par les malades » (article 1er de la loi de 1916). Comme dans le cas des comités d'assistance, la création des dispensaires était laissée à l'initiative départementale, communale ou privée car, contrairement aux stations et hôpitaux sanitaires, les dispensaires s'adressaient au plus grand nombre, militaires et civils. Il n'existait avant 1915 que quelques dispensaires à Lille, Nantes, Lyon ou Paris, mais les conditions minimales d'aménagement requises par la loi facilitèrent leur multiplication. Contrairement aux établissements de cure, les dispensaires exigeaient avant tout de l'organisation et de la méthode, leur aménagement pouvant se contenter de locaux de petites dimensions, sommairement aménagés[996]. En juin 1919, 86 dispensaires avaient été créés depuis l'entrée en vigueur de la loi et plus

[992] S'agissant du rôle des infirmières visiteuses, voir : Guinon 1919, p. 122-124. En Gironde, par exemple, une équipe de « monitrices d'hygiène » avait été créée pour prodiguer les recommandations permettant aux malades d'entretenir à domicile les bienfaits de la cure sanatoriale. J.O. 20 juillet 1917, p. 718.

[993] Devenu Comité National en 1917 ; la présidence en était assurée par Léon Bourgeois. J.O. 20 juillet 1917, p. 700 et 720.

[994] Président de la Commission permanente pour la lutte contre la tuberculose depuis 1903, Léon Bourgeois était également ministre du travail et de la prévoyance sociale depuis 1912. Dessertine & Faure 1988, p. 38.

[995] Mouisset 1920, p. 313.

[996] Bien que datant de 1951, la description que fait Besson de l'aménagement des dispensaires correspondait aux exigences de l'entre-deux-guerres en la matière : « Au point de vue de sa construction, de son aménagement et de sa distribution, le dispensaire devra porter la marque de sa destination, il sera adapté à la tâche qui lui est assignée. Les bâtiments seront conçus et aménagés à cet effet : sans aucun luxe mais avec le souci de la simplicité, de facilité de fonctionnement, d'entretien et de propreté ; à l'intérieur des locaux, aucune décoration inutile ; tout doit être vaste, clair, propre, pratique. On s'efforcera de rassembler tous les locaux de service au même étage, de préférence, au rez-de-chaussée ; on proscrira des papiers peints, les tentures murales, les parquets, les rainures et les recoins obscurs ; jusqu'à mi-hauteur, les murs seront revêtus de granito ou de céramique ; le haut des murs et les plafonds seront enduits de peintures lavables de teinte claire (à l'exclusion du blanc, trop salissant) ; au sol, carrelage, terrazolith, linoléum ou tout autre produit analogue, facile à laver et à désinfecter. Le bâtiment d'installation possèdera toute les pièces nécessaires au service : vaste salle d'attente, bureaux du médecin-chef et de l'assistante sociale ; salle de consultation avec déshabilloirs et appareillage radiologique, celui-ci étant installé dans une petite salle contiguë avec petit laboratoire de développement des clichés, on peut également prévoir une installation d'oto-rhino-laryngologie et une petit laboratoire d'analyse [...]. Les salles d'attente et de consultation doivent être vastes, bien ventilées et chauffées en hiver [...]. Elles sont séparées par des déshabilloirs [...]. La salle de consultation sera vaste, éclairée, aérée, protégée contre le bruit et bien chauffée en hiver [...]. Aux endroits voulus, des crachoirs seront placés en nombre suffisant ; ils contiendront une petite quantité de solution désinfectante ; ils seront vidés et stérilisés régulièrement ; de même que le linge courant qui sera également désinfecté (soit par trempage, soit en étuve). Le service administratif du dispensaire disposera en outre d'une salle pour fichiers, organe essentiel pour la continuité des soins, le triage et l'aiguillage des consultants, la surveillance et le contrôle du malade [...]. » Besson 1951, p. 192-193.

d'une centaine étaient en projet dans toute la France[997]. On comptait à la fin de l'année 1919 pas moins de 191 dispensaires opérationnels[998]. Bientôt généralisés à l'ensemble du territoire français, ces dispensaires formèrent rapidement un maillage serré de structures sanitaires antituberculeuses assurant un rôle de premier plan dans le futur armement national de lutte contre la tuberculose. Les comités départementaux furent aidés dans leur entreprise par la reconnaissance légale du dispensaire en tant qu'outil de prophylaxie, de dépistage et de soins. Avant même la fin de la guerre, certains comités, plus ambitieux ou mieux dotés financièrement, entreprirent de développer le programme antituberculeux départemental ainsi ébauché en complétant les dispensaires nouvellement créés par l'ouverture d'établissements de cure. La construction des premiers sanatoriums départementaux, nous le verrons, sera engagée avant même l'adoption de la loi de 1919 sur les sanatoriums.

L'aide américaine et la Mission Rockefeller.

Le détachement, en France, d'une commission américaine contre la tuberculose avait été motivé par les « rapports alarmants » envoyés, dès 1916, au siège de la Fondation Rockefeller[999]. Une petite délégation américaine, dirigée par Hermann Biggs (1859-1923), directeur général du Bureau de santé de New York, arriva en France le 9 janvier 1917 pour dresser l'inventaire des besoins sanitaires. Le rapport que transmit Biggs en mai 1917 convainquit la Fondation de la nécessité de développer un véritable programme d'aide en France : un budget de 100.000 dollars fut alloué pour une mission sanitaire d'une durée de cinq ans[1000]. Cette sollicitude s'explique également par l'entrée en guerre des Etats-Unis aux côtés de la France le 4 avril 1917. La presse américaine s'empressa de dénoncer le mauvais état sanitaire des troupes françaises, notamment la forte incidence de la tuberculose et les risques de contagion encourus par les soldats américains à leur contact. Manifestement exagérées, les « informations alarmistes » [1001] diffusées outre-Atlantique semblaient justifier, à elles seules, l'aide américaine à la réorganisation du système sanitaire français. La Commission de préservation contre la tuberculose en France, couramment appelé « Mission Rockefeller », souhaitait mettre à profit l'expérience acquise dans les plans sanitaires mis en place dans les états pauvres du sud des Etats-Unis au début du siècle. Ces programmes se basaient notamment sur « une étude statistique préliminaire pour déterminer l'incidence du fléau, l'établissement de dispensaires et le lancement d'une vaste campagne d'éducation populaire »[1002]. Dans un premier temps, cette initiative suscita des autorités française une réaction de méfiance ; certains médecins se déclarèrent même franchement hostiles, tel Raoul Brunon* (1854-1929), qui l'assimilait la Mission Rockefeller à une inadmissible ingérence :

> *Les Américains*, s'insurgeait-il, *sont arrivés chez nous en s'imaginant qu'en fait de médecine sociale, nous étions encore dans l'enfance. Ils ne savaient pas que l'étude de la tuberculose est française ; sur l'affirmation des Allemands, ils la croyaient allemande. Et aujourd'hui, les premiers d'entre eux, mieux avertis, reconnaissent qu'ils ont beaucoup à apprendre chez nous et que c'est nous, médecins français, qui, en matière de tuberculose, sommes les maîtres.*[1003]

Pour parer les attaques, les membres de la Mission et notamment son directeur, Livingston Farrand (1867-1939), durent déployer leurs talents de persuasion et « d'apaisement à [destination de] l'opinion publique et parlementaire » :

> *Les mesures prisent en France,* expliquait Farrand*, s'accordent avec les idées scientifiques les plus modernes et sont d'autant plus remarquables qu'elles sont exécutées à un moment où la France a besoin de toutes ses énergies pour la lutte qu'elle soutient [...]. Elles constituent un gage certain que la France sera tout aussi bien armée dans un avenir prochain, que n'importe quel autre pays. Nous ne sommes pas venus, mes*

[997] J.O. 27 juin 1919, p. 369. Les premiers dispensaires Bourgeois furent ouverts dans le Rhône, les Bouches-du-Rhône, l'Aube, l'Oise, la Haute-Garonne, le Finistère, l'Isère, la Marne, la Meurthe-et-Moselle, la Haute-Vienne, le Lot et la Loire.
[998] Mouisset 1920, p. 312.
[999] Fondée en 1913, la Fondation Rockefeller disposait d'une division consacrée à la santé, l'*International Health Commission*, vouée à « promouvoir pour toute la planète le bien-être de l'humanité ». Murard & Zylberman 1993, p. 270.
[1000] *Idem*, p. 271.
[1001] Chicago Tribune, 14 juillet 1917, cité par A. Honnorat, J.O. 20 juillet 1917, p. 698.
[1002] R. Fosdick, cité Murard & Zylberman 1993, p. 271.
[1003] Brunon 1920, p. 127.

collègues et moi, [...] avec l'idée que la France n'est pas à la hauteur de la tâche ; nous admirons vos méthodes éclairées, comme l'organisation de certains de vos hôpitaux ou sanatoriums consacrés aux tuberculeux. Nous avons voulu seulement vous apporter les résultats d'expériences poursuivies aux Etats-Unis depuis de longues années, ainsi, vous éviter des pertes de temps à un moment où votre temps est si précieux.[1004]

Bien que peu disposées à recevoir des leçons, les œuvres sanitaires privées virent dans le programme américain une source potentielle de financement. La Mission apportait effectivement une aide logistique et financière : aux 16 millions de francs distribués en subventions et en aides directes par la Croix-Rouge américaine[1005], j'ajoutèrent 6,5 millions de francs distribués par la Mission à 54 départements français[1006]. Pour « faire une démonstration de méthode dans l'organisation de la lutte antituberculeuse », la Mission choisit en novembre 1917 un département témoin, celui d'Eure-et-Loir, devenu « terrain d'expérience »[1007] pour la mise en place de nouvelles structure de lutte contre la maladie. La Croix-Rouge américaine prit également part à ce projet qui débuta en janvier 1918. Pour compléter les deux « modestes » dispensaires qui existaient alors dans le département, un dispensaire « central » fut créé dans chaque chef-lieu d'arrondissement ainsi qu'un dispensaire « auxiliaire » dans chaque canton ; au total, une vingtaine de dispensaires furent installés où l'on pratiquait des méthodes de gestion empruntées aux dispensaires américains, à l'aide notamment de fiches (huit par malade). Pour assurer la réussite de cette « expérience » et offrir un débouché aux malades dépistés, les œuvres américaines créèrent le sanatorium de Haut-Saint-Jean, à Chartres, qui ne fut toutefois ouvert qu'en juillet 1921. Un projet de sanatorium interdépartemental fut également envisagé mais ce projet n'aboutit pas. Des pavillons de tuberculeux furent aménagés dans les principaux hôpitaux du département : Dreux, Chartres, Nogent-et-Rotrou et Chateaudun, qui devaient être complétés par un « grand laboratoire départemental », prévu à Chartres, en remplacement des laboratoires d'arrondissement. Cette expérience déployait les structures antituberculeuses à tous les niveaux de la lutte contre la maladie : prévention, dépistage, soins, assistance des anciens malades. Il revient probablement à la Mission Rockefeller d'avoir démontré la pertinence et la viabilité d'une organisation d'envergure départementale. Avec les méthodes américaines et la volonté politique affichée à cette époque par le parlement, rien ne s'opposait plus au déploiement d'un plan à grande échelle de lutte contre la tuberculose.

[1004] Cité par Tessier 1922, p. 568.
[1005] La Croix Rouge américaine fut particulièrement active en matière de subventions aux sanatoriums et Maurice Letulle rappelait en 1919 que « les dons aux départements furent de 1.000 francs, en moyenne, pour la création d'un nouveau lit, soit dans les hôpitaux, soit dans les sanatoriums. 2.712 nouveaux lits furent ainsi créés ». C'est à son initiative et selon un modèle ayant fait ses preuves aux Etats-Unis, que fut encouragé le recours aux infirmières visiteuses, pour la formation desquelles plusieurs écoles durent être créées (Guinon 1919, p. 124) .Les subventions furent les suivantes : 300.000 francs pour le sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire), 100.000 francs pour le sanatorium de Roscoff (Finistère), 200.000 francs pour le sanatorium de Lège (Gironde), 300.00 francs pour le sanatorium de Tours (Indre-et-Loire, il s'agit probablement du sanatorium Le Jouteux), 150.000 francs pour le sanatorium de Blois (Loir-et-Cher), 108.000 francs pour le sanatorium de Zuydccote (Nord), 485.000 francs pour le sanatorium de Bligny (Essonne), 248.000 francs pour le sanatorium de Brévannes (Val-de-Marne), 280.000 francs pour le sanatorium du Montet (Allier), 100.000 francs pour le sanatorium des Syndicats des Cheminots à Ris-Orangis, 100.000 francs pour le sanatorium de Sallanches (Haute-Savoie), 100.000 francs à la colonie agricole du Dr Sergent (non identifiée). Letulle 1920, p. 42.
[1006] Tessier 1922, p. 571.
[1007] S.a., « Eure-et-Loire. L'œuvre antituberculeuse de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine », in *Bulletin du C.N.D.T.*, novembre 1919, p. 19.

2.2. Vers un armement antituberculeux national.

2.2.1. Des stations sanitaires aux projets départementaux (1916-1918).

Le choix d'une organisation départementale de lutte contre la tuberculose résultait moins d'une volonté politique de décentralisation dans la prise en charge des malades, que d'un état de fait : avec ou sans aide de l'Etat, les départements souhaitaient développer leurs propres structures antituberculeuses. Plusieurs départements, nous l'avons vu, avaient esquissé, dès avant la guerre, leurs propres programmes d'aide aux tuberculeux ; certains d'entre eux, comme l'Aisne, avaient même envisagé la construction d'un établissement départemental (voir p. 108). De la même façon que la guerre avait facilité l'adoption, en 1916, de la loi sur les dispensaires antituberculeux, elle conforta les départements les plus engagés dans la lutte contre les fléaux sociaux dans l'idée selon laquelle la prise en charge des tuberculeux était non seulement utile, mais encore indispensable. Adoptée tardivement, en septembre 1919, la loi sur les sanatoriums avait été l'objet, depuis mars 1917 au moins, d'un long débat à l'Assemblée nationale. Ce débat avait été probablement relayé localement par les députés et les sénateurs, notamment dans les assemblées départementales et municipales. L'empressement manifesté par 23 départements, dès 1915, d'assurer la prise en charge sur leur territoire des militaires tuberculeux, était symptomatique de la volonté des conseils généraux d'agir : dans cette entreprise, le soutien de l'Etat était un gage supplémentaire de succès. En 1917, Léon Bernard constatait effectivement la tendance à « l'individualisation des efforts » dans les départements français en matière de lutte contre la tuberculose. Victor Cordier, de la même façon, rapportait que « l'Ain veut son sanatorium ; Vienne a le sien à Seyssuel. Grenoble à La Tronche. Les Bouches-du-Rhône ont voté 2.000.000, mais pour avoir leur sanatorium. Les Alpes-Maritimes, Hautes et Basses-Alpes, veulent coopérer pour leur sanatorium »[1008]. Le phénomène évoqué par Cordier dans le sud-est de la France pouvait vraisemblablement s'appliquer à l'ensemble du pays en 1916 et 1917. Il faut toutefois distinguer, parmi les départements fermement engagés dans une politique départementale de lutte contre la tuberculose, ceux qui, ayant mis à disposition de l'Etat une station sanitaire, durent composer avec l'existant, de ceux qui, partant de rien, purent orienter leur action vers des projets indépendants des formations militaires.

Dès 1916, sur l'initiative de médecins enthousiastes, plusieurs administrations départementales estimèrent qu'il n'était plus possible de faire l'économie d'un sanatorium : on ne pouvait espérer à long terme de résultats thérapeutiques satisfaisants dans les anciennes stations sanitaires. L'un des premiers départements à s'engager dans la construction d'un sanatorium départemental fut la Saône-et-Loire. Le conseil général avait mit à la disposition du ministère de l'intérieur l'asile de vieillards de Semur-en-Brionnais pour l'aménagement d'une station sanitaire, ouverte en avril 1916. Il ne souhaitait toutefois pas donner un caractère définitif à cette formation dont le climat, « surtout en hiver, [n'était] pas tout à fait indiqué pour les tuberculeux »[1009]. Le conseil général fut donc « amené à envisager le problème dans toute son ampleur, pour le présent et pour l'avenir »[1010]. Comme l'avait fait le préfet de la Mayenne pour la station sanitaire de Clavière, le préfet de Saône-et-Loire insista fortement auprès de l'administration départementale afin de trouver une solution pérenne à la prise en charge de ses tuberculeux. Si nous n'avons pas trouvé la trace d'une circulaire ministérielle sollicitant les préfets dans ce sens, il est probable qu'ils reçurent la consigne, en 1915 ou 1916, d'encourager toute initiative locale devant faciliter l'hospitalisation des tuberculeux après la guerre. Dès 1916, le département de Saône-et-Loire engagea donc la construction d'un sanatorium départemental sur son territoire, à La Guiche :

[1008] Cordier considérait cette « individualisation des efforts » comme le principal obstacle à la mise en place de fédérations régionales de lutte contre la tuberculose, telle l'U.H.S.E, initiée par les Hospices civils de Lyon. Cordier 1917, Archives des H.C.L., *op. cit.*, p. 29.
[1009] Département de la Saône-et-Loire, Note relative à la construction d'un sanatorium à La Guiche, Mâcon, Imprimerie Perroux et fils, 1916. A.D. de la Saône-et-Loire, BR 1257.
[1010] *Ibidem.*

Au lieu d'une station de fortune hâtivement aménagée dans de vieux bâtiments [...], précisait une brochure de 1916, *le conseil général s'est résolu à faire, du premier coup et tout de suite, tout l'effort utile et indispensable. Il faut dès aujourd'hui un sanatorium pour les épuisés de la guerre, il en fallait un, ensuite, pour les tuberculeux civils. Le même établissement remplira ces deux obligations.*[1011]

La Guiche ne s'inspire d'aucun établissement similaire construit en France avant la guerre (ill. 342). Le sanatorium est constitué d'un bâtiment unique, rectiligne, comprenant un seul étage sur un rez-de-chaussée et un sous-sol surélevé (plan 71-03). Il comprend un pavillon central de services (réfectoires aux sud, sanitaires au nord) et deux ailes, divisées chacune en deux sections par un avant-corps central. Chaque aile est terminée par un pavillon accueillant des locaux sanitaires. Le rez-de-chaussée et le premier étage, réservés aux malades, comprennent quatre sections constituées ¨de dortoirs de 17 ou 24 lits ; ils dortoirs sont précédés, à chaque étage, d'une galerie de cure. Le service médical, les cuisines, la buanderie et le service de désinfection sont situés au sous-sol : ils sont éclairés au Nord par de grandes fenêtres donnant sur une cour anglaise et au Sud par des soupiraux donnant sur la terrasse. Le bâtiment principal est construit sur une terrasse artificielle prolongée, au Sud, par deux « promenoirs couverts» dont le sol est au niveau du parc. Ces promenoirs sont directement reliés au rez-de-chaussée du bâtiment par deux escaliers intérieurs et à la terrasse qui les surplombe par un escalier extérieur situé dans l'axe du bâtiment.

La Guiche est le premier sanatorium populaire français disposant de galeries de cure à l'avant des chambres de malades, selon un dispositif courant dans les établissements suisse. Nous ne savons pas quelles furent les références de l'architecte départemental de Saône-et-Loire, Choquin, pour ce projet, mais la piste suisse paraît plausible du fait de la proximité géographique et la similarité de cette disposition avec les balcons individuels de cure présents dans certains sanatoriums privés suisses depuis 1900, tel le Schatzalp à Davos. Ce choix typologique présentait toutefois quelques inconvénients : pour des raisons de coût, il n'était pas envisageable de loger les malades dans des chambres, raison pour laquelle l'organisation en grands dortoirs furent adoptée. Plus profonds que des chambres, ces dortoirs devaient être correctement éclairés et ventilés : l'architecte renonça donc au couloir nord de distribution au profit de dortoirs traversants, ouverts au Nord et au Sud. Cette disposition est en tous points similaires à celle adoptée dix ans auparavant au sanatorium munichois de Harlaching dont les galeries de cure étaient, sur trois étages, « directement adossées aux salles de malades à 20 lits » et qui, « en contrepartie de la perte d'éclairage et de ventilation au Sud », étaient « traversantes, également ouvertes sur la façade nord »[1012] (ill. 31-32). A chaque étage et dans chaque aile, il fallait donc traverser le premier dortoir pour accéder au second. Il est toutefois probable que les galeries de cure, communiquant d'un côté avec le réfectoire et de l'autre avec la salle de jeux, étaient utilisées en dehors des heures de cure comme galeries de circulation. Selon ce dispositif, les dortoirs des malades s'apparentent aux salles communes des anciens hôpitaux ou des stations sanitaires, notamment ceux installées dans des séminaires. Cette ressemblance n'est pas anecdotique dans la mesure où certains de ces aménagements, tels ceux réalisés à Saint-Jodard en 1916, étaient jugés exemplaires et dignes de servir de modèle pour la réalisation de nouveaux établissements. Une filiation entre ces aménagements provisoires et les plans atypiques du sanatorium de La Guiche est donc envisageable, l'architecte se serait alors contenté d'améliorer l'orientation du bâtiment et la répartition des galeries de cure.

Le département de Saône-et-Loire fit œuvre de pionnier et son initiative fut suivie par d'autres administrations départementales. Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat mentionnait ainsi, en plus des stations sanitaires, un certain nombre de sanatoriums en cours de construction : nous y retrouvons le sanatorium de La Guiche, mais également ceux de Plougonven (Finistère), de Lège (Gironde), du Montet (Allier) ou de Verrières[1013] (Loire), les sanatoriums en cours de réalisation de La Tronche, Vienne et Voiron (Isère) et l'extension du sanatorium d'Oissel (Seine-Maritime). D'autres établissements, encore au

[1011] *Ibidem.*
[1012] Schmieden & Boetke 1905, p. 78.
[1013] Dans la Loire, le Conseil général proposa la création d'un sanatorium à Verrières en complément de la station sanitaire de Saint-Jodard. Ce projet semble fut probablement abandonné car nous n'en avons trouvé la trace que dans le rapport Honnorat de juillet 1917.

stade du projet, témoignent d'un foisonnement d'initiatives dans le Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Aude, les Bouches-du-Rhône[1014], le Doubs, l'Ain, la Haute-Garonne, le Var, l'Eure-et-Loire, la Seine-et-Marne, l'Ardèche et la Drôme, la Savoie et la Haute-Savoie[1015]. Léon Bernard mentionnait d'autres projets similaires dans les Alpes-Maritimes, les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence[1016]. Tous les malades n'étant pas justiciables de la cure sanatoriale, quelques comités départementaux proposèrent enfin la création de pavillons de tuberculeux ou de salles réservées aux malades dans les hôpitaux[1017].

Au Montet (Allier), la création du sanatorium François Mercier trouve ses origines dans un projet d'extension, en 1916, de l'hôpital local pour accueillir 80 militaires tuberculeux (ill. 142). Situé en ville et jugé trop exigu, cet hôpital se prêtait toutefois mal à une telle transformation. Le maire du Montet, François Mercier, était un important entrepreneur en bâtiment ; le hasard voulut que l'entreprise Mercier construisait à cette époque le sanatorium de La Guiche en Saône-et-Loire. Sensible à la question de l'hospitalisation des tuberculeux, merci offrit un terrain pour la construction d'un sanatorium de cure sur le modèle de celui qu'il édifiait en Saône-et-Loire[1018]. L'Œuvre du sanatorium Bourbonnais fut créée en 1917 avec l'appui du département pour la réalisation de ce projet. Mercier s'engagea de son côté à faire exécuter à prix coûtant par son entreprise les travaux de construction de l'établissement dont les plans, conçus par l'architecte départemental de l'Allier, Tarbourdeau, étaient vraisemblablement inspirés du sanatorium de La Guiche. A l'inauguration du sanatorium du Montet, le 27 novembre 1921, l'Œuvre fut dissoute et l'établissement solennellement remis au conseil général chargé d'en assurer la gestion. Nous n'avons trouvé de cet établissement que des plans datant des années cinquante (plans 03-01), époque à laquelle la distribution des espaces fut intégralement modifiée par la création de chambres doubles. Des photographies anciennes montrent toutefois que les malades étaient logés dans de vastes dortoirs. L'unique galerie de cure était alors située au rez-de-chaussée de l'aile est, sous les dortoirs (ill. 142).

Comme en Saône-et-Loire, le conseil général du Finistère avait mis immédiatement à disposition du ministère de l'intérieur les bâtiments nécessaires pour l'installation d'une station sanitaire et avait projeté, parallèlement, la création d'un sanatorium départemental correctement aménagé. La station sanitaire de Huelgoat put être ouverte en 1916, tandis que la construction du sanatorium de Guervénan, à Plougonven, fut commencée en 1917 sur un terrain de 67 hectares acquit par le département. Etonnamment, la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre du projet étaient confondues dans la personne d'Albert Louppe* (1856-1927), président du conseil général du Finistère, et à ce titre commanditaire de l'équipement, mais également ingénieur polytechnicien et auteur du projet[1019]. La première tranche du sanatorium comprenait six pavillons de 32 lits chacun et devait initialement accueillir ses premiers malades, militaires tuberculeux, en décembre 1917, en complément de la station sanitaire de Huelgoat. Du fait des difficultés de financement, d'approvisionnement en matériaux et en main d'œuvre (l'établissement fut construit par des prisonniers civils allemands), le sanatorium n'ouvrit toutefois ses portes qu'en mai 1919[1020]. Ce projet est intéressant à plus d'un titre : en premier lieu, il développe, avec une grande rigueur, le système strictement pavillonnaire, introduit pour la première fois en France au sanatorium de Montigny-en-Ostrevent (Nord, 1905) ; ensuite, il offre sans doute le seul exemple d'utilisation, en France, du système anglo-saxon « *Lean-to* »[1021], également appelé « système Darlington », constitué de « chambres-galeries » qui, selon Guinard, transformaient « le sanatorium en cure extérieure permanente, afin que les malades

[1014] Nous ne savons rien du projet des Bouches-du-Rhône si ce n'est que le C.N.D.T. envisagea, en prévision de la construction du sanatorium, d'abandonner au département la totalité du produit de la « Journée des tuberculeux ». Le bureau du C.N.D.T. décida « de ne point se dérober, mais de réserver, à raison des circonstances, le quantum de sa subvention ». Le département ne réalisera son établissement qu'à la fin des années trente. Demande de subvention pour les pavillons hospitaliers de Marseille, bureau n°2, séance du 16 février 1918. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., C.N.D.T. BU.1.
[1015] J.O. 20 juillet 1917, p. 719.
[1016] Cité par Cordier 1917, Archives des H.C.L., *op. cit.*, p. 29.
[1017] Cela concernait notamment les hôpitaux de Saint-Etienne et Feurs (Loire), Limoges, Rouen, Châteauroux, Lyon, Boulogne-sur-Gesse (Haute-Garonne), Marseille et Nancy. J.O. 20 juillet 1917, p. 719.
[1018] Historique du sanatorium, s.d. A.D. de l'Allier, 1 X 7.
[1019] S.a., « Le Finistère et la Santé Publique. Comment est organisée la lutte antituberculeuse », supplément de *La Vie saine*, s.d. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., Seine-Inférieure.
[1020] Dominique Bette, « Le "sana", 60 ans d'histoire », in *Le Télégramme*, 8 avril 2003.
[1021] Inspection technique du Dr J. Evrot, mai 1925. Archives de l'institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.26 Finistère.

passent même leurs nuits constamment au dehors » [1022] (cat. 29-04). Le système « *Lean-to* » avait été employé pour la première fois au sanatorium de la ville de New York : les baraques en bois dans lequel il fut installé provisoirement, en 1905, comportaient une « chambre de toilette » fermée, encadrée de part et d'autre par deux dortoirs partiellement ouverts précédés d'un portique de cure. « Il fut constaté, rapportait le médecin Martin Rideau en 1932, que, même par grand froid, les malades préféraient dormir dans le portique ouvert et, s'inspirant de cette considération, les premiers bâtiments permanents construits en 1906 ne furent constitués que par des portiques-dortoirs »[1023]. Le médecin Le Page, directeur de l'établissement en expliquait ainsi la raison :

> *Pourquoi, sous le rapport de la lutte et surtout de la prophylaxie antituberculeuse, n'avouerions-nous pas notre infériorité sur l'Amérique ? Les créateurs du sanatorium de Plougonven n'ont mis aucune fausse honte à le reconnaître et ils ont opté pour les pavillons le type américain* Lean-to*, en l'adaptant largement aux conditions de la région. Le pavillon, toujours orienté plein sud, long de 70,40 mètres, se compose de deux ailes et d'une salle centrale qui sert de salle de lecture et à laquelle font suite un lavabo, un vestiaire et des water-closets. Le* Lean-to *est surélevé sur des piliers de ciment pour éviter toute humidité et ne se compose que d'un seul étage. Dans la partie centrale, cependant, on a aménagé des caves pour l'évacuation du linge sale et la disposition des appareils de chauffage. A chaque extrémité du bâtiment existe une petite pièce servant, l'une de pharmacie pour l'infirmière, l'autre de petit vestiaire pour les malades. Les ailes ont 31,90 mètres de long, leur largeur latérale est de 5 mètres. Devant le dortoir, la galerie de ciment a 2,50 mètres de large. Il est difficile de dire que chaque aile du pavillon se compose et d'un dortoir et d'une galerie de cure ou terrasse. Ils ne sont séparés que par un simple système de châssis sur galets ; ils se déplacent facilement et permettent de régler à volonté l'aération pour la nuit. Pour la cure du jour, le malade n'a donc que quelques pas à faire pour transporter sa chaise longue, placée au bout du lit, du dortoir sur la terrasse. Il se trouve immédiatement en plein air.* [1024]

Guinard décrivait ainsi ce système en 1925 :

> *La construction des établissements adaptés à ce système est très simple. La chambre à coucher n'existe pour ainsi dire pas ; elle est remplacée par une sorte de grande galerie assez profonde pour que, dans les mauvais temps, les lits puissent être mis à l'abri contre le mur du fond et soient protégés, en avant, par une fermeture mobile. Quand il fait beau, les lits sont ramenés sur la partie antérieure, en plein air et, ainsi, les malades couchent dehors. Ce système [...] peut être excellent pendant les belles saisons et dans les climats tempérés ou uniformes ; mais il reste à savoir ce que, en pratique, il vaut réellement, au cours des hivers parfois rigoureux et humides que l'on peut avoir dans certaines régions.*[1025]

Il ne nous a pas été possible de déterminer les circonstances exactes qui conduisirent Albert Louppe à adopter le système « *Lean-to* ». Il faut toutefois relever que l'influence de la Mission Rockefeller fut particulièrement grande dans ce département où elle mit en place, de concert avec le conseil général, un « plan d'ensemble sur la lutte contre la tuberculose »[1026] en décembre 1918. Les relations entre la Mission et le conseil général étaient sans doute déjà bien établies à cette date et l'influence américaine s'étendit au-delà du seul établissement de Guervénan puisqu'une Américaine, Madame Post, avait créé à Morlaix pendant la guerre le sanatorium pour femmes et enfants de Porsmeur[1027]. Sommairement aménagé dans une villa[1028], cet établissement comprenait également un « *Day Camp* », c'est à dire une galerie de cure où les

[1022] Guinard 1925, p. 54-55.
[1023] Rideau 1932, p. 41. « Ces bâtiments, construits en bois, reposent sur des fondations en pierre : au centre a été aménagée une chambre de réunion, à droite et à gauche de laquelle se trouvent les portiques, le bord, protégé par une balustrade solide ; des volets à charnières, habituellement maintenus contre le plafond, sont abaissés quand le vent souffle avec violence. [...] En arrière de la chambre de réunion se trouve la salle de toilette [...]. Au centre, un groupe de quatre lavabos à eau courante chaude et froide ; au fond, deux water-closets ; dans les angles adjacents deux systèmes de bains-douches. »
[1024] Le Page 1922, p. 110.
[1025] Guinard 1925, p. 54-55.
[1026] Armand-Delille 1928, p. 843.
[1027] Le Page 1922, p. 109.
[1028] « C'est une villa située sur une belle propriété et appartenant à Mme Post ; malheureusement, c'est une œuvre bâtarde et qui comprend dans la villa un petit sanatorium où nous trouvons, avec des pulmonaires, une coxalgique suppurée ». Inspection technique du Dr J. Evrot, mai 1925. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.26 Finistère.

malades externes venaient durant la journée faire leur cure et recevaient le déjeuner de midi, selon un modèle typiquement américain[1029].

Décrit par Georges Küss comme un « établissement magnifique, unique en son genre »[1030], le sanatorium de Guervénan procédait « des conceptions américaines, avec de nombreuses adaptations aux convenances climatériques françaises »[1031]. La principale adaptation au climat français était une séparation, plus nette qu'aux Etats-Unis, des dortoirs et des galeries de cure : ces dernières étaient parfaitement identifiables à Guervénan, quoique beaucoup moins large (environ deux mètres) que dans les sanatoriums français. Chaque pavillon comprenait deux dortoirs de 16 lits chacun séparés par un avant-corps central accueillant une « salle commune » et une petite aile de services à l'arrière (vestiaires, bains et sanitaires). Ils étaient construits en maçonnerie, excepté la partie sud des cures ainsi que la toiture qui les protégeait, réalisée en bois. La façade sud des dortoirs était entièrement composée de « vasistas à guillotine » qui, une fois relevés, supprimaient toute séparation entre l'espace intérieur de la chambre et l'espace extérieur de la petite galerie de cure. Les pavillons étaient implantés deux par deux, en quinconce sur trois rangées, « de façon que chacun d'eux reçoive le maximum d'air et dispose d'une vue à plusieurs kilomètres »[1032], et étaient espacés d'une cinquantaine de mètres les uns des autres (plan 29-04A). Trois d'entre eux furent réservés aux malades adultes, « répartis suivant la gravité de leur maladie »[1033], deux aux pupilles de la Nation et le dernier aux enfants de l'Assistance publique. Les services généraux et annexes étaient placés dans des bâtiments distincts dont le principal est réservé aux services administratif et médical. Six pavillons supplémentaires furent construits entre 1923 et 1926, intégrant plusieurs modifications par rapport aux plans d'origine, notamment le cloisonnement des grands dortoirs par deux baies vitrées, l'agrandissement de la salle de lecture médiane et la division des lavabos en huit cabines particulières[1034]. Cette organisation en petits pavillons séparés avait, selon ses partisans, de nombreux avantages, parmi lesquels l'émulation créée entre les infirmières qui assuraient la bonne tenue de l'établissement, la possibilité de réunir dans un même local les malades de même âge ou atteints de lésions à peu près semblables ou celle de grouper les malades alités dans des pavillons spéciaux situés près des services généraux et de la cuisine[1035]. En 1932, Martin Rideau estimait globalement satisfaisants les résultats de cette « naturalisation hardie »[1036] d'un système américain sur le sol français.

Les sanatoriums de la Guiche, Guervénan et du Montet furent les premiers établissements populaires construits *ex nihilo* sur la base du mouvement lancé en 1915 en faveur des militaires tuberculeux. Un plus grand nombre de projets ne virent toutefois pas le jour pour des raisons politiques ou économiques, tel le projet de sanatorium franco-américain envisagé au printemps 1917 par le maire de Lyon, Edouard Herriot[1037] ou celui de la Haute-Savoie. Solicité par la Savoie en avril 1917 pour la création d'un sanatorium interdépartemental, la Haute-Savoie institua en septembre 1917 une commission chargée d'étudier les modalités de réalisation de ce projet. La création d'établissements interdépartementaux était toutefois difficile car leurs contours juridiques étaient encore flous. Il ne s'agissait pas alors d'hospitaliser tous les tuberculeux, mais seulement les malades « pauvres » ou « indisciplinés » : le sanatorium était

[1029] Selon Teller, la formule était d'origine allemande mais elle connut un développement sans précédent aux Etats-Unis au début du siècle. Le premier *Day Camp* fut ouvert en 1905 à Boston par la *Boston Association for the Relief and Control of Tuberculosis*. Les patients arrivaient à 9h le matin et passaient la journée en plein air, se reposant, lisant, jouant aux cartes ou tricotant. Un déjeuner était servi à midi ainsi que des goûter, le matin et l'après-midi, un médecin et deux infirmières avaient ainsi en charge 128 malades. Le camp ne fonctionnait qu'à la belle saison. Il avait toutefois pour inconvénient d'obliger les malades à faire de fatigants allers et retours chaque jour et ne permettait de les surveiller que durant la journée. Il offrait néanmoins une surveillance médicale à ceux qui ne pouvaient avoir accès à une cure complète. Le camp était payant mais le prix était minime. Il y avait 20 camps similaires en 1908 aux Etats-Unis, 37 en 1911, surtout dans le nord-est du pays. A Pittsburgh fut également créé un « *Night Camp* » où les patients recevaient un dîner, couchaient en plain air, on mesurait leur température et avaient un petit déjeuner avant de partir travailler. A New York, où l'espace faisait défaut, les *Day Camps* étaient installés sur d'anciens ferries amarrés aux quais. Teller 1988.

[1030] S.a., « Le Finistère et la Santé Publique. Comment est organisée la lutte antituberculeuse », supplément de *La Vie saine, op. cit.*

[1031] *Bulletin du C.N.D.T*, 1921, n°2, p.79.

[1032] Le Page 1922, p. 109.

[1033] *Idem*, p. 111.

[1034] Inspection technique du Dr J. Evrot, mai 1925. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.26 Finistère.

[1035] Rideau 1932, p. 61.

[1036] *Idem*, p. 60.

[1037] Voir : Philippe Grandvoinnet, « Le sanatorium franco-americain de Tony-Garnier (1917) et ses modèles européens. La cite sanitaire comme complément de la ville industrielle », *IX*e *Conférence internationale d'histoire urbaine*, Lyon, 28 août 2008.

considéré « non pas comme un mode de traitement exclusif, mais comme destiné à répondre à des cas particuliers » et n'était pas appelé « à prendre un trop grand développement [ou] à exiger des dépenses énormes »[1038]. A partir d'avril 1918, cette première commission fut épaulée par une seconde, composée « des médecins faisant partie de l'assemblée départementale » et chargée de trouver, dans le département, un site susceptible d'accueillir l'établissement[1039]. Le Plateau d'Assy, situé face au Mont-Blanc, fut envisagé dans un premier temps puis abandonné au profit d'Arâches, définitivement retenu en mai 1918. L'architecte départemental Fleury Raillon fut alors sollicité pour l'établissement d'un avant-projet, approuvé par le conseil général le 11 septembre 1918. Confronté aux difficultés de financement qui étaient justement l'objet du projet de loi sur les sanatoriums en cours d'élaboration, le conseil général invita toutes les communes du département « à s'associer à cette œuvre humanitaire et à y contribuer par des allocations aussi élevés que possibles » : des comités d'initiative furent créés dans tous les cantons du département pour recevoir des « souscriptions particulières »[1040] et une enquête d'utilité publique fut ouvert par le préfet le 29 janvier 1919. Le rapporteur de la commission du sanatorium, Goy, expliquait ainsi les motivations ayant conduit à l'adoption du projet :

> *Après la guerre, le problème des problèmes sera d'assurer à notre pays une augmentation de sa population pour réparer les pertes cruelles que nous subissons depuis quatre ans, pour que ce pays ne devienne pas un désert. [...] Tous nos efforts doivent tendre à augmenter notre capital humain. En votant [...] le principe de la construction d'un sanatorium pour tuberculeux,* [nous avons] *témoigné de* [notre] *volonté ferme d'entrer dans cette voie, de* [notre] *compréhension très nette des nécessités de notre temps. [...] Nous voulons en finir une fois pour toutes avec ce système d'aller chercher à l'étranger ce que nous pouvons avoir aussi bien et même mieux que lui. Nous ne voulons dépendre que de nous-mêmes au point de vue économique et au point de vue intellectuel. Nous voulons, au lendemain de la paix victorieuse, vivre de notre propre vie, assurer à nos militaires [...] les soins que nous sommes actuellement obligés de demander à la Suisse [...].*[1041]

Le projet connut par la suite divers aléas avant d'être abandonné en 1923[1042]. Le projet conçu par Raillon est à mi-chemin entre les les établissements populaires et les luxueux sanatoriums de la Suisse voisine (plan 74-01). Il se compose de trois pavillons parfaitement identifiés, reliés entre eux au niveau du rez-de-chaussée : les pavillons latéraux, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, ont deux étages sur rez-de-chaussée ; le pavillon central en compte un de plus. Excepté ce pavillon central, ce projet ne diffère en rien des établissements populaires conçus en Suisse, en Allemagne ou France autour de 1900 : galeries de cure adossées au rez-de-chaussée de la façade sud, couloirs de distribution au nord sur lesquels se greffent des escaliers et des sanitaires, chambres de quatre lits dans les étages. Le plan de chaque pavillon est assez similaire à celui conçu en 1889 pour le sanatorium de Carl Turban à Davos (ill. 63). Dans le projet savoyard, le rez-de-chaussée est presque entièrement occupé par les espaces collectifs (salles à manger, de réunion, de lecture, de jeux), seules quelques chambres, situées aux extrémités des ailes, s'ouvrent directement sur les galeries de cure. L'administration, la lingerie et la désinfection sont placées à l'arrière, dans des bâtiments isolés. Contrairement aux modèles en vigueur en 1900, le pavillon central n'est pas réduit à un bâtiment de service placé en retrait à la jonction des deux ailes d'hospitalisation : dans le projet d'Arâches, au contraire, il constitue l'élément le plus important de la composition architecturale. Les deux entrées du sanatorium (une pour chaque sexe) sont placées au nord de ce pavillon, de part et d'autre d'un

[1038] Département de la Haute-Savoie, conseil général, séance du 19 septembre 1917, extrait du registre des procès verbaux des séances. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 213.
[1039] Création d'un sanatorium pour tuberculeux : Arâches, Plaine-Joux, Passy, Petites-Roches. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 213.
[1040] Lettre du 16 novembre 1918 du préfet de la Haute-Savoie, création d'un sanatorium départemental pour les tuberculeux à Arâches. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 214.
[1041] *Ibidem.*
[1042] En avril 1919, le projet était suffisamment avancé pour que le conseil général songeât à acquérir du matériel sanitaire (« provenant de la liquidation des stocks du service de santé militaire Création d'un sana. pour tuberculeux : Arâches, Plaine-Joux, Passy, Petites-Roches. A.D. de la Haute-Savoie, 1X213.»). Son financement n'était toujours pas assuré en 1920 car le ministère de l'hygiène ne disposait pas de crédits insuffisants pour attribuer les subventions prévues par la loi du 7 septembre 1919. Sollicité en 1921 par la Mission Rockefeller pour la construction d'un village sanatorium au Plateau d'Assy, le conseil général ajourna toute décision, ne pouvant faire son choix entre ce nouveau projet et celui péniblement engagé à Arâches depuis 1921. La création du sanatorium fut ensuite ajournée « pour des raisons budgétaires » et, en 1923, le département se rapprocha du Rhône pour l'édification du sanatorium interdépartemental des Petites-Roches (Isère). Question n° 11.691 de M. Tapponnier au ministre de l'hygiène, Journal officiel de la République française, 1922, p. 286.

volume saillant occupé par la cuisine et les offices. Les étages du pavillon central sont desservis par un grand escalier situé près de l'entrée des hommes : outre les 80 lits du pavillon ouest, les premiers disposent également des 90 lits du pavillon central. L'architecte réussit ainsi à répartir son programme comptant plus de lits d'hommes que de femmes dans un bâtiment parfaitement symétrique. Contrairement aux dispositions adoptées dans d'autres établissements, le pavillon central n'est pas ici réservé aux chambres individuelles pour les malades payants puisque les chambres y comptent cinq lits au lieu de quatre dans les ailes latérales. La caractéristique la plus remarquable de ce projet est la superposition des galeries de cure à l'avant des chambres sur les trois étages du bâtiment, selon le modèle des établissements suisses également adoptés à la Guiche. Ces galeries communiquent latéralement avec le couloir de distribution pour former un anneau de circulation autour des chambres. L'expression architecturale de la façade sud est dominée par un ordre monumental formé de piles de maçonnerie hautes de trois étages soutenant les galeries, terminées sous la toiture par des arcades en anse de panier. Cette composition axiale avec galeries de cure en partie médiane de l'établissement évoque le sanatorium Schatzalp, à Davos, mais c'est plus vraisemblablement dans les sanatoriums Altein, à Arosa (Grisons, 1917) (ill. 81) – les plans d'Arâches sont datés de 1918 – et Belligneux, à Hauteville (Ain, 1912) (ill. 124), qu'il faut chercher les références de ce projet.

Le conseil général du Puy-de-Dôme envisagea à la même époque la transformation de la station sanitaire des Roches en sanatorium départemental dès la guerre terminée. L'architecte départemental fut chargé en août 1917 d'élaborer, « sur les indications du médecin-directeur de la station sanitaire », les plans de deux pavillons de tuberculeux « destiné[s] à réaliser, après-guerre, avec les bâtiments [...] de la station sanitaire, le sanatorium antituberculeux du Puy-de-Dôme »[1043]. Sollicité pour donner son approbation sur le projet, le ministre de l'intérieur indiqua en juillet 1918 que, conformément à la législation à l'étude (la loi sur les sanatoriums ne sera votée qu'en septembre 1919), l'Etat pourrait apporter son concours financier, à condition que le département en fît de même. Comme en Haute-Savoie, l'administration départementale sollicita l'aide des communes et des départements voisins afin de réaliser un « sanatorium régional ». Toutefois, les doutes de certains médecins sur les qualités climatiques de la station des Roches – en raison de sa faible altitude – eurent raison de ce projet. Nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque nous évoquerons les établissements à gradins.

En Bretagne, l'Union mutualiste du Morbihan avait envisagé avant la guerre, en juin 1914, la création d'un « Institut Marin qui serait en même temps une école de plein air et une maison de convalescence où seront admis les enfants de nature chétive qu'il importe de mettre à l'abri des atteintes de la tuberculose »[1044] au lieu dit Kerskouedet, à Kerpape-en-Ploemeur (Morbihan). Avec la guerre, le projet se transforma en « sanatorium pour la prévention de la tuberculose pulmonaire et le traitement de la tuberculose osseuse et ganglionnaire » à destination exclusive des enfants non bacillaires. Les motivations de l'Union étaient alors autant hygiéniques que patriotiques : « Au moment où la guerre appauvrit si effroyablement notre capital humain, où la formidable diminution de la natalité l'empêche de se reconstituer, notre devoir impérieux n'est-il pas d'essayer par tous les moyens de sauver le capital qui nous reste ? »[1045]. L'avant projet conçu en 1917 était donc à mi-chemin entre les établissements pour tuberculeux pulmonaires et ceux pour osseux et ganglionnaires : exposé au Sud-est, de façon à protéger les pensionnaires des vents humides venant de la mer, il se composait de deux longs bâtiments d'un étage sur rez-de-chaussée, divisés en deux ailes symétriques contenant chacune deux dortoirs de 24 lits groupés autour d'un bloc sanitaire. Ces deux bâtiments parallèles étaient réunis en leur milieu par un troisième bâtiment de services implanté transversalement et qui formait la partie centrale d'un plan en H (plan 56-02). Excepté le plan de masse, composé de deux alignements parallèles de bâtiments et assimilable à ceux des établissements marins, ce « sanatorium préventif » présentait toutes les caractéristiques des établissements pour tuberculeux pulmonaires, du fait notamment de sa galerie de cure adossée au rez-de-chaussée de la façade sud-est et surmontée d'une terrasse à l'usage des dortoirs du premier étage. Pour la

[1043] Extrait du procès verbal des délibérations du conseil général, session ordinaire du 9 août 1918. A.D. du Puy-de-Dôme, N 669.
[1044] Serviel 1917.
[1045] *Idem*, p. 2.

cure d'air marin, l'établissement disposait d'une galerie située à environ 250 mètres face à la mer. A son ouverture, en 1920, le sanatorium de Kerpape fut logiquement assimilé à un sanatorium maritime.

Les initiatives de ce genre furent semble-t-il nombreuses, certaines dépassant même les frontières du territoire national, tel le projet de sanatorium des Alliés, conçu à Montreux, en Suisse, en 1917 (ill. 77 à 80). Ce projet consistait à faire édifier par les prisonniers alliés internés en Suisse une « colonie antituberculeuse [...] pour le traitement de leurs camarades malades des armées de l'Entente et de l'armée fédérale »[1046]. Engagé dans la création de dizaines de structures provisoires pour militaires tuberculeux, le gouvernement français – comme, par ailleurs, le gouvernement anglais également sollicité – ne souhaita pas s'associer à ce projet, vraisemblablement plus onéreux que l'aménagement à bon marché des stations sanitaires françaises. Il fut abandonné faute de soutien politique international. Plus loin encore, de nombreuses colonies françaises participaient à l'effort de guerre et les contingents coloniaux étaient également touchés par la tuberculose : en février 1918, le gouvernement prit donc la résolution de créer plsuieurs sanatoriums dans les colonies d'Afrique occidentale française[1047]. Réservés aux militaires tuberculeux indigènes, ces établissements devaient probablement être aménagés dans des baraquements, sur le modèle des sanatoriums tropicaux réalisés dans les années 1890-1910 (voir p. 90). Nous ne savons toutefois pas s'ils furent réalisés.

2.2.2. Les sanatoriums privés et le projet de l'U.I.M.M. (1917)

Ce mouvement en faveur des sanatoriums était loin d'être marginal et, entre 1916 et 1918, plus d'une vingtaine de départements français envisagèrent ce type de créations, parfois limitées au réaménagement ou à l'extension d'une station sanitaire existante. Parallèlement à ces initiatives départementales plusieurs groupements d'intérêts privés se mobilisèrent en faveur des militaires tuberculeux. Ce fut notamment le cas du Comité des sanatoriums français de grande altitude, association privée à but philanthropique fondée en 1917 sous la présidence médicale de Maurice Letulle* (1853-1929) et le patronage d'Albert Calmette. Le comité souhaitait créer un sanatorium d'altitude – un « premier Leysin français » – « destiné aux rapatriés des régions envahies et aux prisonniers tuberculeux » et sollicita pour cela l'appui du Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Plusieurs sites furent étudiés pour son implantation et l'on envisagea même la transformation d'une ancienne Chartreuse en sanatorium ou en « centre sanitaire » de 200 lits. Le comité arrêta finalement son choix sur le site de Sallanches, en Haute-Savoie, où un établissement fut effectivement ouvert en avril 1918, avec l'aide d'une subvention de la Croix-Rouge américaine[1048]. Selon le C.N.D.T., toutefois, cet établissement « ne [pouvait] être considéré ni vraisemblablement comme un sanatorium véritable ni assurément comme un sanatorium d'altitude » [1049]. Le volontarisme de l'Etat et des collectivités locales dans la lutte contre la tuberculose ne se substituait donc pas à la philanthropie privée.

Les projets de sanatoriums corporatifs, soutenus par des fondations d'entreprises dont l'assise financière faisait trop souvent défaut aux projets publics, permirent également à quelques réalisations remarquables. Fondée en août 1914, l'Union nationale des cheminots décida en 1918 la création d'un sanatorium, « destiné tout d'abord aux cheminots prisonniers de guerre, à ceux incorporés dans les unités

[1046] Interné en Suisse, l'architecte français Gaston Castel* était l'un des auteurs du projet. Le comité de direction de la société du sanatorium de Alliés fut dissoudre le 20 juin 1920, alors qu'était élaboré, en France, le projet de loi sur l'organisation sanatorial de l'après-guerre. Castel construira, au début des années trente, dans les Bouches-du-Rhône, l'un des plus importants sanatoriums départementaux français. A.D. des Bouches-du-Rhône, 86 J 521.

[1047] Le décret publié au J.O. prévoyait : « Article premier. Il a été créé un sanatorium de 200 lits dans chacune des colonies du groupe de l'Afrique occidentale française (Sénégal, Haut-Sénégal et Niger, Guinée, Côte d'Ivoire Dahomey et au Gabon). Art. 2. Ces établissements sont, en principe, destinés à l'hospitalisation et au traitement gratuit des militaires indigènes malades provenant des armées et, spécialement, des tuberculeux curables. Art. 3. un dispensaire, comportant un service de consultations et de soins gratuits à domicile, sera organisé dans les centres les pus importants des colonies de l'Afrique occidentale française et de l'Afrique équatoriale française. Art. 4. Les gouverneurs généraux [...] fixeront les conditions d'organisation et de fonctionnement des sanatoria. Art. 5. Ces établissements devant servir exclusivement au traitement des militaires malades, les dépenses qu'ils entraîneront seront imputées au budget de l'Etat (chapitre D). Il en est de même des dispensaires. » S.a., « Création de sanatoriums dans l'Afrique occidentale française », in *Paris médical*, 23 février 1918, n°8, p. VII.

[1048] Letulle 1919, p. 42.

[1049] Comité des sanatoriums français de grande altitude, bureau n°4, séance du 16 avril 1918. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.BU.1.

combattantes ou évacués des pays envahis et qui seraient atteints de tuberculose »[1050]. Crée dans ce but, l'Œuvre du sanatorium des cheminots « se propos[ait], non seulement de guérir la tuberculose, mais encore de la combattre, dès le début ; de la prévenir, en lançant des publications, en organisant des conférences, des cours d'hygiène, d'économie domestique »[1051]. Elle acquit le 22 juin 1918 une ancienne école religieuse à Ris-Orangis (Essonne) dont le bâtiment principal pouvait immédiatement accueillir 250 à 300 lits. Après le sanatorium des instituteurs, ouvert à Sainte-Feyre (Creuse) en 1906, le sanatorium des cheminots constituait le deuxième sanatorium corporatif de France (cat. 91-07).

Le projet le plus emblématique en matière d'établissement corporatif est toutefois celui de l'Union des industries métallurgiques et minières (U.I.M.M.). Dans un discours prononcé en avril 1916 devant le Comité des forges de France, Léon Bourgeois renouvela son appel à toutes les bonnes volontés pour lutter contre la tuberculose. L'U.I.M.M. créa alors une Sous-commission de la tuberculose, composée d'éminents spécialistes tels Bernard, Bezançon, Guinard, Guinon, Küss, Letulle ou Nicaise, qui remit en juin 1917 un rapport sur l'*Organisation et le fonctionnement des sanatoriums*[1052]. Ce document est l'une des études les plus aboutie sur la question sanatoriale à cette époque : Honnorat y puisera abondamment pour rédiger son propre rapport de juillet 1917[1053] et ne manquera pas de saluer cette initiative. Pour réaliser son projet, l'U.I.M.M. créa l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose dont les objectifs étaient ainsi définis :

> *La première pensée de l'Union [...] avait été de répondre à l'appel du Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux en cherchant à réaliser pour ceux-ci des stations de cure spécialisées. Or, cette idée s'est transformée le jour où l'Union a envisagé la création de sanatoriums, non plus seulement pour répondre aux besoins actuels des tuberculeux de la guerre, mais aussi pour en faire des institutions susceptibles après la paix de donner tous les soins nécessaires aux ouvriers de l'industrie métallurgique et minière atteints de formes curables de la tuberculose pulmonaire. Cette nouvelle conception a conduit à reprendre, au profit des ouvriers, l'idée de la création de sanatoriums populaires.*[1054]

Pour concilier ces « indications contraires » – construire vite mais construire bien –, la commission envisagea plusieurs pistes : « *sanatorium de fortune* établi dans un bâtiment [...] existant, *sanatorium d'attente* installé dans des baraquements ou constructions similaires, *sanatorium temporaire* en matériaux légers ». Elle opta finalement pour une solution plus pérenne : « Nous avons estimé que l'infériorité technique des sanatoriums conçus selon ces différents modes n'était pas suffisamment compensée par la rapidité de leur réalisation, une réserve étant faite pour la transformation en sanatoriums de bâtisses offrant tout un ensemble de qualités spéciales et convenablement situées, conditions bien rarement réunies »[1055]. Plutôt que de créer des établissements provisoires sur le modèle des stations sanitaires, l'association fit le choix d'un « sanatorium permanent », objectif plus ambitieux puisqu'il s'agissait de « construire en matériaux offrant toutes les garanties de résistance en vue d'une longue durée avec un minimum d'entretien et adopter les dispositions les plus avantageuses pour assurer le traitement des tuberculeux dans le minimum de temps et avec les meilleurs résultats possibles »[1056]. L'U.I.M.M. renonçait également à son ambition première de mettre à disposition des militaires tuberculeux un grand nombre de lits de sanatoriums avant la fin de la guerre ; son sanatorium n'ouvrira effectivement ses portes qu'en 1929, après dix ans de travaux. Plutôt que les militaires, ce projet concernait en premier lieu les ouvriers des mines et de la métallurgie atteints de tuberculose ; l'objectif était donc moins philanthropique que corporatiste :

[1050] Union nationale des cheminots en faveur des victimes de la guerre : sanatorium des cheminots. Subvention accordée par le Comité national pour l'établissement du sanatorium des cheminots à Ris-Orangis. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.3.
[1051] *Ibidem.* L'Union nationale des cheminots obtint en janvier 1919 une subvention de 20.000 francs du C.N.D.T.
[1052] Union des industries métallurgiques et minières, lutte contre la tuberculose, organisation et fonctionnement des sanatoriums, rapport de la sous-commission de la tuberculose, présidée par M. Ledouez, s.l., s.n., juin 1917.
[1053] Honnorat ne précise malheureusement pas ses sources mais certains passages, tel celui sur les climats français (J.O. 20 juillet 1917, p. 735) sont des citations littérales de l'exposé de Léon Bernard sur la *Situation géographique des sanatoriums*, publié dans le rapport de l'U.I.M.M. en juin 1917.
[1054] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 21.
[1055] *Idem*, p. 22.
[1056] *Ibidem.*

Le tout n'est pas, en effet, d'hospitaliser les tuberculeux dans un établissement qui ressemble vaguement à un vrai sanatorium. Il ne faut pas oublier que les industriels adresseront là des sujets curables, dans le but de les récupérer. On n'aura la certitude d'en sauver un grand nombre que si on les soigne dans un établissement qui soit réellement un sanatorium scientifiquement construit, scientifiquement installé et si l'on y met à leur disposition tout ce qui peut contribuer à leur guérison.[1057]

Avec l'aide de Robert Fournez*, architecte du comité des forges, la commission établit une série de plans types censés réunir toutes les « qualités fondamentales d'un bon sanatorium de cure ». Deux modèles de base furent alors envisagés : le premier pour les malades des deux sexes (62 femmes et 242 hommes), le second pour les malades du même sexe (plans 00-08). Dans une *Note complémentaire sur les divers modes accessoires de réalisation des sanatoriums*, Fournez admit que ces établissements modèles pourraient difficilement être réalisés, tant pour des raisons financières que du fait de la pénurie de main d'œuvre et de matériaux. Parmi les « solutions accessoires » envisageables, l'architecte dressa plusieurs projets de « type réduit ». « On peut concevoir, expliquait-il, un type de sanatorium dans lequel seraient conservées les principales dispositions du sanatorium permanent, tandis que d'autres [...], d'ordre secondaire, seraient abandonnées ». Pour réduire les coûts, il proposa notamment de réduire la profondeur des chambres, de supprimer les parloirs et les galeries de cure d'été, de réduire l'importance des services généraux, de façon à obtenir une « compression générale des bâtiments ». Il envisagea également l'emploi de matériaux de second choix, de renoncer à la superposition des étages, ce qui n'allait pas sans inconvénients pour le fonctionnement de l'établissement[1058]. Il proposa également la création d'un « sanatorium utilisant des bâtiments existants » sur le modèle des stations et hôpitaux sanitaires et d'un « sanatorium temporaire à noyau permanent » consistant à « ne construire que la partie centrale du bâtiment » (services généraux et quelques chambres) et à placer l'essentiel des chambres dans des bâtiments provisoires. La dernière option consistait en un « sanatorium d'attente établi dans des baraquements » ; elle fut toutefois écartée d'emblée comme n'étant « recommandable ni au point de vue médical, ni au point de vue financier ».[1059]

Qu'on le réalise ou qu'on ne le réalise pas, précisaient Küss et Fournez à propos de ce projet, *il peut servir à documenter utilement toute personne chargée d'établir les plans de sanatoriums provisoires ou définitifs, élémentaires ou somptueux ; il peut servir aussi de guide aux architectes qui auraient à transformer en sanatorium de fortune une construction déjà existante et cela d'autant mieux qu'ils ont été étudiés minutieusement, dans leur ensemble comme leurs détails, grâce à une collaboration qui nous paraît indispensable entre un praticien spécialisé et une architecte expérimenté. D'ailleurs, les plans que nous préconisons ne résultent pas de vues théoriques ; leur valeur pratique est dûment établie par ce fait qu'ils procèdent directement de plans de sanatoriums populaires fonctionnant depuis de nombreuses années et ayant fait leurs preuves. Nous avons pris comme point de départ de nos projets les plans du sanatorium d'Angicourt, dont les idées fondamentales ont inspiré manifestement l'architecte des excellents sanatoriums de Bligny. En passant d'Angicourt à Bligny ces idées ont subi des modifications que nous avons retenues.* [1060]

Le choix de modèles datant du début du siècle s'explique en grande partie par la composition même de la commission : Nicaise avait élaboré le programme du sanatorium d'Angicourt en 1890 et cet établissement était dirigé depuis son ouverture par un autre membre de la commission : Küss,. Guinard, quant à lui, était médecin-directeur des sanatoriums de Bligny depuis l'ouverture du premier pavillon en

[1057] *Ibidem.*
[1058] « Les matériaux seraient de second choix, en agglomérés de sable ou de mâchefer avec ciment ou chaux (briques, blocs ou panneaux, avec ou sans armature de bois, de fer, de ciment). A l'intérieur, ils seraient laissés apparents et ils ne recevraient qu'une couche de peinture à la chaux. Le carrelage de grès serait remplacé par un carrelage de ciment ou de terre cuite, etc. Mais l'emploi de matériaux de second choix, pour le gros œuvre, ne permettrait pas, à cause de leur résistance à coefficient moindre, de conserver un nombre d'étages égal au nombre d'étages prévus pour le sanatorium permanent ; [...] le plan d'ensemble devrait être modifié de façon à répartir les malades non plus dans un bâtiment unique, qui en raison de son petit nombre d'étages, deviendrait démesurément étendu, mais dans plusieurs pavillons. [...] Ce groupement des malades en plusieurs pavillons présente d'autres inconvénients. En effet, si l'on veut conserver l'exposition sud de toutes les chambres, ou bien les pavillons seront construits les uns en avant des autres et dans ce cas l'espace laissé libre au-devant de chacun d'eux se trouvera limité, ou bien ils seront disséminés sur une grande étendue du terrain et dans ce cas les malades se trouveront éloignés du bâtiment des services généraux. [...] Cette solution aurait l'avantage de permettre la construction successive de divers pavillons, dans le cas où l'on renoncerait à leur édification simultanée ». *Idem,* p. 34.
[1059] *Idem,* p. 36.
[1060] *Idem,* p. 22-23.

1903. Küss et Fournez eurent raison d'estimer que leur étude pourrait servir de modèle à d'autres projets : en 1919, le C.N.D.T. examina avec attention les « établissements types » conçus par l'U.I.M.M. et envisagea de les diffuser aux comité départementaux qui solliciteraient un appui technique. Ces plans furent repris et modifiés en 1920 et le sanatorium de l'U.I.M.M. n'ouvrira ses portes qu'en 1929 à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère).

2.2.3. La poursuite de l'œuvre antituberculeuse et le débat parlementaire (1917-1919).

Les conditions qui permirent l'adoption de la loi sur les sanatoriums en 1919 sont indissociables du contexte politique et social de la France pendant la Première Guerre Mondiale. Au sentiment d'avoir bâclé la mobilisation des troupes en 1914 s'ajoutèrent, à partir d'avril 1917, les critiques américaines sur l'état sanitaire de l'armée française. Le 14 juillet 1917, alors que le conflit s'enlisait, le *Chicago Tribune* avança le chiffre de 150.000 soldats français évacués du front pour tuberculose et de 400.000 « phtisiques de guerre » encore mobilisés. Le journal concluait sarcastiquement que « la France, patrie de la bactériologie, [était] aussi celle des bactéries »[1061]. Emanant d'un puissant allié, ces critiques ne pouvaient être ignorées des autorités françaises. Par leur exagération manifeste, elles contribuèrent à maintenir la pression sur les milieux politiques : si l'Allemagne constituait une menace immédiate, la dégradation de l'état sanitaire des troupes et des populations civiles était un autre front qui mettait en danger non moins sûrement l'avenir du pays.

L'ébauche d'une réglementation sanatoriale nationale fut soumis le 13 mars 1917 au parlement sous la forme d'une « proposition de loi tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements »[1062]. Ce texte était présenté par les députés Fernand Merlin* (1868-1937), également médecin, et André Honnorat* (1868-1950). Arrêtons-nous quelques instants sur le parcours d'André Honnorat, principal artisan des nouvelles ambitions sanitaires françaises et promoteur infatigable de la lutte contre la tuberculose. Définit par Lucien Viborel comme « le grand animateur de l'action sanitaire et sociale » en France, Honnorat avait débuté sa carrière comme journaliste avant de devenir directeur de cabinet de plusieurs ministres. Il créa en 1896, avec Émile Javal, Charles Richet et Jacques Bertillon, l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population qui tentait d'alerter les pouvoirs publics sur les dangers de la baisse démographique et du vieillissement de la population et intégra peu après la Commission extra-parlementaire créée par le gouvernement sur cette question. Elu conseiller général du canton de Lauzet, dans les Alpes-de-Haute-Provence, en 1907, il devint député de ce département en 1910 et se consacra ensuite aux travaux des Commissions d'hygiène et des affaires sociales. Sur la base d'un rapport rédigé par ses soins, la loi sur l'expropriation pour causes d'insalubrité publique fut votée en 1912. Profondément influencé par les professeurs Landouzy et Roux, Honnorat s'intéressait plus particulièrement aux méfaits de la tuberculose : le 22 janvier 1914, il déposa un projet de loi sur la tuberculose dans l'armée et un amendement à la loi sur le recrutement militaire prévoyant de ne renvoyer les militaires réformés pour tuberculose pulmonaire qu'après avoir assuré leur « éducation antituberculeuse », dans un but évident de prophylaxie. Cette disposition trouvera un plus ample développement, nous l'avons vu, dans la loi du 18 octobre 1915 sur l'assistance aux militaires tuberculeux. Outre son soutien aux lois de 1916 et de 1919 sur les dispensaires et les sanatoriums – cette dernière, votée le 7 septembre 1919, porte d'ailleurs son nom –, Honnorat est à l'origine de plusieurs œuvres sociales comme le Comité de protection et d'éducation des orphelins de guerre et des fils de français résidant à l'étranger (1918) ou la cité internationale universitaire de Paris (1919)[1063]. A la mort de Léon Bourgeois, en 1925, il prit la direction du Comité national de défense contre la tuberculose et à celle de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose.

Le projet de loi formulé par Merlin et Honnorat en mars 1917 avait été probablement conçu dès la fin de l'année 1916. Il partait du constat que les réalisations obtenues par les lois de 1915 sur l'assistance

[1061] *Chicago Tribune*, 14 juillet 1917, cité par A. Honnorat, J.O. 20 juillet 1917, p. 698.
[1062] J.O. 13 mars 1917.
[1063] « André Honnorat », site internet www.wikipedia.fr, 28 octobre 2009.

aux anciens militaires tuberculeux (ayant permis la création des stations sanitaires) et de 1916 sur les dispensaires représentaient bien plus qu'une simple amorce de l'équipement antituberculeux qui faisait, avant la guerre, cruellement défaut au pays et dont il serait préjudiciable de se priver à la fin du conflit. Cette proposition de loi visait donc à pérenniser ces structures provisoires :

> *Grâce à* [cette loi], expliquaient Merlin et Honnorat, *« les stations sanitaires » créées depuis la guerre et destinées à disparaître avec elle, pourront être ultérieurement transformées en sanatoriums populaires. Grâce à elle encore, de nouveaux établissements de même nature pourront être ouverts et recueillir tous les tuberculeux, civils ou militaires, de tous les départements, de toutes les professions, de toutes les classes sociales.*[1064]

Honnorat était particulièrement sensible aux arguments touchant au déclin démographique du pays, menacé, selon lui, « dans sa race même ». Si la nécessité « d'organiser rationnellement la lutte » contre la tuberculose était apparue avec plus de gravité depuis le début de la guerre, elle s'inscrivait plus largement dans la situation démographique et sanitaire de la France depuis la fin du XIX^{e} siècle.

Le projet de loi de mars 1917 ne comprenait que cinq articles, contre neuf dans la version adoptée en 1919. Nous ne citerons ici que les deux premiers alinéas du texte qui en donnent la portée générale :

> *Art. 1er. Les départements et les communes qui auront fondé ou qui participeront au fonctionnement d'un ou de plusieurs dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse pourront, ainsi que ces dispensaires publics, créer [...] des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire.*
>
> *La même facilité sera accordée aux établissements publics et d'utilité publique, aux sociétés et unions approuvées de sociétés de secours mutuels qui auront fondé ou qui participeront au fonctionnement d'un ou plusieurs dispensaires par application de la loi du 15 avril 1916.*[1065]

Cette proposition de loi peut être rapprochée de celle formulée en 1901 par Laurent Amodruet qui prévoyait la création de sanatoriums par les communes, les départements, l'Etat et les œuvres privées, avec l'aide des subventions de l'Etat et après examen des plans et du règlement intérieur par le ministère[1066] (voir p. 105). La principale différence entre ces deux projets était le rôle attribué aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, considérés en 1917 comme le noyau de la future organisation antituberculeuse. Le texte prévoyait qu'en l'absence de structure préexistante, la création d'un sanatorium serait conditionnée par celle, préalable, d'un dispensaire[1067]. L'interdépendance entre les dispensaires et les sanatoriums constituait la force du nouveau dispositif mais aussi sa faiblesse : si la loi de 1916 encourageait les collectivités locales à créer des dispensaires, elle ne l'imposait nullement ; la loi de 1919 sur les sanatoriums maintiendra en partie cette dépendance vis à vis des dispensaires. Quant aux moyens de financement (pour la construction et le fonctionnement des établissements), les conditions prévues en mars 1917 étaient déjà proches de celles adoptées en 1919.

Nous ne savons pas quel accueil réserva l'Assemblée nationale à cette proposition de loi. Une nouvelle version, profondément retravaillée et étoffée, fut toutefois soumise aux parlementaires le 26 juillet 1917 par Honnorat seul. Ce texte modifié venait conclure un rapport très complet rédigé au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales et de la Commission de l'hygiène publique au sujet du traitement de la tuberculose pulmonaire. Il détaillait l'incidence de la tuberculose depuis le début du siècle en France, les moyens de lutter contre la maladie et les conséquences sanitaires de la guerre[1068]. Honnorat

---

[1064] J.O. 13 mars 1917, p. 367.
[1065] *Ibidem.*
[1066] J.O. 21 juin 1901.
[1067] « Dans le cas où aucun dispensaire [...] n'aurait été créé dans les conditions de la loi du 15 avril 1916 ou, s'il en avait été créé, n'aurait usé de la faculté prévue à l'article 1er ci-dessus, le conseil général devra, suivant le cas, ou instituer un dispensaire public doté des ressources nécessaires pour conclure une convention avec un sanatorium, ou subventionner pour cet objet un dispensaire existant ». *Ibidem*, article 4.
[1068] Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales et de la commission de l'hygiène publique exceptionnellement autorisées à se réunir pour examiner en commun la proposition de la loi de MM. André Honnorat et Fernand Merlin tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements. Journal officiel de la République française, documents parlementaires, chambre, annexe n°3653, séance du 26 juillet 1917, p. 698-740. Ce document dressait un inventaire quasi exhaustif de la situation sanitaire de la France à l'été 1917 dans la lutte contre la tuberculose. Il s'organise en deux parties : 1. La lutte contre la tuberculose pendant la guerre, 2. La préparation de la lutte antituberculeuse d'après-guerre.

insistait particulièrement sur l'état sanitaire du pays avant la guerre, sur les conditions tragiques qui, en 1914 et 1915, avaient provoqué l'afflux de militaires tuberculeux, ainsi que sur les progrès réalisés dans la prise en charge des malades depuis la création des stations et des hôpitaux sanitaires. Il souhaitait ainsi convaincre les parlementaires de l'opportunité d'étendre la lutte contre la tuberculose aux populations civiles avec la création de sanatoriums populaires. Les raisons évoquées par Honnorat pour justifier ce nouvel effort sanitaire étaients résumées en deux questions qui orientèrent la totalité du débat parlementaire sur le sujet : « Pourquoi la guerre a-t-elle aggravé le péril tuberculeux ? Pourquoi facilitera-t-elle les mesures à prendre pour le conjurer ? »[1069].

Avec la création des stations sanitaires, Honnorat relevait que l'armée était en passe de maîtriser la propagation de la maladie dans ses rangs et d'assurer le traitement des soldats réformés pour tuberculose. Il ne doutait pas non plus que « les fatigues, les chagrins, les misères [qui pesaient] lourdement sur les femmes, sur les enfants, sur les vieillards, amoindriss[aient] à la longue leur résistance physique, [faisant] d'eux les terrains tout préparés à l'éclosion ou à la réactivation des lésions tuberculeuses »[1070]. Au bout de trois années de guerre, plusieurs facteurs aggravant se cumulaient, laissant craindre une propagation à grande échelle de la tuberculose, notamment parmi les civils. La concentration accrue de populations dans les villes était le facteur qui inquiétait le plus le parlementaire : en considérant que la mortalité tuberculeuse augmentait proportionnellement avec la taille des villes[1071], l'afflux massif de ruraux dans les centres urbains pour travailler dans les usines d'armement et le million et demi de réfugiés qui avaient fui les régions envahies et les zones de combats, avaient provoqué « une véritable congestion de certaines cités et [...] l'entassement des nouveaux venus dans des installations de fortune insuffisamment pourvues d'air et de lumière »[1072]. Déjà critique d'un point de vue humain et sanitaire, cette situation ne pourrait qu'empirer lorsque, à la fin de la guerre, il faudrait prendre en charge les masses de prisonniers rapatriés et de civils retenus dans les zones occupées. Ce qui avait été fait pour les militaires, devrait inévitablement être reproduit, à plus grande échelle, pour les civils affectés par les combats et les privations.

La guerre avait ensuite radicalement changé le regard de la population sur les tuberculeux, jusque là frappés d'ostracisme : « L'attention de tous s'est concentrée sur l'héroïsme [des] soldats, notait Honnorat, sur leur gloire et leur vaillance, sur les dangers qu'ils courent et sur les malheurs qui les frappent ». Doublement victimes de la guerre, les soldats rentrés phtisiques du front bénéficiaient d'une forte sollicitude, liée notamment au déclassement social qui frappait habituellement le tuberculeux : il voyait « toutes les portes se fermer devant lui et, désormais incapable de gagner sa vie, risqu[ait] de tomber dans le dénuement et la misère les plus lamentables »[1073]. Pour les blessés et des mutilés, les conséquences de la guerre étaient des marques visibles qui invitaient au respect ; pour les tuberculeux, les meurtrissures des tranchées, bien qu'invisibles de l'extérieur, étaient tout aussi handicapantes, voire fatales. L'emploi des gaz de combat[1074], dès avril 1915 du côté allemand, ancra plus profondément encore ces « blessés du poumon », tuberculeux ou non, parmi les figures héroïques de la guerre. Resusant le registre des lamentations et des regrets, Honnorat préférait regarder vers l'avenir et faire en sorte que cette situation sanitaire constituât le point de départ d'une réponse coordonnée au défi que posait la lutte contre tuberculose. « La guerre, expliquait-il, a éveillé dans les consciences la claire notion de l'intérêt national », elle avait surtout permis de mettre au premier plan « le péril social qu'est la tuberculose, [...] l'utilité qu'il y a pour le pays dans son ensemble comme pour chaque individu [...], à engager contre elle une lutte sans merci »[1075]. En France, la transition démographique avait été précoce et avait fait chuter de façon

[1069] J.O. 20 juillet 1917, p. 699.
[1070] *Ibidem.*
[1071] Honnorat citait l'étude de Fuster que la mortalité par tuberculose était en 1912 en France de 1,49 pour 1.000 dans les communes de moins de 5.000 habitants, de 3,49 pour 1.000 dans les villes de 30.000 à 100.000 habitants et de 3,89 pour 1.000 à Paris. *Ibidem.*
[1072] *Ibidem.*
[1073] *Ibidem.*
[1074] « C'est alors cet engin nouveau qui fait son apparition au mois d'avril 1915 : les gaz, les gaz asphyxiants qui se répandent d'autant plus nocifs que lorsqu'on les respire, ils semblent innocents. On ne sait pas d'abord ce que c'est ; une vague odeur se répand autour des "cagnas" ; ce sont les gaz ! Si l'homme n'est pas prémuni, il peut en quelques instants respirer les germes qui vont le miner lentement et plus tard faire de lui un tuberculeux. » Discours de M. Evain, président du conseil municipal de Paris, le 3 novembre 1919 pour l'inauguration du sanatorium Landouzy à l'hospice de Brévannes, p. 5. Archives de l'A.P.-H.P.
[1075] J.O. 20 juillet 1917, p. 699.

importante la natalité dès la fin du XIX[e] siècle ; la mortalité, au contraire, n'avait pas subi de baisse aussi rapide, de sorte que le pays s'était engagée dans la guerre avec un handicap de taille : sa démographie vacillante et sa population vieillissante. « Une des conditions primordiales de la puissance d'une nation, rappelait Honnorat, est qu'un Etat à faible natalité a, plus que tout autre, besoin de restreindre au minimum sa morbidité et sa mortalité »[1076]. En 1912, la morbidité de la tuberculose était estimée à environ 500.000 individus[1077], pour une population de 41 millions d'habitants ; la maladie tuait 100.000 personnes par dans le premier quart du XX[e] siècle et était la première cause de mortalité en France.

Le rapport d'Honnorat dressait le bilan des structures de lutte antituberculeuses mises en place depuis 1915 et des modalités de leur développement après la guerre ; il tentait de mesurer l'importance des efforts engagés à l'aune des carences du système français et de l'enjeu démographique et sanitaire. Les 1.200 lits de tuberculeux disponibles avant la guerre (soit un douzaine d'établissements) n'étaient qu'un rempart dérisoire contre la maladie en comparaison des 55 établissements similaires recensés à la même époque en Angleterre et aux 119 sanatoriums populaires que comptait l'Allemagne. La France accusait un retard d'autant plus flagrant que le mouvement sanatorial, esquissé à la fin du XIX[e] siècle, avait conquit depuis la quasi-totalité des pays européens : Suisse, Belgique, Pays-Bas, Danemark, Norvège, Suède, Autriche-Hongrie, Russie, Espagne ou Italie, engagés peu ou prou sur la voie de la cure sanatoriale.

Bien que leur nombre ait été limité, quelques sanatoriums fonctionnaient en France depuis 1900, autorisant les médecins à dresser un bilan médical argumenté. Les quinze années d'activité de ces établissements, dont certains – tels Angicourt, Hauteville et Bligny – disposaient d'une solide réputation, furent jugées suffisantes pour évaluer la validité thérapeutique de la méthode hygiéno-diététique alors qu'en 1900 l'absence de recul n'avait pas permis aux partisans de la cure sanatoriale de contrer le scepticisme ambiant. Les statistiques rapportées en 1917 par Honnorat concernaient plus de 2.000 tuberculeux traités dans les sanatoriums de Bligny et de Montigny-en-Ostrevent au cours de l'année 1912 ; les résultats semblèrent suffisamment probants pour convaincre l'Assemblée nationale des bienfaits de la cure sanatoriale. Le classement de ces résultats selon le degré initial de la maladie permettait en outre de lever les suspicions qui avaient pesé, en 1899, sur les statistiques allemandes. Ces résultats, incontestables quant à la méthode de calcul retenue et l'exactitude du diagnostic, étaient sans appel : 67% des malades curables et améliorables (entrés au stade I de la maladie, voir p. 26) avaient obtenu de « bons » ou de « très bons » résultats lors de leur séjour en sanatorium[1078] ; le tiers restant laissait « subsister des craintes sérieuses pour l'avenir », c'est à dire un risque important de rechute ou d'aggravation des lésions. Ces chiffres furent confirmés par les statistiques du sanatorium de Sainte-Feyre[1079]. Aucun obstacle médical ne s'opposait donc à la multiplication des sanatoriums, devenus d'autant plus nécessaires qu'ils constituaient le prolongement naturel de l'action des dispensaires : « A côté du dispensaire, précisait Honnorat, un établissement d'hospitalisation est indispensable : le sanatorium traitera et guérira les malades que le dispensaire aura découvert et lui aura envoyé »[1080].

En 1917, la création de sanatoriums populaires ne s'apparentait plus à cette œuvre « gigantesque », irréalisable, que décrivait, non sans défaitisme, Maurice Letulle en 1901[1081] lorsque l'immensité de l'œuvre à accomplir paralysait toute volonté d'agir. Dressant l'inventaire méticuleux des stations et hôpitaux sanitaires aménagés depuis 1915, des structures administratives et médicales mises en œuvre et des initiatives privées en faveur de la lutte contre la tuberculose, Honnorat démontrait que les structures sanatoriales qui faisaient tant défaut à la France avait été partiellement créées en l'espace de trois années seulement :

[1076] *Ibidem.*
[1077] Dessertine & Faure 1988, p.35.
[1078] « Par cure "très bonne" nous entendons une cure ayant donné un résultat parfait, tant au point de vue de l'état général qu'au point de vue local, laissant l'espoir qu'avec les précautions de rigueur, le malade a toute chance de ne pas récidiver. Par cure "bonne" nous entendons une cure ayant donné des résultats très complets et très satisfaisants au point de vue général, mais dont les effets, du point de vue pulmonaire, ne sont pas aussi satisfaisants et laissent persister quelques signes d'auscultation autres que les seules modifications de réparation ». J.O. 20 juillet 1917, p. 734.
[1079] A Sainte-Feyre, 2/3 des malades soignés en 1912 avaient été « guéris ou très améliorés ». *Ibidem.*
[1080] *Idem*, p. 723.
[1081] Letulle 1901, p. 929.

En faveur des militaires, expliquait-il, *[...] des aménagements de fortune ont été réalisés qui peuvent, s'ils répondent à certaines conditions [...], devenir autant de sanatoriums. Cette transformation du provisoire en définitif, cette utilisation, pour les besoins de la nation tout entière et le temps normal, de ce qui a été fait pour le temps de guerre et des besoins particuliers, nous paraît s'imposer : elle permettra d'aboutir vite et à peu de frais, tandis que l'édification de toutes pièces d'installations nouvelles [...] se heurteraient à des difficultés et à des complications peut-être insurmontables. Il y a donc nécessité à ce que, avant la fin de la guerre, le sanatorium reçoive une consécration légale ; ainsi sera facilitée l'adaptation des hôpitaux et stations sanitaires à des buts plus étendus que ceux auxquels ils étaient primitivement destinés.*[1082]

Guinard, pour sa part, résumait la situation en ces termes : « Ce que l'on n'a pas voulu, ou pas pu faire, en temps de paix, on est obligé de le réaliser aujourd'hui »[1083]. L'encadrement des ces structures par une nouvelle législation, plus ample et plus ambitieuse, était le « contre-coup inéluctable de l'effort prodigieux » réalisé depuis 1915 et prit dès lors la forme d'un simple habillage réglementaire venant parachever une organisation rendue déjà fonctionnelle par les moyens extraordinaires mis en œuvre durant la guerre. Avec plus de 12.000 lits de tuberculeux disponibles en 1918 dans près d'une centaine de stations et hôpitaux sanitaires, les autorités sanitaires pouvaient envisager l'après guerre avec une certaine sérénité. En l'espace de quatre années, les capacités sanatoriales avaient été multipliées par dix, même si les structures aménagées dans l'urgence ne répondaient souvent qu'au qualificatif de « sanatoriums de fortune ». Ces nouvelles formations sanitaires n'étaient d'ailleurs pas officiellement dénommées « sanatoriums » ; elles ne s'y apparentaient que par l'usage sanitaire qui en était fait.

En 1917, Léon Bernard et Jules Brisac réalisèrent une expertise des structures existantes et de leur potentiel de conversion en établissements pérennes. Commandé par la commission permanente de la préservation contre la tuberculose[1084] et abondamment cité par Honnorat, ce rapport brossait à grands traits un panorama des établissements antituberculeux utilisables après la guerre. Bernard et Brisac admettaient d'emblée que la plupart des hôpitaux sanitaires devraient être fermés dès la fin des hostilités, en raison notamment du statut des bâtiments utilisés par le ministère de la guerre. Selon les termes de ce rapport, ces formations n'avaient bénéficié dans leur ensemble que « d'aménagements provisoires insuffisants pour une institution définitive et ne justifiant pas des dépenses supplémentaires »[1085]. Une autre raison avancée pour justifier leur abandon était leur situation climatique, jugée défectueuse dans la plupart des cas. En comparant la localisation des structures créées par les ministères de l'intérieur et de la guerre (cartes n°2 et n°3), on constate en effet que les stations sanitaires étaient plus nombreuses dans la moitié sud du pays, notamment autour des massifs, réputés plus favorables à la cure. Les hôpitaux sanitaires, au contraire, étaient plus nombreux dans le nord de la France, selon un axe Est-ouest placé à l'arrière des zones de combat comme leur fonction de triage l'exigeait, notamment en Lorraine et en Champagne, dans le bassin parisien et dans la vallée de la Loire. Probablement pour favoriser la complémentarité des hôpitaux et des stations sanitaires et faciliter le transit des malades, plusieurs de ces formations avaient été aménagés à proximité l'une de l'autre, voire dans la même localité ; c'était le cas à Bordeaux, Cambo, Menton, Vienne, Lyon, Clermont-Ferrand, Nevers, Orléans et Rouen. Ces doublons donnaient un avantage certain aux stations sanitaires qui, non seulement, étaient souvent mieux équipées mais dont le statut administratif civil simplifiait la conversion en établissement public de cure. Ces éléments permirent à Bernard et Brisac de dresser en 1917 la liste des établissements provisoires appelés à constituer l'embryon de l'équipement sanatorial français. Sans surprise, la majorité des établissements retenus était constituée de stations sanitaires[1086]. La vingtaine de formations retenues totalisait près de 3.000 lits, auxquels il fallait ajouter

[1082] J.O. 20 juillet 1917, p. 723.
[1083] Guinard 1917, p. 390.
[1084] J.O. 20 juillet 1917, p. 734.
[1085] *Ibidem.*
[1086] Elle comprenait 15 stations sanitaires (Oissel, Engayresque, Bégut, La Meynardie, Villeneuve d'Amont, Portes-les-Valences, Touvent, La Tronche, St-Jodard, La Chapelle-St-Mesmin, Montfaucon, Monbran, Clavières, Pignelin, Les Roches) et six hôpitaux sanitaires (Oissel, La Côte-St-André, Gorbio, Campagne-les-Bains, Larressore, et Nîmes). (JO, 1917, annexe n°3653, p. 735). En 1919, cette liste est complétée par les stations sanitaires de Pessac, Taxil et Bayère ; les hôpitaux sanitaires de Solesmes, Légé, St-Claude et Les Chaprets (Besançon), Hérouville, Vals-le-Puy, St-Genis-Laval, Troyes, Talent, Vannes, Bligny et Aspet (Oissel et La-Côte-St-André sont supprimés) et les établissements de Bel-Air (Croix-Rouge) et Ris-Orangis (Union nationale des cheminots). La Loi Honnorat permettait la départementalisation de plusieurs institutions fondées par des œuvres privées de nature philanthropique, ce

ceux des établissements en cours de construction ou d'agrandissement tels La Guiche, Plougonven, Lège, Le Montet, Canteleu, La Membrolle, Seyssuel, La Tronche et Bellecombe. D'après nos estimations, une quinzaine de stations sanitaires furent effectivement reconverties en sanatoriums au cours des années vingt et trente, contre quatre hôpitaux sanitaires seulement[1087].

2.2.4. La loi du 7 septembre 1919.

Débattu à partir de mars 1917 à l'Assemblée nationale, le projet de loi sur les sanatoriums fit l'objet d'un large consensus ; seules les modalités budgétaires de son application ainsi que la part apportée par l'Etat à son financement suscitèrent un débat chez les parlementaires. Le texte proposé en juillet 1917 aurait pu être adopté rapidement mais, pour des raisons que nous ignorons, son examen fut longuement reporté. Ce délai fut prolongé au début de l'année 1919 suite au dépôt, par le ministre de l'intérieur Georges Clémenceau (1841-1929), d'un projet de loi « rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose et assurant l'hospitalisation gratuite des malades nécessiteux »[1088] et dont certaines dispositions, relatives notamment à la participation de l'Etat aux dépenses d'entretien des tuberculeux, semblaient se superposer à celles prévues par le projet Honnorat. Les deux projets de loi furent examinés conjointement au premier trimestre 1919 et celui de Clémenceau fut finalement abandonné, vraisemblablement en raison d'un coût jugé trop élevé. La loi sur les sanatoriums fut adoptée en première lecture à l'Assemblée nationale lors de la séance du 6 mars 1919. Après y avoir apporté quelques modifications, le Sénat la vota à son tour le 27 juin. Transmise en seconde lecture au Parlement, elle fut finalement adoptée, avec les modifications du Sénat, le 29 août et signée par le président de la République, Raymond Poincaré, le 7 septembre 1919. Le texte fut publié au Journal Officiel le 9 septembre 1919, date légale de son entrée en vigueur[1089].

Selon ses promoteurs, cette loi devait permettre de réunir des œuvres auparavant dispersées sous une même bannière et assurer le maintien des structures antituberculeuses mises en places depuis 1915. La loi Honnorat, nous l'avons dit, ne faisait qu'entériner des dispositifs préexistants, qu'il s'agisse des sanatoriums installés avant la guerre ou des structures créées pendant. Elle fixait dorénavant dans un texte unique les règles d'hygiène, d'aménagement et d'administration applicables sur l'ensemble du territoire en matière de cure de la tuberculose. Elle s'appuyait sur les lois sanitaires et sociales antérieures : celles de 1893 sur l'assistance médicale gratuite et celle de 1916 sur les dispensaires. Selon l'article 3, en effet, « l'Etat, les départements et les communes participent aux dépenses de l'hospitalisation dans les sanatoriums des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 dans les proportions fixées par cette loi ». La loi Honnorat prenait donc acte des demandes formulées depuis 1900 en faveur del'assimilation des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires à des hôpitaux permettant d'y hospitaliser les tuberculeux, ceci en application de la loi de 1883 sur l'assurance médicale gratuite tel que l'avaient plaidé au début du siècle le médecin Arthaud[1090] ou le conseil municipal de Nîmes[1091]. Définie par Honnorat comme une « construction légale à l'abri de laquelle le sanatorium pourra se développer »[1092], la loi qui porte son nom marque le début d'une prise en charge des tuberculeux pauvres dans des établissements spécifiques.

Le texte de loi « instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculeuse et fixant les conditions d'entretien des malades de ces établissements » est relativement bref : ses neuf

---

fut le cas, du sanatorium d'Oissel, fondé en 1903 par l'œuvre du sanatorium rouennais et dont le département de Seine-Inférieure assurait la gestion à la fin de la guerre. J.O. 27 juin 1919, p. 369.

[1087] Les hôpitaux sanitaires transformés en hôpitaux-sanatoriums ou en sanatoriums à la fin de la guerre étaient ceux de Larressore, devenu sanatorium départemental des Pyrénées-Atlantiques ; de Nîmes (Gard), devenu sanatorium municipal ; du Château d'Angeville à Hauteville (Ain) et de Sainte-Eugénie à Saint-Genis-Laval (Rhône), qui fonctionnait déjà comme hospice depuis le milieu du XIX[e] siècle.

[1088] J.O. 21 janvier 1919, p. 118.

[1089] Le texte de la loi du 7 septembre 1919 est intégralement reproduit en annexes.

[1090] Répondant, en 1901, aux critiques relatives à l'incapacité des indigents à payer les frais d'un traitement en sanatorium, Arthaud expliquait que « le sanatorium pour poitrinaires nécessiteux de l'Aisne [son projet concernait un établissement pour ce département], une fois fait, sera assimilé aux autres établissements hospitaliers. Dès lors la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite lui sera applicable ». La loi de 1893 stipulait notamment : « Art. 1 Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile où, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier ». Artaud 1914.

[1091] Bulletin municipal, Nîmes, séance du 23 décembre 1901, p. 445-446. A.M. de Nîmes.

[1092] J.O. 20 juillet 1917, p. 723.

articles tiennent sur une seule page du Journal Officiel[1093]. Nous ne l'évoquerons ici que dans les grandes lignes, les points relatifs à l'aménagement des établissements étant par la suite développés en détail. La loi comprend un « titre premier » consacré aux sanatoriums publics (gérés par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics ainsi que ceux assimilés à des sanatoriums publics gérés par des associations reconnues d'utilité publique ou des sociétés de secours mutuels) et un « titre second » consacré aux sanatoriums privés. L'article 2 précise qu'« une subvention de l'Etat pourra être accordée à ces collectivités pour la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection des établissements [...] à condition qu'ils soient rattachés à un ou plusieurs dispensaires ». Contrairement à la version de mars 1917, le texte définitif ne conditionne plus la création d'un sanatorium à son rattachement à un dispensaire, mais seulement l'attribution des subventions publiques[1094]. L'Etat ne souhaitait donc participer financièrement qu'aux établissements pouvant s'intégrer au maillage des dispensaires, progressivement constitué depuis 1916. Il s'agissait manifestement de rendre plus cohérents, à l'échelle nationale, les efforts réalisés en matière de lutte antituberculeuse dès le début de la guerre : il paraissait en effet inutile de subventionner à grands frais un sanatorium si aucun dispensaire ne pouvait, en amont, lui envoyer ses malades et, inversement, si aucun dispensaire n'était en mesure d'assurer le suivi des anciens malades à leur sortie de l'établissement. Prophylaxie, dépistage et cure étaient ainsi, pour la première fois en France, organisées selon un schéma pleinement articulé, sous la forme de l'« armement antituberculeux » réclamé depuis si longtemps par le corps médical. Le montant des subventions était toutefois plafonné à la moitié des dépenses de premier établissement et exigeait, au préalable, l'approbation des plans et devis du projet par le tout nouveau ministère de l'hygiène. Nous détaillerons plus loin les mécanismes de contrôle institués conjointement. La partie consacrée aux sanatoriums publics comprend six articles ; celle consacér aux sanatoriums privés n'en contient que trois et reconduit en partie les conditions techniques et hygiéniques définies pour les sanatoriums publics, exception faite du recrutement des médecins. Les sanatoriums privés sont ceux créés par des particuliers ou par des collectivités, sociétés ou associations ne rentrant pas dans le cadre défini précédemment.

Les artisans de la loi du 7 septembre 1919 insistèrent sur le fait que les départements n'étaient aucunement obligés de créer des sanatoriumsm, la nouvelle législation cherchant avant tout à « faciliter ces créations »[1095]. L'article 5 de la loi prévoit à ce propos que « les départements qui ne possèdent pas de sanatorium où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de cinq ans [...] d'assurer cette hospitalisation en passant un traité à cet effet avec un sanatorium public ou [...] privé»[1096]. Dans le texte transmis par le parlement en juillet 1919, les sénateurs supprimèrent au début de ce même article la mention « dans les sanatoriums établis sur leur territoire » afin, précisaient-ils, « de ne pas enfermer les départements dans leur territoire pour la création d'un sanatorium »[1097]. Mentionnée en 1917 comme l'un des principaux arguments contre la reconversion de toutes les stations sanitaires, la contre-indication climatique, propre à certaines régions, semblait empêcher, par la configuration même du pays, une mise en œuvre strictement départementale de la loi sur le sanatorium. Si la loi n'obligeait pas les départements à construire des sanatoriums, ce n'était pas tant par manque de volonté politique que pour des raisons climatiques, toutes les régions de France ne s'y prêtant pas de la même façon. La seule obligation faite aux départements était d'assurer la prise en charge de leurs malades indigents dans un sanatorium public ou privé, situé sur leur territoire ou dans un autre

[1093] J.O. 9 septembre 1919. Ce texte est reproduit en annexe.
[1094] En 1924, un rapport de l'inspection générale des services administratifs y voyait un manque de cohérence du seul fait « que la création des dispensaires est facultative, que nulle collectivité, nul service ne sont obligés de créer un dispensaire (hors cas de mortalité anormale due à la tuberculose), alors que la création des sanatoriums est obligatoire ». Gravereaux, allant jusqu'au bout du raisonnement, poursuivait ainsi : « Bien que la difficulté ne soit pas encore apparue et qu'il soit peu probable qu'elle se présente, puisque presque tous les départements sont pourvus de dispensaires, on peut se trouver en présence de cette situation : une collectivité fait un effort et crée un sanatorium, mais, faute de dispensaire dans le département, est inapte, aux termes de l'article 2, à bénéficier d'une subvention pour cette création. Il y a là – la question d'aura peut-être jamais qu'un intérêt théorique – un défaut d'harmonie entre deux lois destinées à se compléter : la loi du 7 septembre 1919 prévoit la création obligatoire d'un établissement devant être rattaché à un organisme dont la création est facultative ». Gravereaux 1924, p. 35.
[1095] J.O. 6 mars 1919, p. 1024.
[1096] J.O. 9 septembre 1919, p. 9730.
[1097] J.O. 7 août 1919, p. 2345.

département, dans un délai de cinq années[1098]. Jugé trop court, le délai de deux ans accordé aux départements en 1919 fut porté à dix ans par la loi de finances du 31 décembre 1921[1099]. Les conseils généraux avaient donc jusqu'au 7 septembre 1929 pour assurer la prise en charge médicale des tuberculeux relevant de l'Assistance médicale gratuite.

2.2.5. Les moyens financiers.

La question du financement de la loi Honnorat mérite d'être analysée en détails, dans la mesure où les subventions allouées aux sanatoriums étaient le principal instrument dont disposait l'Etat pour favoriser la mise en œuvre du nouvel armement antituberculeux. Il faut distinguer, dans les coûts induits par le dispositif sanatorial, les frais de première installation relatifs à « la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection des établissements », des frais de fonctionnement et d'entretien des malades dans ces établissements. Ces notions étaient respectivement définies dans les articles 2 et 3 de la loi. S'agissant des premiers, la loi réaffirmait le volontarisme de l'Etat qui pouvait accorder une subvention aux collectivités à concurrence de 50% du montant des devis ; il n'y avait toutefois là aucune obligation légale. Cette aide financière de l'Etat était particulièrement favorable aux stations et hôpitaux sanitaires créés pendant la guerre car les dépenses engagées avant la promulgation de la loi pour leur aménagement n'étaient pas prises en compte dans ce calcul. La loi garantissait ainsi que ces équipements ne seraient pas délaissés au profit des nouveaux projets. L'Etat, au contraire, consentait à prolonger son effort financier de façon à convertir ces structures provisoires, ces « sanatoriums de fortune », en de véritables sanatoriums convenablement aménagés. Quant aux collectivités locales, elles avaient à leur charge la moitié – au minimum – des frais de construction et d'aménagement des sanatoriums publics mais pouvaient bénéficier, si elles devaient s'endetter pour cela, « des facilités de crédit prévues pour la construction des habitations à bon marché ». Cette disposition leur assurait notamment des conditions privilégiées d'emprunt auprès de la Caisse des dépôts et consignations. S'agissant des frais de fonctionnement, la Loi Honnorat se superposait à plusieurs dispositifs existants. Le premier d'entre eux était l'Assistance médicale gratuite (A.M.G.) qui assurait, depuis 1893, la prise en charge des frais médicaux pour les malades indigents. Assimilant les sanatoriums à des établissements hospitaliers, la loi Honnorat ouvrait aux tuberculeux indigents le bénéfice de l'A.M.G.[1100] qui imposait à l'Etat, au département ou à la commune – selon le domicile de secours du malade – le paiement des frais médicaux. Dans le cas d'une hospitalisation en sanatorium, le dispositif de l'A.M.G. ne couvrait toutefois que le « prix de journée d'hospitalisation fixé pour l'hôpital de premier rattachement de la circonscription du domicile de secours du malade », et la loi Honnorat conférait à l'Etat la charge financière de la part complémentaire du prix de journée en sanatorium, notablement plus élevé – du fait des particularité du traitement – qu'à l'hôpital. L'Etat agissait de même pour les malades affiliés à une société de secours mutuels, pour ceux « dépendant d'associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du sanatorium public » et pour ceux qui n'étaient pas affiliés à l'A.M.G. mais dont le placement en sanatorium était demandé par un dispensaire (à conditions que leurs moyens ne leurs permettent pas de régler eux-mêmes ces frais). Si cette prise en charge ne concernait finalement qu'une petite partie de la population – les indigents et les personnes déjà affiliée aux caisses de secours –, les dispositions prévues par la loi furent, semble-t-il, plus largement appliquées aux malades issus des classes ouvrières ou peu aisées qui ne pouvaient assumer les frais d'un long séjour en établissement cure. Cette situation ambiguë sera clarifiée en 1928 avec l'adoption de la loi sur les assurances sociales qui donnera une couverture médicale à une plus grande proportion de la population[1101].

[1098] L'article 5 précisait encore que « si le Conseil général n'a pas pris, dans le délai imparti ci-dessus, de délibération réglant la matière, il y sera pourvu par décret pris après avis du Conseil d'Etat. Selon M.-E. Fournier, en 1936, aucune mesure de la sorte n'avait été prise à l'encontre d'un département. Fournier, 1936.
[1099] Article 31 modifiant l'article 5 de la loi 7 septembre 1919.
[1100] L'article premier de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite prévoyait ainsi que « tout français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département, ou de l'Etat (...) l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner à domicile, dans un établissement hospitalier ».
[1101] Fournier 1936, p. 36.

La part la plus importante des frais de fonctionnement des sanatoriums revenait donc aux départements et aux communes qui, selon les termes de la loi Honnorat, auraient à leur charge un plus grand nombre de malades bénéficiaires de l'A.M.G.

Outre la part complémentaire du prix de journée en sanatorium, l'Etat aurait à sa charge une partie importante (jusqu'à 50%) des dépenses liées à la construction des établissements. Saisie pour donner un avis sur les incidences budgétaires de la loi Honnorat, la Commission des finances du parlement ne prit pas réellement la mesure des ambitions du projet, soit qu'elle eût sous-estimé les besoins en la matière, en dépit des rapports communiqués aux deux assemblées depuis le début de la guerre, soit qu'elle n'eût pas pressenti la large utilisation qui serait faite de la nouvelle législation. Il est intéressant de comparer ses estimations budgétaires avec celles formulées, au même moment, pour le projet de loi sur la déclaration obligatoire de la tuberculose[1102]. Ce projet prévoyait en janvier 1919 la construction de 15.000 lits de tuberculeux pour un montant de 60 millions de francs, auquels s'ajoutaient quatre millions de francs pour l'achèvement des 9.000 lits disponibles dans les structures existantes. Les frais de fonctionnement des établissements étaient estimés à 55 millions de francs par an. En comparaison, les estimations de la Commission des finances sur la loi Honnorat sont étonnamment faibles : selon son rapporteur, la charge incombant à l'Etat relative aux frais de premier établissement serait « limitée » car « l'effort le plus considérable [avait], en effet, été produit » lors de l'installation des stations et hôpitaux sanitaires. Il ajoutait que les structures provisoires « dont la transformation ne sera pas encore complète, n'exigeront pas de dépenses importantes, puisqu'il ne s'agira que d'aménagements »[1103]. La commission estima ainsi que l'effort financier à produire n'irait pas au-delà de la « quarantaine de sanatoriums » dont disposeraient les collectivités une fois la reconversion des stations et hôpitaux sanitaires achevée. Ses prévisions budgétaires furent donc établies sur la base de ce modeste objectif : pour la commission, « 1,5 millions de francs pour la première année, crédit qui diminuera par la suite [paraissait] suffisant ». Soucieuse – car tel était son rôle – de limiter les frais incombant à l'Etat, elle estimait que les dépenses sanatoriales seraient maîtrisées, que « l'effort [irait] en diminuant, car le nombre de sanatoriums n'a pas à s'accroître et il est permis de penser que les établissements existants ou prévus sont déjà presque suffisants ». Elle précisait enfin, comme pour achever de se rassurer, que le taux des subventions apportées par l'Etat, limité à 50% par la loi, constituait bien un maximum qui pourrait ne pas être atteint : dans ces conditions, la part de l'Etat dans le financement du programme sanatorial se limiterait aux crédits alloués chaque année au ministère de l'hygiène. S'agissant des dépenses de fonctionnement, la Commission se basa sur un nombre de 5.000 lits de tuberculeux occupés annuellement, soit une dépense prévisible de 4.562.000 francs qui constituait, une nouvelle fois, « un maximum, puisqu'on suppose les 5.000 lits occupés tous les jours sans exception et sans interruption pendant 365 jours, ce qui ne se produira pas ». Ces estimation relevaient de l'aveuglement ou de la naïveté : les six millions de francs prévus pour la création et le fonctionnement des établissements de cure correspondaient sensiblement au budget alloué au ministère de l'intérieur en 1919 pour l'assistance aux tuberculeux dans les seules stations sanitaires (5,5 millions). La commission prévoyait d'ailleurs la suppression de cette ligne budgétaire dès l'entrée en vigueur de la loi : elle put avaliser sereinement ce projet qui s'apparentait à un simple transfert de crédits d'une ligne budgétaire à l'autre. Cela paraît d'autant plus surprenant que ce budget annuel de 5,5 millions de francs – inchangé depuis 1917 donc fortement réduit, en valeur absolue, du fait de la forte inflation durant les années de guerre – avait à peine suffit pour financer l'installation *a minima* d'une trentaine de stations sanitaires. Examinant à son tour ce budget, la Commission des finances du Sénat fit preuve de plus de clairvoyance, pariant que « cette somme prévisionnelle sera nécessairement dépassée si la loi sur la création des sanatoriums est largement appliquée dans l'intérêt de la santé publique »[1104]. Les réalisations suscitées par la loi Honnorat se situeront effectivement, nous le verrons, bien au-delà des estimations validées par les deux Chambres.

[1102] Ce projet ambitieux envisageait non seulement à la prise en charge des malades mais également le soutien de leur famille pendant la période d'hospitalisation. L'assistance aux familles était évaluée à 22 millions de francs par an. Dessertine & Faure 1988, p. 35 et annexe n°1, p. 211.
[1103] J.O. 21 janvier 1919, p. 117.
[1104] J.O. 3 juillet 1919, p. 644.

2.3. Les conditions légales de fonctionnement des sanatoriums.

2.3.1. Le décret d'application du 8 août 1920.

Au début de l'année 1920, alors que la loi sur les sanatoriums venait d'être adoptée, le monde médical restait vigilent sur les modalité de mis en œuvre de cet ambitieux programme. Les plus éminents médecins publièrent ainsi en janvier 1920 dans le *Bulletin du C.N.D.T.* un solennel « Appel aux élus du peuple de France et à tous les français » :

> *Au lendemain de l'horrible guerre qui nous a imposé le sacrifice de tant de vies humaines, la France, plus que toute autre nation de l'Europe à cause de sa faible natalité, doit résolument s'organiser pour la lutte contre la tuberculose. Il n'est plus possible que les Pouvoirs publics ajournent indéfiniment d'adoption des mesures défensives dont dépend l'existence de notre nation. Il faut que le nouveau Parlement sache que son premier devoir est de protéger les vies humaines, qui sont seules productrices de la richesse nationale.*
>
> *Il faut qu'il se pénètre de cette vérité que la mort prématurée d'un français entraîne pour la patrie la perte d'une partie de son capital social. Nous n'avons plus le droit de laisser amoindrir ce capital. Avant la guerre, les économistes évaluaient à 30.000 francs la valeur moyenne (travail et salaire accumulés) que représentait la vie d'un adulte en 20 à 40 ans. Au taux de la vie actuelle, n'est ce pas à 50.000 ou à 75.000 francs que cette valeur humaine doit être élevée ? Or la tuberculose prélève en France, chaque année, environ 100.000 sujets de cette catégorie. Donc nous perdons annuellement, du fait de l'insuffisance de nos organisations sanitaires, une somme approximative de cinq à huit milliards. La nation ne peut demeurer plus longtemps indifférente devant une telle cause de ruine.*
>
> *Nous demandons [...] au Parlement d'*accepter le vote des crédits nécessaires *à l'organisation méthodique de la lutte. Que pèsera sur nos finances un crédit de deux cents millions si, par son emploi judicieux, on fait reculer le fléau de 35%, 50%, plus peut-être, le taux de la mortalité par tuberculose ?*
>
> *Le Comité National de Défense contre la tuberculose offre aux Pouvoirs publics son concours pour organiser, ave leur aide et sous son contrôle, dans toute la France, au moyen des Comités départementaux affiliés à son action, les institutions sanitaires qui répondront aux besoins les plus urgents. [...] Il ne servirait à rien d'avoir, avec l'aide de nos alliés, gagné la guerre, assuré le triomphe du droit, sauvegardé notre liberté, si nous nous laissions décimer par les maladies contre lesquelles la science nous garantit une efficace préservation. Que le Gouvernement, que le Parlement nous aident donc à forger les armes de combat qui nous font défaut. Que la France entière mobilise, sans plus tarder, toutes ses forces pour vaincre la tuberculose et sauver ce qui lui reste d'enfants.*[1105]

Un projet de décret d'application fut examiné en 1920 par les différentes commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat. Le groupe médical parlementaire, conduit par le président de l'Académie de médecine Chauveau, fut associé à sa rédaction[1106]. Approuvé par la commission permanente de préservation contre la tuberculose le 23 juin 1920, le texte fut présenté à l'Assemblée nationale le 7 août et finalement signé par le président de la République le 10 août 1920. La loi sur les sanatoriums constituait l'un des premiers actes législatifs du nouveau ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales[1107], J.-L. Lebreton, qui avait reçu le 27 janvier 1920 les attributions sanitaires jusque là dévolues au ministre de l'intérieur[1108]. Le nouveau ministère était chargé de développer et de coordonner la politique sanitaire française ; il reprenait ainsi la tutelle des établissements sanitaires créés pendant la guerre et devait mettre en œuvre les moyens de contrôle prévus par la nouvelle législation antituberculeuse[1109]. En guise de préambule au décret du 10 août 1920, le ministre rappelait que la loi sur les sanatorium ne constituait qu'un début : « D'autres mesures législatives restent à envisager, *expliquait-il* : création de quartiers spéciaux

[1105] Cet appel fut notamment signé par Léon Bourgeois (président du C.N.D.T.), Xavier Arnozan, Léon Bernard, Raoul Brunon, Albert Calmette, Jules Brisac, Fernand Bezançon, Guinard, Louis Guinon, Edouart Herriot, Georges Küss, Maurice Letulle, Fernand Merlin, Henri Sellier, Paul Strauss. *Bulletin du C.N.D.T.*, janvier 1920, p. 3-4.
[1106] Vitoux 1920/2, p. 1179.
[1107] Le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale fut transformé en ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en 1927 puis en ministère de la santé publique en 1930.
[1108] J.O. 15 août 1920, p. 12041.
[1109] La création d'un ministère dédié aux affaires sanitaire ne concernait pas uniquement la France, puisque le *Ministry of Health* avait été Angleterre en 1919. Richardson 1998, p. 150.

pour tuberculeux incurables dans les hôpitaux actuels (hôpitaux mixtes) ou mieux, création d'hôpitaux spécialement affectés à cette catégorie de malades ; organisation de la prévoyance par l'ensemble des diverses assurances – maladie, invalidité, etc. – destinés à prévenir les maladies. »[1110]

Comme la loi de 1919, le décret d'application du 10 août 1920 comprend deux titres distincts : l'un concerne les sanatoriums publics, l'autre les sanatoriums privés. Le premier titre est divisé en cinq chapitres : 1° Les *Conditions générales d'établissement des sanatoriums publics ou des sanatoriums assimilés à des sanatoriums publics* précisent les modalités d'examen des plans et d'attribution des subventions ; 2° Les *Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums publics ou les sanatoriums assimilés à des sanatoriums publics* encadrent l'aménagement des établissements ; 3° Les *Conditions de fonctionnement des sanatoriums publics* définissent les modalités d'admission et de sortie des malades et de gestion des établissements ; 4° Les *Conditions de recrutement et de nomination par voie de concours des médecins du sanatorium public* concernent le personnel médical ; 5° *De la surveillance des sanatoriums par l'autorité publique* définit les moyens de contrôle exercés sur les sanatoriums[1111]. Nous ne commenterons pas ce texte article par article, son contenu étant analysé thématiquement au prochain chapitre ; nous nous de décrire l'architecture générale du texte.

La loi sur les sanatoriums distinguait quatre catégories administratives de sanatoriums : 1° Les sanatoriums publics : créés et gérés par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics ; 2° Les sanatoriums gérés par des associations reconnues d'utilité publique ou des sociétés ou réunions de sociétés de secours mutuels et qui peuvent être assimilées aux sanatoriums publics ; 3° Les sanatoriums « privés agréés » ayant passé des contrats avec les collectivités publiques pour prendre en charge leurs malades et soumis à la surveillance du ministère de l'hygiène ; 4° Les sanatoriums privés soumis également à certaines conditions d'aménagement[1112]. Les « sanatoriums publics » n'étaient pas assimilés à des « établissements publics » au sens légal du terme et étaient simplement « gérés » par des collectivités publiques : les sanatoriums avaient à ce titre un statut assez comparable à celui des asiles d'aliénés départementaux créés au milieu du XIX^{e} siècle. Honnorat relevait cette similitude en mars 1919, admettant que le dispositif sanatorial était « emprunté tout entier aux dispositions de la loi sur les asiles d'aliénés »[1113]. Nous ne détaillerons pas ici les modalités de fonctionnement des asiles d'aliénés, mais une étude comparative entre les deux dispositifs permettrait de déterminer plus exactement les points de convergence avec les sanatoriums.

Relatif aux *Conditions techniques et hygiéniques* des établissement, le deuxième chapitre précise succinctement : les conditions d'implantation des bâtiments (article 7 : climat, sous-sol, accès à l'eau potable, dimensions du domaine), l'exigence de séparation des sexes (article 8), la nature et les dimensions des chambres de malades (article 9), l'organisation des services et les mesures d'hygiène applicables dans les sanatoriums (articles 10 et 11). L'article 12, toutefois, tempère le niveau d'exigence requis :

> *A titre transitoire, les sanatoriums existants lors de la publication du présent décret, considérés comme sanatoriums publics ou comme sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics, pourront ne pas réunir toutes les conditions précisées aux articles 7 et suivants ci-dessus. Toutefois, les modifications possibles devront être envisagées et exécutées de façon à ce que dans un court délai, soient réalisées les améliorations qui permettraient de procurer le maximum de ces conditions.*[1114]

Ces dispositions suscitèrent un enthousiasme général et peu nombreux furent les médecins ou parlementaires à manifester leur désaccord. Eternel opposant au sanatorium, Raoul Brunon estimait pour sa part en janvier 1920 que les raisons qui avaient conduit au rejet de la conception sanatoriale allemande en 1900 restaient d'actualité :

[1110] *Ibidem.*
[1111] Le texte du décret du 10 août 1920 est intégralement reproduit en annexes.
[1112] Thoillier 1947, p. 107.
[1113] J.O. 7 mars 1919, p. 1028. En 1924, l'inspecteur général des services administratifs, Gravereaux, remarquait de la même façon que « les sanatoriums publics sont des services nationaux, départementaux, communaux ou annexes d'établissements publics, exactement dans les mêmes conditions que les asiles publics sont des services départementaux ». Le décret de 1920 s'inspirait, selon lui, « manifestement de la réglementation en vigueur sur les asiles d'aliénés » [1113] (*Idem*, p. 60.)
[1114] J.O. 15 août 1920, p. 12042.

Les faits [en 1920] *sont [...] toujours les mêmes, et l'opinion des médecins n'a pas changé*l. *Mais l'influence allemande nous revient à travers l'Amérique ; et une foule de croyants – ministres, hommes politiques, hautes fonctionnaires, philanthropes, nurses, infirmières – reprennent la lutte en faveur des sanatoriums. De l'alcool, du taudis, de l'état anti-hygiénique de nos villes, de nos administrations, de nos bureaux, de nos ateliers, de nos lycées et collèges, etc. : pas un mot.* [1115]

Les opposants aux sanatoriums étaient à présent minoritaires et les mondes médical et politiques étaient non seulement convaincus du bien fondé de cette entreprise sanitaire mais également de sa faisabilité à moyen terme. En minorant le coût de la nouvelle législation, la commission des finances avait d'ailleurs ôté aux détracteurs du sanatorium leur principal argument : son impossiblité économique.

Examinant la loi Honnorat en 1924, un rapport de l'Inspection générale des services administratifs la jugea dans l'ensemble bien conçue, son application ayant posé jusque là peu de problèmes légaux[1116]. Malgré le faible de recul dont il disposait pour ce rapport, l'inspecteur Gravereaux dressait un bilan globalement positif ; seul le manque de crédits semblait l'inquiéter : nous aurons l'occasion de revenir sur ces difficultés de financement. Les seules faiblesses du texte résidaient, selon lui, dans certaines incohérences légales entre les lois de 1916 et de 1919 et dans l'ambiguïté qu'il entretenait entre les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires et ceux pour malades osseux et ganglionnaires. Ces imperfections justifieront les nombreuses « retouches » que la loi de 1919 et son décret d'application connaîtront par la suite.

Le comité technique des sanatoriums.

Comme tout dispositif législatif, la loi sur les sanatoriums prévoyait un encadrement administratif contraignant devant permettre à l'Etat et aux collectivités concernées de vérifier le respect de la réglementation. La loi du 7 septembre 1919 précisait notamment que l'octroi des subventions de l'Etat « sera toujours subordonné à l'approbation préalable des emplacements, plans et devis par le ministre de l'intérieur »[1117]. Cette obligation constituait l'une des principales contraintes imposées aux collectivités projetant la réalisation d'un nouvel établissement. Les premiers articles du décret de 1920 sont consacrés aux *Conditions générales d'établissement des sanatoriums publics ou des sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics*. Ils précisent notamment les modalités de ce contrôle :

Art.2. Lorsqu'une des collectivités [...] aura décidé la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection d'un sanatorium public ou d'un établissement assimilé aux sanatoriums publics, elle devra, tout d'abord, soumettre le projet à l'approbation du ministre de l'hygiène.

Art. 3. Ce projet doit comprendre : 1° Une description détaillée de l'emplacement sur lequel le sanatorium sera construit ou aménagé ; 2° La contenance des terrains qui y sont affectés ; 3° Les plans et les devis des constructions ; 4° L'indication du genre de malades qu'il est destiné à recevoir, ainsi que leur nombre et leur sexe ; 5° La désignation du ou des dispensaires auxquels il sera rattaché ; 6° Les ressources destinées au fonctionnement de cet établissement. [1118]

Le dossier complet était alors « communiqué pour étude et avis à un comité technique institué auprès du ministère de l'hygiène ». Composé de douze membres désignés par le ministère[1119], le comité

[1115] Brunon 1920.
[1116] L'auteur de ce document, l'inspecteur général adjoint Graveraux, était bien placé pour donner un avis sur le fonctionnement du nouveau dispositif puisqu'il était également membre du Comité technique des sanatoriums au ministère de l'hygiène
[1117] J.O. 9 septembre 1919, p. 9730, article 2.
[1118] J.O. 15 août 1920, p. 12041, article 2. La liste des pièces composant le dossier restera inchangée dans les décrets modificatifs du 14 janvier et du 11 février 1931, mais elle sera complétée dans celui du 30 mai 1932 par les éléments suivants : « 7° Un questionnaire dûment rempli [fourni par le ministère] ; 8° L'avis du maire de la commune ou doit être édifié le sanatorium ; 9° Un rapport de l'inspecteur d'hygiène [...] du département où le sanatorium soit être édifié ; 10° L'avis du Conseil départemental d'hygiène ; 11° L'avis personnel du préfet. Le dossier, parvenu au préfet, sera complété par : 12° Un rapport faisant connaître, avec tous les renseignements et conclusions motivées, le résultat d'une enquête sur place confiée à un inspecteur général des services administratifs, ou un délégué qualifié, désigné par le ministre ; 13° L'avis de la commission permanente des stations hydrominérales et climatiques, dans le cas où le sanatorium sera érigé sur le territoire d'une station hydrominérale ou climatique ; 14° L'avis du conseil d'administration de l'office national du tourisme et de la chambre d'industrie touristique, dans le cas où le sanatorium sera sur le territoire d'une station touristique. » (J.O. 7 juin 1932, p. 6215). L'avis de la chambre d'industrie (point n°13) est rendu obligatoire dans le dossier de base par le décret du 29 octobre 1936 (J.O. 10 novembre 1936).
[1119] Le comité comprenait : « Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'hygiène ; deux inspecteurs généraux et une inspectrice générale des services administratifs ; les deux conseillers techniques sanitaires du ministère de l'hygiène ;

technique des sanatoriums était la clé de voûte du dispositif sanatorial et la meilleure illustration de l'étroite collaboration instituée entre le ministère de l'hygiène, nouvellement créé, et le C.N.D.T., héritier du Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Nous n'avons pas trouvé d'archives spécifiques au comité technique des sanatoriums (pourtant rattaché au ministère de l'hygiène) et nous ne savons pas jusqu'à quelle date il fut actif (1939 au moins). Les archives du C.N.D.T. sont conservées à l'Institut Pasteur, à Paris, et contiennent une partie des rapports rédigés par les délégués techniques à destination du comité technique des sanatoriums. Les plans des projets examinés font toutefois systématiquement défaut. Il est peu probable que les archives du comité technique des sanatoriums nous auraient mieux renseignées sur ce point : la correspondance trouvée dans de nombreuses archives départementales laisse penser que les plans n'étaient pas conservés par le ministère de l'hygiène, ni par le comité, mais systématiquement renvoyés aux requérants[1120]. Les plans communiqués pour avis au ministère sont donc vraisemblablement ceux que nous avons pu consulter, de façon éparse, dans les archives départementales ; certains de ces documents portent d'ailleurs le tampon signifiant l'approbation ministérielle. Les membres du premier comité technique des sanatoriums furent nommés par décret le 10 novembre 1920 ; on comptait parmi eux les phtisiologues Bernard, Bezançon, Guinard (médecin-directeur de Bligny), Küss (médecin-directeur d'Angicourt), l'architecte Louis Feine (qui travaillait alors à l'achèvement du premier sanatorium héliothérapique de France à Font-Romeu dans les Pyrénées-Orientales) et le député Louis Merlin, rapporteur, en mars 1917 avec Honnorat, de la première version du projet de loi sur les sanatoriums[1121]. Leur nombre doubla presque en 1931, passant de 12 à 19, puis 21 membres[1122].

Les plans des projets de sanatoriums départementaux antérieurs à 1920 n'avaient donc pas été visés par le comité technique des sanatoriums. Les établissements entièrement achevés à cette date (La Guiche, Guervénan ou La Tronche) ou ceux dont les travaux étaient très avancés (Le Montet) ne le seront jamais, contrairement à ceux qui étaient encore au stade du projet. Parmi les collectivités qui avaient élaboré un projet avant 1920, certaines jugèrent d'ailleurs qu'il était plus prudent d'attendre l'entrée en vigueur de la loi pour soumettre leur projet au comité et bénéficier des largesses de l'Etat. Ce fut le cas de la Fédération nationale des pupilles de la République dont le projet de sanatorium héliothérapique, à Font-Romeu (Pyrénées-Orientales), était dans les cartons depuis 1918. Ne voulant pas « risquer de perdre les bénéfices de cette loi », elle attendit la mise en place du comité technique des sanatoriums pour engager la construction de son établissement[1123]. L'utilité du comité technique fut confirmée par les erreurs de conception et d'aménagement constatées *a posteriori* par les délégués techniques du C.N.D.T. Visitant le sanatorium du Montet lors d'une tournée d'inspection en 1925, le délégué technique Tobé regretta vivement « que les plans n'[aient] pas été remis à un médecin spécialiste qui aurait pu suggérer des commodités plus grandes pour le service technique »[1124]. Il releva un certain nombre de défauts, telles les galeries de cure « mal combinées et trop profondes », le rez-de-chaussée insuffisamment élevé, les

six membres désignés par le ministre de l'hygiène, parmi les membres de la commission permanente contre la tuberculose, dont trois médecins ; un architecte et un ingénieur sanitaires désignés par le ministère de l'hygiène ». Selon l'article 4 : « Après que le ministère de l'hygiène a donné son approbation au projet [...], il est procédé à l'accomplissement des autres formalités d'instruction et d'autorisation prescrites pour chaque projet par les lois et règlements en vigueur ». *Ibidem*.

[1120] Ainsi, les plans du projet d'extension du sanatorium de Pignelin, examinés et approuvés le 3 novembre 1933 par le Comité technique des sanatoriums, furent restitués à Dauge, médecin-directeur de Pignelin (Lettre du 10 novembre 1933 du ministère de l'hygiène au préfet de la Nièvre, A.D. de la Nièvre, X 2426). Même lorsque l'avis était négatif, les plans étaient également retournés ; ce fut le cas pour le projet d'aménagement du sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs le 30 novembre 1933. Lettre du 30 novembre 1933 du ministre de l'hygiène au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152. Ces éléments laissent supposer que le Comité technique des sanatoriums n'archivait pas les plans qui lui étaient soumis.

[1121] La commission comprenait M. Desmars, conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique ; Dennidt, M. Gravereaux et Mme Gevin-Cassal, inspecteurs généraux des services administratifs ; le professeur Léon Bernard ; le Dr Jules Renault, M. Bruman, M. Risler, M. Merlin, le professeur Bezançon, Guinard et Georges Küss, membres de la commission permanente de préservation de la tuberculose ; Louis Feine, architecte sanitaire et M. Masson, ingénieur sanitaire. J.O. 11 novembre 1920, p. 18034.

[1122] Le décret du 16 janvier 1931 ajoutait, à sa composition initiale, cinq membres supplémentaires provenant de la commission de préservation de la tuberculose ainsi que le titulaire de la chaire de la tuberculose à la faculté de médecine de Paris (créée en 1928) et un deuxième architecte. Ce nombre sera porté à 21 dans le décret du 11 février 1931 par l'ajout de deux autres membres issus de la commission permanente de préservation contre la tuberculose.

[1123] L'architecte du sanatorium, du reste, n'était autre que Louis Feine, également membre du Comité technique des sanatoriums. Comité de la Fédération nationale des Pupilles de la République et des orphelins de guerre, séance du 20 décembre 1929, Archives des Pupilles de l'école publique (P.E.P.), Paris.

[1124] Notes et projet d'organisation, voyage du Dr Tobé du 25 mai au 5 juin 1925. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.2 Allier, Basses-Alpes.

dégagements insuffisants, l'aménagement des chambres et des lavabos « mal compris », le parc insuffisamment ombragé, etc. A partir de 1920, le comité technique des sanatoriums eut pour tâche principale de faire disparaître ces manquements. Quant aux projets conçus avant cette date mais dont les travaux n'avaient pas encore été engagés, ils purent passer en commission pour examen technique. Ce fut notamment le cas du projet de la Haute-Savoie à Arâches, à l'été 1921[1125].

La surveillance administrative des sanatoriums et la lutte contre les abus.

Si les médecins-directeurs de sanatoriums – dont nous préciserons bientôt les fonctions – étaient habilités à diriger leur établissement comme ils l'entendaient, ils exerçaient leur mandat « sous l'autorité du représentant de la collectivité » qui en assurait la gestion, et « sous la surveillance de commissions »[1126]. Créées par les conseils généraux, les commissions de surveillance des sanatoriums assuraient la gestion courante des établissements. Leur rôle était central : elles étaient « chargées de la surveillance générale de toutes les parties du service des sanatoriums [et étaient] appelées à donner leur avis sur le régime intérieur, sur les budgets et les comptes, sur les actes relatifs à l'administration, tels que le mode de gestion des biens, les projets de travaux, les procès à intenter ou à soutenir, les transactions, les emplois de capitaux, les acquisitions, les emprunts, les ventes ou échanges d'immeubles, les acquisitions de legs ou de donations, les pensions à accorder [...] »[1127]. Elles comprenaient initialement neuf membres (11 dans les années trente) nommés par l'autorité responsable de l'établissement[1128] ; le médecin-directeur en faisait parfois partie ou se contentait d'assister, à titre consultatif, aux délibérations. Les commissions se réunissaient habituellement une fois par mois. Certaines commissions, comme celle du sanatorium de Pignelin (Nièvre), étaient secondées par une « commission des travaux » chargée d'examiner plus particulièrement les projets d'aménagement, de réfection ou d'extension à engager dans les établissements[1129]. Dans les sanatoriums, les commissions de surveillances remplissaient les mêmes fonctions que les commissions administratives dans les hôpitaux, avec toutefois moins de visibilité que ces dernières[1130].

En 1920, lors de l'élaboration du décret d'application, le Groupe médical parlementaire insista pour que la surveillance et le contrôle des sanatoriums, confié aux préfets, « s'exer[çât], non par l'intermédiaire des inspecteurs départementaux d'hygiène, mais par celui du professeur d'hygiène de la faculté ou école de médecine la plus rapprochée du sanatorium »[1131]. La question ne fut pas tranchée[1132] mais cette démarche illustre le *lobbying* exercé par les médecins pour accorder au corps médical un rôle de premier plan dans l'organisation sanatoriale. Nous touchons là, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, à l'un des aspects les plus emblématiques du système sanatorial.

Les sanatoriums privés devaient satisfaire aux mêmes conditions techniques et hygiéniques que les sanatoriums publics et la loi de 1919 exigeait qu'ils soient déclarés en préfecture. Le ministre de l'hygiène

[1125] Lettre du 12 août 1921 du ministre de l'hygiène au préfet de la Haute-Savoie. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 214.
[1126] J.O. 15 août 1920, article 15, p. 12042.
[1127] *Idem*, p. 12043.
[1128] Au sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain), comme au sanatorium départemental d'Helfaut (Pas-de-Calais), six membres étaient nommés par le préfet et trois par le conseil général (A.D. de la Savoie, 7 N 61, A.D. du Pas-de-Calais, N 1089). Au sanatorium de Pignelin (Nièvre), la commission comprenait notamment quatre conseillers généraux, tous médecins, le médecin-directeur de l'établissement et le député-maire de Nevers (A.D. de la Nièvre, X 2426). Au sanatorium départemental de Felleries-Liessies (Nord), la commission comprenait six conseillers généraux (trois titulaires et trois suppléants), le sous-préfet d'Avesnes, la directrice du préventorium de Trélon, le directeur administratif de la Ligue du Nord contre la tuberculose, Leclercq et le président de la chambre de commerce d'Avesnes. Elle était épaulée par deux conseillers techniques : l'inspecteur départemental des services d'hygiène, Vielledent, et le chef de division de la préfecture du Nord M. Marey. A.D. du Nord, M 229-32.
[1129] La Commission spéciale des travaux du sanatorium de Pignelin avait été mise en place pour étudier les différents projets d'agrandissements envisagés dès les années vingt. Elle se composait de sept membres dont six médecins, également conseillers généraux, quatre faisant déjà partie de la commission de surveillance. Extrait du registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 9 mars 1935. A.D. de la Nièvre, X 2426.
[1130] En 1930, l'Entente interdépartementale du Limousin (qui fédérait les moyens de lutte contre la tuberculose des départements de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze) exprima ainsi le vœu que « les commissions de surveillance [...], soient remplacées par des commissions administratives ayant les mêmes attributions que les commissions administratives des hospices communaux », afin de « donner plus d'autorité à leurs membres ». A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.
[1131] Vitoux 1920/2, p. 1179.
[1132] Le décret du 10 août 1920, précisait ainsi que : « Les sanatoriums publics [...] sont soumis à la surveillance des préfets des départements de leurs sièges et, sous l'autorité des préfets, à celle des professeurs d'hygiène des facultés ou écoles de médecine, des inspecteurs départementaux de l'assistance publique [...]. Le contrôle supérieur de ces établissements est assuré, sous l'autorité du ministre, par les inspecteurs généraux des services administratifs. » J.O. 15 août 1920, p. 12043.

et le préfet disposaient également d'un droit d'inspection dans ces établissements et leurs délégués devaient vérifier qu'ils se conformaient « aux conditions qui leurs [étaient] imposées »[1133]. En raison de l'engorgement des structures sanatoriales à la fin de la guerre, l'obligation faite aux départements d'assurer la prise en charge de leurs tuberculeux indigents ouvrit de nouvelles perspectives pour les établissements privés. Au XIX[e] siècle, nous l'avons vu, l'hospitalisation des tuberculeux aisés représentait une activité lucrative susceptible d'attirer les investisseurs, voire de provoquer la spéculation. Après la Première Guerre Mondiale, alors que les collectivités publiques commençaient à s'équiper, de nombreux établissements de cure privés furent ainsi créés, répondant plus ou moins bien aux exigences de la loi sur les sanatoriums. Dès la promulgation de la loi, un grand nombre de médecins et de sociétés privées saisirent les opportunités offertes par ce nouveau « marché », particulièrement florissant dans les années vingt alors que les départements avaient les plus grandes difficultés à placer leurs malades faute de place dans les établissements publics.

La consécration légale des sanatoriums donna une nouvelle visibilité au traitement de la tuberculose. Au début du siècle, même dans les classes aisées, on hésitait longtemps avant d'envoyer un malade dans un sanatorium car cela revenait à admettre la nature tuberculeuse du mal. L'ostracisme qui frappait les malades avant la guerre, sans totalement disparaître après 1920, se trouva considérablement atténué et l'espoir d'une guérison poussait les malades à entrer au sanatorium. Le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose en sanatorium connut un regain d'intérêt à tous les niveaux de la société et, l'offre s'adaptant à la demande, de nombreuses fondations et sociétés, dont la vocation philanthropique ou commerciale était plus ou moins affirmée, investirent ce secteur économique. La gestion d'un établissement de cure était d'autant plus rentable qu'elle était assimilée une activité libérale et qu'en conséquence, selon le ministre des finances, « les affaires réalisées dans un sanatorium [même privé] ne sont pas soumises à l'impôt sur le chiffre d'affaire, dès lors que l'établissement appartient à un ou plusieurs médecins qui donnent personnellement leurs soins aux malades y séjournant et que le but principal de l'établissement consiste dans ces soins »[1134].

Nous ne donnerons qu'un exemple des conséquences de ce phénomène : celui du sanatorium de Belligneux à Hauteville (Ain), qui était avant la guerre l'un des sanatoriums privés le plus réputés de France. Dès le début des années vingt, l'établissement ne pouvait plus répondre à toutes les demandes d'admission et la question de son agrandissement fut posée. Son médecin-directeur et propriétaire, Frédéric Dumarest, fut contacté en 1926 par un groupe d'investisseurs parisiens menés par un notaire, « grand lanceur d'affaires et même d'affaires internationales », lié aux Rothschild[1135]. Souhaitant développer, avec Dumarest, « une affaire aussi intéressante et aussi utile » que Belligneux, ces investisseurs apportèrent un capital substantiel à la société qui engagea un ambitieux programme d'extension. La capacité du sanatorium fut dans un premier temps portée de 60 à 130 chambres avec la construction d'une nouvelle aile à l'Est du bâtiment existant qui s'avéra bien vite insuffisante pour satisfaire toutes les demandes d'admission. Dumarest souhaita construire une seconde aile symétrique à la première, mais les nouveaux investisseurs – qui disposaient à présent de la majorité des voix au conseil d'administration – estimèrent « que l'établissement en exploitation était très loin de correspondre aux besoins de confort et d'élégance qu'exigeait la clientèle » qu'ils espéraient attirer. Malgré l'opposition de Dumarest, la création d'un Grand Hôtel de 150 chambres fut alors décidée. Selon Dumarest, la société dont il avait perdu la direction financière « était livrée à la pire spéculation : emprunts, construction, ameublement, tout était prétexte à l'enrichissement rapide de la majorité du conseil d'administration »[1136]. La situation de dégrada rapidement : à l'automne 1930, alors que le Grand Hôtel était à peine inauguré, le conseil d'administration négocia la vente des deux établissements (sanatorium de Belligneux et sanatorium du Grand Hôtel) opportunément rachetés par l'Office publique d'hygiène sociale de la Seine. Les déroutes financières similaires, fermetures et ventes d'établissements privés ne furent pas rares, surtout dans les années trente,

[1133] *Ibidem*, article 39.
[1134] S.a., « Sanatorium antituberculeux et taxe sur le chiffre d'affaires », in *Paris médical*, 1921, p. 238.
[1135] F. Dumarest, Extrait de mes souvenirs (1925-1932). Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., liasse CNDT.DPT.01.
[1136] *Ibidem.*

lorsque se conjuguèrent les effets d'une relative surcapacité sanatoriale à ceux de la crise économique. Dans un registre similaire, nous pourrions également citer les difficultés que connut le médecin Raymond Hervé* aux sanatoriums des Pins (Loiret) et des Escaldes (Pyrénées-Orientales).

Les dérives commerciales du traitement de la tuberculose étaient déjà courantes au XIX^{e} siècle et les artisans de la loi de 1919 prient d'importantes précautions pour s'en prémunir. Dès 1917, Honnorat s'insurgeait contre certains établissements considérés comme de vulgaires « boites à soupe » et que la nouvelle législation devait faire disparaître. Il était toutefois assez simple la contourner la réglementation puisque les établissements dénommés « maison de cure » ou « hôtel de cure » – qui fleurissaient alors par dizaines à proximité des véritables sanatoriums – échappaient entièrement au cadre réglementaire que nous avons décrit. Pour éviter ces abus, une proposition de loi de 1932 visait particulièrement les « sanatoriums privés, agréés souvent sans examen rigoureux de leur situation et de leur emplacement, parfois situés au milieu même des agglomérations » ainsi que les « hôtels et pensions de famille, qui, sous le titre de maisons de cure de soleil et de repos sont des sanatoria clandestins »[1137]. S'attaquant aux établissements jugés frauduleux, ce projet de loi stigmatisait également les sanatoriums dont il demandait le rattachement à la réglementation sur les établissements insalubres. Toute nouvelle création aurait alors été soumise à une enquête *commodo et incommodo*, ainsi qu'à l'avis du conseil municipal de la commune concernée, de l'inspecteur et du conseil départemental d'hygiène et du préfet. Dans la version adoptée en 1936, toute référence aux établissements insalubres sera abandonnée, l'avis du conseil municipal étant seul maintenu.

2.3.2. Le Comité national de défense contre la tuberculose et l'action départementale.

Travaillant à la réorganisation de la lutte contre la tuberculose en France, la Mission Rockefeller fut l'un des moteurs de la transformation du Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux en Comité national de défense contre la tuberculose (C.N.D.T.). L'idée de la Mission était d'instituer, en France, une structure centrale sur le modèle de la *National Tuberculosis Association* qui organisait la lutte contre la tuberculose aux Etats-Unis. Institué officiellement le 4 août 1919, le C.N.D.T. devait favoriser la création et le fonctionnement des organismes de lutte antituberculeux en coordonnant les efforts locaux – jusque là dispersés – et en répartissant des subventions. Le Comité étendait ainsi son action à l'ensemble de la population civile tout en maintenant ses activités en faveur des anciens militaires tuberculeux. Présidé par Léon Bourgeois* jusqu'en 1925, il était administré par un secrétariat général dans lequel siégeaient notamment Maurice Letulle et Léon Bernard. Le comité disposait enfin d'un conseil de direction de 60 membres qui désignait un bureau, réuni chaque semaine au siège de l'œuvre (66, boulevard Saint-Michel, à Paris) et auquel étaient rattachées quatre commissions permanentes (service technique, service de propagande, service de statistiques, école d'infirmières visiteuses) et une commission exécutive dirigée par Calmette, Risler et Bernard, ce dernier étant également conseiller technique auprès du ministre de l'hygiène. A la mort de Bourgeois, en 1925, Honnorat prit la tête du Comité[1138]. Selon Bernard et Poix, « le but du comité n'[était] pas de créer ni de diriger les divers organismes de lutte antituberculeuse, mais de favoriser leur création, de donner une orientation rationnelle à leur activité et à leur fonctionnement, de coordonner les efforts locaux et de redistribuer les subventions nécessaires »[1139]. Cette dernière tâche était assurée par le bureau qui planifiait les campagnes annuelles du timbre antituberculeux[1140]. Le C.N.D.T.

[1137] J.O. 12 février 1932, p. 215.
[1138] Viborel 1950, p. 24.
[1139] Bernard & Poix 1922, p. 233.
[1140] L'historien Smith fait remonter la naissance du timbre antituberculeux à 1897 dans la Nouvelle Galles du Sud. Les timbres étaient alors vendus à Noël par les services postaux qui adoptèrent dès 1903 la double croix (ou croix de Lorraine) comme symbole de la lutte antituberculeuse. L'Angleterre n'adopta ce système qu'en 1932 (Smith 1988, p. 123). D'autres sources (« Pour secourir les enfants tuberculeux », coupure de presse non référencée, s.d. [*ca*. 1937]. A.D. d'Indre-et-Loire, 145 J 140) rapportent que le timbre antituberculeux fut créé à Charlottenlund, au Danemark, sur l'initiative d'un postier, M. Hoboell. La vente du timbre, à Noël seulement, se propagea ensuite en Suède, en Norvège, en Suisse et aux Etats-Unis où il avait permit de récolter depuis 1907 par moins de 450 millions de francs pour la construction de 700 sanatoriums et 6.000 écoles de plein air. « Ce fut seulement en 1925 que l'idée géniale du petit postier danois eut son écho agissant en France. Une première campagne d'essai fut tentée dans le département de Meurthe-et-Moselle (255.775 francs de bénéfice). L'année suivante, neuf départements participèrent à la vente du timbre et les sommes réalisées montèrent à 2.147.437 francs. L'année 1927 vit tous les départements français participer à cette belle œuvre et les

prenait également en charge la formation des infirmières visiteuses dans l'une école créée pendant la guerre. Il veillait surtout au développement des structures antituberculeuses dans les départements. Pour ce faire, un plan d'organisation départemental fut développé en collaboration avec la Commission américaine d'hygiène et de préservation contre la tuberculose en France (Mission Rockefeller). L'application de la loi Honnorat et l'essor du mouvement sanatorial français reposaient donc en grande partie sur le C.N.D.T., puissant héritier, voire « doublure élargie » du Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux et dont l'action était étroitement liée à la création, en 1920, du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Les historiens Murard et Zylbermann vont même jusqu'à décrire le nouveau ministère comme « pâlichon [et] rachitique » en comparaison du « si voyant, si tapageur Comité national de défense contre la tuberculose »[1141] : jusqu'au début des années trente au moins, le Comité fonctionna comme un véritable « ministère officieux »[1142], orchestrant tout ce qui touchait à la lutte contre la tuberculose en France. Le C.N.D.T. ne dissimulait d'ailleurs pas ses ambitions et, en février 1920, moins d'un an après sa création, il demanda au ministre de l'hygiène sa transformation, par voix législative, en Office national de défense contre la tuberculose[1143], demande qui fut rejetée[1144].

Le C.N.D.T. assurait la coordonnation à l'échelle nationale de la lutte contre la tuberculose. Pour ce faire, toutes les œuvres antituberculeuses nationales furent fusionnées dans la nouvelle structure. Seule l'Œuvre de la tuberculose, la plus ancienne d'entre elles, conserva son autonomie mais fut étroitement associée au C.N.D.T. dont elle devint « le véritable conseil technique ». Elle garda une certaine visibilité au travers notamment de son organe historique, *La Revue de la tuberculose,* principale revue française de phtisiologie et référence incontestée en matière de publications scientifiques. En 1918, le C.N.D.T. créa le *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*[1145] en charge de « l'action sociale »[1146] puis, en 1921, *La Vie saine,* « organe populaire » mensuel du comité destiné au grand public. Cette revue publiait des conseils pratiques d'hygiène et faisait état des progrès de l'armement antituberculeux français.

Par sa structure même, le C.N.D.T. était un organisme de médecins, exempt, tout comme son prédécesseur le Comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, d'architectes. En octobre 1919, l'utilité d'adjoindre au comité les services d'un architecte fut évoquée dans le cadre d'un projet précis : la transformation de la station sanitaire de Taxil (Var) en école de réadaptation pour tuberculeux. Léon Bernard souleva ce point dans une visée essentiellement pratiquem, s'agissant d'établir un devis pour la réalisation des travaux. Plusieurs noms furent évoqués et un mandat fut confié, pour cet unique projet, à l'architecte Pierre Sardou, et la nomination d'un architecte conseil attitré fut reportée à une date ultérieure[1147]. Elle fut à nouveau envisagée en février 1920 lorsque, à la demande du même Léon Bernard, la commission d'études fut chargée « d'élaborer le plus vite possible des projets de dispensaires et de sanatoriums, en s'inspirant des plans établis par l'Union des industries métallurgiques et minières » [1148]. Calmette évoqua à son tour « la nécessité [...] de s'adjoindre un architecte compétent, qui soit en mesure de lui fournir des plans et des indications précises pour l'organisation des dispensaires, sanatoriums, etc. » [1149]. Louis Feine, qui était déjà architecte-conseil au ministère des régions libérées et édifiait, à Font-Romeu (Pyrénées-Orientales), le premier sanatorium d'altitude de France, fut alors attaché à la commission

---

bénéfices réalisés s'élevèrent à plus de 12,5 millions de francs », puis 16.662.831 francs en 1928, 19.942.362 francs en 1929, pour osciller entre 17 et 19 millions les années suivantes.

[1141] Murard & Zylbermann 1993, p. 275

[1142] Jandin 1999.

[1143] Pour justifier ce changement de statut, les membres du comité arguèrent que « cet Office public aurait la personnalité civile qui lui confèrerait l'indépendance financière et lui permettrait de recevoir des dons et des legs. En même temps il siègerait auprès du ministère ayant pour rôles de : 1° Remplacer auprès du ministre la Commission permanente de préservation contre la tuberculose comme organe consultatif ; 2° Contrôler dans les départements l'application des lois antituberculeuses pour l'étude, suivie d'approbation ou de rejet, des projets de sanatoriums ou d'hôpitaux spéciaux ; 3° Répartir entre ces diverses organisations et Etablissements les crédits votés par le Parlement pour la lutte contre la tuberculose ». Bureau 20, 21 février 1920, transformation du comité national en Office National de défense contre la Tuberculose. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.1.

[1144] Guinard 1925, p. 386. En 1925 encore, le C.N.D.T envisagea sa conversion en Association centrale française contre la tuberculose.

[1145] Le *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose* devint en 1924 la *Revue de phtisiologie médico-sociale* puis fusionna avec la *Revue de la Tuberculose* en 1935.

[1146] Bernard & Poix 1922, p. 233.

[1147] Bureau 15, séance du 29 octobre 1919. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.3.

[1148] Bureau 20, 21 février 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.1.

[1149] Commission d'études, documentation et archives, 16 mai 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.2.

d'études du C.N.D.T. En sa qualité d' « architecte sanitaire », il deviendra membre du comité technique des sanatoriums en novembre 1920.

La commission d'études du C.N.D.T. comprenait plusieurs sous-commissions « chargées d'élaborer les plans d'organisation des divers établissements sanitaires ». La sous-commission des dispensaires entra en fonctions la première et Calmette chargea Feine d'en dresser un plan-type. S'agissant des plans-types de sanatoriums, le médecin Labbé examina le rapport conçu en 1917 par l'U.I.M.M.[1150] et estima qu'il pouvait « servir de base à l'organisation projetée par le comité national, mais qu'il conv[enait] d'établir des devis estimatifs pour les établissements neufs » [1151] (plan 00-08). Le comité suggéra de demander ces devis à l'auteur des projets, Robert Fournez*, et sollicita l'U.I.M.M en mars 1920 pour obtenir « l'autorisation [...] de reproduire, en les adaptant à son usage, les rapports faits par cette association sur les sanatoriums et les dispensaires »[1152]. Ces plans-types devaient être transmis aux comités départementaux qui en auraient fait la demande[1153]. Nous ne savons pas quelle fut la réponse de l'U.I.M.M. mais le comité semble n'avoir jamais produit les plans mentionnés. L'absence de plans types de sanatoriums peut s'expliquer par la diversité des conditions d'implantation de ce programme sanitaire : en 1909 déjà, Gaussel estimait qu'« on ne saurait [...] tracer un plan-type convenant à tous les sanatoriums », car ces plan dépendaient avant tout de conditions locales (exposition, protection des vents, déclivité) variant d'un projet à l'autre.

Une autre tâche de la commission d'études du C.N.D.T. était la constitution d'un fonds documentaire permettant aux techniciens du comité de répondre aux sollicitations des comités départementaux. Dès le mois de mai 1920, le comité se préoccupa ainsi de créer une bibliothèque « réunissant tous les travaux relatifs aux dispensaires, sanatoriums et hôpitaux, avec des plans-types pour chacun de ces établissements, ainsi que des modèles de budget et des types de règlement intérieur de comités départementaux. »[1154]. Cette bibliothèque intégrait également des documents relatifs à la législation antituberculeuse française et étrangère.

Les délégués techniques du C.N.D.T.

Outre la centralisation des informations, la diffusion de la propagande et la répartition des subventions, le C.N.D.T. avait un rôle d'assistance technique aux collectivités publiques et aux associations départementales de lutte contre la tuberculose. Cette tâche essentielle était assurée par les médecins délégués du service technique, accrédités par le ministère de l'hygiène. Les délégués techniques du C.N.D.T. étaient périodiquement envoyés dans les départements français pour réaliser deux types de prestations : des missions globales d'inspection des structures antituberculeuses départementales (visite des équipements existants, évaluation les besoins, etc.) et des missions ponctuelles, réalisées à la demande des collectivités ou du ministère, dans le but d'expertiser un site envisagé pour la construction d'un nouvel établissement ou d'un bâtiment dont la transformation en sanatorium était envisagée. Les tournées d'inspection étaient organisées par département et duraient une à deux semaines selon l'importance et la localisation des structures à visiter : associations départementales de lutte contre la tuberculose, dispensaires, sanatoriums, préventoriums, etc. Les délégués techniques du C.N.D.T., tous médecins, étaient peu nombreux – deux ou trois au maximum – au vu de l'étendue de leur domaine de compétences. Ces postes furent occupés avec une rare continuité durant tout l'entre-deux-guerres par les mêmes médecins : les premiers nommés furent les médecins Evrot et Cailleret, rejoints en 1925 par un troisième délégué,

[1150] Union des industries métallurgiques et minières, *Lutte contre la tuberculose, Organisation et fonctionnement des sanatoriums, Rapport de la sous-commission de la tuberculose, présidée par M. Ledouez*, s.l., s.n., juin 1917.
[1151] Réunion du 30 mars 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.2.
[1152] Bureau 20, 21 février 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.1.
[1153] « M. Fuster estime que si la commission peut s'inspirer des travaux de l'Union des industries métallurgiques et minières pour la construction de bâtiments neufs destinés à des sanatoriums et à des dispensaires, elle doit envisager aussi une forme plus simple, plus accessible et créer des plans-types de dispensaires de 2, 3, et 4 pièces afin d'être en mesure de fournir des directives de dispensaires d'hygiène sociale aux comités départements qui les lui demanderont. La commission sera chargée d'établir ces projets ». Bibliographie et documentation technique, 4 février 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.2.
[1154] Commission d'études, documentation et archives, 16 mai 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.2. Cette bibliothèque a probablement été en partie dispersée, excepté les ouvrages et périodiques versés aux archives de l'Institut Pasteur.

Royer, en raison sans doute de l'augmentation du nombre de projets à expertiser[1155]. Evrot incarne à lui seul le travail méticuleux effectué par ces médecins : nommé délégué technique dès 1920, il en deviendra le directeur adjoint puis le directeur peu avant la guerre ; il sera également nommé président de l'association antituberculeuse de la Seine en 1933.

Durant leurs tournées, les délégués techniques s'efforçaient d'associer à leurs compétences de médecins un regard d'ingénieur hospitalier : il leur fallait en effet distinguer parmi les bâtiments visités ceux qui, après transformation, pourraient être d'une quelconque utilité dans la lutte contre la tuberculose. Ils connaissaient sur le bout de doigt la législation sanitaire et les exigences climatiques et techniques des établissements antituberculeux ; leurs missions ne si limitaient donc pas à une expertise strictement médicale[1156]. Les rapports des délégués techniques étaient rédigés sur la base des visites des emplacements et des bâtiments proposés, et d'un examen attentif des plans et des prescriptions techniques retenues par les concepteurs des projets. Les délégués du C.N.D.T. concluaient systématiquement leur rapport par un avis – favorable ou défavorable – relatif à la demande formulée par le requérant (public ou privé). Outre les plans et devis fournis par l'architecte, les rapporty des délégués techniques et elurs avis motivés étaient les principales sources d'information dont disposait le comité technique pour examiner les projets qui lui étaient soumis. Si les avis du comité recoupaient généralement ceux notifiées en amont par les délégués techniques, le comité restait libre de suivre ou de ne pas suivre leurs conclusions[1157].

Les délégués techniques et les membres du comité regardaient en premier lieu si le site proposé se prêtait effectivement à l'installation d'un établissement de cure ; nous détaillerons plus avant la nature de ces considérations climatiques et de terrain. Ils vérifiaient ensuite que les plans transmis respectaient bien les prescriptions formulées dans le chapitre relatif aux *Conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums [...]* du décret du 10 août 1920. Les insuffisances constatées dans la séparation des sexes étaient une source récurrente de récriminations et justifiaient fréquemment une refonte complète du projet. La disposition judicieuse des différents services était autre un sujet de préoccupation : l'emplacement des cuisines, du service médical et des services techniques ne devait pas occasionner d'allées et venues, particulièrement dommageables pour le repos des malades et l'efficacité de la cure. Le comité veillait également à la maîtrise des dépenses et recalait systématique les aménagements jugés trop coûteux, inadaptés ou inappropriés, tels ces bidets prévus en 1930 dans les chambres individuelles de l'hôpital-sanatorium des Bas-Buissons, à Dreux (Eure-et-Loire), et jugés « d'autant plus inutile qu'il s'agit d'un sanatorium pour hommes »[1158] ; ou encore le dédoublement des services médicaux (rayons X, résinsufflation, salle d'opération, laboratoire d'analyse, pharmacie) prévus dans le sanatorium départemental de Roquefraîche, à Lauris (Vaucluse, 1938), là où « il suffira de prévoir des heures et des jours différents pour les hommes et pour les femmes »[1159]. Pour préparer leurs rapports, les délégués techniques du C.N.D.T. avaient à leur disposition tous les documents techniques décrivant le projet mais surtout une connaissance physique des lieux qui leur permettait de s'en faire une idée assez juste. Les membres du comité technique des sanatoriums, au contraire, ne disposaient, pour se forger un avis lors des commissions d'examen des projets, que des pièces constitutives des dossiers énumérées dans le décret de 1920, complétées, il est vrai, par l'avis motivé des délégués du C.N.D.T. Parmi ces pièces, les plus

[1155] D'autres médecins délégués techniques apparaissent brièvement : Thomas, lors d'un voyage dans le Doubs en 1920 ; Sylvain Bruno dans la Loire ; Davy dans la Drôme en 1921 ; Chataignon dans l'Allier en 1922 ; Tobé en juin 1925.

[1156] En 1923, Evrot se rendit à l'hôpital d'Aurillac et estima suffisant d'aménager deux pavillons inutilisés, de construire « une cure d'air en matériaux simples » et de planter quelques arbres pour disposer d'un service de tuberculeux (Voyage du Dr Evrot, juillet 1923, Cantal. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.13 Cantal). Visitant, en 1926, l'hôpital de Digne (Alpes-de-Haute-Provence), Cailleret y trouva deux pavillons d'isolement dont il estima, de la même façon, « que l'on pourrait faire un hôpital-sanatorium modèle inter-départemental » (Rapport du Dr Cailleret sur son voyage dans le département des Basses-Alpes, mars 1926. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.2 Allier, Basses-Alpes).

[1157] Une ambiguïté persiste toutefois sur la participation effective des délégués du C.N.D.T. aux décisions du comité technique des sanatoriums : si aucun délégué du C.N.D.T. ne fut nommé dans le premier comité de novembre 1920, le délégué Cailleret en était membre en 1933, peut être en tant qu'un des « deux conseillers techniques sanitaires du ministère de l'hygiène » appelés à siéger dans le comité. Préfecture de Vaucluse, délibération du Conseil général, 1ère session ordinaire de 1931, 7 mai 1931, Sanatorium départemental de Roquefraîche à Lauris. A.N. F/2/2915.

[1158] Evrot, projet d'un hôpital sanatorium près de Dreux, octobre 1930. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.25 Eure-et-Loire.

[1159] Préfecture de Vaucluse, délibération du Conseil général, 1ère session ordinaire de 1931, 7 mai 1931, sanatorium départemental de Roquefraîche à Lauris. A.N. F/2/2915.

explicites étaient la « description détaillée de l'emplacement » et « les plans et les devis des constructions ». Il était sans doute difficile pour la commission, sur la seule base de ces documents, de statuer sur tous les éléments constitutifs du projet : ainsi, dès la fin des années vingt (en 1928 au moins), un questionnaire précis fut élaboré afin de renseigner au mieux les membres du comité[1160]. Ce questionnaire est en tous points similaire au formulaire de demande de subvention sur les fonds provenant du produit des cercles et des jeux[1161] ; nous ne savons toutefois pas lequel des deux servi de modèle à l'autre. Le questionnaire du ministère fut ajouté à la liste officielle des pièces à fournir par le requérant en 1932[1162]. D'après les éléments que nous avons pu consulter, et exception faite de quelques rares contentieux[1163], les avis transmis par les délégués du C.N.D.T. étaient systématiquement suivis par le comité technique des sanatoriums ; preuve, s'il en faut, du rôle central joué par le C.N.D.T. dans le programme sanatorial français. Outre leur expertise technique sur les projets en cours, les délégués techniques du C.N.D.T. étaient

[1160] Nous avons trouvé ce questionnaire dans les archives du sanatorium départemental du Calvados à Saint-Sever : « République française. Questionnaire du ministère de l'hygiène. Désignation et adresse du sanatorium ; Commune et arrondissement où il se trouve ? Est-ce un sanatorium populaire ou un établissement d'exploitation privée ? A qui appartiendra le sanatorium ? Par qui et comment sera-t-il géré ? Quelles formes de tuberculose y seront admises et soignées ? S'agit-il d'un sanatorium pour adultes ou pour enfants ? Sexes et âge limites ? Quels sont le climat et l'altitude du lieu ? L'emplacement domine-t-il les sites avoisinants ? Est-il dominé par eux ? Quelles sont les protections contre les vents dominants de la région, contre le Nord en particulier ? De quelle nature est le terrain (sous-sol et sol) sur lequel seront construits l'établissement et ses dépendances ? Le sanatorium est-il à proximité d'espaces boisés ou de forêts ? et à quelle distance ? Le sanatorium est-il à proximité d'un cours d'eau important ou de masses d'eau stagnantes ? Quel est approximativement, par jour, le régime de l'ensoleillement, des pluies, de l'humidité et des brouillards ? Le sanatorium est-il dans ou au voisinage d'une agglomération humaine (hameau, village ou ville) ? S'il est dans une agglomération, avoisine-t-il des établissements publics notamment des écoles ? S'il est isolé quelle distance exacte le sépare des agglomérations les plus voisines ? Quelle est sa position par rapport à ces agglomérations ? Est-il exposé à recevoir des fumées ou émanations diverses provenant de lieux habités ou d'industries ? Le sanatorium est-il entouré d'un parc, de jardins ou d'espaces suffisants pour permettre les promenades ? Quelles en sont les dimensions exactes ? D'où provient l'eau d'alimentation ? A-t-elle été soumise à un laboratoire d'analyse ? La quantité fournie en toute saison est-elle suffisante ? Quelle quantité d'eau sera dépensée par jour par tous les services de l'établissement ? Si le sanatorium est alimenté par un puits, celui-ci est-il garanti contre les infiltrations souillées qui pourraient provenir du voisinage ? L'établissement sera-t-il entièrement construit et aménagé pour sanatorium ou s'agit-il d'une installation faire dans une propriété et dans les bâtiments transformés ? Quelles dispositions d'ensemble affectent les bâtiments où sont logés des malades ? Orientation, nombre d'étages ? Sont-ils sur sous-sol et sur cave ? S'il y a plusieurs corps de logis ou pavillons, comment sont-ils groupés, à quelle distance les uns des autres et quelles sont leurs affectations ? Si le sanatorium reçoit des adolescents ou des adultes des deux sexes, comment est assurée la séparation des hommes et des femmes dans les différents services intérieurs et extérieurs de l'établissement ? Comment et d'après quelles règles se fait médicalement le choix des malades reçus en sanatorium ? Quel est le nombre exact de lits destinés aux malades, comment sont-ils répartis dans le bâtiment principal et dans les annexes s'il y en a ? Comment sont orientées les chambres et les autres pièces spécialement destinées au service des malades ? Combien y-a-t-il de chambres à un lit pour le service d'isolement ? Existe-t-il des dortoirs dont le nombre de lits dépasse dix et combien ? De quelle surface en mètres carrés dispose chaque lit dans les dortoirs et dans les chambres d'isolement ? Comment l'aération des chambres est-elle assurée ? Comment les lits sont-ils disposés dans les chambres par rapport aux ouvertures ? De quoi se composera le mobilier des chambres et des dortoirs et de quel modèle seront les lits et les sommiers en usage ? Les lavabos seront-ils dans les chambres ou dans les pièces séparées des dortoirs ? Seront-ils à eau courante ? Les lavabos seront-ils communs ? A combien de malades chacun devra-t-il servir ? Les malades disposeront-ils de placards individuels et de casiers pour leurs vêtements et objets personnels ? Combien de W.C. pour les malades et de quel modèle sont-ils ? Où se feront le nettoyage et le brossage des vêtements et chaussures ? Existe-t-il à proximité des chambres et des dortoirs, des postes d'infirmières avec sonnerie d'appel pour la surveillance des gardes et les soins immédiats ? Comment sera orientée la salle à manger ? Quelle sera sa situation par rapport aux cuisines et autres parties de l'établissement ? Lavabos à proximité de la salle à manger ? Dispositif pour le nettoyage de la vaisselle et des ustensiles de table ? Dimensions et orientation de la salle de réunion ? Galeries de cure ? Protection des galeries de cure contre le soleil, la pluie et le grand soleil ? Sols des locaux, service des malades ? Revêtement des surfaces murales intérieures ? Système d'éclairage ? Bains ? Douches et bains-douches ? Régime des bains et des douches adopté pour les malades ? Service médical ? Service oto-rhino-laryngologique ? Installation radiologique ? Service dentaire ? Laboratoire ? Combien y-aura-t-il de médecins en service et résident dans le sanatorium ? Appartements des médecins et communications ? Effectif du personnel ? Linge sale des malades, linge sale de la maison, linge individuel, mouchoirs de poche ? Nettoyage et désinfection du placard, du matériel, etc. après chaque déplacement ou départ du malade ? Le sanatorium possède-t-il un autoclave à vapeur et une chambre ? Système employé pour la destruction des crachats, la désinfection et le lavage des crachoirs ? Quelles sont les précautions et mesures d'hygiène prises pour assurer l'épuration des eaux de vidange et matières usées ? Où se déverseront et se rendront ces eaux à leur sortie du sanatorium ? Avec quels dispensaires le sanatorium sera-t-il en liaison ? » Lettre du 26 mai 1928 du préfet du Calvados au ministre du travail. A.D. du Calvados, 849W 42215.

[1161] Demande de subvention sur les fonds provenant du produit des cercles et des jeux en faveur du sanatorium « Asile Sainte-Eugénie », s.d. [entre 1925 et 1929]. Archives des H.C.L., 2 O 242.

[1162] J.O. 7 juin 1932, p. 6215.

[1163] Le cas du sanatorium de Savenay fait figure d'exception : souhaitant édifier un sanatorium public de 220 lits, l'hôpital-hospice de Savenay sollicita l'avis du C.N.D.T. concernant le terrain envisagé. Cailleret, délégué technique, vint à Savenay en mai 1931 et donna un avis favorable, suite à quoi l'hôpital chargea un architecte de concevoir le projet. Cet avis fut suivi par la Commission d'hygiène et de la santé publique du conseil général. Le Comité technique des sanatoriums approuva le projet lors d'un premier examen le 9 octobre 1931 puis définitivement le 4 décembre 1931. Plusieurs médecins de Loire-Atlantique mirent toutefois en doute la qualité du site et le 19 décembre 1931, le ministre de la santé publique ordonna de suspendre l'examen du projet. Le 29 janvier 1932, le ministre ordonna une enquête sur la question, confiée à Guinard et à M. Graveraux, tous deux membres du Comité technique des sanatoriums. Dans leurs conclusions, les rapporteurs estimèrent que le site de Savenay, « sur lequel les vents soufflent presque toute l'année, qui est exposé aux brouillards environ neuf mois sur dix et réalise les conditions d'un mauvais climat », ne se prêtait pas à la construction d'un sanatorium, contredisant les avis du délégué du C.N.D.T. et du Comité technique des sanatoriums. Enquête et rapport sur l'emplacement choisi pour la création d'un sanatorium à Savenay, s.d. [1932], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

parfois sollicités pour donner un avis préalable à une transaction immobilière[1164]. Reconnus comme les meilleurs spécialistes en matière de réglementation et d'architecture antituberculeuse, les délégués éclairaient parfois de leur expérience les jurys des concours de sanatoriums ou de préventoriums[1165].

Le C.N.D.T. et le ministère de l'hygiène disposaient d'un contrôle en amont des projets, mais il ne leur était pas possible de vérifier, pendant le chantier, la conformité des travaux avec les pièces justificatives transmises. Cette lacune ne sera corrigée que tardivement, en mars 1937, dans un décret précisant que « le contrôle technique local des projets et des marchés de travaux subventionnés par le ministère de la santé publique » serait dorénavant assuré par le Service des ponts et chaussées[1166].

Les comités départementaux de défense contre la tuberculose.

Comme le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux auquel il se substituait, le C.N.D.T. avait pour tâche principale de coordonner l'action des « Comités départementaux de défense contre la tuberculose » issus des « Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux » créés pendant la guerre. Créés en 1916, les Comités d'assistance devaient normalement se dissoudre six mois après la cessation des hostilités. Le 20 mars 1920, le ministre de l'hygiène informait les préfets des avantages qu'il y aurait à les maintenir en activité :

[1164] En 1924, une société anonyme en cours de formation soumit au C.N.D.T. un projet d'aménagement du château de Vaux à Pontgoin (Eure-et-Loire) en sanatorium privé. Avant de racheter le château et de lancer son affaire, cette société désirait « obtenir l'approbation de principe de la Commission des Sanatoriums ». Les conclusions de cette visite furent les suivantes : « Tous ces bâtiments [...] pourraient évidemment servir à un sanatorium de luxe, mais il y a pour la destination envisagée des contre-indications absolues : le château est dans le bas-fond d'un vallon, à une altitude de 190 mètres, de chaque côté des hauteurs très boisées de 277 mètres au nord et 248m au sud. L'orientation générale de cette petite vallée est l'Est à l'ouest. Or les vents dominants de cette région sont les vents de l'Ouest venant de l'océan. Proximité des coteaux, des bois, de l'Eure, bas fond de la vallée, d'où une humidité de la région. Conclusions : Si les bâtiments d château des Vaux peuvent se prêter, au prix de transformations, à l'aménagement d'un sanatorium, par contre l'emplacement même ne répond nullement aux conditions climatiques nécessaires à la cure des tuberculeux et prévues par le décret du 10 août 1919. » Evrot, visite du château des Vaux (Eure-et-Loir), 29 juin 1924. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.25 Eure-et-Loire.

[1165] En octobre 1936, Evrot fut ainsi membre du jury pour le concours du préventorium d'Autrans en Isère. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.31 Isère.

[1166] Les modalités de ce contrôle furent fixées le 21 février 1938 par une circulaire ministérielle portant création, dans chaque département, d'un « Service local du contrôle technique » dirigé par l'ingénieur en chef du service ordinaire des Ponts et Chaussées et placé sous l'autorité du préfet, en collaboration avec l'Inspection départementale d'hygiène. Ce service devait faciliter l'instruction des dossiers de demande de subvention auprès du ministère en apportant « son concours et ses conseils aux auteurs des projets, non seulement au cours de cette instruction elle-même, mais aussi lors l'élaboration du programme des travaux projetés par la collectivité intéressée. Ainsi seront évitées, dans toute la mesure du possible, les retouches qui pourraient être demandées après établissement du projet, lors de l'instruction administrative ». Les projets élaborés localement étaient invariablement contraints par le comité technique des sanatoriums à effectuer de nombreuses modifications, entraînant parfois refonte complète du projet. Les architectes départementaux, pour ne parler que d'eux, connaissaient généralement peu de chose en matière de sanatorium et abordaient ce type de projet en novices. Ces modifications constituaient de sérieuses déconvenues pour les administrations départementales et provoquaient d'importants retards. Dans la modification apportée en 1937-1938, le Service local du contrôle technique devait apporter un appui technique au maître d'ouvrage, lors de l'élaboration du programme, et au maître d'œuvre, durant celle du projet, qui se réduisait auparavant aux conseils officieux de médecins phtisiologues dévoués. Selon la circulaire de 1938, pour toute opération comportant une aide financière du ministère de la santé publique, le requérant devait transmettre au préfet un dossier, à peu près équivalent à celui transmis habituellement au comité technique des sanatoriums. La circulaire du 21 février 1938 liste les pièces suivantes : « 1° Un mémoire explicatif et descriptif ; 2° L'évaluation de la dépense et les grandes lignes du mode de financement envisagé ; 3° Toutes les fois qu'il s'agira d'une construction nouvelle, un plan de situation faisant ressortir la distribution territoriale de la voirie, des cours d'eau, des lignes électriques, des sources d'alimentation en eau des ouvrages principaux de distribution, des égouts ou des réseaux d'assainissement existants, etc. dans le voisinage des établissements ou des ouvrages projetés, et susceptibles de les desservir. » Le service local du contrôle technique émettait alors un avis devant permettre à la collectivité « de dresser en connaissance de cause le projet définitif à soumettre à l'instruction réglementaire ». Il devait ensuite s'assurer de la prise en compte des modifications demandées. Le projet corrigé était ensuite transmis au ministère accompagné d'un rapport établi par le même service sur l'ensemble du projet et « relatant sommairement les conditions de l'instruction ». Il était également prévu que l'ingénieur responsable du service serait invité à participer aux séances d'adjudication ou de concours et recevrait une copie de toutes les pièces concernant l'attribution de subventions et la passation de marchés. S'agissant du contrôle des chantiers, la circulaire prévoyait que : « Au cours de la réalisation, le service technique exercera son contrôle sur l'organisation des chantiers et sur la conduite des travaux, de manière à s'assurer que les travaux sont exécutés en conformité des plans et devis approuvés, et qu'ils répondent aux règles de l'art. Les agents du service auront qualité pour pénétrer sur les chantiers, examiner les travaux dans tous leurs détails, contrôler la provenance et la qualité des matériaux et prélever des échantillons. » L'ingénieur en chef du contrôle technique servait enfin d'intermédiaire entre les collectivités et le ministère pour toutes les questions relatives au versement des acomptes de subventions. Ces mesures complémentaires furent mises en place à une date où l'essentiel de l'équipement sanatorial français avait été réalisé et eurent sans doute un impact limité. Elles ne s'appliquaient pas, nous l'avons dit, aux seuls sanatoriums ou établissements de lutte contre la tuberculose, mais à tous les projets ou travaux sollicitant une aide financière du ministère de la santé publique. Ce dispositif tendait, d'une certaine façon, à élargir à d'autres types de programmes les contraintes techniques instituées en 1919 pour les sanatoriums. Le ministère de la santé publique disposait alors d'un relais technique à l'échelon départemental dont le but était autant de resserrer l'emprise ministérielle sur les projets que de faciliter leur instruction. De simple guichet assurant la répartition de subventions de l'Etat, le ministère assurait un rôle d'assistance à la maîtrise d'ouvrage et à la maîtrise d'œuvre. Circulaire du 21 février 1938 du ministre de la santé publique aux préfets. A.D. de la Nièvre, X 2426.

Il serait regrettable, écrivait-il, *que l'effort ainsi accompli depuis cinq ans demeure stérile et je vous engage à intervenir auprès des Comités pour qu'ils continuent leur action en se transformant, soit en dispensaire d'hygiène sociale, soit en associations départementales contre la tuberculose, tout en leur conservant le caractère de large union qui a présidé à leur formation initiale et qui leur a permis d'obtenir de si importants résultats.*[1167]

Avec les efforts conjugués de la Mission Rockefeller et du C.N.D.T., la transformation des anciens comités fut menée bon train et l'investissement des collectivités territoriales dans la lutte contre la tuberculose s'intensifia : en 1920, les conseils municipaux et les conseils généraux y avaient consacré 25 millions de francs, non compris l'entretien des hôpitaux et des sanatoriums[1168]. Entre 1917 et 1922, le nombre de dispensaires passa de dix à 350 (dont 250 fonctionnaient avec des visiteuses d'hygiène) et le nombre d'écoles d'infirmières visiteuses de un à huit. En 1916, la création des comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux avait été laissée à l'initiative privée et les départements n'étaient soumis à aucune obligation en la matière. Leur conversion en comités départementaux de défense contre la tuberculose (C.D.D.T.) ne concernait donc, en 1920, que les départements français qui en avaient été pourvus pendant la guerre. Leur rôle était pourtant central dans le nouveau programme de lutte contre la tuberculose. Bernard et Poix rappelaient ainsi que « la pratique de la lutte antituberculeuse a démontré au Comité national qu'il lui était impossible de se tenir directement en liaison avec chacun des organismes antituberculeux répartis sur tout le territoire et que, d'autre part, ces organismes avaient besoin [...] d'une direction commune dont le siège ne fût pas trop éloigné ; cette double constatation a provoqué l'élaboration d'un plan général d'organisation antituberculeuse départementale »[1169].

En janvier 1922, on comptait 65 « associations départementales » ou « offices départementaux » dont la « conversion » administrative était plus ou moins avancée. Quinze départements environ en étaient encore dépourvus[1170]. La plupart de ces associations bénéficièrent d'une déclaration d'utilité publique par arrêté ministériel[1171] : outre la reconnaissance et l'autorité morale que cela leur conférait, la déclaration d'utilité publique leur donnait accès à un certain nombre d'avantages financiers. Il y avait plusieurs cas de figure pour la constitution des comités départementaux : ce rôle fut assumé le plus souvent par les anciens comités d'assistance aux militaires tuberculeux ou, à défaut, par des associations privées ; plus rarement, les comités départements furent constitués en « établissements publics » autonomes disposant de leur propre budget[1172]. Les comités départementaux étaient en relation avec la nouvelle Direction de la santé publique et de l'hygiène sociale du ministère de l'hygiène, tout en étant moralement rattachés au comité national qui en approuvait les statuts et dispensait son « aide technique et financière ». En retour, les comités départementaux étaient sommés d'envoyer régulièrement des rapports sur leur action. Ils étaient en outre, comme nous l'avons vu, régulièrement visités par les délégués techniques du comité national à l'occasion de leurs missions d'inspection, effectuées sur l'initiative du comité central ou à la demande des comités départementaux eux-mêmes.

L'Union internationale contre la tuberculose.

A l'échelle internationale, la nouvelle législation antituberculeuse adoptée France donnait aux médecins français une revanche sur leurs confrères allemands qui, depuis le congrès de Berlin en 1899, avaient pris la tête du mouvement sanatorial européen. La France comptait depuis la fin du XIX^{e} siècle

[1167] Lettre du 20 mars 1920 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.
[1168] Tessier 1922, p. 571.
[1169] Bernard & Poix 1922, p. 233
[1170] Le comité départemental du Rhône pour l'Assistance aux anciens militaires tuberculeux est ainsi converti en 1919 en Comité départemental pour la lutte contre la tuberculose.
[1171] Le Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose fut déclaré d'utilité publique le 18 septembre 1920, la Commission antituberculeuse de la Haute-Vienne le 29 juillet 1923. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1172] Ce fut le cas par exemple pour les Offices publiques d'hygiène sociale créés par les Conseils généraux de la Seine et de la Seine-et-Oise, dont le rôle était « de créer ou de coordonner, de diriger ou d'orienter les organisations locales de lutte antituberculeuse, principalement des dispensaires fonctionnant suivant des méthodes uniformes, de répartir les subventions, d'effectuer le placement des tuberculeux dans les sanatoriums ou les établissements spéciaux, d'assurer le placement familial à la campagne des enfants sains menacés et de pourvoir à l'organisation d'un fichier central ». Bernard & Poix 1922, p. 233. Ces deux auteurs ne mentionnaient toutefois aucun exemple de ce dernier cas de figure.

d'éminents bactériologistes et phtisiologues, mais sa politique sociale était en retard sur celle de ses voisins, particulièrement en matière de tuberculose. Les lois Bourgeois (sur les dispensaires) et Honnorat (sur les sanatoriums) permettaient – en théorie du moins – de rattraper ce retard. Si, en 1919, l'essentiel de l'armement antituberculeux était encore à construire, les médecins français n'avaient plus à rougir de l'éternelle comparaison avec le modèle sanatorial allemand. Ils s'empressèrent donc d'en faire la promotion à l'étranger, avec d'autant plus d'assurance que la France se trouvait à la fin de la guerre dans le camp des vainqueurs. Suscita l'intérêt de nombreux pays étrangers, la nouvelle législation antituberculeuse permettait aux médecins français d'occuper à nouveau le devant de la scène : Léon Bernard nous apprend ainsi qu'en 1919, le C.N.D.T. fut sollicité par la Société coopérative nationale contre la tuberculose de Bruxelles pour obtenir « des renseignements sur le fonctionnement du comité national, afin de réorganiser, en Belgique, la lutte antituberculeuse ». « Ce mouvement s'étend à l'étranger », concluait Bernard, qui signalait d'autres demandes similaires provenant d'Espagne, de Tunisie ou d'Argentine[1173]. Le rôle du Comité national de défense contre la tuberculose dans le système français était déterminant : il représentait non seulement la quasi-totalité des organismes de lutte antituberculeuse, mais il bénéficiait surtout d'un large soutien politique en raison de la synergie instituée avec le nouveau ministère de l'hygiène. Le modèle de la *National Ttuberculosis Association* américaine avait certes été évoqué lors de la création du C.N.D.T ; il est toutetois tentant d'établir un parallèle avec le *Deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke* (Comité central allemand pour la création des sanatoriums) qui assurait depuis 1895 la coordination et la promotion du « mouvement sanatorial » allemand, s'agissant notamment des méthodes de propagandes déployées par le C.N.D.T. pour assurer la promotion à l'étranger du système français. Cette similitude ne fut naturellement jamais soulignée. Forte de sa victoire militaire sur l'Allemagne, la France – du moins les médecins en charge de la nouvelle politique sanitaire – n'aura de cesse, dans ce domaine comme dans d'autres, d'ostraciser l'Allemagne[1174]. Le Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose, créée en 1900 sur l'initiative du *Deutsche Zentralkomitee* et dont le siège était à Berlin, ne survécut pas à la guerre et fut dissout dès 1914[1175]. A peine créé, en 1920, le C.N.D.T. profita de cette vacance pour prendre la tête du mouvement antituberculeux international renaissant. Sur l'initiative de Bourgeois et de Bernard, les pays signataires du pacte de la Société des Nations – qui excluait l'Allemagne – furent invités à rejoindre la France au sein d'une vaste œuvre antituberculeuse internationale. Tenue à Paris du 17 au 21 octobre 1920, la première Conférence internationale de la tuberculose de l'après-guerre posa les jalons de l'Union Internationale contre la Tuberculose que Bourgeois qualifia de « Société des Nations contre la maladie »[1176]. Le siège de l'organisation fut établi à Paris, dans les locaux mêmes du C.N.D.T.[1177]. Le ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale, résumait ainsi les objectifs de cette nouvelle institution :

> *Il ne faut pas que les œuvres de chaque pays restent isolées ; il est nécessaire que chacun profite de l'expérience de tous, que les efforts les plus heureux des œuvres antituberculeuses de chaque nation, que les lois et règlements les plus efficaces soient propagés et appliqués dans tous les pays de la Société des Nations, il faut instituer un Bureau de statistique internationale pour connaître la valeur de ces divers efforts, [...] il faut un organe d'information qui centralise toutes les expériences et renseigne sur toutes les questions intéressant la défense contre la tuberculose.*[1178]

[1173] Bureau 11, séance du 24 février 1919. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.1.
[1174] L'Allemagne n'intègrera l'Union internationale de la tuberculose qu'en 1927, elle en était le 33e membre. S.a., « Adhésion de l'Allemagne à l'Union internationale contre la tuberculose », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1927, p. 265.
[1175] S.a., « L'union internationale contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, 12 octobre 1935, p. 1593.
[1176] Poix 1920, p. 431.
[1177] Dernière preuve de la concurrence farouche entre Français et Allemands en matière de lutte contre la tuberculose, l'autorité d'occupation demanda pendant la Seconde Guerre Mondiale, alors que l'Union avait été mise en sommeil et que son siège, ainsi que ses archives, avaient été transférés à Berlin. Ce projet fut abandonné devant la fermeté des dirigeants de l'Union et une autre Association internationale de lutte contre la tuberculose fut créée à Berlin le 21 avril 1942 qui ne publia qu'un seul numéro de la revue *Tuberculosis* qui devait assurer la diffusion de ses actions. Poix 1950, p. 53.
[1178] Poix 1920, p. 430. Les objectifs de l'Union, adoptés à Paris, étaient les suivants : « Il y a lieu : 1° De poursuivre l'éducation sanitaire des médecins et du public en vue de la défense sociale contre la tuberculose ; 2° D'établir des enquêtes sur le nombre et les cas d'infection tuberculeuse latente et d'infection grave dans les divers pays chez les sujets classés par catégories d'âge, de sexe, par profession et par groupes sociaux ; 3° D'établir une statistique sur la mortalité tuberculeuse et sur les diverses localisations de la maladie ; 4° De créer un nombre suffisant de dispensaires desservis par des médecins spécialement instruits et par des infirmières

Cette conférence fut l'occasion d'exposer aux délégués des trente nations représentées la nouvelle organisation antituberculeuse française ; elle s'acheva par une visite des sanatoriums de Bligny. Les statuts de l'Union évoluèrent en 1926 pour permettre aux nations non-membres de la S.D.N. de la rejoindre : elle comptait ainsi 43 membres en 1935, dont l'Allemagne. L'activité de l'Union était toutefois limitée à l'organisation de conférences dont la portée, sans être négligeable, est difficile à évaluer. La France y était représentée par des figures emblématiques de la lutte nationale contre la maladie, tels les médecins Bezançon, Guinard, Honnorat, Rist et Sergent. L'Union conserva l'emblème adopté en 1902 par le Bureau central international pour la lutte contre la tuberculose : la double croix rouge foncé, dite également « croix des patriarches » : « insigne [...] tout désigné pour servir de ralliement dans la croisade moderne entreprise contre le pire des fléaux qui désole l'humanité »[1179], ce logo, proche de la croix de Lorraine, devint en France le symbole de la lutte contre la maladie et figurait notamment sur les timbres antituberculeux[1180]. Neuf autres conférences eurent lieu après celle de Paris en 1920, essentiellement en Europe : à Londres, Bruxelles, Lausanne, Rome, Oslo, La Haye, Varsovie, puis Lisbonne en 1937[1181]. La conférence de 1927, à Washington, fut la seule organisée en dehors de l'Europe. En 1939, la guerre fut déclarée la veille de l'ouverture, à Berlin, de la onzième conférence qui n'eut donc pas lieu. Interrompues pendant la Seconde Guerre Mondiale, les activités de l'Union reprendront en 1945 avec l'arrivée de nouveaux membres : Chine, Inde, Pérou, Colombie, Vénézuela, Chili, Mexique ou Espagne.

2.3.3. L'admission des malades.

La prise en charge des tuberculeux et les malades payants.

La loi de 1919 n'imposait aucune restriction en matière d'admission dans les sanatoriums publics, ouverts à tous les malades atteints de tuberculose. La prise en charge du prix de journée par le département (à hauteur de celui de l'hôpital de premier rattachement du domicile de secours du malade) était toutefois réservée aux seuls malades bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite définie par la loi de 1893. Le versement par l'Etat de la part complémentaire du prix de journée ne concernait également que certaines catégories de patients :

> *1° Les malades bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite ;*
> *2° Les malades affiliés depuis trois ans au moins à une société de secours mutuels réassurant ses adhérents contre les maladies de longue durée ;*
> *3° Les malades dépendant d'associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du sanatorium public ;*
> *4° Les malades ne bénéficiant pas de la loi du 15 juillet 1893* [assistance médicale gratuite]*, dont l'admission aura été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sous réserve du recours éventuel de l'Etat contre ces malades s'ils avaient des ressources suffisantes pour subvenir par leurs propres moyens au paiement du prix de journée, soit totalement, soit partiellement.*[1182]

La plupart des malades admis en sanatorium étaient issus des classes ouvrières. Entre 1933 et 1938 au sanatorium départemental du Nord, à Felleries-Liessies, les professions dominantes parmi les malades étaient, chez les femmes, les ouvrières, notamment des filatures, et chez les hommes, les mineurs

---

visiteuses d'hygiène particulièrement entraînées ; 5° D'organiser des sanatoriums, en baraquements périurbains, pour l'isolement des malades avancés et pour le traitement des malades curables ; 6° De créer des préventoriums, et des foyers de placement pour enfants seins issus de tuberculeux (Œuvre Grancher). » *idem*, p. 435.

[1179] « On sait que cette double croix, la croix des patriarches, fut placée par Godefroy de Bouillon, comme emblème de la victoire, sur le clocher de la basilique du Saint-Sépulcre de Jérusalem. Cet insigne était tout désigné pour servir de ralliement dans la croisade moderne entreprise contre le pire des fléaux qui désole l'humanité. » Pour éviter les variations communes avant 1914, « l'association américaine contre la tuberculose en 1920 établit un dessin type de double croix dont furent précisées les dimensions et la couleur, et le déposa au registre du commerce, afin d'acquérir ainsi le droit exclusif de s'en servir et de pouvoir en octroyer le droit aux personnes et aux associations agréées par elle ». L'insigne fut déposé en France au Tribunal de Commerce et afin d'en protéger l'usage. Son contour et ses proportions permettaient de le distinguer de la Croix de Lorraine. S.a., « L'Union internationale contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, 12 octobre 1935, p. 1594.

[1180] Cette croix est aujourd'hui encore l'emblème de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires.

[1181] Parmi ces conférences, celles de Bruxelles, en 1922, s'attacha plus particulièrement aux problèmes de la prise en charge des malades par les services sociaux : dispensaires, hôpitaux, écoles, usines, collectivités publiques et privées.

[1182] Gravereaux 1924, p. 36.

et les ouvriers des filatures et des usines de tissages, travailleurs « exposés aux changements brusques de températures, aux atmosphères viciés et poussiéreuses, et travaillant dans l'obscurité »[1183]. Les historiens Dominique Dessertine et Olivier Faure rappellent que la grande majorité de ces malades était constituée de personnes jeunes, voire très jeunes ; ainsi, dans les départements du Rhône et de l'Ain, les deux tiers des malades hospitalisés en sanatorium avaient moins de 30 ans. Dans le Rhône, seulement 15% avaient plus de 40 ans, et dans l'Ain, un homme sur cinq et une femme sur trois admis en sanatorium avaient moins de vingt ans ; dans certains cas, l'âge minimum d'admission (15 ans pour les femmes, 18 ans pour les hommes) n'était pas respecté[1184].

Les tuberculeux appartenant à d'autres catégories sociales pouvaient être admis dans ces établissements mais les frais d'hospitalisation restaient à leur charge. Si la loi sur les sanatoriums avait été saluée comme une avancée majeure, certains médecins estimaient qu'elle n'allait pas assez loin et évoquèrent la « nécessité d'étendre l'assistance des tuberculeux à toute la population civile »[1185], en particulier aux malades non pas indigents mais peu aisés. « Certains tuberculeux, qui ne sont pas indigents, expliquait Mouisset en 1920, n'ont cependant pas des ressources suffisantes pour se soigner, en raison de la maladie dont ils sont atteints, des soins coûteux nécessités par le traitement, de la durée de ce traitement et de la réduction habituelle de la capacité de travail »[1186]. Les sanatoriums de Bligny (Essonne), par exemple, s'adressaient également « à la catégorie de malades qui [était] la plus négligée et qui mérit[ait], cependant, quelque sollicitude » : petits employés, petits industriels, petits commerçants, artistes, étudiants, professeurs, « tous ceux qui, dans le commerce, l'industrie ou les carrières libérales occupent des situations secondaires à maigre traitement ; tous ceux qui, ne pouvant frapper aux portes des sanatoriums privés pour clientèle riche ou aisée, n'ont pas davantage de moyen de s'offrir de longues villégiatures dans les climats recommandés ou dans n'importe que endroit, à la campagne »[1187] et que Guinard qualifiait de « presque indigents »[1188]. Mouisset suggérait également que l'Etat soutînt plus directement les œuvres ou institutions de prophylaxie comme l'Œuvre Grancher et les préventoriums qui, d'après lui, devaient bénéficier des financements prévus au titre de l'assistance médicale gratuite : « Ce serait le moyen de généraliser la véritable prophylaxie, de sauvegarder à la fois l'intérêt social et économique du pays, estimait-il ; car ces enfants sauvés du péril font partie du capital humain, tandis que, s'ils deviennent malades, ils sont à la charge de l'assistance souvent pendant plusieurs années et, s'ils meurent, ils augmentent le déficit de la population. »[1189]

Les malades qui ne bénéficiaient ni de l'A.M.G. ni de la couverture d'une société de secours mutuels pouvaient entrer dans les sanatoriums publics, mais à titre payant. Les établissements comptaient d'ailleurs sur cette catégorie de pensionnaires pour équilibrer leur budget : si les plus modestes de ces malades étaient logés dans les dortoirs et payaient le prix de journée standard, les plus fortunés – sans l'être toutefois assez pour pouvoir se faire soigner dans les établissements privés – acceptaient généralement de payer le prix plus élevé d'une chambre à un ou deux lits. Dès le début du XX^{e} siècles, les promoteurs de nombreux établissements firent le choix économique de cette mixité sociale[1190] qui se traduisait

[1183] Rapport sur le sanatorium de Fellerie-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1184] Dessertine & Faure 1988, p. 156.
[1185] Mouisset 1920, p. 316.
[1186] *Ibidem.*
[1187] Guinard 1925, p. 309-310.
[1188] Guinard donnait ainsi la liste des professions représentées à Bligny au cours des années 1922 et 1923 : 1° Hommes : ouvriers et artisans des différents corps de métiers (137), employés de bureau, de commerce, etc. (93), employés et ouvriers des chemins de fer (54), étudiants (17), ouvriers agricoles (12), gens de maison (14), imprimeurs (9), dessinateurs (7), graveurs (2), artistes peintres (2), voyageurs de commerce (4), garçons de café (5), facteurs des Postes (2), tailleurs (2), bijoutiers-horlogers (2), architectes (2), petits négociants (2), employés de métro (2), médecin (2), musiciens (3), sculpteur (1), dentiste (1), préparateur de science (1), contrôleur technique (1), prêtres (2), coiffeur (1), cocher (1), marin (1), brocanteur (1), concierge (1). Femmes : sans profession (81), employées de commerce, de bureau, sténos-dactylos (171), ouvrières (84), couturières (78), domestiques (24), ménagères (25), lingères (11), modistes (12), institutrices (7), infirmières (12), employées de chemin de fer (11), commerçantes (3), étudiantes (5), surveillante (1), employées à l'Institut Pasteur (2), corsetières (2), employées des Postes (2), professeurs de dessin (2), professeur de musique (1), religieuses (2), masseuse (1), artiste-danseuse (1). *Idem*, p. 310-311.
[1189] *Idem*, p. 317.
[1190] C'est ce que prévoyait le médecin Artaud dans son projet de sanatorium de l'Aisne en 1900. A Lay-Saint-Christophe, le sanatorium de l'Œuvre lorraine contre la tuberculose (Meurthe-et-Moselle, 1902) avait été conçu pour accueillir, dans des espaces distincts, les « petits payants » et les « indigents » : « Il a fallu établir des combinaisons spéciales [dans les plans] et établir des pavillons séparés, reliés entre eux par un pavillon, que l'on pourrait appeler pavillon de services, pour permettre de réunir dans un

généralement par l'augmentation du nombre de chambres individuelles au-delà des 10% exigés par le décret de 1920. L'un des premiers établissements à réaliser, après la guerre, cette mixité, fut le sanatorium départemental de Guervénan (Finistère) dont la seconde tranche, inaugurée en 1926, comprenait six pavillons, dont deux – l'un pour les hommes et l'autres pour les femmes – étaient réservés aux « malades payants, appartenant à la catégorie des petites bourses »[1191]. Un exemple particulièrement significatif du point de vue de l'architecture nous est donné par l'hôpital sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire, 1934) : l'établissement était composé de trois ailes parallèles espacées de 40 mètres les unes des autres et reliées par des galeries couvertes (ill. 206). Ces trois ailes correspondaient à trois types de chambres : la première, dont la façade sud était entièrement dégagée, comportait 60 chambres individuelles affectées aux malades payant (notamment aux bénéficiaires des assurances sociales) ; à l'arrière, la deuxième aile ne comptait que des dortoirs tandis que la troisième était réservée aux grands malades. Adoptée pour des raisons économiques, cette disposition fut critiquée par le C.N.D.T. en raison de la séparation déficiente des sexes (les trois ailes étaient mixtes) et du dédoublement des services[1192]. Dans leur projet de sanatorium pour l'Ouest de la France, en 1932, les architectes Michau et Faure réservaient les chambres à deux lits à « des étudiants ou à des intellectuels », l'expérience ayant montré que « ces derniers étaient soignés dans de meilleures conditions lorsqu'on leur donne plus de tranquillité qu'à des malades ordinaires »[1193]. L'admission des malades payants prit une telle importance dans l'entre-deux-guerres que le ministère de l'hygiène dut conditionner l'attribution des subventions prévue par la loi de 1919 au respect de quotas de malades relevant du service public[1194]. A partir de 1928, les lois complémentaires sur les assurances sociales modifièrent profondément les conditions d'accès aux sanatoriums. En février 1937, on proposa de limiter la participation des caisses d'assurance aux frais de séjour dans les sanatoriums à 80% de la dépense, le complément étant à la charge de l'assuré. Les malades qui ne disposaient pas de couverture sociale auraient participé aux frais d'hospitalisation en fonction de leurs moyens : la commune (ou le département) aurait versé la part correspondant au prix de journée hospitalier et l'Etat aurait pris en charge la part complémentaire du traitement sanatorial[1195]. Nous reviendrons plus en détails dans le dernier chapitre sur les dispositions architecturales des dortoirs et des chambres individuelles dans les sanatoriums.

Curables et incurables.

Au-delà des origines sociales et de la protection dont bénéficiaient les malades, le véritable critère d'admission était leur état de santé, notamment le degré d'avancement de la maladie, en étendue comme en intensité. Le recrutement des malades était un point essentiel au bon fonctionnement des sanatoriums : choisis trop gravement atteints, ils mourraient inévitablement en dépit des soins qui leurs étaient prodigués et les établissements – voire le dispositif sanatorial tout entier – perdaient de leur crédibilité ; choisis au contraire trop peu atteints, les résultats thérapeutiques aobervés n'auraient pas tardé à être contestés. La question fut tranchée assez rapidement par les phtisiologues : dès 1878, Grancher avait proposé la séparation des tuberculeux en deux catégories distinctes, parfaitement identifiables, mais également très réductrices : les curables les incurables[1196]. Les premiers pouvaient faire appel au secours des œuvres

même établissement des malades payants et non payants » (plan 54-01). L'établissement devait loger 54 indigents et 61 pensionnaires payants. Les historiennes Isabelle Grellet et Caroline Kruse remarquent pour cet établissement que « derrière une façade-écran d'une absolue symétrie, se cachent deux systèmes d'organisation de l'espace fondamentalement différents » (Grellet & Kruse 1983, p. 253.S.a.) Dans le projet initial de 1901, l'aile Est était réservée aux malades payants logés en chambres individuelles sans séparation des sexes tandis que celle Ouest accueillait les indigents, logés en dortoirs et disposant de galeries de cure et de réfectoires strictement séparés pour les hommes et les femmes. Pas de « réfectoire » pour les malades payants mais une « salle à manger », ainsi qu'un grand escalier et une salle de billard, absents de la section des indigents. « Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction moderne*, 16 nov. 1901, p. 76.

[1191] *Bulletin du C.N.D.T.*, 1921, n°2, p. 79

[1192] Evrot, projet d'un hôpital sanatorium près de Dreux, octobre 1930. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.28 Eure-et-Loire.

[1193] Poulain 1932, pl. 73.

[1194] Donnant son aval, en 1934, pour la construction du sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne), le ministre de la santé publique demandait que « 85% au minimum des lits du sanatorium [soient] réservés aux malades énumérés à l'article 3 de la loi du 7 septembre 1919 (malades l'assistance médicale gratuite, etc.) ». Lettre du 14 mars 1934 du ministre de la santé publique et de l'éducation physique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.

[1195] « Proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à organiser d'une façon plus complète et plus efficace l'assistance, la protection et la réadaptation au travail des tuberculeux. » J.O. 11 février 1937, p. 145.

[1196] Grellet & Kruse 1983, p. 235.

philanthropiques et des sanatoriums ; les seconds étaient du ressort de l'hôpital ou de l'hospice où ils ne pouvaient espérer d'amélioration. Selon Baché, le problème de la sélection des malades avait « coûté à la méthode sanatoriale la plus grande part de ses déboires, et les insuccès à l'origine desquels il faut savoir le trouver, [avaient] failli perdre sa cause »[1197]. Le professeur Landouzy recommandait ainsi de choisir les malades exclusivement « parmi les cas susceptibles de guérison ou d'amélioration »[1198] mais, à force de choisir des malades très peu atteints susceptibles de guérir, les médecins avaient fini par admettre dans leurs sanatoriums un certain nombre de malades non-tuberculeux[1199]. Selon Edouard Rist « le sanatorium d'autrefois n'accueillait légitimement que les tuberculoses nodulaires discrètes, apyrétiques ; si discrètes et si apyrétiques souvent que beaucoup d'établissements réputés étaient peuplés de non tuberculeux victimes d'erreurs de diagnostic »[1200]. Guinard fut l'un des premiers à remettre en cause le principe selon lequel les tuberculeux ne seraient « sanatoriables » qu'au « début de la tuberculose » : il était non seulement difficile de diagnostiquer une lésion pulmonaire de nature tuberculeuse à son extrême début, mais cette façon de procéder conduisait trop souvent à refuser l'accès aux sanatoriums à des tuberculeux, certes plus atteints, mais encore curables.

> *Dans nombre de cas,* ajoutait Guinard, *même à des périodes tardives de l'évolution, certaines formes, convenablement soignées, donnent des résultats des plus satisfaisants. Les médecins ne devront donc pas seulement s'efforcer de dépister les tuberculeux au début, pour les envoyer au sanatorium, mais de chercher, chaque fois qu'un malade leur sera précisé, quelles sont les chances de curabilité qu'il peut avoir, d'après les caractères évolutifs de la maladie, d'après l'âge et l'étendue des lésions.*[1201]

La loi du 7 septembre 1919 considérait implicitement que les critères médicaux d'admission des malades étaient du ressort des médecins, seuls habilités à juger de la curabilité de l'incurabilité de chaque cas. Le texte ne précisait donc quels étaient malades justiciables de la cure en sanatorium. Dans le décret d'application du 10 août 1920, le ministre de l'hygiène jugea toutefois opportun d'être plus précis et le préambule commençait ainsi :

> *La commission permanente de préservation contre la tuberculose [...] a notamment insisté sur la nécessité qui s'impose de n'admettre dans les sanatoriums publics ou assimilés que les tuberculeux pouvant y être utilement soignés, afin d'éviter la répercussion morale qui résulterait pour l'ensemble de l'œuvre de l'admission de malades non curables. Elle a pensé, toutefois, en ce qui concerne les sanatoriums privés, qu'il conviendrait de laisser à ceux-ci la faculté de s'appliquer à telle catégorie de malades que les fondateurs jugeront utile, mais sous réserve que le même établissement ne pourrait être destiné en même temps aux malades curables et aux malades non curables.*[1202]

L'article premier de ce décret limitait l'accès des sanatoriums publics et assimilés aux « malades reconnus atteints de tuberculose et pouvant y être soignés utilement ». Cette formulation n'impliquait aucun caractère objectif de la maladie – telle la distinction entre malades bacillifères et non bacillifères – et laissait aux médecins la liberté de déterminer, pour chaque malade, le bénéfice thérapeutique qui pouvait être escompté de la cure. Seuls les tuberculeux chroniques et les incurables – ceux, par exemple, dont les poumons présentaient d'importantes cavernes – étaient exclus du système sanatorial public ; cette restriction évoluera toutefois dans les années trente. Chaque établissement était également libre de préciser, dans son règlement général, les conditions d'admissions des malades : au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1933), n'étaient admis que « les malades [...] atteints de tuberculose pulmonaire à forme nettement curable, non fébriles »[1203] ; au sanatorium départemental de la Haute-Savoie, à Hauteville (Ain, 1935), ceux « curables ou tout au moins stablilisables, non fébricitants,

---

[1197] Baché 1934, p. 31.
[1198] Cité par Guinard dans : Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 17.
[1199] En 1927, selon Thibault, un tiers des malades traités dans les sanatoriums français ne souffraient pas de tuberculose mais de simples affections nasales, de bronchectasies, de kystes hydatiques, de sclérose poste-pneumonique, de tumeurs ou d'abcès pulmonaires, de néphrites, etc. Cité par Baché 1934, p. 34.
[1200] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, Limoges, s.n., 1934, p. 11, A.D. de la Haute-Vienne, BR 3404.
[1201] *Idem,* p. 18.
[1202] J.O. 15 août 1920, p. 12041.
[1203] Département du Rhône, sanatorium des Petites-Roches, Convention, s.d. [*ca.* 1933]. A.D. du Rhône, 1 X 381

sauf indication thérapeutique spéciale laissée à l'appréciation du médecin-directeur »[1204]. La latitude offerte aux médecins en matière de recrutement des malades pouvait était diversement utilisée en fonction des intérêts particuliers des l'établissements : à l'ouverture du sanatorium héliothérapique d'Odeillo (Pyrénées-Orientales, 1924), la présidente du conseil d'administration estima qu'il y aurait « intérêt à ne prendre tout d'abord que des malades peu atteints qui seront vites guéris et qui serviront de réclame à l'établissement »[1205]. En 1923, Küss se voulait plus restrictif, estimant que l'admission d'un malade au sanatorium était définie cliniquement par trois conditions devant être toutes réunies :

> *1° L'existence d'une tuberculose pulmonaire ou pleurale donnant ou ayant donné récemment des lésions d'évolution ou d'activité ;*
> *2° Une limitation des lésions telle qu'on puisse espérer la reprise du travail habituel ;*
> *3° Les signes cliniques d'une tendance évolutive favorable.*[1206]

Il ajoutait à ces conditions l'absence de contre-indications sociales comme « l'extrême misère, la débauche habituelle, l'ivrognerie, le vagabondage, la fainéantise, les infirmités définitives rendant le malade inapte au travail », autant de tares physiques et sociales qui compliquaient non seulement la mise en œuvre de la cure hygiéno-diététique mais réduisait à néant, dès la sortie du malade de l'établissement, les efforts consentis durant la cure. Ces restrictions n'allaient pas sans poser de problèmes déontologiques aux médecins qui avaient la lourde tâche distinguer les malades qui seraient soignés et de ceux abandonnés à leur sort. Baché résumait ainsi ce dilemme :

> *On pensa, et avec raison, qu'en prenant le mal à son début, on avait le plus grand nombre de chances d'en arrêter l'évolution. Là, déjà, la tâche devenait angoissante : il fallait donc en arriver à refuser l'entrée du sanatorium à ceux qui paraissaient en avoir le besoin le plus légitime et le plus urgent, mais que l'on considérait comme irrémédiablement condamnés, pour admettre à leur place ces autres moins atteints, dont la santé paraissait même quelques fois florissante et qui aux yeux des médecins conservaient seuls quelque espoir de guérison. Le procédé pouvait-il passer pour autre chose qu'injuste et inhumain ? C'est ce qui provoqua cette boutade : "que le sanatorium ne guérissait que des bien portants".*[1207]

Dans les années trente, les critères de sélection des malades changèrent : l'apparition de nouvelles thérapeutiques permit non seulement de traiter des cas plus graves qu'auparavant[1208], mais surtout l'extension du parc sanatorial public autorisa admission de malades que l'on refusait auparavant faute de lits. Baché rappelait également que l'évolution de l'approche clinique de la maladie avait conduit à une remise en question des modalités de recrutement des malades : au début du siècle, expliquait-il, « une idée universellement admise en matière de tuberculose était celle de débuts insidieux et lents ». Pour Brouardel et Grancher il fallait hospitaliser le tuberculeux « à l'extrême début du mal, avant l'expectoration bacillaire, à la période de pré-tuberculose, avant la fièvre, l'amaigrissement »[1209], c'est à dire avant l'apparition des premiers symptômes tangibles de la maladie, ce qui rendait d'autant plus difficile le diagnostic. Au début des années trente, au contraire, les médecins étaient unanimes sur le fait que la tuberculose débutait, dans près de la moitié des cas, par une phase aiguë comme une hémoptysie, une grippe, une bronchite ou une pleurésie. « De nos jours, affirmait Rist en 1934, un sanatorium à la hauteur de sa tâche doit contenir une majorité de malades ayant, au moment de leur admission, des expectorations bacillifères et une sérieuse proportion de tuberculeux fébriles. Des porteurs de lésions occupant tout un lobe et largement excavées

[1204] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain), règlement général. A.D. de la Savoie, 7 N 61.
[1205] Séance du conseil d'administration de l'établissement héliothérapique d'Odeillo, 1924, p. 197. Archives des Pupilles de l'Ecole Publique, Paris. Suite à la mort par hémoptysie d'un jeune malade de 18 ans, les conditions d'admissions devinrent plus restrictives dans cet établissement où l'on prit garde de déceler toute lésion pulmonaire contre-indiquée pour la cure d'héliothérapie en altitude.
[1206] Georges Küss, « Quels sont les tuberculeux qu'il faut admettre et conserver dans les sanatoriums publics », in *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*, mars-avril 1923, cité par Fournier 1936, p. 17. Ces éléments sont également repris par Guinard en 1925 : à ces indications, Küss ajoutait : « Les médecins qui proposent des malades, pour un sanatorium, ont donc à s'assurer que ces malades ont des lésions tuberculeuses en *activité* ou en évolution ; ils doivent apprécier l'étendue, la confluence et la densité des lésions pulmonaire et voir si l'extension lésionale [...] est grande, moyenne ou petite. Ils doivent enfin tenir compte de la forme morbide et de la tendance évolutive de la maladie. » Guinard 1925, p. 309.
[1207] Baché 1934, p. 31.
[1208] Rist notait en 1934 à ce sujet : « Il y a 30 ans à peine, Grancher pouvait enseigner qu'un tuberculeux cavitaire n'était plus intéressant. Aujourd'hui, nous guérissons ce tuberculeux par le collapsus ». Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, *op. cit.*, p. 11.
[1209] Cité par Baché 1934, p. 32.

doivent passer avant ceux qui n'ont que des lésions nodulaires discrètes. Et même certains tuberculeux atteints de lésions bilatérales ne doivent pas être exclus, car le pneumothorax bilatéral "a été imaginé pour eux" »[1210]. En privilégiant l'admission de malades plus atteints, Rist renversait l'ordre de priorité habituel. Avec l'augmentation du nombre de lits disponibles dans les sanatoriums, certains médecins estimèrent logiquement qu'il n'y avait pas lieu de limiter l'admission des tuberculeux avec des critères trop stricts. A la même époque, le phtisiologue Leuret se déclara en faveur du placement de tous les tuberculeux au sanatorium[1211]. Selon Baché, encore :

> *Nul ne peut, en présence d'un cas de tuberculose, décréter* a priori *si celui-ci rentre dans les cas curables ou non ; on voit des malades paraissant légèrement atteints dont rien ne peut enrayer la marche inexorable de la maladie ; par contre, on voit des malades dans un état pitoyable, qui bénéficient contre toute attente de la cure sanatoriale. Dans cette incertitude de pronostic, il me semble qu'il n'y a qu'une formule acceptable : tous les tuberculeux qui le désirent doivent pouvoir trouver la possibilité d'une cure sanatoriale.*[1212]

Nous verrons que la construction d'hôpitaux-sanatoriums avait permis d'hospitaliser, dès le début des années vingt, les malades qui ne correspondaient pas exactement aux critères de sélection appliqués dans les sanatoriums de cure. En outre, l'admission des malades gravement atteints, comme les bacillaires et ceux qui exigeaient une prise en charge chirurgicale, modifièrent sensiblement les conditions d'exploitation des établissements pour lesquels la notion d'asepsie acquit une plus grande importance. Ces éléments ne doivent toutefois pas masquer le principal problème auquel devaient alors faire face les médecins : le refus fréquent des malades de se faire soigner en sanatorium. L'opposition des malades eux-mêmes constituait le principal obstacle à leur admission dans les sanatoriums, les moins atteints – et donc les plus curables – étant logiquement les moins enclins à accepter leur placement. Ménard évoquait dès 1919 cette difficulté : « On s'imagine volontiers qu'il suffira qu'on organise des sanatoriums pour que les malades y affluent aussitôt. C'est actuellement une erreur [...]. Le malade qui n'a pas souffert des vicissitudes du traitement à domicile est d'instinct hostile à entrer au sanatorium. Et nous croyons que c'est un problème très sérieux à l'heure où l'on s'affaire partout en France à construire des sanatoriums »[1213].

Selon le rapporteur d'un comité antituberculeux, en 1919, les assistés demandaient rarement leur hospitalisation, préférant continuer à se soigner chez eux « quels que soient leur situation et leur état de santé »[1214]. Les raisons invoquées par les malades pour justifier leur refus d'entrer au sanatorium étaient diverses : difficultés de quitter leurs proches et leurs habitudes, peur de l'ennui durant le séjour, problèmes posés par les transports et l'éloignement de l'établissement, etc. L'assistance à domicile apportée par les dispensaires offrait également une alternative à l'hospitalisation et confortait nombre de ces malades dans leur volonté de rester chez eux. Pour ces malades, ajoutait Ménard, « le sanatorium, c'est l'hôpital : un isolement [...] qui lui fait mal et une promiscuité [...] dont il a d'avance répulsion. Pour peu qu'il croie qu'on ne fera pas beaucoup plus, pour sa guérison, au sanatorium que chez lui, il préfère être un peu plus mal chez lui »[1215]. Les premiers sanatoriums ouverts après la guerre eurent ainsi quelques difficultés à se remplir : six mois après l'ouverture du sanatorium du Montet (Allier, 1921), par exemple, seule une moitié des lits était occupée[1216].

Modalités d'admission des malades.

> *Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un malade adulte à placer dans un établissement antituberculeux,* écrivait Georges Poix en 1922, *son premier acte doit être d'établir un diagnostic aussi précis que possible en mettant en œuvre, s'il y a lieu, tous les moyens cliniques et biologiques dont il doit pouvoir disposer : examen du dossier médico-social, recherche des signes stéthacoustiques, fonctionnels et*

[1210] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, *op. cit.*, p. 44-45.
[1211] Cité par Baché 1934, p. 35.
[1212] *Ibidem.*
[1213] Ménard 1919, p. 157.
[1214] *Idem*, p. 158.
[1215] *Ibidem.*
[1216] Chataignon notait ainsi : « Le Montet a une capacité actuelle de 120 à 150 lits sur lesquels seulement 65 sont occupés. Il verrait avec plaisir arriver des malades car ses frais généraux en seraient diminués ». Visite du 22 mai 1922, Chataignon. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.2 Allier, Basses-Alpes.

généraux, examen radiologique, cuti-réaction, examen bactérioscopique des crachats, examen rhino-laryngologique. C'est en effet le diagnostic qui déclenche le jeu de tout l'organisme social antituberculeux.[1217]

Quand un médecin jugeait un malade « sanatoriable », il demandait son admission en, général par l'intermédiaire d'un dispensaire. Le dossier[1218] du malade était transmis au sanatorium et examiné par le médecin-directeur qui décidait, seul, d'accepter ou de refuser l'admission. Aux sanatoriums de Bligny, après examen du dossier d'admission, chaque malade était reçu par un médecin de l'œuvre chargé de l'examiner et de rédiger « le rapport médical d'après lequel le Comité décid[ait] s'il [était] apte, ou non, à bénéficier de la cure »[1219]. Dans les établissements départements, en raison de l'éloignement des malades, l'admission était vraisemblablement prononcée sur le seul examen du dossier médical du postulant. Les convocations étaient faites « au fur et à mesure des vacances et par ordre d'inscription »[1220]. Certains établissements disposaient, comme l'hôpital-sanatorium Albert Calmette de Lille (Nord, 1936), d'un « pavillon d'arrivée », destiné « à la visite et au triage des malades »[1221] entrants. Tout nouvel arrivant était pris en charge par une infirmière chargée de compléter son dossier et d'inscrire le malade dans le « fichier » de l'établissement (sous la forme de différentes fiches cartonnées). Le malade passait ensuite en consultation avec un médecin (directeur ou assistant) qui vérifiait la conformité de son état de santé avec celui annoncé. Au sanatorium des Petites-Roches (Isère), comme dans beaucoup d'établissements, les malades débutaient leur séjour par une période d'observation plus ou moins longue et le médecin-directeur ne prononçait l'admission définitive qu'après une période d'un mois au minimum. Les malades non tuberculeux ou ceux qui ne pouvaient tirer un bénéfice thérapeutique du séjour au sanatorium étaient « évacués sur leur lieu d'origine »[1222]. Au sanatorium d'Angicourt, à l'issue de cette période d'observation d'un mois, les malades étaient répartis en trois catégories :

Catégorie A (Succès probable). Ce sont des tuberculeux paraissant atteints de formes principalement scléreuses ou des tuberculeux apyrétiques ayant des lésions fibro-caséeuses ouverts ou fermées, au stade 1 ou au stade 2 de la division de Turban.

Catégorie B (Succès aléatoire et difficile). Ce sont des tuberculeux au stade 3 de Turban, à tendance nettement favorable, ou des sujets à lésions moins étendues, dont le pronostic est notablement aggravé par des éléments superposés de diverses natures.

Catégorie C (Succès improbable). Cette catégorie comprend les tuberculeux plus gravement touchés que les malades B. Ils sont au stade 3 de Turban.

Les malades de la catégorie A étaient systématiquement conservés au sanatorium, tandis que ceux des catégories B et C n'y étaient maintenus que lorsque le nombre de places vacantes le permettait. Codifié par Küss, ce système distinguait les malades « sanatoriables en première ligne » et ceux « sanatoriables en seconde ligne » en fonction des lits disponibles[1223].

[1217] Poix 1922, p. 681.

[1218] Le règlement général (1935) du sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain) précisait que « ce dossier d'admission comprendra : 1° Certificat du médecin traitant [...] ; 2° Bulletin de naissance ; 3° Engagement de paiement ou prise en charge des frais de séjour par le service départemental de l'A.M.G. ou de la collectivité demandant l'admission ; 4° Dans le cas où le malade n'est pas admis au titre de l'A.M.G., ou ne bénéficie que d'une assistance partielle, engagement de l'intéressé, de sa famille ou de toute autre collectivité d'acquitter les frais de séjour [...] ;5° Feuille de température remontant à 15 jours [...] ; 6° Copie des renseignements contenus sur la fiche sociale du dispensaire. » A.D. de la Savoie, 7 N 61.

[1219] Guinard 1925, p. 314.

[1220] *Ibidem.*

[1221] Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaires, Exposé descriptif, s.d. [*ca.* 1930], A.D. du Nord, 96 J 1694.

[1222] Département du Rhône, sanatorium des Petites-Roches, Convention, s.d. [*ca.* 1933]. A.D. du Rhône, 1 X 381

[1223] Georges Küss, « Quels sont les tuberculeux qu'il faut admettre et conserver dans les sanatoriums publics », in *Bulletin du Comité national de défense contre la tuberculose*, mars-avril 1923, cité par Fournier 1936, p. 19. Guinard rappelait en 1925 les recommandations de Küss : « A – Parmi les malades sanatoriables en première ligne, on trouve : 1° Les convalescents d'incidents évolutifs récents, tels que pleurésie séro-fibrineuse banale, bronchite bacillaire éphémère, congestion pulmonaire ou splenopneumonie tuberculeuse, hémoptysie ; 2° Les malades atteints de tuberculose pulmonaire peu étendue, à tendances scléreuses manifestes ; 3° Les tuberculeux à lésions fibro-caséeuses banales, en évolution, peu étendues (1er degré), sans fièvre ni complication, particularité assombrissant notablement le pronostic ; 4°Les tuberculeux à lésions fibro-caséeuses banales, en évolution, sans fièvre ni complication, au deuxième degré, ayant, dans la vie, un travail relativement peu pénible qui leur permettra de se ménager à la sortie du sanatorium. B – Les malades sanatoriables en deuxième ligne sont représentés : 1° Par les tuberculeux du groupe 4 précédent, appartenant à une catégorie sociale exerçant une profession moyennement fatigante et non malsaine ; 2° Par les tuberculeux ayant des lésions fibro-caséeuses étendues (au troisième degré), mais dont la grande étendue lésionale est contrebalancée par des éléments nettement favorables et dont le début évolutif est relativement récent. Ces tuberculeux doivent, de plus, appartenir à une catégorie

A Bligny, le malade se voyait expliqué dès son entrée au sanatorium les principaux articles du règlement intérieur dont il recevait un exemplaire. On lui confiait également, « avec les explications sur la manière d'en user, un thermomètre médical, une feuille de température et un crachoir de poche », ainsi qu'un bocal à urines pour analyses et une boite en verre dans laquelle il déposait quelques crachats pour la recherche des bacilles[1224]. L'arrivée au sanatorium était un moment difficile pour le malade qui quittait ses proches, parfois sa région, et entrait dans un établissement dont il ne savait rien en dehors de l'idée, souvent déformée, que l'imaginaire populaire en donnait. Les médecins prenaient donc soin d'entourer le nouveau venu d'attentions particulières. Selon Guinard :

> *Dès qu'il a franchit le seuil du sanatorium, le nouveau pensionnaire, accueilli par un médecin, doit être mis en confiance ; il faut qu'immédiatement il se rende compte que la maison où il est reçu n'a rien d'un hôpital, d'un hospice ou d'une sorte de pensionnat rigide. Pour cela on lui explique que toute personne qui entre au sanatorium peut y vivre comme dans une maison de campagne, dont l'unique objet est de lui procurer [...] le repos complet, physique et moral, l'air pur et une bonne alimentation.*[1225]

L'objectif non avoué de cette mise en confiance était de rendre les malades moins rétifs et de leur faire accepter plus facilement les contraintes de la cure.

2.3.4. Les sanatoriums maritimes et les préventoriums dans nouvelle législation.

La loi de 1919 et son décret d'application définissaient les sanatoriums comme des « établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose », sans autre précision. Le projet de loi initial de mars 1917 les réservait aux malades atteints de tuberculose « pulmonaire », mais ce dernier terme fut retiré de la version présentée à l'Assemblée nationale en juillet 1917, afin « que la réglementation édictée soit applicable aux établissements destinés au traitement de la tuberculose sous toutes ses formes »[1226]. Exclus implicitement dans la première version du texte, les sanatoriums pour tuberculeux osseux et ganglionnaires, c'est à dire les hôpitaux marins, étaient donc implicitement inclus dans le dispositif[1227]. De la même façon, le décret de 1920 se contentait de termes généraux et ne distinguait pas les deux catégories d'établissements. Les conditions d'aménagements préconisées correspondaient toutefois aux exigences des sanatoriums pour malades pulmonaires, qui différaient essentiellement des hôpitaux maritimes par la contagiosité de leurs pensionnaires. Les gestionnaires des établissements marins objectèrent immédiatement que ces prescriptions, établies sur la base des établissements pour malades pulmonaires, étaient « trop rigoureuses et même inapplicables pour des établissements marins qui ne reçoivent pas de malades contagieux »[1228]. En octobre 1924, un décret modificatif ajouta donc au chapitre sur les « Conditions techniques et hygiéniques » du décret de 1920, une « section II » consacrée aux « Sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires », les articles 7 à 12 existant étant réunis dans une « section I » consacrée aux « Sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire ». Les six articles ajoutés, numérotés *12 bis* à *12 septiès*, reproduisaient en grande partie les prescriptions initiales, introduisant seulement quelques éléments propres aux formes chirurgicales de la tuberculose : le premier article précise que « les sanatoriums destinés au traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires doivent être installés dans des conditions telles qu'on puisse y pratiquer, d'une façon efficace, la cure d'air et la cure de soleil » ; les recommandations relatives à l'espace réservé à la promenade des malades furent supprimées. « Dans les établissements recevant des enfants [ce qui était le cas le plus fréquent], les entrants devront être isolés, à leur arrivée, dans un lazaret collectif, où ils subiront

---

sociale non astreinte à un travail particulièrement pénible ou insalubre et ne risquant pas de tomber dans la misère [...]. » Guinard 1925, p. 309.

[1224] *Idem*, p. 145.

[1225] *Ibidem.*

[1226] J.O. 26 juillet 1917, p. 738.

[1227] « A cet égard, relevait Gravereaux en 1924, il faut remarquer que si cette loi vise aussi bien la tuberculose pulmonaire que la tuberculose chirurgicale, le décret du 10 août 1920 [...], sans faire de distinction entre les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires et les sanatoriums marins, prévoit pour ces deux catégories d'établissement des conditions techniques nécessaires dans un sanatorium occupé par des malades contagieux. » Gravereaux 1924, p. 35.

[1228] *Idem*, p. 50.

une période d'observation d'au moins quinze jours », destinée à prévenir la dissémination des maladies infantiles. Les autres ajouts concernent les exigences liées au traitement chirurgical des malades osseux et ostéo-articulaires : nécessité d'une salle d'opération et d'une salle des plâtres, présence d'infirmières spécialisées – appelées « panseuses » –, précautions renforcées contre les risques d'incendie en raison de l'immobilisation forcée des malades.

Les lois de 1916 et de 1919 ne faisaient aucune mention des préventoriums qui n'auront d'existence juridique qu'à la fin des années trente. La plupart des médecins ne les distinguaient d'ailleurs pas des sanatoriums, ce qui posait fréquemment des difficultés administratives pour la prise en charge des malades dans ces établissements. En 1920, Mouisset était favorable à la fusion des sanatoriums et des préventoriums en un établissement unique : le mot "sanatorium", expliquait-il, était alors « prononcé sans qu'on lui attribue sa signification exacte. Pour le public, il est parfois le synonyme de la lutte contre la tuberculose, et cependant il ne représente qu'une partie de l'armement antituberculeux. [...] Le mot de sanatorium devrait être supprimé pour être confondu avec celui de préventorium. Il faut avoir pour but de prévenir les conséquences de la maladie, dès que le diagnostic est posé, plutôt que de vouloir guérir une malade aggravée »[1229]. La volonté de simplifier l'organisation de la lutte antituberculeuse en fusionnant ces deux catégories d'établissements est à l'origine d'une ambiguïté qui perdurera jusqu'aux années trente. Elle fut entretenue par plusieurs projets qui, d'un point de vue médical et administratif, se trouvaient à mi-chemin entre les sanatoriums et les préventoriums. En 1917, par exemple, l'Union mutualiste du Morbihan avait conçu le projet d'un « sanatorium préventif contre la tuberculose » à destination des enfants non bacillaires. En contradiction avec l'intitulé même du projet, ses concepteurs affirmaient que « ce n'est point un sanatorium [mais] un préventorium »[1230] qu'ils souhaitaient créer. La même difficulté de définition existait au « sanatorium du Glandier » (Corrèze), inauguré en 1922 dans une ancienne chartreuse par l'Office publique d'hygiène sociale de la Seine : « ce que nous avons voulu faire au Glandier, expliquait un délégué de l'Office, ce n'est pas un sanatorium proprement dit, mais un préventorium pour enfants et une maison de convalescence pour femmes adultes »[1231] (cat. 19-01). Un dernier exemple donne la mesure de cette ambiguïté : en 1932, le comité technique des sanatoriums donna un avis favorable à l'installation d'un préventorium municipal de 45 lits dans le domaine de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne)[1232]. En 1933, la mairie de Châteauneuf annonça qu'une « application rigoureuse de la cure sanatoriale » sera faite dans l'établissement et elle décida finalement, en 1934, de le faire agréer comme sanatorium auprès du ministère de la santé publique[1233]. Ce changement de statut fut accepté au prix de quelques modifications assurant la mise en conformité de l'établissement avec les conditions prévues dans le décret de 1920 sur les sanatoriums (relatives notamment à la taille et à la capacité des chambres et des dortoirs). Il est possible que dans certains de ces projets l'appellation « sanatorium » n'ait été adoptée que pour bénéficier des subventions de l'Etat (de la même façon que la plupart des projets d'« hôpitaux-sanatoriums » étaient présentés au ministère sous la dénomination de « sanatorium »). Le « sanatorium » du Coteau, par exemple, construit à Varades (Loire-Atlantique) à la fin des années vingt, n'avait de sanatorium que le nom : destiné au « traitement préventif de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes filles », il dépendait de l'hôpital maritime de Pen-Bron et une brochure publicitaire assurait que « le régime de la maison [était] celui des préventoria »[1234]. Dès la fin de la Première Guerre Mondiale, le statut des préventoriums posa question et, en 1923, le C.N.D.T. attira l'attention du ministre de l'hygiène sur la nécessité d'assimiler les préventoriums aux sanatoriums. La Commission permanente de la tuberculose fut officiellement saisie de la question et donna un avis conforme à la proposition d'assimilation présentée par le C.N.D.T. Dans son rapport, le rapporteur de la commission, Léon Bernard, donnait la définition suivante de ces établissements :

[1229] Mouisset 1920, p. 312.
[1230] Serviel 1917.
[1231] Supplément au Bulletin municipal officiel de la ville de Paris, samedi 4 novembre 1922, p. 4540. Archives de l'A.P.-H.P.
[1232] Lettre du 4 juin 1932 du ministre de la Santé publique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1233] Evrot, rapport au sujet du préventorium de Bellegarde-les-Fleurs, 8 janvier 1934. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1234] Sanatorium du Coteau, document publicitaire. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.

Le nom de préventorium [...] doit être attribué à des établissements situés à la campagne, où des enfants non fébricitants, atteints des formes initiales, latentes et curables, de la tuberculose, sont soumis en régime d'internat à une hygiène spéciale constituée par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos, d'instruction et d'entraînement physique respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue. Ce sont de véritables sanatoriums, et par leur caractère thérapeutique, et par leur destination à des malades en proie à des formes curables. Mais ces établissements s'en différencient par la catégorisation des cas auxquels ils sont réservés : la tuberculose pulmonaire, en effet, doit être exclue ; ce sont des adénopathies bronchiques, cervicales ou autres, de nature tuberculeuse, les séquelles de pleurésies, les tuberculoses externes, légères, non suppurées, ne relevant pas d'un traitement chirurgical, qui en sont justiciables. [1235]

Un rapport sur les préventoriums fut remis à l'Assemblée nationale le 29 juin 1923 par Jules Barnet, député de l'Eure, au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociale. Ce document contenait un projet de loi « tendant à étendre les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums aux établissements dits "préventoriums" et affectés au traitement de certaines formes curables de la tuberculose infantile »[1236]. Passée sous silence en 1923, cette question fut abordée par les parlementaires le 13 juillet 1924, sans plus de succès, semble-t-il, et il faudra attendre le milieu des années trente pour qu'elle soit à nouveau évoquée[1237]. La nécessité de donner un cadre légal aux préventoriums se fit pressante tout au long des années trente : en 1935, la *Gazette de la Santé publique* tentait une nouvelle fois de préciser le rôle et la spécificité de ces établissements, que beaucoup confondaient encore avec les colonies de vacances ; en 1937, le ministre de la santé publique, Henri Sellier, rappelait les difficultés liées à l'absence de cadre juridique dans ce domaine :

Depuis la mise en application de la loi sur les assurances sociales, expliquait-il, *mon département a été saisi de nombreuses demandes présentées par des œuvres privées, en vue de faire agréer leur établissement comme « préventorium », soit par les caisses d'assurances sociales qui désiraient savoir si certains établissements se prévalant de ce titre présentaient des garanties suffisantes pour permettre d'y effectuer des placements. Or, en l'absence de tout texte officiel donnant définition des « préventoriums » et déterminant leurs conditions d'installation ou de fonctionnement, il ne pouvait être jusqu'à présent question d'établir une liste de préventoriums agréés par le ministère de la santé publique.*[1238]

Il proposa notamment de répartir les établissements accueillant des enfants en cinq catégories : les colonies et camps de vacances, les écoles de plein air, les maisons de repos ou de convalescence, les maisons spécialisées pour certaines affections infantiles et les préventoriums. Outre les sanatoriums pour enfants, le ministère souhaitait ne reconnaître, en matière de lutte contre la tuberculose infantile, que cette dernière catégorie. Sellier distinguait les préventoriums proprement dits des « aériums »[1239]. Cette initiative conduisit à l'adoption, le 17 juin 1938, d'un décret « relatif au fonctionnement et au contrôle des

[1235] J.O. 13 juillet 1924, p. 1202. Cette définition était assez conforme à celle donnée 1945 par l'ordonnance sur la lutte contre la tuberculose : « Les préventoriums sont des établissements organisés pour l'application de la cure hygiéno-diététique comprenant, avec l'aération continue, une cure de repos associée à l'entraînement physique et intellectuel, en régime d'internat, sous une surveillance médicale constante. Ils sont destinés à recevoir des enfants, des adolescents ou des adultes des deux sexes : 1° présentant une réaction tuberculinique positive, et convalescents de primo-infection tuberculeuse récente [...], 2° présentant [...] des tuberculoses externes [...] ne relevant pas d'un traitement chirurgical ou orthopédique ».

[1236] J.O. 13 juillet 1924, p. 1202. L'article 1 commençait ainsi : « Les dispositions de la loi du 7 septembre 1919, à l'exception de l'article 4 [statut du médecin-directeur], sont applicables aux préventoriums antituberculeux destinés au traitement, chez les sujets de moins de 16 ans, non fébricitants, des formes initiales, latentes et curables de la tuberculose [...]. »

[1237] En 1936, M.-E. Fournier, suggérait dans une thèse de médecine que les mesures prises en 1924 en faveur des sanatoriums pour tuberculeux ostéo-articulaires soient transposées aux préventoriums : selon elle, suffisait d'ajouter au chapitre 2 du « décret élastique » de 1920 une nouvelle section commençant par : « Les sanatoriums destinés au traitement des formes légères de tuberculoses non bacillaires [...] prennent le nom de préventorium ». Ainsi rattachés aux sanatoriums, les préventoriums auraient bénéficié des mêmes avantages, notamment en matière de subventions et de prise en charge du prix de journée des malades. Fournier 1936, p. 63.

[1238] J.O. 21 avril 1937, p. 4502.

[1239] « Les premiers constituent des établissements intermédiaires entre le centre de convalescence et le sanatorium. Ils sont dotés, comme le sanatorium, d'une direction médicale comportant une surveillance médicale constante s'exerçant sur l'état de santé des pensionnaires, leur alimentation, leur travail, leurs jeux et leur repos. [...] Peuvent donc être définis « préventoriums » les seuls établissements organisés pour l'application de la cure hygiéno-diététique [...]. Les aériums constituent des établissements comportant le même équipement que le préventorium, mais, cependant, sans permanence médicale. A vrai dire, dans une organisation pleinement rationnelle, ils devraient être rangés dans la quatrième catégorie [maisons spécialisées]. Cependant, pour des raisons impérieuses qu'il est désirable de voir, au plus tôt, disparaître et qui tiennent à l'insuffisance actuelle des préventoriums rationnellement organisés, peuvent y être admis les enfants relevant de la lutte antituberculeuse, notamment, lorsque leur état général présente un fléchissement qui, joint à la notion de contamination possible, indique la nécessité d'un repos à la campagne, dans des conditions satisfaisantes de séjour et de surveillance médicale. » J.O. 21 avril 1937, p. 4503.

préventoriums »[1240] dont les dispositions seront reprises dans un décret de 1942 « fixant les conditions de fonctionnement des préventoriums »[1241]. Préventoriums et aériums seront finalement associés aux sanatoriums dans l'ordonnance de 1945 sur l'organisation des structures antituberculeuses.

En raison de l'absence de cadre réglementaire contraignant, l'aménagement des préventoriums laissait souvent à désirer. Les administrations départementales réservaient habituellement les moyens les plus importants aux sanatoriums de cure qui, idéalement, devaient être construits à neuf, tandis que les préventoriums devaient se contenter de bâtiments existants sommairement réaménagés : anciennes colonies de vacances, voire stations ou hôpitaux sanitaires pour militaires tuberculeux[1242]. Il faudra ainsi attendre la circulaire du 17 avril 1937 pour que soit imposée aux préventoriums la création de « préaux ou galeries de cure pourvus de chaises longues ou de lits pliants, permettant la cure de repos en plein air »[1243]. Ce sujet mériterait une étude plus approfondie car le statut des préventoriums évoluera significativement au cours des années trente, quarante et après la Seconde Guerre Mondiale[1244].

2.3.5. Les législations antituberculeuses étrangères.

Nous avons longuement décrit dans le premier chapitre l'organisation antituberculeuse en Allemagne avant 1914. Elle évoluera peu durant l'entre-deux-guerres, le dispensaire et le sanatorium en resteront les principaux piliers. Nous n'y reviendrons donc pas. Il paraît toutefois intéressant de comparer les structures mises en place en France avec celles de quelques pays ses voisins. Nous brosserons pour cela un panorama succinct des dispositions instaurées au Danemark, en Angleterre, en Italie et en U.R.S.S. sur la base des publications parues dans les revues médicales durant l'entre-deux-guerres et, dans le cas de l'Angleterre et de l'Italie, à partir des travaux des historiens F.B. Smith et Davide del Curto[1245].

En Suisse, la plupart des sanatoriums cantonaux avaient été construits dès avant la Première Guerre Mondiale : ils étaient au nombre de 31 en 1926, dont seulement quatre exclusivement réservés aux tuberculeux pulmonaires[1246], les autres pratiquant également l'héliothérapie de la tuberculose osseuse. La première loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose fut adoptée le 13 juin 1928[1247]. Comme en France, la Confédération eut alors la charge de subventionner les institutions « créées par les communes, les associations de caisse maladie, ainsi que les œuvres d'assistance antituberculeuse dues à l'initiative privée » (article 14). Les subventions relatives à « la construction, l'agrandissement et l'acquisition d'établissement ou d'installations [...] destinées à recueillir et traiter les tuberculeux » ne dépassaient toutefois pas 25% du montant des dépenses de premier établissement. « Les plans, devis et contrats d'achats [devaient] être soumis à l'approbation de conseil fédéral ». Les frais journaliers d'entretien des malades étaient également couverts par la Confédération à hauteur de 10 à 12%. Selon la circulaire du département fédéral de l'intérieur du 9 janvier 1929, « les taux supérieurs, jusqu'à 25%, devront être réservés pour les établissements spécialisés (sanatoriums) qui relèvent encore, dans leur grande majorité, de l'initiative privée, et plus particulièrement pour ceux dont la construction (dans la haute montagne, par

[1240] J.O. 29 juin 1938, p. 7519.
[1241] J.O. 14 février 1943.
[1242] Entente Interdépartementale Haute-Vienne, Corrèze, Creuse, séance du 29 sept. 1931. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.
[1243] Dès 1927, par exemple, l'Entente interdépartementale du Limousin envisagea la construction d'un sanatorium en remplacement de celui aménagé provisoirement dans l'ancienne station sanitaire de Boulou-les-Roses. Boulou-les-Roses aurait alors été transformé en préventorium pour femmes tandis qu'un préventorium pour homme aurait été aménagé dans un autre bâtiment, « à peu de frais car, pour ce genre d'établissement, une construction économique est suffisante et un local quelconque [pourrait] être facilement transformé dans ce but ». J.O. 21 avril 1937, p. 4502.
[1244] « Le préventorium est devenu un établissement médical et n'est plus seulement une maison de repos et de grand air, notait Pierre Anglade en 1944. C'est presque un sanatorium, et c'est parce qu'il doit être cela qu'il pourra désencombrer les sanatoriums pour enfants trop rares ». Cité par Coucaud 2000, p. 41.
[1245] F. B. Smith, *The Retreat of Tuberculosis 1850-1950*, Londres / New York / Sydney, Croom Helm, 1988. D. De Curto, *Il sanatorio alpino e la cura della tuberculosi. Malattia, terapia e tipologia edilizia : i Sanatori Milanesi in Valtellina*, Politecnico di Milano, dottorato di ricerca in conservazione dei beni architettonici e ambientali, 2005.
[1246] S.a., « Suisse. Statistiques de lutte antituberculeuse », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose,* 1926, n°4, p. 70-77.
[1247] S.a., « Suisse. Loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose », in *Bulletin de l'U.I.T.,* 1927, n°2, p. 97-133.

exemple) sera exceptionnellement coûteuse »[1248]. De la même façon, le taux maximum de participation au prix de journée (12%) était réservé « aux sanatoriums, par rapport aux hôpitaux et asiles ».

Le Danemark avait depuis le début du siècle un taux de mortalité tuberculeuse parmi les plus faibles en Europe. L'organisation antituberculeuse danoise reposait, dans l'entre-deux-guerres, sur les lois adoptées en 1905 concernant, l'une les mesures de prophylaxie, l'autre les subventions apportées par l'Etat pour le traitement des tuberculeux[1249]. Comme ce sera le cas France à partir de 1920, l'Etat danois participait dès 1905 aux frais de premier établissement des structures antituberculeuses ainsi qu'à leurs frais de fonctionnement, jusqu'aux trois quarts des dépenses. En contrepartie, ces établissements devaient se soumettre aux instructions ministérielles dont nous ne connaissons toutefois pas la nature. Ces avantages ne concernaient, comme en France, que les indigents et les malades affiliés aux sociétés de secours mutuels. Chaque malade devait s'acquitter d'une quote-part journalière qui lui était remboursée, dans la plupart des cas, par la société de secours mutuels à laquelle il adhérait. Si le malade était indigent, la commune prenait en charge cette quote-part. Les établissements de tuberculeux étaient divisés en six catégories : sanatoriums de cure, hôpitaux de tuberculeux, établissements de convalescence (équivalent danois des écoles de réadaptation professionnelle), asiles de tuberculeux, sanatoriums et hôpitaux maritimes. Entre 1901 et 1911, 16 sanatoriums avaient été construits au Danemark par des œuvres privées subventionnées par l'Etat. Ce système distinguait la prophylaxie du secours au malade et apportait de larges subventions pour la construction des établissements de cure ; il était donc assez proche de celui adopté en France en 1919. Pour des raisons essentiellement politiques, les structures allemandes ne pouvant plus servir de modèle, après la guerre, aux médecins français ; le système danois fut alors fréquemment donné en exemple dans les programmes antituberculeux français[1250] et ses modalités furent systématiquement exposées dans les premières conférences internationales de la tuberculose de l'après-guerre[1251].

En Italie, comme en France, la Première Guerre Mondiale avait apporté son lot de « tuberculeux de guerre », dont le nombre était estimé à environ 100.000. Dès 1918, l'Etat italien accepta de prendre en charge leur traitement pendant la durée du conflit et les trois années qui suivraient la fin de la guerre (décret du 4 avril 1918). Pour gérer ce dispositif, le gouvernement institua des *Comitati provinciali antitubercolari* (Comités provinciaux antituberculeux) présidés par les préfets de province et chargés d'organiser localement l'assistance aux militaires. Leur rôle semble assez proche de celui, en France, des comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Le dispositif prévoyait notamment l'hospitalisation des malades dans les pavillons de tuberculeux des hôpitaux civils contre paiement, par l'Etat, d'un prix de journée. Comme en France, les besoins en lits de tuberculeux augmentèrent fortement pendant la guerre et, en juillet 1917, la *Cassa depositi e prestiti* (Caisse des dépôts) fut mise à contribution pour financer les « œuvres relatives à la construction et à l'adoption des lieux spécifiques de cure de type sanatorial ou hospitalier »[1252]. La loi du 24 juillet 1919 prévoyait également le financement par l'Etat des dispensaires antituberculeux et la formation d'un personnel médical spécialisé. Selon Davide Del Curto, cette loi initia une politique antituberculeuse nationale à laquelle l'Etat apportait son concours financier ; elle ne donna toutefois pas lieu, comme en France, à la création d'établissements provisoires pour militaires tuberculeux. Le programme italien de lutte contre la maladie comprenait trois types d'établissements : les dispensaires

[1248] *Idem*, p. 115. Pour prévenir les abus : « Nous avons dû prévoir le cas (article 15), où un établissement dont la construction aura été subventionnée par la confédération, serait soustrait à sa destination ; si cette circonstance intervient avant qu'un délai de 20 ans soit écoulé à partir du versement de la subvention, celle-ci devra être remboursée proportionnellement au nombre d'années qui manquent pour parfaire cette période de 20 ans, à raison de 5% par année ».

[1249] Poix 1926, p. 251.

[1250] Un rapport de la préfecture de Loire-Inférieure sur l'hospitalisation des tuberculeux notait ainsi en 1931 : « Quant à l'efficacité de la lutte antituberculeuse par le moyen des sanatoriums, elle est attestée par les résultats obtenus en d'autres pays, notamment au Danemark, où la mortalité par tuberculose est aujourd'hui réduite, grâce à ce procédé à 7,5 pour 10.000 habitants ». Préfecture de la Loire-Inférieure, séance du 4 novembre 1931, Hospices des tuberculeux. A.D. de la Loire-Atlantique, 1X584.

[1251] Masden, « La lutte antituberculeuse en Danemark », in *1ère conférence internationale contre la tuberculose de Paris*, 1920, p. 173-174 ; Knud Faber, « La tuberculose en Danemark », in *2e conférence internationale contre la tuberculose de Londres*, 1921, p. 169-172 ; Ostenfeld, « La lutte antituberculeuse en Danemark », in *3e conférence internationale contre la tuberculose de Bruxelles*, 1922, p. 381-382 ; Knud Faber, « Les résultats de la lutte antitubeculeuse en Danemark », in 4*e conférence internationale contre la tuberculose de Lausanne*, 1924, p. 320-325 et *Revue de phtisiologie*, 1924, p. 332-337, publications citées par Poix 1926, p 254.

[1252] « Il decreto del luglio 1917, convertito in legge nel luglio 1918, autorizza la Cassa Depositi e Pretstit a concedere mutui senza interesse fin alla somma di 45 milioni di lire a province, comuni ed altri istituzioni "per provvedere alle opere relative alla costruzione e all'adattamento di speciali luoghi di cura tipo sanatoriale od ospedaliero" ». Loi le 24 juil. 1919, art. 1, cité par Del Curto 2005, p.55.

urbains et ruraux, conçus « selon la méthode française » pour les malades « tuberculisés » ; les sanatoriums d'altitude pour les tuberculeux ; les sanatoriums de plaine pour les phtisiques. L'effort financier fut toutefois centré sur les dispensaires et il n'était pas encore question de généraliser la prise en charge sanatoriale des malades. Comme en France, l'Etat italien ne s'investit pas directement dans la création de dispensaires et de sanatoriums mais distribua des subventions aux collectivités désireuses de s'équiper. On dénombrait 27 dispensaires en 1915, 111 en 1922 puis à 184 en 1927. L'objectif des autorités italiennes était de disposer, à terme, d'un dispensaire pour 20.000 habitants, soit 2.000 unités à travers tout le pays[1253]. En 1914, 78 chefs-lieux de province disposaient d'un hôpital ou d'un pavillon d'isolement pour tuberculeux qui compensait partiellement le manque de sanatoriums de cure. L'Italie ne disposait que de sept sanatoriums en 1914 dont quatre populaires[1254]. Ils étaient 12 en 1922, essentiellement situés au nord du pays : la création des sanatoriums était laissée au bon vouloir des œuvres privées, des villes ou des provinces. Contrairement au régime national-socialiste allemand, le l'Etat fasciste italien développa une importante politique sociale dès le début des années vingt et créa, en 1922, la Fédération nationale fasciste contre la tuberculose. Le véritable tournant en matière de lutte contre la tuberculose intervint en Italie en 1927-1928 : la loi du 23 juin 1927 substitua aux *Comitati provinciali antitubercolari*, instaurés pendant la guerre, des *Consorzi provinciali antitubercolari* (Consortiums provinciaux antituberculeux) chargés de fédérer, dans chaque province, les efforts des autorités provinciales, des communes et des œuvres privées en matière de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose. Ils étaient placés sous l'autorité du ministère de l'intérieur et assuraient la coordination de la lutte contre la tuberculose en s'appuyant, notamment, sur les dispensaires dont le réseau couvrait alors une grande partie du territoire. Leur financement n'était pas assuré par l'Etat, mais par les collectivités qu'ils fédéraient ; les communes devaient contribuer financièrement à hauteur d'environ une lire par an et par habitant[1255]. Cette loi fut immédiatement suivie par celle, plus emblématique encore, du 27 octobre 1927 (entrée en application le 1er juillet 1928) sur l'*Assicurazione generale delle malattie professionali e della tuberculosi* (Assurance générale contre les maladies professionnelles et la tuberculose). Elle complétait la loi du 24 juillet 1919 sur les assurances vieillesse et invalidité et s'imposait d'office aux ouvriers affiliés aux régimes préexistants. L'assurance obligatoire concernait tous les ouvriers âgés entre 15 et 65 ans et dont le revenu mensuel était inférieur à 800 lires, elle fut étendue aux ouvriers agricoles, aux petits propriétaires, aux instituteurs et aux domestiques ainsi qu'à la famille de l'assuré (conjoint, frères et sœurs à sa charge et enfants de moins de 15 ans). Les cotisations étaient versées, à parts égales, par l'employeur et l'assuré, ce dernier devant justifier d'un minimum de 12 versements bi-mensuels, dans les deux années précédant l'hospitalisation, pour bénéficier des prestations prévues par la loi[1256]. Près de 18 millions d'italiens furent ainsi affiliés à la *Cassa nazionale per le assicurazioni sociali* (C.N.A.S.) fondée en 1919 et chargée par le gouvernement de gérer l'assistance et la cure des malades et de leur famille[1257]. La manne financière apportée par les assurances italiennes facilita la création d'un *Rete sanatoriale assicurativa* (Réseau des sanatoriums de l'assurance maladie), géré directement par la C.N.A.S. Placé à sa tête, le professeur Eugénio Morelli fut chargé de coordonner ce que Davide del Curto décrit comme la *sanatorializzazione nazionale* des tuberculeux, c'est à dire la généralisation du principe de « sanatorialisation » des malades, tel qu'il avait été appliqué en Allemagne dans les années 1890 et en France depuis 1920. Le programme du gouvernement italien était ambitieux : selon G. Ichok, l'*Istituto nazionale fascista per la previdenza sociale* (Institut national fasciste de prévoyance sociale) prévoyait en 1928 la construction de 200 à 300 nouveaux établissements (soit 20.000 lits) dans un délai de dix ans, pour une dépense estimée à un demi-milliard de lires[1258]. Une soixantaine de sanatoriums seront effectivement construits avant la Seconde Guerre Mondiale.

[1253] *Idem*, p. 61. Cet objectif ne sera pas atteint : l'Italie comptait 504 dispensaires en 1940.
[1254] *Idem*, p. 53.
[1255] Berthet 1933, p. 83.
[1256] Les versements bimensuels étaient calculés en fonction du revenu journalier de l'assuré : le versement est de 0.5 lire par quinzaine pour un salaire allant jusqu'à huit lires par jour, de 1 lire au-delà. S'il a des personnes à sa charge, l'assuré pourra également bénéficier d'une indemnité journalière de quatre ou six lires par jour en fonction de sa catégorie de versements. Ichok 1928, p. 1503.
[1257] Del Curto 2005, p. 59.
[1258] *Idem*, p. 61.

En Angleterre, des dispensaires antituberculeux avaient été instaurés à partir de 1909 mais leur rôle se limitait au simple enregistrement des malades. Dès le début du siècle, les petits sanatoriums privés s'étaient multipliés sans l'aide d'aucun instrument légal. En 1911, le *National Insurance Act*, avait permis au *Local Government Board*, représentant de l'autorité locale, de financer jusqu'aux trois cinquièmes du coût de construction ou d'extension d'un sanatorium, dans la limite de 90 livres par lit. Selon l'historien F.B. Smith, de nombreux établissements de faible capacité (une douzaine de lits en moyenne) furent ainsi transformés en véritables sanatoriums. Le plafond de 90 livres par lit correspondait au mieux au prix d'un baraquement en bois ou en tôle de 20 ou 40 lits avec chauffage, cuisine et services généraux. Les conditions imposées par le *National Insurance Act* pour l'octroi de subventions expliquent donc en grande partie le fait que peu d'établissements de tuberculeux furent construits en maçonnerie : pour des raisons de coût, les matériaux légers étaient la règle. Des bâtiments en maçonnerie pouvaient être construits à condition de faire tomber le coût des baraquements annexes à six ou huit livres par lit ; ces baraquements prenaient alors l'aspect de simples tentes. A ces contraintes, s'ajoutaient celles relatives au mode d'attribution des subventions : les associations devaient en effet avancer les frais de construction avant de faire leur demande de subvention au *Local Government Board*[1259]. Contrairement au dispositif instauré en France en 1919, les autorités anglaises ne disposaient donc d'aucun moyen de contrôle sur les projets, examinés *a posteriori* par les autorités sanitaires. Ce dispositif fut abrogé en 1921 alors que les établissements de cure étaient engorgés par les 35.000 militaires tuberculeux rapatriés du front. Jusqu'en décembre 1924, le *Ministry of Pensions* se contenta de prendre à sa charge les frais de traitement des militaires hospitalisés dans les structures existantes ce qui, en dépit du manque de lits, ne permit pas de créer de nouveaux établissements[1260]. Il n'existait pas en Angleterre de législation particulière sur les sanatoriums et Smith insiste sur la confusion qui y régnait dans la dénomination des établissements de tuberculeux. Il était particulièrement difficile de déterminer quels établissements pouvaient se prévaloir du qualificatif de « sanatorium » dans la mesure où la plupart des hôpitaux de tuberculeux pratiquaient la cure d'air[1261]. L'influence allemande sur les sanatoriums anglais mérite d'être soulignée car elle permit, dans une certaine mesure, de justifier les aménagements sommaires dont se contentèrent un grand nombre d'établissements de cure. Le modèle constitué par le sanatorium allemand de Nordrach, fondé en 1889 par le médecin Otto Walther[1262], connut un grand succès en Angleterre où l'on appréciait le régime autoritaire qui y était appliqué. L'austérité des aménagements semblait constituer un impératif moral favorable au traitement[1263]. Au sanatorium populaire d'Easby, ouvert en 1903, le modèle de Nordrach fut ainsi invoqué pour justifier les conditions spartiates dans lesquelles étaient logés les malades, installés dans des pavillons « provisoires » en bois, sans confort ni sanitaires – les malades devaient creuser chaque jour, en pleine terre, de nouvelles « earth closets ». Selon Smith, c'est grâce au modèle de Nordrach que le « provisoire » et le « simple », prônés à Easby, devinrent les « vertus permanentes » des sanatoriums anglais[1264].

L'U.R.S.S sera notre dernier exemple, non seulement parce que son organisation antituberculeuse fit l'objet de plusieurs publications dans les revues médicales françaises de l'époque, mais surtout parce que l'équipement sanatorial soviétique était une création *ex nihilo* résultant, comme en France, d'une volonté politique. L'augmentation du nombre de lit y fut plus rapide encore qu'en France : en 1913, la Russie tsariste ne disposait que de 300 lits de sanatoriums pour les tuberculeux pulmonaires ; en 1928, l'U.R.S.S. en comptait déjà 18.000, puis 24.000 en 1932, 28.000 en 1935 et près de 30.000 en 1936[1265]. On dénombrait en 1936 près de 275 sanatoriums (tous types de tuberculoses confondues), dont 213 gérés directement par le Commissariat du peuple à la santé publique et 45 dirigés par les syndicats ouvriers. Ils totalisaient plus de 42.000 lits pour une population de 160 millions d'habitants. L'effectif moyen de 158 lits

[1259] Smith 1988, p. 105-107.
[1260] *Idem*, p. 108.
[1261] H. T. Bulstrode, *On sanatoria for consumptives and certain other aspects of tuberculosis question*, Londres, 1908, p. 131, cité par Condrau 2000, p. 124.
[1262] Sur les liens entre cet établissement et les sanatoriums anglais, voir : Châtelet 2008, p. 21.
[1263] Smith 1988, p. 108.
[1264] *Idem*, p. 108-109.
[1265] Bourgeois 1937, p. 941.

cachait d'importantes disparités et certains établissements dépassaient les 1.000 lits. Beaucoup de ces établissements furent construits à neuf, dans le style néoclassique pompeux cher au régime soviétique dans les années trente ; beaucoup d'autres, notamment dans les régions périphériques, au bord de la mer Noire et de la mer d'Azov, furent installés dans d'anciennes résidences princières dont la magnificence contrastait avec l'indigence des équipements. Au vu de leur dénuement, les observateurs étrangers ne purent que s'interroger sur les conditions d'aménagement des « sanatoriums des steppes, où le traitement se limit[ait] à l'absorption de lait de jument fermenté, et que les pouvoirs publics soviétiques eux-mêmes déclar[aient] insuffisants »[1266]. Faute de place dans les sanatoriums de cure, des « sanatoriums de nuit » furent créés dans les centres urbains denses où les malades trouvaient de quoi se laver, prendre un repas et passer la nuit dans un dortoir. Les mêmes établissements pouvaient également servir de « sanatoriums de jour » pour accueillir les tuberculeux travaillant de nuit ou une partie seulement de la journée. Les ouvriers tuberculeux n'étaient pas systématiquement envoyés en sanatorium et beaucoup conservaient une activité, parfois adaptée à leur état et au risque de contagion. Des « prophylactoriums » furent également institués pour étudier l'aptitude au travail et les possibilités de réadaptation professionnelle des malades ; des ateliers de travail pour les malades leur étaient fréquemment annexés.

[1266] *Idem*, p. 944.

2.4. Le pragmatisme de l'après-guerre : aménager dans l'existant (1919-1927).

2.4.1. La reconversion des stations sanitaires (1919-1935).

Maintenir les capacités d'hospitalisation.

Avant même la fin de la guerre, les médecins tentèrent d'évaluer la quantité de malades – militaires et civils – qu'il faudrait prendre en charge une fois le conflit achevé. Dans un rapport de 1917 sur les structures provisoires créées par l'Assistance publique de Paris, le médecin lyonnais Victor Cordier estimait que les services sanitaires et hospitaliers devraient faire face à trois phases successives :

> [La première durera] *les premiers mois qui suivront la fin des hostilités (prisonniers surtout, rapatriés civils, ouvrières d'usines) ; elle s'épuisera assez vite, car il s'agira de malades graves qui succomberont pour une grande part, il restera un bon nombre de malades curables à hospitaliser ou à envoyer au sanatorium. La seconde vague [...] sera composée de tuberculeux révélés par la guerre, momentanément améliorés par leur retour dans leurs foyers, et que le retour à la vie civile, la reprise des labeurs d'usine, réveilleront et aggraveront. Enfin, nous entrerons dans une troisième période, à partir de la troisième année par exemple, [...] qui ne se traduira que par une augmentation globale, mais relativement faible [...] de la morbidité, diminuée encore par l'action toujours plus puissante des dispensaires.*[1267]

Selon un rapport des Hospices civils de Lyon en 1919, la période « d'après-guerre immédiate » sera « caractérisée par l'afflux effrayant de tuberculeux (prisonniers, combattants du front, surmenés de tous ordres, etc.) »[1268]. Cet afflux de malades ne sera que momentané : il « s'apaisera bientôt, soit par la disparition, soit par la guérison de tous ces malades supplémentaires et cela dans un délai de cinq à six ans », et sera suivi d'une phase de « lutte habituelle », correspondant à l'« état chronique » de la maladie, néanmoins renforcée sous « l'influence de la guerre, de l'alcool et la diminution de la résistance de la race française : il y aura ainsi 25% de plus de tuberculeux en 1930 qu'en 1910 ». Deux thèses s'affrontaient quant à la situation des tuberculeux après la guerre ; la première était particulièrement alarmiste :

> *La plupart des médecins*, annonçait Cordier en 1917, [estiment] *que toutes les prévisions seront dépassées. C'est ainsi que M. le Dr Roque est effrayé du nombre de tuberculeux qu'il voit défiler dans sa consultation [...]. Jules Courmont ne cessait de jeter le même cri d'alarme, Léon Bernard [...] estime que l'on sera toujours au-dessous des besoins.* [1269]

La seconde, au contraire, envisageait un retour rapide à la normale :

> *Des phtisiologues tels que Frédéric Dumarest croient que le pessimisme n'est pas de mise [...], l'afflux de tuberculeux de guerre ne sera que momentané : si l'on met à part l'appoint que ne manquera pas de donner le retour des prisonniers [...], le nombre de tuberculeux "créés" par la guerre irait en diminuant dès aujourd'hui* [en 1917]. *L'afflux de tuberculeux, qui a effrayé le monde médical, est dû surtout au fait que le triage du début avait été insuffisant : la guerre a "révélé" dans la population civile des tuberculeux qui, civils, vivaient en assez bons termes avec une tuberculose torpide ou non décelée et qui, militaires, l'on vu s'aggraver ou éclore. Le mal est fait ; il ne saurait désormais s'accroître dans de notables proportions.*[1270]

Malgré les efforts réalisés dans l'entre-deux-guerres, l'équipement antituberculeux français n'était, en 1920, qu'embryonnaire. Plus que le manque lits, les conditions d'aménagement des établissements créés pendant la guerre s'avéraient problématiques : dès que leur conversion en sanatoriums était effective, ces établissements dispenser la méthode hygiéno-diététique dans les meilleures conditions : il leur fallait donc réaliser un important saut qualitatif. En septembre 1919, dès l'adoption de la loi Honnorat, le ministre de l'intérieur informa les préfets du contenu de la nouvelle législation et des obligations auxquelles seraient dorénavant soumis les départements, notamment celle, « pour chaque département, d'assurer l'hospitalisation des tuberculeux relevant de l'assistance médicale gratuite, soit dans un sanatorium dont il

[1267] Victor Cordier, *op. cit.*,. p. 4.
[1268] « Les H.C.L. et le problème de la tuberculose », s.d. [*ca.* 1919]. Archives des H.C.L., 1 LP 1153.
[1269] Victor Cordier, *op. cit.*, p. 4.
[1270] *Ibidem.*

assure la gestion, soit dans un sanatorium d'un autre département ou un établissement privé »[1271]. Le ministère souhaita dresser l'inventaire des structures antituberculeuses existantes et adressa un formulaire aux départements afin qu'ils précisent la composition de leur équipement et leurs projets en matière de lutte antituberculeuse[1272]. Les assemblées départementales étaient toutefois peu enclines à prendre des engagements, notamment financiers, sans connaître les modalités exactes d'application de la loi. Dans une circulaire du 22 mars 1920, le nouveau ministre pressa toutefois les préfets d'anticiper la parution du décret d'application de la loi du 7 septembre 1919 et leur demanda d'exposer aux assemblées départementales, le plus clairement possible, les « nouvelles obligations qui [leurs] sont imposées, ainsi que les avantages qui [leurs] sont attribués par la loi Honnorat »[1273]. Simultanément et avec l'aide de la Mission Rockefeller, le C.N.D.T. réalisa son propre questionnaire destiné à faire l'inventaire des structures antituberculeuses présentes dans chaque département[1274], preuve du manque de coordination entre le ministère de l'hygiène nouvellement créé et le C.N.D.T., voire de leur concurrence latente.

La sollicitation du ministère de l'hygiène obligea les départements à prendre position vis à vis de la nouvelle législation sanatoriale. Leur situation était toutefois très variable selon la nature de l'équipement antituberculeux dont ils disposaient et de leur situation géographique dont dépendait en partie leur potentiel sanatorial. En 1920, par exemple, le préfet de Loire-Atlantique pressa l'assemblée départementale « de satisfaire aux prescriptions de cette loi, d'abord pour remplir le devoir social qui a toujours fait l'objet de ses préoccupations, ensuite pour éviter qu'il y soit pourvu, à sa place, par décret »[1275]. Le département crut pouvoir se soustraire à une partie de ses obligations du fait de sa situation maritime : pour le conseil général, il semblait « improbable que les pulmonaires puissent être traités en Loire-Inférieure dont le climat marin est contre-indiqué dans ce genre d'affections »[1276] ; seule l'hospitalisation des tuberculeux osseux et ganglionnaires était envisagée dans les structures existantes dans le département hôpital maritime de Pen-Bron et sanatorium marin de Mindin notamment. Le conseil général comptait sur la solidarité interdépartementale pour réaliser la prise en charge de ses tuberculeux pulmonaires. Sans avoir engagé aucune action particulière en faveur des tuberculeux, il s'estimait ainsi en règle avec la nouvelle législation, ainsi interprétée *a minima*.

Lorsque le décret d'application de la loi sur les sanatoriums fut finalement voté, le 10 août 1920, peu de départements disposaient sur leur territoire d'établissements antituberculeux susceptibles d'accueillir les malades civils relevant de l'Assistance médicale gratuite. Si quelques conseils généraux, nous l'avons vu au chapitre précédent, avaient engagé l'édification de sanatoriums de cure, la plupart de ces établissements étaient encore en chantier en 1920. Selon la loi, les administrations départementales disposaient en effet d'un délai de cinq ans pour remplir les exigences prévues par la loi de 1919. Compte tenu de l'inanité dans laquelle se cantonnaient la plupart des départements à la fin de la guerre, il devint rapidement clair que ce délai ne pourrait tenu et, dès 1921, il fut allongé de cinq années. Les départements avaient donc jusqu'au 7 septembre 1929 pour assurer la prise en charge de leurs tuberculeux et n'étaient tenus jusqu'à cette date à aucune obligation légale. Le ministère de l'hygiène (par l'intermédiaire des préfets) et le C.N.D.T. (par celui des associations départementales de lutte contre la tuberculose) incitèrent néanmoins les assemblées départementales à se conformer au plus vite à la nouvelle législation : les

[1271] Lettre du 18 septembre 1919 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.
[1272] *Ibidem*. Ce questionnaire comprenait cinq questions : 1° S'il existe dans votre département une station sanitaire, faire connaître si et dans quelles conditions le département a envisagé la transformation de cette station sanitaire en sanatorium de la loi Honnorat ; 2° S'il existe dans votre département un hôpital sanitaire susceptible de devenir un sanatorium, fournir les mêmes renseignements que ci-dessus ; 3° Existe-t-il dans votre département un sanatorium ou un hôpital-sanatorium ou un projet de création de l'un ou l'autre ? Indiquer quel en est le caractère administratif [...] ; 4° Combien existe-t-il de dispensaires d'hygiène ? Est-il prévu une organisation départementale de la lutte antituberculeuse et quelles en sont les grandes lignes ? 5° Quelle destination va être donnée au Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux à dater du jour où devront cesser les fonctions qui lui ont été confiées pour la durée de la guerre ?
[1273] Lettre du 22 mars 1920 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1274] Commission d'études, documentation et archives, réunion du 16 mars 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.2. Ce questionnaire comprend quatre parties : 1° L'état de l'organisation départementale d'hygiène publique ; 2° Le comité départemental pour la lutte contre la tuberculose ; 3° Les dispensaires ; 4° Les sanatoriums, préventoriums et stations sanitaires.
[1275] Préfecture de la Loire-Inférieure, exposé complémentaire au rapport présenté sur l'application de la loi Honnorat, s.d. [*ca.* 1920]. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1276] Département de la Loire-Inférieure, Conseil général, Extrait de la délibération du 1er octobre 1920, assistance aux tuberculeux, Sanatorium de Mindin, A.D. de la Loire-Atlantique, 4 N 128.

structures créées pendant la guerre étant à peine suffisantes pour les militaires tuberculeux, il semblait impossible de s'en contenter pour réaliser le traitement des tuberculeux civils. En dépit du volontarisme de quelques départements, il fallait compter avec un délai incompressible de plusieurs années entre la décision de construire et la mise à disposition effective des lits. Pour parer au plus pressé et assurer l'hospitalisation de leurs malades, les départements cherchèrent donc à passer des contrats avec les établissements existants.

Reconversions et extensions des stations sanitaires.

Les stations sanitaires ne se vidèrent pas à l'Armistice ; au contraire, elles durent accueillir les prisonniers libérés et les soldats démobilisés. Les hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre furent quant à eux les premiers à fermer leurs portes à la fin de la guerre. Les malades furent alors répartis par le service de santé militaire dans les formations pérennes devant assurer la relève. En 1922, le ministère disposait encore de six « hôpitaux sanitaires » (soit 660 lits) fonctionnant comme « des services hospitaliers urbains, d'autres comme de véritables sanatoriums de cure »[1277]. Nous n'avons pas pu déterminer quels étaient ces établissements, assimilés à des hôpitaux militaires, et dont plusieurs furent probablement issus de la reconversion d'hôpitaux sanitaires. A ces établissements s'ajoutaient huit hôpitaux maritimes « échelonnés sur les côtes de France » et comprenant 731 lits[1278]. La loi du 31 mars 1919 donnait l'obligation à l'Etat, représenté par le ministère des pensions, d'assurer l'hospitalisation des anciens militaires tuberculeux. Faute d'établissements spécialement affectés à cette population, ces malades durent toutefois rester dans les structures créées pendant la guerre et maintenues pour les accueillir. Sur les 37 stations sanitaires créées entre 1915 et 1918, il n'y en avait plus que dix en activité en mars 1922 dépendant du ministère de l'hygiène, soit 1.148 lits en tout. Les autres stations avaient été soit fermés, soit reconvertis en sanatoriums départementaux[1279]. La guerre terminée, une partie des militaires hospitalisés purent regagner leur foyer libérant ainsi des lits : la circulaire ministérielle du 19 novembre 1919 mentionne ainsi la présence de places vacantes dans les stations sanitaires, et, le 28 septembre 1920, les préfets furent autorisés à proposer « le placement des tuberculeux hommes de plus de 18 ans dans les stations sanitaires réservées, jusque là, aux militaires réformés ou en instance de réforme »[1280]. Cette décision marquait l'ouverture des établissements pour militaires tuberculeux aux malades civils. Elle fut limitée dans un premier temps aux seuls hommes, en raison des conditions précaires d'installation et de la cohabitation forcée entre civils et militaires, les anciens militaires tuberculeux étant autorisés à poursuivre leur traitement dans les stations sanitaires après leur conversion départementale.

Jusqu'en 1921, les dépenses d'hospitalisation des anciens militaires tuberculeux étaient à la seule charge du ministère de l'intérieur puis du ministère de l'hygiène dès sa création en janvier 1920 : aucun dispositif n'étant venu remplacer celui institué pendant la guerre pour la prise en charge des militaires dans les stations sanitaires, celui mis en place en 1915 fut prolongé tacitement. A partir du 1er octobre 1921, le ministère des pensions accepta de prendre à sa charge le prix de journée en sanatorium des malades dont il avait encore la responsabilité, à concurrence de celui pratiqué dans l'hôpital le plus proche de l'établissement, le surplus étant payé, comme pour les malades relevant de l'A.M.G., par le ministère de l'hygiène[1281]. Le nombre d'anciens militaires tuberculeux en traitement dans ces établissements restait toutefois important au début des années vingt, à tel point qu'en février 1923, ayant des difficultés à leur trouver des places dans les établissements publics, le ministre demanda à ce que « les lits non occupés par les malades du département ou des départements rattachés par convention soient réservés aux réformés tuberculeux »[1282]. En 1925, par exemple, les anciens militaires tuberculeux occupaient une cinquantaine de lits au sanatorium de Villeneuve d'Amont sur les 80 places que comptait l'établissement. En 1924,

[1277] Bernard et Poix 1922, p. 236.
[1278] De la même façon, le service de santé de la marine aménagea, dans trois de ses hôpitaux, des services destinés au traitement des marins tuberculeux en attente de réforme. Bernard et Poix 1922, p. 236.
[1279] Stations sanitaires de Bellecombe (Ain), La Maison Russe (Alpes-Maritimes), Saint-Jodard (Loire), La Chapelle Saint-Mesmin (Loiret), Montfaucon (Lot), Monbran (Lot-et-Garonne), Clavièrs (Mayenne), Moncan (Auray), Les Roches (Puy-de-Dôme) et Bayère (Rhône). Poix 1922, p. 235.
[1280] Cité par Chaumont 1977, p. 44.
[1281] Gravereaux 1924, p. 56.
[1282] Circulaire ministérielle du 23 février 1923, citée par Chaumont 1977, p. 53.

l'inspecteur général Gravereaux estimait que ces militaires privaient « les malades ordinaires, bénéficiaires ou non de l'assistance médicale gratuite, d'un certain nombre de lits »[1283] et qu'il fallait trouver une solution plus satisfaisante au problème de leur hospitalisation. Il proposait ainsi « que le ministère des pensions acquière un ou plusieurs établissements » ou « qu'il traite directement avec les sanatoriums existants »[1284]. Ces conditions furent modifiées par la loi du 13 juillet 1925 qui accordait une indemnité de 5.000 francs par an aux anciens militaires réformés à 100% pour tuberculose. Dotés de ce pécule, un grand nombre de malades firent le choix de quitter les anciennes stations sanitaires pour se faire soigner ailleurs. Celles dont la réputation et les conditions de vies étaient les moins bonnes – comme Saint-Jodard ou Clavières – furent littéralement désertées par les militaires.

La circulaire ministérielle du 22 mars 1920 rappelait que la loi Honnorat prévoyait d'importants avantages financiers aux départements qui avaient créé des stations sanitaires pendant la guerre[1285]. En mai 1920, le ministère de l'hygiène annonça au C.N.D.T. que « la transformation des stations sanitaires en sanatoriums » se poursuivait et que « ceux-ci pourraient ensuite être repris par les départements »[1286]. Résultat d'un usage intensif pendant la guerre, les formations militaires étaient alors en piètre état, à tel point que le ministre de l'hygiène demanda aux préfets, en juillet 1920, de « procéder personnellement à des visites périodiques des stations sanitaires »[1287]. La station sanitaire de Pignelin (Nièvre) fut l'une des premières à réaliser sa conversion en sanatorium : elle est, avec le sanatorium départemental de Guervénan (Finistère), la seule ancienne station sanitaire désignée comme établissement départemental dans la liste publiée en mars 1921 par le *Journal Officiel* et le *Paris Médical*[1288]. Au cours des années suivantes le ministère put obtenir la reconversion de la plupart des stations sanitaires : Engayresque par le département de l'Aveyron (cat. 12-01), la Meynardie par celui de la Dordogne (cat. 24-02), la Chapelle-Saint-Mesmin par le Loiret (cat. 45-02), Seyssuel (Isère) par les Hospices civils de Vienne (cat. 38-08). La reconversion administrative d'une stations sanitaire en sanatorium n'était d'ailleurs pas le seul moyen de maintenir les structures existantes : Montfaucon (Lot) fut converti en sanatorium des P.T.T. en 1921 (cat. 46-01), Boulou-les-Roses (Corrèze) devint une école de rééducation agricole dès 1919 (cat. 19-02), comme la station de Taxil (Var, cat. 83-10) et l'hôpital sanitaire de Campagne-les-Bains (Aude). D'autres stations sanitaires furent abandonnées pour des raisons diverses : celle de la Bégut (Cantal), par exemple, fut détruite dans un incendie en 1919, ce qui n'empêcha pas le département d'envisager son réaménagement en sanatorium pour femmes en 1933[1289]. En 1924, l'inspecteur général Gravereaux pouvait ainsi classer en trois groupes les anciennes stations sanitaires : « 1° Celles créées avec l'aide des départements et devenues sanatoriums publics : Bellecombe (Ain), La Guiche (Saône-et-Loire), Monbran (Lot-et-Garonne), Pignelin (Nièvre), Montfaucon (Lot) ; 2° Celles créées par des groupements privés et devenues sanatoriums privés assimilés aux sanatoriums publics : Villeneuve d'Amont (Doubs), Engayresque (Aveyron), Monceau (Morbihan), Bayères (Rhône), Oissel (Seine-Maritime) et celles, provisoirement gérées par l'Etat et dont la situation était alors en suspens : Saint-Jodard (Loire) et Clavières (Mayenne) »[1290].

La situation de chaque département était toutefois particulière : le département du Doubs, par exemple, ne possédait en 1920 aucun établissement de cure, excepté celui de Villeneuve d'Amont, ancienne « colonie de montagne pour enfants » créée en 1910 par la Ligue antituberculeuse de Franche-

[1283] Gravereaux 1924, p. 56.
[1284] *Ibidem.*
[1285] « La participation de l'Etat aux frais de création, d'aménagement ou de réfection des sanatoriums publics peut atteindre 50% de la dépense totale et, chose importante, les sommes dépensées par l'Etat pour l'installation des stations sanitaires n'entrent pas en compte pour le calcul de ce pourcentage. Les départements pourvus actuellement de stations sanitaires susceptibles de devenir des sanatoriums publics bénéficieront ainsi d'installations toutes prêtes à l'achèvement desquelles l'Etat pourra participer à nouveau jusqu'à concurrence de la moitié », cité dans : Préfecture de la Loire-Inférieure, Exposé complémentaire au rapport présenté sur l'application de la Loi Honnorat, s.d. [*ca.* 1920], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1286] Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.3, bureau 30, séance du 21 mai 1920.
[1287] Cité par Dessertine & Faure 1988, p. 31.
[1288] S.a., « Établissements publics et privés pour tuberculeux », in *Paris médical*, 1921, 296.
[1289] Le Cantal avait l'intention d'y installer un établissement de 100 lits pour femmes : « La partie bâtie comprend un vieux château utilisé autrefois comme établissement de cure d'air à l'usage des séminaristes et qui, durant la guerre, fur aménagé en station sanitaire, incendié en 1919 il n'en reste actuellement que les murs. On peut craindre cependant que le « climat auvergnat » ne constitue un élément peu favorable au recrutement des malades étrangers à la région. » Projet d'aménagement d'un sanatorium à La Bégut (Cantal), Royer, 20 décembre 1933. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.13 Cantal.
[1290] Gravereaux 1924, p. 39-40.

Comté et aménagée en station sanitaire pendant la guerre. En mai 1920, anticipant le décret d'application de la loi du 7 septembre 1919, le préfet du Doubs négocia avec la Ligue l'hospitalisation des tuberculeux du département dans l'établissement de Villeneuve d'Amont, encore occupé par les militaires[1291]. Dès le mois de mai 1920, « en vue de l'application de la loi du 7 septembre 1919 », une convention fut passée entre le Conseil général du Doubs et la station sanitaire de Villeneuve d'Amont pour assurer l'hospitalisation des malades relevant de l'A.M.G.[1292]. Jusqu'à la fin des années vingt, les pensionnaires de Villeneuve d'Amont étaient en majorité composés de militaires réformés et de tuberculeux indigents placés par les dispensaires du Doubs et des départements sous contrat : Gard, Meuse, Pas-de-Calais, Bouches-du-Rhône et Jura[1293].

Dans la Loire-Atlantique, le ministère de l'hygiène reprit au ministère de l'intérieur la gestion de l'établissement de Mindin en juillet 1920 et sollicita immédiatement les Hospices de Nantes pour en assurer la gestion[1294]. La situation de Mindin avait ceci de particulier que les bâtiments appartenaient à l'Etat : lorsqu'en 1923 le département consentit à prendre l'établissement à son compte, le ministère exigea qu'il se portât également acquéreur des murs ce que refusa – pour des raisons de coût – le département[1295]. Le comité technique des sanatoriums coupa court à cette polémique en donnant, le 3 novembre 1923, un avis défavorable à la reconversion de l'établissement en sanatorium public ; il ferma le 1er janvier 1924[1296].

Dans la Mayenne, la transformation de la station sanitaire de Clavières en sanatorium public fut validée par le ministère de l'hygiène le 30 août 1923, après avis favorable du comité technique de sanatoriums. « Bien que ce sanatorium soit loin d'être transformable en un établissement modèle répondant à toutes les conditions techniques et hygiéniques du décret du 10 août 1920, estimait le comité, il y a intérêt à le conserver en raison du nombre insuffisant de lits existant à l'heure actuelle dans l'ensemble des sanatoriums »[1297]. Les conditions d'aménagement des anciennes stations sanitaires avaient donc une importance relative dans le choix d'en pérenniser l'activité ou de les fermer. En règle générale, ces formations furent reconverties chaque fois que les bâtiments qui les abritaient restaient disponibles. La situation était bien différente pour les hôpitaux sanitaires dont certains bâtiments avaient été seulement prêtés au ministère de la guerre lequel dut les restituer à la fin du conflit. Au contraire, les bâtiments mis à disposition du ministère de l'intérieur pour la création de stations sanitaires appartenaient aux départements. A présent responsables de l'hospitalisation de leurs malades, ils avaient avantage à conserver ces structures : dans leur grande majorité, ces bâtiments étaient désaffectés avant la guerre et rien – excepté parfois le problème de leur financement – ne s'opposait à leur maintien.

La plupart des établissements dont la construction avait été décidée pendant la guerre étaient encore en chantier en 1919 : le sanatorium de Guervénan (Finistère) ne fut inauguré qu'en mai 1920 ; le pavillon Taillefer, près de Grenoble (Isère) (ill. 237) en 1921 ; le sanatorium de Tronget (Allier) en novembre 1922 et le sanatorium de la Pignada, à Lège (Gironde), en octobre 1923 (cat. 33-05)[1298]. Les subventions prévues par la loi Honnorat incitèrent de nombreux établissements à engager d'importants projets d'extension. Dès l'inauguration du sanatorium de Guervénan, en 1920, le conseil général du Finistère décida le doublement de sa capacité par la construction de six autres pavillons : quatre pour les femmes indigentes et deux « aménagés spécialement pour malades payants, appartenant à la catégorie des petites bourses »[1299]. Cette extension respecta scrupuleusement la trame du système pavillonnaire initial[1300]

[1291] Lettre du 20 février 1925 de Santenoise au ministre de l'hygiène, A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1292] *Ibidem.*
[1293] *Ibidem.*
[1294] Lettre du 2 juillet 1920 du ministre de l'hygiène au préfet de la Loire-Inférieure. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1295] *Ibidem.*
[1296] Lettre du 10 novembre 1923 du ministre de l'hygiène au préfet de la Loire-Inférieure. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1297] Lettre du 30 août 1923 du ministre de l'hygiène au préfet de la Mayenne, citée par Chaumont 1977, p. 45.
[1298] Fédération girondine des oeuvres antituberculeuse, rapport de jan. 1940. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.29. Gironde.
[1299] *Bulletin du C.N.D.T*, 1921, n°2, p.79.
[1300] A l'inauguration des six nouveaux pavillons, en 1926, l'établissement comptait 384 lits. Plusieurs modifications furent apportées au plan initial : « cloisonnement de chacune des deux salles par deux baies vitrées ; agrandissement, dans les nouveaux pavillons, de la salle de lecture médiane ; division des lavabos en huit cabines particulières. Il nous a semblé que l'éloignement trop grand des réfectoires et des pavillons était un inconvénient, que la surveillance était plus difficile du fait des pavillons séparés. On s'occupe actuellement d'étendre les services généraux insuffisants pour la population actuelle (288 lits) ». Inspection technique du Dr J. Evrot, mai 1925. Archives de l'institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.26 Finistère.

(plan 29-04). Certains projets « d'amélioration » furent intégrés au processus de reconversion des stations sanitaires négocié avec le ministère de l'hygiène : la reconnaissance de leur statut légal de sanatorium était en effet indispensable pour accueillir les malades visés par la loi Honnorat et toucher la participation de l'Etat au paiement du prix de journée. A Seyssuel (Isère), la reconversion de la station sanitaire en sanatorium fut obtenue par la construction de deux nouvelles ailes d'hospitalisation de part et d'autre du château préexistant[1301].

La station sanitaire du château d'Angeville, à Hauteville (Ain), fut augmentée d'une nouvelle aile d'hospitalisation de 156 lits construite en 1920-1921 à l'emplacement des communs[1302] (ill. 123). Dans d'autres stations sanitaires, la reconversion sanatoriale ne fut assortie que d'un programme minimal de travaux, certaines devant même se contenter, jusqu'à la fin des années vingt, des aménagements réalisés pendant la guerre. A Clavières, par exemple, le programme dressé en juin 1920 par l'architecte départemental François Bouvier en vue de la « transformation [...] en sanatorium départemental », ne prévoyait que l'« amélioration » des aménagements existants ; cela concernait le chauffage, l'alimentation en eau, le cloisonnement « des grandes salles actuelles en boxes de deux à trois lits », la création de chambres d'isolement et la pose d'un « parquet sans joint pour le balayage humide »[1303]. Certaines de ces « améliorations », comme la construction d'un château d'eau ou le raccordement au réseau électrique, ne seront réalisées qu'à la fin des années vingt[1304]. A Clavières, les conditions d'hébergement des malades restèrent pratiquement inchangées jusqu'à l'inauguration d'une nouvelle aile d'hospitalisation en 1936 : en dépit du décret de 1920 qui proscrivait les dortoirs d'une capacité supérieure à 10 lits, les malades logeront jusqu'à cette date dans des dortoirs de 25 à 30 lits. Quant à la galerie de cure, son médecin-directeur, Esnault, n'obtint sa reconstruction en bonne et due forme qu'en 1923 ; nous y reviendrons plus tard. L'ancienne station sanitaire de Saint-Jodard (Loire), décrite en 1917 comme la mieux aménagée de France, avait passablement perdu de son éclat en 1920 : le *Journal des mutilés et réformés* la décrivait alors comme une « odieuse caserne malsaine où l'on enfouit des pauvres tarés auxquels on mesure la lumière et la nourriture, où on pratique l'épreuve redoutable de la suralimentation, mais au moyen de pain qui regrette le froment »[1305]. Malgré les galeries de cure construites à grands frais en 1917, Saint-Jodard ne disposait que d'un confort rudimentaire[1306]. D'un point de vue architectural, les extensions réalisées dans les années vingt adoptaient des dispositions d'une grande simplicité formelle : au château d'Angeville et à Seyssuel, les ailes d'hospitalisation ne se distinguaient en rien des constructions hospitalières ordinaires, excepté la stricte orientation au sud des chambres de malades. A Seyssuel, les malades effectuaient leur cure dans des galeries collectives situées dans le parc, tandis qu'à Angeville, le manque de place (le château avait été construit sur un étroit promontoire rocheux) conduisit l'architecte à placer les galeries de cure au dernier étage du bâtiment, selon un dispositif alors inédit. Pour ces établissements, dont l'augmentation de la capacité et du niveau d'hygiène et de confort devait se faire à moindre coût, les dispositions les plus économiques étaient de rigueur. Les conditions initiales (climatiques, géographiques, l'état et l'orientation des bâtiments reconvertis) s'opposaient d'ailleurs à l'élaboration de projets plus ambitieux – et donc plus coûteux – du simple fait que ces établissements seraient toujours assimilés à des « sanatoriums de

[1301] « Le château a été respecté et l'architecte a eu l'heureuse idée de ne pas en changer la disposition intérieure ; on a pu ainsi établir, au rez-de-chaussée, les bureaux et le service médical et, dans les étages, loger tout le personnel. Latéralement il a été construit deux ailes entièrement neuves édifiées spécialement pour y recevoir les malades et reliées au château par deux couloirs vitrés. Ces bâtiments offrent une façade de 200 mètres de longueur. [...] Les ailes où sont logés les malades ont été construites en moellons de mâchefer et chaux, elles sont élevées sur de vastes sous-sols qui les mettent à l'abri de l'humidité. Elles comprennent deux étages absolument identiques desservis par un large couloir; sur la façade sud-ouest s'ouvrent les chambres et les salles de réunion, sur la façade nord-est se trouvent deux pavillons dans lesquels on a aménagé les salles à manger, les offices, les chambres des infirmières, les salles de bain, les lavabos et les WC. Toutes les chambres de l'étage inférieur communiquent par une porte-fenêtre avec une terrasse surélevée de 3,50 m de large. Le sol de toutes ces pièces est constitué par de la mosaïque facilement lavable à grande eau. Les chambres des malades sont très spacieuses, puisqu'elles ont 5,50 sur 5,90m et ne contiennent que quatre lits, l'aération y est largement assurée par une grande fenêtre et deux impostes pouvant également s'ouvrir. » Féret 1925, p. 186.

[1302] Dumarest 1997, p.71.

[1303] Rapport de l'architecte, Bouvier, station sanitaire de Clavières, travaux d'amélioration, 22 sept. 1922. A.D. de la Mayenne, 4N180.

[1304] Le courant était auparavant produit sur place, avec un générateur particulièrement bruyant et incommode. Dès 1924, Esnault, se plaignait ainsi « des pannes fréquentes d'électricité qui, à tous moments, plongent l'établissement dans une obscurité lugubre », et ne laissent d'autre choix que d'utiliser « l'éclairage très malsain des lampes à pétrole fumeuses ». Chaumont 1977, p. 53.

[1305] *Journal des mutilés et réformés*, 1er mai 1920, cité par Dessertine & Faure, 1988, p. 31.

[1306] L'installation du chauffage central et les travaux d'adduction d'eau ne seront réalisés qu'à la fin des années vingt. *Idem*, p. 82.

fortune » : les conditions précaires de la guerre s'étaient peut-être améliorées, mais ils ne pourraient jamais atteindre le niveau d'excellence hygiénique des établissements construits à neuf à la même époque. Pour ces établissements au moins, il semble que l'augmentation des capacités d'hospitalisation primait sur la qualité des aménagements : ces réalisations passèrent donc inaperçues dans la presse médicale et architecturale alors qu'elles constituent l'essentiel des capacités sanatoriales créées dans l'après-guerre.

A la fin des années vingt, toutefois, toutes les anciennes stations sanitaires n'avaient pas bénéficié de ces programmes de travaux : certaines d'entre-elles se trouvaient dans un état d'insalubrité qui obligea les services sanitaires à prendre des mesures. A défaut de pouvoir réaménager les espaces existants à l'attention des malades, on envisagea le plus souvent la construction d'une nouvelle aile d'hospitalisation. A Clavières, le comité technique des sanatoriums examina en 1929 un projet de transformation du sanatorium. Il estimait que les anciens bâtiments avaient été utilisés au maximum de leurs capacités : « Etant donné la disposition architecturale des bâtiments, il paraît bien difficile de créer un établissement qui réponde aux conditions techniques et hygiéniques prévues par le décret du 10 août 1920. [...] Il conviendrait, de rechercher s'il ne serait pas préférable de réserver les constructions existantes pour les services généraux et de construire de toutes pièces un ou plusieurs pavillons de malades »[1307]. Pour l'architecte départemental, cette situation n'était pas surprenante :

> *La station sanitaire primitive, née de la guerre, était un hôpital de fortune, aménagé en hâte [...] : pas de plan conçu à l'avance, pas de logique. Par la suite, la station est devenue sanatorium, mais pas un jour cet établissement n'a été fermé comme il eut fallu qu'il le soit pour y apporter les profondes modifications qu'il réclame.* [Il n'y a] *aucune meilleure solution que celle qui consiste à édifier un bâtiment neuf pour les malades, dans lequel tous auront même orientation, même ensoleillement, même aération, ce qui est impossible à leur donner dans les grandes salles actuelles.*[1308]

Les recommandations du comité technique des sanatoriums furent suivies : une nouvelle aile d'hospitalisation de 120 lits fut édifiée entre 1933 et 1936, permettant d'affecter les anciens bâtiments aux services généraux. Le conseil général de la Mayenne avait jusque là refusé de prendre en charge l'établissement ; il n'y consentira qu'à l'achèvement des travaux réalisés aux frais de l'Etat.

Au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire), établissement construit à neuf entre 1916 et 1918, un programme de travaux fut engagé à partir de 1930 à l'instigation de son médecin-directeur, Duballen :

> *Le sanatorium de La Guiche date déjà de plus de douze ans,* écrivait-il *: depuis sa construction des progrès sensibles ont été réalisés dans la conception générale des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, comme dans l'outillage phtisiothérapique. Une mise au point devient absolument indispensable si l'on veut ne pas laisser vieillir le sanatorium [...] et le laisser devenir un organisme désuet, incomplet, faisant tache dans notre armement national antituberculeux. Voici les améliorations qui s'imposent : aménagement des services médicaux dans un bâtiment central ; aménagement d'une salle de réunion de la commission ; installation d'un ascenseur à l'usage des malades et du personnel, installation d'un monte-charges pour la dépense et l'emmagasinage des marchandises ; outillage des nouveaux services médicaux, chirurgicaux et des laboratoires ; aménagement de deux galeries de cure sur l'emplacement de deux promenoirs.*[1309]

Les établissements les plus anciens ou les moins bien aménagés réclamaient logiquement plus d'entretien que les établissements bâtis à neuf pendant ou après la guerre. A Boulou-les-Roses (Corrèze), par exemple, plusieurs campagnes de travaux furent programmées dès la conversion de l'ancienne station sanitaire en sanatorium, en 1927 : la première ne visait qu'à installer décemment les malades à l'ouverture de l'établissement ; la deuxième comprenait l'aménagement de chambres de malades dans un bâtiment annexe, l'installation de laboratoires, d'équipements de radiographie et de désinfection et la création de chambres d'isolés dans une ancienne galerie de cure ; elle fut achevée en 1930. La troisième campagne de travaux – nous n'en connaissons pas le programme – fut approuvée dès 1928 et bénéficia, comme la

[1307] Lettre du 9 novembre 1929 du ministre du travail [...] au préfet de la Mayenne. A.D. de la Mayenne, 4 N 181.
[1308] Lettre du 21 novembre 1929 de l'architecte départemental de la Mayenne, F. Bouvier au préfet. A.D. de la Mayenne, 4 N 181.
[1309] Lettre du 8 août 1930 du médecin-dir. du sanatorium de La Guiche au ministre de la santé publique. A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 34.

précédente, de subventions du pari mutuel et du ministère à hauteur de 50% du montant des dépenses[1310]. Une ultime campagne permit la réalisation d'un nouveau pavillon de cure (pavillon Laurier) entre 1936 et 1939. Au sanatorium de Pignelin (Nièvre), ancienne station sanitaire aménagée dans les bâtiments d'un séminaire, la commission de surveillance avait envisagé plusieurs projets d'extension entre 1929 et 1936. L'ancien séminaire était orienté à l'Ouest et les projets d'extensions s'attachèrent à développer longitudinalement l'aile sud du bâtiment considérée comme l'aile d'hospitalisation (plan 58-01). Plusieurs sanatoriums installés dans d'anciennes stations sanitaires furent l'objet de projets similaires à la fin des années vingt : le sanatorium de Montfaucon (Lot), transformé en sanatorium départemental en 1921, puis en sanatorium des postes, connut « une série de transformations et d'agrandissements »[1311] dont la plus importante fut la construction d'une nouvelle aile d'hospitalisation (cat. 46-01B) ; le sanatorium de la Meynardie (Dordogne), aménagé en 1917 dans un château néo-gothique datant du XIX^{e} siècle, fut augmenté en 1930 d'un nouveau bâtiment d'une centaine de lits (cat. 24-02)[1312] ; le sanatorium de la Pignada, à Lège (Gironde), fut l'objet d'importants travaux en 1934 (cat. 33-05) ; il pouvait alors, selon un délégué du C.N.D.T., « soutenir la comparaison avec les meilleurs sanatoriums de l'armement antituberculeux national »[1313]. En comparaison à celles réalisées dans les années vingt, ces extensions offraient des dispositions plus typiquement sanatoriales avec, notamment, la présence fréquente de galeries de cure à l'avant des chambres, selon le modèle dit « de Leysin ». Il faut peut-être y voir la conséquence de l'émulation provoquée par les nouvelles constructions sanatoriales dont les dispositions étaient toujours plus élaborées en vue d'augmenter le « rendement thérapeutique » des établissements de cure. Si l'efficacité du traitement était à ce prix, il fallait d'une certaine façon aligner la qualité des travaux de remise aux normes des anciennes stations sanitaires sur les constructions sanatoriales de l'époque. Du reste, les médecins-directeurs de ces établissements n'étaient pas près de se satisfaire d'aménagements de second ordre, quand les revues diffusaient des réalisations jugées plus exemplaires les unes que les autres.

Les sanatoriums d'Etat : Clavières et Saint-Jodard.

Pour les départements totalement dépourvus de structures antituberculeuses, la création de dispensaires et de sanatoriums représentait, malgré le soutien de l'Etat, une charge financière importante. Certains départements partiellement équipés refusèrent ainsi de prendre à leur charge ce qui était auparavant assumé par les œuvres privées et, pendant la guerre, par l'Etat. La Mayenne et la Loire sont représentatifs de ces départements peu enclins à financer sur leurs deniers propres la lutte contre la tuberculose. Lorsqu'en août 1923 le comité technique des sanatoriums approuva la transformation de la station sanitaire de Clavières en sanatorium départemental de la Mayenne, le conseil général refusa ce transfert de compétences qui lui aurait imposé d'importantes dépenses d'entretien et de personnel. La loi de 1919, rappelons-le, ne l'obligeait nullement à disposer de son propre sanatorium départemental. Ne souhaitant pas fermer l'établissement pour ne pas accentuer la pénurie de lits, le ministre de l'hygiène n'eut d'autre choix que d'en conserver la gestion. Une convention fut signée le 19 décembre 1925 par laquelle le département mettait les bâtiments à disposition de l'Etat pour une durée de 30 ans. Placé sous la tutelle directe du ministère de l'hygiène, Clavières devint l'un des deux seuls sanatoriums d'Etat en France[1314]. « C'est évidemment une situation anormale [...], notait Gravereaux en 1924 : ce n'est qu'exceptionnellement que l'Etat peut assurer le fonctionnement de sanatoriums ; il ne peut pas songer à prendre définitivement à son compte les deux établissements [Clavières et Saint-Jodard] qui sont installés dans des immeubles qui ne lui appartiennent pas »[1315]. Le ministère ne se contenta pas d'assurer la gestion administrative et médicale de l'établissement : confronté aux insuffisances techniques et hygiéniques de l'établissement, il se fit maître d'ouvrage et réalisa, entre 1933 et 1936, une nouvelle aile

[1310] Lettre du 30 mars 1928 du préfet de la Haute-Vienne au préfet de la Creuse. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.
[1311] *Bulletin du C.N.D.T.*, 1929, n°3.
[1312] S.a., « Réunion du conseil de direction », *Bulletin du C.N.D.T.*, 1931, n°2, p. 252.
[1313] Fédération girondine des oeuvres antituberculeuse, rapport de jan. 1940. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.29. Gironde.
[1314] A ce titre, son médecin directeur, Esnault, demanda que l'établissement soit « ouvert aux tuberculeux indigents de tous les départements de France ». Cité par Chaumont 1977, p. 50.
[1315] Gravereaux 1924, p. 40.

d'hospitalisation[1316]. Le ministère attendit la fin du chantier pour dénoncer, en mars 1937, la convention de 1925 et mettre le département face à ses responsabilités :

> *L'attitude du département*, estimait le ministère, *pouvait s'expliquer par son hésitation devant les dépenses à engager pour rendre le sanatorium conforme aux dispositions réglementaires d'installation. Il n'en est plus de même actuellement, étant donné les améliorations importantes que l'Etat vient de faire effectuer à Clavières et grâce auxquelles cet établissement complètement modernisé, peut offrir à ses malades tout le confort désirable.*[1317]

Resté dix ans sous la tutelle de l'Etat, le sanatorium de Clavières devint sanatorium départemental de la Mayenne le 1er janvier 1938. Un seul autre établissement français pouvait se prévaloir du statut de sanatorium d'Etat : l'ancienne station sanitaire de Saint-Jodard (Loire). Comme dans la Mayenne, le conseil général de la Loire avait refusé de prendre l'établissement à sa charge à la fin de la guerre. Les bâtiments furent cédés à l'Etat qui en assura la gestion jusqu'au milieu des années trente[1318]. L'ancienne station sanitaire de Saint-Jodard partage ainsi, avec celle de Clavières, un record de longévité puisqu'elle ne sera convertie en sanatorium départemental qu'en 1935. Il était alors illusoire d'envisager la modernisation de l'établissement qui aurait demandé un remaniement trop important des bâtiments. Le département de la Loire ne put que constater leur inadéquation avec les exigences sanatoriales de l'époque et Saint-Jodard fut définitivement fermé en 1937. Ruraux et peu peuplés, les départements de la Mayenne et de la Loire n'avaient sans doute pas la capacité financière pour engager les importants travaux de remise aux normes des anciennes stations sanitaires : à Clavières, où tout était à reprendre, l'Etat se substitua au département ; à Saint-Jodard, les dimensions gigantesques de l'édifice obligèrent les deux administrations à y renoncer.

Situation de l'Alsace et de la Lorraine.

L'Alsace et de la Lorraine avaient une situation particulière en 1919. Placées sous administration allemande depuis 1871, les départements recouvrés à la fin de la guerre avaient développé, depuis la fin du XIXe siècle, leur propre armement antituberculeux, sur le modèle allemand : Vaucher rappelait en 1919 que la lutte contre la tuberculose était, dans ces régions comme en Allemagne, « intimement liée au système d'assurance contre la maladie et l'invalidité »[1319]. L'Alsace et la Lorraine comptaient alors deux établissements populaires : le sanatorium lorrain d'Abreschwiller (Moselle), aménagé en 1898-1900 dans un ancien château sur les indications de Gotthold Pannwitz, secrétaire général du Comité central allemand pour la création des sanatoriums, et de l'ingénieur Wendel[1320] (cat. 57-01A), et le sanatorium de Basse-Alsace, à Saales (Bas-Rhin), construit en 1899-1902 selon les indications du médecin allemand et conseiller médical (*Geheim Medizinalrath*) Krieger et sur les plans de l'architecte zurichois Schuster, aux frais de l'administration régionale (*Landesverwaltung*), de la caisse régionale d'assurances (*Landesversicherungsanstalt*), de la Ville de Strasbourg et du *Centralkomitee für die Einrichtung von Lungenheilstätten zu Berlin*[1321] (cat. 67-02, plan 67-02). Il y avait également plusieurs établissements privés dont les principaux étaient situés à Aubure, station de cure située à 900 mètres d'altitude : le Grand sanatorium d'Aubure, construit en 1902 ; le sanatorium Salem, construit peu après pour la caisse d'assurances des employés privés ; le sanatorium Ruhsamen, créé vers 1910 par la caisse d'assurance des employés d'Alsace et le sanatorium Bethel, créé par l'association évangélique luthérienne de bienfaisance. Un autre établissement privé avait été construit pour le médecin Lalance en 1912, à Lutterbach, par l'architecte Paul Friesé. En 1915, la construction d'un sanatorium pour les chemins de fer d'Alsace-Lorraine avait également été engagée à Munster (Haut-Rhin), mais il ne sera achevé qu'en 1926.

[1316] Cette aile fut édifiée entre 1934 et 1936 par l'architecte Schroeder : elle comptait quatre étages et 86 lits, dont 9 en chambres individuelles, 24 en chambres à 3 lits et un dortoir de 5 lits. Les parties anciennes de l'établissement furent transformées en réfectoire, salle de jeu, salle de lecture, salle de correspondance. Nous n'avons pas pu trouver les plans de cette extension. Chaumont 1977, 57.
[1317] Cité par Chaumont 1977, p. 58.
[1318] Gravereaux 1924, p. 40.
[1319] Vaucher 1919, p. 18.
[1320] Conseil général de la Lorraine, rapport de la commission spéciale concernant la création d'un sanatorium pour phtisiques dans la « *Franzosenmühle* » près d'Albreschweiller, 13 mars 1899. A.D. de la Moselle, 4 AL 229.
[1321] *Einrichtung einer Lungenheilstätte für Lungenkranke im Unter.Elsass,* 1899. A.D. du Bas-Rhin, l27 AL 444.

Par un décret du 12 juin 1920, seules les dispositions relatives à l'octroi des subventions prévues par la loi du 7 septembre 1919 furent introduites dans les départements recouvrés du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle[1322]. Des crédits furent ouverts pour l'année 1919 au « budget spécial d'Alsace et de Lorraine » afin d'octroyer ces fonds. La loi du 7 septembre 1919 ne fut, semble-t-il, jamais intégralement appliquée dans ces trois départements[1323].

Bien que ces régions fussent déjà richement dotées en établissements de cure, plusieurs projets importants furent engagés dans les années vingt : à Aubure, le Grand sanatorium fut agrandi par la construction du *Leopoldinenheim*, ou « nouveau sanatorium », en 1927. Des établissements privés furent également édifiés, tels les sanatoriums « Les Pins » et « Les Bruyères », dirigés par le médecin Heitzmann. La station acquit ainsi, en quelques années, la réputation de petit « Davos alsacien »[1324]. Le sanatorium Lalance fut agrandi et modernisé en 1920-1922 avec la construction de galeries de cure sur toute sa façade sud (cat. 68-14). Entre 1922 à 1924, l'Institut d'assurances sociales fit reconstruire par l'architecte Gustave Oberthur, en lieu et place d'un premier établissement (sommairement installé dans une villa et détruit par un incendie en 1919), le sanatorium pour femmes de Masevaux[1325]. Au même moment, le sanatorium de l'Altenberg fut réalisé à Munster pour la Caisse des employés privés, à proximité de celui des chemins de fer d'Alsace-Lorraine que nous avons déjà mentionné. A ces établissements d'ajoutèrent un certain nombre de sanatoriums privés de petites dimensions : sanatorium de la Villa Sainte-Anne à Thannenkirch (Haut-Rhin, 1922-1925) et le sanatorium Saint-Anne à Jungholz (Haut-Rhin). En 1932, la Fondation privée Bellechance chargea les architectes Michel Rubinstein et Pierre Diéterle de la réalisation d'un sanatorium à Riesenwald, mais l'établissement ne fut par réalisé (ill. 334). Contrairement aux départements de la Moselle et du Bas-Rhin, celui du Haut-Rhin ne possédait pas, avant la guerre, d'établissement populaire et le conseil général engagea la construction du sanatorium de Colmar, construit par l'architecte départemental Muller en 1930 (ill. 327). Cet établissement fut complété par hôpital-sanatorium intégré au vaste projet de reconstruction de l'hôpital de Colmar, devenu hôpital Pasteur, réalisé entre 1932 et 1936 par l'architecte William Vetter (cat. 68-12A).

2.4.2. Mise en conformité des sanatoriums existants : le cas des galeries de cure.

Parmi les travaux d'amélioration et de « modernisation » réalisés dans les établissements de cure dans l'immédiat après-guerre, la construction de galeries de cure fut sans doute l'opération la plus couramment entreprise. Le décret du 10 août 1920 était peu précis à ce sujet ; il demandait simplement que soient établies, « à proximité des dortoirs, [des] galeries de cure bien orientées, où les chaises longues seront placées sur une seule rangée »[1326] mais ne donnait aucune indication quantitative sur le nombre de places dans les galeries de cure par rapport à la capacité totale de l'établissement. Les sanatoriums étant réservés *a priori* aux seuls malades curables, chaque tuberculeux devait disposer d'une place en galerie, excepté peut-être les 10% de malades placés dans les chambres d'isolement. Chaque malade se voyant attribuer, dès son arrivée, une place de cure attitrée, il semblait toutefois indispensable de disposer d'un nombre identique de places dans les galeries et dans les chambres. Dans les hôpitaux-sanatoriums, qui accueillaient une plus grande proportion de malades alités, le nombre de chaises-longues de cure était

[1322] En novembre 1920, le ministre des finances, F. François-Marsal, expliquait effectivement que « la législation envisagée ne [pouvait] être [...] introduite qu'en tant qu'elle rest[ait] compatible avec les dispositions maintenues en vigueur des lois locales. Il a paru [...] nécessaire d'en limiter d'abord l'application aux sanatoriums publics [...] ». Documents parlementaires 27 nov. 1920, p. 294.
[1323] En 1927, le délégué technique du C.N.D.T., Royer, en présentait ainsi les particularités d'application : « La loi du 15 avril 1893 sur l'Assistance médicale gratuite et la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums, ne sont pas encore introduites en Alsace-Lorraine. Lorsqu'un malade vient au dispensaire et qu'il est reconnu tuberculeux, justiciable d'un placement, s'il est assuré, il est signalé à l'institut d'Assurances Sociales d'Alsace-Lorraine à Strasbourg qui, au fur et à mesure des disponibilités, l'admet dans ses sanatoriums. S'il n'est pas assuré et s'il en a les moyens, il peut être placé à ses propres frais ou bien les dépenses de la cure sont partagés par tiers : entre le malade ou sa famille, le Comité local du dispensaire dont il dépend et l'Association Alsacienne et Lorraine. S'il est indigent, le placement est fait à la charge de l'Assistance publique municipale. » Rapport du Dr Royer. Association alsacienne et lorraine pour la lutte contre la tuberculose. Visite des départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, juin-juillet 1927, p. 10. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.58 Haut-Rhin.
[1324] *Ibidem.*
[1325] Ministère de la culture, base Mérimée, fiche IA68003329.
[1326] Décret du 10 août 1920, article 11. J.O. 15 août 1920, p. 12042.

inférieur à celui des lits : au Perron (Rhône), par exemple, l'architecte Robert Giroud prévoyait en 1932 des galeries de cure n'atteignant que 80% de la capacité du sanatorium[1327].

Excepté le remplacement du bois par le ciment armé, les dispositions et des conditions d'aménagement des galeries de cure restaient conformes aux prescriptions en vigueur au début du siècle. Les dimensions des galeries de cure devaient être généreuses et leur profondeur (3,50 mètres en moyenne, 4,35 mètres au sanatorium du Petit-Fontainebleau, à Bligny) « suffisante pour que les malades, étendus sur leur chaise-longue, soient abrités des intempéries »[1328]. Les galeries étaient habituellement orientées au Sud ou au Sud-ouest pour disposer d'un bon ensoleillement. Cette orientation, propice à la cure hivernale, pouvait occasionner une importante surchauffe en été, contre laquelle les médecins et les architectes adopteront de multiples dispositions (voir p. 472). Tout en recommandant de réunir les malades dans des galeries collectives, Guinard conseillait de les répartir en petits groupes séparés par des cloisons vitrées, formant des *boxes* de sept à huit chaises longues[1329]. Ces cloisons assuraient une protection supplémentaire contre les vents et permettaient de grouper les malades par affinités. Les chaises longues étaient systématiquement adossées au mur arrière de façon à ce que les malades soient orientés vers le Sud. Leur densité dépendait de l'espace disponible mais il n'était pas rare de compter une chaise par mètre linéaire.

Les anciennes galeries disposées dans le parc des établissements, à une certaine distance des bâtiments d'hospitalisation, ne pouvaient plus être utilisées car, selon la nouvelle législation, les galeries devaient être « à proximité des dortoirs » : il fallait donc en construire de nouvelles ou prolonger celles existantes. Au sanatorium Félix Mangini (Ain, 1900), les anciennes galeries de cure en bois furent remplacées en 1925 par des nouvelles galeries en béton armé. Surélevées d'un étage à cette occasion, leur capacité fut ainsi doublée (ill. 122). On fit de même dans plusieurs établissements antérieurs à 1915, tels le sanatorium Lalance, à Lutterbach (Haut-Rhin, 1912), en 1920-1922 (cat. 68-14A) et le sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes, 1904), vers 1925[1330]. Au sanatorium Bon-Accueil (Hérault, 1912), la commission des hospices de Montpellier choisit en 1928 d'augmenter la capacité des galeries existantes en surélevant la galerie du rez-de-chaussée de deux étages : les galeries de cure devaient ainsi occuper toute la façade sud du bâtiment[1331]. La mise aux normes des établissements aménagés pendant la guerre se fit tout au long des années vingt. L'article 12 du décret du 10 août 1920 prévoyait en effet qu'à titre transitoire « les sanatoriums existant [...] considérés comme sanatoriums publics [...], pourront ne pas réunir toutes les conditions précisées aux articles 7 et suivants »[1332] (relatifs aux conditions techniques et hygiéniques d'aménagement des sanatoriums de cure). En 1919, le médecin Peyret rapportait un dispositif sommaire adopté « pour suppléer l'insuffisance d'organisation des galeries » du sanatorium d'Ilbarritz (Pyrénées-Atlantiques) : les « lits de cure » placés à l'extérieur étaient surmontés d'une « forte capote imperméable et d'un large tablier de toile huilée ». Au moyen de cette « protection individuelle très efficace [...], ajoutait le médecin, on supprime en même temps l'inconvénient des galeries couvertes, qui est d'obscurcir les salles voisines »[1333]. Aménagé en 1918 dans une ancienne école religieuse de Ris-Orangis (Essonne), le sanatorium des cheminots était initialement dépourvu de galeries de cure. De nouvelles galeries de cures furent inaugurées le 16 juillet 1922 par le ministre des travaux publics : elles formaient un bâtiment distinct constitué de trois niveaux superposés, surmontés d'une plate-forme pour l'héliothérapie[1334] (cat. 91-07B). Le sanatorium installé en 1918 par la Société de secours aux militaires tuberculeux dans le château de Mardor, à Couches-les-Mines (Saône-et-Loire), fut équipé au début des années vingt de galeries de cures construites en hémicycle autour d'une vaste roseraie située dans le prolongement du château (cat. 71-02B).

[1327] Giroud, aménagement de l'hospice du Perron en hôpital de tuberculeux, 2 août 1932. Archives des H.C.L., 2 O 277.
[1328] Guinard 1925, p. 55.
[1329] *Ibidem.*
[1330] A.D. des Alpes-Maritimes, 1 X 132.
[1331] A la galerie de cure principale, entièrement ouverte et adossée au rez-de-chaussée de la façade sud du bâtiment d'hospitalisation, étaient adjointes des « vérandas vitrées » placées à chaque étage sur les avant-corps d'extrémités, servant de galerie de cure pour les malades ne pouvant descendre au rez-de-chaussée. Hospices de la ville de Montpellier, sanatorium de Bon-Accueil, construction de deux galeries de cure, devis descriptif et conditions d'exécution des travaux, Février architecte, 1928. A.D. de l'Hérault, 1 X 441.
[1332] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[1333] Peyret 1919, p. 869.
[1334] Association d'histoire locale de Ris-Orangis, site Internet : http://histoire.locale.free.fr/index.php, 2009.

Installées à peu de frais pendant la guerre, les stations sanitaires disposaient d'espaces de cure notoirement insuffisants. Celles qui devaient être reconverties en sanatoriums départementaux furent les premières à tenter d'y remédier. A Clavières, le premier ouvrage mis en chantier en vue de la reconversion fut la construction d'une nouvelle galerie de cure en remplacement de la véranda vitrée existante, jugée inadaptée. Le projet de l'architecte départemental Bouvier prévoyait « la démolition complète de la galerie vitrée, galerie de cure des positifs [sans doute les malades bacillaires] chez lesquels le soleil provoque l'été des accidents d'insolation, et son remplacement par une galerie comprenant des piliers en ciment et une couverture en béton armé formant terrasse pour le premier étage. Cette galerie serait prolongée par un passage à couvert permettant l'accès à la galerie de cure d'été »[1335] (ill. 284). Le projet prévoyait également la réfection des plafonds et la création « de gorges arrondies à toutes les arêtes verticales ou horizontales des enduits en plâtre ». A Clavières, le ministre de l'hygiène avait imposé de n'entreprendre que des travaux d'ampleur limitée, recommandant notamment d'apporter « la plus stricte économie et de ne retenir que les travaux absolument indispensables pour que l'établissement soit en état de fonctionner dans les conditions prévues au chapitre II du décret du 10 août 1920 »[1336]. La réalisation de ce modeste programme sera néanmoins entravée par le refus du département de reprendre l'établissement à sa charge.

Dans l'ancienne station sanitaire de Boulou-les-Roses (Corrèze, 1917), une nouvelle galerie de cure avait été ajoutée dès 1919 pour l'installation d'une « école de réadaptation à la vie agricole »[1337]. Orientée à l'Est, elle était adossée à une ancienne grange aménagée en un service d'une vingtaine de lits (ill. 173). En 1927, la transformation de l'école de réadaptation en sanatorium départemental imposa de réaliser de nouveaux travaux, notamment la construction de galeries de cure superposées adossées à la façade sud de l'ancien château (ill. 175). Au sanatorium de Pignelin (Nièvre, 1916), de petites galeries de cure furent également adossées à la façade sud du bâtiment principal dès le début des années vingt. Des projets plus importants, prévoyant l'extension de l'aile sud avec des galeries à chaque étage, furent conçus en 1929, puis en 1934 mais, « du fait du manque de subventions de l'Etat », la Commission des travaux du sanatorium réduisit son programme au minimum : en 1934, il ne comprenait plus que « l'agrandissement limité des galeries de cure, de façon à ce que celles-ci s'étendent sur toute la largeur de la façade méridionale des bâtiments actuels », soit « la construction de trois nouvelles travées de galeries en ciment armé », sur 12,60 mètres de longueur et trois étages de haut[1338] (plan 58-01).

Les sanatoriums dont la construction avait débuté avant la fin de la guerre et dont les plans n'avaient pas reçu l'aval du ministère disposaient presque tous de galeries de cure insuffisantes, exception faite du sanatorium de Guervénan, doté du système américain *Lean to*. Six mois seulement après l'ouverture du sanatorium du Montet (Allier, 1922), il fallut limiter les admissions de malades « en raison [...] de l'insuffisance des galeries de cure »[1339] ; l'établissement ne disposait à l'origine que d'une modeste galerie de cure occupant la moitié ouest du rez-de-chaussée du bâtiment d'hospitalisation. Une seconde galerie fut rapidement construite en équerre, dans son prolongement, et la commission de surveillance en décida la surélevation d'un étage en avril 1923. Une autre galerie, comportant également deux niveaux, fut ajoutée à la fin des années vingt perpendiculairement à la précédente (ill. 143) et une quatrième galerie sera encore construite dans les années trente. Au sanatorium de la Guiche (Saône-et-Loire, 1918) les galeries de cure situées à l'avant des dortoirs (dont les lits étaient disposés sur deux rangées) étaient loin d'offrir une place par malade. En 1930, son médecin-directeur décrivait ainsi les conditions d'installation des malades :

> *La capacité des galeries de cure d'air ne répond pas nombre de lits de l'établissement. Il a fallu [...] utiliser comme galerie de cure les promenoirs couverts aménagés, au moment de la construction du sanatorium, au niveau de la cour inférieure de l'immeuble. Cet aménagement de fortune a donné tous les déboires et a*

[1335] Rapport de l'architecte départemental, F. Bouvier, station sanitaire de Clavières, travaux d'amélioration, 22 octobre 1922 ; et Département de la Mayenne, transformation en sanatorium départemental antituberculeux, programme et cahier des charges pour la construction d'une galerie couverte avec terrasse en béton armé (s.d.). A.D. de la Mayenne, 4 N 180.
[1336] Lettre du 25 novembre 1925 du ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales au préfet de la Mayenne. A.D. de la Mayenne,4 N 180.
[1337] Projet de rapport sur l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses par les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne et sur le plan général d'hospitalisation des tuberculeux de ces deux départements, s.d. [1927], A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.
[1338] Commission spéciale des travaux du sanatorium de Pignelin, séance du 24 novembre 1934. A.D. de la Nièvre, X 2426.
[1339] A.D. de l'Allier, 1 X 8.

nécessité de gros travaux d'assainissement pour arriver à chasser l'humidité persistante dans les murs et les plafonds, d'où des galeries affreuses avec leurs murs décrépis, leurs plafonds éventrés et leur sol bossué et fissuré. Il est impossible d'entretenir proprement ces galeries et d'y apporter l'hygiène nécessaire. L'architecte a établi un devis qui prévoit la transformation des promenoirs en véritables galeries de cure avec sol en céramique, murs lavables et soubassements céramiques, plafond lavables et trottoir extérieur aux galeries.[1340]

Dans les établissements existants, il n'y avait souvent pas assez de place pour construire ces galeries à « proximité immédiate des dortoirs » comme l'exigeait le décret de 1920. Une des options les plus couramment adoptées était de construire deux galeries de cure superposées formant un petit bâtiment indépendant relié au bâtiment d'hospitalisation par un passage couvert. Ce dispositif économe fut adopté dans des établissements aussi divers que les sanatoriums de Gorbio (Alpes-Maritimes, 1904), du Montet (Allier, 1921), de La Guiche (Saône-et-Loire, 1918), du Perron (Rhône, 1932), de la Savoie (Ain, 1935) ou de Pouancé (Maine-et-Loire, 1951). A La Guiche, sur la base du programme que nous venons d'énoncer, les promenoirs furent détruits et remplacés par deux galeries de cure à deux étages (ill. 343). Lors de la transformation de l'ancien hospice du Perron en hôpital-sanatorium (Rhône, 1932), les galeries de circulation qui entouraient les bâtiments existants étaient trop étroites pour accueillir des chaises de cure. Dans un premier temps, l'architecte Giroud proposa la construction de deux longues galeries d'un seul niveau placées au-devant des bâtiments. Soucieuse de l'« esthétique » de cette extension et de son intégration dans la composition d'ensemble, la commission des travaux des Hospices civils de Lyon demanda à l'architecte « de placer sur les terrains, pour se faire une idée exacte du rendu de ses esquisses, des piquets avec toile, de même dimension que les constructions à édifier »[1341]. Suite à cette modélisation *in situ* et en grandeur réelle, la commission refusa le projet car les galeries « masqueraient les bâtiments actuels et détruiraient, en raison de leur orientation, la symétrie observée lors de la construction de l'Hospice du Perron »[1342]. L'architecte opta donc pour des galeries à deux étages, moitié moins longues, placées à l'arrière des bâtiments et orientées aux sud (plan 69-06), voyant plusieurs avantages dans cette disposition : « le bel aspect de l'entrée de l'établissement serait respecté, l'orientation serait meilleure, chaque galerie serait à proximité du pavillon et pourrait même être reliée à lui par un passage couvert »[1343]. En réduisant l'emprise au sol, la construction de galeries de cure superposées permettait de réaliser d'importantes économies (fondations et étanchéité des toitures terrasses) et, lorsque la configuration des bâtiments s'y prêtait, d'y accéder directement depuis le rez-de-chaussée et le premier étage des bâtiments[1344]. Dans les années trente, certains architectes profitèrent de la nécessité d'ajouter de nouvelles galeries de cure pour leur adjoindre d'autres éléments de programmes jugés indispensables au bon fonctionnement des établissements : au sanatorium départemental de la Savoie, à Hauteville (Ain, 1935), les nouvelles galeries de cure ajoutées peu après la fin du chantier étaient ainsi combinées à une chapelle destinée aux malades ; au sanatorium François Mercier (Allier, 1921), un projet de 1937 prévoyait la construction d'un nouveau bloc comprenant, au sud, des galeries de cure pour les malades et, au nord, des chambres pour le personnel[1345].

Les indications données dans le décret de 1920 étaient suffisamment générales pour permettre une libre interprétation des dispositions à adopter. L'ajout de galeries de cure répondait d'ailleurs à une exigence formulée par les médecins : il s'agissait d'offrir à tous les malades en état de bénéficier du

[1340] Lettre du 8 août 1930 du médecin-directeur du sanatorium de La Guiche au ministre de la santé. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 34. En transformant les promenoirs en galeries de cure, on fit à La Guiche ce qui avait été prévu dès 1898 au sanatorium alsacien de Saales dont les promenoirs avaient délibérément été conçus, à l'arrière de la galerie de cure principale, avec une largeur de trois mètres (deux mètres auraient suffit), cette largeur pouvant permettre de les utiliser comme galeries de cure en cas d'augmentation de la capacité du sanatorium, initialement de 100 lits, mais susceptible d'accueillir 200 malades. Cela semblait d'autant plus judicieux que le promenoir était surélevé de 0,7 mètres par rapport à la galerie du fait de la déclivité du terrain. A.D. du Haut-Rhin, 27 AL 444.
[1341] Hospice du Perron, aménagement de futurs services antituberculeux, 31 août 1932. Archives des H.C.L., 2 O 277.
[1342] *Ibidem.*
[1343] Giroud, Aménagement de l'hospice du Perron en hôpital de tuberculeux, galeries de cure, 2 août 1932. H.C.L., 2 O 277.
[1344] Nous n'avons trouvé qu'un seul exemple d'établissement bâti à neuf avec des galeries de cure à deux étages distinctes des bâtiments d'hospitalisation : à l'hôpital-sanatorium de la Trouhaude (Côte-d'Or, 1937) l'architecte adopta un plan en H composé de deux bâtiments d'hospitalisation reliés par un bâtiment de services. Les galeries de cure à deux étages sont reliées aux deux ailes d'hospitalisation mais adoptent, pour des raisons que nous ignorons, une orientation légèrement différente (cat. 21-02B, plan 21-02).
[1345] Projet de construction d'une galerie de cure et de chambres pour le personnel, 10 avril 1937. A.D. de l'Allier, 1 X 7.

traitement hygiéno-diététique une place à part entière en galerie. L'emploi du béton armé était alors exclusif et les anciennes galeries de bois furent partout remplacées par de nouvelles constructions, plus solides, plus hygiéniques mais aussi plus vastes. L'intégration des galeries aux bâtiments existants était parfois difficile car elles ne pouvaient s'accommoder de leurs orientations aléatoires : l'exposition au Sud était de rigueur, quelle que soit la disposition des bâtiments préexistants. Il n'était donc pas rare d'implanter ces nouvelles constructions perpendiculairement aux anciennes, quitte à s'affranchir de la composition architecturale d'ensemble. Les sanatoriums construits à la fin de la guerre ne furent pas épargnés par ces adjonctions réalisées en fonction des besoins et des possibilités. Inauguré en 1918, le sanatorium de La Guiche était ainsi méconnaissable au début des années cinquante : maculé d'extensions plus ou moins réussies, la façade sud formait un pot-pourri d'aménagements désordonnés issus de campagnes successives de travaux (ill. 343). Les médecins – comme les architectes – s'accommodaient toutefois de ces disparités dont l'importance était relative en comparaison des enjeux hygiéniques et médicaux.

2.4.3. La création de sanatoriums dans des bâtiments existants : un débat entre médecins.

En dépit de leurs mauvaises conditions d'aménagement, les résultats obtenus dans les « sanatoriums de fortune » pendant la guerre avaient donné raison à Landouzy lorsqu'il proclamait : « Tant vaut le médecin, tant vaut le sanatorium »[1346]. La valeur d'un établissement de cure provenait avant tout du régime médical qui y était appliqué et, lorsque le suivi médical était rigoureux, la qualité des aménagements était secondaire. En France, nous l'avons vu, beaucoup de sanatoriums fonctionnaient au début des années vingt dans des bâtiments parfois anciens conçus pour un autre usage. Cette pratique était courante avant la guerre aux Etats-Unis : Thomas Carrington, délégué de la *National Association for the Study and Preservation of Tuberculosis*, évoquait ainsi, en 1911, la transformation d'anciennes fermes en établissements de cure[1347] (ill. 105-106). En 1919, à côté des établissements en construction (tels Guervénan, La Guiche ou Le Montet), certaines collectivités locales posèrent ouvertement la question du réemploi de bâtiments existant selon un système qui, sommes toutes, avait démontré son efficacité depuis 1915. Parmi les nombreux avantages offerts par cette option, son coût réduit et sa rapidité d'exécution semblaient les plus favorables au développement rapide d'un armement antituberculeux d'envergure.

En 1927, les délégués de la Haute-Vienne estimaient que « la construction et l'installation d'un sanatorium neuf exigeraient des dépenses considérables, hors de proportion avec les sacrifices que les finances des départements associés [Allier, Cher, Saône-et-Loire et Haute-Vienne à cette époque] leur permettent de supporter »[1348]. Ces départements envisagèrent alors la transformation du domaine de Bellevue, ancienne école de jésuite située à Yzeure (Allier), en sanatorium interdépartemental de femmes. Pour déterminer s'il y avait un avantage financier à réaliser ce projet, le ministère de l'hygiène demanda « de faire étudier le prix d'un sanatorium neuf »[1349] répondant au même programme. Cette étude confirma que « la solution de Bellevue était de beaucoup la moins onéreuse », l'économie réalisable atteignant 50% du prix d'un bâtiment neuf[1350]. L'architecte départemental de l'Allier en charge du projet, Paul Baer, estimait au contraire qu'une « construction provisoire reviendrait plus cher que les travaux d'aménagement de Bellevue sans donner, à beaucoup près, les mêmes garanties de cure et d'économie d'entretien qu'un immeuble convenablement construit »[1351] : son choix, en tant qu'architecte, se portait naturellement sur une construction neuve plutôt qu'un simple réaménagement. Après l'abandon du projet interdépartemental de Bellevue, le conseil général de la Haute-Vienne qui s'y était associé repoussera longtemps l'idée de

[1346] Cité par Artaud 1914.
[1347] Carrington 1911, p. 20.
[1348] Etablissement de Bellevue-Yzeure, com. inter., séance du 8 juillet 1927, rapport du préfet de l'Allier. A.D. de Saône-et-L., 1 X 69.
[1349] *Ibidem.*
[1350] *Ibidem.* « Un avant projet [pour un bâtiment neuf] établi pour 160 lits, et comprenant tous les services et installations indispensables dans un sanatorium et aménagés dans une construction en pierre et ciment-armé, atteindrait une dépense d'environ sept millions de francs, [sans] les frais d'acquisition des terrains, terrassement, adduction d'eau et d'électricité, [...] ensemble de dépenses [...] qui viendrait grossir largement, de un million peut-être, l'évaluation [...]. » Lettre du 3 février 1927 du préfet de l'Allier au ministère du travail. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.
[1351] Lettre du 3 février 1927 du préfet de l'Allier au ministère du travail. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.

construire un établissement neuf : il participera en 1927 à la transformation de l'ancienne station sanitaire Boulou-les-Roses en sanatorium pour femmes et tentera, en 1930 encore, de créer un sanatorium pour hommes dans le château de Bellegarde à Châteauneuf-la-Forêt[1352].

Pour Guinard, au contraire, les stations sanitaires créées pendant la guerre devaient servir de repoussoir à toute volonté de création de sanatorium dans des bâtiments existants :

> *On a la preuve des résultats déplorables auxquels on arrive avec un ensemble mal adapté, par ceux des stations et hôpitaux sanitaires de la guerre, la plupart installés à la hâte, dans tout ce que l'on a pu trouver de bâtiments disponibles : séminaires, couvents, châteaux, écoles, etc., que l'on a transformé, tant bien que mal, en sanatorium de fortune, avec des moyens défectueux, un personnel insuffisamment préparé et un mauvais choix de malades. [...] Mais les imperfections que l'on pouvait tolérer, en ces temps, heureusement passés, ne sont plus acceptables aujourd'hui.*[1353]

L'achat de locaux déjà constitués, privés ou publics, pouvait sembler une solution efficace, rapide et moins coûteuse que la construction de bâtiments neufs. Il importe de distinguer deux cas : 1° L'achat par les collectivités d'établissements de cure déjà installés ; 2° L'achat de bâtiments (châteaux ou vastes domaines) pouvant être reconvertis en sanatoriums de cure.

Nous trouvons peu d'exemples du premier cas ; parmi eux : le sanatorium de Bayssières, que le conseil général de l'Hérault souhaita réaménager en octobre 1919 afin de se conformer à la nouvelle législation. Conçu en 1902 comme sanatorium « pour enfants anémiés », le bâtiment était resté inachevé avant la guerre. « L'immeuble est parfaitement abrité des vents du Nord [...], notait l'inspecteur Monod, il est construit sur une pente boisée de sapins, de châtaigniers et de petits chênes, [...] la façade principale est bien ensoleillée [...]. Seul le gros œuvre existe actuellement, et certains travaux sont nécessaires pour la réaliser là sanatorium entièrement satisfaisant »[1354]. Ce projet ne fut toutefois pas mené à son terme, sans doute en raison de la difficulté à transformer les galeries de circulation existantes en véritables galeries de cure. La mis en vente de sanatoriums privés, rarissime dans les années vingt, devint plus fréquente dans les années trente du fait de la crise. Ces établissements constituaient d'intéressantes opportunités pour les collectivités qui souhaitaient disposer rapidement d'une structure de cure en parfait état de marche. Nous avons déjà mentionné le cas du sanatorium de Job (Puy-de-Dôme), « construction robuste en matériaux de choix, très soignée, d'aspect vraiment seigneurial »[1355], que le conseil général de Saône-et-Loire souhaita acquérir en 1925 pour y soigner ses tuberculeuses. En 1925, alors que le département de la Mayenne avait refusé de reprendre la station sanitaire de Clavières, le ministère de l'hygiène proposa de la céder au département de la Seine-et-Oise ; 20 lits auraient alors été réservés aux malades de la Mayenne. La Seine-et-Oise y renonça en raison du mauvais état de l'établissement et du coût nécessaire à sa rénovation[1356]. En 1927, les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne envisagèrent l'installation d'un sanatorium pour femmes dans l'ancienne Ecole de réadaptation à la vie rurale de Boulou-les-Roses, créée en 1919 à la suite de la station sanitaire. Cette décision était avant tout pragmatique car les bâtiments se prêtaient assez mal à cette transformation : les services généraux posaient peu de difficultés mais les bâtiments d'hospitalisation nécessitaient d'importants travaux[1357]. Leur seul avantage était en somme une disponibilité immédiate. En 1931, les sanatoriums Belligneux et le Grand Hôtel d'Hauteville (Ain) furent mis en vente par la « Société climatique de Belligneux » au bord de la faillite et rachetés par l'Office public

---

[1352] Rapport du Dr Evrot, délégué technique du C.N.D.T., avril 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152. Ce projet sera également abandonné en 1933 alors que l'Entente interdépartementale du Limousin édifiait l'hôpital-sanatorium du Cluzeau à Limoges. Le domaine de Bellegarde sera finalement aménagé en sanatorium par la municipalité de Châteauneuf, ce dont le médecin Emile Sergent se félicitait jugeant qu'« il n'est point nécessaire de construire des bâtiments luxueux, [...] il peut suffire d'aménager des maisons de campagne, des propriétés à vendre ». S.a., *Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs*, Limoges, 1934. A.D. de la Haute-Vienne, BR 3404.

[1353] Guinard 1925, p. 225.

[1354] Conseil général de l'Hérault, extrait du P.V. des délibérations, séance du 8 octobre 1919, rapport de l'inspecteur général Monod sur l'utilisation de l'immeuble dit « sanatorium de Bayssières », p. 304. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.

[1355] Lettre du 17 février 1925 du président de l'Office départemental d'hygiène au préfet de la Saône-et-Loire. A.D. de la S.&.L, 1X69.

[1356] Chaumont 1977, p. 50.

[1357] Le cloisonnement des chambres, toutefois, dut être entièrement modifié dans ce bâtiment car les fenêtres, orientées à l'est ou à l'Ouest, « sont mal placées, ce qui nuit à l'aération et à l'insolation ». La construction d'une galerie couverte reliant le château au service médical est envisagée pour faciliter le service. Projet de rapport sur l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses par les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne et sur le plan général d'hospitalisation des tuberculeux de ces deux départements, s.d. [1927], A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.

d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Seine[1358]. L'office y réalisa d'importants travaux de réaménagement et d'extension. En 1935, du fait de la crise et d'investissements financiers trop ambitieux, le médecin Hervé se déclara en faillite et les sanatoriums des Pins (Loir-et-Cher) et des Escaldes (Pyrénées-Orientales), dont il était propriétaire, furent mis aux enchères ; ils ne trouveront toutefois pas d'acheteur avant la guerre[1359]. En 1933, du fait de la crise, la Fondation des villages climatériques de haute altitude, propriétaire du sanatorium de Plaine-Joux (dont le chantier avait été arrêté en 1930 au niveau du rez-de-chaussée) était dans l'incapacité financière de l'achever et souhaita céder l'établissement à l'Etat[1360]. En 1937, alors que le sanatorium de Saint-Jodard venait de fermer ses portes, le conseil général de la Loire cherchait une solution pérenne pour l'hospitalisation de ses malades : plusieurs établissements lui furent proposés, dont le vieux sanatorium d'Aubrac (Aveyron, 1902), transformé de depuis de nombreuses années en hôtel, mais qui fut jugé trop mal adapté à ce que l'on souhaitait en faire ; le sanatorium du Sermay à Hauteville (Ain), que son propriétaire, le médecin Philip, avait mis en vente ; le sanatorium inachevé de Plaine-Joux, au Plateau d'Assy (Haute-Savoie), qu'Alexandre Bruno proposait d'adapter aux exigences d'un établissement départemental. Dans ce dernier cas, les modifications n'étaient pas évidentes car le gros œuvre était déjà partiellement construit et l'architecte sollicité par Bruno – brouillé avec Abraham et Le Même depuis 1936 –, Charles Goulard, ne proposa qu'une solution bâtarde constituée d'un petit bâtiment de 100 lits posé sur une grande terrasse (déjà bâtie) et dont les chambres n'étaient qu'une vague réminiscence de la proposition initiale d'Abraham et le Même (plan 74-17).

D'un point de vue technique, la reconversion d'un établissement privé en sanatorium populaire n'allait pas sans poser quelques difficultés : pour des raisons de coût et de « rendement », il était en effet impossible de maintenir la distribution préexistante, généralement constituée de chambres individuelles ou à deux lits. Au sanatorium Belligneux (Ain), acquis par la Seine pour y placer ses malades de sexe masculin, les architectes Louis Feine* et Paul Tournon* transformèrent des groupes de deux chambres individuelles en dortoirs de quatre à cinq lits ; la capacité de l'établissement passa ainsi de 250 lits en 1931, à 720 lits en 1935 ; les espaces collectifs durent être augmentés en proportion. Les balcons de cure furent également élargis au moyen d'une « ossature métallique montée en avant de celle existante »[1361] permettant d'accueillir tous les malades. Des aménagements similaires furent réalisés au sanatorium Grand Hôtel à Hauteville, situé à proximité immédiate du précédent et acquit par la Seine pour ses tuberculeuses. Les architectes augmentèrent encore la capacité des établissements en prolongeant latéralement les bâtiments au moyen de nouvelles ailes de cure aménagées en dortoirs.

La seconde option, qui consistait à créer un sanatorium dans des bâtiments existants utilisés pour un autre usage, était plus fréquemment adoptée. La plupart des sanatoriums créés en France à la fin du XIX^{e} siècle l'avaient été dans des bâtiments existants (Villepinte, Canigou, Durtol, Trespoey, Avon, Champrosay, etc.) et, les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1893), Angicourt (Oise, 1900) et Hauteville (Ain, 1900) avaient été les premiers sanatoriums bâtis à neuf. Dans ceux moins bien équipés, les

[1358] La conversion de ces deux établissements en sanatoriums populaires suscita d'ailleurs une vive opposition du conseil municipal qui craignait, avec cet afflux de malades pauvres, un déclassement de la station d'Hauteville. Le syndicat d'initiative de la station d'Hauteville dénonçait notamment « l'énorme préjudice matériel et moral qui leur est causé par la transformation des sanatoria privés en établissements d'Assistance [...]. L'acquisition par les départements ou par l'Etat d'établissements destinés au traitement de la clientèle de moyenne condition qui fréquente la station, nous paraît être un élément désorganisateur de la lutte contre la tuberculose dans notre pays. Cette clientèle ne trouve déjà en France que des places en nombre insuffisant ; elle devra se rendre désormais à l'étranger pour trouver les organisations nécessaires à son traitement [...]. Il est facile de démontrer que l'installation des sanatoria populaires dans des établissements privés destinés à la clientèle aisée, coûte plus cher, demande un temps presque égal et gaspille d'une façon regrettable les deniers de l'Etat et nos ressources nationales ». Le comité du Syndicat demanda ainsi au ministre de « refuser systématiquement toute subvention aux départements ou aux communes qui se proposeraient d'installer des sanatoria populaires dans les sanatoria destinés à la clientèle privée, dans toutes les stations climatiques classées ». Archives de l'institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.01 Ain.

[1359] La vente aux enchères du sanatorium des Escaldes eut lieu le 25 mai 1935 mais il n'y eut vraisemblablement pas d'acheteur. Nous avons retrouvé cet avis de mis aux enchères dans les archives départementales de la Savoie (7 N 61), le conseil général, qui venait d'inaugurer un sanatorium pour femmes à Hauteville, souhaitait peut-être s'équiper d'un second établissement pour les hommes. Il fut finalement acquis en 1942 par l'Institut national d'action sanitaire des assurances sociales qui en fit l'un des premiers sanatoriums français pour tuberculoses mixtes (pulmonaires et extra-pulmonaires) ; le sanatorium des Pins ne fut acheté qu'en 1950 par le conseil général du Loir-et-Cher et la Fédération nationale des combattants prisonniers de guerre. Tanguy 2004, p. 133.

[1360] « Le plateau de Plaine-Joux Mont-Blanc peut permettre l'édification dans des conditions hygiéniques optima, d'un groupe pour 600 malades ». Lutte antituberculeuse, station d'altitude de Plaine-Joux, lettre du 15 fév. 1933. A.D. de la H^{te}-Savoie, fonds Le Même.

[1361] Sanatorium Belligneux à Hauteville (Ain), descriptif des travaux, travaux d'architecture, mars 1933. A.D. de Paris. D 12 N^{4} 40.

campagnes d'extension ou de reconstruction (à Villepinte en 1886, à Ormesson en 1892) avaient permis de doter les établissements d'équipements à la hauteur des exigences thérapeutiques. Peu d'œuvres philanthropiques, en effet, avaient des moyens comparables à ceux de la Société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris qui avait acheté, en 1900, le domaine de Bligny, en avait fait détruire le château et édifier à sa place le sanatorium Despeaux-Rubod. Pendant la guerre, l'installation des stations et des hôpitaux sanitaires dans des couvents, séminaires, casernes et châteaux avait inauguré une pratique appelée à perdurer, sous diverses formes, jusqu'au milieu des années trente. Les anciens domaines aristocratiques et leurs châteaux construits sous l'Ancien régime ou au XIX[e] siècle constituaient un réservoir foncier qui fut amplement mis à contribution pour l'installation de sanatoriums. Martin Rideau ne s'opposait pas à cette pratique, « à condition qu'il s'agisse d'un sanatorium de luxe et que les possibilités financières permettent ce léger supplément » et que le domaine, « que l'on a choisi comme étant mieux placé que tout autre, contien[ne] un bâtiment qui pourra être utilisé pour les services administratifs ou médicaux »[1362]. Pendant la guerre, un grand nombreux d'établissements militaires, publics ou assimilés avaient été aménagés dans des châteaux[1363] ; dans les années vingt, ce type d'installation sera surtout l'apanage des sanatoriums privés[1364] dont le développement répondait au manque de place dans les établissements publics. Parfois prestigieux, ces bâtiments correspondaient à l'image mythique attachée aux établissements de cure ; ils offraient également les importantes surfaces bâties nécessaires au logement des malades ainsi que les espaces extérieurs pour la pratique de la cure d'air. A la fin des années vingt, un grand nombre d'associations philanthropiques et de conseils généraux opteront pour cette formule[1365].

Dans la plupart des établissements privés pour malades payants, les tuberculeux étaient habituellement logés dans les bâtiments anciens, parfois équipés d'une ou de plusieurs galeries de cure correctement orientées, comme dans les sanatoriums de Neufmoutiers-et-Brie (Seine-et-Marne, 1931, cat. 77-05A) et de la Droitière (Loire-Atlantique, 1932, cat. 44-06A). Au sanatorium des Fougerays (Loire-Atlantique, 1927, cat. 44-02), les malades étaient logés intailement dans le château puis dans une nouvelle aile d'hospitalisation bâtie en 1932[1366]. Dans les établissements publics ou privés assimilés, au contraire, les bâtiments existants (châteaux, communs et annexes) n'accueillaient en règle générale que les services administratifs, techniques et médicaux, tandis que les malades étaient logés dans des ailes d'hospitalisation bâties à neuf et répondant plus efficacement à la législation sanatoriale en vigueur, à laquelle les établissements privés n'étaient pas soumis. Ils suivaient en cela les recommandations formulées dès 1917 par Frédéric Dumarest concernant la réutilisation de bâtiments préexistants :

[1362] Rideau 1932, p. 80.

[1363] Parmi lesquels nous pouvons mentionner les stations sanitaires de Seyssuel (Isère, 1927), Monbran (Lot, 1917), Engayresque (Aveyron, 1917), la Meynardie (Dordogne, 1917), Canteleu (Saine-Maritime, 1918), les sanatoriums de la Société de secours aux militaires tuberculeux du château d'Angeville à Hauteville-Lompnès (Ain, 1917) et de Mardor à Couches-les-Mines (Saône-et-Loire, 1918), les sanatoriums créés par le Comité départemental du Rhône pour l'Assistance aux anciens militaires réformés pour tuberculose dans les châteaux du Montet (Rhône, 1917) et de Bayères (Rhône, 1918), le sanatorium des Mélèzes, aménagé par l'Etat belge dans le château de Job (Puy-de-Dôme) en 1918, le sanatorium de la Croix-Rouge américaine au Plessis-Robinson (Hauts-de-Seine, 1917) et celui de la Croix-Rouge française au château de Bel-Air, à la Membrolle-sur-Choisille (Indre-et-Loire, 1920).

[1364] S'agissant des établissements privés, ouverts aux malades payants, nous pourrions citer le sanatorium de la Croix-Montoire, à Tours (Indre-et-Loire, 1920) ; le sanatorium du Bois-Grolleau, à Cholet (Maine-et-Loire, 1922) ; le sanatorium du Château de Villevaudé, à Claye-Souilly (Seine-et-Marne, 1925) ; le sanatorium des Fougerays, à Châteaubriant (Loire-Atlantique, 1927) ; le sanatorium de la Roche, au Plessis-Chesnay (Essonne, années vingt) ; le sanatorium du Vert-Logis, à Fontainebleau (Seine-et-Marne) ; le sanatorium de la Montagne, à Cormeilles-en-Parisis (Val-d'Oise, années vingt) ; les sanatoriums de la Fondation Léopold Bellan à Magnanville (Yvelines, 1929) et Chaumont-en-Vexin (Oise, années vingt) ; le sanatorium de Vion, à la Tour-du-Pin (Isère, 1930) ; le sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1931) ; le sanatorium de la Droitière à Mauve-sur-Loire (Loire-Atl., 1932).

[1365] l'Office d'hygiène publique et de préservation antituberculeuse de la Seine avec les sanatoriums de Taverny (Val-d'Oise, 1921), de Grolay (Val-d'Oise, 1922), d'Yerres (Essonne, 1924) et de Franconville (Val-d'Oise, 1924), le sanatorium de Chanteloup, à Sainte-Savine (Aube), qui avait accueilli pendant la guerre un hôpital militaire écossais ; le sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1932), installé par la Renaissance Sanitaire dans le domaine du même nom ; le sanatorium des chemins de fer de l'Est de Séricourt (Seine-et-Marne, 1929) ; le sanatorium du Château de Cauneille, à Peyrehorade (Landes, 1931) ; le sanatorium de Bodiffé (Côtes-du Nord, 1933) ; le sanatorium d'Aincourt (Seine-et-Oise, 1932), le sanatorium interdépartemental (Charente et Deux-Sèvres) de la Grolle-Saint-Bernard, à Touvérac (Charente, 1933) ; le sanatorium municipal de Bellegarde-les-Fleurs à Chateauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne, 1934) ; le sanatorium de Maubreuil, à Carquefou (Loire-Atlantique, 1934). Cette pratique se poursuivit même après la Seconde Guerre Mondiale avec le projet d'aménagement d'un centre pour malades non sanatoriables au château de Lamanon (Bouches-du-Rhônes, 1949, non réalisé), l'installation du sanatorium départemental de Maine-et-Loire au château de Tressé, à Pouancé (Maine-et-Loire, 1951), la création des sanatoriums de la Caisse régionale de sécurité sociale de la région parisienne aménagés dans le château de Beaurouvre à Blandainville (Eure-et-Loire, 1950) et dans le château de Bassy (Dorgogne, 1953) ou le sanatorium de la fondation Gérard Coulon, dans le château du Grand Lucé (Sarthe, 1956).

[1366] Sanatorium des Fougerays, dépliant publicitaire réalisé à l'occasion de l'ouverture de la nouvelle aile, s.d. [*ca.* 1932]. Coll. de l'aut.

Il est nécessaire, expliquait Dumarest, *que les constructions en question soient spacieuses, neuves ou en bon état d'entretien, largement aérées et éclairées [...]. Car il ne faut pas perdre de vue que, dans l'hypothèse la plus favorable, les bâtiments anciens ne pourront servir qu'à loger les services généraux et le personnel. De toutes façons, les pavillons des malades, dortoirs et galeries de cure seront à créer.*[1367]

Cette règle connut quelques exceptions : dans le sanatorium de l'Office d'hygiène publique de la Seine, à Yerres (Essonne, 1924, cat. 91-08), les malades étaient directement logés dans le château dont les trois étages de la façade sud avaient été équipés de galeries de cures ; disposition également adoptée au sanatorium municipal de Châteauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne, 1934). Au sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1923, cat. 95-02A), les malades avaient été logés dans un premier temps au château, puis dans une nouvelle aile de cure inaugurée au milieu des années vingt. De la même façon, le sanatorium de Bel-Air (Indre-et-Loire, 1921) fonctionna à ses débuts dans les seuls locaux du château du même nom. Chargé par le C.N.D.T de son inspection en 1921, Küss estimait que l'architecte avait « tiré remarquablement parti de toutes les ressources de ce château »[1368], notamment en creusant un sous-sol pour y installer les services généraux et en créant des chambres « répond[ant] aux nécessités du traitement sanatorial »[1369]. Comme à Franconville, une nouvelle aile de cure fut construite à Bel-Air à la fin des années vingt. Les historiens Dominique Dessertine et Olivier Faure remarquent ainsi que « la réalité du sanatorium des années vingt est plus souvent celle d'un bâtiment hâtivement reconverti que d'une construction modèle »[1370] ; il faudra effectivement attendre la fin de la décennie, et surtout le début des années trente, pour voir surgir les grands établissements de cure qui, plus que les précédents, contribueront à fonder un imaginaire de modernité attaché aujourd'hui encore aux sanatoriums.

Le ministère de l'hygiène n'avait pas de position officielle sur ce sujet et laissait les administrations locales libres de leurs choix. La position du C.N.D.T. n'était pas plus tranchée : il se voulait avant tout pragmatique, étant conscient des capacités financières inégales des départements. Les délégués techniques du C.N.D.T. recommandaient ainsi fréquemment la création – ne serait-ce que provisoire – de sanatoriums dans des bâtiments existants et il leur était fréquemment demandé de vérifier l'adéquation des bâtiments pressentis pour un usage sanatorial avec les prescriptions techniques en vigueur. En mission dans le Cantal en 1923, le délégué technique Evrot remarquait ainsi qu'il « ne saurait être admissible que ce département construise un sanatorium, il est préférable qu'il fasse un contrat avec Le Montet [dans l'Allier] et Pignelin [dans la Nièvre], pour des cas absolument justiciables de la cure sanatoriale et que, pour les autres malades, il aménage chez lui un service hospitalier qui serait un modèle d'installation »[1371]. Le Cantal ne possédait en 1923 ni dispensaire, ni sanatorium ; dix ans plus tard, la situation avait peu évolué (seuls quelques dispensaires avaient été créés) et le C.N.D.T. maintenut sa position[1372]. Dans le cas de la Haute-Vienne, Evrot estimait en 1925 que les « deux pavillons presque inutilisés » de l'hospice de Rochechouart et celui de l'hôpital militaire de Bellac, offraient « des possibilités intéressantes » pour l'aménagement d'un hôpital-sanatorium[1373]. Ses considérations étaient avant tout pragmatiques :

Il n'y a pas de solution plus économique préférable à celle qui consisterait pour le département à racheter ce bâtiment à l'autorité militaire, à l'utiliser et à y installer un hôpital-sanatorium destiné aux deux sexes [...] ; cette création d'un hôpital-sanatorium permettrait de résoudre facilement le vœu présenté au conseil général

[1367] Dumarest fut sollicité pour donner un avis sur le projet de sanatorium envisagé par le maire de Lyon, Herriot, pour lequel Tony Garnier élaborera quelques mois plus tard son projet de sanatorium franco-américain. Dumarest, rapport présenté à M. le maire de Lyon par la commission chargée de rechercher un emplacement pour une colonie agricole de tuberculeux, jan. 1917. Archives des H.C.L., 1 LP 1153.
[1368] Rapport du Dr Küss, visite du 11 janvier au sanatorium de Bel-Air [s.d., *ca.* 1921]. Archives de l'Inst. Pasteur, fonds du C.N.D.T.
[1369] Evrot, Organisation antituberculeuse en Indre-et-Loire, déc. 1932. Archives de l'Inst. Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.33.
[1370] Dessertine & Faure 1988, p. 75
[1371] Voyage du Dr. Evrot, délégué technique, juillet 1923, Cantal. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du CNDT.DPT.13 Cantal.
[1372] Royer notait en 1933 : « Il semble que le département du Cantal aurait avantage, pour le moment, à limiter ses vues à l'augmentation du nombre de dispensaires et à la création dans l'un de ses hôpitaux urbains, à Aurillac par exemple, d'un centre spécialisé de traitement pour tuberculeux. Pour la cure sanatoriale proprement dite, il pourrait conclure des contrats avec des établissements situés dans d'autres départements, ces accords étant rendus plus aisément réalisables maintenant par l'augmentation de nos disponibilités sanatoriales » La recommandation de créer un service hospitalier fut suivie par les hospices d'Aurillac qui firent bâtir un pavillon de tuberculeux, inauguré en 1936. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.13 Cantal, Projet d'aménagement d'un sanatorium à La Bégut (Cantal), Dr. Royer, 20 décembre 1933.
[1373] Lettre du 28 septembre 1925 de l'Association départementale antituberculeuse au préfet. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.

et au lieu de construire un sanatorium coûteux, de passer avec la Meynardie [sanatorium départemental de la Dordogne voisine], *en construction, un contrat pour un petit nombre de tuberculeux.*[1374]

En Haute-Vienne, les autorités locales se montrèrent plus ambitieuses que les représentants du C.N.D.T. : le conseil général refusa ces deux propositions et l'Association départementale de lutte antituberculeuse fit le choix de construire. Au cas où les moyens financiers auraient fait défaut, le conseil général disposait d'une solution de repli consistant à installer les tuberculeux dans les dépendances de l'asile de vieillards de Chastingt, près de Limoges[1375].

La plupart des médecins jugeaient en effet préférable de construire à neuf les nouveaux établissements de cure. Dès 1917, Küss et Fournez rappelaient que l'utilisation de bâtiments existants, si elle semblait offrir « une grande économie et d'argent, et surtout de temps », était « difficile à réaliser ». Ils insistaient notamment sur la dimension « illusoire » de ces économies, peut-être effectives à court terme, mais moins évidentes à long terme. Il était surtout difficile de trouver un ensemble bâti présentant les caractéristiques techniques et climatiques propices à la cure :

Nous avons cherché de tous les côtés des constructions répondant à cette conception éminemment simple, rappelaient-ils, *mais [...] nous n'avons pu retenir aucune offre sérieuse :[...] ou bien les bâtiments que l'on trouve s'adaptent imparfaitement à leur nouvelle destination, ou bien c'est la situation géographique, les conditions climatériques ou l'orientation qui est contre-indiquée [...]. Il n'est pas douteux que l'installation d'un sanatorium dans des bâtiments existants en vue d'une autre affectation entraînera néanmoins des dépenses élevés pour n'aboutir qu'à un résultat qui sera toujours médiocre. On n'obtiendra jamais qu'un établissement de cure défectueux et impossible à perfectionner. L'économie d'argent que cette solution permettrait de réaliser serait acquise au détriment des malades.*[1376]

A ceux qui s'opposaient à la construction de bâtiments neufs pour des raisons de coût, le médecin chef des dispensaires de Maine-et-Loire, Amsler, répondait « qu'il en coûte presque autant de réaliser des organisations "à peu près" appropriées à leur destination. Par la suite, ajoutait-il, il faut procéder à des mises au point, à des améliorations et cela n'est jamais bien. Lorsqu'on se place en face de problèmes aussi importants, il convient de les aborder de front et de ne pas se contenter de vagues "rattrapages" qui ne contentent personne »[1377]. Le conseil général de Maine-et-Loire engagea ainsi d'interminables discussions afin de savoir s'il était préférable d'acheter le château de Pouancé pour y installer un sanatorium départemental ou s'il fallait construire un bâtiment neuf. A un conseiller général qui s'interrogeait sur la possibilité « d'économiser un certain nombre de millions » en optant pour la première solution, le préfet répondait sans ambiguïté : « Nous aurions pu ainsi, sans doute, diminuer sensiblement nos perspectives de dépenses mais de tels bâtiments ne correspondent pas aux besoins que nous voulons servir, car nous entendons construire un sanatorium moderne. [...] On ne peut convertir un château en service hospitalier organisé comme doit l'être celui que nous voulons créer »[1378].

Dans une thèse de médecine sur la conception des sanatoriums, Martin Rideau se déclarait également hostile à l'installation de sanatoriums dans des bâtiments existants :

Il est difficile de trancher le problème que beaucoup discutent longuement de savoir s'il vaut mieux faire achat d'une automobile neuve ou d'une automobile d'occasion. De même, beaucoup discutent pour savoir si un sanatorium ne peut pas être simplement l'adaptation de vieux bâtiments, ou doit nécessiter la construction d'un établissement spécial. Je suis certainement de l'avis de ceux qui disent qu'en matière de sanatorium, "l'anatomie importe peu, la physiologie seule importe" ; mais un corps sain étant susceptible d'un meilleur fonctionnement, cela ne nous ramène-t-il pas à considérer comme essentiel le point de vue de l'anatomie. [...] Nous avons assez converti de vieux couvent en hôpitaux, et ce n'est pas à l'heure où l'on s'aperçoit qu'un hôpital doit être un hôpital, au jour où toutes les grandes villes considèrent comme indispensable la

[1374] *Ibidem.*
[1375] Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1376] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 35.
[1377] Amsler 1929, p. 12.
[1378] Projet de sanatorium à Boudré, séance du conseil général du 29 octobre 1931. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20. Ironie du sort, le projet de construction du conseil général à Boudré ne pourra, pour des raisons budgétaires, être réalisé, et le département devra finalement revenir, vingt ans plus tard, à la première solution et installer ses tuberculeux au château de Pouancé (ouvert en 1951).

reconstruction de leurs hospices suivant des types modernes, qu'il devrait sembler judicieux de battre les campagnes à la recherche d'un château à vendre, qui réponde à peu près par sa situation aux conditions élémentaires que suppose l'installation d'un sanatorium.[1379]

Il jugeait notamment superflues les dépenses nécessaires à la transformation de ces châteaux en sanatoriums : « ou bien le bâtiment sera utilisé pour les malades, et alors il y aura peut-être lieu d'invoquer le principe d'économie, mais il sera difficile de les placer dans les conditions les meilleures, ou bien le bâtiment ne sera affecté qu'aux services, et il sera illusoire de parler d'économie, alors qu'il n'est pas besoin d'un château pour abriter des laboratoires et des services »[1380]. Les projets affectant les bâtiments existants aux seuls services administratifs et de nouveaux bâtiments aux malades s'apparentaient, en somme, à des créations *ex nihilo*. Il était sans doute difficile de trouver un terrain vierge de toute construction, contenant plusieurs dizaines d'hectares d'un seul tenant, en grand partie boisé, situé dans un lieu abrité des vents, éloigné des agglomérations et en même temps facilement accessible. Les anciens domaines nobiliaires réunissaient fréquemment toutes ces caractéristiques. Les collectivités locales étaient d'ailleurs moins intéressées par les bâtiments imposants, parfois prestigieux ou d'une valeur artistique certaine, que par les terrains que comprenaient ces domaines. Rachetant, au début des années vingt, le domaine de Franconville (Val-d'Oise), l'Office d'hygiène publique de la Seine était sans doute plus intéressé par sa situation géographique privilégiée – la commune de Saint-Martin-du-Tertre, « balcon de l'Ile-de-France », est en effet l'un des points les plus élevés de la région – que par le château construit à la fin du XIX^{e} siècle. A Tours, le sanatorium privé de la Croix-Montoire avait été installé en 1920 dans un château situé sur une colline élevée d'une cinquantaine de mètres qui était l'un rares endroits de la région à l'abri de l'humidité de la Loire[1381]. Du reste, la situation économique à la fin des années vingt était propice à ce genre d'acquisition : les fortunes s'évanouissaient aussi vite qu'elles avaient été faites et la crise économique du début des années trente ne fera qu'amplifier ce phénomène. Il est probable, même s'il est difficile d'étayer cette hypothèse, que les assemblée départementales purent acquérir à bon prix ces grands domaines – « on en trouve, hélas ! beaucoup aujourd'hui »[1382], rappelait Emile Sergent en 1934 – devenus hors de portée des œuvres privées et philanthropique. La formule suggérée en 1917 par Dumarest, consistant à installer les services généraux dans les bâtiments existants et les malades dans de nouveaux bâtiments, était devenue courante dans les années vingt. En 1926, l'Association de lutte antituberculeuse de la Haute-Vienne conçut en ces termes le programme de son futur hôpital-sanatorium :

En admettant que nous trouvions une propriété bien située et pourvue de bâtiments, le programme à donner à l'architecte serait le suivant : 1° Installer dans les bâtiments existants les services généraux : directions, consultations, radiologie, laboratoires, logements du personnel, désinfection ; 2° Construire un hôpital-sanatorium pour femmes ; 3° Construire un hôpital-sanatorium pour hommes. Ces deux bâtiments entièrement isolés l'un de l'autre, mais communicant avec les services généraux [...].[1383]

Les sanatoriums départementaux de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1933), de Maubreuil (Loire-Atlantique, 1934), d'Aincourt (Val-d'Oise) et de Franconville (Val-d'Oise) développent ce modèle dans de vastes proportions, allant jusqu'à faire oublier la présence d'un château à proximité du sanatorium.

2.4.4. Le placement des malades hors-département : facilités et limites du système.

L'article 5 de la loi du 7 septembre 1919 autorisait le placement des malades relevant de l'A.M.G. en dehors de leur département d'origine[1384]. A nouveau, cette disposition était motivée par des raisons pragmatiques : plutôt que d'obliger tous les départements à construire – ce qui aurait nécessairement

[1379] Rideau 1932, p. 79.
[1380] *Idem*, p. 80.
[1381] Evrot, Sanatorium de la Croix-Montoire, 26 mais 1920. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.33.
[1382] S.a., *Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs*, Limoges, s.n., 1934, p. 40. A.D. de la Haute-Vienne, BR 3404.
[1383] Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1384] « Les départements qui ne possèdent pas de sanatoriums où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de cinq ans [...] d'assurer cette hospitalisation en passant un traité à cet effet avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé. » J.O. 9 septembre 1919, p. 9730.

pénalisé les départements dont le climat était contre-indiqué pour la cure hygiéno-diététique –, l'administration avait choisi d'optimiser le fonctionnement des établissements existants en y envoyant les malades en provenance des départements qui ne pouvaient les prendre en charge. Les sanatoriums existants étaient donc ouverts, sans restriction, aux malades de tous les départements de France. Pour faciliter la recherche des places disponibles, le ministre de l'hygiène transmit à tous les préfets, en décembre 1921, la liste des sanatoriums agréés dans lesquels les départements dépourvus de structures antituberculeuses pouvaient envoyer leurs malades. Cette liste comptait 84 sanatoriums[1385], dont 29 établissements marins et 55 sanatoriums pour malades pulmonaires, de plaine et d'altitude. Vingt-sept seulement étaient publics (assimilés ou mutualistes), les autres relevant du privé. Selon le ministre, « aucune admission ne [devait] avoir lieu dans un sanatorium privé, sans autorisation », excepté dans le cas des malades relevant de l'A.M.G. et pour lesquels les départements auraient passé un « traité régulier ». Au début des années vingt, le placement des malades dans les sanatoriums publics était réalisé avec une certaine souplesse : il convenait en effet de favoriser la fluidité des admissions afin d'assurer le fonctionnement des établissements en "flux tendu" car les capacités d'hospitalisation ne permettaient pas de répondre à toutes les demandes. Appliquer trop strictement les conditions de placement prévues par la loi Honnorat (qui imposait l'existance de conventions en bonnes et dues formes) aurait entravé le placement des malades et augmenté les délais d'attente, déjà longs parfois de plusieurs mois. En réduisant les formalités administratives, les malades qui ne pouvaient être pris en charge, faute de place, dans les sanatoriums publics complets étaient placés sans difficultés dans des établissements plus éloignés, voire dans des sanatoriums privés ; ces derniers accueillaient habituellement le surplus de malades relevant du public. Le placement des malades relevant de l'A.M.G. dans les établissements privés ne devait toutefois pas être trop encouragé car cete formule aurait incité les départements à se dédouaner de leurs responsabilités : ces placements furent donc toujours conditionnés à l'établissement de conventions départementales. Pour augmenter la fluidité du système, le ministère de l'hygiène autorisa donc au début des années vingt les départements à envoyer leurs malades dans les sanatoriums publics sans exiger de convention préalable. L'avantage était double puisque les départements n'avaient pas à réserver à l'année un nombre défini de lits mais pouvaient se contenter de placer dans les établissements de leur choix le nombre exact de malades envoyé par les dispensaires ; les établissements, de leur côté, admettaient les malades en fonction des demandes, sans craindre de devoir laisser momentanément vacants les lits réservés par conventions à tel ou tel département. Pour les deux parties, ce système informel garantissait un meilleur rendement et la maîtrise des coûts. Dans l'idée, peut-être, de susciter de nouvelles créations, le ministère privilégiait ainsi les

[1385] A.D. du Gard, 5 M 207. Nous en reproduisons ici la liste classée par départements : 01 : Angeville (privé, 154 lits pour femmes), Mangini (public, 135 lits pour hommes et femmes), Bellecombe (public, 53 lits pour hommes), sanatorium Dumarest (privé, 70 lits) ; 03 : Le Montet (public, 250 lits) ; 06 : Menton Maison russe (public, 70 lits pour hommes), Gorbio (service de santé militaire), Courmettes (privé, 50 lits pour hommes et femmes) ; 12 : Fenaille (privé, 65 lits) ; 14 : « Les enfants heureux » à Saint-Aubin (60 lits pour osseux et granglionnaires) ; 16 : Saint-Trojan (privé, 500 lits pour enfants) ; 23 : Sainte-Feyre (assimilé, 102 lits pour hommes et femmes) ; 25 : Villeneuve-d'Amont (privé, 78 lits pour militaires) ; 29 : Plougonven (public, 192 lits pour hommes), Roscoff (privé, 300 lits) ; 30 : Mont-Duplan (privé, 10 lits) ; 33 : Feuillas (public, 107 lits pour hommes et femmes), Moulleau (privé, 85 lits), Moutchic (privé, 500 lits), Arcachon (privé, 400 lits) ; 34 : Bon Accueil (public, 75 lits) ; 37 : Bel-Air (privé, 75 lits pour hommes) ; 38 : Seyssuel (public, 163 lits pour hommes et femmes) ; 41 : Lamotte-Beuvron (privé) ; 42 : Saint-Jodard (public, 333 lits pour hommes et femmes), Chavannes (assimilé, 120 lits) ; 44 : Mindin (public, 120 lits), Pen-Bron (privé, 500 lits) ; 45 : La-Chapelle-Saint-Mesmin (public, 40 lits pour hommes et femmes), Chécy (privé, 20 lits pour hommes), Beauregard (privé, 15 lits pour femmes) ; 46 : Montfaucon (public, 180 lits pour hommes et femmes) ; Monbran (privé, 73 lits pour hommes et femmes) ; 53 : Clavières (public, 100 lits) ; 56 : Moncan (privé, 40 lits), Kerpape (mutualiste, 160 lits) ; 58 : Pignelin (public, 130 lits pour femmes) ; 59 : Zuydcoote (privé, 1500 lits) ; 60 : Angicourt (public, pour femmes) ; 62 : Institut des Sables (privé, 100 lits), Polyclinique Leclerc (80 lits), Sanatorium de l'Oise (privé, 300 lits), Calot (privé, 250 lits), P. Amman (privé, 95 lits), A.P. de Paris (public) ; 63 : Les Roches (public, 87 lits pour hommes et femmes), Enval (privé, 23 lits pour hommes et femmes), Saint-Jean-des-Ollières (privé, 50 lits pour femmes), Durtol (privé, 50 lits pour femmes) ; 64 : Trespoey (privé, 35 lits pour hommes et femmes), Ramonhaut à Gan (privé, 35 lits pour hommes et femmes), Cambo (privé, 45 lits pour hommes et femmes), Franclet (privé, 28 lits pour femmes), Handaye (public), Biarritz (privé, pour hommes), Larressore (public, 200 lits pour hommes) ; 67 : Hôpital orthopédique Neuhof (privé, 100 lits) ; 69 : Bayère (privé, 45 lits pour hommes) ; 71 : La Guiche (public, 230 lits pour hommes), Mardor (privé, 70 lits pour hommes) ; 75 : Larue (privé, 28 lits pour femmes) ; 76 : Oissel (public, 130 lits pour hommes), Saint-Etienne-du-Rouveray (50 lits pour femmes) ; 78 : Ballainvilliers (privé, 43 lits pour femmes), Bligny (privé, 358 lits pour hommes et femmes), Ris-Orangis (privé, 120 lits pour hommes), Groslay (public, 60 lits pour femmes), Versailles Ombrages (privé, 70 lits pour femmes), Ormesson (privé, 100 lits pour femmes), Taverny (public, 150 lits pour femmes), Villepinte (privé, 440 lits pour femmes), Villiers-sur-Marne (privé, 150 lits pour hommes), Yerres (public, 75 lits pour hommes) ; 83 : Valmer à Hyères (privé, 40 lits pour hommes), Renée Sabran (privé, 190 lits pour femmes), Pradet (privé, 15 lits pour femmes), Sylvabelle (privé, 40 lits), La Pouverine (privé, 15 lits pour hommes et femmes), Alice Fagniez (privé, 42 lits pour femmes). Cette liste pourra être comparée à celle fournie en 1924 par l'inspection générale des services administratifs (Gravereaux 1924, p. 42-43).

établissements publics auxquels il garantissait un taux d'occupation maximum. La plupart des départements avaient toutefois recours aux services des sanatoriums privés conventionnés pour accueillir les quelques malades que les établissements publics ne pouvaient, faute de place, prendre en charge. Ce mode d'hospitalisation, qui permettait à de nombreux départements de faire l'économie de la construction et de l'entretien d'un sanatorium, n'était toutefois pas sans inconvénients.

Lits de propriété et lits de priorité.

Les départements qui ne disposaient pas de sanatorium départemental mais souhaitaient assurer le placement de leurs malades pouvaient passer des conventions avec les sanatoriums publics ou assimilés. Ces conventions étaient relativement contraignantes car elles engageaient les collectivités signataires pour un nombre déterminé de lits qu'il n'était pas possible de faire varier en fonction du nombre réel de malades. Dans les établissements nouvellement construits, les départements pouvaient se porter acquéreur, par convention, de « lits de propriété » ou de « lits de priorité ». Les premiers étaient « tenus à la disposition constante de la partie contractante qui, en contre partie de la faculté qu'elle a d'en disposer à n'importe quel moment, paie le prix de la journée, même si les lits sont momentanément inoccupés » ; les seconds, au contraire, étaient « mis à la disposition des co-contractants de préférence à tous les autres demandeurs, [ils ne pouvaient] être occupés qu'au fur et à mesure des vacances disponibles, sur convocations adressées en temps opportun par les soins du médecin-directeur de l'établissement »[1386]. Du fait de la pénurie chronique de lits de tuberculeux dans les années vingt, les sanatoriums n'eurent à cette époque aucune difficulté à imposer ces conditions contraignantes[1387]. Les lits de propriété devaient être achetés par les départements contractant au prix de revient estimé lors de la construction. Le financement des nouveaux établissements, privés comme publics, pouvait ainsi être consolidé par la mise en vente, avant même le début du chantier, "sur plans" pour ainsi dire, d'un certain nombre de ces « lits de propriété ». Pour la construction du sanatorium de Parigné-Lévêque, par exemple, l'Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Sarthe, maître d'ouvrage du projet, encouragea la souscription de « lits individuels » pour les particuliers les plus aisés, et de « lits de corporation » par les groupes socio-professionnels les plus divers (agriculteurs, banquiers, fonctionnaires, industriels, médecins et pharmaciens, mutualistes, négociants, fonctionnaires, syndicats, « propriétaires », etc.) jusqu'à concurrence de 30% du montant des travaux[1388]. Ce mode de financement était particulièrement recherché en raison des difficultés – croissantes durant l'entre-deux-guerres – à toucher effectivement les subventions promises par l'Etat ; nous aurons l'occasion d'y revenir. En 1924, l'inspecteur général adjoint des services administratifs, Gravereaux, mentionnait le cas d'un sanatorium public qui, pour amortir les dépenses de premier établissement, pratiquait une majoration de 10% de son prix de journée dans les traités passés avec d'autres départements. Les départements contractants, précisait-il, « acceptent sans difficulté [ce surcoût], préférant encore garder à leur charge cette dépense supplémentaire que de faire les frais de création d'un sanatorium »[1389]. Le sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1933), faisait également participer les départements disposant de « lits de propriété » aux dépenses servant « à réaliser de nouvelles améliorations dans l'installation du sanatorium »[1390] et pratiquait pour cela « une majoration variant de 8 à 10% » du prix de journée. Dans d'autres établissements, une « taxe complémentaire au prix de journée » était appliquée, sans distinction, à tous les départements extérieurs[1391]. Pour les départements, le placement des tuberculeux dans ces établissements avait donc un coût relativement important, sans compter les frais

[1386] Lettre du préfet du Rhône au préfet de l'Ardèche, s.d. [1933]. A.D. du Rhône, 1 X 381.
[1387] Certains départements jugèrent néanmoins inacceptables les conditions imposées par les établissements dans ces conventions, notamment la majoration du prix en guise de participation à l'amélioration des équipements et l'obligation de payer le prix de journée des lits de propriété mêmes en cas d'inoccupation. En 1933, le département de l'Isère était ainsi prêt à souscrire 20 lits de propriété au sanatorium départemental du Rhône, à conditions que la clause prévue à l'article 6 du projet de convention, relative à ce dernier point, soit supprimée. A.D. du Rhône, 1 X 381.
[1388] Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Sarthe, création d'un hôpital-sanatorium dans la Sarthe, appel à la population sarthoise, extrait de *La Sarthe*, 15 décembre 1926. A.D. de la Sarthe, 1 X 319.
[1389] Gravereaux 1924, p. 53.
[1390] Lettre du préfet du Rhône au préfet de l'Ardèche, s.d. [1933]. A.D. du Rhône, 1 X 381.
[1391] Projet d'installation à Hauteville (Ain) d'un sanatorium interdépartemental pour femmes tuberculeuses, commission interdépartementale, séance du 24 juillet 1928. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

de transports qui restaient à leur charge. L'éloignement des malades de leur département d'origine constituait un autre inconvénient majeur : d'un point de vue moral pour le malade, mais aussi d'un point de vue médical et de gestion administrative[1392]. La solution la plus avantageuse pour les départements contractants était de s'assurer la propriété des lits occupés avec certitude toute l'année par leurs malades, et de disposer d'un nombre supplémentaire de « lits de priorité » pour la part variable de malades d'une année à l'autre[1393]. Avec l'augmentation générale de la disponibilité en lits au début des années trente, la vente des « lits de propriété » devint plus difficile : en 1933, le préfet du Rhône regrettait ainsi, s'agissant du sanatorium de Saint-Hilaire nouvellement inauguré, que « la plupart des départements [aient] hésité à se lier par un contrat et [aient] préféré placer leurs malades, après un simple accord avec le médecin-directeur et dans la mesure des places disponibles ». A partir de 1934, l'Etat exigea, pour maintenir sa participation au paiement du prix de journée, l'existence de contrats entre les départements et les établissements[1394].

Profitant de la liberté offerte par la loi du 7 septembre 1919 pour le placement des malades, la plupart des sanatoriums publics accueillaient des tuberculeux provenant de départements extérieurs ; à commencer par les anciennes stations sanitaires qui, jusqu'à la fin des années vingt, constituaient l'essentiel de la capacité sanatoriale française. En 1924, les malades traités dans l'ancienne station sanitaire de Seyssuel (Isère) venaient de quinze départements autres que l'Isère ; celle de Pignelin (Nièvre), de huit départements autres que la Nièvre, celle d'Angeville (Hauteville, Ain) de neuf départements autres que l'Ain, celle du Montet (Allier) de dix départements autres que l'Allier[1395]. En 1925, l'ancienne station sanitaire de Villeneuve d'Amont (Doubs) accueillait des malades du Doubs, du Gard, de la Meuse, du Pas-de-Calais, des Bouches-du-Rhône et du Jura, en plus d'une cinquantaine d'anciens militaires qui formaient l'essentiel de ses effectifs[1396]. Les départements étaient eux-mêmes contraints d'envoyer leurs tuberculeux dans de nombreux établissements : en 1924, tandis que les malades du sexe masculin du département de Saône-et-Loire étaient traités dans le sanatorium départemental de La Guiche, les tuberculeuses de ce même département étaient placées dans quatre établissements marins et dans 15 établissements pour pulmonaires répartis sur l'ensemble du territoire[1397]. Cet éparpillement résultait du placement sans convention : plus flexible certes, il obligeait toutefois les départements à répartir les malades en fonction des seules places disponibles. Les départements disposant de conventions pouvaient au contraire regrouper leurs malades dans un nombre plus réduit d'établissements : dès 1919, le département Gard disposait ainsi, par convention, de 12 lits pour hommes au sanatorium du Montet (Allier), de 30 lits pour femmes au sanatorium de Seyssuel (Isère) et de 10 lits pour enfants au sanatorium de Pignelin (Nièvre)[1398]. En Saône-

[1392] Le président de l'office départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de Saône-et-Loire évoquait ce point lorsque le département voulut acquérir, pour traiter ses tuberculeuses, le sanatorium de Job (Puy-de-Dôme) que les malades ne pouvait atteindre qu'au bout de huit heures de train. « Du reste, ajoutait-il, lorsque actuellement, il nous faut envoyer nos femmes tuberculeuses dans l'Isère, dans les environs de Paris ou de Bordeaux, le trajet et au moins égal sinon beaucoup plus long ». Lettre du 17 février 1925 du Dr Pinette au président du C.G. de Saône-et-Loire. A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 69.

[1393] Au sanatorium du Rhône, en novembre 1933, plusieurs départements avaient ainsi réservé des lits des deux catégories : la Loire-Inférieure (4 lits de propriété, 10 lits de priorité), la Vienne (5 lits de propriété, 5 lits de priorité), la Nièvre (20 lits de priorité), l'Aude (6 lits de priorité), l'Eure (10 lits de priorité). Préfecture du Rhône, rapport de la commission départemental, sanatorium des Petites-Roches, conventions à passer avec les départements qui désirent placer leurs malades dans cet établissement, 22 novembre 1933. A.D. du Rhône, 1 X 381.

[1394] Le préfet du Rhône continuait ainsi : « Or, par une circulaire du 14 octobre 1933, le ministre de la santé publique a fait connaître, qu'à partir de 1934, son administration ne participerait plus aux frais de traitement des malades relevant de collectivités qui n'auraient pas, conformément à la loi du 7 septembre 1919 ». *Ibidem.*

[1395] En 1925, Tobé, délégué technique du C.N.D.T., recommandait ainsi que 35 lits seulement fussent réservés aux malades de l'Allier dans le sanatorium du Montet, les autres lits devant être offerts à des départements voisins. Il relevait qu'une entente avait été conclue avec la Nièvre et avec le Ministère de l'Hygiène en ce qui concerne les anciens militaires tuberculeux. Pour palier l'absence de sanatorium féminin dans l'Allier, il demandait que 35 lits fussent également réservés au sanatorium de Pignelin dans la Nièvre. Notes et projet d'organisation, Voyage du Dr Tobé du 25 mai au 5 juin 1925. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.2 Allier, Basses-Alpes.

[1396] Lettre du 20 février 1925 de Santenoise au ministre de l'hygiène, A.D. du Doubs, 43 N 5. Au cours de sa visite, Santenoise dénombra 22 malades relevant de l'AMG, 16 malades au titre du Doubs, 6 pour le Gard, 5 pour la Meuse, 1 pour le Pas-de-Calais, 7 pour les Bouches-du-Rhône, 1 pour le Jura, 49 militaires réformés tuberculeux et 3 malades à titre payant.

[1397] Placement des tuberculeuses de Saône-et-Loire en 1924 dans les établissements marins : 15 à Berck-Plage, 1 à une Zuydcoote, 2 à Palavas-les-Flots, 1 à Andernos ; dans les établissements pour pulmonaires : 3 à Etrembières, 11 à Chevilly-Larue, 12 à Angeville et 3 à Félix Mangini (Hauteville),1 à Beaujeu, 21 à La Pignada, 4 aux Courmettes, 2 à la Charité, 2 à Coublevie, 1 aux Roches, 10 à Saint-Genis-l'Argentière, 5 à Notre-Dame de Lourdes (Lyon), 2 à Pignelin, 2 à Diemoz, 1 à Lay-Saint-Christophe. Conseil général, session extraordinaire de février 1925 concernant l'achat d'un sanatorium antituberculeux pour femmes. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.

[1398] Rapport du conseil général, sanatorium public des Petites-Roches, 1924. A.D. du Gard, 5 M 207.

et-Loire, la difficulté de gestion provenant de cette fragmentation des placements fut l'un des arguments invoqués en 1925 par les partisans de la création d'un sanatorium départemental de femmes. Pour se convaincre de l'ampleur des mouvements de malades au milieu des années vingt, il suffit d'analyser les placements réalisés en dehors de leur territoire par les départements ne disposant ni de sanatorium départemental, ni d'établissement privé assimilé ou agréé susceptible de prendre en charge localement leurs malades. La carte réalisée sur la base des informations réunies en 1924 par l'Inspection générale des services administratifs[1399] permet de visualiser les mouvements de malades à cette date (carte n°7). Malgré l'augmentation du nombre de lits, l'éparpillement des malades aux quatre coins du pays en fonction des disponibilités et des conventions ne cessa pas véritablement dans les années trente, du fait notamment que beaucoup de départements restaient dépourvus de sanatoriums publics : quelques mois seulement après sa mise en service en 1933, le sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), accueillait ainsi des malades provenant de 35 collectivités publiques différentes, dont 23 départements[1400].

Il n'est pas possible de comprendre l'organisation du système sanatorial français durant l'entre-deux-guerres sans considérer le placement des tuberculeux selon les termes d'un véritable « marché » régi, en grande partie, par le jeu de l'offre et de la demande. Dans les années vingt, l'avantage était du côté des établissements car l'offre restait limitée. Le système de conventions imposé par la loi, progressivement mis en place entre 1920 et 1934, constituait la seule régulation imposée par l'Etat dans ce « marché ». En 1926 le médecin Marcland, de Limoges, dénonçait les conditions de placement des tuberculeux qu'il jugeait « déplorables » et qui, selon lui, étaient l'objet d'une « spéculation sur les malades »[1401]. Les conditions de placement des tuberculeux dans les sanatoriums étaient alors d'autant plus difficiles que le ministère de l'hygiène poursuivait les efforts engagés à partir de 1916 en faveur des dispensaires[1402]. « La création et l'accroissement des dispensaires ont pour conséquence logique la constitution d'un outillage hospitalier », notait Honnorat en 1919[1403]. Dès le début des années vingt, les départements s'efforcèrent d'assurer la plus large couverture possible de leur territoire par les dispensaires. Comme il était plus facile de créer, à peu de frais, de nouveaux dispensaires que d'engager la construction de nouveaux établissements de cure, le dépistage des malades finit par couvrir une proportion importante de la population. Le nombre de tuberculeux dépistés et jugés « sanatoriables » augmenta ainsi plus rapidement que les capacités l'hospitalisation dans les établissements de cure : la demande en matière de placement augmentait donc plus rapidement que l'offre, déjà limitée à la fin de la guerre.

Le placement externe des malades avait des avantages pour les départements comme pour les établissements : les premiers y voyaient la possibilité de placer leurs malades sans avoir à construire, à grands frais, de nouveaux établissements ; les seconds avaient l'assurance que leurs lits seraient occupés et leur budget équilibré. Les facilités faites aux départements pour placer leurs malades dans les sanatoriums publics ou privés expliquent en grande partie pourquoi de nombreux conseils généraux firent le choix de ne pas construire d'établissement de tuberculeux. En 1920, par exemple, le département de la Sarthe avait envisagé d'acheter le couvent Sainte-Cécile de Solesmes – utilisé pendant la guerre comme hôpital sanitaire – pour en faire un sanatorium de cure, mais dut y renoncer « devant la lourde charge financière que représentait cette opération »[1404]. Jusqu'à l'ouverture du sanatorium départemental de Parigné-Lévêque,

[1399] Gravereaux 1924, p. 48-50.
[1400] Au 4 décembre 1933, l'établissement comptait 406 malades (pour 646 lits) : 82 du Rhône, 15 de la Haute-Savoie, 23 de la Nièvre, 38 de la Loire-Inférieure, 2 des Bouches-du-Rhône, 18 de l'Hérault, 1 de l'Ain, 4 de l'Aude, 13 de l'Ardèche, 5 de l'Eure, 2 de la Côte-d'Or, 10 de l'Isère, 2 de l'Ille-et-Vilaine, 1 du Jura, 1 de la Loire, 1 du Loir-et-Cher, 1 de la Haute-Loire, 3 de la Viennes, 4 du Nord, 1 de la Vendée, 1 de l'Aube, 5 d'Oran, 2 de Tunisie, mais également 108 de la ville de Lyon, 20 de Villeurbanne, 1 d'Ecully, 2 de Tarare, 1 de Marseille, 3 d'Aix-en-Provence, 1 de Cannes, 2 de Grenoble, 7 de Nice, 16 pupilles de la nations, 3 militaires et 7 pensionnaires payants. Effectif des malades en traitement au sanatorium à la date du 4.12.1933. A.D. du Rhône, 1 X 381.
[1401] Compte rendu de la réunion tenue à l'hôpital de Limoges par la commission spéciale désignée pour l'étude de la création d'un hôpital-sanatorium. 17 juillet 1926. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1402] Dans une circulaire envoyée aux préfets en mars 1922, le ministre de l'hygiène estimait que « la question des sanatoriums est intimement liée à celle des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse [...]. Le dispensaire constitue par excellence l'agent recruteur des malades du sanatorium [...]. Il conviendra, en conséquence, d'appeler l'attention du conseil général sur l'utilité des dispensaires et la nécessité d'en favoriser la création dans les régions qui en sont encore dépourvues. » Lettre du 22 mars 1922 du ministre de l'hygiène aux préfets. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.
[1403] Documents parlementaires 27 juin 1919, p. 369.
[1404] Ligné 2000, p. 37.

en 1932, la Sarthe se contenta d'envoyer ses malades dans les sanatoriums de la Membrolle (Indre-et-Loire), de Seyssuel (Isère) et d'Angeville (Ain). En 1922, Bernard et Poix estimaient que cette loi était « encore trop récente pour avoir reçu une large application »[1405], tout en admettant les retards pris dans la construction de l'équipement sanatorial voulu par la loi. « Les lourdes charges qu'imposent la création et le fonctionnement d'un sanatorium, ajoutaient-ils, ont retardé les réalisations et favorisé la formule du sanatorium commun à plusieurs départements et géré par celui qui le possède sur son territoire »[1406] ; nous aurons l'occasion de revenir sur le cas des sanatoriums interdépartementaux communs à plusieurs collectivités. L'« armement sanatorial » national était ainsi construit, au début des années vingt, sur un déséquilibre flagrant entre, d'un côté, les départements disposant d'un sanatorium public (ancienne station sanitaire, sanatorium départemental nouvellement créé ou sanatorium privé assimilé), pour l'aménagement duquel ils avaient consenti d'importants sacrifices financiers, et, de l'autre, les départements que l'on pourrait qualifier de "réfractaires", voire d'"opportunistes", qui se contentaient d'envoyer leurs malades dans les établissements construits par les précédents. Dès 1920, le ministre de l'hygiène avait exprimé sa crainte de voir ce déséquilibre s'aggraver et le risque « que les départements s'en remettent purement et simplement aux autres collectivités du soin de créer les établissements nécessaires, espérant se libérer de leurs obligations par un simple traité qui leur réserverait les lits dont ils ont besoin. Il est préférable, au contraire, ajoutait le ministre, que chaque collectivité fournisse un effort propre et contribue, dans la mesure de ses moyens, à l'application de la loi du 7 septembre 1919 »[1407]. Comme nous le verrons, certains départements ne se préoccuperont de trouver une solution pérenne au placement de leurs malades qu'à l'expiration du délai de dix ans prévu par loi de 1919. Faute de lits disponibles dans les établissements publics ou assimilés, les départements envoyaient leurs malades là où ils le pouvaient, dans des maisons de cure privées non agréées par exemple. Cette dernière possibilité ne sera supprimée qu'en 1936[1408].

Les difficultés de placement.

Au milieu des années vingt, il devint toutefois de plus en plus difficile pour les départements ne possédant pas de sanatorium de placer leurs malades. Cela concernait également les départements qui disposaient de conventions de placement : en 1924, le préfet du Gard se plaignait ainsi de la difficulté croissante de son administration à placer les tuberculeux dans les trois établissements avec lesquels il était conventionné. Le sanatorium François Mercier [Allier], par exemple, était au complet depuis plusieurs mois et le préfet devait attendre – en dépit de la convention – « que soit rendu disponible un des lits auxquels nous avons droit »[1409]. En 1925, les autorités de la Haute-Vienne dressaient un constat identique :

> *Nous plaçons nos malades dans les salles communes de l'hôpital de Limoges où ils ne sont pas isolés des autres malades, qu'ils contaminent, où ils ne peuvent trouver ni le régime, ni l'aération nécessaire, ni les soins spécialisés [...]. D'autres sont envoyés [...] dans les divers sanatoria pour curables qui disposent de quelques lits (et ce ne sont pas les meilleurs). Ces placements se font à 300, 400, 500 kilomètres de notre Limousin et au hasard des places disponibles. Des malades attendent des mois leur départ. Ils échappent presque complètement à l'action du médecin qui les soignait, à la surveillance du dispensaire qui les fait placer ; leur morale en souffre, leur santé pâtit de leur éloignement et de leur isolement.*[1410]

En 1929, le directeur des dispensaires de Maine-et-Loire, Amlser, se plaignait des délais « parfois très longs, deux mois au minimum, le plus souvent trois, parfois quatre » avant l'admission des malades du département dans les 20 lits qui lui étaient réservés au sanatorium de Villepinte (Seine-Saint-Denis). « Il faut pendant ce temps laisser la maladie s'aggraver, ajoutait-il, différer les soins pressants. Le malade demeurant dans sa famille en attendant son départ, il faut mettre en œuvre les moyens de prophylaxie

[1405] Bernard & Poix 1922, p. 235.
[1406] *Ibidem.*
[1407] Lettre du 22 mars 1920 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1408] L'article 3 de la loi du 28 août 1936 *concernant les modalités d'installation des sanatoria publics assimilés ou agréés et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux*, prévoit que « les tuberculeux pour le placement desquels intervient la participation de l'Etat au prix de journée ne pourront être hospitalisés que dans les sanatoria agréés (publics, assimilés ou privés), à l'exclusion de toute villa, hôtel, pension ou maison de cure », J.O. 1er septembre 1936, p. 9314.
[1409] Rapport du Conseil général du Gard, Sanatorium public des Petites-Roches, 1924, A.D. du Gard, 5 M 207.
[1410] Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.

habituels »[1411], comme l'éloignement des enfants. Outres les risques sanitaires et de prophylaxie, ces délais augmentaient les frais à la charge des départements et donnaient de nouveaux arguments aux partisans de la création de sanatoriums départementaux. Selon Dominique Dessertine et Olivier Faure, il fallait attendre six à huit mois, dans les années vingt, pour entrer au sanatorium Félix Mangini, à Hauteville (Ain), en raison du manque de place, des lourdeurs administratives dues au traitement des dossiers. Souvent, expliquent-ils, « les malades sont découragés et, soit par dépit, soit par nécessité de travail car ils ont usé leurs dernières ressources, soit par aggravation trop grande, ils refusent de partir quand leur tour arrive » [1412]. En 1931, sur 495 malades « indiqués pour un placement en sanatorium » par les dispensaires de Maine-et-loire, seuls 106 purent effectivement être placés[1413]. Amsler expliquait cette « disette de placements » par « l'impossibilité d'obtenir des places dans les sanatoriums existants », « l'attente interminable portant sur plusieurs moins » et la « répulsion des malades à s'en aller vers des établissements très lointains où ils ne pourront jamais recevoir la visite leur famille »[1414]. En 1925, faute d'avoir pu acheter le sanatorium de Job (Puy-de-Dôme) pour y envoyer ses tuberculeuses (dispersées, nous l'avons dit, dans 15 sanatoriums), le conseil général de Saône-et-Loire fut contraint de donner des consignes aux médecins de ses dispensaires afin qu'ils « s'abstiennent, pour ainsi dire, de conseiller l'envoi des femmes en sanatorium, étant donnée la presque impossibilité de les caser ». Le manque de lits était effectivement plus grave dans les établissements de femmes, très touchées par la tuberculose en raison des conditions de travail qui leurs avaient été imposées dans les usines d'armement pendant la guerre[1415]. Elles ne pouvaient en effet être admises dans les anciennes stations sanitaires, généralement réservées aux hommes du fait qu'elles accueillaient encore beaucoup d'anciens militaires : la mixité, dans ces conditions, était inenvisageable. « Nos dispensaires placent avec difficulté les tuberculeux, ils ne peuvent arriver à placer les tuberculeuses », constatait avec dépit le conseiller général de la Haute-Vienne et médecin Fraisseix, en 1931[1416], décrivant ainsi la situation des tuberculeux dans le département :

> *Il est facile de dire "Il vaudrait mieux les envoyer dans des sanatoria où on peut les recevoir", mais, précisément, on ne peut pas facilement les y admettre. Il y a de telles difficultés à cette admission que les démarches durent de quatre à six mois, et, dans une grande partie des cas, lorsqu'on obtient enfin la signature de l'administration, les malades ne sont plus dans les conditions requises pour être reçus. Voyez la situation lamentable et pénible des malheureux malades pour lesquels on fait faire des démarches dont ils s'imaginent devoir tirer le plus gros profit. Ils ont consenti à faire des sacrifices pécuniaires pour pouvoir aller dans un sanatorium d'où ils espèrent revenir, sinon guéris, au moins améliorés, et lorsqu'on leur annonce enfin qu'on va les admettre, un nouveau certificat médical est nécessaire. [...] Lorsque nous proposons l'envoi d'un malade, il présente un danger pour son entourage et, au bout de quatre à six mois, quand arrive l'autorisation, il a causé tous les ravages de contamination qu'on peut éviter.*[1417]

Ces difficultés de placement concernaient essentiellement les départements ruraux qui ne disposaient pas de sanatorium public : nous avons mentionné le Maine-et-Loire et la Haute-Vienne, nous aurions pu également citer les Haute-Alpes dont les difficultés se prolongèrent jusque dans les années trente[1418]. Cette situation était d'autant plus préoccupante que les malades dépistés par les dispensaires ne représentaient, selon les estimations des médecins, « qu'une fraction très relative des tuberculeux ». Amlser en voulait pour preuve que, « sur les 260 tuberculeux décédés dans la commune d'Angers en 1931, de

[1411] Amsler 1929, p. 6.
[1412] Dessertine & Faure 1988, p. 161.
[1413] Amsler, médecin-chef des dispensaires de Maine-et-Loire, « Quelques aperçus sur le nombre des tuberculeux sanatoriables examinés au cours de l'année 1931 dans les dispensaires de Maine-et-Loire ». A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[1414] *Ibidem.*
[1415] Selon l'historien anglais F.B. Smith, le taux de mortalité des femmes passa, en Angleterre, de 1,3‰ en 1914 à 1,65‰ en 1918, du fait des conditions de travail dans les usines, des conditions de vie dans les logements provisoires où elles furent installées, de leur exposition aux poussières et aux fumées. En Angleterre, elles furent 300.000 à entrer dans l'industrie entre juillet 1914 et janvier 1917, situation qui fut, semble-t-il, à peu près similaire en France. Smith 1988, p. 222.
[1416] Entente interdépartementale Haute-Vienne-Corrèze-Creuse, séance du 29 septembre 1931. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.
[1417] *Ibidem.*
[1418] En 1932 encore, avant que ne soit ouvert le pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Gap, le conseil général des Hautes-Alpes plaçait avec difficulté ses tuberculeux. Evrot, délégué technique du C.N.D.T., suggéra en 1931 lors d'une visite d'inspection qu'il se réserve des lits pour les malades du sexe masculin dans le sanatorium des industries électriques et d'autres pour les malades du sexe féminin dans celui des infirmières, alors tous deux en construction à Briançon. Visite du 15 décembre 1931 du Dr Evrot. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.3 Hautes-Alpes.

façon certaine, des suites de la tuberculose, le dispensaire n'avait en charge que 88 de ces malades »[1419]. Il pointait du doigt le risque de saturation de l'armement antituberculeux dans son ensemble : en l'absence de débouché dans les établissements de cure pour les malades dépistés, les dispensaires ne pouvaient travailler efficacement et, ajoutait Amlser « il est possible de penser que les dispensaires, au lieu de pouvoir encourager cette tendance, soient obligés d'éluder le plus souvent la question, pour ne pas laisser des piles de dossier s'entasser dans les services administratifs, sans pouvoir recevoir satisfaction : chaque dossier représentant un malade qui, après avoir espéré, désespère »[1420].

A partir de 1924 environ, le manque de lit devint chronique, rendant le placement des malades de plus en plus difficile. Ce phénomène s'accentua avec l'adoption, le 5 avril 1928, de la loi sur les assurances sociales qui étendit plus largement l'accès au traitement en sanatorium. La loi consacrait un long processus parlementaire, engagé dès 1901 et sans cesse reporté en raison des coûts estimés[1421]. L'assurance obligatoire concernait « tous les salariés dont la rémunération annuelle ne dépass[ait] pas 15.000 francs » par an ; elle assurait la prise en charge des « frais de médecine générale et spéciale, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'hospitalisation et le traitement dans un établissement de cure, des frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non salariés âgés de moins de 16 ans »[1422]. « Les prestations des assurances sociales, l'éducation du public, iront en augmentant sans cesse le nombre des sujets qui demanderont leur envoi en sanatorium »[1423], prévenait Amsler en 1931. Les malades non bénéficiaires de l'A.M.G. et qui ne pouvaient espérer bénéficier d'une prise en charge dans un sanatorium constituaient un « réservoir de tuberculeux » pour la plupart non dépistés par les dispensaires. A partir de 1928, ces malades demandèrent à bénéficier des avantages prévus par la loi sur les assurances sociale, allongeant les listes d'attente des sanatoriums publics. L'augmentation du nombre de demandes d'admission fut sensible dès les premiers mois qui suivirent l'adoption de la loi : en octobre 1930, la commission de surveillance du sanatorium François Mercier (Allier) relevait ainsi l'arrivée des assurés sociaux, envoyés par les nouvelles caisses d'assurance considérées comme « une nouvelle catégorie de partenaires financiers fournisseurs de malades »[1424]. En ouvrant l'accès du traitement sanatorial à une plus large population de malades, la loi sur les assurances sociales ne fit qu'aggraver la situation de pénurie en lits de sanatoriums dont se plaignaient les administrations départementales depuis le milieu de la décennie et accentuer un peu plus le déséquilibre entre l'offre et la demande[1425].

A la fin des années vingt, plusieurs facteurs concourraient donc à rendre l'application de la loi Honnorat de plus en plus difficile : les perfectionnements apportés au réseau des dispensaires contribuaient à l'augmentation continue du nombre de malades « sanatoriables » ; l'interprétation *a minima* de la loi sur les sanatoriums par une majorité de départements ne suscitait pas suffisamment de nouvelles créations. Ces facteurs seront aggravés en 1929, nous le verrons, à l'expiration du délai imparti aux départements pour assurer la prise en charge de leurs tuberculeux et des difficultés économiques.

[1419] Amsler, médecin-chef des dispensaires de Maine-et-Loire, « Quelques aperçus sur le nombre des tuberculeux sanatoriables examinés au cours de l'année 1931 dans les dispensaires de Maine-et-Loire ». A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[1420] *Ibidem.*
[1421] En 1901, sur la proposition des médecins Roux et Letulle, la commission extraparlementaire sur la tuberculose « avait appelé l'attention du gouvernement sur l'organisation d'assurances mutuelles contre la maladie qui permettraient de réaliser à peu de frais pour l'Etat et les collectivités privées la cure dans les sanatoriums ». Documents parlementaires 21 juin 1901, p. 792.
[1422] En plus de la prise en charge des frais médicaux, l'assuré avait droit, à partir du sixième jour de maladie et pour une durée maximale de six mois, à une indemnité journalière « égale à la moitié du salaire de base de sa catégorie », mais réduite en cas d'hospitalisation. Au-delà de six mois de maladie, l'assuré passait dans le régime de l'invalidité, selon un dispositif proche de celui institué en Allemagne en 1886. Les tuberculeux bénéficiaient ainsi des dispositions prévues par les deux régimes, maladie et invalidité. Articles 1et 6 de la loi du 5 avril 1928, cités par Fournier 1936, p. 37.
[1423] Amsler, médecin-chef des dispensaires de Maine-et-Loire, « Quelques aperçus sur le nombre des tuberculeux sanatoriables examinés au cours de l'année 1931 dans les dispensaires de Maine-et-Loire ». A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[1424] Bordes 2006, p. 41.
[1425] Ce déséquilibre laissait craindre des répercussions sur le "marché" de la prise en charge des malades : en mai 1929, les conseillers généraux du département de la Saône-et-Loire souhaitèrent hâter la réalisation du projet de construction d'un sanatorium interdépartemental de femmes à Hauteville (Ain), craignant « que la loi sur les assurances sociales n'entraîne une hausse dans la construction de 20 à 25%, qui augmentera d'autant le montant prévu ». Extrait du procès verbal des délibérations du conseil général de l'Ain, séance du 16 mai 1929. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

2.5. La volonté de construire (1920-1929)

2.5.1. L'estimation des besoins et la définition d'un programme.

Si l'on compare la liste des sanatoriums agréés envoyée aux préfets par le ministère en 1921[1426] avec celle établie en 1924 par l'Inspection générale des services administratifs, on ne peut qu'être surpris du petit nombre de créations intervenu entre temps. La liste de 1924 ne comporte en effet aucun nouveau sanatorium public ou privé assimilé par rapport à celle de 1921 et seulement dix établissements privés supplémentaires habilités à recevoir les malades bénéficiaires de l'A.M.G., soit une augmentation nette de seulement 326 lits[1427], à laquelle il faut ajouter, il est vrai, les extensions réalisées dans les établissements existants. Il y eut relativement peu de créations d'établissements dans la première moitié de la décennie en raison des hésitations des administrations départementales quant à la façon la plus simple et la moins coûteuse de se conformer à la nouvelle législation antituberculeuse. La définition d'un programme précis était également problématique.

En 1920, le ministre de l'intérieur admettait qu'« une des raisons de nature à faire hésiter les conseils généraux consiste dans l'incertitude où se trouvent les départements sur le nombre moyen et permanent des malades à hospitaliser. Il est évident, ajoutait-il, qu'un sanatorium dont la population hospitalière sera peu élevée, risquera d'avoir un prix de revient supérieur au prix de journée maximum fixé par arrêté ministériel »[1428]. Les départements avaient en effet les plus grandes difficultés à estimer leurs besoins en matière de placement des malades. Au vu des sommes en jeu, il était pourtant impossible d'engager un projet de construction sans savoir précisément le nombre de lits nécessaire et leur nature exacte. L'établissement de statistiques précises était d'autant plus difficile que la tuberculose n'était pas, en France et malgré plusieurs propositions de loi en ce sens, soumise à déclaration obligatoire. Les dispensaires n'atteignaient qu'une petite fraction des malades et leurs statistiques ne constituaient pas une base suffisamment solide pour la définition d'un programme. Les hésitations des départements étaient donc d'autant plus grandes qu'ils ne disposaient que de vagues estimations sur le nombre de tuberculeux justiciables de la cure en sanatorium.

La capacité d'un établissement de cure dépendait autant du bassin de population auquel il s'adressait, que des moyens financiers dont on disposait pour sa réalisation. A cela s'ajoutaient les recommandations techniques et hygiéniques en matière de conception hospitalière. Les incertitudes à ce sujet n'étaient pas nouvelles et, en 1898, l'ingénieur Borne mentionnait deux prescriptions contradictoires qu'il fallait pourtant concilier : la première était qu'un « hôpital sera d'autant moins salubre que l'agglomération de malades sera plus considérable » ; la seconde était que « pour soigner économiquement et pour réduire le prix de revient du lit, il [sera] nécessaire d'avoir un groupement de malades assez important »[1429]. A la même époque, la Société de chirurgie française estimait que la capacité maximum au-delà de la laquelle il était difficile de maintenir de « bonnes dispositions hygiéniques » était de 250 lits[1430]. La capacité adéquate se situait donc à mi-chemin entre les exigences de salubrité et celles de rendement économique. Du fait de la contagiosité des tuberculeux et de la crainte de ne pouvoir gérer une trop forte concentration de malades bacillifères, les médecins limitaient, au début du siècle, la capacité des sanatoriums à une centaine de lits. Pour des raisons médicales et disciplinaires, Guinard préconisait un nombre maximum de 120 à 150 lits par établissement : « Il y a dans l'existence des malades au sanatorium, expliquait-il, dans la façon de les diriger et de les soigner, un caractère d'intimité, une sorte d'individualisation à réaliser qui obligent à limiter le nombre de pensionnaires à un groupe restreint sur

[1426] Lettre du 21 décembre 1921 du ministre de l'hygiène aux préfets. A.D. du Gard, 5 M 207.
[1427] Il y a parmi ceux-ci trois sanatoriums pour malades osseux et ganglionnaires : les sanatoriums de Trestel (Côtes d'Armor), de Bidart et de la Villa Rita à Biarritz (Pyrénées-Atlantiques), un sanatorium d'héliothérapie : sanatorium du Dr Capelle à Odeillo (Pyrénées-Orientales), un sanatorium mixte : sanatorium Les Bréviaires (Seine-et-Oise) et cinq sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires : La Croix-Montoire à Tours (Indre-et-Loire), Beaulieu, Franclet et Les Terrases à Cambo, la Villa Saint-Ptrick à Pau (Pyrénées-Atlantiques), soit six établissements sur dix rien que dans ce dernier département.Gravereaux 1924, p. 43-45.
[1428] Lettre du 22 mars 1920 du ministère de l'hygiène à MM. les préfets. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1429] Borne 1898, p. 29.
[1430] *Ibidem.*

lequel peut se concentrer facilement l'attention du médecin et du personnel. »[1431] Pour les médecins, la capacité des établissements devait être réduite de façon à faciliter la « surveillance disciplinaire et médicale » et ne pas donner aux malades le sentiment d'être dans une caserne. En 1917, Küss et Fournez estimaient que le nombre de 300 malades – retenu pour le plan type du sanatorium de l'Association métallurgique et minière – constituait le « maximum de la capacité d'un sanatorium populaire, dans lequel il est nécessaire que le traitement soit rigoureusement individualisé, que tous les détails de la cure soient minutieusement réglés et surveillés par le médecin-directeur »[1432]. Le décret d'application du 10 août 1920 ne donnait aucune indication sur la capacité des sanatoriums. En 1929, le ministère du travail et de l'hygiène recommandait « un maximum de 120 à 150 malades » par établissement et jugeait « excessif » un nombre de lits plus important[1433]. Selon Léopold Berl, en effet, « l'atmosphère de cordialité familiale si souhaitable entre les malades et entre ceux-ci et les médecins serait beaucoup plus difficile à obtenir »[1434] au-delà de 150 malades. Dans le programme du sanatorium départemental du Pas-de-Calais, la capacité de l'établissement était conditionnée au fait que « le médecin doit vivre aussi près que possible de ses malades et ne peut assurer ses soins utilement à plus de 125 »[1435]. Lorsqu'un programme exigeait un nombre plus important de lits, il convenait de le diviser en plusieurs unités autonomes. La capacité maximale admissible variait toutefois d'un auteur à l'autre : dans le Pas-de-Calais par exemple, on estima qu'il y avait une « incapacité morale » à dépasser le nombre de 500 lits pour un seul établissement[1436].

L'envergure des projets de construction dépendait également de considérations économiques. En 1917, Küss et Fournez estimaient qu'il ne fallait pas descendre sous les 150 lits, « car les frais de construction seraient relativement trop considérables et il serait difficile et dispendieux d'avoir les techniciens expérimentés »[1437] pour un si petit nombre de malades. S'étant résolu, en 1928, à construire un sanatorium départemental de 200 lits, le conseil général du Puy-de-Dôme estimait que le prix de l'établissement « serait conditionné par le nombre de lits » et son président, Etienne Clémentel proposa la construction d'un établissement de 400 lits dont une moitié seraient « vendus » aux départements voisins afin de réduire le prix de revient des lits à la charge du département[1438]. Faute d'"acheteurs", le Puy-de-Dôme ne construira finalement que les 200 lits réservés à pour son usage propre. En 1930, de la même façon, l'entente interdépartementale formée par l'Ain, la Meuse, le Jura et l'Oise, fit ajouter une centaine de lits à son projet de construction dans l'espoir de réduire les coûts. « L'avantage d'une telle combinaison, arguaient les conseillers généraux de l'Ain, est que les frais généraux pour l'installation, la construction et l'exploitation d'un sanatorium diminuent à mesure qu'il s'agit d'un établissement plus important »[1439]. Mais, comme pour le Puy De Dôme, l'appel à participation d'autres départements eut peu de succès : seule la lointaine Ille-et-Vilaine se manifesta et les départements associés durent s'en tenir au programme initial[1440]. Les statistiques du ministère de la santé publique montrent d'ailleurs que l'augmentation de la capacité des établissements n'avait pas véritablement d'influence sur le prix de revient par lit (voir p. 295) ; nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Il existait plusieurs méthodes de calcul censées fournir une indication sur le nombre de lits de tuberculeux nécessaires pour une population donnée. Elles étaient basées tantôt sur la mortalité tuberculeuse, tantôt sur la morbidité, parfois également sur les statistiques fournies par les dispensaires. « Le calcul destiné à fixer le nombre de lits nécessaires pour les tuberculeux, résumait le président du comité départemental de lutte contre la tuberculose du Rhône, a été établi de différentes façons, en

[1431] Guinard 1925, p. 29.
[1432] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 26.
[1433] Poulain 1932, p. 34.
[1434] Berl 1936, p. 11.
[1435] Préfecture du Pas-de-Calais, projet de création d'un hôpital-sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux, au lieu dit « Camp d'Helfaut », communes de Blendecques et d'Helfaut, 4 avril 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1088.
[1436] *Ibidem.*
[1437] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 26.
[1438] Lettre du 18 octobre 1928 du préfet du Puy-de-Dôme au préfet de la Corrèze. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.
[1439] Préfecture de l'Ain, extrait du P. V. des délibérations du conseil général, séance du 16 mai 1929. A.D. de la Saône-et-L., 1 X 70.
[1440] Lettre du 16 septembre 1930 du préfet de l'Ain au préfet de Saône-et-Loire. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

demandant : un lit pour 1.000 habitants[1441], un nombre de lits égal au nombre de décès annuels par tuberculose, un nombre de lits égal à 15% de la morbidité tuberculeuse »[1442]. En 1920, la Mission Rockefeller préconisait la construction d'un lit de sanatorium pour deux morts par tuberculose par an sur la moyenne des cinq dernières années ; elle précisait également qu'« un sanatorium de 120 lits est à peu près le chiffre minimum garantissant un bon fonctionnement économique »[1443]. Mais la méthode de calcul la plus communément adoptée prévoyait un nombre de lits de tuberculeux (tous types d'établissements confondus) égal à celui des décès annuels par tuberculose[1444]. En 1928, par exemple, le département du Pas-de-Calais avait enregistré 1.600 décès par tuberculose et devait donc – théoriquement – disposer d'un nombre égal de lits dans ses établissements de tuberculeux. Le Pas-de-Calais limita toutefois la capacité de son sanatorium départemental à 500 lits, soit moins du tiers des besoins théoriques du département : sa construction pouvait donc être engagée « sans que l'on puisse craindre d'avoir "vu trop grand" »[1445] ; cet équipement pouvant ensuite être complété par d'autres établissements de tuberculeux (pavillons hospitaliers, préventoriums, etc.). Le même argument fut utilisé s'agissant de l'hôpital-sanatorium de Savenay : le conseil général de la Loire-Atlantique estima que les 175 lits qu'il prenait en charge dans ce projet « seront bien en dessous des besoins » au vu des 1.576 décès par tuberculose recensés en 1927 dans le département[1446]. Une autre méthode de calcul, moins dépendante des statistiques, consistait à rechercher « le nombre de malades qui, atteints de tuberculose pulmonaire, sont inscrits pour être admis dans les divers hôpitaux, dans les différents services, et ne peuvent pas être hospitalisés, faute de places, dans les conditions désirables »[1447]. En réunissant ces informations, Mouisset estimait en 1928 qu'il manquait 330 lits de tuberculeux dans le département du Rhône. Cette conception était sans doute trop pragmatique pour satisfaire les partisans du développement des sanatoriums et les méthodes d'estimation du nombre de lits de tuberculeux évoluèrent jusque dans les années cinquante[1448].

En 1917, Fournez et Küss résumaient en trois points les « conditions générales qui font d'un sanatorium, au point de vue matériel, un bon instrument de cure antituberculeuse » : « 1° Possibilité de faire, sans danger, en toutes saisons, quel que soit le climat et quel que soit le temps, une cure d'air intensive et continuelle ; 2° Possibilité de réaliser sans efforts et sans difficultés, automatiquement pour ainsi dire, l'asepsie permanente de toutes les parties du sanatorium ; 3° Disposition telle que tous les services fonctionnent d'une manière irréprochable sans se gêner mutuellement »[1449]. Parmi les recommandations générales, celle formulée par Guinard était sans doute la plus porteuse de sens du point de vue de l'architecture : « Le principe général auquel il me paraît nécessaire de se conformer dans l'aménagement d'un sanatorium, écrivait-il en 1925, est de ne jamais réunir deux services dans une même pièce, ou dans un même endroit. Chaque pièce, par conséquent, doit répondre à un seul objet, à un seul but,

[1441] Ces proportions étaient variables : pour définir le programme de son hôpital-sanatorium, la ville de Versailles estimait qu'il lui fallait disposer d'un lit pour 800 habitants ; elle ne disposait en 1930 que d'un lit de tuberculeux pour 2.270 habitants.
[1442] Lettre du 23 janvier 1928 de Mouisset au préfet du Rhône. Archives des H.C.L., 2 O 243.
[1443] Les prescriptions de la commission restaient toutefois peu précises : « Théoriquement, la construction d'un sanatorium ne devrait pas être à envisager pour une population de moins de 600.000 habitants *[laquelle]*, avec un pourcentage de mortalité annuelle par tuberculose de 2‰, nécessiterait un sanatorium de 1.200 lits. Mais l'expérience a prouvé que le nombre de malades dépistés et susceptibles de bénéficier du sanatorium ne dépassera pas 1/10^{e} de ce chiffre au début d'une campagne antituberculeuse. » Bureau de l'organisation départementale, schéma d'une organisation départementale pour la préservation de la tuberculose en France, Fondations Rockefeller, janvier 1920. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.
[1444] Préfecture de la Loire-Inférieure, séance du 4 novembre 1931, Hospices des tuberculeux, A.D. de la Loire-Atlantique, 1X584.
[1445] Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, Construction d'un sanatorium départemental, Arras, imprimerie Nouvelle du Pas-de-Calais, 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1446] Ces 850 lits comprenaient le doublement de la capacité de l'hôpital-sanatorium de Chantenay, soit 400 lits, la création d'un sanatorium départemental de 200lits, les 220 lits prévus au sanatorium de Savenay et les 30 lits obtenus par conventions dans d'autres départements. Préfecture de la Loire-Inférieure, séance du 4 nov. 1931, Hospices des tuberculeux, A.D. de la Loire-Atl., 1 X 584.
[1447] Lettre du 23 janvier 1928 de Mouisset au préfet du Rhône. Archives des H.C.L., 2 O 243.
[1448] En 1948, Piéchaud et Bernard proposèrent de déterminer le nombre de lits de sanatorium nécessaires dans un département en fonction de la morbidité et non de la mortalité en prenant soin de « corriger les erreurs des statistiques des dispensaires ». Ils proposent ainsi de : 1° Doubler les résultats des chiffres fournis par les dispensaires pour avoir sensiblement le nombre réel de nouveaux cas diagnostiqués par an ; 2° Tenir compte de la durée moyenne de séjour des malades en sanatorium qui est de neuf mois et demi, ce qui représente 81, 52 lits occupés pour 100 malades en un an. Appliquant leur méthode à la Gironde, ils évaluent les besoins de ce département à 1.200 lits, ce qui représente 1, 63 lit par décès ou 1,42 lit pour 1.00 habitants (Piéchaud & Bernard 1948, p. 109). En 1951, Besson estimait que le nombre de malade ne devait pas dépasser 250 à 300 individus, « l'expérience prouve, ajoutait-il, que les vastes sanatoriums, malgré toute la diligence du médecin-directeur, sont difficiles à diriger et à surveiller et que la discipline risque d'y être insuffisante au détriment des malades et de la bonne gestion de l'établissement ». Besson 1951, p. 230.
[1449] U.I.M.M. 1917, p. 23.

à l'exclusion de tout autre usage ; c'est ainsi que nous comprenons l'indépendance des chambres, des lavabos, des brosseries, des vestiaires et ce que l'on a réalisé à Bligny. »[1450] Cette « individualisation » des espaces, mais aussi des malades, explique pour partie – l'isolement des établissements étant un autre facteur important – le prix de construction relativement élevé des sanatoriums[1451].

2.5.2. L'engagement des départements.

Les premiers projets de construction suscités par la loi Honnorat furent mis à l'étude en 1920-1921 et, du fait des délais incompressibles de construction, ces établissements n'ouvrirent leurs portes qu'au milieu des années vingt. Parmi ces projets de constructions neuves, il faut mentionner le sanatorium départemental de Ponteils (Gard, 1921-1925), l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs, 1921-1925) et le sanatorium départemental de Franconville (Val-d'Oise) créé par l'Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Seine. Dans ce dernier établissement, les premiers malades avaient été installés en 1923 dans le château préexistant, avant d'être transférés dans un nouveau bâtiment d'hospitalisation en 1925. Si la construction d'un établissement départemental représentait un investissement financier important, l'envoi des malades dans les établissements situés hors du département coûtait, nous l'avons vu, également cher. « Ces hôpitaux sont saturés et les [malades] qui attendent d'y entrer voient leur maladie s'aggraver, et leur séjour allongé d'autant, alourdissant encore les dépenses », déplorait en 1917 déjà un adjoint au maire de Lorient, Lobes. Il estimait également que la construction d'un établissement réservé aux malades du département du Morbihan permettrait de réaliser des économies sur les frais de transport et, à terme, sur les hôpitaux urbains locaux qui « ne tarderont pas à voir diminuer le nombre des tuberculeux incurables qui encombrent trop souvent leurs salles »[1452]. En 1925, le département de la Haute-Vienne avait dépensé 300.000 francs pour la prise en charge de ses tuberculeux : « Je ne veux pas dire que ces dépenses seraient entièrement supprimées si on construisait un sanatorium, relevait un conseiller général, également médecin, mais il est certain que nous réaliserions une sérieuse économie et, dans tous les cas, ces sommes resteraient dans le département »[1453]. En faisant leurs comptes, certaines administrations départementales jugèrent rentable de créer leur propre établissement, évitant ainsi de confier à d'autres le traitement de leurs malades. A ces considérations économiques s'ajouta bientôt l'idée que la politique sanatoriale initiée en 1919 ne tiendrait pas ses promesses, les efforts consentis pendant la guerre n'ayant pas été globalement poursuivis au début des années vingt. L'optimisme qu'avait suscité l'augmentation du nombre de lit entre 1915 et 1920 avait fait suite à une certaine résignation face aux difficultés de placement des malades. Il devint clair que, sans volonté politique, la loi Honnorat ne pourrait porter ses fruits. En 1924, un délégué technique du C.N.D.T. relevait ainsi :

> *Le manque de débouchés pour les placements constitue dans la presque totalité des départements un obstacle considérable au fonctionnement normal et au rendement des dispensaires [...]. La prophylaxie la plus élémentaire, qui consiste à placer les tuberculeux incurables, est rendue à peu près impossible par l'absence presque complète de pavillons d'isolement, d'hôpitaux sanatoriums, spécialement compris à cet usage, et qui n'éloignent pas le malade. Le traitement des tuberculeux curables présente de grosses difficultés, quant il n'est pas pratiquement impossible, étant donné le nombre restreint des sanatoriums, dont le chiffre de lits est infime en regard des besoins actuels, et cela à un moment où pourtant l'extension de la lutte antituberculeuse est encore limitée.*[1454]

[1450] Guinard 1909/2, p. 1068.
[1451] Certains architectes espéraient réduire les dépenses en supprimant certains aménagements spécifiques. L'architecte départemental du Gard estimait en 1921 « qu'il faut [...] éviter tous les perfectionnements coûteux et souvent inutiles tels que les angles arrondis et pavements en grès cérame, les surfaces en briques vernissées, etc. » ; il proposa même la suppression du chauffage dans les chambres, rendu inutile, selon lui, par leur ventilation continue. Département du Gard, Avant-projet pour la construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport explicatif, s.d. [1921], p. 2, A.D. du Gard, 4 N 127.
[1452] Serviel 1917, p. 3.
[1453] Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1454] Rapport sur les organisations antituberculeuses de la Seine-et-Oise. Dr Davy. Mars-avril 1924. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.70 Seine-et-Oise.

Les médecins furent les premiers à dénoncer la frilosité des administrations départementales[1455]. La situation de chaque département dépendait du contexte économique et social : le contexte local conditionnait en grand partie le volontarisme ou, au contraire, l'immobilisme des politiques antituberculeuses départementales. Dans le Nord, par exemple, l'assemblée départementale décida la construction d'un vaste sanatorium afin de lutter contre « l'anthracho-silicose des ouvriers mineurs, l'insalubrité du travail dans les usines textiles [...] et l'effort rude exigé des travailleurs employés dans l'industrie métallurgique »[1456].

Tous les médecins, loin de là, n'étaient pas favorables à la création massive de sanatoriums de cure. Le conseiller général de la Haute-Vienne et médecin, Basset, estimait par exemple, en 1927, que les œuvres réalisées jusque là au profit des tuberculeux avaient « coûté fort cher ». Il évoquait le « résultat paradoxal que, dans les départements où on ne fait rien, la tuberculose diminue, au contraire, dans ceux où l'on dépense beaucoup d'argent, où l'on a organisé des sanatoria, la tuberculose augmente »[1457]. Son confrère Fraisseix ne voyait là aucune contradiction dans la mesure où, selon lui, les malades se dirigeaient naturellement vers les « départements hospitaliers »[1458] : une politique antituberculeuse timide conduisait immanquablement à limiter les dépistages et à réduire la visilité de la maladie dans les statistiques. A peine un réseau de dispensaires et d'établissements de cure était-il esquissé que les malades gagnaient au contraire en visibilité, augmentant paradoxalement l'incidence de la tuberculose dans les départements les plus engagés dans cette voie sanitaire. Les statistiques fournies par les départements et les établissements eux-mêmes ne permettaient donc pas d'évaluer objectivement l'efficacité de la nouvelle législation antituberculeuse : les départements qui disposaient d'un réseau dense de dispensaires dépistaient logiquement un plus grand nombre de malades que ceux moins bien équipés. Plus l'armement antituberculeux d'un département était développé, plus il y avait de débouchés dans les établissements de cure et plus les malades avaient intérêt à s'adresser à nu dispensaire et à solliciter, le cas échéant, un placement en sanatorium. Inversement, les malades qui ne pouvaient espérer une prise en charge n'avaient aucune raison de se signaler aux autorités sanitaires. Dans une certaine mesure l'offre suscitait la demande.

2.5.3. Les plans d'ensemble de lutte contre la tuberculose.

Les premiers projets d'organisation générale de la lutte contre la tuberculose avaient été élaborés pendant la guerre. En 1917, le médecin Victor Cordier proposa aux Hospices civils de Lyon un plan d'ensemble composé « d'organismes variés, répondant aux besoins des diverses catégories de malades ». Au centre de son programme était le « dispensaire-préventorium » chargé de « surveiller le logement, connaître et dépisté le mal visiter, instruire et réconforter le malade », auquel s'ajoutait l'hôpital ou l'hospice « pour les cas graves ou avancés » et les « diverses stations sanitaires pour curables avec leur prolongement ou annexe, la cité-colonie agricole »[1459]. Avec la loi Honnorat, le sanatorium devint l'élément le plus emblématique – voire la plus problématique, en raison de son coût – de l'équipement antituberculeux français. Il ne constituait toutefois qu'un des rouages de la lutte contre la tuberculose. En février 1920, le médecin Coubard estimait que l'organisation antituberculeuse de chaque département devrait comprendre, à terme, les éléments suivants : « 1° Comité antituberculeux départemental ; 2° Budget alimenté par des dons, souscriptions, primes d'assurances contre la tuberculose,

[1455] En 1926, le conseiller général de la Haute-Vienne et médecin, Fraisseix écrivait ainsi: « Je ne veux pas mettre en parallèle l'action menée contre le bacille de Koch et le doryphore, mais ne je puis m'empêcher de remarquer que le département a été mis sur le pied de guerre à propos de ce dernier et vous avez voté à pleines mains les crédits nécessaires pour sa destruction [...]. Avouez qu'il y a là quelque chose de choquant. Si le doryphore est un ennemi de la pomme de terre, le bacille de Koch est un ennemi autrement dangereux de l'espèce humaine aussi je crois que nous aurions intérêt à mener contre lui une guerre aussi active que contre le doryphore. » Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.

[1456] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32. Dans le nord-est de la France, plus généralement, « la génération des enfants nés peu avant ou pendant la guerre a souffert considérablement dans son développement physique pendant l'occupation allemande de 1914 à 1918 », ce qui justifiait les sommes investies dans les établissements de cure.

[1457] Conseil général de la Haute-Vienne, séance du 4 mai 1927, création du syndicat interdépartemental en vue de l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.

[1458] *Ibidem.*

[1459] Victor Cordier, rapport de 1917, *op. cit.* Archives des H.C.L., 1 LP 1153.

actions garanties par l'Etat ; 3° Assurance contre la tuberculose ; 4° Dispensaires ; 5° Triage des malades ; 6° Traitement libre ; 7° Sanatorium d'hôpital ; 8° Sanatorium-colonie ; 9° Secours aux familles, 10° Logement et placement des tuberculeux »[1460].

Prolongeant l'action menée depuis 1917 en France, la Mission Rockefeller avait mis en place immédiatement après la guerre un « schéma d'organisation pour la préservation de la tuberculose ». Selon ses responsables, la loi sur les sanatoriums avait ajouté « une nouvelle pierre à l'organisation antituberculeuse » mais « cette organisation dans son ensemble n'a encore été envisagée par aucun législateur »[1461]. Elle ne le sera réellement qu'en 1945. Selon la Mission Rockefeller, cette organisation devait comprendre : 1° La direction et la surveillance générale ; 2° Les dispensaires et les services annexes ; 3° Les hôpitaux pour les cas avancés ; 4° Les sanatoriums, hôpitaux pour enfants, préventoriums, école de plein air. La Mission aida quelques départements à développer un « plan d'ensemble sur la lutte contre la tuberculose » dont le but était de définir les besoins, de programmer les équipements nécessaires et, le cas échéant, d'établir des partenariats avec d'autres collectivités (hôpitaux, municipalités, départements) pour mutualiser les coûts et les structures. Les méthodes américaines, nous l'avons vu, avaient été expérimentées pour la première fois à l'échelle d'un département complet dans l'Eure-et-Loir en 1918. Un programme assez similaire avait été entrepris en décembre 1918 par le conseil général du Finistère. Il était coordonné par un comité départemental chargé « d'assurer l'unité des méthodes, tout en stimulant les initiatives, de centraliser les résultats et de les rassembler en un rapport général, d'établir un budget et de solliciter et de répartir ensuite les subventions » [1462]. Le Finistère disposait dès 1926 d'un armement antituberculeux des plus complets comprenant 25 dispensaires, 16 centres de consultation, quatre médecins spécialisés, quatre infirmières inspectrices, 45 infirmières visiteuses, trois voitures automobiles radiologiques, quatre sanatoriums pour hommes, femmes, enfants, osseux et ganglionnaires, deux préventoriums et un hôpital-sanatorium[1463]. Cette réussite fut saluée dès le début des années vingt.

Comparant, en 1926, les résultats obtenus dans le Finistère, le président de l'Association antituberculeuse de la Haute-Vienne ne pouvait que reconnaître l'« état d'infériorité » de son département qu'il jugeait « très en retard et mal outillé pour la lutte contre la tuberculose »[1464]. Associer avec la Corrèze, la Haute-Vienne élabora en 1927, vraisemblablement sur le modèle finistérien, un « plan général d'hospitalisation des tuberculeux » commun, qui prévoyait notamment la construction d'un hôpital-sanatorium, d'un sanatorium, d'un préventorium pour malades adultes et d'un préventorium pour enfants. Selon la commission interdépartementale créée à cet effet, ces équipements constituaient « un programme général minimum dont aucun élément ne peut être disjoint, formant un tout inséparable pour la réalisation du but poursuivi [...] ; il vaudrait mieux ne rien faire, que se contenter de l'envisager par parties »[1465]. En octobre 1927, de la même façon, le conseil général du Nord adopta un « plan d'ensemble » comprenant la construction d'un hôpital-sanatorium de 450 lits et d'un sanatorium de 500 lits[1466]. Placé en 1919 au centre

[1460] Coubard, « Organisation antituberculeuse départementale », in *La Presse médicale*, 7 février 1920, p. 108.
[1461] Bureau de l'organisation départementale, schéma d'une organisation départementale pour la préservation de la tuberculose en France, Fondations Rockefeller, janvier 1920. A.D. de l'Hérault, 1 X 415.
[1462] Armand-Delille 1928, p. 843.
[1463] Chaque dispensaire était géré par une infirmière visiteuse et recevait la visite hebdomadaire de l'un des quatre médecins spécialisés attachés au département, également chargé des visites au siège des consultations volantes équipées d'une « voiture radiologique ». Pendant la seule année 1926, les dispensaires du Finistère donnèrent 38.175 consultations et près de 20.000 personnes bénéficiaient d'un suivi régulier, parmi lesquelles se trouvaient 8.000 tuberculeux avérés. Dès 1920, le département disposait d'un sanatorium pour malades pulmonaires à Guervénan, dont la capacité fut doublée en 1926, pour atteindre 400 lits pour hommes, femmes et enfants. Les tuberculeux osseux étaient orientés vers le sanatorium maritime de Roscoff, également propriété du département. Les malades gravement atteints étaient placés dans les pavillons de tuberculeux des principaux hôpitaux du département ou dans les chambres individuelles de malades annexées aux dispensaires dans les villes ne disposant pas de service spécialisé : « On arrive en général à y maintenir [le malade] jusqu'à sa mort, en lui laissant l'espoir qu'il pourra ensuite aller au sanatorium. Ces petits centres d'hospitalisation sont infiniment supérieurs aux grands hôpitaux groupant, pour les y laisser mourir, tous les malades d'une région ; ceux-ci d'une part se sentent éloignés des visites de leur famille ; d'autre par les grands « moritoria » ne tardent pas à inspirer à toute la population, et en particulier au malade, cela se conçoit aisément, une répulsion invincible qui fait que bientôt personne ne veut y aller. » Armand-Delille 1928, p. 844.
[1464] Il y avait alors dans la Haute-Vienne 14 dispensaires mais aucun établissement de cure. Le budget annuel de l'Association antituberculeuse du Finistère était près de dix fois supérieur (1.400.000 francs) à celui de la Haute-Vienne (150.000 francs). Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1465] Entente interdépartementale Haute-Vienne, Corrèze, Creuse, séance du 29 septembre 1931. A.D. de la Haue-Vienne, 1 X 147.
[1466] L'hôpital-sanatorium devait être financé à 50% par les subventions de l'Etat, à 25% par le département, à 12,5% par les Hospices civils de Lille et à 12,5% par la ville de Lille. L'hôpital-sanatorium Albert Calmette fut inauguré en 1936 à Lille ; le sanatorium

des considérations publiques en matière de lutte contre la tuberculose, le sanatorium était associé dans ces plans à d'autres équipements antituberculeux. Il s'agissait en effet de ne pas retomber dans les travers d'une conception plus ancienne – au cœur de la polémique du début du siècle – qui faisait du sanatorium l'instrument principal de la lutte contre la tuberculose. Martin Rideau rappelait en 1932 que « la nécessité [...] d'une organisation générale de lutte antituberculeuse [était] venue transformer quelque peu la question du sanatorium, lui donnant une place restreinte et définie entre d'autres organismes, d'une façon générale malheureusement encore à l'état de simples projets. Dispensaire, service hospitalier régional, hôpital-sanatorium, sanatorium, œuvres post-sanatoriales constituent les termes d'une proposition qui répond de façon complète à la tous les aspects de la lutte antituberculeuse »[1467]. Pour les collectivités publiques, en particulier les départements, le plus urgent était donc de définir les priorités et de choisir les instruments de lutte les mieux adaptés à leur situation sanitaire, sociale et économique.

2.5.4. L'hôpital-sanatorium, alternative polyvalente au sanatorium de cure ?

La gestion de l'après guerre par les commissions administratives hospitalières.

A la fin de la guerre, la situation des tuberculeux dans les hôpitaux français n'était guère meilleure qu'en 1914. En 1916, le ministre de l'intérieur avait demandé aux commissions administratives hospitalières « de réaliser l'installation de pavillons ou de salles spéciales pour les tuberculeux à hospitaliser »[1468], mais, en dehors des aménagements réalisés par l'Assistance publique de Paris pour les militaires tuberculeux, rien ou presque n'avait été fait. « Quelques villes, relevaient Bernard et Poix, se proposèrent de suivre cet exemple et même de transformer certains édifices existants en hôpitaux spéciaux »[1469]. Rares furent toutefois les initiatives suivies d'effets. En 1920, Léon Bernard dénonçait cet état de fait : « La situation de la plupart de nos hôpitaux est scandaleuse, les tuberculeux y étant mêlés à tous les autres malades dans des salles communes où la transmission de la maladie, favorisée par l'indifférence résultant de ce caractère mixte, menace les voisins, les convalescents, le personnel, les tuberculeux eux-mêmes exposés ainsi aux surinfections répétées »[1470]. Deux ans plus tard, il ne recensait que 37 départements disposant de services pour l'isolement des tuberculeux pour un total de 4.282 lits, dont plus de 2.000 rien qu'à Paris[1471]. Dès 1917, l'Assistance publique de Paris avait envisagé la poursuite, après la guerre, de l'action engagée en 1915 par l'aménagement de services provisoires de tuberculeux dans des baraquements. Elle souhaitait notamment doubler le dispensaire Léon Bourgeois, qui fonctionnait avec le service de tuberculeux de l'hôpital Laënnec, en créant un « dispensaire avec galeries de cure » à l'hôpital Cochin, et édifier, à Flins, un vaste sanatorium de 1.000 à 1.200 lits, dont 800 réservés au département de la Seine[1472]. La capacité du sanatorium d'Angicourt (Oise, 1900) sera doublé en 1924 et les ambitieux projets de l'Assistance publique aboutiront à l'ouverture d'importants établissements de tuberculeux au début des années trente, tels les hôpitaux-sanatoriums de Champrosay (Essonne, 1931), de Labruyère (Oise, 1935) et de Champcueil (Essonne, 1935).

---

départemental de Felleries-Liessies ouvrit en 1934. Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.

[1467] Rideau 1932, p. 19.

[1468] Bernard & Poix 1922, p. 235.

[1469] *Ibidem.*

[1470] Bernard, « L'isolement hospitalier des tuberculeux », in *Bulletin du C.N.D.T.*, 1920, p. 102, cité par Bernard & Poix 1920, p. 235.

[1471] Ces services existaient à : Laon, Château-Thierry, Soissons et Saint-Quentin (Aisne), Vichy (Allier), Nice (Alpes-Maritimes), Charleville-Mézières (Ardennes), Rodez (Aveyron), Caen, Honfleur et Lisieux (Calvados), Bourges (Cher), Saint-Birieuc, Loudéac, Guingamp (Côtes-du Nord), Besançon (Doubs), Chartres et Dreux (Eure-et-Loir), Nîmes (Gard), Toulouse (Haute-Garonne), Libourne (Gironde), Montpellier, Béziers, Cette, Clermont-l'Hérault, Lunel (Hérault), Rennes, Saint-Servan, Fougères, Château-Giron et Corps-Nuds (Ille-et-Vilaine), Tours (Indre-et-Loire), Saint-Etienne (Loire), Chaumont (Haute-Marne), Vitry, Epernay et Césannes (Marne), Toul (Meurthe-et-Moselle), Bar-le-Duc (Meuse), Metz (Moselle), Beauvais, Compiègne et Grandvilliers (Oise), Alençon et Mortagne (Orne), Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Pau (Basses-Pyrénées), Colmar et Mulhouse (Haut-Rhin), Lyon, Villefranche et Givors (Rhône), Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire), Le Mans (Sarthe), Paris (Seine), Amiens (Somme), Corbeil, Etampes, Gonesse, Poissy, Saint-Cloud, Saint-Germain, Versailles (Seine-et-Oise), Niort (Deux-Sèvres), Saint-Junien (Haute-Vienne), Chambéry et Aix (Savoie), Epinal (Vosges). Poix 1922, p. 683.

[1472] Cordier 1917, *op. cit.*, p. 20.

Avant même la fin de la guerre, les commissions hospitalières avaient compris que, selon l'expression de Victor Cordier, « la base de la lutte antituberculeuse, c'est le dispensaire »[1473], dont la gestion leur échappait totalement. Les commissions pensaient toutefois qu'elles pourraient jouer un rôle dans la « seconde phase de la lutte, la phase hospitalière » qui nécessitera de coordonner les efforts des dispensaires avec ceux des hôpitaux. Parmi les trois domaines (dispensaire, hospitalisation, sanatorium) qui constituaient la base de la lutte contre la tuberculose après la guerre, Cordier estimait que la prise en charge sanatoriale serait la plus délicate à gérer pour les hôpitaux qui ne s'y étaient pas préparés. A Lyon, par exemple, les Hospices civils ne disposaient que d'un établissement[1474] en plus des sanatoriums de Hauteville et de Bayères. Pour éviter l'encombrement des services, il recommandait la création de « consultations de tuberculeux pour cures à domicile » et de renforcer les liens avec les dispensaires lyonnais. Les H.C.L. souhaitaient conserver une place importante dans la lutte contre la tuberculose en créant notamment des « services spéciaux suburbains », seuls capables d'offrir une « aération rationnelle » aux malades, ainsi que des « pavillons spéciaux » dans les hôpitaux existants. Les premiers avaient l'inconvénient de regrouper les tuberculeux dans des établissements assimilés par le public à des hospices d'incurables et dont la mauvaise réputation ne permettait pas d'y envoyer facilement les malades. Pour cette raison, les H.C.L. donnèrent la priorité aux pavillons de tuberculeux situés au sein des hôpitaux généraux, bien que cette formule fût difficile à mettre en œuvre, faute de place. Sur la base du rapport transmis en 1917 par Cordier, les H.C.L. optèrent pour un programme de lutte contre la tuberculose en deux étapes : à la phase aiguë de l'immédiate après-guerre il fallait opposer « des moyens de fortune, transitoires, économiques (baraquements, multiplicité de stations) », à la phase suivante, qualifiée de chronique, « des moyens permanents : sanatoria et stations de cures avec installations plus complètes »[1475].

S'agissant de l'hospitalisation des malades en sanatoriums, les H.C.L. disposaient en 1917 de trois options distinctes. La première était naturellement de s'appuyer sur les établissements existants de Hauteville et de Bayères bien qu'ils fussent rattachés à des institutions privées. La deuxième option reposait sur le projet de sanatorium franco-américain porté, depuis le printemps 1917, par le maire de Lyon Edouard Herriot. Ce projet devait permettre à l'administration des hospices de réaliser une « économie immense » en se substituant à ses propres projets, mais il fut abandonné dès 1918. La troisième option s'appuyait sur un projet de « fédération hospitalière » dont l'initiative revenait aux H.C.L. Le projet de loi sur les sanatoriums, débattu à cette époque à l'Assemblée nationale, laisser espérer la réussite de cette entreprise, à condition « que de nombreux départements se [joignent] aux Hospices, en leur demandant d'être le sanatorium de rattachement qu'ils devront choisir »[1476]. Le sanatorium conçu en 1917 par les Hospices civils de Grenoble procédait de la même démarche : il s'agissait d'affecter aux tuberculeux deux des quatre pavillons de l'hospice de vieillards achevé en 1904. Si chaque pavillon disposait déjà, en rez-de-chaussée, d'une galerie couverte, elle fut jugée insuffisante et fut remplacée par des galeries superposées en fonte accrochées devant les trois niveaux la façade sud (ill. 235). Le pavillon des maladies contagieuses, situé non loin des deux premiers, fut également affecté au sanatorium de façon à constituer un domaine clôt de plusieurs hectares formé d'un « grand parc » entrecoupé d'allées sinueuses et d'un « jardin potager ». Comme ce troisième bâtiment ne bénéficiait pas de l'orientation sud des deux autres, une « galerie isolée » de plein-pied fut construite devant le pignon sud en équerre. Légèrement surélevée pour être de niveau avec le rez-de-chaussée du pavillon, elle communiquait avec lui directement par un passage couvert (ill. 236). Le plan d'ensemble du sanatorium fut établi en avril 1917 : il comprenait les trois pavillons déjà mentionnés, pour un total de 150 lits, ainsi qu'un un quatrième de 120 lits supplémentaires devant être bâti à neuf. Ce dernier pavillon fut inauguré en 1921(ill. 237).

[1473] *Idem*, p. 24.
[1474] Cordier mentionnait la formation des Halles, sur laquelle nous n'avons aucune information. *Ibidem*.
[1475] Les Hospices civils de Lyon et le problème de la tuberculose, s.d. [ca. 1919], Archives des H.C.L., 1 LP 1153.
[1476] Cordier, *op. cit.*, p. 29.

L'hôpital-sanatorium dans l'armement antituberculeux français.

La distinction entre malades curables et incurables était à la base du système sanatorial. Après la Première Guerre Mondiale, les efforts des collectivités publiques se focalisèrent sur les malades curables, seuls justiciables de la cure en sanatorium et dont la « valeur sociale » pouvait compenser les sacrifices financiers consentis. Parmi les différentes structures antituberculeuses nécessaires à la prise en charge des malades, l'hôpital-sanatorium occupait une place importante : alors que le sanatorium populaire était uniquement réservé aux malades curables et très légèrement atteints, « représentant une minorité parmi les tuberculeux contagieux », l'hôpital-sanatorium, au contraire, « s'adress[ait] à tous les tuberculeux pulmonaires à un stade quelconque de la maladie »[1477]. Les hôpitaux-sanatoriums ne doivent pas être confondus avec les pavillons de tuberucleux des hôpitaux généraux qui accueillaient les tuberculeux au cours de crises aiguës ou en phase ultime de la maladie, sans espoir de les soigner. Les hôpitaux-sanatoriums, au contraire, devaient offrir aux malades une prise en charge spécialisée, qu'il s'agisse de tuberculeux légers en attente de placement dans un sanatorium ou de tuberculeux chroniques nécessitant des soins constants. La création de ces « hôpitaux spécialisés », rappelait Léon Bernard, était « depuis longtemps préconisée par des vœux répétés de l'Académie de médecine (1913) et de la Commission permanente de la tuberculose (1913 et 1918) »[1478]. Dans un ouvrage consacré à ces établissements, le médecin Manasé Caufman en donnait la définition suivante :

> *L'hôpital-sanatorium doit réaliser un établissement qui apporte à tous ses malades le bénéfice des conditions favorables inhérentes au type hôpital et sanatorium. Son but n'est pas uniquement d'éviter la contagion, d'isoler les malades sans leur apporter un espoir de guérison [...] ; l'hôpital-sanatorium comprendra, à la fois, l'organisation d'un hôpital quelconque et d'un sanatorium. Il réalisera l'isolement et les tuberculeux y trouveront tous les soins appropriés à leur état. L'hôpital-sanatorium sera pour les incurables un abri définitif* [et]*, pour les curables, un asile temporaire, un centre de triage, un établissement de cure et de préparation pour la vie post-sanatoriale. Les malades curables trouveront tous les soins nécessaires à leur état de déchéance, et la thérapeutique la plus convenable.*[1479]

Caufman recommandait de les créer « loin des villes », pour qu'ils offrent « une cure sanatoriale à ceux qui sont nettement améliorables et, aux autres, les avantages de la campagne et l'illusion d'une guérison »[1480]. Léon Bernard, au contraire, demandait qu'ils soient construits « en dehors mais à proximité des villes »[1481] ; cette situation « suburbaine » sera généralement privilégiée. En 1922, Poix et Bernard firent un plaidoyer en faveur de ces établissements qui, selon eux, permettaient de pallier le manque de lits dans les hôpitaux généraux et les sanatoriums :

> *Leurs avantages sont multiples*, expliquaient-ils *: les malades, pour s'y rendre, ne sont point soumis à un transport long et fatigant ; ils y sont à proximité des ressources médicales, et ils ne sont pas séparés de leur famille par des grandes distances. Au point de vue de la prophylaxie sociale, ils suppriment les chances de contagion en séparant le tuberculeux de sa famille ; ils donnent au malade améliorable toutes les ressources thérapeutiques susceptibles de lui permettre [...] de reprendre la vie commune ; ils permettent au phtisique qui est irrémédiablement perdu de recevoir les soins qui lui sont dus. Il est de toute nécessité que chaque organisation départementale possède un nombre suffisant de lits d'hôpital-sanatorium, afin que les malades puissent être hospitalisés dans un bref délai et y séjourner aussi longtemps qu'il sera nécessaire ; le nombre des malades qui en sont justiciables est bien plus considérable que ceux auxquels est indiqué un séjour dans*

[1477] Hôpital-sanatorium des Tilleroyes près Bezançon, construction, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. du Doubs, 43 N 5. Plus précisément, les hôpitaux-sanatoriums accueillaient les catégories de malades suivantes, définies en 1926 pour le projet de l'hôpital-sanatorium du Cluzeau : « 1° Les malades qui sont refusés par les sanatoria et les incurables et qui, jusqu'ici ne voulant pas entrer dans les salles communes de l'hôpital de Limoges – avec raison – restent au milieu de leur famille [...] ; 2° Les malades moins atteints, contagieux mais curables encore par des traitements qui exigent une spécialisation des soins, le séjour à la campagne, la cure d'air et de repos ; 3° Les malades atteints d'affections tuberculeuses mixtes, osseuse et pulmonaire en même temps, à qui le séjour à la mer ne peut être que préjudiciable ; 4° Les malades osseux ou ganglionnaires dans les cas où le séjour à la mer n'est pas indispensable [...] ». Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [*ca.* 1926]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.

[1478] Léon Bernard, « L'hôpital spécialisé », in *De la tuberculose pulmonaire. Etudes de phtisiologie clinique et sociale*, p. 333, tapuscrit conservé aux A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 69 (projet de sanatorium interdépartemental à Yzeure).

[1479] Caufman 1924, p. 21.

[1480] *Ibidem.*

[1481] Léon Bernard, « L'hôpital spécialisé », *op. cit.*

un sanatorium type, il est beaucoup plus utile d'organiser un hôpital-sanatorium dont le rendement au point de vue de la prophylaxie sociale, à frais égaux, est beaucoup plus considérable.[1482]

Dans les années qui suivirent l'adoption de la loi Honnorat, les départements eurent quelques difficultés à définir leurs priorités : fallait-il engager immédiatement la construction d'un sanatorium de cure ou privilégier l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux et les services spéciaux ? Dans le Doubs, l'administration départementale estima que « l'hôpital-sanatorium répondait à un véritable besoin et que sa réalisation présentait un intérêt beaucoup plus urgent que celle du sanatorium »[1483]. Le conseil général opta donc pour la construction de l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes, ouvert en 1925 près de Besançon (ill. 192) et ne disposera d'un véritable établissement de cure qu'en 1939 (sanatorium des Genévriers, ill. 195). Le recrutement des malades dans les hôpitaux-sanatoriums était large et concernait toutes les catégories de tuberculeux. Ces établissements pouvaient donc faire office, selon certains médecins, à la fois d'hôpitaux de tuberculeux et de sanatoriums de cure. En 1925, le médecin Ledoux citait à ce propos le cas de l'hôpital-sanatorium Sainte Eugénie (Rhône) dans lequel, « pour les malades améliorables et curables, on [obtenait] les mêmes résultats que dans un sanatorium d'altitude plus élevée »[1484]. Léon Bernard mettait toutefois en garde ses confrères contre le risque d'amalgame : selon lui, les hôpitaux-sanatoriums ne pouvaient pas « se substituer entièrement aux services hospitaliers urbains, non plus qu'aux véritables sanatoriums de cure »[1485], ceci pour des raisons essentiellement climatiques et d'aménagement des services. Puisque la plupart des départements ne disposaient, au début des années vingt, d'aucun établissement de tuberculeux, l'hôpital-sanatorium semblait en mesure de rendre plus de service qu'un sanatorium ; il pouvait même, si les conditions climatiques étaient suffisamment bonnes, le remplacer. « Dans la lutte antituberculeuse, notait Evrot en 1930, ce sanatorium, centre de traitement médico-chirurgical, est l'établissement le plus nécessaire. Il devrait être réalisé en premier lieu »[1486]. Les sanatoriums et les hôpitaux-sanatoriums se distinguaient également par leur statut et leur gestion administrative. La gestion des sanatoriums était assurée par les départements sous la surveillance de l'Etat qui recrutait directement les médecins directeurs placés à leur tête. Le niveau relativement élevé du prix de journée dans les sanatoriums (15 à 18 francs en 1925) était compensé par la participation de l'Etat qui payait la différence de prix avec les hôpitaux. La gestion des hôpitaux-sanatoriums, au contraire, était généralement confiée aux administrations hospitalières. Les malades étaient admis sur la base de la loi de 1893 sur l'A.M.G. et le prix de journée, moins élevé (12 francs environ en 1925), était entièrement à la charge des collectivités gestionnaires[1487]. Pendant les dix années qui suivirent la fin de la guerre, le déficit chronique en lits de sanatoriums avait posé, nous l'avons vu, de graves problèmes de placement. Pour les administrations confrontées à ces difficultés, les hôpitaux-sanatoriums pouvaient faire office de « sanatorium d'attente » entre le dispensaire et le sanatorium de cure. En 1930, alors que le département de la Seine-et-Oise construisait un vaste sanatorium de 500 lits à Aincourt, la commission administrative de l'hôpital de Versailles envisagea ainsi la création d'un « hôpital annexe de tuberculeux » susceptible « de recevoir des tuberculeux pulmonaires, non seulement ceux que la gravité de leur état ne rend plus justiciables d'une cure en sanatorium, [...] mais aussi, nettement séparés des premiers, ceux qui, légèrement atteints mais contagieux pour leur entourage, sont cependant obligés, avec l'organisation actuelle, d'attendre de long mois leur tour de départ en sanatorium, et qui trouveront [dans l'établissement projeté] des pavillons d'attente, où ils seront admis du jour au lendemain jusqu'à ce que soient remplies les formalités de leur placement dans un véritable sanatorium »[1488].

En 1922, les Poix et Bernard recensaient 14 hôpitaux-sanatoriums en France, pour un total de 2.884 lits[1489]. En 1925, on comptait 3.600 lits d'hôpitaux-sanatoriums, chiffre qui restera pratiquement

[1482] Bernard & Poix 1922, p. 235.
[1483] Hôpital-sanatorium des Tilleroyes près Besançon, construction, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1484] *Ibidem.*
[1485] Léon Bernard, « L'hôpital spécialisé », *op. cit.*
[1486] Rapport du Dr Evrot, délégué technique, avril 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1487] Hôpital-sanatorium des Tilleroyes près Bresançon, Construction, s.d. [ca. 1925] , A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1488] A.M. de Versailles, 3 M 2386.
[1489] Feuillas (Pessac, Gironde, 124 lits), Bon-Accueil (Montpellier, Hérault, 115 lits), La Tronche (Isère, 192 lits), Chantenay (Nantes, Loire-Inférieure, 150 lits), Villemin (Nancy, Meurthe-et-Moselle, 240 lits), Saint-François (Robertsau, Bas-Rhin, 200 lits), Sainte-

inchangé jusqu'au début des années trente[1490]. La plupart des hôpitaux-sanatoriums antérieurs à 1925 provenaient de la reconversion de formations militaires créées pendant la guerre dans des bâtiments existants : sanatoriums (Pessac, Bon-Accueil, Villepinte, Nancy), hôpitaux (Brévannes, Chantenay, Sainte-Eugénie), asile de vieillard (La Tronche), couvent (Nîmes) ou autres types d'édifices. Ces hôpitaux-sanatoriums étaient « aménagés dans des immeubles de construction ancienne qui ont été adaptés, sans trop de frais, à leur nouvelle fonction ; ce qui est essentiel, c'est [...] qu'ils soient aménagés de telle sorte que les malades puissent y pratiquer la cure sanatoriale. »[1491] Caufman recommandait de les aménager de la même façon que les sanatoriums :

> *L'hôpital-sanatorium devra réunir toutes les conditions d'installation d'un hôpital et d'un sanatorium. Il pourra être aménagé dans des immeubles tout construits, à la condition que ceux-ci soient entourés d'espaces libres et plantés. Autant que possible choisir un site pittoresque, un air exempt de poussière et de fumée. Les anciens châteaux, les couvents et les autres grands bâtiments, répondant par leur situation, leur construction et leur orientation, aux conditions hygiéniques et économiques exigées par l'établissement d'un hôpital-sanatorium, pourront être, par une série de travaux, adaptés à cette nouvelle destination. Il est préférable que l'hôpital-sanatorium comprenne plusieurs pavillons, les uns pour les services généraux, les autres pour l'hospitalisation, reliés entre eux par de vastes cures d'air. L'hôpital-sanatorium à plusieurs pavillons [...] réalise mieux l'isolement des diverses catégories, tout en offrant plus d'espace et de repos.*[1492]

Aux créations issues de la guerre, succédèrent les projets de constructions neuves tels les hôpitaux-sanatoriums Bellevue (Hérault) et des Tilleroyes (Doubs), édifiés sur la base d'accords conclus entre les commissions administratives hospitalières et les conseils généraux[1493].

Les commissions administratives hospitalières et la loi Honnorat.

L'indépendance administrative des sanatoriums vis-à-vis des commissions adminsitratives hospitalières était une exception dans le paysage hospitalier français. Selon Raoul Brunon, en 1920, le sanatorium devait « échapper à l'emprise des vieux règlements de nos hôpitaux et à l'influence administrative en général. Il doit vivre de sa vie propre, avec une discipline spéciale, une thérapeutique spéciale, une organisation spéciale qui, avec le temps, deviendront la discipline, la thérapeutique et l'organisation des hôpitaux »[1494]. Lorsqu'il s'agissait d'augmenter les capacités d'accueil des tuberculeux, les hôpitaux et les hospices civils optaient plus facilement pour la création de sanatoriums afin de bénéficier des subventions de l'Etat. Les hôpitaux devaient alors renoncer à exercer une tutelle directe sur ces établissements qui, selon la loi Honnorat, étaient dirigés administrativement par des commissions de surveillance indépendantes et, sur le plan médical, par des médecins-directeurs nommés directement par le ministère de l'hygiène. Dès la parution du décret d'application de 1920, les hôpitaux publics manifestèrent leur opposition à la large autonomie, administrative et médicale, ainsi accordée aux sanatoriums. Réunis en congrès à Amiens en 1925, les membres de l'Union hospitalière du Nord-Est (U.H.N.E.) estimèrent ainsi que la loi entravait leur action au profit des conseils généraux[1495]. Les commissions administratives s'estimaient « particulièrement qualifiées »[1496] pour créer et administrer ce type d'établissements et le président de l'U.H.N.E s'insurgea que leur rôle soit ainsi minoré dans la nouvelle législation. Le ministère de l'hygiène, de son côté, voyait dans l'indépendance administrative des sanatoriums une garantie

---

Eugénie (Saint-Genis-Laval, Rhône, 107 lits), Le Montet (Rhône, 40 lits), Villa Saint-Joseph (Saint-Genis-l'Argentières, Rhône, 28 lits), Asile Notre-Dame-de-Lourdes (Rhône, 254 lits), Brévannes (Seine-et-Oise, 1085 lits), Villepinte (Seine-et-Oise, 530 lits), Hôpital-sanatorium de la route de Darnétal (Seine-Inférieure, 140 lits) (Poix 1922, p. 68). En 1924, les hôpitaux-sanatoriums Bellevue (Montpellier, Hérault, 80 lits) et de Bouillargues (Nîmes, Gard, 80 lits) furent ouverts (Caufman 1924), et en 1925 celui des Tilleroyes (Besançon, Doubs, 150 lits).

[1490] S.a., « Et de cure. Sanatorium », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.

[1491] Bernard & Poix 1922, p. 235.

[1492] Caufman 1924, p. 26.

[1493] En 1922, le conseil général du Doubs, qui ne possédait alors aucun sanatorium, envisagea la création d'un hôpital suburbain de tuberculeux, qui resterait une propriété départementale mais dont la gestion serait confiée aux Hospices de Besançon. Le conseil général voyait dans cette collaboration de nombreux avantages : l'administration de l'établissement par les hospices simplifierait la gestion du personnel, la proximité de Besançon faciliterait la direction médicale, l'admission et l'évacuation des malades, ces facilités ne pouvant avoir que des répercutions favorables sur le prix de journée des malades.

[1494] Brunon 1920, p. 127.

[1495] Administration des hospices civils réunis de Besançon, Congrès d'Amiens, 5 juillet 1925, A.D. du Doubs, 43 N 5.

[1496] *Ibidem.*

d'efficacité. Selon l'inspecteur général des services administratifs Sarraz-Bournet, en 1925, le statut particulier des sanatoriums n'était pas incompatible avec la participation des hôpitaux aux programmes antituberculeux : « les commissions administratives [pouvaient] continuer leur rôle économique dans les sanatorium comme dans les autres établissements hospitaliers »[1497]. Ces dernières, naturellement, ne souhaitaient pas « se contenter de faire bouillir la marmite et de laver le linge » ; elles estimaient au contraire avoir « un rôle moral et des pouvoirs de direction à remplir »[1498].

Le statut des médecins-directeurs de sanatoriums, en particulier, cristallisait le mécontentement des commissions administratives hospitalières. Selon l'article 1er de la loi du 7 septembre 1919, les sanatoriums créés par les commissions administratives hospitalières étaient assimilés à des sanatoriums publics. A ce titre, les médecins-directeurs avaient « les attributions d'ordonnateurs », et leur gestion était simplement contrôlée par une « commission de surveillance ». Ce régime était très différent de celui en vigueur dans les hôpitaux administrés (d'après la loi du 7 août 1851) par des commissions administratives hospitalières et dont étaient habituellement exclus les médecins. En 1924, l'inspecteur général Gravereaux relevait une grave contradiction, sur ce point précis, entre la loi du 7 août 1851 et celle du 7 septembre 1919, du fait que « toutes les attributions des médecins-directeurs de sanatoriums sont précisément celles qui appartiennent en propre aux commissions administratives »[1499]. Selon Graveraux, le décret du 10 août 1920 avait « négligé de prévoir des conditions particulières pour les sanatoriums gérés par des hôpitaux »[1500], telles qu'elles existaient, par exemple, dans la réglementation sur les asiles départementaux d'aliénés. Il plaidait en faveur d'une modification du décret afin de permettre aux hôpitaux d'exercer normalement leur tutelle sur les sanatoriums créés par leurs soins. Les hôpitaux, quant à eux, déniaient aux médecins-directeurs l'autorité administrative que leur conférait la loi Honnorat, acceptant, au mieux, de leur donner le titre de « médecins-chefs » ou de « médecins-adjoints » de sanatoriums. Ils usèrent de toute leur influence pour modifier la loi en ce sens. Dans le préambule du projet de loi du 14 février 1930 sur la modification du statut des médecins-directeurs de sanatoriums, Louis Loucheur résumait ainsi la situation :

> *La formule du médecin-directeur n'a jamais été acceptée intégralement dans les sanatoriums gérés par une commission administrative des hôpitaux et hospices.* [Ces commissions] *estiment [...] qu'il est anormal de les déposséder, dans leurs propres sanatoriums, au profit d'un médecin qui échappe à leur nomination, de toutes les attributions qu'elles exercent dans leurs autres établissements hospitaliers [...]. D'autre part, l'expérience a montré qu'il n'était pas très facile de recruter des médecins-directeurs qui soient à la fois de bons médecins et de bons administrateurs et il y a lieu de se demander si le cumul de cette double fonction ne constitue pas une charge trop lourde, pour une seule personne, tout au moins dans les sanatoriums de quelque importance.*[1501]

Ce projet de loi visait notamment à « supprimer l'obligation de mettre les médecins-directeurs dans tous les sanatoriums publics et à permettre, dans certains, la nomination de directeurs non médecins »[1502]. La pression exercée par les milieux hospitaliers pour séparer la direction administrative de la direction médicale des sanatoriums aboutit, en 1935, à la publication d'un décret-loi autorisant la nomination de directeurs administratifs dans les sanatoriums dépendant de commissions administratives hospitalières[1503]. Ce dispositif fut immédiatement appliqué dans les sanatoriums de l'Assistance publique de Paris, dans ceux de l'Office d'hygiène sociale de la Seine ou encore au sanatorium national de

[1497] *Ibidem.*
[1498] *Ibidem.*
[1499] Gravereaux 1924, p. 59. « Les sanatoriums publics gérés par des établissements hospitaliers ne peuvent donc pas se maintenir dans la légalité ; quel que soit le mode d'administration adopté, des dispositions législatives seront négligées. Si l'autonomie voulue par le législateur de 1919 est laissée au sanatorium, les règles fondamentales de l'administration hospitalière sont enfreintes, si, au contraire, le sanatorium fonctionne comme un service annexe de l'hôpital, c'est la législation sur les sanatoriums qui n'est plus respectée ».
[1500] Gravereaux 1924, p.60. « Cette lacune, poursuit-il, présente de sérieux inconvénients : si l'Etat veut ignorer la situation anormale du sanatorium géré par un hôpital, il semble approuver des infractions dont d'autres établissements pourront se prévaloir ; s'il refuse à reconnaître l'organisation existante, les établissements dont il s'agit deviennent inaptes à bénéficier des avantages prévus : subventions, participation au paiement des frais d'entretien des malades ».
[1501] Documents parlementaires 14 février 1930, p. 175.
[1502] *Ibidem.*
[1503] Décret-loi du 30 octobre 1935.

Zuydcoote, qui fonctionnèrent dès lors avec une direction "bicéphale" composée d'un directeur administratif et d'un médecin-chef responsable des seuls services médicaux[1504].

L'assimilation des hôpitaux-sanatoriums aux sanatoriums.

Du point de vue légal, les hôpitaux-sanatoriums – au même titre que les autres établissements antituberculeux : préventoriums, aériums, etc. – n'étaient pas assimilables à des sanatoriums, pas tant en raison de leur appellation, que parce qu'ils ne s'adressaient pas à des malades curables, comme le spécifiait la loi de 1919. Ils étaient donc privés des subventions apportées par pour la construction de sanatoriums et ne pouvaient bénéficier de la prise en charge de la part complémentaire du prix de journée de leurs pensionnaires. Ils restaient toutefois éligibles, comme n'importe quel équipement sanitaire, aux subsides du Pari mutuel et de la taxe sur les cercles et les jeux. En 1925, pourtant, les administrateurs des Hospices civils de Besançon évoquaient une réalité administrative plus complexe :

> *Il ne faut pas perdre de vue que la loi accorde aux seuls sanatoriums des avantages très importants, puisqu'elle oblige l'Etat à payer la différence entre le prix de journée du sanatorium et celui de l'hôpital de rattachement. La part des communes pour un tuberculeux de l'Assistance dans un sanatorium reste donc la même que pour un malade quelconque hospitalisé. Aussi pensions-nous [...], sur l'avis officieux de personnalités consultées au ministère, que, par une tolérance bienveillante de l'Etat, les malades de l'hôpital-sanatorium pourraient bénéficier de ces avantages.*[1505]

La loi de 1919 ne disait pas un mot sur les hôpitaux-sanatoriums. Les départements et les commissions administratives hospitalières avaient donc tendance à les assimiler aux sanatoriums ordinaires et admettaient difficilement qu'il y eût une différence légale entre ces deux types d'établissements. Pour éviter toute confusion, dont les conséquences financières pouvaient être importantes, l'Union hospitalière du Nord-Est demanda officiellement, dès 1925, l'assimilation légale des hôpitaux-sanatoriums aux sanatoriums afin de leur faire bénéficier des mêmes avantages financiers[1506]. Lorsqu'en 1925 le préfet du Doubs sollicita l'assimilation de l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes auprès du ministère de l'hygiène, ce dernier répondit simplement que le décret du 10 août 1920 et la loi du 7 septembre 1919 n'étaient pas applicables à cette catégorie d'établissements[1507]. La situation changea à la fin des années vingt : interpellé officiellement sur ce sujet, le 22 mars 1929, à la tribune du Sénat, le ministre de l'hygiène se déclara favorable « à l'assimilation légale des hôpitaux-sanatoriums aux sanatoriums »[1508]. Selon Evrot, un projet de loi en ce sens devait être déposé par le ministre en 1930 et « inséré dans la loi de finances », mais « un incident n'a pas permis que cela fût »[1509]. Soucieux de rassurer les collectivités projetant la construction d'un hôpital-sanatorium, Evrot estimait que cette assimilation n'était qu'une affaire de procédure : il suffisait, selon lui, « que les hôpitaux-sanatoriums soient présentés comme des sanatoriums ; les services compétents du ministère de la santé, de même que la commission technique chargée de l'examen des projets, sont unanimement de cet avis »[1510]. Présentés sous l'appellation de « sanatorium », un projet d'« hôpital-sanatorium » avait donc de bonnes chances d'être approuvé par le comité technique des sanatoriums et le ministère[1511]. En 1930, la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* demandait que le

[1504] Thoillier 1947, p. 112.
[1505] Hôpital-sanatorium des Tilleroyes près Besançon, Construction, s.d. [ca. 1925] , A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1506] Son président, M. Gauguery, « demande qu'on encourage, si l'Etat ne peut actuellement faire plus, les sanatoriums et les hôpitaux-sanatoriums existants et rattachés à des commissions administratives hospitalières. Il réclame pour les Commissions administratives la reconnaissance des mêmes droits de propriété, de direction et de gestion dans ces nouveaux organismes créés par elles, que dans les autres établissements hospitaliers. Il estime contestables les connaissances administratives des médecin-directeurs de sanatoriums, aucun compétence de cet ordre n'étant exigée à leur nomination. Il déclare que malgré la loi du 7 septembre 1919, les Commissions administratives ne peuvent abandonner les droits et les charges qu'elles détiennent de la loi du 7 août 1851. Elles ne peuvent jouer, dit-il, le simple rôle d'une Commission de surveillance. Il faut donc que, dans l'intérêt des malades, des établissements et des intéressés, les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 soient mises en harmonie avec celles de la loi du 7 août 1851. » Administration des hospices civils réunis de Besançon, Congrès d'Amiens, 5 juillet 1925, A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1507] Lettre du 4 mars 1924 du ministre de l'Hygiène au préfet du Doubs, A.D. du Doubs, 43 N 5.
[1508] Lettre du 18 avril 1930 du Dr Evrot au président de l'Association départementale antituberculeuse. A.D. de la Haute-V., 1 X 153.
[1509] *Ibidem.*
[1510] *Ibidem.*
[1511] En 1932, pour le projet d'agrandissement de l'hôpital-sanatorium Laennec, à Nantes, fut présenté de cette façon au comité technique des sanatoriums. Lettre du 20 oct. 1932 du ministre de la santé publique au préfet de la Loire-Inférieure, A.D. de la Loire-Atl., 1 X 575.

bénéfice de la loi du 7 septembre 1919 soit accordé aux hôpitaux-sanatoriums. Elle s'étonnait qu'il n'y eût en France que 3.600 lits d'hôpitaux-sanatoriums, « alors que 30% des tuberculeux en sont justiciables »[1512]. Les avantages financiers réservés aux seuls sanatoriums avaient considérablement orienté la politique antituberculeuse des départements : Amsler rappelait ainsi en 1929 que, si l'hôpital-sanatorium présentait « l'avantage d'assurer des services plus étendus, [...] le sanatorium [était] plus certain d'un large concours des lois d'assistance »[1513]. Le C.N.D.T., dont l'influence était grande dans la lutte contre la tuberculose en France se déclara de la même façon, en 1930, favorable à l'assimilation des hôpitaux-sanatoriums :

> *Chaque département devrait obligatoirement posséder un nombre de lits de sanatorium-hôpital en rapport avec le chiffre de sa mortalité tuberculeuse. Il serait donc souhaitable de voir l'effort actuel porter sur la multiplication des sanatoriums-hôpitaux, dont la réalisation est, dans les circonstances actuelles, particulièrement onéreuse, mais dont le rôle social est plus immédiatement nécessaire à la lutte antituberculeuse. [...] L'unique moyen efficace pour aboutir au développement rapide de cette catégorie [...] consiste à octroyer, par voie législative, aux sanatoriums-hôpitaux, les avantages financiers de la loi du 7 septembre 1919 tant pour leur création que pour leur fonctionnement.*[1514]

En 1931, à nouveau, le ministère de la santé publique évoqua la possible modification du décret du 20 août 1920, « de manière à étendre ses dispositions aux établissements dits hôpitaux-sanatoriums »[1515]. Nous n'avons pas trouvé de trace d'une telle modification dans la législation et il est possible que le ministère ne souhaita pas augmenter le nombre de demandes de subventions alors que ses crédits étaient déjà largement insuffisants pour les seuls sanatoriums. A partir des années trente, la distinction entre sanatorium et hôpital-sanatorium n'était plus qu'administrative[1516] ; elle devint plus ténue encore à partir de 1933 comme l'indique le cas de l'hôpital-sanatorium de Libourne (Gironde) :

> *Comme d'après la jurisprudence actuelle, il n'y a plus lieu, au point de vue administratif, de faire la différence entre l'hôpital-sanatorium et le sanatorium, on doit admettre, avec le comité technique, que le projet présenté par l'hôpital-hospice de Libourne a pour objet la création d'un établissement de cure tombant sous le coup de la loi du 7 septembre 1929 et des décrets des 10 août 1920 et 30 mai 1932 qui en règles l'application.*[1517]

Le comité technique des sanatoriums était peu regardant sur la nature exacte (sanatorium ou hôpital-sanatorium) des projets qui lui étaient soumis, du moment que les plans respectaient les prescriptions requises. En accordant aux hôpitaux-sanatoriums les avantages légalement réservés aux sanatoriums, le comité donna une nouvelle impulsion à cette catégorie "mixte" d'établissements antituberculeux au début des années trente, époque à laquelle les réalisations se multiplièrent : hôpitaux-sanatoriums de l'Assistance publique de Paris à Champrosay (Essonne, 1931), Labruyère (Oise, 1935) et Champcueil (Essonne, 1935), hôpital-sanatorium du Perron près de Lyon (Rhône, 1932), de Niort (Deux-Sèvres, 1932), de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934), de Limoges (Haute-Vienne, 1934), de Dreux (Eure-et-Loir, 1934), de Lorient et Pontivy (Morbihan, 1935) ou de Lille (Nord, 1936).

D'un point de vue architectural, l'affirmation selon laquelle un hôpital-sanatorium n'est pas « un établissement du type sanatorium proprement dit mais un hôpital avec cure d'air »[1518], doit être relativisée car la plupart des établissements que nous venons de mentionner revendiquent, par leurs dispositions mêmes, une filiation sanatoriale. Certains adoptent les chambres aménagées selon le modèle de Bligny (Clermont-Ferrand, Limoges, Lille) ou des dispositions favorisant l'éclairage et la ventilation des pièces, comme des redents en façade (Clermont-Ferrand) ou des étages en retrait formant gradins (Niort,

---

[1512] S.a., « Et de cure. Sanatorium », in R*evue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.
[1513] Comité départemental de lutte antituberculeuse, bureau du comité, séance du 23 octobre 1930. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[1514] *Bulletin du C.N.D.T.*, 1930, n°3, p. 287.
[1515] Lettre du 31 août 1931 du ministre de la santé publique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1516] Le comité technique des sanatoriums accepta ainsi, le 3 juillet 1931, d'assimiler l'hôpital-sanatorium du Cluzeau, à Limoges (Haute-Vienne, 1934), à un sanatorium de cure. Inversement, le sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936) avait, selon son concepteur l'architecte Gaston Castel*, « à la fois le caractère d'une maison de cure répondant à la définition et aux conditions du décret relatif aux sanatoriums et le caractère d'un hôpital-sanatorium car il se propose de recevoir en même temps que les malades curables les malades aux différents degrés de la tuberculose ». Notice descriptive relative au sanatorium départemental sis aux Milles, commune d'Aix-en-Provence, A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.
[1517] Lettre du 26 mai 1933 du ministre de la santé publique au ministre de l'intérieur, A.N., F/2/2396/5.
[1518] P. M., "Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay", in Le Bâtiment Illustré, n°3, mars 1933.

Lorient, Pontivy). Du point de vue de l'aménagement, la principale différence entre sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums résidait dans la répartition des malades en chambres et en dortoirs. Pour la construction de l'hôpital-sanatorium du Cluzeau, Evrot rappelait aux architectes que, dans ce type d'établissement, « en moyenne, le quart des malades sont des alités ». Il était donc nécessaire de prévoir « des chambres individuelles en grand nombre » et d'aménager les dortoirs en *boxes*[1519].

A l'étranger, la distinction entre sanatorium et hôpital-sanatorium n'était pas nécessairement aussi marquée qu'en France. En Angleterre et en Allemagne, les malades incurables étaient admis dans les services hospitaliers de tuberculeux et il n'existait pas d'établissements situés à mi-chemin entre l'hôpital et le sanatorium de cure. En Italie, au contraire, l'Institut Forlanini de Rome répondait parfaitement à la définition d'un hôpital-sanatorium et le décret du 20 juillet 1939 distinguait nettement les « sanatoriums climatiques » (*Sanatori climatici*), des hôpitaux-sanatoriums et des services hospitaliers de tuberculeux[1520].

2.5.5. Les statuts particuliers : ententes interdépartementales et sanatoriums corporatifs.

Les ententes interdépartementales : mutualiser pour mieux gérer.

Dès la fin du XIX[e] siècle, les conseils généraux eurent la possibilité de mettre en commun leurs moyens afin de créer des œuvres interdépartementales sanitaires et sociales[1521]. S'agissant plus particulièrement des sanatoriums, ce type de collaboration avait été initié en 1894 avec la création conjointe par les départements du Gard et du Vaucluse du sanatorium interdépartemental d'Arrigas (Gard) pour enfants anémiés (voir p. 92). En 1902, les conseils généraux de l'Allier, de la Creuse, du Cantal et du Puy-de-Dôme avaient envisagé la construction d'un sanatorium interdépartemental de tuberculeux, probablement suite à l'incitation faite en 1901 par le ministre de l'intérieur (voir p. 105). La ville de Clermont-Ferrand avait tenté de concrétiser cette initiative en lançant un concours d'architectes en avril 1903[1522], mais cette idée avait été abandonnée l'année suivante[1523]. Pendant la Première Guerre Mondiale, alors que la prise en charge des tuberculeux se posait avec plus d'acuité, plusieurs départements tentèrent à leur tour de s'associer pour créer des établissements communs. En juillet 1917, Honnorat mentionnait notamment les projets interdépartementaux de l'Ardèche et de la Drôme[1524], de la Savoie et de la Haute-Savoie[1525]. « Il y a dans ces projets interdépartementaux [...], notait-il, une idée extrêmement ingénieuse et que l'on doit encourager, tant pour subvenir aux besoins des départements pauvres que pour empêcher la dissémination d'une poussière de sanatoriums trop petits, trop nombreux et trop onéreux »[1526]. Ces deux projets n'aboutirent toutefois pas : la Drôme et l'Ardèche se contentèrent d'envoyer leurs malades au sanatorium de Seyssuel (Isère) ; la Savoie envoya les siens dans les établissements du Montet (Allier), d'Angeville (Ain) et de Seyssuel (Isère), tandis que la Haute-Savoie tenta – sans succès – d'édifier son propre sanatorium à Arâches et passa finalement un accord avec le sanatorium du Rhône pour la prise en charge de

[1519] Rapport du Dr Evrot, délégué technique, avril 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1520] Ils étaient divisés en établissements de moyenne montagne, de haute montagne, de plaine, de lac, de mer. Ronzani 1942, p. 246.
[1521] Ces dispositions étaient notamment codifiées dans la loi du 10 août 1871.
[1522] « La construction d'un sanatorium vient d'être décidée par le Conseil Général pour les tuberculeux des quatre départements limitrophes. Il sera établi en un point aussi rapproché que possible de Montluçon, entre Montluçon et Gannat. Appel sera fait aux architectes qui voudraient déposer des projets ; 10.000 francs de prix seront partagés ». S.a., « Concours. Ville de Clermont-Ferrand », *in La Construction Moderne*, 18 avril 1903, p. 348.
[1523] Pour justifier cet abandon, on avança le fait que « les sanatoria ne paraiss[aient] pas avoir donné tout ce que l'on en avait espéré d'abord » et « qu'il ne serait jamais possible de traiter un nombre de tuberculeux en rapport avec celui existant dans les villes et les campagnes du département ». Les sanatoriums départementaux, s.d., p. 4. A.D. de l'Allier, 1 X 8.
[1524] Engagé en 1917, ce projet semble avoir été abandonné en 1927 : « L'assemblée départementale de la Drôme a mis à l'étude la création d'un sanatorium interdépartemental (Drôme-Ardèche). Ce projet comporte de très grandes difficultés techniques et financières. » La Drôme souhaita se rallier au projet du sanatorium départemental du Rhône aux Petites-Roches tandis que l'Ardèche créa un sanatorium départemental à Largentière à la fin des années vingt. Lettre du 18 oct. 1927 de Jules Nadj au maire de Lyon. A.M. de Lyon, 1764 W 2.
[1525] J.O. 20 juillet 1917, p. 719. Le 18 avril 1917, le Conseil général de la Savoie décida la création d'un sanatorium départemental et sollicita la Haute-Savoie pour la réalisation d'un projet commun. Il demandait notamment la mise en place d'une « commission interdépartementale chargée d'étudier les moyens propres à réaliser le projet d'organisation d'un sanatorium commun aux deux départements ». La Haute-Savoie parue peu enthousiaste à l'idée d'une telle association car exemples précédents (écoles normales et asile d'aliénés de Bassens) « ne sembl[aient] pas très encourageants pour l'établissement d'une nouvelle œuvre de ce genre ». Conseil général de la Haute-Savoie, séance du 19 septembre 1917, extrait du registre des procès verbaux des séances, A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 213.
[1526] Documents parlementaires 26 juillet 1917, p. 719.

ses malades. En 1919, en complément de l'organisation antituberculeuse créée dans le département d'Eure-et-Loire, la Mission Rockefeller envisagea également la création d'un sanatorium interdépartemental, initiative qui resta néanmoins sans suites[1527]. En mars 1920, le ministre de l'hygiène se déclara particulièrement favorable aux projets interdépartementaux :

> *Il est évident,* estimait-il*, qu'un sanatorium dont la population hospitalière sera peu élevée risquera d'avoir un prix de revient supérieur au prix de journée maximum fixé par arrêté ministériel. Mais il convient de remarquer que la loi n'oblige pas les départements à posséder un sanatorium propre pour ses tuberculeux ou chaque catégorie de tuberculeux. Il y aurait donc intérêt à ce que des pourparlers soient dès maintenant engagés entre les différents départements soit en vue de l'édification à frais communs de sanatoriums répondant à l'ensemble de leurs besoins, soit en vue de l'élaboration d'une convention ayant pour but de réserver dans les établissements déjà existants un nombre de lits correspondant au chiffre des tuberculeux à hospitaliser. Les départements dépourvus de toute installation ou contre-indiqués par suite de leur situation géographique ou de leur climat défavorable devront donc se mettre en rapport avec les départements mieux favorisés afin d'assurer le traitement sanatorial de leurs tuberculeux.*[1528]

Albert Calmette, de la même façon, estimait « que la création de sanatoriums interdépartementaux doit être réalisée partout où elle est possible, cette solution présentant les plus grands avantages »[1529]. Les encouragements du ministère incitèrent de nombreux départements à mutualiser leurs moyens : en 1920, le préfet de Loire-Atlantique déclara que « l'intérêt du département devrait s'orienter vers une association qui regrouperait entre eux les départements voisins en vue de satisfaire à la volonté du législateur », dans le but notamment de « réduire au minimum les frais que les collectivités protectrices seront appelées à s'imposer »[1530]. Le principe d'une telle association se justifiait également d'un point de vue climatique, ce que ne manquait pas de rappeler le ministre de l'hygiène :

> *Si pour cette partie du traitement de la tuberculose* [osseuse et ganglionnaire]*, la Loire-Inférieure se trouve dans une situation privilégiée, elle demeure tributaire pour le traitement des pulmonaires, de départements voisins mieux situés pour les curables et les améliorables. C'est de l'avantage qui peut être retiré de la situation du département de la Loire-Inférieure, riverain de la mer, et de celui aussi que peuvent offrir les départements voisins, que doit naître une association interdépartementale destinée à assurer l'hospitalisation la plus large dans les sanatoriums spécialisés, de tous les malades de ces départements atteints de tuberculose curable et améliorable.*[1531]

Le directeur de l'Office central d'hygiène de la Loire-Inférieure, Alexis Ricordeau, proposa ainsi la création « de groupements ayant un système complet de sanatoria communs »[1532]. Dans ces groupements, les départements associés auraient la charge propre de leurs malades incurables tandis que les malades curables seraient soignés dans des structures collectives dont le prix de revient pourrait être « très notablement » réduit, en « concentrant les frais généraux du personnel administratif, médical et infirmier »[1533]. Ce projet d'union interdépartementale, comme les précédentes, n'aboutit pas[1534].

[1527] S.a., « Eure-et-Loire. L'œuvre antituberculeuse de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine », in *Bulletin du C.N.D.T.*, novembre 1919, p. 21.

[1528] Lettre du 22 mars 1920 du ministre de l'hygiène à MM. les préfets, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.

[1529] Il citait pour exemple le projet de Hirson (Nord), où « un établissement de ce genre va s'ouvrir : il comprendra plusieurs bâtiments et les médecins en seront désignés par les départements intéressés ». Nous n'avons pas trouvé de trace de ce projet de sanatorium interdépartemental. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.BU.3, bureau 30, séance du 21 mai 1920.

[1530] Préfecture de la Loire-Inférieure, Exposé complémentaire au rapport présenté sur l'application de la Loi Honnorat, s.d. [*ca.* 1920], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.

[1531] *Ibidem.*

[1532] Rapport de M. Ricordeau au préfet de la Loire-Inférieure, s.d. [*ca.* 1919], A.D. de la Loire-Atlantique 1 X 576. il ajoute : « Puisque nous possédons une situation géographique que d'autres départements de possèdent pas et inversement, il semble logique que plusieurs départements s'entendent pour utiliser pour le mieux et dans l'intérêt de tous, les avantages que chacun présente » :

[1533] Le préfet de la Loire-Inférieure suggéra au conseil général de s'associer aux départements voisins de la Vendée, des Deux-Sèvres et du Maine-et-Loire afin de mettre en œuvre ce programme interdépartemental. Ricordeau envisageait pour sa part une collaboration plus large encore avec les départements de l'Anjou, de la Touraine ou de la Bretagne, dans le but d'« envoyer dans les sanatoria à créer sur le territoire, dans un site favorable, les tuberculeux pulmonaires pour lesquels le département et l'Etat assureront les frais d'entretien ». Réciproquement, ces départements associés « pourraient utiliser les sanatoria marins de la Loire-Inférieure, les frais d'entretien de leurs malades y étant également couverts par ces départements et l'Etat ». Il proposa ainsi la création d'une « commission interdépartementale » chargée de définir « les intentions et les possibilités » de chaque département. Rapport de M. Ricordeau au préfet de la Loire-Inférieure, s.d. [*ca.* 1919], A.D. de la Loire-Atlantique 1 X 576.

[1534] Le 5 mai 1920, le conseil général décida de solliciter la collaboration de la Vendée, du Maine-et-Loire et des Deux-Sèvres « pour satisfaire aux prescriptions » de la loi Honnorat. Les deux premiers acceptèrent tandis que le département des Deux-Sèvres était déjà

Entre 1918 et 1924, d'importantes unions hospitalières furent fondées dans le but de coordonner les efforts des hôpitaux en matière d'assistance[1535]. Créée le 5 mars 1918 sur l'initiative des Hospices civils de Lyon, l'Union hospitalière du Sud-Est (U.H.S.E.) regroupait 23 départements du quart sud-est de la France. Le projet phare de cette fédération était la création du « premier sanatorium alpestre interdépartemental ». Elle entendait, comme l'avait énoncé Honnorat en 1917, « éviter, avant tout, de tomber dans le travers des petites édifications isolées qui [...] n'aboutissent qu'à une sorte de poussière de réalisations coûteuses »[1536]. Les Hospices civils de Lyon espéraient que de nombreux départements se joindraient à cette initiative et demanderaient leur rattachement, en vertu de la loi Honnorat, à ce sanatorium interdépartemental[1537]. L'U.H.S.E. demanda « que les départements, les communes, les associations antituberculeuse voulussent bien joindre leurs efforts aux [leurs], en acceptant d'attribuer à cet organisme central les crédits déjà votés ou qu'ils seraient amenés à voter en vue de projets distincts fragmentaires et inefficaces »[1538]. Quelques départements répondirent à cet appel, tels la Haute-Savoie et la Savoie qui avaient les plus grandes difficultés à trouver un financement pour leurs projets respectifs. Une commission interdépartementale d'étude fut créée mais l'initiative des H.C.L. n'eut qu'un succès relatif : en 1923, ce projet n'avait été formellement ratifié que par trois départements (Rhône, Isère et Haute-Savoie)[1539]. N'ayant pas réussi à fédérer suffisamment de collectivités, l'U.H.S.E. renonça à ce projet de sanatorium alpin, reprit par le département du Rhône en 1924[1540]. Quant aux projets similaires envisagés d'autres unions régionales, ils restèrent à l'état de vœu pieu[1541].

Au début des années vingt, les contours administratifs et les modalités techniques de la coopération interdépartementale étaient donc imprécis, raison pour laquelle, sans doute, les collectivités semblaient incapables de dépasser le stade du projet. Pour en clarifier la définition et inciter les départements à mutualiser leurs efforts, un décret de « décentralisation administrative » fut adopté le 5 novembre 1926 par le gouvernement[1542]. Il offrait aux départements la possibilité « de se syndiquer pour créer des œuvres d'intérêt général » gérées par des « syndicats interdépartementaux ». Le décret de 1926 accordait notamment aux « syndicats interdépartementaux » le statut d'établissements publics, financièrement autonomes et dont la gestion était calquée sur celle des œuvres départementales[1543]. Ce

---

engagé avec celui de la Charente-Inférieure. Une conférence réunissant les trois départements précités eut lieu en octobre 1920 mais nous ne connaissons pas les détails des pourparlers engagés entre eux. Département de la Loire-Inférieure, conseil général, extrait de la délibération du 1er octobre 1920, assistance aux tuberculeux, sanatorium de Mindin. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[1535] L'Union hospitalière du Sud-Est (U.H.S.E.), en 1918 ; l'Union hospitalière du Nord-Est (U.H.N.E.), en 1921 ; l'Union hospitalière du Nord-Ouest (U.H.N.O.), en 1922 ; l'Union hospitalière du Sud-Ouest (U.H.S.O.), en 1923, et l'Union Hospitalière du centre (U.H.C.), en 1925De leur volonté commune naquit, en 1924, la Fédération Hospitalière de France, toujours en activité, puis l'Union Hospitalière d'Ile-de-France (1936) et les Unions d'outre-mer (1963 à 1977). Site Internet de la F. H. F. : www.fhf.fr, 8 octobre 2009.

[1536] Lettre du 6 février 1919 du prédisent de l'U.H.S.E. au préfet des Bouches-du-Rhône, A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.

[1537] Cordier 1917, *op. cit.*, p. 29.

[1538] Lettre du 6 février 1919 du prédisent de l'U.H.S.E. au préfet de la Haute-Savoie. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 214.

[1539] Lépine 1923. A.M. de Lyon, 1764 W 2.

[1540] Tony Garnier avait été sollicité par l'U.H.S.E. pour concevoir un avant-projet sur le site de Saint-Hilaire-du-Touvet. Le sanatorium sera finalement construit par le département du Rhône entre 1924 et 1933 sur les plans des architectes R. Fournez et L. Sainsaulieu.

[1541] Créée en 1921, l'Union hospitalière du Nord-Est aborda la question des sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums lors de ses congrès de Sens, en 1924, et d'Amiens, en 1925. L'Union manifesta sa volonté de créer des « hôpitaux-sanatoriums régionaux » mais s'estima bloquée dans ses initiatives par le manque de reconnaissance, dans loi Honnorat, des structures hospitalières antituberculeuses. Administration des hospices civils réunis de Besançon, congrès d'Amiens, 5 juillet 1925. A.D. du Doubs, 43 N 5.

[1542] Ce décret prévoyait notamment : « Art. 8. Est ajouté à la loi du 10 août 1871 un titre VIII, "Des syndicats interdépartementaux" ; Art. 95. Les conseils généraux de deux ou plusieurs départements peuvent [...] décider d'associer les départements qu'ils représentent pour des œuvres d'utilité interdépartementale. Cette association prend le nom de « syndicat interdépartemental », [...] ces syndicats sont des établissements publics investis de la personnalité civile ; Art. 102. Le budget du syndicat interdépartemental pourvoit aux dépenses de toute nature des établissements ou services pour lesquels le syndicat est constitué. Les recettes peuvent se composer de : 1° La contribution des départements associés [obligatoire] ; 2° Le revenu des biens meubles ou immeubles de l'association ; 3° Les sommes qu'elle reçoit des administrations publiques, des associations, des particuliers, en échange d'un service rendu ; 4° Les subventions de l'Etat ; 5° Les produits des dons et legs ». A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.

[1543] Le décret du 5 novembre 1926 est remplacé par la loi du 9 janvier en 1930 relative aux ententes et institutions interdépartementales censée, selon le ministre de l'intérieur, « faciliter et même [...] provoquer la création d'œuvres interdépartementales d'utilité commune ». Tout en maintenant l'esprit du décret de 1926, la loi de 1930 modifia les conditions de passation des marchés publics et des adjudications, ainsi que le fonctionnement des commissions. Ce point, en particulier, suscita quelques critiques, car la gestion des commissions interdépartementale fut dorénavant confiée aux seuls conseillers généraux (« l'administration des ententes interdépartementales est assurées par des conseillers généraux élus à cet effet »), excluant d'office certains médecins qualifiés auparavant autorisés à siéger dans les commissions. Le comité interdépartemental du Limousin, « à l'unanimité, [émit] le vœu que la loi du 9 janvier 1930 soit modifiée de manière à permettre aux délégués des conseils généraux, non conseillers généraux, de siéger au sein des nouveaux organismes interdépartementaux ». Les membres du comité estimèrent que le décret précédent (celui du 5 novembre 1926) « offrait le sérieux avantage d'appeler au sein des comités interdépartementaux, aux côtés des conseillers généraux élus, des personnes particulièrement qualifiées pour mener à bien les œuvres entreprises par des

décret coïncidait avec l'approche de l'expiration du délai d'équipement de dix ans imposé aux départements par la loi de 1919 et offrait aux administrations un outil administratif supplémentaire pour s'y conformer. La plupart des sanatoriums interdépartementaux – de même que les établissements départements – furent ainsi conçus entre 1927 et 1930 et résultent de longues négociations entre les départements. Nous détaillerons ici les projets les plus emblématiques.

En 1925, le conseil général de l'Allier souhaita créer un sanatorium pour ses malades du sexe féminin, population dont il avait les plus grandes difficultés à obtenir le placement. Il proposa l'aménagement de la propriété départementale de Bellevue, à Yzeure, dont les bâtiments abritaient au début du siècle une école de Jésuites. Chargé d'évaluer le projet, le comité technique des sanatoriums donna un avis favorable et conseilla à l'Allier de se rapprocher des départements voisins (Cher et Saône-et-Loire) sujets aux mêmes difficultés[1544]. Désavoué dans un second temps par le comité technique des sanatoriums (en raisons du coût, de l'insuffisance technique des bâtiments, mais d'une forte opposition locale), l'Allier dut abandonner ce projet en 1926[1545]. Décidé à ne pas construire seul son établissement, le département de Saône-et-Loire tenta en 1927 un rapprochement avec l'Ain : le premier disposait du sanatorium de La Guiche, ouvert en 1918, tandis que le second possédait le sanatorium de Bellecombe, ancien établissement privé situé dans la station d'Hauteville, racheté en 1918 par le conseil général. Le projet d'association entre les deux départements était le suivant : l'Ain devait convertir Bellecombe en établissement de femmes pour les malades des deux départements, tandis que la Saône-et-Loire aurait accueilli, à La Guiche, les malades du sexe masculin des deux départements. Les départements associés auraient dans un deuxième temps réservé Bellecombe aux seuls enfants et édifié un nouveau sanatorium pour femmes à proximité. Les deux administrations ne réussirent toutefois pas à s'entendre sur les modalités financières de cet échange de malades[1546]. Contrainte, une nouvelle fois, de trouver un autre partenaire, la Saône-et-Loire sollicita en 1928 le Puy-de-Dôme pour l'élaboration d'un projet commun[1547], mais ce projet resta également sans suites. Le département finit pas s'associer en 1929 avec l'Yonne, l'Aube et la Haute-Loire, pour la construction d'un vaste sanatorium interdépartemental mixte à Bergesserin (Saône-et-Loire) ; établissement qui n'ouvrira ses portes qu'en 1946 (ill. 334). L'Ain, de son côté, avait poursuivi le projet esquissé à Hauteville et s'associa aux départements de la Meuse, du Jura et de l'Oise pour la construction d'un sanatorium interdépartemental de femmes ouvert en 1935, Bellecombe restant réservé aux hommes[1548].

L'échange ou la mise à disposition mutuelle de structures existantes constituait une forme sommaire d'organisation interdépartementale. Elle était toutefois pratiquée à grande échelle avec l'envoi massif, par les départements, de tuberculeux dans les établissements publics ou privés qui disposaient de places vacantes. Avec ou sans contrat, ces transferts de malades ne liaient pas les départements entre eux,

---

départements associés ». Dans le cas du Limousin, selon la loi de 1930, Marcland, professeur à l'école de médecine de Limoges, et Thuillat, vice-président de la commission administrative des hospices de Limoges, ne pouvaient plus siéger – n'étant pas conseillers généraux – dans le comité interdépartemental. A.D. de Haute-Vienne, 1X147.

[1544] Ces départements se réunirent pour la première fois le 2 juillet 1925. Commission interdépartementale instituée pour l'étude de l'installation d'un sanatorium dans les immeubles d'Yzeure-Bellevue, séance du 8 juillet 1927. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69. Le conseil général de Saône-et-Loire envisagea en 1925 l'acquisition du sanatorium privé de Job (Puy-de-Dôme) pour hospitaliser ses tuberculeuses, mais y renonça rapidement tant en raison, certes, de l'éloignement de cet établissement pour les malades de la Saône-et-Loire, mais également du fait de la « tendance, en ce moment, à la création et à la gestion de sanatoriums interdépartementaux, dont l'utilité pratique au point de vue financier est évidente puisque les frais d'administration sont partagés ». A.D. de la S.-et-L., 1 X 69.

[1545] Propriétaire du domaine de Bellevue, l'Allier se chargera « de faire toutes les démarches auprès de l'Etat pour obtenir la subvention de 50% [...]. Il encaissera les subventions, liquidera et paiera les dépenses. [...] Les départements associés s'engagent à verser au département de l'Allier au fur et à mesure de l'avancement des travaux, leur part contributive dans les dépenses [...]. Dans le cas où les lits attribués à une département se seraient pas occupés, ils pourraient être momentanément mis à la disposition des malades et des autres départements [...] ». Sanatorium de Bellevue-Yzeure, projet de convention interdépartementale, s.d. [*ca.*1925]. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69. L'Allier se résolut ensuite à construire son propre sanatorium pour femmes : le sanatorium Marie Mercier, ouvert en 1931 à Rocles (Allier) et formant le pendant de l'établissement François Mercier réservé aux hommes.

[1546] Les délégués de la Saône-et-Loire proposèrent ainsi « que les hommes tuberculeux curables de l'Ain soient pris [à La Guiche] avec le même droit de priorité que ceux de la Saône-et-Loire, sans aucune participation pour l'Ain à aucun frais de premier établissement et sans limitation de nombre ». Ils demandèrent « qu'en compensation, l'Ain considère comme commun aux deux départements contractants l'apport en nature effectué par lui des immeubles bâti et non bâtis lui appartenant à Hauteville [...].» Ces conditions ne furent pas acceptées par l'Ain. Projet d'installation à Hauteville (Ain) d'un sanatorium interdépartemental pour femmes tuberculeuses, commission interdépartementale, séance du 24 juillet 1928. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

[1547] « [...] le département du Puy-de-Dôme a l'intention de construire un sanatorium pour femmes. Le préfet de ce département, pressenti par son collègue de Saône-et-Loire sur l'éventualité d'une entente, a répondu évasivement de sorte que nous restons dans le statu quo [...] ». Extrait du registre des délibérations de conseil général de la Saône-et-Loire, séance du 28 octobre 1928, sanatorium interdépartemental de femmes. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

[1548] Lettre du 16 septembre 1930 du préfet de l'Ain au préfet de la Saône-et-Loire. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

mais les départements avec les seuls établissements. La mise en place d'un véritable cadre de coopération interdépartemental, effectif à partir de 1926, procédait au contraire d'une vision à long terme et d'une volonté de trouver des solutions à la fois pérennes et économiques au placement des tuberculeux en sanatorium. Surtout – là était la difficulté – il s'agissait d'établir, en commun, un projet de construction et de le mener à bien. Ce mode de coopération était pratiqué, semble-t-il, depuis de nombreuses années s'agissant des aliénés internés, dont la loi de 1838 exigeait la prise en charge dans des asiles départementaux. Le conseil général du Pas-de-Calais, par exemple, disposait d'accords avec les départements voisins pour mutualiser les frais d'internement de ses malades mentaux. Lorsqu'il envisagea, en 1928, l'édification d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires, la question de reproduire ce dispositif se posa immédiatement[1549] :

> *En vue d'alléger la charge qu'entraînerait une semblable construction pour le département, la commission a recherché s'il serait possible de s'entendre, pour l'édification à frais communs, avec les départements voisins ou des collectivités assurant à leurs participants des avantages analogues à ceux de l'A.M.G., telles que les caisses de secours des ouvriers mineurs.* [Ce système est envisagé] *au seul cas où la nécessité de séparer absolument les sexes eut obligé à construire deux établissements distincts, soit à doubler les frais généraux ; dans ce cas, chacun des deux départements n'aurait traité que les malades du même sexe de son ressort et du ressort de son associé et les frais généraux eussent ainsi été partagés.*[1550]

Le Pas-de-Calais prit toutefois la décision de conserver son autonomie et d'édifier son propre sanatorium, ouvert en 1933 à Helfaut. D'autres départements, moins densément peuplés que le nord de la France, virent dans ce mode d'association une réponse pragmatique aux contraintes apportées par la loi Honnorat. L'une des principales ententes réunissait les trois départements limousins : Haute-Vienne, Corrèze et Creuse. Peu avant 1916, le conseil général de la Haute-Vienne s'était prononcé en faveur de la création d'un établissement de tuberculeux et avait institué une commission chargée de trouver un emplacement adéquat. Fin 1926, le préfet prit contact avec ses collègues de la Creuse et de la Corrèze dans l'idée de créer un sanatorium commun aux trois départements. La Corrèze se déclara intéressé et offrit d'installer l'établissement dans l'ancienne station sanitaire de Boulou-les-Roses dont les bâtiments étaient désaffectés depuis 1925. Comme pour l'Allier et la Saône-et-Loire, il s'agissait de créer un sanatorium pour tuberculeuses dont le placement était particulièrement problématique. Les équipements antituberculeux de la Corrèze et de la Haute-Vienne s'avéraient judicieusement complémentaires : le premier disposait, à Boulou-les-Roses, d'un établissement non utilisé utilisable comme sanatorium, le second possédait une organisation antituberculeuse bien structurée par un important réseau de dispensaires mais était dépourvu d'établissement de cure. La transformation de Boulou-les-Roses en sanatorium interdépartemental fut donc retenue et réalisée dans les plus brefs délais. Créé en 1926, dès la publication du décret de « décentralisation administrative », le « syndicat interdépartemental » – devenu « entente départementale » en 1930 – avait son siège à la préfecture de Limoges et comptait cinq délégués par département. Chaque département contribuait au budget du syndicat proportionnellement à sa population et disposait d'un nombre de lits à Boulou-les-Roses dans les mêmes proportions[1551].

> *Lorsque est venue l'obligation pour les départements d'appliquer les lois Honnorat et Bourgeois [...]*, rappelait en 1940 le conseiller général de la Corrèze Lafarge, *beaucoup d'entre nous compr*[irent] *qu'il était exagéré de construire dans chaque département un sanatorium de cure pour hommes, un sanatorium de cure pour femmes, un hôpital-sanatorium et de nombreux dispensaires, et nous avons eu l'idée d'associer les trois*

[1549] Pour différentes raisons, le Pas-de-Calais, préféra toutefois construire seul son propre établissement : « outre les délais et complications qu'elle eût entraîné, cette solution a paru comporter, pour les malades et leurs familles, des inconvénients psychologiques qu'elle ne présente pas au même degré pour les aliénés ». Le département souhaitait également conserver « le bénéfice de sa liberté d'action à l'égard de tout autre département ». *Ibidem.*

[1550] Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, construction d'un sanatorium départemental. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.

[1551] Les trois départements concernés étaient, en 1930, peu peuplés et la répartition des contributions budgétaires et du nombre de lits occupés par chacun d'entre eux était proportionnelle à leur population : la Haute-Vienne compte 351.000 habitants (42% du total, 15 lits), la Corrèze 269.000 (31%, 19 lits) et la Creuse 219.000 (27%, 16 lits), lorsque ce dernier adhéra à l'entente en 1930.

départements limousins [...] en une entente interdépartementale, pour n'avoir à nous trois qu'un seul sanatorium pour femmes, un pour hommes, un hôpital-sanatorium.[1552]

Abandonnant « l'individualisme départemental », le Limousin réalisait un « projet régional de lutte antituberculeuse »[1553] des plus complets et des plus cohérents. Le « plan général d'hospitalisation » conçu en 1927, prévoyait la création d'un hôpital-sanatorium, d'un sanatorium et de deux préventoriums, l'un pour adultes et l'autre pour enfants. Un tel programme était « difficilement réalisable » par un seul département, à plus forte raison par un département rural et peu peuplé ; mais la perspective d'une collaboration interdépartementale mettait cet objectif à portée de main. « Il ne peut s'agir d'organiser un petit sanatorium d'attente. Il faut créer un organisme entier, complet, adéquat aux besoins réels »[1554]. Outre le sanatorium de Boulou-les-Roses, la Corrèze disposait déjà du préventorium pour enfants de Servières, dont les 200 lits furent partagés par les deux départements[1555]. Sollicité dès 1927, le département de la Creuse hésita quelques temps avant de rejoindre finalement l'entente en 1930[1556].

Les conseils généraux qui souhaitaient construire un nouvel établissement cherchaient, presque systématiquement, soit à former des alliances avec les départements voisins, soit à s'assurer des financements complémentaires pour la réalisation de leur projet. Il était alors possible, nous l'avons vu, de trouver un financement complémentaire en vendant des « lits de propriété » aux collectivités publiques ou aux associations privées. Sollicitée par le Puy-de-Dôme, la Creuse (qui n'avait pas encore rejoint l'entente du Limousin) se montra particulièrement intéressée. Etonnamment, il y eut à cette époque (1928-1929) une offre surabondante de lits de tuberculeux dans cette région peu peuplée du centre de la France : alors que le Puy-de-Dôme sollicitait la participation de la Creuse et de la Corrèze, ce dernier département, déjà engagée avec la Haute-Vienne, sollicitait réciproquement la participation de la Creuse et du Puy-de-Dôme à son propre projet de construction d'un sanatorium à Eymoutiers, situé « géographiquement presque au point d'intersection des quatre départements »[1557]. Ces sollicitations croisées attestent de deux choses : d'abord, l'intérêt manifeste des administrations départementales pour ce mode de collaboration interdépartementale, ensuite, et surtout, le fait que chaque département souhaitait voir se réaliser l'œuvre interdépartementale sur son propre territoire, ce qui, bien entendu, ne pouvait donner satisfaction à tous les protagonistes. Après avoir obtenu de faire édifier "leur" sanatorium interdépartemental à Hauteville, les conseillers généraux de l'Ain admirent sans détour que pour le département, « l'avantage est que ses deux établissements pour tuberculeux resteraient sur son propre territoire »[1558]. L'implantation d'un établissement interdépartemental sur le territoire départemental permettait au département en question d'allier les avantages financiers résultant de la mutualisation des coûts avec ceux, médicaux et administratifs, d'un sanatorium strictement départemental, c'est à dire facilement accessible et en contact étroit avec les structures locales de lutte antituberculeuse, notamment les dispensaires et les hôpitaux. Conjuguée à la course aux équipements provoquée par l'approche de l'échéance de 1929, le décret de 1926 sur les syndicats interdépartementaux provoqua la mise en concurrence des projets départementaux. L'échec était toutefois plus courant que la

[1552] Entente interdépartementale Haute-Vienne, Creuse, Corrèze 1940, p. 6.

[1553] La nature « régionale » du projet était également assumée dans sa dimension idéologique et fédératrice : Lafarge insistait notamment sur « l'importance de ce groupement, non seulement au point de vue financier et économique, mais au point de vue thérapeutique et, pour employer un mot à la mode, au point de vue racial : nous sommes des fils de ce pays granitique [...]. C'est en soignant dans leur pays, à moyenne altitude, les malades qui en sont originaires, qu'on doit obtenir les meilleurs résultats. » *Ibidem.*

[1554] Projet de rapport sur l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses par les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne et sur le plan général d'hospitalisation des tuberculeux de ces deux départements, s.d. [1927], A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.

[1555] *Ibidem.*

[1556] Pour se conformer aux obligations de la loi de 1919, la Creuse avait envisagé deux options : 1° La création d'un hôpital-sanatorium départemental à Sainte-Feyre (à côté du sanatorium des instituteurs), pour un coût estimé à 2.600.000 francs pour 40 lits, soit 72.000 francs par lit ; 2° L'adhésion au syndicat interdépartemental Haute-Vienne/Corrèze dont la participation au sanatorium de Boulou-les-Roses, auquel l'accès pouvait être immédiat, revenait à 12.000 francs par lit. Le conseil général opta naturellement pour la seconde option (Extrait du procès-verbal des délibérations du conseil général de la Creuse, séance du 29 avril 1930, A.D. de Haute-Vienne, 1 X 147). Lorsque la première malade de la Creuse fut admise, à titre exceptionnel, à Boulou-les-Roses, l'adhésion du département fut une nouvelle fois demandée mais ne fut concrétisée qu'en 1930. Comme pour le sanatorium interdépartemental d'Hauteville, la répartition des lits du sanatorium de Boulou-les-Roses fut décidée proportionnellement au nombre d'habitants de chaque département : 25 lits pour la Haute-Vienne, 19 pour la Corrèze et 4 pour la Creuse. Syndicat interdépartemental Haute-Vienne-Corrèze, procès verbal de la réunion du 6 mars 1929. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.

[1557] Le courrier du Puy-de-Dôme à ses voisins fut envoyé le 18 octobre 1928 et celui de l'entente du Limousin à la Creuse et au Puy-de-Dôme, quelques jours plus tard, le 22 octobre. A.D. de Haute-Vienne, 1 X 147.

[1558] Préfecture de l'Ain, extrait du P. V. des délibérations du conseil général, séance du 16 mai 1929. A.D. de la Saône-et-L., 1 X 70.

réussite, comme l'attestent le projet d'hôpital-sanatorium interdépartemental (Haute-Saône et Haute-Marne) de Saint-Rémy (Haute-Saône, 1925-1932) ou celui de sanatorium interdépartemental des Hautes-Pyrénées et des Pyrénées-Atlantiques[1559], tous deux restés sans suites. Après la Seconde Guerre Mondiale, plusieurs projets d'établissements interdépartementaux furent engagés ou complétés[1560].

S'agissant de la conception des projets, la maîtrise d'œuvre était assurée par les syndicats interdépartementaux[1561]. Nous avons déjà mentionné les deux seuls établissements aménagés par des ententes interdépartementales dans des bâtiments existants : le sanatorium interdépartemental de femmes de Boulou-les-Roses (Corrèze, 1927) et le sanatorium interdépartemental d'hommes de Bellecombe (Ain)[1562]. Les établissements interdépartementaux construits à neuf dans l'entre-deux-guerres ne sont pas nombreux : le sanatorium mixte (Charente, Deux-Sèvres) de La Grolle-Saint-Bernard, à Touvérac (Charente, 1933) ; le sanatorium mixte (Aisne et Somme) de Saint-Gobain (Aisne, 1934) ; l'hôpital-sanatorium mixte (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne) du Cluzeau, à Limoges (Haute-Vienne, 1934) ; le sanatorium pour femmes (Ain, Ille-et-Vilaine, Jura, Meuse, Oise) d'Hauteville et le sanatorium (Saône-et-Loire, Yonne, Aube et Haute-Marne) mixte de Bergesserin (Saône-et-Loire) lequel, bien qu'ouvert aux malades en 1946 seulement, était pratiquement achevé en 1939. Ces sanatoriums ne présentent pas de particularités architecturales liées à leur mode spécifique de gestion et l'on peut affirmer qu'il n'y a pas de sanatorium interdépartemental type. Au mieux trouve-t-on des influences locales : au sanatorium du Cluzeau, les architectes Saule* et Girardot adoptèrent, pour les galeries de cure, une disposition très similaire à celle réalisée en 1904 au sanatorium de Sainte-Feyre, considéré comme l'établissement "historique" du Limousin (plans 23-03 et 87-02). Quant au sanatorium de Saint-Gobain, il apparaît comme une reproduction fidèle, en plus compacte, d'un des pavillons du sanatorium de Villiers-sur-Marne, situé à peu de distance de Saint-Gobain et achevé en 1930-1931 (plans 02-06 et 02-03).

Les sanatoriums corporatifs.

A l'occasion du projet de loi sur les sanatoriums de 1901, le député Amodru avait demandé que l'Etat montât l'exemple en instituant des sanatoriums pour ses fonctionnaires[1563]. Le ministère des postes et des télégraphes fut le premier – et le seul, à notre connaissance – à s'emparer de la question et à envisager la construction d'un sanatorium pour ses fonctionnaires. Si le projet de construction d'un établissement neuf échoua, les postiers disposèrent, dès 1906, d'un sanatorium « de fortune » aménagé dans le domaine de Taxil (Var). Le sanatorium des instituteurs, construit à Sainte-Feyre (Creuse) en 1904, peut être considéré comme le premier grand sanatorium corporatif. De telles créations furent encouragées pendant la guerre et Honnorat saluait en 1917 l'initiative de l'Union des industries métallurgiques et minières visant à créer son propre établissement (voir p. 192). Ce mouvement prit de l'ampleur à la fin de la guerre, lorsque les cheminots se préoccupèrent à leur tour de créer leurs propres établissements de cure : le sanatorium des cheminots de Ris-Orangis (Essonne) fut ouvert dès 1918 ; en 1931, un second établissement sera inauguré non loin de là pour les femmes, à Champrosay (Essonne). Ce type d'établissement se multiplia ensuite : le sanatorium de l'entreprise Michelin à Chanat-la-Mouteyre, près des usines de Clermont-Ferrand (Puy-de-

[1559] Ces projets sont mentionnés par les A.D. de la Haute-Marne (1 X 83-85) et les A.D. des Pyrénées-Atlantique (1 X 43).

[1560] L'entente du Limousin n'avait pas eu le temps, avant la guerre, de réaliser le sanatorium pour hommes qui manquait à son organisation antituberculeuse, en complément du sanatorium pour femmes de Boulou-les-Roses et de l'hôpital-sanatorium du Cluzeau. Le sanatorium Grancher, ainsi dénommé en mémoire de l'illustre médecin originaire de la Creuse, devait être construit au début des années cinquante à Guéret (Creuse), mais le bouleversement des méthodes thérapeutiques en empêcha la réalisation (plan 23-01). Le sanatorium interdépartemental d'Osséjà (Pyrénées-Orientales) réunissait en 1950 cinq départements du Sud-Ouest, dont les Pyrénées-Orientales et la Haute-Garonne. Le concours fut remporté par l'architecte Louis Arretche qui n'acheva le bâtiment qu'en 1967 après que le programme eût été entièrement modifié (l'établissement accueillit à son ouverture à des malades non tuberculeux). En 1950, les délégués des départements du Loir-et-Cher, de l'Indre et du Cher visitèrent le sanatorium des Pins (mis en vente en 1935 après la faillite de son fondateur le médecin Raymond Hervé) dans l'idée d'y installer un établissement interdépartemental, mais les bâtiments furent finalement achetés par le Loir-et-Cher seul. Tanguy 2004, p. 133.

[1561] L'article 4 des statuts du « syndicat interdépartemental pour la construction, l'aménagement et le fonctionnement d'un sanatorium pour femmes à Hauteville (Ain) », précisait en ces termes les buts de l'association : « Le syndicat aura à poursuivre les études commencées en vue du choix de l'emplacement du sanatorium [...], à en réaliser la construction, l'aménagement, à en assurer le fonctionnement. Il devra, à cet effet, faire établir les plans et devis définitifs, solliciter l'approbation du projet et les subventions de l'Etat, fixer la répartition des lits du futur établissement entre les départements associés. » A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

[1562] Bellecombe résultait de l'entente entre l'Ain et la Meuse, distincte de celle entre l'Ain, la Meuse, le Jura, l'Oise et l'Ille-et-Vilaine, à l'origine du sanatorium interdépartemental de femmes d'Hauteville.

[1563] J.O. 21 juin 1901.

Dôme, 1926) ; le sanatorium du clergé de France, à Thorenc (Alpes-Maritimes, 1927) ; le sanatorium de l'Union des industries métallurgiques minières contre la tuberculose, conçu dès 1917 et ouvert en 1929 à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) ; le sanatorium des étudiants de France, également à Saint-Hilaire-du-Touvet (1933) ; le sanatorium de Séricourt, bâti à Bussières (Seine-et-Marne, 1931) pour la Compagnie des chemins de fer de l'Est ; le sanatorium de Chantoiseau, construit par la Fondation Edith Selzer pour les infirmières à Briançon (Hautes-Alpes, 1933) et le sanatorium du Bois-de-l'Ours, réalisé par l'Association des industries électriques contre la tuberculose, également à Briançon (1934).

Dressant le bilan des réalisations corporatives, les médecins Troisier et Poix estimaient que ces établissements allaient à l'encontre de « l'unité de direction des organismes antituberculeux » prônée à la fin de la guerre : « les familles professionnelles [...], affirmaient-ils, commettent une erreur funeste en créant [...] des organismes antituberculeux en marge de ceux établis sur le plan national. Elles exerceront une action antituberculeuse bien plus efficace en organisant au mieux les services médicaux et sociaux du travail chargés d'assurer le dépistage précoce, par les examens d'embauche, les visites périodiques, les examens après congé de maladie et la surveillance des jeunes. »[1564] Ils reconnaissaient néanmoins les avantages d'un système dans lequel les malades restaient, pour ainsi dire, entre eux : « les familles professionnelles qui possèdent un établissement de cure peuvent exercer sur leurs membres devenus tuberculeux une certaine pression afin qu'ils ne se soustraient point à une cure rationnelle »[1565]. Les malades y étaient placés avec plus de rapidité car les formalités d'admission étaient réduites à un accord entre l'entreprise et le sanatorium. De plus, « l'action éducative » du sanatorium portait plus facilement ses fruits lorsqu'elle était exercée sur des tuberculeux du même milieu social et professionnel. Le personnel médical pouvait par exemple approfondir les thèmes (règles de la propreté, dangers de l'expectoration, hygiène de l'habillement, de l'alimentation et du foyer) en lien avec l'activité professionnelle des malades. Mais le principal avantage de ces établissements était leur intégration au monde professionnel : dès son entrée, le malade ne connaissait pas le dépaysement profond de l'admission dans un sanatorium populaire, « la séparation d'avec les siens est moins brutale », relevaient encore Troisier et Poix, car le malade « se retrouve dans son ambiance habituelle »[1566]. La cure était moins monotone et les malades liaient connaissance plus facilement. A sa sortie, le tuberculeux n'était pas confronté à la difficulté du reclassement professionnel et pouvait soit réintégrer son ancienne place, soit un poste adapté à son état, pour lequel il pouvait être formé au sanatorium. Lorsque le placement des malades, leur cure et leur sortie étaient ainsi facilités, le sanatorium professionnel exerçait « une double action bienfaisante chez ceux qui y séjourn[aient] en rétablissant leur santé physique et en augmentant leur valeur professionnelle »[1567].

Les conditions d'installation d'un sanatorium professionnel étaient similaires à tout autre établissement de cure. Le seul aménagement spécifique que nous ayons relevé se trouvait au sanatorium du clergé qui recevait des prêtres et des séminaristes tuberculeux. Cet établissement disposait à chaque étage d'un oratoire pourvu de trois autels afin que les malades les plus affaiblis puissent célébrer la messe sans se rendre à la chapelle du sanatorium[1568]. Selon l'historien Claude Marro, « certains détails de la vie du séminaire étaient conservés » à Thorenc et intégrés au programme quotidien de la cure, telles les séances de lecture religieuse ou la réunion sacerdotale du jeudi soir : « la vie spirituelle ne connaissait pas d'arrêt »[1569]. Mais Thorenc était un établissement particulier, difficilement comparable aux autres sanatoriums corporatifs. Pour ces établissements, le choix du site n'était pas contraint par les exigences d'accessibilité des établissements départementaux, raison pour laquelle, sans doute, la plupart de ces établissements sont situés, non seulement en montagne, mais dans des stations climatiques de cure : sanatoriums des étudiants et des industries métallurgiques à Saint-Hilaire-du-Touvet, sanatoriums des infirmières et des industries électriques à Briançon, sanatorium du Clergé à Thorenc. Le sanatorium Michelin était situé à 800 mètres

[1564] Troisier et Poix 1944, p. 237.
[1565] *Ibidem.*
[1566] *Ibidem.*
[1567] *Ibidem.*
[1568] Marro 2006, p. 50.
[1569] *Idem*, p. 52.

d'altitude, à quelques kilomètres seulement de Clermont-Ferrand, siège de l'entreprise. Quant au sanatorium des instituteurs, construit à Sainte-Feyre, il se trouvait, « à la jonction de deux diagonales sur l'hexagone, permettant ainsi un accès identique à tous les instituteurs de France »[1570]. Assimilés à des sanatoriums publics bien qu'étant privés, la plupart de ces établissements avaient pu bénéficier des subventions prévues par la loi Honnorat. « Les autres concours financiers, précisaient Troisier et Poix, sont d'autant plus aisés à trouver que c'est en faveur des membres de la famille professionnelle qu'ils sont sollicités »[1571]. Malgré leurs avantages, peu de réalisation de ce genre virent le jour après la Seconde Guerre Mondiale[1572].

[1570] Siney-Lange 2004, p. 49.
[1571] Troisier et Poix 1944, p. 238.
[1572] Parmi les réalisations postérieures à 1945 nous ne pouvons mentionner que les sanatoriums de la Fondation santé des étudiants de France : le sanatorium pour étudiants non contagieux d'Aïre-sur-l'Adour (Landes, 1949), le sanatorium des étudiantes installé provisoirement à Bouffémont (Val-d'Oise) entre 1950 et 1953, et surtout le grand sanatorium des lycées et collégiens construit à Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1953). Le dernier projet de sanatorium professionnel dont nous ayons eu connaissance est également lié à la Fondation santé des étudiants puisqu'il émane de l'association Guy Renard, réunissant les anciens malades des sanatoriums d'étudiants. En 1953, un ambitieux projet de « sanatorium Guy Renard pour cadres et travailleurs intellectuels » fut envisagé dans le département de la Seine à l'adresse des anciens malades de la Fondation en état de rechute. Le projet tentait de fédérer diverses organisations de cadres des secteurs public et privé, ainsi que les représentants des professions libérales, telle la Confédération des travailleurs intellectuels, mais il était est loin de faire l'unanimité, en raison notamment de l'évolution de la thérapeutique qui rendait l'exclusivité du sanatorium moins évident en matière de cure de la tuberculose. Couturaud 1954, p. 1.

2.6. L'ultimatum de 1929 et le "boom sanatorial" du début des années trente.

2.6.1. L'expiration du délai d'équipement de 1929.

L'avant-projet de la loi sur les sanatoriums de 1917 donnait aux départements deux années pour assurer la prise en charge des tuberculeux[1573], délai qui fut porté à cinq ans dans le texte définitif de 1919[1574]. Alors que les départements tergiversaient sur les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les conditions prévues par la loi, il devint clair que ces cinq années seraient insuffisantes pour y parvenir ; ce délai fut porté à dix ans en décembre 1921[1575]. Les départements avaient donc jusqu'en septembre 1929 pour trouver une solution pérenne à l'hospitalisation de leurs tuberculeux, soit en construisant des sanatoriums, soit en s'assurant un nombre suffisant de lits dans un établissement public ou privé existant. Un grand nombre d'administrations départementales, nous l'avons vu, firent le choix de "sous-traiter" la prise en charge de leurs malades dans des établissements ne leur appartenant pas. Ce système s'était banalisé dans les années vingt jusqu'à être considérée par les administrations départementales comme l'une des principales modalités d'application de la loi Honnorat. D'une certaine façon, il permettait aux départements de se soustraire à leurs obligations. Pour contrer l'inertie des départements qui se contentaient de disposer de lits par contrats, le ministre de l'hygiène demanda aux assemblées départementales, dans une circulaire du 16 décembre 1927, d'« activer l'application de la loi de 1919 » :

> *Les départements qui ne possèdent pas de sanatorium où puissent être hospitalisés les tuberculeux relevant de l'assurance médicale gratuite sont tenus,* rappelait le ministre, *dans un délai de dix ans à compter du 7 septembre 1919, d'assurer cette hospitalisation avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé. Il importe, sans attendre le moment où arrivera à expiration le délai de dix ans prévu par la loi, que tous les départements se préoccupent des conditions dans lesquelles ils s'acquitteront des obligations qui leurs sont imposées à l'égard de leurs tuberculeux curables. D'autre part, les départements ne sauraient prévoir purement et simplement l'intervention de traités avec les sanatoriums existants, qui sont d'ores et déjà insuffisants [...]. Cette conception trop facile qui consiste à s'en remettre à autrui du soin de créer des sanatoriums ne peut que retarder l'application de la loi du 7 septembre 1919. [...] Il est indispensable que les départements envisagent dès maintenant l'éventualité d'une participation financière à la création des sanatoriums qui leurs sont nécessaires [...].*[1576]

Le ministre demanda également aux préfets dont le département « n'aurait pas élaboré un programme complet d'application de la loi du 7 septembre 1919 » de considérer au plus vite cette question. Les départements étaient effectivement tenus « soit d'être pourvus d'un ou de plusieurs sanatoriums pour l'hospitalisation des tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite, soit d'assurer cette hospitalisation en passant un traité avec un sanatorium public ou avec un sanatorium privé »[1577]. Si le conseil général n'avait pas assuré cette hospitalisation dans le délai imparti, il pouvait y être contraint par un décret du Conseil d'Etat, mesure qui, à notre connaissance, ne fut jamais appliquée[1578]. Conjuguée au manque chronique de lits à partir du milieu des années vingt, l'expiration du délai d'équipement prévu par la loi obligea les assemblées départementales à faire le point sur leurs besoins en la matière. Cette remise en question des politiques sanitaires départementales arrivait à point nommé pour sortir certaines adminitrations de cette position de retrait consistant à se décharger de leurs responsabilités sur les départements voisins ou les établissements privés. Gravereaux rappelait toutefois en 1924 que,

---

[1573] Article 5 du projet de loi du 26 juillet 1917 : « Les départements qui n'assureront pas par leurs soins l'hospitalisation des tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, d'assurer cette hospitalisation en passant un traité à cet effet avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé. » Documents parlementaires 26 juillet 1917, p. 739.

[1574] Article 5 de la loi du 7 septembre 1919 : « Les départements qui ne possèdent pas de sanatorium où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite seront tenus, dans un délai de cinq ans à partir de la promulgation de la présente loi, d'assurer cette hospitalisation en passant un traité à cet effet avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé. » J.O. 9 septembre 1919, p. 9730.

[1575] Article 139 de la loi de finances du 31 décembre 1921. Gravereaux 1924, p. 33.

[1576] Lettre du 16 septembre 1927 du ministre du travail, de l'hygiène [...] aux préfets. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.

[1577] Gravereaux 1924, p. 36.

[1578] Fournier 1936.

« d'ici l'expiration du délai, il ne saurait être question d'obliger un département à créer une organisation et les pouvoirs publics n'ont même pas la ressource, en cas de mortalité anormale due à la tuberculose, de rendre immédiatement obligatoire la création d'un sanatorium, comme la loi du 15 avril 1916 leur en a donne le moyen en ce qui concerne les dispensaires »[1579]. Même les assemblées départementales les moins entreprenantes ne pouvaient se soustraire à l'ultimatum du 7 septembre 1929[1580].

Dès le début des années vingt, l'année 1929 constituait un horizon légal que les partisans du sanatorium ne manquaient pas de rappeler aux administrations, souvent plus soucieuses de limiter leurs dépenses que de respecter les modalités légales de prise en charge des malades. En 1923, le médecin lyonnais Jean Lépine rappelait, s'agissant du projet de sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), que « la loi du 7 septembre 1919 [...] a fixé un délai de dix ans [pour la prise en charge des tuberculeux par les départements]. Il reste donc moins de six ans aux assemblées départementales pour se mettre en règle avec la loi. Mais cette obligation légale, si impérative soit-elle, est moins lourde pour des administrateurs conscients de leurs devoirs que celle qui résulte de la situation sanitaire actuelle »[1581]. A partir de 1928, comme jamais auparavant, les décisions de construire se multiplièrent : sanatorium départemental de Parigné-Lévêque[1582] (Sarthe), sanatorium départemental Etienne-Clémentel à Enval (Puy-de-Dôme), sanatorium départemental d'Helfaut (Pas-de-Calais), sanatorium départemental de Fellerie-Liessies (Nord), sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados), sanatorium départemental de Bodiffé (Côtes-d'Armor) ; puis, en 1929 : sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône)[1583], projet d'extension du sanatorium départemental de la Seine à Saint-Martin-du-Tertre[1584] (Val-d'Oise) et, au début de l'année 1930 : sanatorium départemental de Colmar (Haut-Rhin), sanatorium départemental de la Trouhaude, à Dijon (Côte-d'Or), sanatorium départemental d'Aincourt (Seine-et-Oise), sanatorium départemental de Boufféré (Vendée, non réalisé), etc. En avril 1928, la préfecture du Pas-de-Calais résumait ainsi les objectifs du département :

> [Pour lutter contre la tuberculose], *le moyen primordial est l'hospitalisation des tuberculeux ; [...] sans doute une grande partie de ces lits peut être réservée [...] dans des établissements hospitaliers déjà existants. Mais des hôpitaux publics spéciaux sont indispensables et la loi du 7 septembre 1919 a imposé aux départements l'obligation d'en créer dans un délai de dix ans pour les malades relevant de l'assistance médicale. L'urgence qu'il y a à commencer les travaux avant la fin de belle saison, pour pouvoir les terminer dans les délais impartis par la loi, oblige à poursuivre [...] la procédure nécessaire sans attendre [...].*[1585]

Ces projets, importants en terme de planification budgétaire, étaient dépendants de la volonté politique de les mener à bien ainsi que des procédures administratives. Rappelant, en décembre 1927, l'échéance prochaine du délai prévu par la loi, le ministre du travail et de l'hygiène estimait nécessaire « que les départements s'entendent entre eux, s'il y a lieu, en vue de l'édification à frais communs, d'établissements interdépartementaux »[1586]. Ainsi, comme nous l'avons déjà mentionné, la quasi-totalité des ententes interdépartementales furent mises en place à l'approche de cette échéance : dès 1927, l'entente du Limousin (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne) pour l'aménagement du sanatorium de Boulou-les-Roses (Corrèze, 1927) et la construction de l'hôpital-sanatorium interdépartemental du Cluzeau à Limoges (Haute-Vienne) ; en 1928 et 1929, les ententes réunissant les départements de Saône-et-Loire, l'Yonne, l'Aube et la Haute-Marne pour la construction du sanatorium interdépartemental de Bergesserin (Saône-et-Loire), l'Aisne et la Somme pour la construction du sanatorium de Saint-Gobain (Aisne), l'Ain, l'Ille-et-

[1579] Gravereaux 1924, p. 33.
[1580] En 1928, alors que l'expiration du délai approchait, le délégué technique du C.N.D.T. Royer rappelait qu'un « département ne possédant sur son territoire aucun établissement de cure de la tuberculose aura à se préoccuper de la recherche de débouchés pour le placement des tuberculeux dépistés par le dispensaire ». Visite de M. le Dr. Royer dans le département du Cantal, novembre 1928. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du CNDT.DPT.13 Cantal.
[1581] Lépine 1923, p. 5.
[1582] Une souscription publique pour la construction du sanatorium fut ouverte en 1927. Ligné 2000, p. 37.
[1583] La décision fut prise par le conseil général le 30 octobre 1929. Notice descriptive relative au sanatorium départemental sis aux Milles (Aix-en-Provence). A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.
[1584] Le projet des architectes Albenque et Gonnot fut examiné par les services de l'Office d'hygiène sociale de la Seine en février 1930. Archives du C.H. de Carnelle.
[1585] Préfecture du Pas-de-Calais, projet de création d'un hôpital-sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux, au lieu dit « le Camp d'Helfaut », communes de Blandescques et d'Helfaut, 4 avril 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1088.
[1586] Lettre du 16 septembre 1927 du ministre du travail, de l'hygiène [...] sociale aux préfets. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.

Vilaine, le Jura, la Meuse et l'Oise pour la construction du sanatorium interdépartemental de femmes d'Hauteville (Ain). Pour les associations privées reconnues d'utilité publique, l'expiration du délai de dix ans signifiait automatiquement une augmentation des demandes d'admission, les départements étant alors légalement contraints d'assurer le placement de tous leurs malades en sanatorium. La Renaissance Sanitaire, qui édifiait depuis juillet 1928 un gigantesque sanatorium de 730 lits à Villiers-sur-Marne (Aisne), décida ainsi en 1929, sans crainte de voir trop grand, la construction d'un second établissement plus vaste encore (830 lits), à La Musse (Eure).

En dépit des mises en garde, beaucoup de départements abordèrent les années trente sans avoir résolu la question de l'hospitalisation de leurs tuberculeux. « Nous sommes obligés d'envisager la création de sanatoria, d'abord parce que la loi nous y oblige et aussi parce que nous ne trouvons pas de place pour nos tuberculeux », rappelait à ses collègues, en 1931, le conseiller général de la Haute-Vienne et médecin Fresseix[1587]. Les départements qui disposaient d'un équipement insuffisant durent trouver des solutions dans l'urgence. En avril 1931, le conseil général de la Loire-Inférieure se résolut à faire « flèche de tout bois » pour créer au plus vite son sanatorium départemental[1588] : la commission d'hygiène sélectionna plusieurs sites puis s'associa avec les Hospices de Savenay pour la réalisation d'un hôpital-sanatorium. Elle entra également « en pourparlers avec divers sanatoriums situés en dehors de la Loire-Inférieure qui [...] ne peut pas créer un sanatorium de cure, puisqu'il n'y a pas l'attitude de suffisante et [qu'elle se situe] dans une région maritime fluviale très humide »[1589]. Pour les conseillers généraux, également médecins, partisans de ce projet, « il s'agi[ssait] surtout d'aller vite et de construire au plus tôt un établissement où l'on trouvera des lits dont on a un besoin urgent pour les tuberculeux du département, et cela quelque soit l'emplacement choisi »[1590]. Les hôpitaux-sanatoriums furent également mis à contribution pour faciliter le placement des malades[1591].

2.6.2. L'Etat face à ses engagements financiers

Nous avons déjà évoqué la sous-évaluation faite par la commission du budget de l'Assemblée des dépenses nécessaires au développement de l'équipement sanatorial prévu par la loi de 1919 (voir p. 127). La mise en œuvre de la loi Honnorat souffrira durant tout l'entre-deux-guerres de cette insuffisance budgétaire initiale : en 1920 déjà, première année de son entrée en vigueur, les parlementaires « oublièrent » de l'inscrire au budget, de sorte que les subventions prévues durent être distribuées sur le produit du Pari mutuel, à hauteur de 3.245.000 francs. « Pour suppléer au crédit qui avait été omis au projet de budget 1920 », la loi de finances du 30 décembre 1920 avait réservé, « à titre exceptionnel », 3.500.000 francs « sur le produit des jeux »[1592], en complément des sommes déjà alloués, et un million supplémentaire sur le budget du ministère, soit 7.745.000 francs au total pour 1920. Dès le mois de décembre 1920, un groupe de députés invita « le ministre de l'hygiène à assurer, par toutes voies et moyens financiers, la mise en application de la loi du 7 septembre 1919 »[1593]. Ces députés proposèrent deux solutions : la première

[1587] Conseil général de la Haute-Vienne, séance du 4 mais 1927, création du syndicat interdépartemental en vue de l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.
[1588] Préfecture de la Loire-Inférieure, séance du 4 novembre 1931, hospices des tuberculeux. A.D. de la Loire-Atlantique, 1X584.
[1589] *Ibidem.*
[1590] Mais l'empressement du département à s'engager dans le projet que lui avait soumis l'Hospice de Savenay provoqua une véritable gabegie : approuvé dans un premier temps par le C.N.D.T., par la commission d'hygiène départementale, et à deux reprises par le Comité technique des sanatoriums, le projet dut finalement être abandonné suite à une enquête spéciale diligentée par le ministère de la santé publique qui doutait de l'adéquation du site avec la nature « climatique » du projet. Enquête et rapport sur l'emplacement choisi pour la création d'un sanatorium à Savenay, s.d. [1932]. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[1591] La contrainte d'une prise en charge sanatoriale des malades à l'expiration du délai de dix ans eut des répercussions sur d'autres types de structures antituberculeuses, tels les hôpitaux-sanatoriums souvent considérés comme les antichambres de triage des sanatoriums de cure. Planifiant la construction d'un hôpital-annexe pour tuberculeux depuis 1928, le conseil municipal de Versailles en décida formellement la construction le 31 mars 1930 afin de libérer les salles des tuberculeux (60 lits) de l'Hôpital civil et d'accueillir les malades en attente de placement en sanatorium (catégorie des « attendants ». S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 301). En 1930, les hospices civils de Clermont-Ferrand décidèrent la construction de l'hôpital-sanatorium Sabourin et ceux de Lorient, la construction de l'hôpital-sanatorium de Bodélio qui devaient faciliter le transfert des malades d'un établissement à l'autre.
[1592] Rapport Honnorat, Journal officiel de la République française, 29 décembre 1920, p. 1548.
[1593] Cette proposition de résolution émanait des députés Maurice de Rothschild, Justin Godart, Louis Puech, Joseph Sempé, Picot et Evain. Documents parlementaires 2 décembre 1920, p. 268.

consistait à assurer aux sanatoriums, par la loi de 1919, les mêmes sources de financements que celles garanties aux dispensaires par la loi du 15 avril 1916, notamment par le produit des jeux et du pari mutuel. Cette proposition fut rejetée par la commission de l'hygiène, qui craignait que le financement des sanatoriums, pour lesquels les montants en jeu étaient beaucoup plus importants que ceux attribués aux dispensaires (7.745.000 francs pour les sanatoriums contre 850.000 francs pour les dispensaires en 1920), grève trop « lourdement les ressources financières des commissions de répartition du produit des jeux et du pari mutuel »[1594]. Restait alors l'option budgétaire : les députés demandèrent que le « crédit budgétaire de l'exercice 1921 soit au minimum équivalent à la dépense de l'exercice 1920 »[1595]. Le projet de loi de finance de 1921 ne prévoyait en effet qu'un budget de quatre millions de francs pour les sanatoriums. Selon la commission d'hygiène, c'était « précisément en 1921 »[1596] que la loi du 7 septembre 1921 allait entrer en application et, en 1920, le ministère de l'hygiène avait demandé aux conseils généraux de « voter les crédits nécessaires pour la création de sanatorium publics »[1597], afin préparer une mise en œuvre aussi large que possible de la loi sur les sanatoriums. Les députés soucieux du respect des engagements de l'Etat estimèrent avec raison que le ministère serait dans l'incapacité, avec un crédit de quatre millions de francs, de financer la construction des sanatoriums au même niveau que les départements[1598]. L'absence de ligne budgétaire consacrée aux sanatoriums en 1920 augurait mal d'une application ambitieuse de la loi.

Quant aux sommes péniblement dégagées en 1920 sur le produit des jeux, elles servirent d'abord à honorer les promesses de financement faites par le ministère de l'intérieur pour les projets de construction approuvés avant l'entrée en vigueur de la loi, certaines datant de 1918[1599]. Les nouvelles demandes de subvention, formulées à partir de 1920, n'étaient donc pas prioritaires et ne furent pas systématiquement satisfaites : en juin 1920, par exemple, le ministère se déclara « dans l'impossibilité d'attribuer [...] le maximum prévu par la loi du 7 septembre 1919 » pour le projet du sanatorium départemental de la Haute-Savoie, à Arâches, et ne put faire l'aumône que de 50.000 francs sur une demande de subvention de 2.688.566 francs (correspondant à 50% du montant des travaux). Le ministère suggéra au conseil général de présenter une demande de subvention sur les fonds du pari mutuel[1600]. Malgré les récriminations de certains députés, soutenus par la commission de l'hygiène, le budget ministériel ne dépassa pas quatre millions de francs pour l'année 1921, mais il fut complété – « à titre exceptionnel », comme en 1920 – par une somme de trois millions de francs sur les fonds du pari mutuel[1601], correspondant à peine au financement de 1920.

Dans le rapport de l'Inspection générale des services administratifs publié en 1924 sur l'application de la loi Honnorat, Graveraux s'inquiétait déjà du manque de crédits[1602]. La participation financière de l'Etat au système sanatorial comprenait, nous l'avons dit, deux volets distincts : le premier concernait la prise en charge de la portion supplémentaire du prix de journée des malades ; cette participation obligatoire était inscrite dans la loi de 1919 et l'Etat ne pouvait s'y soustraire. Le second concernait sa participation, sous forme de subventions, aux frais de construction et d'aménagement des établissements. Bien que l'Etat ne fût soumis sur ce point à aucune obligation, Gravereaux rapportait que, jusqu'en 1924 au moins, les subventions de l'Etat avaient toujours atteint le maximum prévu par la loi, soit

[1594] Selon la commission : « Nous ne pensons pas que [...] la législation des dispensaires puisse être étendue aux sanatoriums. C'est pendant l'exercice 1920 que les dépenses de création de dispensaires atteindront leur maximum. Or ces dépenses se sont élevées seulement à 850.000 francs. [...] On peut immédiatement se rendre compte que les montants de la participation de l'Etat aux dépenses de création des dispensaires et des sanatoriums ne sont point comparables et ne peuvent être assurés par le même moyen. » Documentes parlementaires, 22 décembre 1920, p. 653.
[1595] *Ibidem.*
[1596] *Ibidem.*
[1597] *Ibidem.*
[1598] *Ibidem.*
[1599] En mars 1918, l'Œuvre du sanatorium bourbonnais reçut la promesse du ministère de l'intérieur d'obtenir une subvention de 50% pour la construction du sanatorium du Montet (Allier), soit une somme de 560.000 francs, sur un montant total des travaux évalué à 1.020.000 francs. Historique du sanatorium, s.d. A.D. de l'Allier, 1 X 7.
[1600] Lettre du 17 juillet 1920 du ministre de l'hygiène au préfet de la Haute-Savoie. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 214.
[1601] Journal officiel de la République française du 1er mai 1921, p. 5220.
[1602] Gravereaux était bien placé pour donner un avis sur le fonctionnement du nouveau dispositif puisqu'il était également membre du comité technique des sanatoriums au ministère de l'hygiène.

50% de la dépense totale[1603]. Selon lui, le ministère de l'hygiène considérait que le versement du plafond des subventions prévu par la loi – l'Etat pouvant se contenter d'un taux inférieur – était une contre-partie au « prix de revient élevé des sanatoriums en raison de leurs aménagements particuliers et des prix atteints par les matériaux de construction et de la main d'œuvre »[1604]. Mais comme l'Etat attribuait systématique le taux de 50%, les collectivités y voyaient « bien plus un pourcentage de droit, [...] qu'un maximum ». Les collectivités considéraient en effet comme acquis le versement en subventions de la moitié du coût du projet par l'Etat et, selon Gravereaux, cette interprétation généreuse de la loi de 1919 ne pourrait perdurer « en raison des modifications que la situation des crédits appelle »[1605].

Le budget consacré aux dépenses de premier établissement était de quatre millions de francs en 1921 et 1922, puis cinq millions de francs en 1923 et 1924[1606]. Celui affecté aux frais d'entretien des malades était de 3.500.000 francs en 1923 et 4.500.000 en 1924[1607].

> *Malgré l'augmentation qu'ils ont subie à partir de 1923,* relevait Gravereaux, *les crédits sont insuffisants si on considère le nombre de projets approuvés et le nombre de projets en instance et si, conformément aux errements suivis jusqu'à présent, le montant des subventions de l'Etat doit atteindre la moitié de la dépense. Pour subventionner à concurrence de 50% tous les projets actuellement approuvés, ou parfaire à concurrence du total de 50 % les subventions payées jusqu'à présent en partie, la dépense s'élèvera à 10.315.164 francs.*[1608]

Naturellement, le budget de 1924 (cinq millions de francs) n'y suffisait pas. Si l'Etat avait voulu maintenir, en 1924, sa contribution à hauteur de 50% du montant des travaux, le déficit aurait atteint plus de quatre millions de francs, soit près d'une année du budget alloué au ministère de l'hygiène pour les sanatoriums. Il n'était donc « plus possible de subventionner tous les projets à concurrence du maximum » et il devenait impératif, « lors de l'approbation d'un projet, de ne laisser espérer – pour le moment du moins et jusqu'au moment où les engagements actuels auront été liquidés – aucune subvention »[1609]. Cette solution radicale ne fut, bien entendu, pas mise en œuvre ; Gravereaux reconnaissait lui-même « combien elle risquerait de compromettre le développement des sanatoriums » en donnant le signal d'un fléchissement de l'Etat alors que la nouvelle politique sanatoriale était à peine esquissée. Il préconisa donc l'augmentation immédiate des crédits, sans quoi « la loi n'aura [...] reçu qu'une application partielle » à l'expiration du délai fixé aux départements pour réaliser leur organisation. L'Etat pouvait difficilement faire machine arrière s'il souhaitait voir se réaliser l'ambitieux programme sanitaire conçu pendant la guerre. Gravereaux rappelait que « la création d'un sanatorium est une lourde dépense pour les départements, il faut s'attendre à de sérieuses hésitations de la part de ces collectivités lorsqu'il faudra assurer sur leurs propres ressources plus de la moitié des dépenses »[1610] : sans les subventions de l'Etat, le programme sanatorial français devenait caduque.

[1603] Cette affirmation est pourtant contredite par l'exemple d'Arâches que nous venons de mentionner. Gravereaux relevait également que les collectivités considéraient – à tors – ce financement à hauteur de 50% comme étant dû par l'Etat et demandaient systématiquement une subvention de « base » atteignant ce plafond. Il notait également « que certains projets avaient bénéficié à peu près simultanément de subventions de diverses sources ; prélèvement sur le produit des jeux, du pari mutuel, sur les fonds de l'office national des Pupilles de la Nation, qui ajoutées à une subvention de l'Etat de 50% du total des dépenses, formait un total couvrant à peu près toutes les dépenses. Il y aurait intérêt à n'attribuer aucune subvention sur le crédit "aménagement des sanatoriums" sans que l'administration se soit assurée que le fondateur couvre par ses propres ressources la partie qu'il ne demande pas à la subvention spéciale. » Gravereaux 1924, p. 37 et 61.

[1604] Il précisait encore : « Bien que la création des sanatoriums ne soit obligatoire que pour les départements, d'autres collectivités, communes, établissements publics, associations reconnues d'utilité publique, n'ont pas hésité à créer des sanatoriums. Il n'est pas douteux que ces collectivités renonceraient à participer ainsi à la lutte antituberculeuse si elles n'avaient pas l'assurance de bénéficier du maximum d'aide de la part de l'Etat. » Gravereaux 1924, p. 37.

[1605] *Ibidem.*

[1606] Les fonds provenant du pari mutuel étaient stables à 3.000.000 de francs par an, tandis que les crédits budgétaires passaient d'un million de francs en 1921 et 1922 à deux millions en 1923 et 1924. L'essentiel du financement était donc assuré par le pari mutuel. *Idem*, p. 38.

[1607] Les crédits alloués au ministère de l'hygiène sous la rubrique « assistance aux tuberculeux » augmenta progressivement entre 1924 et 1930, passant de 4.500.000 francs à 16.750.000, puis diminua légèrement. Les crédits totaux pour l'assistance aux tuberculeux, le fonctionnement des dispensaires, les œuvres antituberculeuse, l'aménagement des sanatoriums, des préventoriums, des dispensaires, des services hospitaliers pour tuberculeux explosa dans le même intervalle, passant d'un peu plus de 13 millions de francs en 1922 à plus de146 millions de francs en 1932. Documents parlementaires 11 février 1937, p. 145.

[1608] *Ibidem.*

[1609] Gravereaux 1924, p. 38.

[1610] *Ibidem.*

En 1925, le directeur de l'assistance et de l'hygiène dressait le même bilan : « Nous allons devoir, cette année, faire face à 29 millions de francs de subventions et nous disposons de 9 millions à peine! et il y a déjà 17 millions [de subventions promises] concernant des projets approuvés pendant ces dernières années »[1611]. Tout au long des années vingt, les arriérés de subventions hypothéquèrent lourdement la capacité de l'Etat à les verser en temps voulu et, jusqu'à la fin des années vingt au moins, le ministère accorda virtuellement ses subventions sans réellement se soucier de sa capacité à les honorer. Sollicité en mars 1925 par le préfet de l'Allier à propos de l'aménagement du sanatorium d'Yzeure, le ministre se déclara ainsi « tout disposé à accorder la subvention maximum de l'Etat, sans pouvoir prendre d'engagements qui seront subordonnés aux crédits mis à disposition »[1612]. Le ministère se contentait en général d'un accord de principe sans être assuré que les montants promis pourraient effectivement être versés. Les conseils généraux, de leur côté, n'en demandaient généralement pas plus et ce soutien de principe était suffisant pour les décider à construire. Pour s'acquitter des montants promis, le ministère n'avait d'autre choix que d'échelonner ses versements sur plusieurs années ; les départements, de leur côté, devaient « faire l'avance de cette subvention »[1613]. A titre d'exemple, la subvention demandée en 1925 par le conseil général du Rhône pour la construction du sanatorium des Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), était de 8.150.000 francs, alors que le budget alloué au ministère la même année pour le financement de la totalité des sanatoriums français s'élevait à neuf millions. Peu importe que la demande de subvention présentée par le Rhône représentait quasiment la totalité au budget annuel du ministère pour les sanatoriums : elle fut acceptée, mais le ministre dut la répartir en plusieurs échéances et le Rhône eut l'assurance de recevoir un premier versement de 1,2 millions de francs[1614]. L'échelonnement des subventions explique en partie les importants retards que subirent la plupart de ces projets dans l'entre-deux-guerres : commencé en 1925, le chantier du sanatorium du Rhône avança au gré du versement des subventions et l'établissement n'ouvrit ses portes qu'en 1933. A quelques centaines de mètres de là, le chantier du sanatorium des étudiants fut interrompu plusieurs années faute de crédits. Pour les mêmes raisons, le chantier du sanatorium Martel de Janville, au Plateau d'Assy (Haute-Savoie), fut arrêté en 1935 et en 1936 et ne réouvrit qu'au printemps 1937 grâce à un prêt de la Caisse des dépôts et consignations. Ce dernier exemple est symptomatique du décalage entre les intentions du ministère et sa capacité à suivre le rythme des constructions dont il était le principal partenaire financier : au 1er mai 1935, l'Association des villages sanatoriums de haute altitude (A.V.S.H.A.), maître d'ouvrage du projet, avait déjà engagé sept millions de francs de dépenses mais n'avait reçu que 3% de la subvention promise par le ministère (soit 150.000 francs sur 5.100.000 franc)[1615]. Le versement au compte goutte des subventions ministérielles était alors chronique et mettait les maîtres d'ouvrages dans une situation financière délicate. Pour se prémunir de la défaillance du ministère, il était sage de prévoir une réalisation par « tranches successives, selon les ressources du département et le concours de l'Etat »[1616] (départemental de Savenay, Loire-Atlantique, 1931, non réalisé). En 1928, le conseil général du Pas-de-Calais se posait la question en ces termes :

> *Convient-il d'entreprendre la construction simultanée ? Y-aurait-il avantage à ne réaliser que progressivement le programme de manière à éviter une trop lourde mise de fonds initiale et à bénéficier, pour les constructions ultérieures, des expériences presque inévitables à toute entreprise ? [...] Il n'y a guère de surprise à craindre d'une organisation qui s'est avérée pratique et efficace [...]. Il y a économie à pousser simultanément toutes les constructions de même que commodité [...] pour la bonne marche de l'établissement à lui éviter de la conduite de nouveaux chantiers après sa mise en fonctionnement.* [1617]

[1611] Lettre du 22 juin 1925 du directeur de l'assistance [...] au préfet du Rhône. A.M. de Lyon, 1764 W 2.
[1612] A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.
[1613] Ce fut notamment le cas du conseil général du Doubs en 1925 pour son projet d'hôpital-sanatorium des Tilleroyes. Hôpital-sanatorium des Tilleroyes, près Besançon, construction, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. du Doubs 43 N 5.
[1614] « Si le paiement de la subvention devait être longtemps différé, s'interrogeait le préfet du Rhône, peut-être le gouvernement pourrait-il amener la caisse des dépôts et consignations à nous consentir un prêt plus important », couvrant notamment la subvention de l'Etat qui « verserait annuellement sa part dans l'amortissement ». Lettre du 22 juin 1925 du préfet du Rhône à Edouard Herriot, président de la chambre des députés. A.M. de Lyon, 1764 W 2.
[1615] Grandvoinnet 2004, p. 133.
[1616] Préfecture de la Loire-Inférieure, séance du 4 novembre 1931, hospitalisation des tuberculeux. A.D. de la Loire-Atl., 1 X 584.
[1617] Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, construction d'un sanatorium départemental, Arras, imprimerie Nouvelle. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089

Les raisons invoquées par le département du Pas-de-Calais expliquent en partie pourquoi les programmes de construction, même les plus ambitieux ou ceux constitués en pavillons distincts, furent réalisés d'une traite : les collectivités pensaient pouvoir réaliser des économies d'échelle durant le chantier, quitte à engager des sommes colossales. D'une manière générale, les collectivités publiques et les associations ne disposaient pas de la trésorerie suffisante pour compenser, même provisoirement, les aléas de versement des subventions publiques et devaient recourir à l'emprunt. Ne pouvant satisfaire, dans les délais impartis, toutes les demandes, l'Etat chercha, en contrepartie, à donner aux collectivités locales des facilités de crédits à des taux avantageux : la loi 5 décembre 1922 sur les habitations à bon marché, dite Loi Loucheur, prévoyait ainsi que « les départements, les communes et autres collectivités qui seront dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour participer à la création, à l'agrandissement, ou à l'aménagement d'un sanatorium ou d'un préventorium public bénéficieront des mêmes facilités de crédit que les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels »[1618]. Ces collectivités pouvaient notamment obtenir des prêts de la caisse des dépôts et consignations au taux préférentiel de 2%, portant sur 35% du montant des travaux au maximum[1619]. Les départements pouvaient enfin compter sur leurs ressources propres, sur des apports financiers ponctuels[1620] et sur la solidarité des communes. Face au tarissement des subventions publiques, les comités départementaux de défense contre la tuberculose et les collectivités locales durent innover pour compléter leurs budgets. Le timbre antituberculeux était un de ces moyens annexes de financement : sa vente fut organisée pour la première fois en France dans le département de Meurthe-et-Moselle en 1925, puis étendue à neuf départements en 1926. La première campagne nationale eut lieu en 1927 et rapporta 12,5 millions de francs, puis 16.662.831 francs en 1928, 19.942.362 francs en 1929 et 17 à 19 millions par an au cours des années trente[1621]. La contribution du timbre antituberculeux à l'armement sanatorial français trouve son meilleur exemple dans le sanatorium de la Futaie, à la Membrolle-sur-Choisille (Indre-et-Loire, 1932), qui bénéficia des recettes de quatre campagnes consécutives et fut rebaptisé « sanatorium du timbre »[1622]. Toutefois, la contribution du timbre à la construction des sanatoriums était habituellement marginale : au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord, 1933), le timbre antituberculeux finança environ 3% du projet, soit tout de même 830.000 francs[1623]. A partir de 1928, les établissements de cure reçurent l'aide financière des nouvelles caisses d'assurances sociales. Ce fut le cas pour le sanatorium héliothérapique de Vallauris qui, outre les 50% reçus de l'Etat, obtint 35% de la Caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise et de l'Union des caisses d'assurances sociales, sous forme de prêt, les 15% restant étant financés directement par le propriétaire de l'établissement, l'Institut d'actinologie[1624]. En outre, les Caisses d'assurances sociales prirent à leur charge une partie importante des frais d'entretien des malades, auparavant financés par les départements qui purent consacrer un part plus importante de leur budget à la construction et à l'aménagement des sanatoriums. Pour la construction du sanatorium de Parigné-Lévêque, l'Association d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Sarthe organisa, en 1927 et 1928, des souscriptions publiques : il s'agissait de promesses de participations pour un montant donné, un baromètre géant avait été installé sur l'une des principales places du Mans et les travaux commencèrent lorsque l'aiguille atteignit le chiffre jugé suffisant[1625].

La situation décrite par Gravereaux en 1924 devait logiquement conduire à une impasse budgétaire. A l'approche de l'échéance du délai d'équipement fixé à 1929, le nombre de projets de construction augmenta dans des proportions importantes (voir graphique p. 294). Paradoxalement, le

[1618] Article 32, cité par Fournier 1936, p. 33.
[1619] « Par voie d'analogie avec ce qui est stipulé pour les dispensaires et œuvres d'assistance et de prévention antituberculeuse, dans commentaires de l'article 8 de la loi du 17 juillet 1928, la commission d'attribution des prêts a considéré que le maximum de la participation financière de l'Etat dans la création de sanatoriums resterait fixée à 85% », dont 50% sous forme de subventions et 35% sous forme de prêts. Lettre du 30 juillet 1928 du directeur de la caisse des dépôts et consignations au préfet du Pas-de-Calais. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1620] A Besançon, la commission spéciale chargée de l'étude de l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes envisagea de consacrer la vente des biens diocésains à sa construction, « ce qui diminuerait d'autant l'emprunt à contracter ». Hôpital-sanatorium des Tilleroyes, près Besançon, construction, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. du Doubs 43 N 5.
[1621] « Pour secourir les enfants tuberculeux », coupure de presse non référencée, s.d. [*ca.* 1937]. A.D. d'Indre-et-Loire, 145 J 140.
[1622] *Ibidem.*
[1623] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1624] Benezet 2004, p. 24.
[1625] Ligné 2000, p. 37.

ministre de l'hygiène rappelait périodiquement aux assemblées départementales leurs obligations en matière de prise en charge des tuberculeux, cherchant à encourager la construction de nouveaux établissements (loi de 1926 sur les syndicats interdépartementaux, promesses de subventions maximales, etc.) tout en étant dans l'incapacité financière de soutenir le rythme avec lequel les projets étaient engagés. A partir de 1928, sans surprise, le budget alloué au ministère pour la construction des sanatoriums ne permettait plus de faire face aux demandes. En décembre 1928, le ministre du travail, Louis Loucheur, annonça au conseil général du Pas-de-Calais ne pas pouvoir donner satisfaction à sa demande de subvention pour la construction du sanatorium d'Helfaut : « l'état des crédits mis à ma disposition ou sur lesquels je suis en droit de compter sur les exercices 1929 et suivants, écrivait-il, ne permet pas l'allouer la subvention de 50 % sollicitée » ; il proposa une subvention de 15% et l'attribution de « prestations en nature gratuites »[1626] compensatoire. Cette offre fut rapidement généralisée, puis officialisée par une circulaire transmise aux préfets le 2 février 1929 :

> *Jusqu'ici,* rappelait le ministre, *et bien qu'il n'y ait eu là aucune obligation pour l'Etat, la subvention maximum de 50% avait pu être allouée sans trop de difficultés. Mais, actuellement, et par suite du nombre croissant des demandes déposées au cours de ces derniers mois, il est devenu impossible de maintenir à ce taux la contribution financière de l'Etat. [...] Je me trouve aujourd'hui dans la nécessité de limiter au taux de 15% la subvention à allouer, en espèces, par l'Etat, pour tous les projets de création, d'aménagement ou d'agrandissement des sanatoria publics, qui n'ont pas encore été approuvés par mon administration et qui dépassent 500.000 francs. Cette subvention [...] sera ordonnancée par accomptes échelonnés sur deux années. Par contre, je me suis mis en accord avec M. le ministre des finances pour faire bénéficier les sanatoria publics d'un complément de subvention sous forme de prestations en nature gratuites, qui seront utilisées principalement pour les constructions à ossature métallique, l'installation de chauffage et des cuisines, les fournitures de lits, etc. La part susceptible d'être accordée à ce titre sera de 25% du montant du projet et, s'il y a lieu, de 30% et même de 35 % dans les cas où la situation du sanatorium entraînerait des difficultés spéciales de transports.*[1627]

A ces dispositions vinrent s'ajouter des facilités d'emprunts devant permettre aux collectivités de compléter le financement de leurs projets. Cette aide prit la forme de « prestations remboursables en 30 et même en 35 annuités, avec intérêt de 2,75% [...] pour une valeur de 10 à 15% de la dépense totale »[1628]. Ces prêts étaient toutefois conditionnés à la capacité financière de la Caisse des dépôts et consignations qui disposait, en 1927, de crédits à peine suffisants pour les seules Habitations à bon marché[1629]. Pour tenter de limiter, en valeur absolue, le montant des subventions sollicitées, le ministre demanda également « d'apporter dans la préparation des projets l'esprit de la plus stricte économie », ajoutant que « le Comité technique des sanatoria [avait] constaté des exagérations de dépenses inadmissibles »[1630]. Un plafond de 40.000 francs par lit fut ainsi défini : « c'est dans cette limite, annonçait le ministre du travail, qu'il y aura lieu de se tenir désormais, et je ne pourrai que refuser mon approbation aux projets supérieurs à ce prix de revient ou, tout au moins, calculer la subvention de l'Etat d'après le chiffre maximum de 40.000 francs, sans qu'il soit tenu compte des dépassements »[1631]. Egalement applicables aux préventoriums, aux hôpitaux-sanatoriums et aux hôpitaux ordinaires, ces dispositions ne permirent pas réellement de limiter le prix de revient des sanatoriums, qui atteignit en moyenne de 50.000 francs par lit entre 1928 et 1933[1632] (voir graphique p. 293). « En France, nous n'avons pas beaucoup prôné l'économie », relevait Martin Rideau en 1932 après avoir comparé les sanatoriums français avec ceux construits aux Etats-Unis, en Angleterre, en Belgique ou en Italie, pays qui, selon lui, avaient « prôné l'économie et la simplicité » pour

[1626] Lettre du 19 décembre 1928 du ministre du travail au préfet du Pas-de-Calais. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1627] Lettre du 2 février 1929 du ministre du travail à MM. les préfets. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[1628] *Ibidem.*
[1629] Dessertine & Faure 1988, p. 100.
[1630] Lettre du 2 février 1929 du ministre du travail à MM. les préfets. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[1631] *Ibidem.*
[1632] Evaluation réalisée sur la base de la liste publiée en 1933. « J. Montigny demande à M. le ministre de la santé publique quel est le prix de revient, toutes dépenses réunies, des sanatoria qui ont bénéficié de subventions de l'Etat, depuis cinq ans » Question du 9 juin 1933. Réponse publiée dans le Journal officiel de la République française le 28 juin 1933. Santé publique n° 4.712.

« construire à bon marché »[1633]. Le manque de crédits et l'obligation de réaliser des économies apparaissent régulièrement dans les rapports du comité technique des sanatoriums qui s'efforçait de repérer les dépenses superflues et des dispositions dispendieuses en matériaux et en personnel. Les rapports relatifs au projet du sanatorium départemental du Pas-de-Calais, à Helfaut, sont particulièrement révélateurs : outre la limitation du nombre de lits à 100 ou 200 – contre 500 prévus initialement – et la recommandations de bâtir « le surplus de lits [...] dans une région où le climat serait plus propice à la cure de la tuberculose que celui du Pas-de-Calais »[1634], l'architecte reçut une liste d'économies réalisables sur l'ensemble du projet dont le prix de revient était de 42.000 francs par lit[1635], chiffre pourtant modeste en comparaison de la majorité des projets contemporains. Au début des années trente, le comité technique des sanatoriums épinglait ainsi tous les projets dont le prix de revient dépassait 40.000 francs par lits, « chiffre de base jugé suffisant » dans la circulaire de 1929. Le sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne) en 1933[1636] et l'hôpital-sanatorium des Bas-Buissons, à Dreux (Eure-et-Loire), en 1934[1637] connurent les mêmes restrictions. Les disparités observées sur le prix de revient par lit dans les projets subventionnés par l'Etat entre 1928 et 1933 sont d'ailleurs surprenantes : pour les sanatoriums aménagés dans des bâtiments existants, il varie entre 20.000 francs (sanatorium des Grandes-Dalles, Seine-Maritime ; 22.000 à la Chapelle-Saint-Mesmin, Loiret), et 54.000 francs (sanatoriums privés Belligneux et Grand Hôtel à Hauteville, rachetés en 1931 par le département de la Seine). Dans le cas des établissements construits à neuf, les écarts sont plus importants encore : les moins chers sont les sanatoriums interdépartementaux : 25.000 francs par lit à la Grolle-Saint-Bernard (Charente), 33.000 francs à Hauteville (Ain), 38.000 au Cluzeau (Haute-Vienne), 39.000 à Saint-Gobain (Aisne), s'agissant des établissements départementaux, seul le sanatorium du Vaucluse se maintient à un niveau comparable (38.000 francs/lit). Les prix les plus élevés correspondent aux établissements privés assimilés : 70.000 francs par lit au sanatorium Guébriant au Plateau d'Assy (Haute-Savoie), 73.000 au sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne), 77.000 francs au sanatorium des infirmières à Briançon (Hautes-Alpes), 83.000 francs au sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) et jusqu'à 100.000 francs – soit le double de la moyenne nationale et deux fois et demi le plafond admis par le ministère – au sanatorium des industries électriques à Briançon (Hautes-Alpes). Parmi les établissements publics, seul le sanatorium de l'Assistance publique de Paris, à Champcueil (Essonne), atteint un prix de cet ordre avec 74.000 francs par lit[1638].

A partir de 1930, les refus de subventions furent plus fréquents, non en raison de l'insuffisance technique des projets, mais du manque de crédits. Certaines collectivités envisagèrent alors de revoir leur projet à la baisse et, en 1929, le conseiller général de l'Ain, Perre, exprimait ainsi ses inquiétudes :

> *La question qui nous est soumise* [la construction du sanatorium interdépartemental d'Hauteville], *paraît bien délicate pour le département en raison de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons de savoir à combien s'élèvera la dépense et quel sera effectivement le montant des subventions qui seront accordées. Je*

[1633] Rideau 1932, p. 10.
[1634] Le projet fut examiné le 29 novembre 1928 et le 5 octobre 1929. Lettre du 16 janvier 1929 du ministre du travail, de l'assistance et la prévoyance sociales au préfet du Pas-de-Calais. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1635] Le rapport de novembre 1929 stipulait qu'« il y a des prévisions très larges d'enduits, seuils en pierre, et on peut réduire de 10% les prévisions du devis pour tenir compte de ces exagérations, ce qui ramènera l'estimation de 21millions à 19 millions ; si ensuite on applique le rabais général de 15% prévu par l'architecte ont est amené à prendre comme base la dépense de 16.510.000 francs ». Les économies demandées par le comité concernent tous les postes : réalisation des marches des perrons en ciment et non en « pierre de Soignies », réduction de la largeur des semelles de fondation des bâtiments, réduction de deux à un mètre de la largeur des trottoirs en brique autour des bâtiments, suppression des paratonnerres, réduction du mobilier liturgique de la chapelle, réduction de la grille en fer forgé entourant les cours, réduction de la chambre froide, suppression du système « Decauville » de transport sur wagonnets au profit de simples diables, suppression des volets mécaniques du pavillon des médecins, suppression des « lustres » dans plusieurs salles. L'architecte P. Decaux réussit à maintenir certains de ses choix et ne parvient à proposer qu'une économie de 201.000 francs (soit moins de 1% du devis). « En ce qui concerne les rabais qu'il est possible d'escompter, ajoute-t-il, il y a lieu de tenir compte des augmentations [...] des prix de main d'œuvre et des fournitures [...] ; d'autre part, l'obligation d'utiliser un pourcentage important de prestations allemandes diminuera encore les chances [...] d'obtenir les gros rabais envisagés à l'origine ». A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1636] Lettre du 30 nov. 1933 du ministère de la santé publique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1637] Dr Evrot, hôpital sanatorium de Dreux, 3 mai 1934. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.25. Evrot précise à ce sujet que « le Maire de Dreux, M. le sénateur Violette, ne demande la subvention de 50% que sur le prix limite adopté par votre commission ».
[1638] Voir la liste complète des établissements subventionnés par l'Etat entre 1928 et 1933 p. 292.

me demande [...] si nous n'entrons pas dans une voie dangereuse et s'il n'y aurait pas une autre solution à envisager.[1639]

En décembre 1930, le ministre du travail jugeait toutefois indispensable, malgré les difficultés financières, de soutenir l'effort engagé en faveur des sanatoriums. Il proposa un « plan d'action pour le développement de [l'] armement antituberculeux » qui comprenait notamment la création de 20.000 lits supplémentaires, à raison de 5.000 par an[1640]. Au cours de l'année 1931, un programme plus précis fut élaboré sous le nom de « Plan d'outillage national » étendu à tous les équipements hospitaliers : « ce qui manque [aux médecins], notait le député Jean Montigny, auteur du projet de loi, ce sont les organisations matérielles : sanatoriums, préventoriums, post-sanatoriums, hôpitaux-sanatoriums, maisons de cure, d'hospitalisation, de convalescence ou de retraite, centre de protection maternelle et infantile, maternités, maisons maternelles, etc. »[1641]. Il proposa notamment que l'Etat, à défaut de garantir un taux élevé de subventions, prît à sa charge « l'intérêt et l'amortissement de la somme correspondant à 50% de la dépense totale » que les collectivités étaient obligées d'emprunter pour réaliser leurs projets[1642]. En 1931, alors que le gouvernement élaborait un projet de « loi sur l'outillage national », le comité technique des sanatoriums suspendit provisoirement l'examen des projets dans l'attente de connaître plus précisément le contenu de ce plan de financement[1643]. Votée le 28 décembre 1931 sous les auspices du député André Tardieu, cette loi accordait des financements extraordinaires pour la « création, l'agrandissement et l'aménagement d'établissements destinés à lutter contre les fléaux sociaux : tuberculose, cancer, syphilis, mortalité infantile, institut du Radium »[1644]. Elle ne concernait toutefois que quelques projets dont nous ne savons pas selon quels critères ils furent retenus. Le plan d'outillage national s'élevait à 170 millions de francs, somme que le médecin Martin Rideau jugeait dérisoire face au milliard de francs nécessaires, selon lui, « à l'établissement des 24.000 lits [de sanatoriums] qui nous manquent »[1645]. Parmi les projets hospitaliers retenus figuraient quatre sanatoriums : celui de Bodiffé (trois millions de francs), celui de Franconville (deux millions), celui d'Aincourt (quatre millions) et celui du Cluzeau, à Limoges (trois millions), soit un total de douze millions de francs et seulement 7% du plan consacré aux sanatoriums. Sans doute salutaire pour les établissements concernés, ce plan ne réglait donc pas le problème du financement global des établissements de tuberculeux. « La situation de la trésorerie est affectée par la crise », notait en mai 1931 le député Jean Montilly qui redoutait « que l'Etat, contrairement aux espoirs d'hier, doive restreindre les subventions en capital envisagées »[1646]. Le 2 février 1932, le ministre de la santé publique informa les préfets que « désormais, les collectivités, établissements publiques hospitaliers qui auraient l'intention de créer un sanatorium ou un préventorium nouveau avec la participation financière de l'Etat, devront [lui] en référer [...] préalablement à toute étude du projet et à la constitution du dossier réglementaire »[1647]. Le ministère espérer ainsi contrôler, en amont, des projets qui n'étaient planifiés que localement sans autre logique que celle propre aux administrations départementales et résultant de la pression des médecins, de la volonté des conseillers généraux et de la situation des finances locales. A partir de 1932, le tarissement des subventions s'accentua et de nombreux départements sollicitant l'aide financière du ministère reçurent du ministre, en réponse, une formule convenue qui leur laissait peu d'espoir : « L'état des crédits ne me permet pas d'accorder, actuellement, la subvention sollicitée et [...] il m'est impossible d'entrevoir l'époque

[1639] Extrait du P.V. des délibérations du conseil général de l'Ain, séance du 16 mai 1929. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.
[1640] S.a., « Etablissements de cure. Sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.
[1641] Documents parlementaires 10 mars 1931, p. 529. La commission de l'hygiène appuya ce projet de loi « tendant à favoriser le développement de l'outillage sanitaire » : « Il suffit d'avoir vu de près les difficultés financières où se débattent les organismes publics [...], pour se rendre compte que jamais, quoi qu'ils veuillent, ils ne pourront accorder avec leurs ressources les besoins de plus en plus pressants de leur équipement hospitalier. » Ce projet devait s'appliquer à des emprunts totalisant au maximum deux milliards de francs, somme prodigieuse « qu'exige à l'heure présente l'équipement sanitaire de la France ». Documents parlementaires 12 novembre 1931, p. 165.
[1642] *Ibidem.*
[1643] Le 2 février 1931, le préfet de la Haute-Vienne était informé que, s'agissant de l'hôpital-sanatorium du Cluzeau à Limoges, « une décision sera prise au sujet de la subvention sollicité, dès le vote de la loi sur l'outillage national ». Lettre du 2 février 1931 du ministre de la santé publique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1644] Arrêté du 12 janvier 1932 du ministre de la santé publique, Camille Blaisot. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1645] Selon Rideau, il y avait 16.000 lits de sanatorium en France en 1932. Les médecins F. Piéchaud et A. Martin estimaient qu'il en fallait 40.000 pour assurer correctement l'isolement et le traitement des seuls tuberculeux pulmonaires. Rideau 1932, p. 10.
[1646] Documents parlementaires 10 mars 1931, p. 529.
[1647] Circulaire du ministre de la santé publique du 2 février 1932. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 22.

à laquelle la contribution financière de l'Etat pourra être envisagée »[1648]. En 1933, le ministère de la santé publique fut même contraint de différer *sine die* l'approbation de nouveaux projets « faute de ressources disponibles pour l'attribution de la subvention, les crédits de 1933 étant exclusivement affectés à l'achèvement des travaux en cours d'exécution »[1649]. Ces conditions budgétaires eurent des répercussions directes sur nombre de projets : en 1934, par exemple, le ministère de la santé publique informa le conseil général de Maine-et-Loire qu'il n'approuverait les plans du sanatorium de Boudré qu'à la seule condition « que la dépense prévue (dix millions) soit ramenée huit millions », somme correspondant, pour 200 lits, au seuil de 40.000 francs par lit défini en 1934. Il n'était alors plus question d'autoriser les dépassements. Dans le cas de Boudré, les architectes et les médecins ne purent se mettre d'accord sur les réductions envisageables et le projet fut abandonné[1650].

S'agissant des subventions sur le produit des jeux, sur la taxe des cercles ou sur les fonds du pari mutuel, les montants attribués « à titre exceptionnel » en 1920 et 1921 avaient été, semble-t-il, reconduits d'année en année, si bien que les collectivités publiques, comme les associations, avaient pris l'habitude de transmettre une demande de subvention à l'un ou à l'autre de ces organismes. Cet argent ne pouvait toutefois compenser la baisse drastique des subventions publiques et, comme le ministère, le pari mutuel accumula d'importants arriérés au cours des années trente : en 1936, ses fonds étaient engagés d'avance pour une période de trois ans[1651] et les collectivités ne pouvaient espérer trouver, de ce côté, une solution à leurs problèmes de financement. Cette situation fut fatale à plusieurs projets, tel celui élaboré par le conseil général de la Nièvre pour l'extension du sanatorium départemental de Pignelin[1652]. Un effort exceptionnel, similaire au Plan sur l'outillage sanitaire de 1931, fut consenti en 1938 par l'Etat qui mit à disposition un crédit pour différentes œuvres hospitalières, notamment pour la « création et [l'] agrandissement de sanatoriums, préventoriums et dispensaires antituberculeux »[1653].

La faillite du système de financement public des sanatoriums résultait, en somme, d'une conjonction de facteurs défavorables. La faute originelle avait été la sous-estimation des besoins financiers nécessaires pour soutenir efficacement la mise en place de l'équipement sanatorial français : dès 1920 les crédits faisaient défaut. Chronique dès l'adoption de la loi, le manque de crédits se fit progressivement plus pressant jusqu'au milieu des années trente. Le reste ne constitue qu'une succession de facteurs aggravants : l'augmentation du nombre de projets à la fin des années vingt du fait de l'expiration du délai d'équipement prévu par loi Honnorat, la crise financière de 1929 (ressentie en France dès 1930 avec l'arrêt du versement des réparations de guerre allemandes, puis directement à partir de 1932-1933) ou encore les difficultés de la Caisse des dépôts et consignation à offrir des financements alternatifs du fait de ses engagements en faveur des H.B.M. En dépit de la générosité affichée de l'Etat, nombre de sanatoriums furent majoritairement financés par les départements eux-mêmes qui eurent massivement recours à l'emprunt, sur des durées atteignant parfois 40 ans[1654].

[1648] Lettre du 22 février 1932 du ministre de la santé publique au préfet de Maine-et-Loire (reçue en réponse d'une demande de subvention du 19 janvier 1932 pour le projet de sanatorium départemental à Boudré). A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.

[1649] Lettre du 17 juillet 1933 du député de la Gironde, Emmanuel Roy, au ministre de la santé publique, A.N., F/2/2396/5.

[1650] Pour réduire le devis, les architectes proposèrent plusieurs modifications dont la suppression des promenoirs et le remplacement des clôtures pleines par des haies vives. Il allèrent même jusqu'à proposer la suppression de l'installation électrique, ce à quoi Amsler s'opposa catégoriquement : « C'est impossible, estimait-il. Dans les deux pavillons on fera de la radio[graphie] et pour cela il faut de l'électricité. Dans un établissement de ce genre on doit y voir clair même la nuit et seule l'électricité soit être envisagée ». Commission départementale, séance du 1er mai 1934. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.

[1651] Entente interdépartementale du Limousin, extrait des délibérations du conseil d'administration, travaux d'extension du sanatorium de Boulou-les-Roses, 23 avril 1936. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.

[1652] Ces « travaux d'aménagement et de réfection, [...] qui ne peuvent plus être ajournés [...], sont une partie du programme général d'agrandissement du sanatorium de Pignelin qui a été approuvé en principe par le comité technique des sanatoriums [le 3 novembre 1933], mais pour lequel une subvention de 50% n'a pas pu être accordée faute de crédits disponibles. » Extrait du registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 9 mars 1935

[1653] Décret du 24 mai 1938. Lettre du 12 juillet 1938 du ministre de la santé publique à MM. les préfets. A.D. de l'Allier, 1 X 13.

[1654] En 1931, par exemple, le conseil général de Maine-et-Loire avait adopté le financement suivant pour la construction du sanatorium départemental de Boudré : 50% provenait de la participation – théorique – de l'Etat, 35% d'un emprunt à la Caisse des dépôts et consignations sur une durée de 40 ans à un taux de 3,65% et les 15% restant financés par un emprunt au Crédit Foncier sur une durée de 30 ans à un taux de 6,54%. L'apport initial du département était donc nul. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

2.6.3. La production de masse.

« On a établi qu'un pays voulant posséder un armement sanatorial suffisant, doit disposer d'un nombre de lits égal à celui des décès annuels par tuberculose », écrivait Baché en 1934. « Le Danemark, ajoutait-il, tend actuellement, dans un temps relativement court, à atteindre ce nombre pratiquement nécessaire de lits ». La France, qui disposait en 1933 de 28.000 lits de sanatorium, n'était « pas si loin de toucher au but »[1655] et d'atteindre les objectifs définis en 1919 par les instigateurs de la loi sur les sanatoriums. Les efforts réalisés au cours des années vingt furent à la fois modestes et continus. Modestes, car on se contenta souvent, sur le modèle des établissements créés pendant la guerre, d'aménager des bâtiments préexistants ou d'en augmenter la capacité au moyen d'extensions de moindre envergure. Cela explique notamment pourquoi ces projets et réalisations passèrent, à quelques exceptions près, totalement inaperçus et furent ignorés des revues d'architecture et de médecine. Continus, car les statistiques officielles font état d'une augmentation de 1320% du nombre de lits de tuberculeux, toutes catégories confondues, entre 1918 (3.138 lits) et 1929 (44.667 lits)[1656].

L'obligation des départements de se conformer aux exigences prévues par la loi de 1919 provoqua une augmentation considérable du nombre de projets à l'extrême fin des années vingt. Cet emballement contribua en grande partie à la faillite du dispositif de subventions prévues par la loi, l'Etat ne pouvant satisfaire autant de demandes à la fois. Si quelques projets furent abandonnés pour des raisons financières, la plupart des départements purent boucler leur budget. Il est difficile d'évaluer le nombre de sanatoriums en chantier au début des années trente : selon l'Union internationale de la tuberculose, il y avait, en France, en 1931, 29 sanatoriums publics en chantier ou en projet, pour un total d'environ 9.000 lits[1657]. Les statistiques que nous avons compilées montrent effectivement une explosion du nombre de création de lits à partir de 1930, bien visible sur le graphique reproduit à la page 296[1658]. Le pic de créations de lits durant la Première Guerre Mondiale fut aussi bref qu'intense (1916-1917) et retomba rapidement ; en comparaison, la production sanatoriale des années vingt fut relativement faible : 660 lits par an, en moyenne, selon nos calculs, entre 1920 et 1929, avec un maximum de 1120 lits en 1920 et un minimum de 380 en 1923. Le renversement de la tendance intervient en 1930 (1125 lits ouverts), lorsque furent mis en service les premiers établissements dont la construction avait été engagée en 1927-1928, tel le sanatorium de la Renaissance Sanitaire, à Villiers-sur-Marne (Aisne). Ce mouvement prit de l'ampleur au cours des années suivantes et, rien que pour l'année 1931, l'Union internationale contre la tuberculose indiquait la création de 2.000 lits supplémentaires de sanatoriums en France[1659]. Un nouveau pic fut atteint en 1932 avec 3150 lits ouverts cette seule année, puis la production s'infléchit légèrement : 2850 lits en 1933, 2210 lits en 1934 et 1935, 1160 lits en 1936 avant de revenir, en 1937 et 1938, à la moyenne des années vingt (autour de 650 lits par an) et de s'effondrer en 1939 avec l'interruption des chantiers du fait de la guerre. Le pic de 1932 s'explique par l'ouverture des plus grands sanatoriums départementaux jamais construits en France : les sanatoriums d'Helfaut (Pas-de-Calais, 500 lits), Paul-Doumer (Oise, 338 lits), Franconville (Val-d'Oise, nouvelle aile de 210 lits), ouverture des premiers pavillons du sanatorium de la Musse (Eure, 830 lits), achèvement du sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne, 730 lits), hôpital-sanatorium Laënnec de Dreux (Eure-et-Loir, 400 lits), Parigné-Lévêque (Sarthe, 240 lits), Cauneille (Landes, 120 lits), etc. L'année 1933 fut également importante avec l'ouverture des sanatoriums du Rhône (646 lits) et des étudiants (140 lits) à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), d'Aincourt (Val-d'Oise, 500 lits), de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 200 lits), de

[1655] Baché 1934, p. 43.

[1656] On comptait ainsi, en 1929, 650 dispensaires assurant le suivi de 212.00 tuberculeux (contre 70 en 1918, pour 3.000 tuberculeux suivis) ; 16 hôpitaux-sanatoriums totalisant 6.000 lits (aucun en 1918) ; 96 sanatoriums pulmonaires avec 9.500 lits (9 établissements en 1918 avec 1.000 lits) ; 154 préventoriums (12.880 lits, aucun en 1918), 48 « sanatoriums chirurgicaux » avec 12.700 lits (5 en 1918 avec 2.000 lits) ; 5 sanatoriums d'héliothérapie (362 lits, aucun en 1918). S.a., « Etablissements de cure. Sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.

[1657] S.a., « France. Organisation de la campagne antituberculeuse », in *Bulletin de l'U.I.T.*, 1932, n°3, p. 255.

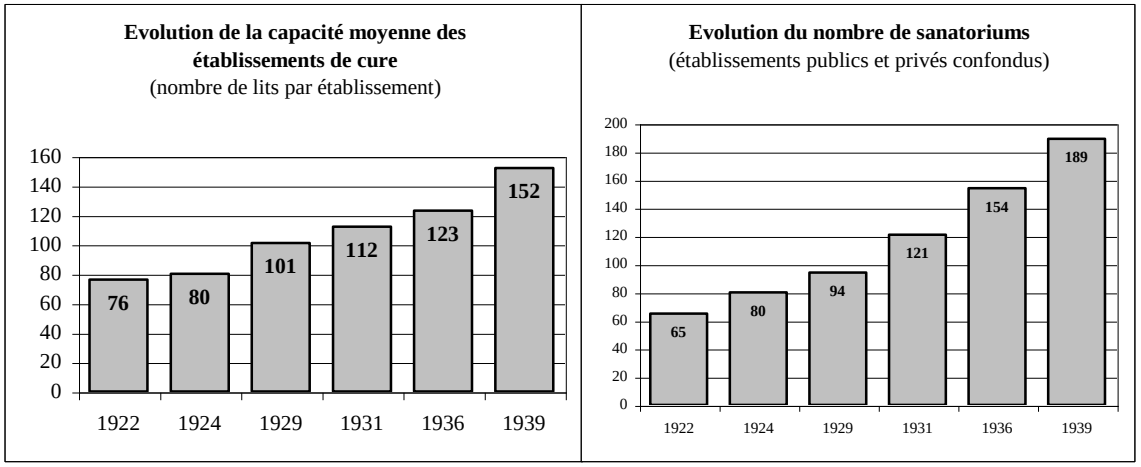
[1658] Ce graphique a été établi à partir des données collectées sur 213 établissements (voir le catalogue en annexes), soit environ 60% de la totalité des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires recensés sur la période 1895-1970. Il n'est donc pas exhaustifs mais donne une bonne idée des tendances à l'œuvre en matière de construction de sanatoriums.

[1659] Ce chiffre valide nos propres estimations qui, sans prendre en compte tous les établissements, font état de 1772 lits supplémentaires pour cette même année 1931. S.a., « France. Organisation de la campagne antituberculeuse », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1932, n°3, p. 255.

la cité sanitaire de Clairvivre (Dordogne, 500 lits), des sanatoriums Etienne Clémentel (Puy-de-Dôme, 210 lits), du Perron (Rhône, 300 lits), Marie Mercier (Allier, 100 lits), etc. Les statistiques officielles, émanant notamment du C.N.D.T., sont difficiles à comparer car elles englobent des établissements de catégories différentes (les hôpitaux-sanatoriums, par exemple, ne sont pas systématiquement pris en compte et la distinction entre établissements publics et privés n'est pas toujours faite). Selon diverses sources, il y avait 65 sanatoriums (publics et privés) pour tuberculeux pulmonaires en 1922 (4.959 lits) ; 80 en 1924 (6.423 lits)[1660] ; 94 à la fin de l'année 1929 (9.500 lits)[1661] ; 121 en 1931 (13.600 lits)[1662], 154 en 1936 (19.000 lits)[1663] et 189 en 1939 (dont 101 établissements publics ou privés assimilés), totalisant, à la veille de la guerre, 28.719 lits[1664]. Il suffit de déduire le millier de lits de sanatoriums existant en 1914 pour obtenir une estimation fiable du nombre total de création de lits de sanatoriums pour tuberculeux sur la période 1915-1939, soit environ 27.500 lits[1665]. Les résultats obtenus en France au début des années trente sont, par certains aspects, comparables à ceux obtenus en Italie à la même époque : après la loi sur l'assurance contre la tuberculose en 1928, plus de 60 sanatoriums furent édifiés dans toute l'Italie en quelques années[1666], dont certains de dimensions impressionnantes tels l'*Istituto Forlanini* à Rome, le sanatorium *Principi di Piemonte* à Naples ou la cité sanitaire Morelli à Sondalo.

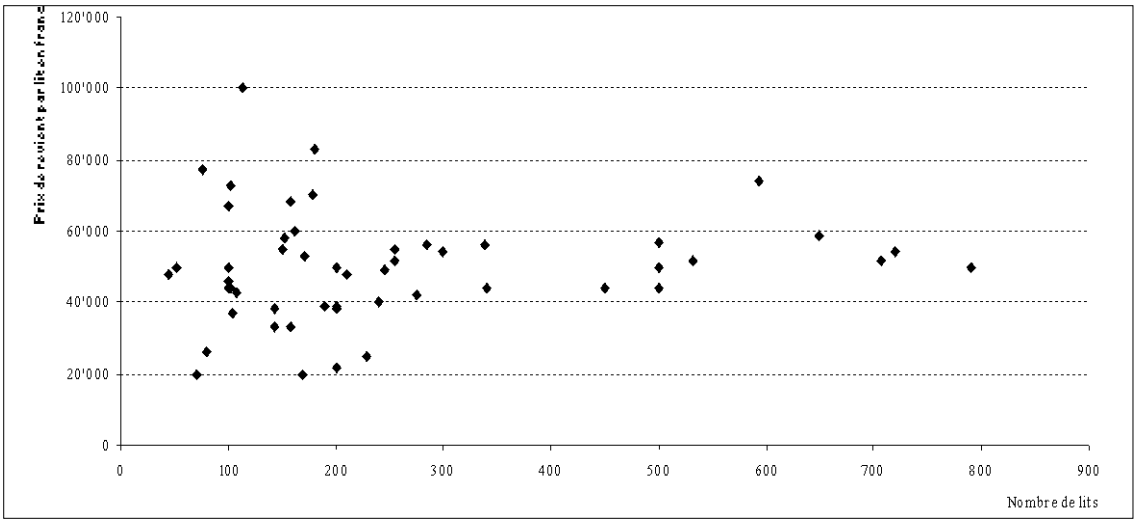
Après avoir stagné dans les années vingt, la construction d'établissements neufs augmenta de façon exponentielle à la fin de la décennie du fait, notamment, de l'exiration du délai accordé en 1929. Ce phénomène s'accompagna d'une augmentation importante du nombre moyen de lits par établissement qui fit plus que doubler entre 1922 et 1939, passant de 76 à 152 lits (sanatoriums préexistants et créations confondues), ce qu'indique le graphique ci-dessous. Encore cette moyenne cache-t-elle d'importantes disparités entre les établissements privés de moins de 100 lits et les sanatoriums départementaux du début des années trente comptant 500 lits, voire plus.

La capacité moyenne des 52 établissements subventionnés par l'Etat entre 1928 et 1933, était en effet de 250 lits. Ce dernier chiffre ne tient toutefois pas compte du fait que tous les établissements d'une capacité supérieure à 300 lits étaient constitués de plusieurs pavillons d'hospitalisation (exception faire de l'hôpital-sanatorium Albert Calmette de Lille dont les 450 lits sont groupés dans un bâtiment unique). Chaque pavillon comptait habituellement 150 à 200 lits.



[1660] Caufman 1924.
[1661] S.a., « Etablissements de cure. Sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.
[1662] S.a., « France. Organisation de la campagne antituberculeuse », in *Bulletin de l'U.I.T.*, 1932, n°3, p. 255.
[1663] Fournier 1936, p. 28.
[1664] Dambon 1985, p. 25. Ce nombre restera en suite assez stable et les créations des années quarante et cinquante ne feront que compenser les fermetures d'établissements : on comptait ainsi 190 sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires en 1955, pour 32.277 lits. Si le nombre d'établissements reste stable le nombre de lit augmente légèrement du fait de l'augmentation de leur capacité moyenne. Cioppani 1958, p.51.
[1665] Nos propres estimations s'élèvent à environ 36.000 lits, desquels il faut soustraire les lits des établissements militaires et des formations provisoires supprimées à la fin de la guerre ainsi que ceux des établissements qui ont fermé durant l'entre-deux-guerres.
[1666] Del Curto 2005, p. 330.

Prix de revient des sanatoriums subventionnés par l'Etat entre 1928 et 1933. (en *italique* : les travaux d'extension ou de réaménagement ; source : J.O. du 28 juin 1933)					
Département et nom de l'établissement	**Nb de lits**	**Prix de revient**	**Coût**	**Projet**	**Ouver-ture**
01 – Sanatorium interdépartemental d'Hauteville	143	33'000	4'719'000	1931	1935
01 – Sanatorium dép. (Seine) de Hauteville	720	54'000	38'880'000	1932	1935
02 – Sanatorium de *la* Renaissance Sanitaire à Villiers-s.-M.	707	52'000	36'764'000	1928	1930
02 – Sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain	190	39'000	7'410'000	1930	1934
03 – Sanatorium dép. (Allier) de Rocles	100	46'000	4'600'000	1931	1934
05 – Sanatorium de l'Ass. des indus. électriques à Briançon	114	100'000	11'400'000	1931	1934
05 – Sanatorium des infirmières Edith Selzer à Briançon	77	77'000	5'929'000	1931	1934
06 – *Sanatorium de Mougins près Cannes*	246	49'000	12'054'000	?	?
07 – Sanatorium dép. (Ardèche) du Rocher	80	26'000	2'080'000	1928	?
13 – Sanatorium dép. (Bouches-du-Rhône) du Petit-Arbois	340	44'000	14'960'000	1929	1936
14 – Sanatorium dép. (Calvados) de Saint-Sever	100	67'000	6'700'000	1929	1931
16 – Sanatorium interdépartemental de la Grolle-St-Bernard	228	25'000	5'700'000	1930	1933
17 – Sanatorium de Boscamnant	200	39'000	7'800'000	1929	1931
17 – Sanatorium de la Chapelle-des-Pots	102	44'000	4'488'000	?	?
22 – *Sanatorium marin dép. (Côtes-du-Nord) de Trestel*	100	50'000	5'000'000	?	?
29 – Sanatorium dép. (Côtes-du-Nord) de Bodiffé-en-Plemet	254	52'000	13'208'000	1930	1933
25 – Hôpital-sanatorium (Doubs) des Tilleroyes	158	33'000	5'214'000	1925	1930
27 – Sanatorium de la Renaissance Sanitaire à Arnières	790	50'000	39'500'000	1930	1932
28 – Hôpital-sanatorium dép. (Eure-et-Loir) de Dreux	172	53'000	9'116'000	1928	1932
30 – Sanatorium marin dép. (Gard) du Grau-du-Roi	162	60'000	9'720'000	1931	1933
31 – Sanatorium de Toulouse	144	38'000	5'472'000	?	?
37 – Sanatorium du Timbre à la Membrolle-sur-Choisille	52	50'000	2'600'000	1930	1932
38 – Sanatorium dép. (Rhône) à Saint-Hilaire-du-Touvet	649	59'000	38'291'000	1925	1933
38 – Sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet	180	83'000	14'940'000	1924	1933
45 – *Sanatorium dép. (Loiret) de la Chapelle-Saint-Mesmin*	200	22'000	4'400'000	?	?
51 – *Sanatorium dép. (Marne) de Châlons-sur-Marne*	70	20'000	1'400'000	1924	?
59 – Sanatorium de Sailly-les-Lannoy	44	48'000	2'112'000	1928	1930
59 – Sanatorium dép. (Nord) de Felleries-Liessies	500	44'000	22'000'000	1928	1934
59 – Hôpital-sanatorium dép. (Nord) Calmette à Lille	450	44'000	19'800'000	1929	1936
60 – Hôpital-sanatorium de l'A.P. de Paris à Labruyère	338	56'000	18'928'000	1928	1935
62 – Sanatorium dép. (Pas-de-Calais) à Helfaut	500	57'000	28'500'000	1927	1932
63 – Sanatorium dép. (Puy-de-Dôme) Etienne Clémentel	200	50'000	10'000'000	1928	1934
68 – Sanatorium dép. (Haut-Rhin) de Colmar	153	58'000	8'874'000	1930	1934
70 – Sanatorium de Rosemont à Belfort	108	43'000	4'644'000	?	?
71 – Sanatorium interdépartemental de Bergesserin	210	48'000	10'080'000	1929	1946
72 – Sanatorium dép. (Sarthe) de Parigné-Lévêque	240	40'000	9'600'000	1929	1932
74 – Sanatorium de Praz-Coutant au Plateau-d'Assy	158	68'000	10'744'000	1928	1930
74 – Sanatorium du Roc-des-Fiz au Plateau-d'Assy	150	55'000	8'250'000	1928	1932
74 – Sanatorium Guébriant au Plateau-d'Assy	178	70'000	12'460'000	1929	1933
75 – Sanatorium de la Renaissance S. à Fontenay-aux-Roses	300	54'000	16'200'000	1932	-
76 – *Sanatorium marin dép. (Seine-Inf.) des Grandes Dalles*	170	20'000	3'400'000	1922	?
77 – Sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie	102	73'000	7'446'000	1931	?
78 – Sanatorium dép. (Seine) de Franconville	275	42'000	11'550'000	1924	?
78 – Sanatorium dép. (Seine) de Franconville (extension)	255	55'000	14'025'000	1932	?
78 – Sanatorium de la Fondation L. Bellan à Magnanville	284	56'000	15'904'000	?	1928
78 – Sanatorium des cheminots à Champrosay	100	44'000	4'400'000	1928	1931
78 – Sanatorium dép. (Seine-et-Oise) d'Aincourt	500	50'000	25'000'000	1929	1933
78 – Hôpital-sanatorium de l'A.P. de Paris à Champcueil	594	74'000	43'956'000	1930	1935
78 – Hôpital-sanatorium de l'A.P. de Paris à Champrosay	532	52'000	27'664'000	1928	1931
79 – Hôpital-sanatorium de Niort	104	37'000	3'848'000	1928	1932
84 – Sanatorium dép. (Vaucluse) de Roquefraîche à Lauris	200	38'000	7'600'000	1931	1938
87 – Hôpital-sanatorium interdép. du Cluzeau à Limoges	200	38'000	7'600'000	1931	1934
Nombre total de lit /prix de revient moyen / coût total	**13'123**	**49'944**	**655'422'275**		



Nombre de lits et prix de revient de 52 sanatoriums entre 1928 et 1933 (selon tableau ci-dessus).

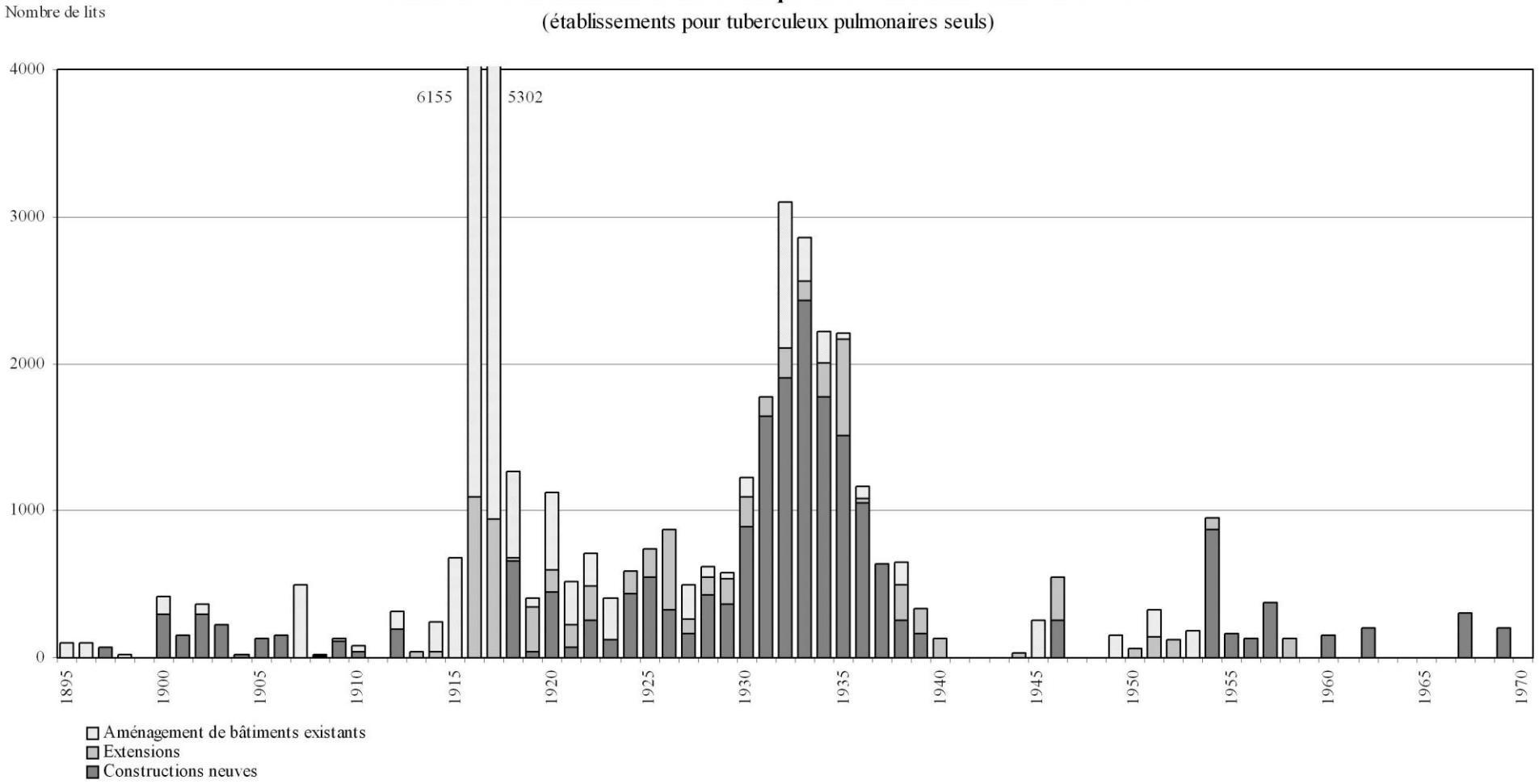
Le tableau de la page précédente a été élaboré à partir d'une liste établie en juin 1933 par le ministère de la santé publique sur les subventions accordées depuis 1928 pour les travaux de construction et d'agrandissement des sanatoriums[1667]. Entre 1928 et juin 1933, l'Etat apporta son concours financier à la construction de 52 établissements, publics ou privés assimilés, correspondant à plus de 13.000 nouveaux lits de sanatorium et à un montant total de travaux de plus 650 millions de francs, soit un prix de revient moyen d'environ 50.000 francs par lit, supérieur de 25% au plafond de 40.000 francs établi en 1929. Dans le graphique ci-dessus, réalisé à partir des données de ce même tableau, nous avons mis en rapport la capacité des établissements avec leur prix de revient pas lit. Ce document fait ressortir l'extrême variété, en terme de capacité et de prix de revient par lit, de ces 52 établissements qui constituent l'essentiel du pic de construction de la période 1930-1933 : le nombre de lit oscille entre 44 (Sailly-lez-Lannoy, Nord) et 790 (La Musse, Eure) et le prix de revient entre 20.000 (sanatorium départemental de Châlons-sur-Marne, Marne) et 100.000 francs par lit (Sanatorium de l'Association des industries électriques à Briançon, Hautes-Alpes) mais se situe habituellement entre 40.000 et 60.000 fracs par lit. Contrairement aux affirmations des médecins et des collectivités publiques de l'époque, il n'est pas possible d'établir de corrélation directe entre la capacité des établissements et leur prix de revient pas lit, autrement dit : l'augmentation du nombre de lits ne permettait pas de réaliser des économies d'échelle lors de la construction. Il est néanmoins probable – mais cela reste à démontrer – que les coûts d'exploitation des établissements étaient inversement proportionnels à leur capacité et que les plus grands établissements permettaient de réaliser des économies substantielles de personnel, de chauffage, d'entretien, etc. Selon le C.N.D.T., l'équipement antituberculeux français, tous types d'établissements confondus (sanatoriums, hôpitaux-sanatoriums, sanatoriums maritimes, préventoriums, écoles de rééducation), représentait 59.808 lits en 1933[1668].

[1667] J.O. du 28 juin 1933. Santé publique n°4.712. « M. J. Montigny demande à M. le ministre de la santé publique quelles est le prix de revient, toutes dépenses réunies, des sanatoria qui ont bénéficié de subventions de l'Etat, depuis cinq ans (question du 9 juin 1933) ». Ces prix doivent être considérés avec précautions et sont sujets à d'importantes variations selon les éléments qu'ils intègrent : en 1932, les architectes Abraham et Le Même (Abraham & Le Même 1932/1, p. 18) évoquaient, pour le sanatorium du Roc-des-Fiz, un prix de revient par lit, pour la « construction proprement dite », de 32.500 francs, précisent toutefois que « l'aménagement du terrain, les murs de soutènement, drainages, adduction d'eau, d'électricité, transformateur, égouts, routes, etc. viennent majorer ce chiffre ». Le prix de revient final atteint en effet 55.000 francs selon la liste de 1933 reproduite ci-dessus. Cette différence de prix s'explique par l'importance des travaux de terrassement pour l'implantation des sanatoriums, en montagne comme en plaine. Pour la construction du sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1933), par exemple, « 35.000 m^3 de rochers ont té extraits pour le nivellement des plateformes et l'établissement des galeries, il a fallu construire un chemin d'accès de deux kilomètres au milieu de la forêt avec construction sur un ravin d'un pont en ciment armé de 50 mètres de long, il a fallu [...] aller chercher l'eau au canal de Marseille, construire un réservoir de 600 m^3 formant réserve puis un château d'eau de 200 m^3 à 60 mètres au-dessous de ce bassin de ce bassin de réserve ». G. Castel, note descriptive relative au sanatorium départemental sis aux Milles, communes d'Aix-en-Provence. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.

[1668] Soit 154 sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires (20.941 lits), 19 hôpitaux-sanatoriums (3.338 lits), 66 sanatoriums maritimes (14.853 lits), 214 préventoriums (20.179 lits), 4 établissements héliothérapiques (210 lits), 4 écoles de rééducation (287 lits) et une cité sanitaire (Clairvivre). S.a., « France. Etat de la campagne antituberculeuse en 1933 », in *Bulletin de l'U.I.T.*, avril 1935, n°2, p. 131.

Nombre de lits de sanatoriums créés chaque année en France entre 1895 et 1970

(établissements pour tuberculeux pulmonaires seuls)



La France était donc en passe de rattraper son retard dans le domaine de la lutte contre la tuberculose. Les efforts consentis depuis la guerre commençaient d'ailleurs à porter leurs fruits et la mortalité par tuberculose connaissait une inflexion notable. En 1935, un rapport du service de la statistique du C.N.D.T. estimait que, depuis 1918, « la diminution annuelle de la mortalité par tuberculose pulmonaire seule, [avait permis] d'éviter, chaque année, la mort de plus de 8.000 sujets, pour la plus grande majorité jeunes, c'est à dire productifs et reproductifs »[1669]. Entre 1918 et 1929, la mortalité par tuberculose était en effet passée de 339 à 228 décès pour 100.000 habitants à Paris, et de 354 à 245 décès à Lyon[1670]. Malgré ces progrès, le taux de mortalité par tuberculose restait deux fois plus élevé en France que dans les pays qui avaient engagé plus tôt la lutte contre la maladie, tels les Etats-Unis, l'Allemagne, l'Angleterre, la Hollande ou le Danemark, où les taux de mortalité par tuberculose oscillaient, en 1932, entre 70 et 90 décès pour 100.000 habitants[1671]. Le nombre annuel de décès par tuberculose y baissait également de façon continue.

2.6.4. Le sanatorium, un modèle en crise ?

Il est paradoxal de constater que la période la plus productive du mouvement sanatorial français (la fin des années vingt et le début des années trente) coïncide également avec ce que nous qualifierons de "dilution" progressive des caractéristiques administratives, techniques et architecturales qui avaient jusqu'alors fait la spécificité des sanatoriums. Ce phénomène se manifeste, à notre avis, par la place accordée aux médecins-directeurs et à la cure hygiéno-diététique dans ces établissements. Du fait de leur rôle et de leur statut administratif, les médecins-directeurs étaient, depuis la fin du XIX^{e} siècle, une figure emblématique des établissements de cure pour tuberculeux pulmonaires et leurs modalités d'exercices avaient été élaborées petit à petit depuis les années 1850. La loi Honnorat les avait confirmés dans cette fonction mais leur statut suscita, nous l'avons vu, de vives polémiques dès le début des années vingt. Après plusieurs tentatives de limitation de leur influence dans les établissements (loi de 1923 sur l'admission des malades, abrogée en 1924, projet de loi du 14 février 1930), leur statut sera réformé en 1935. Nous verrons également que la cure hygiéno-diététique avait perdu, à la fin des années vingt, la primauté dans le traitement de la tuberculose au profit des méthodes chirurgicales : pneumothorax puis thoracoplastie et phrénicéctomie. Pour un temps encore, les bons résultats[1672] obtenus dans les sanatoriums français ne remettaient pas en question les méthodes qui y étaient pratiquées, ces dernières n'avaient de toute façon plus beaucoup d'éléments en commun avec la conception ancienne du sanatorium. Dans un article consacré à « l'évolution du sanatorium », Robert Clément, écrivait en 1940 :

> *Dans leur enthousiasme pour la nouvelle méthode* [chirurgicale], *ses partisans voulurent lui donner non seulement une place de premier choix dans le traitement, mais décrétèrent qu'il fallait toujours préférer la collapsothérapie à la cure sanatoriale, comme s'il était nécessaire de choisir forcément entre les deux. Cette opinion peut s'expliquer peut-être par l'attitude [...] de certains médecins de sanatorium qui, de leur côté, voyant les résultats de la cure sanatoriale, hésitaient ou tardaient à pratiquer le pneumothorax thérapeutique et semblaient lui être plus ou moins hostile. Simple maison de cure d'air et de repos à ses débuts, le sanatorium s'est peu à peu transformé et, pour qu'y puissent être pratiqués tous les moyens d'investigation et tous les traitements modernes, il a été nécessaire de perfectionner son équipement technique.*[1673]

Les deux méthodes de cure étaient complémentaires mais le développement des thérapeutiques « actives » de la tuberculose remettait en question le « tout sanatorium » tel qu'il était pratiqué dans plusieurs pays européens et, particulièrement, en France[1674]. Pour Edouard Rist, la valeur première du

---

[1669] S.a., « France. Etat de la campagne antituberculeuse en 1933 », in *Bulletin de l'U.I.T.*, avril 1935, n°2, p. 131.
[1670] S.a., « Etablissements de cure. Sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.
[1671] Courmont 1932, p. 626.
[1672] Au sanatorium de Felleries-Liessies, 3202 malades sortirent entre 1933 et 1938, parmi lesquels ont dénombra 727 guérisons apparentes et 790 améliorations, soit 47,37% de résultats positifs. Rapport sur le sana. de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.*1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1673] Clément 1940, p. 1083.
[1674] Selon le médecin allemand von Hayek : « Il y a de nombreux malades qui pourraient se tirer d'affaire si un traitement ambulatoire régulièrement appliqué prolongeait la cure sanatoriale, traitement supplémentaire qui d'ailleurs ne les gênerait aucunement dans l'accomplissement de leur tâche professionnelle.[...] A un moment donné, *ajoutait-il*, on a attaché beaucoup trop d'importance au traitement sanatorial, et les effets de la propagande intensive menés à ce sujet se font encore ressentir. Des esprits inquiets en arrivent

sanatorium avait été de « remettre en honneur le *primum non nocere* »[1675] (d'abord, ne pas nuire au malade). Ce principe était à double tranchant car il admettait la relative impuissance de la cure hygiéno-diététique à agir directement sur la maladie. L'augmentation rapide du nombre de lits (plus de 2.000 lits par an, en moyenne, entre 1930 et 1936) finit par résorber les quantités de malades en attente de placement et par "fluidifier" le passage des malades d'un maillon à l'autre de l'armement antituberculeux. La mise à disposition de grandes quantités de lits au début des années trente provoqua une certaine surcapacité, manifestée notamment par l'apparition de lits vacants dans certains établissements. Sans être massif, ce phénomène conjoncturel inquiéta vivement les gestionnaires de ces établissements dont le fragile équilibre budgétaire devenait précaire à la moindre baisse de fréquentation. En novembre 1934, la commission de surveillance du sanatorium départemental de Pignelin (Nièvre, 1918) attira ainsi l'attention du conseil général sur « la diminution progressive du nombre de malades : jamais encore, s'inquiétait-elle, l'effectif de Pignelin n'avait été aussi bas. Cette diminution s'explique [...] par des causes économiques d'ordre général ; elle n'est pas spéciale au sanatorium de Pignelin et elle s'observe dans la plupart des établissements semblables de France »[1676]. Pour « atténuer cette crise des effectifs », la commission de surveillance de Pignelin s'en remit au zèle des dispensaires départementaux pour lui envoyer plus de malades. Les dispensaires étaient une nouvelle fois mis à contribution pour réguler le flux de malades et faciliter la gestion des sanatoriums : lorsque que les sanatoriums étaient saturés au milieu des années vingt, on avait compté sur la modération des médecins à y adresser leurs malades « sanatoriables » ; lorsque les établissements de cure se vidaient, on comptait sur leur efficacité pour les remplir. Sans doute conscient des surcapacités touchant certains types d'établissements, Baché déplorait en 1934 que d'importantes sommes d'argent étaient encore consacrées, à cette époque, à la construction d'établissements d'héliothérapie, de sanatorium d'altitude et de sanatoriums marins alors que, selon Poix, un grand nombre d'établissements de ces catégories étaient « loin d'être complets »[1677]. « Les efforts n'ont pas toujours été dirigés convenablement, concluait Baché. Il serait souhaitable, à l'avenir, de réaliser une meilleure coordination »[1678]. D'autres indices nous mettent sur la piste d'une crise sanatoriale au milieu des années trente : en 1936, alors qu'il se trouvait dans l'incapacité financière d'achever le sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie) dont les travaux étaient interrompus depuis 1930, le médecin Alexandre Bruno sollicita le C.N.D.T. dans l'idée de « céder la presque totalité des immeubles [...] à une œuvre philanthropique reconnue d'utilité publique, à une société de secours mutuels ou à une collectivité publique qui chercherait à construire une bâtiment pour un certain nombre de lits pour tuberculeux » [1679]. En réponse à cette sollicitation, Evrot, délégué technique du C.N.D.T., évoquait une conjoncture difficile pour les établissements de cure : « Il est bien évident, expliquait-il, qu'actuellement je ne vois aucune œuvre susceptible de construire un sanatorium ; ce serait de la folie étant donné le nombre de places vacantes dans tous les sanatoriums populaires et de luxe »[1680]. Pour des raisons que nous ignorons, mais vraisemblablement du fait de la crise économique, les sanatoriums allemands se trouvaient dans une situation de même nature, qui fut peut-être encore plus accentuée encore et sans doute plus précoce qu'en France[1681].

à croire que la cure sanatoriale est l'unique moyen de guérison. Il est absolument nécessaire aujourd'hui, pour des raisons pratiques, de modérer cette affluence exagérée et insuffisamment motivée dans les sanatoriums. [...] La situation des sanatoriums destinés exclusivement à un cercle de malades restreints, par exemple les membres de telle ou telle caisse de secours mutuels, dont les frais de maladie sont à la charge de la société à laquelle ils appartiennent, est encore plus difficile. C'est ici que l'on court un danger sérieux de voir des lits inoccupés se remplir de malades imaginaires, si les vrais malades ne se présentent pas. C'est un procédé comme un autre pour gérer une institution d'une façon pratique ! Cette manière d'agir est le fruit d'une époque où bien des gens appellent progrès cette solution désinvolte des problèmes économiques qui consiste à prendre l'argent là où il est. » Von Hayek 1936, p. 159-167.

[1675] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, Limoges, s.n., 1934, p. 43. A.D. de la Haute-Vienne, BR 3404.

[1676] Extrait du registre des délibérations de la commission de surveillance, séance du 10 novembre 1934. A.D. de la Nièvre, X 2426.

[1677] Baché 1934.

[1678] *Ibidem.*

[1679] Evrot conseilla à Bruno de ne pas se faire trop d'illusions du fait des « vacances [constatées] dans tous les établissements ». Lettre du Dr Evrot à Alexandre Bruno. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.64 Haute-Savoie.

[1680] *Ibidem.*

[1681] En 1931, Henri Schwers n'hésitait pas à parler à ce propos de « crise du sanatorium » : « Ne voit-on pas les directeurs de sanatoriums allemands se plaindre du vide relatif de leurs établissements parce qu'il devient de plus en plus difficile d'y amener les assurés tuberculeux pour lesquels ces cliniques ont été construites ? » Schwers 1931, p. 711.

L'équipement antituberculeux était alors suffisamment développé en France pour que l'on songeât à donner de nouvelles orientations aux programmes sanitaires départementaux afin trouver un meilleur équilibre entre les demandes d'admissions et la disponibilité en lits. Les médecins étaient ainsi de plus en plus nombreux à réclamer une réorganisation de l'armement antituberculeux. A partir de 1935, pour des raisons essentiellement financières, les administrations eurent les plus grandes difficultés à achever les projets en cours. Les départements dont l'armement antituberculeux n'était pas complet et qui avaient, parfois de longue date, programmé la construction d'un nouvel établissement, furent contraints de revoir leurs ambitions à la baisse, voire de renoncer à leurs projets d'équipement. En 1936, par exemple, dans une période « où l'économie doit prédominer dans les décisions des pouvoirs publics »[1682], l'Entente interdépartementale du Limousin abandonna son projet de sanatorium de cure censé compléter l'hôpital-sanatorium du Cluzeau ouvert en 1934. Le sanatorium de Boulou-les-Roses, qui aurait dû être converti en préventorium à l'achèvement de ce sanatorium de cure, fut maintenu dans sa fonction sanatoriale et simplement augmenté d'un nouveau pavillon de cure, inauguré en 1940.

La situation était peut-être plus difficile encore pour les sanatoriums privés dont la clientèle, issue des classes moyennes voire supérieures, avait été absorbée par les établissements publics dont un grand nombre, nous l'avons vu, disposaient de quartiers entiers réservés aux malades payants et aménagés avec un certain confort. La vente, en 1930, des sanatoriums de Belligneux et Grand Hôtel d'Hauteville à l'Office d'hygiène sociale de la Seine et la faillite, en 1935, des sanatoriums des Pins et des Escaldes, sont symptomatiques de la crise traversée par les établissements privés. Rentables lorsque le manque chronique de lits dans les établissements publics leur assurait un taux d'occupation important, ces établissements – qui loin de là, n'étaient pas tous luxueusement aménagés – ne pouvaient concurrencer les grands établissements modernes construits dans les années trente. Les mises en vente d'établissements privés étaient alors fréquentes tandis que les acheteurs, même publics, toujours plus rares[1683]. L'époque n'était définitivement plus aux ambitieux projets de la fin des années vingt. Evoquant, en 1936, « les difficultés qu'éprouvent aujourd'hui les sanatoriums de luxe », le médecin allemand H. von Hayek, y voyait l'un des principaux symptômes de la crise de confiance envers le modèle sanatorial : « Eux non plus, estimait-il, ne doivent pas leur existence aux services qu'ils rendent à la santé publique, mais plutôt aux effets de la concurrence, les institutions rivales cherchant à se surpasser par quelques centaines de mètres de plus d'altitude, l'avantage de quelques heures de soleil supplémentaires pendant l'année, une position un peu mieux abritée du vent »[1684]. La compétition entre les établissements ne se jouait désormais plus sur les conditions climatiques, l'exposition ou la durée annuelle d'insolation, mais sur l'accessibilité, la qualité technique des aménagements intérieurs et des équipements médicaux.

[1682] Entente interdépartementale, sanatorium de Boulou-les-Roses. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151.
[1683] Lorsque le département de la Loire dut fermer l'ancienne station sanitaire de Saint-Jodard, en 1937, et trouver une alternative pour le placement de ses malades, il ne reçut pas moins de quatre propositions d'achat : l'ancien sanatorium d'Aubrac (Aveyron) ; le sanatorium des Escaldes (Pyrénées-Orientales), mis en vente depuis la faillite en 1935 de Raymond Hervé ; le sanatorium du Sermay à Hauteville (Ain) et la proposition d'Alexandre Bruno de transformer Plaine-Joux en sanatorium départemental.
[1684] Von Hayek 1936, p. 167.

CHAPITRE III

LES CONDITIONS TECHNIQUES ET HYGIÉNIQUES DU BOOM SANATORIAL FRANÇAIS

Introduction.

Ce chapitre fait le bilan des éléments de projet dont disposaient les architectes et les médecins à la veille du « boom sanatorial » de la fin des années vingt. Ces éléments sont issus des réalisations françaises et étrangères antérieures à la guerre, des structures antituberculeuses mises en place, en France, à partir de 1915 et de la législation de 1919. Ce chapitre est à la charnière entre les développements historiques des chapitres précédents (consacrés aux origines du mouvement sanatorial et à son essor en France à partir de la guerre) et ceux, analytiques, du dernier chapitre consacré aux formes architecturales produites dans les années vingt et trente. Nous avons cherché à rendre lisible, au fil du texte, ce qui ressort des expériences accumulées entre la fin du XIX^{e} siècle et le début des années vingt, des prescriptions formulées par la législation de 1919 et ses modifications ultérieures. En matière de planification sanatoriale, le début des années vingt a constitué une époque transitoire : la loi Honnorat s'inscrit progressivement dans le paysage sanitaire français et les collectivités publiques en évaluent la faisabilité. Peu de projets, nous l'avons vu, furent engagés immédiatement après la guerre. Le tournant intervient entre 1925, date de la parution de l'ouvrage de Louis Guinard, *La pratique des sanatoriums*[1685], qui fera référence jusqu'aux années cinquante, et l'expiration du délai d'équipement des départements en 1929. Les réalisations antérieures à cette période relèvent donc encore de l'expérimentation de dispositifs, parfois anciens, mais qui n'avaient pas fait l'objet d'une large application en France. Ces conditions forment une somme d'expériences et de pré-requis dans lesquels architectes et médecins puiseront l'essentiel des références qui constitueront l'équipement sanatorial français dans les années trente.

Réalisant une synthèse des dispositions sanatoriales, le présent chapitre sollicite une multitude de sources imprimées (manuels hospitaliers et d'hygiène, revues de médecine et d'architecture) mais aussi d'archives (s'agissant des éléments techniques et de fonctionnement propre à chaque bâtiment). Nous n'avons retenu que les éléments jugés significatifs permettant d'évaluer les développements ultérieurs de l'architecture sanatoriale. Nous nous sommes efforcés de situer ces éléments de projet dans la perspective des réalisations allemandes antérieures à 1915 ; nos principales sources ont été l'ouvrage de Gotthold Pannwitz : *L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne* et le long article des architectes Heino Schmieden* & Julius Boethke : *Les sanatoria. Organisation et frais de construction* (traduit en français à l'occasion du congrès de la tuberculose de Paris en 1905). Nous avons ensuite indiqué les dispositions adoptées dans les sanatoriums français du début du siècle et les formations créées pendant la guerre, sur la base des publications de l'époque, des archives et des documents parlementaires comme le rapport Honnorat de 1917.

Pour structurer ce bilan, nous nous sommes basés sur la formule du phtisiologue Louis Landouzy, qui considérait le sanatorium comme un « établissement fermé, discipliné, aseptique », en y ajoutant un bilan sur les conditions climatiques et d'implantation de ces établissements et en terminant sur les rapports entre médecins et architectes dans la conception de ces établissements. Notre objectif n'était pas de réaliser un « manuel » de conception sanatoriale : bien qu'il parle assez peu d'architecture, Guinard présentait déjà, dans *La pratique des sanatoriums*, une étude très détaillée des conditions de fonctionnement de ces établissements que nous avons abondamment citée. Notre propos, rappelons-le, ne concerne pas directement la tuberculose ; il ne s'agissait donc pas d'approfondir les dimensions médicale, sociale, littéraire voire « métaphorique »[1686] des sanatoriums, mais d'évoquer les points qui intéressent plus particulièrement leur conception architecturale et technique.

[1685] Louis Guinard, *La pratique des sanatoriums*, Paris, Masson, 1925.

[1686] S'agissant des aspects social et médical de la tuberculose et du traitement sanatorial, nous renvoyons le lecteur aux ouvrages d'Isabelle Grellet et Caroline Kruse, *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme (1800-1940)*, Paris, Ramsay, 1983 ; de Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux 19^{e} et 20^{e} siècles*, Paris, Aubier, 1986 ; de Dominique Dessertine et Olivier Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Lyon, P. U. de Lyon, 1988 ; de F.B. Smith, *The Retreat of Tuberculosis 1850-1950*, Londre-New York-Sydney, Croom Helm, 1988 et de Flurin Condrau, *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal: Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert ;* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2000.

3.1. Le sanatorium et son environnement naturel : climat et paysage.

3.1.1. Les climats régionaux français.

En tant qu'établissement de cure spécifique, le sanatorium résultait d'une interprétation, sur des bases médicales et scientifiques nouvelles, des principes du traitement climatique de la phtisie dont l'origine était beaucoup plus ancienne. Les sanatoriums ne seront que tardivement débarrassés de cet ancrage climatique qui, continuellement remis en question et l'objet d'interminables débats, était au cœur du discours médical sur la valeur thérapeutique des sanatoriums au tournant du siècle. Dans *La grande encyclopédie*, en 1900, le médecin A.F. Plicque accordait au climat l'importance qu'il avait eut tout au long du XIX[e] siècle dans le traitement de la tuberculose pulmonaire :

> *Sans être indispensable, le climat est un précieux adjuvant. Pour les malades très aisés, le Midi ou le Sud-Ouest en hiver et au printemps, l'altitude en été, augmenteront encore les bons résultats de la cure d'air. [...] Un problème difficile à résoudre est le choix d'un climat permanent pour les tuberculeux de fortune moyenne, obligés de se soigner longtemps sans faire la dépense de voyages multiples. Fontainebleau et sa région, la Touraine, la Bretagne dans sa partie la moins pluvieuse, autour de Saint-Brieuc, conviennent assez bien en toutes saisons. Chez les malades peu atteints, l'intensité du changement d'air, le départ vers une région toute différente (montagne pour un habitant des plaines, air marin pour un montagnard) est un utile élément.*[1687]

La problématique climatique apparaît ici dans toute son ambiguïté : elle interrogeait les caractéristiques atmosphériques du lieu, mais prenait également en compte le type d'établissement considéré, l'acclimatation des malades à leur arrivée et leur réacclimatation une fois la cure achevée. En France, la question climatique ne sera véritablement posée qu'avec la Première Guerre Mondiale et, dans son rapport de juillet 1917, Honnorat lui donnait une place centrale. Selon lui, il n'était pas possible de limiter la construction des sanatoriums aux seules régions réputées favorables : « on peut aussi bien soigner avantageusement des tuberculeux, insistait-il, en plaine qu'en montagne, dans les forêts ou au soleil ; c'est affaire de bonne direction médicale, d'indications particulières aux malades ; [...] à vrai dire, il conviendrait de posséder des sanatoriums de situations différentes, afin de répondre à toutes les indications »[1688]. Honnorat rappelait toutefois les contre-indications formelles que constituaient, pour les tuberculeux pulmonaires, le vent et l'humidité, et déconseillait les climats marins dans leur ensemble, à l'exception de certaines zones « juxta-marines », comme Arcachon et la Provence, dont l'expérience avait démontré la valeur. Il se livrait ensuite à un examen méticuleux de toutes les régions françaises que le climat rendait propices – ou non – à l'installation de sanatoriums :

> *Le Nord et l'Est de notre pays, sauf les contreforts des Vosges et du Jura, sont à proscrire. Au contraire, le bassin de la Seine, particulièrement l'Île-de-France, peuvent être utilisés [...], toutefois, dans cette région, il importe d'écarter les bas fonds et les vallées. Le bassin de la Loire, du moins à partir de la sortie de sa région montagneuse, ne paraît guère favorable, le climat y est mou, l'atmosphère humide : le Berry, la Touraine, l'Anjou, sans être absolument proscrits, ne sont guère recommandables [...]. Mêmes caractéristiques pour la Basse-Normandie, le Maine, la Bretagne (sauf dans sa partie un peu plus élevée et boisée du Finistère), où l'atmosphère molle et humide ne convient pas aux tuberculeux ; toute la région de la Vendée, des Charentes, humide, marécageuse, maritime en plus, n'est pas davantage à retenir. Le bassin de la Garonne peut être comparé à cet égard à celui de la Seine [...]. La vallée du Rhône est à proscrire entièrement, en raison du régime des vents.*
>
> *Au contraire,* poursuivait-il, *la France possède quelques régions, qui sont véritablement des régions d'élection, dont certaines mêmes n'ont peut-être leur équivalent dans aucun autre pays. [...] le massif vosgien et jurassique, le massif alpestre, le plateau central et les Pyrénées [...] pourraient [...] être utilisés plus largement, à la condition, bien entendu, de se préoccuper toujours d'éviter l'humidité des vallées, et les vents qui battent certaines positions élevées ; ainsi en est-il de bien des zones de ces massifs, en particulier*

[1687] Plicque 1900, p. 452.
[1688] J.O. 26 juillet 1917, p. 735.

des Cévennes et de la Montagne Noire, qu'un vent aussi violent que fréquent dispose mal à recevoir des sanatoriums, de même que certaines petites vallées du Limousin, du Périgord, de l'Auvergne, très froides et humides.[1689]

Honnorat vantait également les qualités climatiques des Alpes (Savoie, Dauphiné, Provence et Alpes-Maritimes) et des Pyrénées, qui offraient, selon lui, des climats variés parfaitement indiqués pour la cure de la tuberculose. Dessinant à grands traits une cartographie sanatoriale de la France, il en vint à se demander « s'il [était] préférable d'établir des sanatoriums partout où il en [était] désiré à la condition d'éviter les régions défavorables, ou bien s'il [fallait] utiliser exclusivement les régions d'élection en y créant des centres sanatoriaux à l'usage de toute la France ». Il écarta d'emblée cette dernière option estimant qu'il était impossible de trop éloigner les malades de leur domicile et que les collectivités refuseraient de gérer des établissements sur lesquels elles n'auraient qu'un contrôle lointain. « Tout département ou groupement de départements, toute institution privée, qui voudront créer un sanatorium sur place, le pourront chaque fois que cette place ne sera pas contre-indiquée en raison de ses conditions climatiques », tranchait-il enfin. Quant « aux régions de France qui devront être exclues du programme pour des raisons climatiques » – nombreuses, si l'on en croit la liste que nous venons d'énumérer –, elles pourront envoyer leurs malades dans des « centres sanatoriaux » qu'il faudra veiller à créer dans les « régions d'élection » que sont les massifs montagneux[1690].

La loi du 7 septembre 1919 est étonnamment muette sur le sujet. Sans doute pour ne pas obérer le texte de dispositions litigieuses, le décret du 10 août 1920, dans la section consacrée aux *conditions techniques et hygiéniques que devront remplir les sanatoriums*, reste évasif sur les conditions climatiques que devront respecter les sanatoriums. Il se contente, à l'article 7, de prescriptions relevant du bon sens :

Les sanatoriums doivent être situés hors des agglomérations humaines et à distance des routes très fréquentées, de manière que l'air ne soit vicié ni par les fumées, ni par les produits émanés d'une ville ou d'une usine. [...] L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants.

Le législateur s'était donc efforcé de ne pas prendre position sur la valeur des différents climats, prolongeant ainsi la position adoptée par Honnorat dès 1917, réaffirmée dans la loi de 1919, selon laquelle aucun département ne pouvait être exclu, *a priori*, du dispositif sanatorial. A conditions de respecter les prescriptions mentionnées ci-dessus, toutes les zones climatiques françaises étaient susceptibles d'accueillir des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires. Même le climat maritime, dont la contre-indication en matière de tuberculose pulmonaire était largement admise, n'était pas légalement disqualifié. Selon Adrien Loir, il convenait d'ailleurs de distinguer les climats marins – c'est à dire de haute mer –, des climats maritimes – propres aux régions côtières. Ces derniers, expliquait-il, étaient généralement mauvais pour les tuberculeux du fait de la grande « instabilité atmosphérique » de ces zones de transitions entre terre et mer, notamment des « variations fréquentes et rapides du degré thermométrique, du degré hygrométrique ou du degré barométrique » et du vent, caractéristique commune à toutes les régions côtières[1691]. En 1934, Piéry évoquait encore « l'ostracisme » qui frappait les climats maritimes en matière de tuberculose pulmonaire mais que la pratique de nombreux médecins venait contredire :

Contre cette opinion absolue, expliquait-il, *tout au moins à l'égard du climat côtier, laquelle a pris la force invincible d'une mode, nous serions tentés d'invoquer l'organisation, sans bruit, en ces derniers temps, de très nombreux sanatoriums édifiés sur des bandes de terrain en retrait de presque toutes les côtes de France (arrière Côte d'Azur, hinterland pyrénéen de la méditerranée, hinterland atlantique et même hinterland de la Manche). Ces divers climats maritimes atténués et mâtinés des influences, elles aussi adoucies, tantôt de la montagne, tantôt de la plaine, tantôt des forêts voisines, nous apparaissent comme la zone de repli définitive et solide des partisans du climat marin, proclamant [...] : « Ce qu'il faut aux tuberculeux, c'est un climat atténué ».*[1692]

[1689] *Ibidem.*
[1690] *Idem*, p. 736.
[1691] Loir 1924, p. 598.
[1692] Piéry 1934, p. 164.

S'agissant des types de climats, les phtisiologues ne distinguaient généralement que les climats de haute, moyenne et faible altitude ou encore d'altitude, de semi-altitude ou de plaine. On ne s'étonnera pas que la question climatique ait été abondamment étudiée en France à la fin de la guerre car, outre son intérêt purement scientifique et médical, elle conditionnait en grande partie l'implantation des futurs sanatoriums et, dans une moindre mesure, celle de tous les établissements constitutifs de l'armement antituberculeux français : préventoriums, aériums, hôtels de cure, centres de convalescence et de post-cure, école de plein air, etc. Pour les climats traditionnellement associés à la cure antituberculeuse, notamment ceux d'altitude ou du Midi, le consensus – relatif – sur leur valeur thérapeutique ne portait pas à discussion. Pour les autres, l'enjeu était de taille puisque aux dogmes interdisant l'exposition des malades à certains climats, s'opposait la volonté des collectivités locales de disposer d'un sanatorium de cure sur leur territoire. Le rôle des délégués techniques du C.N.D.T. était sur ce point central, leur première tâche étant l'examen rigoureux des sites envisagés par les collectivités pour la construction de ces établissements[1693]. La question climatique avait été évacuée de la loi sur les sanatoriums pour en faciliter l'application, mais elle restait sous-jacente dans les mécanismes administratifs, notamment le financement des établissements, liés, en grande partie, au bénéfice thérapeutique que pouvaient attendre les malades de leur séjour dans ces établissements. Le formulaire de demande de subvention sur les « fonds provenant du prélèvement sur le produit des cercles et des jeux » comprenait, par exemple, plusieurs questions relatives à l'implantation et au climat[1694]. Il est toutefois difficile de déterminer l'influence des réponses des requérants sur l'attribution des subventions ; il n'est pas établi, par exemple, que les établissements les mieux situés aient bénéficié de subventions plus généreuses.

Honnorat avait insisté avec raison sur la réticence des départements à faire soigner, en dehors de chez eux, leurs tuberculeux. Ses propres recommandations, en 1917, excluaient d'ailleurs beaucoup trop des régions – *grosso modo* toute la moitié nord-ouest de la France – pour être strictement appliquées. La plupart des départements ne prirent en compte que les contre-indications rédhibitoires, telles le vent et l'humidité. Pour le reste, la climatologie était une discipline suffisamment malléable pour que tout département puisse trouver, dans son climat local, un site réunissant les conditions favorables à la cure hygiéno-diététique. Nous dresserons ici un rapide inventaire de ces zones climatiques prétendument défavorables et néanmoins retenues par certaines administrations départementales pour y localiser leurs programmes antituberculeux.

Lorsque le conseil général du Pas-de-Calais décida la création d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires, il se heurta à l'idée préétablie selon laquelle le climat maritime du Nord ne convenait qu'aux tuberculeux osseux. En 1928, selon les responsables du projet, il convenait « de mettre en garde contre le préjugé que semblables traitements sont voués à l'échec, sous [ces] ciels septentrionaux, pour toute autre tuberculose que celle des os : le plus souvent, en effet, éloigner les malades de leurs affections familiales, les changer même de climat compromet leur guérison, qui est plus sûrement obtenue dans le milieu le moins différent de leurs habitudes»[1695]. Par deux fois pourtant, le comité technique des sanatoriums jugea, pour des raisons climatiques, le site inadapté à la construction d'un sanatorium. Il sugégra que ne soit créé au camp d'Helfaut « qu'un sanatorium de 100 ou 200 malades, le surplus des lits pouvant avantageusement être créé dans une région où le climat serait plus propice à la cure de la tuberculose que celui du Pas-de-Calais »[1696]. Face à l'obstination du conseil général, le ministère sollicita l'avis du conseil départemental d'hygiène qui estima pour sa part que, en dehors de la zone côtière, le climat du Pas-de-Calais n'était

[1693] S'agissant, par exemple, du sanatorium départemental du Nord, les emplacements pressentis furent examinés par une « commission mixte » composée de délégués du ministère de la santé publique, de membres du comité départemental de préservation antituberculeuse et de personnalités scientifiques telles que les professeurs Léon Bernard, représentant du C.N.D.T., Albert Calmette et Camille Guérin. Rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.

[1694] « Quels sont le climat et l'altitude du lieu ? L'emplacement domine-t-il les sites avoisinants ? Est-il de même niveau ou dominé par eux ? Quelles sont les protections contre les vents dominants de la région, contre le Nord en particulier ? Quel est, approximativement, par jour, le régime de l'ensoleillement, des pluies, de l'humidité et des brouillards ? » etc. Demande de subvention sur les fonds provenant du sur le produit des cercles et des jeux en faveur du sanatorium « Asile Sainte-Eugénie », s.d. [*ca.* 1929]. Archives des H.C.L., 2 O 242.

[1695] Préfecture du Pas-de-Calais, projet de création d'un hôpital-sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux, au lieu-dit « Camp d'Helfaut », communes de Blendecques et d'Helfaut, 4 avril, 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1088.

[1696] Lettre du 16 janvier 1929 du ministre du Travail [...] au préfet du Pas-de-Calais. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.

nullement contre-indiqué pour le traitement des tuberculeux pulmonaires. D'autres arguments étaient en la faveur d'un projet « local »: « au point de vue psychologique, précisait le rapport de la commission, on obtiendra plus facilement l'isolement volontaire des malades en temps utile et la prolongation de cet isolement pendant le temps nécessaire. Au point de vue thérapeutique, la convalescence se continuera beaucoup plus efficacement dans le milieu familial que si les différences s'aggravaient de celles de la réacclimatation ; il y aura donc moins de chances de rechute »[1697]. Pour relativiser l'importance de cette décision, le conseil d'hygiène rappelait que le sanatorium d'Helfaut devait constituer « le chaînon principal mais non unique » de l'armement antituberculeux départemental. Après triage, les malades justiciables d'une cure d'altitude ou d'un sanatorium méridional seront envoyés dans le lieu de cure adapté à leur état de santé.

En Bretagne, région réputée pour son caractère maritime et ses précipitations abondantes, les médecins eurent autant de difficultés à défendre le projet de « sanatorium préventif contre la tuberculose » conçu en 1917 par l'Union mutualiste du Morbihan. Selon le médecin Serviel, la Bretagne bénéficiait d'un climat constant, comparable à d'autres climats réputés bénéfiques pour les tuberculeux :

> *L'ensoleillement de notre région, pour n'être point comparable à celui de la Suisse ou de la Côte d'Azur, est encore indubitablement supérieur à celui de l'Angleterre et même la région lyonnaise, si connue pour ses brouillards [...] D'autre part, la région de Lorient jouit d'une température douce et plus égale que celle de Berlin ou de Mulhouse, où des fondations de ce genre fonctionnent avec un plein succès depuis des années déjà. De plus [...], dans le mois de janvier, notre région se trouve sur la ligne isotherme qui passe par Arcachon ; mais en été, [...] elle a une moyenne thermique inférieure de 3° environ à celle de cette station si renommée.*[1698]

Si plusieurs sanatoriums avaient été créés dans le Val de Loire au début du XX^{e} siècle (à Meung-sur-Loire ou à Chécy dans le Loiret), la création de nouveaux des sanatoriums dans cette région suscita de fortes résistances, la Loire étant autant réputée pour la douceur de son climat que pour l'humidité de son atmosphère. En 1920, le préfet de la Loire-Atlantique déclarait que, si son département était « admirablement situé pour le traitement des osseux et des ganglionnaires [...], il se trouv[ait] contre-indiqué par sa situation géographique et par son climat défavorable pour le traitement des pulmonaires »[1699]. Pour ces malades en effet, le préfet estimait qu'il fallait recourir aux sanatoriums d'altitude. Amsler, médecin chef des dispensaires antituberculeux de Maine-et-Loire et partisan de la construction d'un sanatorium, adopta d'emblée une position inverse :

> *J'entends déjà que l'on va objecter* [contre ce projet de sanatorium] *: pour traiter des tuberculeux, le climat de l'Anjou ne saurait convenir. Il faut envoyer au loin, là-bas dans les Pyrénées, dans les Alpes. Je soupçonnerais alors un peu ceux qui usent de cette objection de vouloir non seulement éloigner le sanatorium lui-même mais éloigner, pour ne pas dire éluder, l'étude des réalisations de ce projet. [...] La grande majorité des tuberculeux guéris l'ont été sans recourir à des cures lointaines. Il existe des régions du Maine-et-Loire qui remplissent toutes les conditions requises pour l'édification d'un sanatorium. [...] En définitive, que demande le médecin pour le tuberculeux auquel s'adresse cet établissement ? Pouvoir envoyer son malade dans un bon hôtel, où il pourra tout à loisir, suivant une vie de repos strictement réglée, vivre en plein air [...].*[1700]

Soucieux de ne pas porter le débat médical sur le terrain – dangereux – de la question climatique, Amsler, faisait preuve du pragmatisme propre aux praticiens confrontés quotidiennement à la difficulté de placer leurs malades dans les sanatoriums lointains. « Je n'hésite pas à déclarer, ajoutait-il, qu'en l'état actuel de la question et des possibilités, s'arrêter à cette question du climat, c'est se servir d'une prétexte commode pour ne rien faire » [1701].

[1697] Préfecture du Pas-de-Calais, conseil départemental d'hygiène, extrait du procès-verbal de la séance du 21 décembre 1928, projet du sanatorium du Camp d'Helfaut. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[1698] Serviel, rapport médical relatif à la création d'un sana. préventif contre la tuberculose, Lorient, 1917. A.D. du Morbihan, RB 3305.
[1699] Préfecture de la Loire-Inférieure, exposé complémentaire au rapport présenté sur l'application de la Loi Honnorat, s.d. [*ca.* 1920]. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 576.
[1700] Amsler 1929, p. 10.
[1701] *Ibidem.*

Adossé au Massif Central, le Limousin était crédité par les hygiénistes de l'influence vertueuse de ces montagnes. Cette région ne figurait toutefois pas, comme les précédentes, dans le catalogue des zones climatiques réputées et l'installation d'un sanatorium départemental suscita également une vive polémique. Les échanges entre les conseillers généraux, également médecins, de la Haute-Vienne à l'occasion de l'examen, en 1926, du projet de création d'un sanatorium interdépartemental dans l'ancienne station sanitaire de Boulou-les-Roses (Corrèze) illustrent parfaitement la nature des débats sur la question climatique. L'un d'entre eux, Basset, fit « les plus grandes réserves en ce qui concerne l'endroit choisi ; si l'on veut établir absolument des sanatoria, ajoutait-il, il vaudrait mieux les installer dans les Pyrénées »[1702]. Un de ses collègues jugea également préférable de choisir un « endroit autrement favorable que le Limousin »[1703]. Cet avis était partagé par le délégué technique du C.N.D.T., Evrot, pour qui « la Haute-Vienne, située sur les premiers contreforts du Massif-Central, [avait] un climat très humide et froid »[1704]. Les partisans du projet, au contraire, mirent en avant les résultats favorables obtenus au sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse) depuis le début du siècle. Pour d'autres médecins, tel Fresseix, le débat sur la valeur du climat local était stérile : il se contenta de remarquer que l'éloignement des malades à plusieurs centaines de kilomètres n'était pas concevable : « expatriés », ils « n'y resteraient pas parce qu'ils se trouveraient trop enfermés ou trop éloignés de chez eux » [1705].

Le climat provençal, bien que prisé des tuberculeux dès le XVIII[e] siècle, faillit ne pas satisfaire non plus aux critères définis par les médecins pour l'installation d'un sanatorium. En 1921, après le rejet, par le comité technique des sanatoriums, des trois sites envisagés par le conseil général des Bouches-du-Rhône pour la réalisation de son sanatorium, Léon Bernard confirma ses réserves, d'un point de vue climatique, « sur l'ouverture d'un pareil établissement dans le département même des Bouches-du-Rhône ». « Il paraît malaisé, expliquait-il, de trouver une exposition abritée des rudes vents du Nord [...], pas plus le littoral que le couloir du Rhône et son delta, que l'arrière pays provençal même, ne semblent être appropriés à la cure sanatoriale proprement dite »[1706]. Devant la détermination du conseil général, Bernard estimait toutefois possible, si le sanatorium, une fois réalisé, ne donnait pas les résultats escomptés, de l'affecter à d'autres catégories de malades justiciables de l'hôpital-sanatorium ou du préventorium, établissements qui pouvaient se satisfaire de conditions climatiques moins favorables[1707]. Lorsqu'en 1933, la « Société Philanthropique », demanda un agrément pour la construction à Lambesc, près d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), d'un sanatorium, le délégué technique du C.N.D.T., Evrot, crut « devoir formuler une opposition absolue pour l'emplacement choisi. En effet, [le site] se trouve dans une région mal protégée [...], le mistral y souffle sans aucune protection, il n'y a ni élévation de terrain protégeant l'emplacement, ni forêt à proximité, le terrain est déboisé, c'est une lande inculte » ; il recommanda donc au comité technique d'émettre un avis défavorable[1708]. Pour d'autres médecins, tel Lépine en 1917, il fallait chercher plus au sud, en Corse, les conditions climatiques adaptées au traitement de la tuberculose[1709].

Admettant que les climats du Nord ou de l'Anjou n'étaient pas parfaits, ces médecins estimaient plus important – à condition qu'aucune contre-indication climatique ne s'y oppose – de maintenir les malades dans leur région d'origine, leur éloignement pouvant nuire à la cure pour des raisons à la fois psychologique et d'acclimatation. Les médecins valorisaient donc les caractéristiques spécifiques de leur

[1702] Création d'un syndicat interdép. en vue de l'utilisation du sana. de Boulou-les-Roses, s.d. [*ca*. 1926]. A.D.de la Haute-V., 1X151.
[1703] Création d'un hôpital-sanatorium, s.d. [ca. 1926], A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 153.
[1704] Lettre du 28 sept. 1925 de l'Association départementale de lutte antituberculeuse au préfet. A.D. de la Haute-Vienne, 1X153.
[1705] Création d'un syndicat interdép. en vue de l'utilisation du sana. de Boulou-les-Roses, s.d. [*ca*. 1926]. A.D.de la Haute-V., 1X151.
[1706] L. Bernard, Rapport sur les projets de sanatorium des Bouches-du-Rhône, mars 1921, A.D. des Bouches-du-Rhône, 5M207.
[1707] « Le département étant décidé à créer un vaste établissement pour tuberculeux sur son territoire, si les faits ultérieurs venaient à démontrer que la cure des tuberculeux pulmonaires n'y donnait pas les résultats espérés, il serait toujours loisible de l'affecter à l'une des catégories que j'ai mentionnées [hôpital-sanatorium ou préventorium]. Cette solution est susceptible d'apaiser, dans une certaine mesure, les scrupules visés ; toutefois, les aménagements architecturaux, voire même les conditions d'emplacement optima, ne sont pas rigoureusement les mêmes pour les divers types d'établissement auxquels j'ai fait allusion. » L. Bernard, Rapport sur les projets de sanatorium des Bouches-du-Rhône, mars 1921. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.
[1708] Evrot, 10 mars 1933, projet de sanatorium « Provençal » à Lambesc. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.11 Bouches-du-Rhône. Le projet devait être implanté sur une propriété de 33 hectares ; il comprenait 120 lits pour un seul sexe répartis dans un bâtiment unique de 152 mètres de long, sur trois étages.
[1709] Lépine préférait au climat des Alpes-Maritimes celui de la Corse qui « comporte à la fois tous les climats et les orientations que l'on recherche dans le traitement, non seulement de la tuberculose pulmonaire, mais aussi des tuberculoses chirurgicales ». Jean Lépine, lettre du 5 février 1917. Archives des H.C.L., 1 LP 1153.

région sans chercher à limiter le bénéfice thérapeutique à une catégorie trop réduite de malades qui n'aurait pas permis, une fois l'établissement construit, de lui garantir un remplissage suffisant. Les qualités « moyennes » des climats locaux étaient donc systématiquement mises en avant : « l'humidité moyenne [...], l'altitude moyenne, la température moyenne, sans très grosses chaleurs ni très grands froids »[1710] du sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne, 1934) ou celle du sanatorium des Graviers à Enval (Puy-de-Dôme) qui, « judicieusement choisie, [...] convient en effet à la plupart des malades : l'air y est plus pur et plus vif que dans la plaine, et ne présente pas, comme celui des sommets, le grave inconvénient d'exagérer la combustion chez les sujets naturellement consomptifs » [1711]. L'obstination des administrations départementales à vouloir construire sur leur territoire s'explique aussi par une volonté de maîtriser leurs dépenses et de favoriser l'activité économique locale. La carte n°4 (jointe en annexes) montre ainsi que tous les départements de la façade Atlantique, excepté la Somme, la Manche et l'Ille-et-Vilaine, purent réaliser, sur leur territoire même, un sanatorium départemental pour tuberculeux pulmonaires, construit à plus ou moins grande distance des côtes. La création des stations sanitaires au hasard des disponibilités foncières et des initiatives locales, puis leur maintien après la guerre, constituait une entorse aux habituelles recommandations climatiques en matière de sanatoriums. Pour défendre son projet angevin, Amsler rappelait l'existence de ces précédents : « Certaines régions du Maine-et-Loire sont-elles si différentes de la Mayenne où s'élève le sanatorium de Clavières qui donne de très bons résultats ? »[1712], s'interrogeait-il, sans toutefois s'attarder sur les conditions d'aménagement de cet établissement – déplorables, comme nous l'avons vu. Le médecin-directeur de Clavières, Esnault, avait d'ailleurs su tourner les inconvénients atmosphériques de la Mayenne en avantages climatiques : selon une brochure publiée en 1921, la faible altitude de l'établissement (95 mètres) expliquait « sûrement le petit nombre d'hémoptysies observées ; [...] les malades venus de la Mayenne et des départements voisins supportent très bien le climat de la région : il se trouve être le meilleur pour eux, attendu qu'il est celui dont ils ont l'habitude. Ces faits [...] confirment cet axiome, à l'heure présente admis par la plupart des phtisiologues que *cure d'air ne signifie pas cure de climat* »[1713].

La catégorisation des régions selon leur climat – altitude, semi-altitude, plaine – avait donc ses limites et, dans la pratique, il fallait tenir compte des conditions climatiques propres à chaque emplacement. Suggérant, en 1934, de ne considérer que des « sous-climats régionaux » de façon à individualiser l'étude des climats appliquée à la conception sanatoriale, Piéry rappelait l'importance de ce que nous appellerions aujourd'hui les « micro-climats »[1714].

Si les médecins purent faire accepter leurs projets en exaltant les caractéristiques climatiques des lieux, restait encore à convaincre les malades que les sanatoriums édifiés sur ces sites se prêtaient effectivement à la cure de la tuberculose. La concurrence des établissements construits dans des zones climatiques plus favorisées, notamment en montagne, était forte et les établissements jouissant d'un climat atypique ou simplement moins bien indentifié avaient vraisemblablement plus de difficultés à s'assurer, au-delà de la « clientèle » local, un taux de remplissage important. Pour Marcland, médecin-directeur du sanatorium municipal de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne, 1934), le climat du Limousin, « tonique et légèrement excitant », était particulièrement recommandé pour « les tuberculeux qui ne peuvent supporter l'été de Cambo, d'Arcachon ou des sanatoriums de plaine », ainsi que « pour les tuberculeux asthéniques, déprimés moralement et physiquement [et] pour les malades à qui la haute altitude ne convient pas », notamment les « tuberculeux tachycardiques, insomniaques, polypnéïques, [...] emphysémateux, obèses, fibreux ; les tuberculeux en cure de pneumothorax qui supportent mal les hautes et basses altitudes ; les tuberculeux anémiques, instables ; les tuberculoses pleurogènes, incipientes »[1715]. Au sanatorium des Graviers, à Enval (Puy-de-Dôme), le climat local était recommandé aux malades atteints des formes

[1710] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, *op. cit.*, p. 11.
[1711] S.a., Sanatorium d'Enval, près Riom (Puy-de-Dôme), s.d. A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366.
[1712] Amsler 1929, p. 10.
[1713] Esnault, *Station sanitaire de Clavières*, Laval, Imprimerie Moderne, 1921, p. 3. A.D. de la Mayenne, X 1073.
[1714] Piéry 1934, p. 164.
[1715] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, *op. cit.*, p. 12.

« éréthiques » et « hémoptoïques » de la tuberculose ainsi qu'aux « nerveux » et aux « dyspeptiques par fibrose, emphysème, insuffisance cardiaque »[1716]. Conscient que cet établissement ne pourrait rivaliser, du fait de ses indications thérapeutiques, avec ceux mieux situés en montagne ou sur la Côte d'Azur, Marcland avait fait le choix, comme d'autres médecins de sanatoriums, de cibler des « niches » thérapeutiques liées à des pathologies mixtes, moins répandues ou pour lesquelles les climats plus réputés étaient contre-indiqués. A la fin des années vingt, les subtiles classifications de la maladie et de ses contre-indications permettaient d'associer un climat à chaque type de malade, selon son état de santé et sa sensibilité physiologique. Piéry évoquait à ce sujet la tendance de l'époque à « l'individualisation de l'indication climatique », basée notamment sur « la notion de tempérament de chaque tuberculeux, c'est à dire l'individualisation de son activité nutritive et fonctionnelle, [...] la prévision de ses réactions climatiques »[1717]. Chaque médecin-directeur prenait donc soin de définir sa clientèle en précisant exactement les indications propres à son établissement, en particulier celles liées à ses caractéristiques climatiques.

Dans la confusion qui semblait alors régner en matière de recommandations climatiques, l'analyse de Guinard était d'une rare lucidité : « Au fond de ces appréciations [climatiques], estimait-il, il y a toujours un motif plus ou moins intéressé qui les inspire et les fait varier suivant les besoins de la cause à défendre ». Il rappelait notamment qu'au début du siècle, les médecins allemands, « parce qu'ils n'[avaient] pas mieux, [avaient] soutenu la haute valeur des climats de plaine de faible altitude, déniant presque toute qualité à la cure de haute montagne »[1718]. Bien que partisan de l'action thérapeutique du climat, Guinard n'était pas aussi dogmatique sur ce point que certains de ses confrères :

> *Si une bonne hygiène, un excellent régime, une technique de cure régulière, sévère et bien suivie sont des facteurs puissants dans le traitement de la tuberculose,* analysait-il, *ils ne sont pas tout, et la qualité du milieu cosmique, la valeur du climat ont un rôle de tout premier ordre. « Chaque climat et un remède » a dit Michelet ; mais pour les tuberculeux, il n'y en a pas un seul qui soit spécifique, [...] chaque région a sa valeur et ses indications.*[1719]

Ces principes, dont les bases théoriques étaient déjà ténues, furent remis en question avec le développement de nouvelles méthodes chirurgicales dans les années vingt. Les changements techniques et médicaux peuvent expliquer, en partie, la nature du débat, poursuivi tout au long des années trente sur l'intérêt thérapeutique des climats. Selon Piéry, les « effets incomparablement plus actifs » de la collapsothérapie ne laissaient à la cure climatique qu'un rôle secondaire, d'adjuvant ; il prenait toutefois soin de distinguer les cas indiqués pour la chirurgie – évolutifs ou aigus – de ceux pour lesquels les méthodes habituelles devaient être privilégiées : « les cures climatiques [...], gardent leur rang prééminent à l'égard de toutes les formes bénignes, station-naires ou faiblement évolutives »[1720] de la tuberculose, « les effets grandioses de la collapsothérapie ne [devant] pas masquer [ceux] plus discrets, mais indispensablement complémentaires des cures climatiques »[1721]. Avec la multiplication des techniques médicales, Piéry notait « combien plus difficile encore devient [...] l'appréciation de la part du climat »[1722] dans les résultats thérapeutiques. Les tuberculeux des années trente, « forlaninisés, phrénicectomisés, apicolysés, thoracocetomisés, chrysothérapisés», ne pouvaient être comparés à ceux du début du siècle, soumis à la seule cure d'air et de repos. La répartition des sanatoriums sur le territoire français permet de tenter un exercice de géographie sanatoriale : les montagnes, régions d'élection pour les tuberculeux pulmonaires et les côtes, privilégiées pour les tuberculoses osseuses, formaient un véritable « cordon sanitaire »[1723], périphérique et protecteur, couplé au maillage interne, serré, des dispensaires[1724].

[1716] S.a., Sanatorium d'Enval près Riom (Puy-de-Dôme), brochure publicitaire, s.d., A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366.
[1717] Alors que la phtisiologie avait renoncé, quarante ans plus tôt, aux anciennes conceptions de la maladie en tant que « phtisie » ou « consomption », Piéry estimait avec le plus grand sérieux que la catégorisation des malades en « tempérament éréthique ou congestif, tempérament lymphatique ou strumeux, tempérament arthritique, [étaient] encore capables, en plein décours du XX^{e} siècle, d'apporter d'importants correctifs aux indications » climatiques habituelles. Piéry 1934, p. 166.
[1718] Guinard 1925, p. 35.
[1719] *Ibidem.*
[1720] Piéry 1934, p. 166.
[1721] *Ibidem.*
[1722] *Idem*, p. 162.
[1723] Bozonnet & Grunwald 2005, p. 6.

3.1.2. Plaine *versus* montagne.

Deux conceptions de la cure d'air se dessinaient au début du XX[e] siècle : l'une considérait le climat d'altitude comme le climat thérapeutique par excellence, l'autre posait, comme Sabourin, qu'il « n'y a pas de climat curateur de la tuberculose »[1725]. En Allemagne, où les montagnes sont rares et le climat relativement humide, les médecins avaient été les premiers partisans de la seconde formule : en 1899, au congrès de Berlin, Kurchmain, de Leipzig, estimait qu'un sanatorium « n'est pas une maison construite en un lieu particulier, mais plutôt un établissement particulier qui se pouvait construire sous certaines conditions, dans un lieu quelconque, partout où l'air est pur et où la température n'est pas sujette à des variations brusques »[1726]. Au Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, tenu à Grenoble en 1902, Berlioz et Leriche admettaient les limites scientifiques du rapport entre traitement climatique et thérapie de la tuberculose :

> *La météorologie est une science dont les lois sont fort incertaines, difficilement explicables, et dont les rapports avec le climat sont des moins définis [...]. Nous savons, d'autre part, qu'il n'y pas de climats spécifiques contre la tuberculose. [...] En résumé, il y a des conditions météorologiques contraires au principe du sanatorium et il en est d'autres plus ou moins favorables, mais il n'y a rien de bien formel dans la deuxième partie de cette proposition.*[1727]

Dans leur *Etude sur les conditions météorologiques nécessaire à l'installation d'un sanatorium*, Berlioz et Leriche distinguaient la composition habituelle de l'atmosphère, avec sa « teneur ordinaire » (proportions d'oxygène, d'azote et d'« acide carbonique ») et ses éléments variables (ozone, poussières, micro-organismes, vapeur d'eau et hygrométrie, luminosité, nébulosité, durée de l'insolation, températures moyennes, « variations mychthéméales », etc.), des perturbations atmosphériques se traduisant par des variations barométriques, le régime des vents dominants ou accidentels, pluies, neiges et orages[1728]. En tant que climatologue, Berlioz avait soutenu en 1900 la création d'un sanatorium d'altitude à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère). L'étude qu'il avait menée avec le médecin Leriche insistait ainsi sur la pureté de l'air :

> *Les grains de poussières à contours aigus ou coupants peuvent produire des excoriations de la muqueuse des voies respiratoires, à la faveur desquelles le bacille de Koch, si souvent présent, pourra facilement infecter l'organisme. Les poussières rondes, non traumatisantes, quoique non bacillifères, favorisent aussi la tuberculose. En effet, l'organisme s'en débarrasse au moyen de phagocytes ; or, dans le temps que les phagocytes sont aux prises avec les poussières ils délaissent les bacilles, et ceux-ci peuvent se multiplier et s'infiltrer dans la muqueuse en toute liberté. Enfin, les poussières apportent toujours avec elles des bacilles variés qui vont aussi occuper les phagocytes.*[1729]

Les micro-organismes présents dans l'atmosphère avaient donc une action également délétère sur les poumons. Berlioz et Leriche relevaient la variabilité de leur concentration, depuis 0,6 par m^3 en pleine mer, un par m^3 en haute altitude, jusqu'à 3480 par m^3 rue de Rivoli à Paris, 40.000 à l'Hôtel-Dieu et 79.000 à l'hôpital de la Pitié-Salpétrière. Ainsi, « une région dont l'air est habituellement contaminé par des bacilles infectieux, même accidentellement quand elle se trouve sur le passage habituel et direct des courants atmosphériques qui traversent des centres, devra être évitée pour la construction d'un sanatorium »[1730]. Contrairement aux conceptions prédominantes, l'humidité ne constituait pas une contre-indication formelle : selon Berlioz et Leriche, elle « détend le système nerveux, apaise la surexcitation des malades et permet le repos ». Son action lubrifiante sur les voies respiratoires réduisait également la toux et favorisait l'expectoration.

[1724] La notion de « cordon sanitaire » sera d'ailleurs employée en 1945 à propos des sanatoriums français installés dans les établissements de la Forêt-Noire allemande réquisitionnés pour accueillir les prisonniers rapatriés et les déportés tuberculeux et éviter qu'ils ne propagent, en France, la maladie.
[1725] Cité par Marcland 1919, p. 11.
[1726] Cité par Rideau 1932, p. 23.
[1727] Berlioz & Leriche 1902, p. 3-4.
[1728] *Idem*, p. 5-6.
[1729] *Idem*, p. 8.
[1730] *Ibidem.*

Les médecins adeptes de la cure d'altitude ne cessèrent d'opposer le climat de plaine à celui de montagne, tel Samuel Bernheim, « adversaire déclaré des sanatoriums situés dans les plaines » : en plaine, estimait-il, « l'écoulement d'eau est moins facile que sur les montagnes, l'humidité est plus grande, l'air est moins pur »[1731]. Outre la qualité de l'air en montagne, le climat d'altitude était considéré pour ses vertus toniques et stimulantes ; à l'opposé, le climat maritime, tel celui de Pau et du golfe de Gascogne, plus humide mais surtout plus constant, était prisé pour ses vertus sédatives, utiles dans certaines indications de la tuberculose pulmonaire. Entre les deux, les climats « neutres » se trouvaient dans les régions de plaine ou de faible altitude, recherchées pour les valeurs modérées de leurs paramètres atmosphériques. Le climat de l'Ile-de-France, « avec la constance remarquable de ses facteurs météorologiques, ses variations thermiques minimes, ses basses moyennes pluviométriques, et son régime des vents tempérés »[1732] était caractéristique de ces climats intermédiaires. Selon Bergeron, le climat d'altitude avait sur les tuberculeux « une action lente, solide et profonde »[1733]. L'altitude était également considérée en fonction de son influence physiologique sur le corps humaine. Dès 1896, Dumarest notait que l'augmentation, en montagne, du nombre de globules rouges dans le sang était favorable aux sujets anémiés[1734]. Pour Lépine et Gouachon, de la même façon, le sanatorium de plaine ne pouvait être comparé avec celui d'altitude :

> *Surtout à la montagne*, expliquaient-ils, *la vie reçoit comme un coup de fouet régénérateur : les fonctions s'améliorent, l'appétit renaît, le sang se charge de globules rouges, les forces reparaissent, l'organisme se défend. Or, le traitement de la tuberculose consiste essentiellement dans le renforcement des défenses de l'organisme à l'égard du microbe. [...] Dans un séjour de plaine, les lésions peuvent se cicatriser, l'homme peut paraître guéri, mais il n'est pas fortifié, vacciné contre une nouvelle atteinte [...]. Vienne une rechute, le sujet mal guéri, mal endurcit surtout, sera sans défense. C'est en ce sens que l'on peut dire, en forçant un peu l'expression pour la rendre plus claire, que seul le sanatorium d'altitude guérit.*[1735]

L'action du froid, nous l'avons relevé, était également considérée comme favorable aux tuberculeux qui n'en étaient donc pas privés[1736]. L'air d'altitude passait pour avoir une influence heureuse sur les lésions pulmonaires elles-mêmes : Burnand s'enthousiasmait pour la « puissance "topique" de l'air alpin sur le processus de cicatrisation » et constatait « la survie presque indéfinie [des] nombreux tuberculeux qui s'installent définitivement, pour y vivre et y travailler, dans les stations d'altitude »[1737]. Autre partisan de la cure d'altitude, bien qu'exerçant dans un sanatorium de plaine, celui d'Angicourt, Küss relevait que « la grande durée d'insolation dans les belles journées d'hiver qui sont la règle [en montagne], l'intensité des radiations solaires, la rareté des brouillards et du vent, la persistance d'un tapis de neige immaculée pendant des mois »[1738] constituaient autant d'avantages incontestables sur les sanatoriums de plaine qui offraient trop souvent, durant l'hiver, des conditions d'humidité et de luminosité préjudiciables à la cure. La plupart des partisans de la cure d'altitude exerçaient effectivement dans les sanatoriums de montagne et les médecins de Briançon, du Plateau d'Assy ou de Hauteville en furent les défenseurs les plus farouches, bien au-delà de la Seconde Guerre Mondiale[1739].

A l'opposé de cette conception, de nombreux médecins jugeaient la question climatique parfaitement secondaire en matière de cure antituberculeuse, et ce dès la fin du XIX^{e} siècle. En refusant d'accorder aux seuls climats d'altitude des vertus antituberculeuses, ils espéraient susciter la création de

[1731] Bernheim 1896/2, p. 372.
[1732] Troisier et Poix 1944, p. 238.
[1733] Bergeron 1919, p. 649.
[1734] Dumarest 1896, p. 9.
[1735] Lépine & Gouachon 1923, p. 9.
[1736] En 1950 encore, la cure d'altitude était, selon Dumarest et Bernard, « surtout une cure de froid : elle permet à l'organisme d'éliminer avec facilité les calories produites en excès, elle rend les combustions plus parfaites et diminue les déchets, constituant une cure de désintoxication. [...] C'est le froid qui, par son action sur le milieu intérieur qu'il atteint par la respiration d'une part, sur la peau et les terminaisons nerveuses d'autre part, excite et entretient la résistance thermogénétique. » Dumarest & Bernard 1950, p. 951.
[1737] Cité par Piéry 1934, p. 164.
[1738] Küss 1911, p. 870
[1739] En 1950, Dumarest et Bernard définiront ainsi ses avantages : « Un climat thérapeutique peut ainsi se définir : un site local où se trouvent fortuitement rassemblés quelques facteurs synergiques dans leur action sur l'organisme. [...] L'action climatique dépend, non seulement de l'existence de ces facteurs considérés comme statiques et permanentes mais encore et surtout de leur dynamisme, de leur variabilité. [...] La rapidité et la brutalité des changements de temps à la montagne concourent à mettre en jeu cette gymnastique d'adaptation et d'endurcissement qui est le secret de la valeur tonique de la cure de montagne. » Dumarest & Bernard 1950, p. 951.

sanatoriums dans un plus grand nombre de régions et enlever aux massifs montagneux le monopole de la cure hygiéno-diététique. Proposant, en 1901, la construction d'un sanatorium populaire dans l'Aisne, Artaud estimait que la situation d'un établissement de cure avait globalement peu d'importance : « qu'il soit en plaine (et c'est le cas de la plupart des sanatoriums allemands) ou en montagne, les résultats sont les mêmse et dépendent uniquement de la façon dont le traitement est suivi. Il n'y a pas de climat curateur de la phtisie »[1740]. Après la Première Guerre Mondiale, les commissions départementales d'hygiène furent invariablement confrontées à ce dilemme : envisager soit la création, à grands frais, d'un sanatorium dans une zone de montagne, soit le construire localement, à moindre coût certes, mais avec le risque de n'obtenir que de piètres résultats thérapeutique. Bien entendu, la question se posait différemment dans les départements de montagne et dans ceux du nord ou de l'ouest de la France. Défendant le projet de sanatorium de l'Union hospitalière du Sud-Est (repris en 1924 par le département du Rhône), Lépine mettait ainsi en garde les départements qui, par souci d'économie ou de commodité, décideraient de priver leurs malades d'une cure d'altitude, car, insistait-il « c'est par ce seul moyen que l'on peut guérir d'une manière durable les tuberculeux » :

> *Les sanatoriums de plaine permettent en général d'obtenir des guérisons partielles et temporaires, mais ils n'ont pas à leur disposition les extraordinaires moyens d'actions sur l'organisme que sont l'altitude et la forte insolation des hauteurs. [...] Les départements et les collectivités qui n'ont opposé à la tuberculose que des services hospitaliers ou des sanatoriums de plaine,* ajoutait-il, *n'ont pas rempli leur devoir. Ils ont réduit la contagion, prolongé des existences, guéri quelques malades, sans les mettre à l'abri d'une rechute. Ils ont à peine arrêté le fléau, ils ne l'ont pas fait reculer.*[1741]
>
> *Voila pourquoi, le vaste effort déjà réalisé dans ces dernières années [...] sous la forme du sanatorium de plaine n'a pas donné les résultats que certains, mal renseignés peut-être, attendaient de lui. Il a été infiniment utile : il a sauvé des existences, diminué la contagion, [mais] il n'a pu réaliser ce que des conditions climatériques spéciales pouvaient seules obtenir.*[1742]

Excepté le département du Rhône, qui avait décidé la construction de son sanatorium départemental à plus de 1.000 mètres d'altitude à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), rares furent les départements de plaine à s'engager dans la construction d'un sanatorium d'altitude. Il était effectivement plus simple, et surtout moins onéreux, de réserver à l'année un certain nombre de lits dans les établissements d'altitude existants. La valeur thérapeutique supposée des établissements était ainsi prise en compte par les départements qui souhaitaient assurer la prise en charge de leurs malades : en 1929, par exemple, lorsque l'Ain et la Saône-et-Loire envisagèrent de mutualiser leurs structures pour assurer une meilleure séparation des sexes, la commission des sanatoriums de l'Ain estima que le sanatorium de la Guiche, mis à disposition par la Saône-et-Loire pour les malades du sexe masculin, « ne présentait pas les avantages des sanatoriums d'altitude », tels ceux du sanatorium de Bellecombe, à Hauteville, mis à disposition par l'Ain pour les tuberculeuses des deux départements. La valeur thérapeutique du sanatorium de plaine étant jugée inférieure à celle du sanatorium d'altitude, la commission ne crût pas « devoir conseiller d'y envoyer les malades de l'Ain »[1743]. De la même façon, Lépine et Gouachon classaient sur une échelle de valeurs les différents établissements de cure pour tuberculeux en fonction de leur situation : « au bas de l'échelle » étaient placés les services de tuberculeux des hôpitaux, en deuxième position l'hôpital-sanatorium, venait ensuite le sanatorium de plaine et, au sommet, le sanatorium d'altitude[1744]. On ne s'étonnera donc pas que la plupart des malades placés par les départements l'aient été dans des établissements situés en zone de montagnes, Massif Central et Alpes en particulier (voir carte n°7). En 1929, Victor Berger voyait dans certains climats alpestres la possibilité de réunir toutes les qualités exigées pour la cure hygiéno-diététique :

[1740] Artaud 1914, p. 42.
[1741] Lépine 1923.
[1742] Lépine & Gouachon 1923, p. 9.
[1743] Extrait du procès verbal des délibérations du Conseil général de l'Ain, séance du jeudi 16 mai 1929. A.D. de la S.-et-L., 1 X 70.
[1744] Lépine & Gouachon 1923, p. 9.

1° Pureté de l'air : absence de fumées et de poussières (notamment en été) ; 2° Faible pression barométrique ; 3° Sécheresse de l'air, notamment en hiver, par suite de la présence sur le sol, de novembre à avril, de plusieurs mètres de neige sèche cristallisée. La sécheresse de l'air diminue sa conductibilité calorifique et, par suite, la déperdition de chaleur du corps humain. La sécheresse et la pureté de l'air favorisent le rayonnement et la réflexion de la lumière ; 4° Nébulosité très réduite, absence presque totale de brouillards ; 5° Insolation abondante, très supérieure, non seulement à celle des climats de plaine, mais même, comme durée et continuité, à celle des climats méditerranéens[...] ; 6° Protection des vents par les forêts et les massifs montagneux dans des endroits spécialement choisis à cet effet ; 7° Journées fraîches en été et chaudes en hiver par suite de réverbération de la neige, réverbération riche en rayons ultra-violets dont l'action bactéricide est particulièrement intense ; 8° Luminosité intense, limpidité du ciel, calme atmosphérique, réduction des besoins du corps humain en calories par suite de l'inconductibilité de l'air. Le choix d'une implantation, ajoutait-il, *est chose extrêmement difficile et nécessite des années d'études climatologiques, car il est rare que toutes les qualités requises, nombreuses on le voit, soient réunies en un même emplacement.*[1745]

L'altitude présentait toutefois de nombreux inconvénients, le premier étant l'éloignement imposé aux malades, notamment ceux venant du nord et de l'ouest de la France. En 1901, déjà, Artaud estimait préférable de soigner les « phtisiques nécessiteux [...] dans leur pays même »[1746], pour des raisons économiques, certes, mais aussi pour éviter les difficultés liées à la réacclimatation des malades à leur retour de cure. Lorsque certains conseils généraux envisagèrent, après la guerre, la construction de sanatoriums, ils durent considérer les avantages et les inconvénients du climat local par rapport à ceux d'un climat de montagne. En dépit de conditions climatiques parfois peu favorables, beaucoup préférèrent renoncer au climat d'altitude et édifier l'établissement sur leur propre territoire. En 1927, la commission en charge de la création du sanatorium départemental du Nord écarta ainsi d'emblée l'idée de sa réalisation en montagne[1747] :

Les raisons qui ont déterminé le choix de son emplacement [...] sont mal connues du public trop souvent persuadé que l'altitude constitue l'élément essentiel de la cure tuberculeuse. [...] Le salarié du Nord, pour des raisons d'attachement au sol natal et de voisinage de sa famille, [...] verrait les résultats acquis lors d'un séjour en altitude, partiellement ou totalement compromis au moment de son retour dans le Nord. La réadaptation y serait difficile et réserverait les pires mécomptes.[1748]

En 1929, le conseil général de la Sarthe prit une décision analogue :

Il faut que l'hôpital-sanatorium soit dans la Sarthe. N'attribuons pas des vertus miraculeuses qu'ils n'ont pas, à certains climats. Leur avantage est vite contrebalancé par le facteur moral de la proximité du malade et de sa famille, par la suppression des transports lointains et onéreux, par le contrôle de l'hôpital-sanatorium de la Sarthe par les Sarthois.[1749]

Dans les années trente, beaucoup d'établissements furent ouverts dans ces régions précédemment ostracisées, d'un point de vue climatique, par les médecins et les malades, et une certaine défiance se fit jour vis à vis des climats d'altitude et de leurs bienfaits supposés. Auguste Lumière, co-inventeur du cinéma et fortement impliqué, pour des raisons que nous ignorons, dans le débat sur la cure antituberculeuse, suggérait en 1933 de déterminer expérimentalement, en soignant deux groupes identiques de malades, l'un à la montagne, l'autre en plaine, ce qui, dans le traitement climatique, relevait de l'altitude[1750]. Si les propos de Lumière en matière de phtisiologie sont sujets à caution – il fut l'un des

[1745] Berger 1929, p. 58.
[1746] Artaud 1914, p. 42.
[1747] Les raisons invoquées étaient les suivantes : « 1° Parce que coûteuse en raison des frais de transport des malades ; 2° Parce que l'altitude ne représente que 20% d'une cure alors que 80% sont représentés par le régime, les soins médicaux, la nourriture, la bonne discipline de cure, etc. ; 3° Parce que la possibilité pour les malades de recevoir des visites de leur famille contribue à l'entretien d'un bon moral, condition indispensable pour que les malades profitent pleinement des soins qui leur sont donnés. » Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleris-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1748] *Ibidem.*
[1749] Lumière 1941, p. 12.
[1750] Lumière, « Sur la prophylaxie de la tuberculose », in *Le concours médical*, n°11, 12 mars 1933, p. 759, cité par Piéry 1934, p. 162. « Cette expérience consisterait à soigner simultanément deux lots de tuberculeux pulmonaires de même gravité approximative ; et soumis à un traitement rigoureusement le même, en deux stations ou deux sanatoriums situés par exemple, l'un à la plaine, l'autre à la

derniers partisans de l'hérédité de la tuberculose –, ses arguments contre la cure d'altitude méritent d'être relevés. Comparant l'altitude et les conditions climatiques de différentes stations de cure, il s'étonnait de la similitude des résultats obtenus :

> *Les statistiques ne nous ont jamais appris que certains* [tuberculeux] *amélioraient ou guérissaient notablement plus vite et mieux que les autres. D'autre part, nous n'arrivons pas à comprendre comment le séjour à haute altitude pourrait être particulièrement favorable étant donné que la faible pression barométrique et la basse température obligent nécessairement les malades à accélérer leur rythme respiratoire, condition qui s'oppose aux principes de la collapsothérapie dont l'objectif est de mettre le poumon au repos!*[1751]

Lumière détournait ainsi certains arguments des partisans de l'altitude, notamment celui relatif à l'action stimulante sur l'organisme, estimant que « la suractivité fonctionnelle résultant de la vie en altitude a pour effet de hâter le processus de consomption » chez les malades. Ces arguments sont fallacieux car ils se basent sur une conception dépassée de la maladie – envisagée comme un phénomène de « consomption » – et ne considèrent pas les malades dans leur diversité. Ils sont toutefois représentatifs de l'ambiguïté des critères employés par les médecins. Autre facteur décisif en faveur des établissements d'altitude, l'organisation des stations climatiques de cure s'améliora considérablement dans les années trente jusqu'à offrir des services réellement supérieurs à ceux proposés par les sanatoriums isolés en plaine. Piéry se demandait ainsi si le climat ne correspondait pas seulement la « part de luxe » de ces établissements, et si l'altitude ne serait rien d'autre qu'un produit d'appel, une réclame ! Cette interprétation radicale se basait avant tout sur une volonté de démystification de la cure d'altitude dans l'imaginaire du public. Il est certain qu'un grand nombre de sanatoriums de plaine eurent à pâtir de leur réputation d'anciens « sanatoriums de fortune », notamment les anciennes stations sanitaires qui constituaient, dans les années vingt, l'essentiel des capacités sanatoriales publiques. Ce n'est qu'au début des années trente, avec la construction massive de nouveaux sanatoriums départementaux, que le fossé put être comblé, en termes de qualité de soins et d'aménagements, entre les sanatoriums de plaines et les sanatoriums d'altitude[1752]. Ce débat ne fut jamais réellement tranché et, aujourd'hui encore, les médecins auraient sans doute beaucoup de peine à discerner, dans ce fatras d'arguments pseudo-scientifiques, le plausible de l'improbable. Au-delà de la qualité de l'air en altitude et des effets physiologiques induits, nous retiendrons que le principal avantage de la cure d'altitude était d'offrir aux tuberculeux des conditions propices à la guérison : allongés dans le silence des montagnes, avec la contemplation pour seule activité, les malades trouvaient en eux ce « silence des organes »[1753] qui, comme le rappellent les historiens Bozonnet et Grunwald, définissait l'état de santé chez les Anciens.

3.1.3. Le choix d'un emplacement adéquat : entre salubrité et pittoresque.

L'importance du site pour la cure hygiéno-diététique ne saurait être réduite à cette opposition entre plaine et montagne : la qualité sanitaire du lieu, sa « puissance topique »[1754], selon l'expression de Piéry, restait le point essentiel. Dans un rapport remis à la commission extraparlementaire de la tuberculose en 1901, Maurice Letulle avait dégagé six conditions indispensables pour l'établissement d'un sanatorium :

> *1° Un lieu sec suffisamment protégé des vents défavorables et un accès facile par des routes bien tracées ;*

---

montagne ; et ce dans un même pays, sous une latitude très voisine. Les résultats comparatifs obtenus nous fixeraient évidemment sur la valeur thérapeutique du facteur altitude qui aurait seul varié. »

[1750] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca*. 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.

[1751] Lumière 1941, p. 12.

[1752] En 1960, le recul aidant, Davy qui, pour sa part ne croyait pas au « mythe de la "Montagne magique" », tentera d'expliquer l'engouement pour la cure d'altitude dans l'entre-deux-guerres par son impact psychologique sur les malades comme sur les médecins, pour qui « le rôle de l'altitude y était considéré comme prépondérant ». Peut-on parler d'effet placebo en matière de cure d'altitude ? Ne pouvant véritablement trancher la question, Davy reconnaîtra toutefois à l'altitude certaines vertus, et notamment « que c'est à l'altitude que l'on peut trouver le plus aisément les meilleures conjonctions d'éléments climatiques, en un mot, des micro-climats, dont les avantages physiques sont évidents. Sous cet aspect, conclura-il, la croyance populaire sur les bienfaits de l'altitude contient sa part de vérité ». Davy 1960, p. 340.

[1753] Bozonnet & Grunwald 2005, p. 6.

[1754] Piéry 1934, p. 164.

2° Un sol très perméable afin d'assurer une salubrité parfaite ;

3° Une eau de source potable et pure de quantité suffisante ;

4° Un air pur exempt de poussières nocives et d'émanations délétères ;

5° Un endroit suffisamment isolé. L'isolement de l'établissement de cure est des plus utiles ; par son éloignement des agglomérations humaines, il met [...] les malades à l'abri des contaminations aériennes et leur procure la pureté permanente de l'atmosphère ambiante.

6° Le sanatorium doit être construit autant que possible à mi-côte sur le versant sud d'une montagne ou d'une colline boisée dont le sommet protège ainsi l'établissement. Les rideaux d'arbres et les bois abritent contre les vents rudes du Nord, du Nord-ouest et de l'Ouest selon les contrées. L'orientation de la maison de cure doit être favorable à la plus grande durée d'ensoleillement quotidien possible de la façade principale. Cette façade doit regarder au Sud-est de préférence, sinon au Sud-sud-ouest.[1755]

A titre de comparaison, la *National Association for the Preservation of Tuberculosis* américaine accordait une place très importante aux caractéristiques du site et avait élaboré un questionnaire précis sur ce sujet pour évaluer les projets[1756]. Le décret du 10 août 1920, nous l'avons vu, donnait peu d'indications sur les conditions d'implantation des sanatoriums[1757], se contentant de rappeler les recommandations générales en vigueur depuis la fin du XIX[e] siècle, dans les établissements allemands notamment. Ces recommandations évoluèrent peu durant l'entre-deux-guerres[1758]. Nous avons évoqué les conditions météorologiques favorables à la cure hygiéno-diététique ; restent à préciser les caractéristiques des terrains propices à l'implantation d'un sanatorium.

Les caractéristiques physiques et morphologiques du sol étaient d'une grande importance : constitution du sol, inclinaison et orientation des terrains, accidents naturels, végétation, cours d'eau, profondeur de la nappe phréatique, etc. La méfiance des hygiénistes et du corps médical vis à vis des zones de plaine provenait notamment de la faible perméabilité des terrains alluviaux et du mauvais écoulement de l'eau qui en résultait. La stagnation des fluides corporels, rappelons-le, était considérée, jusqu'au milieu du XIX[e] siècle, comme l'une des causes premières de la phtisie pulmonaire. Sans chercher à établir un lien métaphorique entre cette conception ancienne de la maladie et la peur des eaux stagnantes et des terrains lourds et humides, nous remarquerons toutefois que le drainage parfait des sols était une condition *sine qua non* à l'implantation d'un sanatorium. En 1902, Berlioz et Leriche recommandaient ainsi de choisir une région « dont le terrain est perméable et suffisamment en pente pour éviter l'humidité »[1759]. La recherche d'un lieu « salubre » commençait par l'analyse des cartes géologiques, des terrains drainant, des bassins versants et du régime des eaux. Aux côtés des facteurs météorologiques, sans doute prépondérants pour les tuberculeux pulmonaires, les « facteurs telluriques », liés à la nature du sous-sol et de la surface des terrains, avaient une action plus ou moins favorable. A Boudré, en 1931, le site prévu pour la construction du sanatorium départemental de Maine-et-Loire était constitué de « sable très fin, très légèrement argileux, riche en silex et extrêmement perméable », de sorte qu'« aucune trace d'humidité ne demeure à la

[1755] J.O. 21 juin 190, p. 792.1

[1756] "1° How many acres of land are available for the sanatorium purpose? 2° Is the ground flat, rolling, or on a hillside? 3° What is the degree and exposure of the slope of the hills? 4° Are there trees for protection from prevailing winds? 5° What is the direction of the prevailing winds in summer? In winter? 6° What is the altitude above sea level and above surrounding country? 7° What is the amount of moisture precipitation per year? 8° What is the average amount and duration of snow? 9° What is the highest and lowest recorded temperature? 10° What is the mean temperature of the winter months? 11° What is the mean temperature of the summer months?" Carrington 1911, p. 19-21.

[1757] Article 7: « Les sanatoriums doivent être situés hors des agglomérations humaines et à distance des routes très fréquentées, de manière que l'air ne soit vicié ni par les fumées, ni par les produits émanés d'une ville ou d'une usine. [...] L'emplacement du sanatorium doit reposer sur un sous-sol perméable sec, être largement ensoleillé et protégé par des obstacles naturels contre certains vents dominants. »

[1758] En 1917, le médecin P. Bouloumié écrivait : « Situé en un lieu salubre, d'aspect plutôt pittoresque, bien orienté, non exposé aux vents régnants, pourvu d'eau, de source autant que possible, saine et abondante, *[le sanatorium]* doit être, comme la station sanitaire, entouré d'espaces libres assez étendus, d'un parc ou d'un jardin, et de préférence à proximité des bois avec routes, allées ou sentiers de promenade, en terrain plat, assez étendus » (Bouloumié 1917, p.31). Pour les sanatoriums d'altitude, Lépine recommandait en 1923 des conditions assez similaires : « une protection parfaite contre les vents, surtout du Nord, une insolation maxima, un degré hygrométrique faible, le voisinage immédiat d'une forêt, régulateur de température, d'humidité et source d'émanations balsamiques » (Lépine 1923).

[1759] Berlioz & Leriche 1902, p. 15. On observe à ce sujet la constance du discours des médecins durant la première moitié du XX[e] siècle. En 1951, Besson donnera encore des recommandations très similaires : « on s'éloignera des fonds de vallées générateurs de brumes et de brouillards, on évitera les régions de lacs et d'étangs, le voisinage des rivières, les terrains argileux et alluvionnaires où l'eau stagne à a surface du sol ; on s'orientera de préférence vers les terrains calcaires ou sablonneux ». Besson 1951, p. 223.

surface »[1760]. A Helfaut, où fut réalisé le sanatorium départemental du Pas-de-Calais, « le sol [était] sablonneux et des plus perméables »[1761]. Ces conditions géologiques devenaient difficiles à satisfaire lorsqu'il s'agissait, en même temps, d'assurer l'approvisionnement en eau de l'établissement – l'eau étant, par définition, rare dans les terrains drainants – et « d'assurer une évacuation des eaux de vidange, sans danger de contamination de la nappe d'eau souterraine, et en particulier des eaux d'alimentation »[1762]. Le site devait être salubre, certes, mais il devait également le rester.

La similitude des descriptions de ces terrains – qu'ils soient de plaine ou de montagne – atteste d'une volonté certaine de les rattacher, ne serait-ce que symboliquement, à la topographique des montagnes. Le terme « cirque », qui définit en géographie une « dépression à parois abruptes, d'origine glaciaire, fermée le plus souvent par une barre rocheuse »[1763], était utilisé de façon récurrente, parfois abusive : s'agissant du sanatorium de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle), *La Construction moderne* relevait en 1901 que, « par suite de la concavité du terrain », le site où s'élevait l'établissement formait une « sorte de cirque, offrant naturellement la forme désirée »[1764] pour le protéger des vents ; le sanatorium de Job (Puy-de-Dôme, 1918), situé à 650 mètres d'altitude, était également décrit comme construit « dans un cirque vaste, ouvert au plein Sud, abrité du Nord par des collines » [1765] ; à Enval (Puy-de-Dôme), le sanatorium des Graviers était « complètement abrité du Nord et de l'Ouest par un demi-cirque de montagnes boisées »[1766] ; à Felleries-Liessies, l'emplacement choisi pour la construction du sanatorium départemental du Nord formait « un cirque largement dessiné couronné et protégé par des crêtes boisées au Nord et à l'Ouest »[1767] ; à Salagnac (Dordogne), enfin, la cité sanitaire de Clairvivre était bâtie dans « un cirque naturel orienté sensiblement face au Sud »[1768]. En 1937 encore, selon Croizier et Martin, il fallait rechercher, pour la construction d'un sanatorium, « un cirque de collines boisées disposées en demi-cercle, exposées au midi pour bénéficier le plus possible des radiations lumineuses, à l'abri des courants aériens »[1769]. Cette configuration en « cirque » naturel, entouré de collines ou de montagnes protégeant l'établissement des vents du Nord et de l'Ouest, offrant un dégagement vers le Sud, répondait à la description idéale, formulée depuis la fin du XIX^{e} siècle, pour l'implantation d'un établissement de cure.

Le choix d'un site résultait de critères relevant de deux catégories distinctes : les premiers, que l'on pourrait qualifier d'objectifs, concernaient les caractéristiques atmosphériques et physico-chimiques du terrain et de son environnement immédiat ; les seconds, plus subjectifs, s'attachaient à la « beauté » du site et au rôle que ce paramètre pouvait avoir sur la psychologie des malades. Les auteurs du début du siècle soulignaient à l'envie la « valeur thérapeutique du paysage » considérée, au même titre que l'altitude, comme un adjuvant à la cure hygiéno-diététique. Evoquant, en 1872, les stations de cure en général, Adolph Biermann estimait ainsi que le silence et la beauté des sites de cure, liés à la douceur de leur climat, étaient des facteurs psychiques d'importance[1770]. En 1895, Léon-Petit rappelait de la même façon que « le phtisique ne doit pas se sentir dans une caserne ou une prison ; il faut qu'il ait sous les yeux autre chose que des murs. Une vue s'étendant au loin exerce sur le moral et le physique une action réflexe des plus heureuses »[1771]. Dumarest, en 1897, établissait un lien physiologique plus direct entre la contemplation du paysage et l'état de santé du tuberculeux : « Les horizons découverts, outre qu'ils offrent une constante distraction aux malades sédentaires, possèdent une influence réflexe eupnéïque, c'est à dire favorisante de la respiration. Il en est de même de la lumière et d'une certaine agitation de l'air (air vif) [...]. »[1772] Dès lors, la dimension paysagère fut systématique intégrée aux nouveaux projets d'établissements, sans toutefois

[1760] A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[1761] A.D. du Pas-de-Calais, N 1088//1.
[1762] Bouloumié 1917, p. 31.
[1763] Dictionnaire *Le nouveau Petit Robert*, Paris, Dictionnaires le Robert, 1995, p. 382.
[1764] S.a., « Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction Moderne*, 1901, n°46, p. 76.
[1765] Rapport de Duballen, médecin-dir. du sanatorium de la Guiche, sur le sana. de Job, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. de la S.-et-L., 1 X 69.
[1766] S.a., Sanatorium d'Enval, près Riom (Puy-de-Dôme), s.d. A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366.
[1767] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1768] Hazemann 1932, p. 6.
[1769] Rapport de Croizier et Martin pour l'implantation d'un sanatorium dans la Loire, s.d. [*ca.* 1937], p.1. A.D. de la Loire, N 1219.
[1770] Cité par Lüthi 2008, p. 140.
[1771] Léon-Petit, 1895, p. 51.
[1772] Dumarest 1896, p. 17.

s'appuyer sur des arguments scientifiques, tel celui invoqué par Dumarest : le panorama qui s'offrait aux malades était généralement considéré pour sa valeur récréative. L'ennui était en effet énergiquement combattu dans les établissements car il plaçait le malade dans un état moral peu propice à la guérison. Le caractère « pittoresque » ou « charmant » du paysage prit alors la force d'un atout thérapeutique.

A l'inauguration du sanatorium d'Angicourt, en 1900, un journaliste relevait ainsi que, « si [...] le charme des aspects peut être compté comme facteur efficace dans le traitement des malades, [ce] sanatorium fera merveille avec les vagues de verdure qui viennent déferler à ses pieds, [la] petite église [...] et le fin bleu de ses horizons lointains »[1773]. En 1901, l'architecte Léonce Hainez* décrivait en ces termes le cadre du sanatorium de Boeschepe (Nord) : « Au Sud, la superbe plaine de Bailleul se déroule à perte de vue d'où l'on découvre une infinité de petits bouquets d'arbres d'essences mélangées, de fermes, de terres cultivées, de prairies ; la vue n'a de limite que l'horizon, tout se trouve réuni comme à plaisir, pour apporter au malade qui viendra là chercher sa guérison, le repos moral et physique, c'est à dire les meilleurs éléments de sa cure »[1774]. Aux Etats-Unis, en 1911, Thomas Carrington défendait les vertus de ce qu'il nommait la « beauté naturelle » (*natural beauty*) des sites: « Un effort doit être fait, expliquait-il, pour placer les patients dans un endroit bénéficiant d'atouts paysagers qui aideront à leur divertissement et à leur bien être [...]. Un terrain en pente, entouré de collines, est plus souhaitable qu'un terrain plat. Les montagnes, les collines et les arbres contribuent à la beauté du paysage et une forêt, un lac ou une rivière donnent des possibilités de divertissement »[1775]. Ces considérations conserveront tout leur poids après la guerre : le sanatorium départemental du Nord sera construit à Felleries-Liessies, « dans cette "petite Suisse du Nord" qui [...] est l'un des endroits les plus coquets de la région » et qui jouit de « l'un des plus beaux horizons que l'on puisse avoir ». Son architecte, Gaillard, s'émerveillait des « coins de forêt invitant aux promenades et à la rêverie » et « des points de vue larges et verdoyants à travers des vallonnements particulièrement pittoresques »[1776]. Chargés de trouver un emplacement pour la réalisation du sanatorium départemental de la Loire, en 1937, Croizier et Martin partirent du principe que « la vue [devait] pouvoir s'étendre sur un horizon agréable et vaste pour que le séjour des malades [...] trouve dans le décor un sujet de distraction »[1777]. C'est à propos des établissements de plaine, notamment ceux du Nord et de la région parisienne, que les commentateurs insistèrent le plus sur la beauté du cadre ou des panoramas : s'ils n'étaient pas bâtis, comme les sanatoriums de montagne, dans des sites impressionnants ou pittoresques, ces établissements disposaient incontestablement de qualités paysagères qu'il s'agissait de valoriser.

Outre le divertissement apporté par ces paysages, la capacité d'apaisement de certains panoramas était prise en compte dans le choix d'un site. « Il est nécessaire que le paysage [entourant le sanatorium ne] soit pas triste et ne donne pas à ceux qui y séjournent l'impression déprimante d'un exil et la pensée de la mort »[1778], précisait Lépine en 1923. En raison de la longue durée du traitement – plusieurs mois au minimum, voire plusieurs années –, la psychologie des malades et l'importance de leur cadre de vie intéressa très tôt les médecins confrontés au moral inégal de leurs patients. Cette rhétorique paysagère s'appliquait tous les types d'établissements : au sanatorium de Job (Puy-de-Dôme), les médecins évoquaient en 1925 un site « riant et propre à entretenir la gaieté, la vue est vaste, le soleil et l'air entrent à flots dans les pièces »[1779] ; à l'inauguration du sanatorium de Champrosay (Essonne), en 1931, un journaliste estimait que « les malades qui viendront y chercher le rétablissement d'une santé compromise l'y trouveront certainement, dans un site où la nature, qui n'a rien épargné pour plaire, sait tout ensemble

[1773] M. Echérac, *Le Temps*, 1er septembre 1900, cité par Bellouet 1901, p. 426.
[1774] A.D. du Nord, J 1-17.
[1775] "Natural Beauty. The problem of holding tuberculous patients at sanatoria grows more serious each year, and as the institutional care of certain classes of cases seems to be an absolute necessity in order to control the disease, every effort should be made to place the patients upon sites that have natural attractions which will help to amuse and make them contented. The open country, where a sanatorium for incipient cases is generally placed, usually offers a choice of sites some of which may have great natural beauty. In making a decision from several pieces of property offered, this should be considered as a valuable asset. A sloping, rolling or hilly piece of land is more desirable than a level one. Mountains, hills, meadows and trees add to the beauty of the view, and the forest, lake or stream gives opportunities for amusement". Carrington 1911, p. 19.
[1776] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1777] Rapport de Croizier et Martin pour l'implantation d'un sanatorium dans la Loire, s.d. [*ca.* 1937], p. 1. A.D. de la Loire, N 1219.
[1778] Lépine 1923.
[1779] Duballen, médecin-directeur du sanatorium de la Guiche, sur le sanatorium de Job, s.d. [*ca.* 1925]. A.D. de Saône-et-Loire, 1X69.

réjouir les yeux, détendre l'esprit et apporter aux sens le calme, prélude à la guérison durable »[1780]. Cette conception se prolongera jusque dans les années cinquante[1781].

Les vertus thérapeutiques de certains sites, reconnues par la tradition, étaient également mises à profit. En 1895, Camille Saunal avait justifié la création d'un sanatorium à Saint-Chély-d'Aubrac, « petit Saint-Bernard de la France », par la réutation du village qui attirait, de longue date, les malades pratiquant la cure de petit lait. Dans les années trente, l'architecte du sanatorium de Felleries-Liessies s'appuyait sur les superstitions locales pour peaufiner l'éloge de cet établissement qui présentait pourtant, par la qualité même de ses aménagements, toutes les garanties et le sérieux d'une cure scientifiquement menée :

> *Le lieu n'a-t-il pas d'authentiques références?* relevait-il. *Le village de Liessies n'est-il pas le pays de "liesse", nom qui permet que de longue date une réputation charmante a été attachée à ce coin de bocage. Liessies est encore un lieu de pèlerinage, réputé depuis toujours pour guérir ce qu'on appelait autrefois la "maladie de consomption". Voila des références qui confirment le bon goût de ceux qui ont fixé leur choix sur ce site enchanteur pour l'édification du sanatorium.* [1782]

Faut-il comprendre que les malades de cet établissement devaient s'en remettre aux traditions populaires et placer leur guérison sous les auspices d'un saint guérisseur, tel Saint Marcoul pour les écrouelles ? D'une certaine façon, l'éloge des vertus immatérielles de ce « site enchanteur » ne faisait que prolonger le mythe de la « montagne enchantée », popularisé dans le roman éponyme de Thomas Mann. La question climatique relevait donc, dans l'entre-deux-guerres encore, de cet « empirisme un peu désordonné et trop subjectif »[1783] que déplorait Baché en 1934.

3.1.4. Parcs et jardins sanatoriaux : la *natura medicatrix*[1784] au service de la cure.

Le paysage naturel et la psychologie des malades.

Le lien entre les malades et leur environnement avait été promu par la méthode sanatoriale elle-même qui leur interdisait de séjourner dans leur chambre durant la journée. Les tuberculeux passaient donc l'essentiel de leur temps dans les galeries de cure ou en promenade, dans le parc de l'établissement ou dans une forêt adjacente. Ce programme de cure confortait les tuberculeux dans le sentiment qu'ils n'étaient pas des malades ordinaires. Evoquant la nécessaire « beauté naturelle » des sites sanatoriaux, Carrington ajoutait que, lorsqu'elle faisait défaut, elle pouvait être réalisée artificiellement[1785]. L'amélioration des conditions d'exposition des malades était à la base de la conception sanatoriale qui prônait la valorisation, à des fins thérapeutiques, des conditions naturelles du site. Le sanatorium apparaît ici comme une succession d'espaces concentriques tirant leurs qualités – notamment thérapeutiques – de ceux qui les englobent. Les historiennes Isabelle Grellet et Caroline Kruse voient dans ce lien unissant l'environnement naturel et les malades une approche pour ainsi dire écologique de la maladie[1786]. Dans les premiers établissements de cure, au milieu du XIX^{e} siècle, les malades prenaient leur « bain d'air » directement à l'extérieur, sans qu'aucun aménagement ni aucune construction ne vienne interférer entre le malade et son environnement. La médiation introduite par les abris, puis les galeries de cure, visait à améliorer les conditions d'exposition. Nous ne développerons pas ici le rapport des sanatoriums avec le mythe de la « montagne magique » auquel beaucoup de médecins se déclaraient attachés[1787] et que l'historien Jean-Paul Bozonnet

[1780] Couteaux 1931.
[1781] En 1954, le programme du concours pour le sanatorium départemental de la Corse demandera aux participants que les galeries de cure soient disposées de façon à « permettre aux malades allongés de voir le paysage ». A.D. de la Haute-Savoie, Fonds Le Même, 142 J 2464.
[1782] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleris-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1783] Baché 1934, p. 24.
[1784] Besson, inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris, rappelait que « la "natura medicatrix", est un [...] élément qu'il faut savoir connaître, apprécier et utiliser ». Besson 1951, p. 189.
[1785] "A great deal can be done by artificially improving the grounds where there is a lack of natural beauty, and in the selection of a site in a bare or flat country this should be planned for". Carrington 1911, p. 19.
[1786] Grellet & Kruse 1983, p. 19.
[1787] « Le débat est toujours ouvert pour savoir quelle est la part du « psychologique dans ce phénomène, notait Jean-Louis Bozonnet. Il est permis de penser que la symbolique alpestre joue un rôle tant dans la confiance des patients que dans la conviction des médecins, et que la cure d'altitude, voyage ou séjour à la montagne, est vécue comme une expérience régénératrice. [...] Les phénomènes météorologiques exceptionnels, les effets physiologiques de l'altitude, ainsi que les dispositions psychiques qui en découlent,

met au compte d'une tendance universelle à « l'ourano-tropisme », ou désir d'élévation. « Monter, c'est se défaire des attaches terrestres pour gagner les zones éthérées »[1788], rappelle-t-il. Cette aspiration s'exprimait avec d'autant plus de force dans les sanatoriums d'altitude qu'ils ne touchaient pas au salut spirituel mais à la guérison des corps pour laquelle les attentes individuelles étaient bien plus concrètes et immédiates. En 1932, Martin Rideau concluait sa thèse de médecine par « quelques autres considérations » qui, aux habituels poncifs autour de la mythique de la tuberculose et de la montagne, empruntait également à une modernité fantasmée. Il évoquait notamment « ce cadre extérieur magique qui entoure le sanatorium de montagne [...] : le soir, que ce soit sur les terrasses de Sancellemoz ou des Escaldes, l'impression est bien [celle] d'un paquebot qui vogue dans le calme absolu d'une nuit immatérielle où l'on se sent pénétré de cette influence surnaturelle, qu'on a crue de tout temps régner sur les hauts lieux »[1789].

Parc et végétation : la recherche d'un air balsamique.

Prolongeant la tradition des établissements thermaux et de villégiature, l'arborisation et la végétation dans son ensemble faisaient l'objet de toutes les attentions dans les sanatoriums. Au XIX^e^ siècle, l'arborisation des stations méridionales avait pour objectif d'atténuer l'emprise de la chaleur sur les malades et d'offrir des zones d'ombre ponctuant leurs promenades. Les médecins avait alors mis en avant les vertus thérapeutiques de certaines essences : en 1896, les promoteurs du sanatorium de Pacanaglia, près de Nice, vantaient la végétation méditerranéenne du site, composée de pins et de « plantes odoriférantes telles le thym et la lavande »[1790].

> *Les arbres,* estimaient Berlioz et Leriche en 1902, *sont des éléments indispensables de la salubrité d'un pays, parce que par leur feuillage ils sont des générateurs d'oxygène, des épurateurs de l'atmosphère et qu'ils s'opposent mieux encore que les accidents de terrain, à l'action des poussières et à la violence des vents. Les sapins, les ifs, les cèdres, les troènes, les lauriers sont des arbres à rechercher parce qu'ils sont verts toute l'année et parce qu'ils répandent dans l'atmosphère des odeurs balsamiques utiles pour les poumons.*[1791]

Pour la mauvaise saison, les sanatoriums privés du XIX^e^ siècle disposaient de jardins d'hiver, dont l'archétype était celui qui, dans le sanatorium de Görbersdorf, reliait l'*Altes Kurhaus* au *Neues Kurhaus* (ill. 12). Cette sorte de serre chaude adossée aux bâtiments fut adoptée par Knopf et Van Pel dans leur projet de sanatorium idéal en 1895. Dans le projet du sanatorium de Boeschepe (Nord, 1901), Hainez prévoyait que la galerie de cure serait « augmentée, dans la partie centrale, d'une rotonde de 15 mètres de diamètre [permettant] de recevoir quelques plantes ornementales »[1792]. Mais le seul exemple réalisé que nous connaissons, se trouvait dans les pavillons des tuberculeux de l'hôpital Boucicaut à Paris (1898) dont le pignon le mieux exposé était terminé par un jardin d'hiver entièrement vitré accessible depuis la salle des malades. Jugés sans doute trop dispendieux, ces aménagements ne seront pas reconduits dans les sanatoriums populaires de l'entre-deux-guerres où l'on privilégiera les aménagements paysagers extérieurs.

Le décret du 10 août 1920 stipulait que « tout sanatorium doit être entouré d'un parc qui lui soit réservé ou avoir à proximité un bois pour l'organisation de la cure d'entraînement ». Ces recommandations étaient peu restrictives et l'obligation d'une « surface utile [...] d'au moins 15 hectares pour 100 lits de malades » ne fut donnée qu'en 1932[1793]. Aussi importantes que les séances de repos, les promenades « nécessaires et obligatoires », étaient strictement codifiées[1794]. En 1923, Portevin recommandait d'entourer

---

entraînent une coupure avec le quotidien lors de la pénétration en montagne. Dans la mythologie traditionnelle, l'ascension correspond à un changement radical d'état, qui permet de transcender la conditions humaine : le passage dans une zone sacrée hors du territoire profane est vécue comme une rupture de niveau cosmique ». Bozonnet 1992, p. 37 et 288.

[1788] Bozonnet 1992, p. 41.

[1789] Rideau 1932, p. 115.

[1790] Société des sanatoriums de France, s.d. [1896]. A.D. du Val-de-Marne, Xp 1099.

[1791] Berlioz & Leriche 1902, p. 14.

[1792] Projet d'un sana. payant destiné à 50 dames pensionnaires et à 50 dames du corps enseignant, 1901. A.D. du Nord, J 1-17.

[1793] Décret du 30 mai 1932. J.O. 7 juin 1932. La loi du 28 août 1936 précisera que « tout sanatorium destiné au traitement des tuberculeux pulmonaires devra être entouré d'un domaine suffisamment grand pour permettre aux malades la promenade quotidienne sans que ces derniers soient obligés de sortir de l'établissement ».

[1794] Au sanatorium de Bligny, le règlement intérieur précisait à ce sujet : « Art. 59. A moins d'avis contraire ou prescriptions spéciales, les promenades sont nécessaires et obligatoires pour tous ceux auxquels elles ont été conseillées et qui doivent se conformer, quant à leur distance et à leur allure, aux indications du médecin. Art. 60. Les pensionnaires reconnus par le médecin en état de pouvoir bénéficier des promenades, sont autorisés à dépasser les limites des allées situées immédiatement en face des galeries de cure. Pour les

les pavillons de tuberculeux des hôpitaux d'arbres résineux[1795] et Lépine demandait qu'un sanatorium d'altitude soit systématiquement bâti dans « le voisinage immédiat [...] d'émanations balsamiques »[1796]. Guinard, quant à lui, estimait que la gestion de la végétation autour des établissements devait être soigneusement entretenue. Il mettait en garde les médecins contre la tendance à trop dégager les bâtiments :

> *Dans la préparation de l'emplacement où doit être construit un sanatorium, il faut, si le lieu est boisé, ne dégarnir d'abord que le strict nécessaire et attendre, pour couper les arbres laissés autour, que, la construction étant achevée, on puisse se rendre compte exactement de ce qu'il faut enlever ou garder pour permettre l'ensoleillement indispensable ou avoir l'ombrage à proximité. Il faut se méfier des coupe-toujours qui, pour faire ressortir avant tout leur façade, oublient que les beaux arbres sont souvent d'excellents voisins et qu'ils mettent longtemps à pousser.*[1797]

La présence d'arbres autour du sanatorium était recherchée pour l'ombre quîls offraient en été, mais aussi parce que les forêts faisaient office de régulateur de température et d'humidité tout en protégeent efficacement les bâtiments contre les vents. Les médecins voyaient également dans les émanations balsamiques des essences résineuses un adjuvant précieux à la cure d'air. Pour Evrot, en 1930, la forêt agissait autour des établissements comme un « purificateur de l'atmosphère »[1798] et, selon Piéchaud, « vu l'importance de premier ordre de la végétation dans l'assainissement de l'atmosphère, [...] l'habitation humaine devrait être entourée d'arbres et de plantes »[1799]. Les parcs des sanatoriums mêlaient donc des fonctions médicinales et d'agrément. Au sanatorium départemental du Montet (Allier, 1920), le jardin fut aménagé par un « pépiniériste très réputé », qui conçut un « cadre de verdure dont l'aspect séduisant [devait] produire le meilleur effet sur le moral des malades »[1800]. A noter que les esquisses proposées par le-dit pépiniériste se basaient sur la vision des malades sur le jardin depuis les galeries de cure du rez-de-chaussée et les chambres du premier étage (ill. 144-145). Au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord, 1934), pour compléter le « pittoresque » du site, des jardins furent aménagés devant les pavillons « de manière à ce que l'horizon que les malades ont sous les yeux soit aussi gai et au aussi peu favorable que possible à la nostalgie et à l'ennui »[1801]. Au Plateau d'Assy (Haute-Savoie) enfin, les architectes Abraham et Le Même s'entourèrent des compétences du paysagiste René-Edouard André* (1867-1942) qui dessina et réalisa les aménagements paysagers des sanatoriums de Praz-Coutant, du Roc-des-Fiz, Guébriant et Martel de Janville entre 1924 et 1936.

Ces aménagements paysagers pouvaient faire défaut dans certains hôpitaux-sanatoriums, tel celui de Champrosay[1802] (Essonne, 1931) mais, même dans ces établissements dits « suburbains », les architectes s'efforçaient d'aménager les espaces de promenade suffisants. Pour le concours de l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1931), les architectes Saacke et Bailly prirent ainsi la peine de faire dresser, par un paysagiste, une esquisse d'aménagement du parc entourant leur projet. La note succincte remise par ce professionnel, seul élément de cette nature trouvé dans les archives, nous renseigne sur les intentions des concepteurs en matière d'aménagement paysager appliqué aux sanatoriums :

---

autres, les sorties sont remplacées par des séances de cure ou le séjour dans les salles de réunion ou les galeries. Art. 61. Pendant la marche, respirer largement et profondément par le nez, en dilatant la poitrine autant que faire se peut, et s'abstenir de toute conversation quand on monte une pente ou un escalier. Art. 62. Il est dangereux de s'exposer à l'action directe du soleil, contre lequel il faut se protéger en s'abritant la tête et le thorax par un large chapeau de paille ou une ombrelle. [...] Art. 65. Les promenades dans le parc étant réglées selon les besoins de chacun, les pensionnaires sont instamment priés de se conformer aux parcours qui leurs sont personnellement indiqués [...]. Art. 66. Défense absolue est faire aux pensionnaires de chaque sanatorium de s'approcher des grillages, limitant le territoire de chacun d'eux, à moins de 25 mètres. Toute infraction à cette prescription, ainsi que toute communication, même à distance, entre les pensionnaires des deux établissements, peut entraîner le renvoi immédiat. » Guinard 1925, p. 151.

[1795] Portevin 1923, p. 511.

[1796] Lépine 1923, p. 2.

[1797] Guinard 1925.

[1798] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, rapport du Dr Evrot, délégué technique, avril 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.

[1799] Cité par Baché 1934, p. 23.

[1800] A.D. de l'Allier, 1 X 7.

[1801] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleris-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.

[1802] Un délégués du C.N.D.T. relevait en 1935 que les malades « en sont réduits, pour leurs promenades, à tourner autour du sanatorium sur la route goudronnée [...], promenade qui devient souvent impossible en été car cette route n'est pas abritée du soleil. Nous sommes, comme on le voit, très loin des prescriptions ministérielles du décret du 10 août 1920 [...] qui prévoit un parc entourant les sanatoriums, "espace ombragé" qui, aux termes du décret du 30 mai 1932, doit être d'au moins 15 hectares pour 100 lits de malades ». Particularités d'aménagement et de construction du sanatorium Joffre, 1935. Archives de l'Institut Pasteur, Paris, CNDT.DPT.78 Seine-et-Oise.

Dans la plantation du parc entourant le sanatorium nous avons cherché [...] à créer une atmosphère décorative de façon à faire paraître moins triste le séjour du malade et lui faire oublier son état de santé. Pour arriver à ce résultat, et afin d'éviter par la suite les dépenses toujours importantes d'une décoration florale printanière, estivale et automnale, nous avons surtout créé des effets décoratifs avec le feuillage et avec des plantes vivaces, arbustes à longues floraisons, ce qui évite, tout en restant dans un cadre très décoratif, des plantations successives. Les conifères seront employés en quantités assez grandes ainsi que les plantes à feuillage persistant afin que pendant la saison hivernale le parc ait toujours un aspect vert et vivant. Des scènes de plantes vivaces accompagneront les plantations ligneuses de façon qu'il y ait en toutes saisons des plantes fleuries. Afin de ne pas entraver la circulation de l'air, les massifs compacts d'arbustes seront supprimés et remplacés par des arbres isolés sur pelouses qui donnent le même effet décoratif que le massif plein, tout en étant plus clair, plus joli et, en outre, ayant l'avantage de ne pas retenir un certain degré d'humidité sur l'ensemble de la plantation.[1803]

Ce projet de plantations cherchait à renforcer les conditions climatiques favorables à la cure (ventilation des espaces, suppression de tout ce qui pourrait retenir l'humidité) tout en offrant aux malades une véritable composition picturale végétale, renouvelée à chaque saison, et dont l'aspect pittoresque devait contribuer à soutenir leur moral. Cette conception était partagée dans d'autres pays et, pour l'Italie par exemple, l'historienne Daniela Vaj voit dans la cité sanatoriale alpine de Sondalo, construite à la fin des années trente, la quintessence de cette « architecture végétale » : les 40 hectares de parc de cet ensemble sanatorial de plus de 2.000 lits, accroché à flanc de montagne, étaient plantés de 7.000 végétaux de différentes espèces (sapins, pins autrichiens, cèdres diodara et atlantica, thuyas, marronniers d'Inde, etc.), complétés par des haies, des parterres, des pelouses, des alignements d'arbres, etc.[1804]

[1803] Note sur le projet de plantation. A. M. de Versailles, 3 M 2387.

[1804] Selon Daniela Vaj, Morelli, qui en supervisa la construction, avait cherché « à tisser une symbiose entre ce vaste ensemble architectural et l'esprit de cette montagne thérapeutique,. Son projet en évoque les formes : la hardiesse des verticales qui rappellent par moment la raideur des parois rocheuses ; les réfractions des grandes baies vitrées qui accentuent la clarté du ciel ; l'articulation des arcades, des murs et des éléments en pierre qui évoque la géologie minérale [...] ; les rapports entre la forêt balsamique entretenue et aménagée en tant que lieu de cure naturelle et l'arborisation du parc, qui semble prolonger la nature à l'intérieur de la cité perchée, rythmée par des jardins suspendus plantés d'arbres rares et d'essences aromatiques ; et enfin la disposition panoramique en amphithéâtre de l'ensemble des bâtiments, qui non seulement capte au mieux l'air et la lumière, mais s'intègre au lieu et accentue la circularité de la morphologie paysagère environnante ». Vaj 2008, p. 6.

3.2. La cure en établissement fermé : nécessité thérapeutique.

3.2.1. Les établissements fermés.

L'assujettissement des malades à une discipline plus stricte avait été exigé dès la fin des années 1870 dans le sanatorium allemand de Falkenstein et la formule de l'« établissement fermé » s'était répandue dans les années 1880. En Suisse, le médecin Karl Turban* (1856-1936) avait été l'un des principaux défenseurs des « établissements fermés » (*geschlossenen Anstalten*) dès l'ouverture de son établissement de Davos, en 1889. En France, le médecin H. Frémy avait souligné l'intérêt du traitement des phtisiques en « établissements fermés » dès 1888[1805]. Le concept d'établissement « fermé » distinguait les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires des simples maisons de cure (les *Kurhaüsen* allemandes et suisses) dans lesquelles les pensionnaires étaient plus des clients que des malades et n'étaient pas soumis à un règlement particulier[1806]. Si les malades n'étaient pas réellement « enfermés » dans ces établissements durant les quelques mois de leur cure, leur liberté de mouvement était limitée et la tutelle, morale et médicale extrêmement prégnante exercée par le médecin-directeur. Le principe de l'établissement fermé fut adopté dans les sanatoriums populaires français au début du XX^{e} siècle parce qu'il garantissait le bon déroulement de la cure et le respect, par les malades, des prescriptions médicales. Il s'imposa naturellement en 1915 dans les formations pour militaires tuberculeux et, bien que la loi Honnorat, n'en touche pas un mot, il est sous-jacent dans le dispositif sanatorial de l'entre-deux-guerres. Du reste, les dispositions relatives à la nature « fermée » des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires étaient inscrites, en détails, dans le règlement intérieur des établissements. La plupart des médecins prenaient pour acquis ce mode de fonctionnement qui touchait à l'essence même du traitement sanatorial : « lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, en cure libre à la campagne ou dans une station climatique réputée, relevait Guinard en 1925, les tuberculeux se soignent mal et n'apportent pas à leur traitement [...] la régularité sans laquelle on ne fait rien de bon »[1807]. La cure en établissement fermé était donc la seule alternative à la cure en « stations libres »[1808], selon l'expression de Dumarest, mais également à la cure à domicile pour laquelle les médecins avaient les plus grandes réserves :

> *Ce phtisique, resté chez lui [...] aura-t-il l'installation hygiénique du sanatorium [...] ?* s'inquiétait Artaud. *Comment fera-t-il sa cure d'air ? Sa cure de repos ? Son hydrothérapie ? Comment seront prises les mesures contre la contagion ? [...] Consentira-t-il, pour se soigner, à renoncer à ses affaires, à ses relations, à ses habitudes ? Et s'il y consent, aura-t-il sous la main, de jour comme de nuit, comme au sanatorium, un médecin pour le conseiller, lui dicter à chaque instant la marche à suivre, le faire obéir ? Non, il n'aura pas tout ça.*[1809]

L'isolement des malades au sanatorium permettait également de les soustraire à leur entourage familier que les médecins considéraient comme un obstacle au bon déroulement de la cure. Pour Artaud, non seulement le malade ne pouvait bénéficier à domicile des soins appropriés à son état, mais il avait, chez lui, « un ennemi de plus : la famille, qui ne lui laissera commettre que des imprudences » [1810]. « La famille n'est presque jamais le milieu de choix pour [...] un malade » confirmait Rist, et il semblait difficile de prendre tout à la fois les mesures hygiéniques permettant d'éviter la contagion et celles visant à améliorer l'état de santé du malade. Pour Guinard, d'une manière plus générale, le sanatorium devait soustraire le tuberculeux « à l'influence néfaste de son entourage et surtout de ses amis qui [...] le dérangent et l'empêchent de se soigner par leur trop d'assiduité à le voir et à le recevoir, [...] par les multiples conseils et suggestions dont ils l'accablent, critiquant ce qu'on lui fait faire, donnant leur appréciation sur le

[1805] H. Frémy, *De la Valeur des établissements fermés dans le traitement de la phtisie pulmonaire, communication faite au congrès de la tuberculose*, Paris, G. Steinheil, 1888.
[1806] En 1898, le médecin allemand Meinel opposait étrangement les sanatoriums « fermés » allemands, aux établissements « ouverts » suisses. Meinel 1898, p. 7.
[1807] Guinard 1925, p. 117.
[1808] Dumarest 1896, p. 1.
[1809] Artaud 1914, p. 48.
[1810] *Ibidem.*

traitement, jugeant les résultats et proposant des remèdes nouveaux, derniers cris du jour, panacées récentes dont ils font miroiter la merveilleuse efficacité [...] »[1811]. Le tuberculeux avait donc avantage à rester dans le milieu fermé du sanatorium, *a fortiori* lorsqu'il était en voie de guérison, période pendant laquelle, expliquait Rist, il « ne rencontre pas que sympathie et encouragement de la part d'un entourage incapable de bien comprendre la réalité de la situation »[1812]. Les mesures de prophylaxie et d'hygiène appliquées aux tuberculeux étaient complexes, elles nécessitaient un équipement important et étaient donc difficilement envisageables à domicile. Les médecins étaient d'ailleurs sceptiques sur l'efficacité de leur application à l'échelle domestique : « Combien de bacilles sont passés au travers des mailles ? s'interrogeait Froument ; une personne infectera ses mains en nettoyant un crachoir, une autre dans le brossage des habits respirera les poussières infectées »[1813]. Malgré toute la bonne volonté de l'entourage d'un tuberculeux, il était difficile de reproduire, dans des logements dont l'aménagement s'y prêtait peu, les conditions déjà obtenues avec peine dans les sanatoriums.

Selon Guinard, le traitement en établissement fermé offrait un avantage « des plus appréciables » : « temps libre, visites et sorties sont minutieusement réglementés et réduits aux seules latitudes qui ne risquent pas de troubler [...] la marche régulière des cures »[1814]. Cela signifiait concrètement pour les malades qu'il leur était « interdit d'en sortir, en dehors des promenades collectives, sans une autorisation signée par un médecin »[1815] comme le stipulait en 1935 le règlement intérieur du sanatorium départemental de la Savoie. Le confinement des malades dans l'enceinte des établissements était également justifié par un souci de prophylaxie vis à vis des populations avoisinantes. Pour ne pas attiser les oppositions locales – parfois violentes – contre leurs établissements, les médecins devaient à tout prix éviter que les malades sèment leur bacilles dans le voisinage de l'établissement. « Le seul danger que puisse présenter un sanatorium pour la population proviendrait des sorties des malades qui ne doivent avoir aucun contact avec la population, notait Gravereaux en 1924. L'éloignement des sanatoriums, de toute agglomération humaine, a précisément pour effet de remédier à ce danger »[1816]. Si ce point fut globalement respecté dans les établissements départementaux disposant généralement d'un parc étendu, certains sanatoriums privés n'avaient pas d'autre alternative, faute de place, que d'autoriser leurs pensionnaires à effectuer leurs promenades au-dehors[1817]. Pour les malades, cet enfermement ne devenait palpable que lorsqu'ils manifestaient l'envie de sortir : pour atténuer le sentiment d'enfermement et garantir l'apaisement moral nécessaire à la cure, la direction des établissements ne ménageait pas ses efforts pour ôter aux pensionnaires toute envie de quitter l'établissement. Les repas variés, les distractions, les vastes surfaces plantées et les aménagements intérieurs confortables suffisaient habituellement à limiter les motifs de revendications et à maintenir l'équilibre dans les communautés de malades. Les médecins s'efforçaient également de limiter les sources extérieures de dissipation : dès l'ouverture du sanatorium de Bligny en 1903, Guinard avait obtenu de faire interdire, par arrêté municipal, l'ouverture de tout « café, débit ou restaurant, dans un périmètre d'un kilomètre au-delà des limites [du] parc »[1818] de l'établissement. Le voisinage des sanatoriums était considéré avec beaucoup d'attention et, en 1936, le député Amédée Guy proposa d'inscrire dans la loi cet isolement dans les règles exigées pour le bon fonctionnement des établissements de cure[1819].

[1811] Guinard 1925, p. 355.
[1812] Cité par Baché 1934, p. 82.
[1813] Froument, in *Le Courrier médical*, décembre 1934, cité par Grellet & Kruse 1934, 202.
[1814] Guinard 1925, p. 355.
[1815] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville-Lompnès (Ain), règlement intérieur,1935. A.D. de la Savoie, 7 N 61.
[1816] Gravereaux 1924, p. 62.
[1817] Un projet de loi, déposé en 1932 sur la réglementation des stations climatiques de cure, prévoyait que « tout sanatorium devra retenir dans son enceinte tous les malades, pendant la durée entière de la cure, et ne pourra être agréé qu'à la condition d'être entouré d'un enclos suffisant à cet effet » (J.O. du 12 février 1932, p. 216.). Le texte final, adopté le 28 août 1936, était plus nuancé et prévoyait que tout sanatorium devrait disposer d'un parc suffisamment grand « pour permettre aux malades la promenade quotidienne sans que ces derniers soient obligés de sortir de l'établissement. » J.O. 1er septembre 1936.
[1818] Cette mesure s'appuyait sur la loi du 17 juillet 1880 qui précisait que « les maires pourront, les conseils municipaux entendus, prendre des arrêtés pur déterminer, sans préjudice des droits acquis, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quelconque, des *hospices*, des écoles primaires, collèges ou autres établissements d'instruction publique ». Guinard 1925, p. 376.
[1819] « Il y aurait lieu [...] de prévoir pour les sanatoriums, expliquait-il, un périmètre de protection frappé de servitude *non ædificandi*, comme en matière de protection des édifices publics (hôpitaux, mairies, écoles, etc.) afin de leur éviter un mauvais voisinage (cafés,

Les malades étaient soustraits dans les sanatoriums aux influences néfastes de l'extérieur : famille, amis, mauvaises habitudes ou alcoolisme étaient autant de paramètres agissant sur la maladie échappant, dans la vie courante, au contrôle des médecins. Le sanatorium était en ce sens le lieu de l'endiguement et du contrôle, dans lequel les malades étaient mis l'abri des travers supposés de leur vie quotidienne et dont la maladie était une manifestation. Il ne faut toutefois pas assimiler ces établissements « fermés » à des établissements « d'enfermement » et la comparaison, plusieurs fois suggérée, avec les asiles d'aliénés, concerne plus leur organisation administrative que leur mode de fonctionnement.

Inversement, le caractère « fermé » des sanatoriums représentait pour certains malades une protection contre un monde extérieur qui, dans une large mesure, les rejetait et les stigmatisait. Le sanatorium s'apparentait alors à un second foyer dans lequel les malades pouvaient mettre en œuvre les méthodes d'hygiène et de prophylaxie les plus adaptés à leur état. Il était également difficile de reproduire avec zèle, après avoir quitté l'établissement, les habitudes hygiéniques apprises au sanatorium. Guinard rapportait ainsi que plusieurs de ses anciens patients furent « menacés de perdre leur place s'ils continuaient à se servir de leurs crachoirs de poche et ils [durent] se résoudre à user de leurs mouchoirs ou à cracher par terre »[1820]. A propos des malades des sanatoriums de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), l'historien Ludovic Pelloux-Lévêque remarque avec justesse que « loin de la suspicion des villes, le sanatorium [pouvait] apparaître comme un havre de paix »[1821]. Mis à l'écart par leurs proches et les milieux professionnels, les malades y trouvaient une communauté d'individus semblables à eux et dont ils partageaient les préoccupations.

Jugés incurables au XIX[e] siècle, les tuberculeux étaient alors livrés à eux-mêmes. Le succès de la méthode hygiéno-diététique marque le retour des phtisiques dans le giron des médecins considérés, nous y reviendrons plus tard, tantôt comme des chefs de famille, à la fois sévères et bienveillants, tantôt comme des pasteurs guidant leur troupeau sur le chemin de la guérison. Pour ses partisans, la cure hygiéno-diététique impliquait une transformation physique et psychique du malade : celui-ci devait non seulement changer ses habitudes et son hygiène de vie mais aussi accepter sa maladie et en prendre pleinement conscience afin d'influer sur son évolution. Fréquemment employée s'agissant du sanatorium, la métaphore religieuse trouve ici son sens. La vie des malades était régie dans ses moindres détails par différents règlements (intérieur, de cure, de promenade, etc.). Ces « règles » ne souffraient aucune remise en question et les pionniers du traitement hygiéno-diététique, notamment Brehmer et Dettweiler, jouissaient, dans l'entre-deux-guerres encore, d'un grand prestige. La méthode allemande prônait une ascèse médicale digne des ordres contemplatifs : discipline, silence pendant la cure, rituel du repas pris en commun, limitation des contacts avec l'extérieur, foi en la guérison. Au sanatorium, rappelaient Croizier et Martin, les malades étaient « destinés à vivre plusieurs mois d'une existence contemplative »[1822] et, pour Isabelle Grellet et Caroline Kruse, l'image de la vie religieuse prenait tout son sens dans les « rituels » qui scandaient, heure après heure, la vie des malades dans les sanatoriums :

> *Stylisée, découpée, rythmée par un spectacle, la cure sanatoriale code les gestes et les objets*, expliquent-elles*. Le régime vécu selon la loi de la névrose devient rituel et l'ironie n'a guère de prise sur cette dévotion. On peut tricher pour la cure en truquant sa fièvre, sa courbe de température, mais pas contre elle. Entrer au sana, c'est entrer en religion. Et la prescription médicale, ordonnance et ordination, énonce la règle : mesurer, manger, s'étendre, attendre et se rouler les pouces.*[1823]

Le malade « sanatorié » avait lui-même la responsabilité de sa guérison, le médecin n'étant là que pour le guider. S'adressant à de jeunes tuberculeuses, en 1940, Lafarge leur recommandait de trouver en elles « la volonté de guérir, la patience et la discipline la plus stricte » afin de mettre à profit les bienfaits de

---

dancings, etc.) ; ce périmètre devrait être de 150 mètres, car le domaine proportionnel au nombre de lits [...] peut être insuffisant en raison de sa disposition, pour protéger le sanatorium dans toutes les directions et assurer la tranquillité nécessaire aux malades pour une bonne cure. » J.O. 7 août 1936, p. 1641.

[1820] Guinard 1925, p. 363.

[1821] Pelloux-Lévêque 2004, p. 32.

[1822] Rapport de Croizier et Martin pour l'implantation d'un sanatorium dans la Loire, s.d. [*ca.* 1937], p.1. A.D. de la Loire, N 1219.

[1823] Grellet & Kruse 1983, p. 121.

« ces nouveaux couvents que sont les sanatoriums »[1824]. La vie spirituelle n'était d'ailleurs pas exclue de ces espaces clos et les sanatoriums disposaient habituellement d'un lieu de prière, voire de plusieurs lorsqu'ils accueillaient des malades de différentes confessions. Von Weltzien estimait en 1903 que « la possibilité [pour le malade] d'accomplir ses devoirs religieux, [devait] être prise en compte » ; il ne lui semblait toutefois « pas envisageable de [les] laisser se rendre dans une église voisine de l'établissement »[1825]. A défaut d'une chapelle, les sanatoriums devaient donc disposer d'une salle de prière ou même d'un simple autel, installé dans l'une des salles de l'établissement et escamotable en dehors des heures de culte. Froides et humides, les vastes chapelles ne convenaient du reste pas aux tuberculeux : celles des anciens séminaires reconvertis en stations sanitaires, puis en sanatoriums, avaient été parfois détruites, comme à Montfaucon. Au sanatorium de Pignelin (Nièvre), le médecin Fié opposait une raison médicale à la fréquentation de la chapelle par ses malades qui « risqu[aient] d'y contracter un refroidissement » ; il demanda la mise à disposition « d'un autre local où, dans des conditions plus hygiéniques, ils pourront accomplir leurs devoirs religieux »[1826]. Pour la prière comme pour toute chose du quotidien, le tuberculeux n'était pas un individu ordinaire.

La « clôture » des malades opérait à également à l'échelle de l'individu vis à vis de ses congénères. Cet isolement résultait des innombrables mesures de prophylaxie individuelle qui tendaient à limiter, tant que possible, les contacts entre les malades, même de même sexe. Déjà soustrait à son environnement familier, le tuberculeux apprenait au sanatorium à se dissocier des autres membres de la petite communauté de malades.

> *Les conseils minutieux apprennent au malade à vivre à l'écart, à tracer autour de lui un cercle imaginaire*, rappellent à ce sujet Isabelle Grellet et Caroline Kruse. *Il doit se tenir à au moins un mètre de son entourage et prendre toutes les précautions nécessaires pour "isoler sa bouche". Il perd l'habitude de mouiller ses doigts pour tourner les pages, de sucer son crayon avant d'écrire, de lécher la partie gommée des enveloppes. Par mesure de précaution il rase sa barbe, et, s'il est pourvu de moustaches tombantes, les fait couper au-dessus de la lèvre supérieure. On obtient peu à peu qu'il se méfie de lui-même, de son corps et des produits troubles qu'il sécrète, salive, sueur, parcelle de crachats qui s'égarent. Il n'ose plus prendre ses enfants sur les genoux ni les embrasser. Il vaut mieux de plus embrasser du tout, décide le Dr Küss, en tout cas pas sur la bouche.*[1827]

Dans les établissements de cure, la mise à distance des corps et la nécessité pour les pensionnaires de s'y conformer était résumée dans la volonté, réaffirmée par Guinard « d'individualisation et d'isolement de tout ce qui touche au malade »[1828]. En 1928, l'écrivain Paul Claudel s'adressait ainsi « non pas à ceux chez qui la maladie n'est qu'un accident, une épreuve momentanée, mais à ceux chez qui elle est une vocation, une conversion définitive de toute la nature ; [mais] aux acclimatés, à ces patients [...] qui n'attendent pas une guérison, mais qui, leur état une fois accepté, tournent sur cette condition étrange qui est la leur, le regard lucide à la fois du chrétien et du savant, et qui sont capables de méditer cette parole substantielle : "mon espérance est du côté de mon attention..." »[1829]. Claudel semblait vouloir distinguer les bons malades, ceux qui avaient une « vocation » pour leur maladie, de ce qui n'étaient malades que par « accident ». Grellet et Kruse voient ainsi dans le sanatorium « le lieu d'un séquestration qui finit par se croire volontaire » : « défini par la clôture, le sanatorium y fonde son système, précisent-elles [...]. Repliés dans leur isolement, les tuberculeux forment une société qui découpe l'espace et le temps selon des

[1824] Discours du Dr Lafarge à l'occasion de l'inauguration du pavillon Laurier du sanatorium de Boulou-les-Roses en Corrèze. Boulou-les-Roses 1940, p. 8.
[1825] „Die Befriedingung des kirchlichen Bedurfnisses darf niemals ganz auser acht gelassen werden. Da dem Besuch selbst ausnahmsweise nahe gelegener Kirchen stets Bedenken entgegen stehen, so begnügt man sich, falls das Verlangen nach einer Anstaltskapelle nicht erfüllt werden kann, mit der Einrichtung eines Betsaales; zum mindesten aber ist des Speisesaal mit einen nischenartigen Anbau für die Ausstellung eines Altars zu versehen. Die gewöhnlich durch einen Rollladen, besser wie durche einen Vorhang, dicht abgeschlossene Nische wird nur bei der Benutzung des Saales zur Abhaltung religiöser Andachten freigelegt". Von Weltzien 1903, p. 137
[1826] Conseil général de la Nièvre, séance du 23 octobre 1937, sanatorium départemental de Pignelin. A.D. de la Nièvre, 4 N 108.
[1827] Grellet & Kruse 1983, p. 205.
[1828] Guniard 1925, p. 51. Pour Guinard, toutefois, la galerie individuelle de cure représentait « l'exagération de l'isolement des tuberculeux et de l'individualisation de la cure », obligeant les malades à passer leur journée seuls sur leur chaise de cure.
[1829] Cité par Laudinet 2000, p. 154.

modalités particulières »[1830] ; elles le comparent au fort du *Désert des Tartares* où les militaires perdent, au fur et à mesure se prolonge leur séjour, « la mémoire d'une vie civile qui, pour eux, n'a plus de sens »[1831]. Le sanatorium était un lieu dans lequel l'immensité du paysage offert à la seule contemplation des malades n'avait d'équivalent que le « resserrement » dans lequel ils devaient s'habituer à vivre et qu'ils devaient s'efforcer de perpétuer à leur sortie de l'établissement afin de protéger leur entourage. D'abord physique, la « clôture » des malades au sanatorium était également psychique, tant le règlement intérieur et la figure tutélaire du médecin les imprégnaient dès leur entrée[1832]. « L'avantage [...] du sanatorium, confirmait Dumarest, c'est la mise en tutelle du malade par le médecin qui peut jouer un rôle sur le système nerveux du tuberculeux, presque toujours d'une extrême impressionnabilité ». La « suggestion chronique » exercée sur les malades n'était possible que dans ce cadre hors normes. L'architecture, dans une certaine mesure, participait de cette « suggestion » en plaçant les malades dans un milieu propice à sa mise en œuvre quotidienne : moyens de contrôle et de surveillance, hiérarchie et organisation des espaces, clarté et simplicité des aménagements étaient autant de médiateurs entre l'autorité médicale et les pensionnaires[1833].

Autre caractéristique de ces établissements, le silence qui y régnait habituellement ne peut que conforter la métaphore conventuelle. Dans les sanatoriums français, le moment le plus important de la journée était la séance de cure qui suivait immédiatement le déjeuner de midi : contrairement aux autres séances de cure, au cours desquelles les malades étaient autorisés à parler et effectuer diverses activités, la première cure de l'après-midi était strictement silencieuse et immobile. Au sanatorium départemental de Savoie, à Hauteville (Ain, 1935), le règlement intérieur précisait que « pendant la cure dite "silencieuse", il est formellement interdit de parler, de jouer ou d'écrire. Le repos absolu est de rigueur »[1834]. Au sanatorium de Clavières, cette cure de silence était également effectuée par une partie du personnel : « toute activité était alors suspendue dans l'établissement » ; tout visiteur qui arrivait au sanatorium à ce moment de la journée semblait pénétrer dans le « château de la belle au Bois-dormant »[1835] dont tous les occupants, du commis de cuisine au médecin-directeur, étaient allongés, immobiles et silencieux, dans les galeries de cure.

Le silence était habituellement de rigueur dans les sanatoriums où l'organisation des espaces et des activités était entièrement planifiée pour satisfaire cette contrainte. En 1903, Von Weltzien précisait dans le *Handbuch der Architecktur* : « le fonctionnement des services ne doit pas perturber le calme de l'établissement et les planchers et les murs doivent être conçus pour éviter la transmission des sons »[1836]. Les services techniques, forcément bruyants, étaient donc refoulés à l'arrière des bâtiments, voire isolés dans des bâtiments annexes. Cette séparation était habituelle dans les hôpitaux mais réalisée avec plus de rigueur encore dans les sanatoriums où le moindre grincement de porte, la moindre vibration de moteur, pouvait perturber le bon déroulement de la cure et à terme, compromettre la réussite du traitement[1837]. D'un point de vue constructif, les architectes avaient grand soin de choisir des matériaux et une mise en œuvre garantissant l'insonorité des ouvrages[1838]. Pour le projet du sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie,

[1830] Grellet & Kruse 1983, p. 110.
[1831] *Ibidem.*
[1832] Cité par Dessertine & Faure 1988, p. 87.
[1833] En Allemagne, la notion d'« établissement fermé » prit une nouvelle signification dans les années trente et, dans certains établissements, les tuberculeux étaient littéralement enfermés, comme au « centre de Stradtroda » en Thuringe, aménagé en 1934, « à peu de frais », dans un ancien sanatorium d'Etat inoccupé. L'établissement – qui n'était pas désigné sous le nom de sanatorium – assurait l'hospitalisation « obligatoire des tuberculeux bacillifères inguérissables » et notamment des « tuberculeux bacillifères antisociaux ». Selon les médecins H. Boeining et F. Heisig, « il était [...] nécessaire d'instituer une section où le malade n'aurait pas le moyen de s'échapper et où une infraction aux règlements ne serait pas suivie d'expulsion. Ce projet n'était réalisable que dans le 3e Reich où le libéralisme individuel est remplacé de plus en plus par l'esprit de masse, grâce au National socialisme, et où l'intérêt général tend à se substituer à l'égoïsme personnel. » Boening & Heisig 1936, p. 313-315.
[1834] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauville-Lompnès (Ain), règlement intérieur, 1935. A.D. de la Savoie, 7 N 61.
[1835] Chaumont 1977, p. 68.
[1836] „Vorhaussetzung hierbein ist, dass des Hausverkehr ohne Störung des Krankenruhe erfolgen kann und durch geeignete Ausfuhrung von decken und Wänden Schallübertragung vermieden ist". Von Weltzien 1903, p. 132-133.
[1837] A Plaine-Joux, Abraham et Le Même justifièrent ainsi l'aménagement des espaces communs (salons et salles à manger) dans un volume distinct du bloc d'hospitalisation : « Ce vaisseau est pour ainsi dire en dehors du corps de bâtiment des étages dont il est isolé comme construction. Il faut que les fêtes puissent y être données sans incommoder les malades ». Dans les sanatoriums Guébriant et Martel de Janville, au Plateau d'Assy, ils adopteront une répartition similaire des espaces de vie commune. Berger 1929, p. 65.
[1838] Dans les sanatoriums allemands du début du XXe siècle, les planchers étaient habituellement constitués de poutrelles métalliques reliées par des voûtains de briques ou des dalles de béton armé. Cette structure supportait généralement « une couche superficielle de béton simple mélangé à des scories de coke pour amortir le son », puis une couche de sable et enfin le revêtement de sol. Si ces

1929), par exemple, les planchers furent « rendus silencieux par le moyen de joints de dilatation et de rupture formant solution de continuité complète et empêchant la transmission longitudinale du son »[1839]. Ces précautions concernaient *a fortiori* les établissements construits en béton armé, matériau plus sonore que la maçonnerie traditionnelle[1840]. Pour des raisons d'isolation thermique et acoustique palier, Léopold Berl recommandait en 1936 l'emploi d'une « ossature métallique avec remplissage en bétons-ponce et bétons cellulaires »[1841]. L'insonorité des bâtiments pouvait être améliorée par le choix judicieux des revêtements : Berl conseillait « de choisir un matériel à sonorité aussi faible que possible si l'on veut éviter que le sanatorium ne soit un foyer de bruit et de vacarme »[1842]. Le service médical devait être l'objet de toutes les attentions car l'auscultation, à l'oreille ou au stéthoscope, de la poitrine des malades, ne souffrait aucun bruit parasite : dans le service médical du sanatorium du Roc-des-Fiz (Haute-Savoie, 1932) les cloisons étaient montées sur un support isolant de « celotex », les poteaux en béton armé étaient habillés de ce même matériau, les montants des huisseries étaient « coincés, haut et bas, sur des *caoutchoucs*, pour éviter tout contact avec les planchers », les menuiseries étaient isolées de leurs feuillures et de leurs pattes par du caoutchouc, toutes les machines de l'établissement, enfin, étaient montées sur des « massifs antivibratiles portés sur cadres en chêne passé au carbonyle reposant sur un lit de sable et vide vertical continu »[1843]. Ce dispositif sera amélioré au sanatorium Guébriant, où les architectes Abraham & Le Même intercalèrent des « manchons de caoutchouc » entre les appareils des services techniques et les tuyaux afin de limiter la propagation des sons dans les canalisations[1844]. Au sanatorium des Genévriers (Doubs, 1939), pour les mêmes raisons, les cloisons intérieures étaient montées en briques « Balisol » de façon à assurant « un maximum d'isolation calorifique et phonique »[1845]. Les revêtements de sols pouvaient améliorer ces dispositifs d'atténuation des bruits[1846].

3.2.2. L'attention portée au cadre de vie des malades : contrepartie à l'enfermement ?

Pour faire accepter aux malades cette « existence méthodique et claustrale »[1847], selon les termes de Guinard, les médecins insistaient continuellement sur le soin à apporter à l'aménagement des bâtiments

---

planchers étaient jugés suffisamment insonores dans la plupart des cas, les sanatoriums de Beelitz disposaient de doubles planchers, sans communication l'un avec l'autre dans le but « d'intercepter complètement le son ». De même, les revêtements de sol, étaient évalués en fonction de leur insonorité. Les « parquets sans joints » et les carreaux d'asphalte comprimés étaient considérés comme les plus efficaces. Schmieden & Boethke 1905, p. 50.

[1839] Berger 1929, p. 66

[1840] Pour le projet de sanatorium départemental de Maine-et-Loire à Boudré (1931), Crevel et Decaux notaient : « Afin de combattre la sonorité des constructions en béton armé, les nervures [...] composant les planchers seront séparées par un vide d'air formant matelas, les plafonds étant fixés sur un lattis en chêne suspendu aux nervures par des armatures coulées en même temps que les poutres » (A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20). A l'hôpital-sanatorium de Lille (Nord, 1936), l'architecte F. Deregnaucourt prit soin d'annoncer que « la question de la sonorité ser[ait] étudiée de très près. La construction devra assurer le maximum d'insonorité car il importe qu plus haut point que les repos des malades ne soit troublé à aucun moment » (A.D. du Nord, 95 J 2384). A l'hôpital-sanatorium Sabourin de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934), « les planchers seront rendus silencieux par le moyen de joints de dilatation et de rupture formant solution de continuité complète et empêchant la transmission longitudinale du son. Un complément s'insonorité sera obtenu par le revêtement du sol » (A.D. du Puy-de-Dôme, X 2271). Au sanatorium d'Aincourt, « les dispositions prises en ce qui concerne le remplissage entre poteaux [...] donnent toute la sécurité [en matière s'insonorisation]. Pour les plafonds, il est prévu entre chaque nervure en béton armé, des éléments creux, moulés à l'avance en béton de scories de mâchefer ou gravier et ciment, donnant un matelas d'air maximum qui amortit tous les bruits » (Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360). Visitant les sanatoriums suisses en 1929, Abraham et Le Même souhaitèrent améliorer l'insonorisation des parquets et linoléum en intercalant une feuille de « arki », « matière à base de varech comprimé très athermane et insonore » entre la dalle et le revêtement de sol. Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 54.

[1841] Berl 1936, p. 16.

[1842] *Idem*, p. 17.

[1843] Abraham & Le Même 1932, p. 17.

[1844] S.a., « Village-sanatorium Guébriant », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, avril 1933, n°3, p. 5.

[1845] S.a., « Sanatorium des Genévriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, fév.-mars 1946, vol. 7, n°55-56, p. 68.

[1846] « Les sols durs répercutent les bruits dus à la marche notamment et le son traverse les planchers, notait Philippe Hettinger, inspecteur de l'enseignement technique, en 1938. Les planchers minces en béton simplement enduits à leur surface inférieure et dont la surface supérieure est constituée par des ciments magnésiens, des dalles, etc., transmettent les bruits tout comme une plaque de métal. Ceux-ci gênent non seulement les malades dans chaque salle, mais aussi ceux de la salle inférieure correspondante. Sur les sols revêtus de linoléum, le choc est absorbé au moment où il se produit. » Hettinger 1938, p. 98. Outre les avantages d'hygiène et d'entretien, le linoléum, par son élasticité et sa souplesse, était unanimement reconnu pour ses qualités insonores. D'autres dispositions pouvaient être adoptées pour limiter la production et la diffusion des bruits : Léopold Berl recommandait ainsi, « pour éviter le bruit autour du sanatorium », « d'aménager les sols extérieurs en béton de goudron et de cailloux, qui est le moins sonore ». Berl 1936, p. 16.

[1847] Guinard 1925, p. 118.

et à la vie quotidienne des pensionnaires. Dès 1902, Wethered insistait sur ce point dans le mémoire qui accompagnait son projet de concours pour le sanatorium Edouard VII en Angleterre :

> *Nous avons conçu l'apparence générale du sanatorium de façon à ce qu'elle soit aussi agréable que possible. Ce point a une grande importance. Les bâtiments construits avec l'aspect austère de baraque ou d'ateliers tendent à exercer une influence déprimante, tandis qu'un bâtiment d'allure joyeuse aura l'effet inverse sur les malades assis en cure, se promenant dans le parc ou revenant de leurs exercices.*[1848]

En 1905, en Allemagne, Schmieden et Boethke jugeaient également « nécessaire de donner aux sanatoriums un extérieur agréable et avenant pour exercer une influence favorable sur le malade impressionnable et déprimé moralement et physiquement. C'est pour cela que la plupart des sanatoriums [allemands] ont un aspect coquet [...] ; des constructions genre fabrique ou caserne sont très rares »[1849]. En France, également, les médecins et les architectes s'efforcèrent d'offrir aux malades un cadre de cure agréable et, au début du siècle, certains architectes optèrent pour le pittoresque afin d'apporter aux malades un semblant de réconfort moral. Dans le projet de village sanatorium qui conçut en 1910, Richter prévoyait une architecture comprenant « beaucoup de bois, des frises aux couleurs gaies, des tentures claires. Partout de l'air, de la lumière, des fleurs aux fenêtres, un toit de vieilles tuiles, une façade bien blanche avec des volets verts »[1850] (ill. 112). La cure de la tuberculose étant particulièrement longue et les tuberculeux étant sujets à d'importantes variations de leur état de santé, Bouloumié inistait en 1917 sur la nécessité de « soutenir le moral du malade et de le prémunir contre le découragement »[1851]. Nous ne nous attarderons pas ici sur la psychologie des tuberculeux[1852] auxquels on attribuait un caractère particulièrement instable[1853]. Le phtisiologue Edouard Rist rappelait que « la condition *sine qua non* de la guérison [...], est le repos absolu, et non pas seulement le repos musculaire et "viscéral", pour ainsi dire, mais le repos moral, intellectuel, émotionnel »[1854] et le sanatorium devait permettre de conjuguer le repos physique au repos « émotionnel » des tuberculeux. Le sanatorium pour femmes de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne, 1934), qui tirait son nom des serres où l'on cultivait les roses, était décrit comme « un établissement où réellement règne la fleur, organe de gaieté et d'espérance, pour des malades presque toujours enclins à l'incertitude et au désespoir », offrant aux malades un cadre de vie situé à l'opposé du modèle hospitalier :

> *Le château et l'annexe sont parés de couleurs claires et vives de sorte qu'ils apparaissent accueillants, gais, telles les "hostelleries" qu'on édifie à Deauville et Bagnoles-de-l'Orne. Tout ce qui est susceptible d'évoquer la maladie ou la tristesse est soigneusement écarté et ces femmes en traitement dont les chaises longues*

[1848] "In designing the general appearance of the sanatorium we have rendered it as pleasing to the eye as possible. We consider this of some importance. Buildings erected on the austere lines of barracks or workhouses would tend to exert a depressing influence, whilst a bright and varied exterior would have the opposite effect on the patients whilst sitting in or walking about the grounds or returning from the prescribe daily exercise." S.a., « The King's Sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, v. 1, p. 46.
[1849] Schmieden & Boethke 1905, p. 109.
[1850] Richter 1910, p. 66.
[1851] Bouloumié 1917, p. 31.
[1852] Isabelle Grellet et Caroline Kruse citent ce passage extrait d'un petit ouvrage de 1911, intitulé *Le rôle de la pensée dans le tuberculose pulmonaire* : « Qu'on voit une personne simple d'esprit dont les frères et les sœurs sont morts tuberculeux, elle n'est presque jamais atteinte de tuberculose. Pourquoi ? Très probablement parce qu'elle n'a pas les mêmes pensées que ses frères et sœurs. Cette personne simple d'esprit pense "plus simplement", voila tout. Elle ne connaît pas la tristesse, ni l'ennui, ni le désespoir. Elle n'a pas de dangereuses pensées, elle n'a pas de mauvaises habitudes mentales ». « repos, calme, sobriété : si les tuberculeux pouvaient aussi éviter de penser, ils ne s'en porteraient pas plus mal [...], concluent Grellet et Kruse. Dès lors, le tuberculeux qui n'a pas eu la chance de naître idiot, devra du moins s'efforcer de le devenir. Il s'entraînera à l'optimise, aura toujours "bon moral", s'abstiendra "de tout acte et de toute pensée d'ordre sexuel". Et s'il ne parvient pas à bloquer complètement le fonctionnement de son esprit, il s'astreindra, en tout cas, à ne penser que "logiquement, sainement et chastement" ». Grellet & Kruse 1983, p. 107.
[1853] Amsler rappelait, en 1929, que « le tuberculeux est un malade chronique, dont la maladie évolue lentement. Et cela explique pourquoi il sera si souvent de caractère instable : s'il est prompt aux espoirs, il sera encore bien plus vite en proie à l'abattement, au découragement. il est extrêmement sensible à toutes les influences qui se manifestent autour de lui. [...] Si je ne craignais de voir déformer ma pensée, je dirais que dans les maisons où se soignent les tuberculeux, il doit régner une ambiance presque de gaieté. Or, si paradoxale que puisse paraître la chose, elle est réalisée dans certains sanatoriums populaires, où l'on sait masquer aux hospitalisés les épisodes tragiques et entretenir une atmosphère de confiance et d'espoir. » Amsler 1929, p. 5. Selon Henri Thoilier : « C'est que leur rythme de vie est désespérément uniforme dans le temps qui s'écoule depuis le réveil jusqu'au repos du soir, par le fractionnement des heures qui partagent la journée entre les repas, les promenades, les distractions, les longues cures de repos à l'air et les soins. Tout dit donc leur être agréable, utile, désiré même pour la commodité et les heures résultats de leur cure. De sorte que tout ce qui touche à l'aménagement, à l'hygiène, à l'entretien, à l'administration, à leur vie matérielle, à leur moral, à leur âme, doit être particulièrement étudié. [...] Le réconfort moral, puissant auxiliaire de la cure, doit être particulièrement étudié dans toutes ses manifestations. Les malades ne doivent pas être malheureux, ni s'ennuyer, ce qui pourrait compromettre le résultat des soins et de la cure hygiéno-diététique. » Thoillier 1947, p. 109-112.
[1854] *Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs*, Limoges, s.n., 1934, p. 43. A.D. de la Haute-Vienne, BR 3404.

avoisinent dans la galerie inférieure, on le prendrait plutôt, de loin, pour des estiveuses de quelque plage, qui empruntent aux rayons solaires des colorations épidermiques variables du jaune d'or au bronze.[1855]

Hésitait quant au « style » à donner au luxueux sanatorium de Plaine-Joux, le médecin Alexandre Bruno demanda en 1917 à Abraham & Le Même de lui dessiner plusieurs variantes : l'une en « style savoyard » avec un bâtiment central entouré de « chalets », l'autre en style « plus rustique, genre anglo-normand comme celui du golf de Saint-Cloud »[1856]. Il ne se déclara toutefois par opposé au « style moderne » qui avait la préférence des deux architectes. Nous pourrions multiplier les citations similaires sur les ambiances recherchées par les médecins pour leurs établissements, privés ou publics : « un aspect gai, lumineux et confortable »[1857] pour le sanatorium de Boudré (Loire-Atlantique, 1929) ou encore « un caractère simple, ouvert et gai »[1858] pour celui de Versailles (Yvelines, 1931). La référence aux établissements hôteliers était alors récurrente, bien que contradictoire avec la conception du sanatorium comme un « établissement fermé ». Selon le programme du sanatorium départemental de Felleries-Liessies (Nord, 1934), l'établissement ne devait avoir « ni un aspect de caserne, ni un aspect d'hôpital mais la forme d'un grand hôtel de tourisme moderne. [...] Chaque chambre, très coquettement meublée [...], ne rappelle en rien la classique chambre d'hôpital, mais bien au contraire la chambre-genre du Touring Club de France que l'on retrouve dans les hôtels de tourisme les plus réputés »[1859]. Une brochure publicitaire décrivait le sanatorium privé d'Enval (Puy-de-Dôme), comme ayant « plutôt l'allure riante d'un cottage que l'aspect triste d'une maison de santé »[1860]. Tout en revendiquant la spécificité du traitement hygiéno-diététique en établissement fermé, les médecins, aidés en cela des architectes, cherchaient d'une certaine façon à en atténuer les particularités. Les allusions à d'autres types d'établissements étaient alors convoquées, qu'il s'agisse de la « ferme provençale » dans le cas du sanatorium départemental des Bouches-du-Rhône ou des hôtels de villégiature dans les exemples que nous venons de mentionner. Le déni du caractère hospitalier des sanatoriums est explicité par un journaliste visitant le sanatorium ouvert en 1932 par l'Assistance publique de Paris à Labruyère (Oise) :

Pour la guérison des tuberculeux, l'état moral du patient est un point capital. L'architecte doit donc collaborer à rendre la tâche médicale proprement dite beaucoup plus facile. Il faut éviter à tout prix que le malade, rendu oisif mais resté toutefois valide, ne verse dans une mélancolie dont les effets seraient désastreux, car c'est dans de telles circonstances que l'expression « s'ennuyer à mourir » prend toute sa force. Il faut que dès l'entrée, le pensionnaire ait l'impression qu'il s'en retournera guéri et que pendant son séjour une vie en commun rende son inactivité très supportable [...]. L'administration a fort bien compris ce côté psychologique essentiel à sa tâche et nous, qui avons visité en détail les bâtiments, pouvons dire : Labruyère, un sanatorium ? Que non pas ; une immense propriété, conçue pour laisser passer largement l'air, la lumière, le soleil, une villa dont l'entrée est riante, dont le réfectoire est une salle à manger, dont les galeries de cure sont des salons de plein air, où l'on vient s'allonger pour converser un peu, dont les dortoirs sont des chambres claires et gaies, Labruyère n'est pas un sanatorium, c'est une maison de campagne où l'on va se reposer parce qu'on est un peu surmené par la vie trépidante de la grande ville et d'où l'on revient complètement rétabli. Et pourtant, si Labruyère est un sanatorium, c'est même un sanatorium modèle et dont la plus grande qualité est justement de ne pas avoir, aux yeux de tous et particulièrement des malades, l'air de ce qu'il est.[1861]

[1855] Rapport au préfet de la Loire-Inférieure du 18 septembre 1934. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT. DPT.41 Loire-Inférieure.
[1856] Lettre du 1er octobre 1927 d'Alexandre Bruno à Pol Abraham et H. J. Le Même. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[1857] Amsler 1929.
[1858] S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 316.
[1859] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1860] Sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs, *op. cit.* p. 11.
[1861] L'entrée de l'établissement était « constituée par un porche flanqué de pergolas aux couleurs chatoyantes et que des rosiers viendront couronner [...]. Joie et guérison rapide, voici ce qu'elle chante à l'oreille du nouvel arrivant ». De Méritens 1933, p. 20.

3.2.3. La couleur comme adjuvant thérapeutique à la cure.

Les photographies en noir et blanc des établissements de l'entre-deux-guerres ne doivent pas nous induire en erreur : la plupart des sanatoriums français ne répondaient pas aux canons esthétiques de l'architecture « internationale » et même ceux des architectes qui revendiquaient le caractère « moderne » de leurs projets renonçaient rarement aux matériaux ou aux mises en œuvre traditionnelles. Dès 1906, l'ingénieur André Turin recommandait d'appliquer sur les sanatoriums construits en béton armé un simple enduit « plâtre aluné, d'albâtre ou de sable mortier afin de donner à la façade une surface aussi lisse que possible »[1862] de façon à donner à l'établissement la gaieté favorable au bien être des malades, qu'il jugeait « compromise » par l'usage du béton armé. Nous n'avons toutefois trouvé aucune indication d'enduits colorés dans les premiers sanatoriums français, pratique qui semble plus courante dans l'entre-deux-guerres. Les indications sur la couleur des enduits extérieurs sont rares dans les documents que nous avons consultés, mais quelques exemples suffisent à déconstruire le mythe d'une architecture blanche, dématérialisée. Au sanatorium départemental du Nord, à Felleries-Liessies (1934), les trois immenses pavillons étaient revêtus d'un enduit « ocre-clair qui les rend sous le soleil particulièrement gais et accueillants »[1863]. Dans le projet d'hôpital-sanatorium de Libourne (Gironde, 1932), l'architecte avait prévu un « crépissage de couleur » sur la structure en béton armé[1864]. Pour les établissements de l'Association des villages sanatoriums de haute altitude, au Plateau d'Assy (Haute-Savoie), les architectes Abraham et Le Même composèrent avec les moyens dont ils disposaient : au sanatorium du Roc-des-Fiz, « aucun crédit n'était disponible pour la décoration » et ils se contentèrent d'appliquer « sur toutes les façades extérieures » une peinture minérale « Silexore jaune, dit bouton d'or, couleur qui s'harmonise très bien avec le fond vert sombre de la forêt »[1865]. Le Même avouera plus tard regretter ce jaune « un peu trop marqué » et aurait préféré « un beige rosé, genre "Terre d'Egypte" »[1866]. Au sanatorium Guébriant, inauguré quelques mois seulement après le Roc-des-Fiz, les crépis furent couverts d'un « badigeon de chaux rose chair » dont l'effet visuel était atténué par les menuiseries peintes en rouge vermillon, à l'exception des grandes baies du rez-de-chaussée et du premier étage, côté nord, qui étaient peintes en « gris perle ». Les garde-corps métalliques étaient couverts d'une peinture « argentée au bronze d'aluminium » et les plafonds des cures, les dessous des linteaux et des auvents d'un « blanc pur pour refléter le plus de lumière possible »[1867]. Le dernier établissement construit par Abraham et le Même au Plateau d'Assy, le sanatorium Martel de Janville (1937), était revêtu d'un badigeon de couleur « terre cuite claire qui "vient bien", comme disent les peintres, sur la neige, comme sur les verdures bleues de la montagne »[1868]. Martel de Janville apportait ainsi une touche ultime à cet ensemble chromatique d'une rare cohérence. A Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), les façades du sanatorium des étudiants étaient peintes en jaune et chaque étage était marqué par une bande blanche horizontale[1869]. Au sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Champrosay (Essonne), les extérieurs, badigeonnés avec deux tons de vert, s'accordaient avec les intérieurs peints en bleu-vert et agrémentés, dans les vestibules d'entrée, d'une frise colorée. « La peinture joue un grand rôle dans les constructions de ce genre, car elle crée une ambiance dont l'influence sur le moral des malades donne naissance à des vives réactions sur leur santé »[1870], pouvait-on litre en 1933 à propos de cet établissement. Les intérieurs, autant que les extérieurs, pouvaient effectivement bénéficier de traitements chromatiques censés profiter aux malades. En 1912, Carrington

[1862] Turin 1906, p. 23.
[1863] Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[1864] Département de la Gironde, ville de Libourne, hôpital-hospice E. Sabatié, construction d'un hôpital sanatorium, rapport de l'architecte, Libourne, 1932. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.29 Gironde.
[1865] Abraham & Le Même 1932/1, p. 18. Selon une publicité de 1926 : « Vous pourrez donner économiquement à vos murs l'apparence et la dureté de la pierre, en les faisant peindre au Silexore. C'est une peinture qui s'applique sur tous les matériaux de construction. Elle les pétrifie, les imperméabilise et les rend inattaquables par les intempéries ». Véry & Saddy 1988, p. 96.
[1866] Propos cités par Véry & Saddy 1988, p. 96.
[1867] S.a., « Village-sanatorium « Guébriant » (La Clairière) à Passy (Haute-Savoie) (1932) », in *L'Architecte,* 1933, p. 17.
[1868] Léandre Vaillat, « Montagnes magiques », in *Le Temps*, 28 décembre 1938, p. 3. Cité par Véry & Saddy 1988, p. 96.
[1869] *Guy Renard*, avril 1957, n°63.
[1870] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay » in *Le Bâtiment Illustré*, n°3, mars 1933.

estimait que « les murs colorés sont plus plaisants à l'œil que le blanc, et tout aussi hygiéniques » [1871]. Il suggérait notamment l'emploi, dans les sanatoriums, d'une couleur « vert olive léger » ou de jaune. Dans une thèse de médecine consacrée à l'architecture et à l'aménagement des sanatoriums, Martin Rideau introduisait le chapitre sur la décoration par ces quelques lignes extraites de *Sébastien Roch*, d'Octave Mibeau : « J'attribue mes déséquilibres et mes tristesses à la couleur du papier de ma chambre d'enfant [...], un horrible papier de couleur sauce brûlée, n'évoquant que d'abjectes comparaisons »[1872]. Si un environnement agressif pouvait être la cause de tant de « déséquilibres », un aménagement correctement conçu devait, à l'inverse, participer au bien être des malades et Rideau accordait un rôle de premier plan à l'aménagement intérieur des sanatoriums :

> *Si l'on admet pour un appartement quelconque [...] que le milieu, l'atmosphère créée par le décor, a une grande influence sur celui qui s'y trouve placé, comment ne pas admettre maintenant que le cadre peut jouer une influence plus grande encore dans un sanatorium, comme dans un hôpital, où l'être risque d'être abandonné de longues heures aussi bien à la médication intérieure qu'à la contemplation la plus minutieuse du milieu extérieur. Plus difficile est de savoir si telle couleur qui nous semblera devoir s'imposer vaudra un semblable mérite à ce qu'elle agira sur le malade d'une façon uniquement physique ou à ce qu'elle pourra lui procurer des satisfactions d'ordre psychique.*[1873]

Il mentionnait notamment une étude américaine dont les résultats avaient permis de discréditer, dans les établissements sanitaires, l'emploi, pourtant systématique, de la peinture blanche, « feue la caractéristique de la propreté et de l'asepsie hospitalière »[1874]. S'en tenant à des considérations générales en matière de couleur dans les sanatoriums, Rideau recommandait « l'emploi d'un ton chaud et neutre » : la couleur « chamois » devait être préférée à toutes les autres car, expliquait-il, elle conserve « la lumière par réflexion et est agréable et reposante aux yeux »[1875]. « Si la couleur présente des avantages intéressants au point de vue de l'esthétique, ajoutait-il, il faut reconnaître également que certaines couleurs produisent des effets physiologiques définis plus marqués chez le malade que chez le sujet normal ». Il mentionnait le cas du *New Passavant Chicago Hospital* dont chacun des étages avait été peint, dans les années vingt, d'une couleur particulière : rose au deuxième, jaune au troisième et au quatrième, bleu au cinquième, vert au sixième, vert à nouveau au septième et au huitième et vert clair au neuvième étage[1876]. Dans le sanatorium féminin Guébriant (Haute-Savoie, 1933), Abraham & Le Même reproduirent ce dispositif chromatique en faisant appliquer au pistolet une peinture de couleur distincte à chaque étage : rose, gris clair et bleu pâle[1877]. Construit dans les années vingt, le pavillon Pasteur du sanatorium des Escaldes (Pyrénées-Orientales) avait quant à lui des chambres peintes de couleur gris-bleu jusqu'à mi-hauteur, la partie supérieure du mur restant blanche. Dans le second pavillon de ce même établissement, construit au début des années trente, le gris-bleu fut remplacé par une teinte ocre, « et la différence d'atmosphère créée par cette unique modification de chambres identiquement conçues, remarquait Rideau, apparaît très sensible : la luminosité de la pièce n'est en rien diminuée et la coloration plus chaude donne l'impression de confort et de luxe grandement supérieur »[1878]. Au sanatorium Chantoiseau, à Briançon (Hautes-Alpes, 1934), les chambres des pensionnaires étaient peintes en rose et en bleu pâle, « les autres teintes produisant un effet blafard sur les figures des malades »[1879], tandis qu'au sanatorium des Genévriers (Doubs, 1939), l'architecte estimait que « les couleurs jaune et vert d'ensemble, toute la gamme des bleus pour le bloc opératoire, sont pour beaucoup dans cette impression [de gaîté paisible, dégagée de toute contrainte] qui a

[1871] Carrington 1912, p. 169.
[1872] Rideau 1932, p. 95.
[1873] *Idem*, p. 95-96
[1874] *Ibidem*. Rideau se référait à la publication *Hospital Jopics ans Buyers*, Chicago, 1930. Selon cette étude « ces effets physiologiques sont le résultat d'une association d'idées et l'exemple du rouge le démontre facilement : le rouge est le signe du danger (drapeau rouge, feu arrière), aussi le rouge stimule les nerfs et n'est donc pas compatible avec l'impression de confort ; l'association d'idées, pourpre et royauté corrobore bien également la démonstration précédente, et même l'association noir et chagrin rend cette couleur incompatible avec la décoration d'une salle ».
[1875] « Nous sommes en opposition avec les théories allemandes (selon Drigalski), qui préconisent de préférence les couleurs froides, gris et blanc, par exemple, ou encore l'emploi de peintures multicolores assurant la réflexion totale de la lumière. » *Ibidem.*
[1876] *Ibidem.*
[1877] S.a., « Village-sanatorium « Guébriant » (La Clairière) à Passy (Haute-Savoie) (1932) », in *L'Architecte,* 1933, p. 17.
[1878] *Idem*, p. 98.
[1879] S.a., « Sanatorium Chantoiseau à Briançon », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, n°9, 1934, p. 83.

une influence sur le moral du malade »[1880]. Au sanatorium Laennec de Dreux (Eure-et-Loir, 1933), les galeries de cure étaient peintes de couleur claire « pour améliorer l'éclairage, surtout l'hiver »[1881].

Pour des raisons de budget, les établissements populaires étaient le plus souvent dépourvus de décors. La nudité des parois était plus rarement assumée comme un choix esthétique et fonctionnel : dans le luxueux sanatorium privé de Sancellemoz (Haute-Savoie, 1931), par exemple, l'architecte Paul-Louis Dubuisson admettait avoir « sacrifié à l'utilité, à la simplicité, à la lumière, à l'aération, au confort. Aucune des parties de l'immeuble de comporte de décoration »[1882]. L'idée selon laquelle la couleur « participe psychologiquement à la cure médicale, à l'extérieur comme au chevet du malade »[1883] prit plus d'importance encore après la Seconde Guerre Mondiale et les sanatoriums des années cinquante présenteront des aménagements chromatiques parfois plus élaborés encore[1884].

En ce qui concerne les décors de façade, les budgets ne permettaient généralement que de ponctuelles ornementations : aux sanatoriums de Bligny (Essonne, 1900-1903), les menuiseries extérieures (corbeaux, portes et fenêtres) étaient peintes en bleu de façon à « rompre » la « rusticité » des bâtiments en pierre meulière de teinte gris-ocre[1885]. Au sanatorium de Chécy (Loiret, 1902), les murs étaient ornés de motifs de brique, peut-être en hommage au principal donateur de l'œuvre[1886]. Les décors sont également rares après la guerre : nous pourrions citer les motifs de céramique appliqués sur la façade principale du sanatorium François Mercier, au Tronget (Allier, 1922, ill. 142), ou les « décorations de briques rouges et blanches »[1887] du sanatorium des étudiants, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1924-1933). Au sanatorium départemental du Petit-Arbois, à Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône, 1936), « de grandes fresques brillantes illumin[aient] et agrément[aient] les frontons » des bâtiments d'hospitalisation. L'architecte Gaston Crevel avait pris soin de coordonner l'ensemble de sa composition en faisant peindre les menuiseries et les tuyaux extérieurs d'un « rouge vif [rompant] définitivement avec la sévérité de pareils bâtiments »[1888]. L'impression générale censée se dégager des établissements était sans doute plus suggestive, pour les malades, que des décorations réalisées ça et là dans les espaces collectifs ou sur les façades des établissements. Les couleurs chaudes appliquées sur les crépis et les menuiseries peintes en rouge des sanatoriums Guébriant et du Petit-Arbois tranchent avec la fadeur actuelle des anciens

[1880] S.a., « Sanatorium des Genevriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, février-mars 1946, n°55-56, p. 68.
[1881] Clairon & Rahili 1994, p. 54.
[1882] Dubuisson 1932, p. 29.
[1883] Pétillot 2004, p. 244. A l'hôpital mémorial de Saint-Lô (Manche, 1945-1948) dont les cloisons contre lesquelles étaient appuyées les têtes de lits étaient peintes de couleurs vives et chaudes, différentes dans chaque chambre, tandis que les autres murs et les plafonds conservaient une teinte neutre, gris clair, pour ne pas fatiguer les malades. Les pièces de service étaient peintes de couleur vives qui projetaient des halos colorés dans les corridors et, dans les salles médicales, une peinture de teinte bleu-ciel était censée provoquer « un sentiment de repos, de détente et de confiance ». *Ibidem.*
[1884] Henri Thoillier, spécialiste de l'architecture hospitalière, insistera en 1950 sur les vertus psychologiques de la « chomothérapie » : « il n'y a plus aucun doute aujourd'hui, expliquera-t-il, que les couleurs jouent un rôle important dans la vie physique de chaque individu, le plus grand nombre d'impressions étant reçues à travers les sens de la vue et la couleur exerçant une très profonde influence sur le cerveau et le système nerveux ». Selon Thoilier, les teintes des pièces devaient être choisies de façon à ne pas fatiguer la vue, en évitant notamment les peintures trop brillantes, mais également en fonction de leur orientation. Il recommandait notamment la couleur ivoire pour celles donnant à l'Est et au Nord, le gris ou le vert pour celles exposées au Sud ou à l'Ouest. Selon ce principe, chaque couleur produit un effet physiologique distinct : le rouge accroît la tension musculaire, stimule la pression sanguine et le rythme de la respiration ; le bleu a l'effet inverse ; le vert combat l'hystérie et l'épuisement nerveux, etc. Thoilier insistait sur le faite que « la couleur peut [...] créer un effet émotionnel sur l'individu et amener des illusions d'optique en altérant la grandeur et la forme des pièces ». Les couleurs pouvaient être choisies en fonction de l'usage des pièces et de l'état de santé des malades : teintes « apéritives » dans les salles à manger, telle la couleur pêche ; coloris chauds pour les convalescents ou teintes plus fraîches pour les malades chroniques. Le rapport de la couleur à l'hygiène effective d'un bâtiment n'était pas oublié par Thoilier qui recommandait, « pour décourager la saleté », de n'utiliser que du blanc dans les recoins et les angles des escaliers. Il se refusait toutefois à indiquer des solutions standard et chaque architecte restait libre d'en faire l'interprétation qu'il souhaitait (Thoilier 1950, p. 44). Au sanatorium des lycéens et collégiens de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1953-1956), l'architecte Louis Sainsaulieu attribuera une couleur distincte à chaque étage du bâtiment : rose au premier étage, bleu au deuxième et vert au troisième. Les malades ne seront toutefois pas, semble-t-il, répartis dans ces étages en fonction de leur état et de l'incidence psychologique que l'on pouvait attendre des couleurs. L'architecte n'attribuait sans doute pas de vertu thérapeutique à ces couleurs qui, à ses yeux, apportaient « aux constructions trop rationnelles de notre époque la compensation, l'humanisation et la gaieté nécessaire. » Sainsaulieu 1954, p. 5.
[1885] Guinard 1925, p. 42.
[1886] Les auteurs de la brochure célébrant le centenaire de l'établissement notent en effet que ce motif est identique à celui existant sur les bâtiments annexes du château de la Bretauche, appartenant au marquis de Saint-Paul, maire de Chécy et qui avait fait don, en 1900, du terrain sur lequel fut construit le sanatorium. « Est-ce un souhait du donateur, une mode de l'époque ou une habitude du pays ? Peut-être un hommage ! », s'interrogent les auteurs pour ébaucher une explication. Les Sablons 2001, p.12.
[1887] Vitoux 1924, p. 1784.
[1888] Castel, note descriptive relative au sanatorium sis aux Milles, Aix-en-Provence, s.d. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.

sanatoriums, endormis dans une torpeur toute hospitalière où domine – à l'encontre des principes de stimulation chromatique du moral des malades – un blanc désespérant.

Les distractions offertes aux malades devaient être suffisamment variées pour faire oublier, tant soit peu, la discipline imposée par la cure. Elles se déroulaient aux heures prévues par le règlement intérieur, dans les salles de réunion des établissements ou dans les « salles de jour ». Certains sanatoriums, comme ceux d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1932) et de Champcueil (Essonne, 1935), disposaient de salles de jeux spécifiquement affectées à cet usage. A Champcueil, les malades pouvaient jouer au billard russe et japonais, tandis qu'à Helfaut, chaque section de 125 lits disposait de dix jeux de dames, deux jeux d'échecs, dix jeux de tric-trac, 25 sous-mains, encriers et porte-plumes pour la correspondance, un appareil de T.S.F. et un appareil cinématographique[1889]. Au sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne, 1934), établissement pourtant public, on alla jusqu'à prévoir l'aménagement de cours de tennis, de parcours de croquet, d'un salon de coiffure et l'achat d'un piano[1890]. Le cinéma fit son apparition très tôt dans certains sanatoriums, dès le début du siècle, même, au sanatorium Félix Mangini à Hauteville (Ain, 1900) dont Auguste Lumière était l'un des administrateurs[1891]. Au sanatorium de Saint-Gobain (Aisne, 1934), la salle des fêtes était équipée, dès la construction de l'établissement, d'une cabine de projection cinématographique[1892]. Après la Seconde Guerre Mondiale, l'assouplissement de la discipline dans les sanatoriums (en raison du remplacement progressif de la cure d'air par les traitements antibiotiques) contribuera à l'amélioration des conditions de vie des malades[1893].

3.2.4. Le déni de la mort.

Indispensable dans un établissement hospitalier, le service mortuaire faisait l'objet, dans les sanatoriums, de toute la discrétion nécessaire au maintien du moral des malades. Schmieden & Boethke rappelaient que dans les sanatoriums allemands du début du siècle la présence d'une « petite chapelle mortuaire » était obligatoire, bien que les sanatoriums n'accueillent pas « des malades d'un état menaçant et que les décès y soient, par conséquent, rares ». « Elle doit être organisée de manière à pouvoir y faire des autopsies et doit donc, avant tout, être bien éclairée »[1894]. Le nombre des décès dépendait étroitement des conditions d'admission des malades et il semble difficile de donner des statistiques générales[1895]. Dans les sanatoriums privés, la direction s'arrangeait en général pour renvoyer immédiatement dans leur famille les malades dont l'état d'aggravait trop fortement ; les décès y était donc relativement rares. En France, les premiers sanatoriums disposaient également d'un service mortuaire, qui devait être aussi peu visible que

[1889] A.D. du Pas-de-Calais, N 1089//9.
[1890] Rapport de l'inspecteur de l'hygiène et de l'Assistance publique du 29 janvier 1934, Situation et conditions techniques et hygiéniques du préventorium de Bellegarde-les-Fleurs (aménagé en vue de la transformation en sanatorium). A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[1891] Dumarest 2006, p. 69
[1892] A Clavières, le cinéma n'arrivera qu'en 1945, au rythme d'une séance hebdomadaire, et sera rapidement supplanté par la télévision, installée dès 1957. Chaumont 1977, p. 69.
[1893] A Clavières un bar sera ouvert en 1960 à l'intérieur même de l'établissement ; les malades pouvaient y obtenir des boissons non alcoolisées et la consommation était limitée par un système de bons. La plupart des établissements, enfin, disposaient d'une bibliothèque, dont la gestion était parfois confiée aux malades eux-mêmes (sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet, sanatorium de Clavières). Leur fond était alimenté par le budget de l'établissement mais aussi, comme à Clavières, par les ouvrages apportés par les malades qui, à leur départ, pour des raisons de prophylaxie, ne pouvaient emporter les livres qu'ils avaient amenés. L'accès aux livres était réglementé et Smith notait que les livres susceptibles de provoquer tout sentiment de « passion » ou d'« excitation » étaient, en Angleterre du moins, soigneusement exclus des bibliothèques des sanatoriums, au prétexte qu' « ils rendaient les patients difficiles encore plus difficiles, notamment les hommes ». Au sanatorium Rhône-Azur (Hautes-Alpes, 1957) le comité des loisirs sera animé par les malades. Durbec 2006, p. 62. Urbain Guinard insistait sur ce qu'il appelait la « psychologie des détails » au sanatorium pour laquelle il distinguait six éléments : « 1° Le cadre, c'est à dire les bâtiments et leur entourage (parc et jardins) ; 2° L'accueil (rôle des médecins et des infirmières) ; 3° Le confort à la salle à manger (la nourriture), dans les chambres et sur les galeries de cure (le voisinage) ; 4° Les soins (leur régularité, leur impeccabilité) ; 5° L'emploi du temps, autrement dit l'emploi des loisirs qui sont en l'espèce des loisirs forcés (les bibliothèques, les auditions de T.S.F., les jeux d'intérieur et d'extérieur, les séances cinématographiques, les spectacles, les divertissement de toute sorte) ; 6° La cure d'entraînement ; Autant d'éléments, *ajoutait-il*, qui font partie des facteurs moraux dont l'influence est considérable sur l'état d'âme, c'est à dire sur les réactions psychiques des malades et partant sur leur état physique. » Cité par Besson 1951, p. 231.
[1894] Schmieden & Boethke 1905, p. 49.
[1895] Au sanatorium de Villeneuve d'Amont (Doubs), on recensait 4 décès pour 201 patients traités en 1920, 3 décès pour 220 patients en 1921, 5 décès pour 221 patients en 1922, 2 décès pour 236 patients en 1923, et 6 décès pour 254 patients en 1924 (A.D. du Doubs, 43 N 5). Au sanatorium de Bellecombe, à Hauteville (Ain), 2 à 6 personnes mourraient chaque année entre 1922 et 1938, ce qui représentait 2 à 7% des départs (Dessertine & Faure 1988, p. 170).

possible. En 1900, Knopf regrettait ainsi qu'à l'hôpital Boucicaut, à Paris, les ascenseurs n'avaient pas été prolongés jusqu'au sous-sol de chaque pavillon – reliés entre eux par une galerie de service –, ce qui aurait permis « de faire passer par les souterrains les civières servant à transporter les cadavres » et évité, ainsi, « le spectacle peu attrayant de les promener à travers les cours et les jardins » sous l'œil des malades[1896]. Pendant la guerre, les militaires tuberculeux mourraient en grand nombre dans les formations provisoires installées pour eux et la gestion des mourants et des morts avait fait l'objet de véritables stratégies censées maintenir le moral des vivants. Dans les baraques de tuberculeux installées en 1916-1917 par l'Assistance publique de Paris, les chefs de service étaient ainsi unanimes sur le fait que, « surtout dans ces services spéciaux, le moribond et la mort [devaient] passer inaperçus »[1897]. Ils s'assuraient notamment que la « sortie discrète des cadavres » s'effectue depuis les pièces de service situées à l'extrémité des pavillons et à l'opposé de l'entrée. Pour éviter que les malades envoyés dans les chambres d'isolement se croient perdus, les médecins allaient jusqu'à feinter en y envoyant des malades peu atteints et dont l'état s'améliorait rapidement : « en les voyant revenir dans la salle commune, les malades se rend[aient] compte qu'on ne les isole pas qu'à l'agonie, qu'on sort vivant, voire amélioré, des salles d'isolement »[1898].

La loi Honnorat et son décret d'application de 1920 ne disent pas un mot sur la gestion de la mort dans les sanatoriums ; rien d'étonnant à cela si l'on considère que ces établissements étaient réservés à des malades « curables » qui, *a priori*, n'avaient aucune raison d'y mourir. Armand-Delille mettait en garde contre « les grands "moritoria" » qui, selon lui, « ne tardent pas à inspirer à toute la population, et en particulier au malade, cela se conçoit aisément, une répulsion invincible qui fait que bientôt personne ne veut y aller »[1899]. Les médecins étaient d'ailleurs unanimes à refuser que les sanatoriums accueillent les tuberculeux proches de la mort. Les décès y étaient toutefois fréquents, en premier lieu parce que les malades admis étaient souvent trop gravement atteints[1900], résultat d'une mauvaise orientation depuis les dispensaires et des scrupules de nombreux médecins à refuser ces malades, mais aussi en raison de la détérioration subite et inexpliquée de l'état de santé de certains malades. Les « accidents » thérapeutiques augmenteront d'ailleurs proportionnellement à l'essor des traitements chirurgicaux risqués touchant un nombre toujours plus grand de malades. Tous les établissements disposaient pour ces raisons d'une chambre ou d'un service mortuaire, de dimensions variables, aménagé le plus souvent dans les sous-sols de l'établissement ou « dans une partie des bâtiments où rien ne doit signaler son existence »[1901].

> *Dans l'intérêt exclusif du moral des pensionnaires en cure, auxquels il importe d'éviter toute impression pénible, cette chambre et son annexe indispensable doivent toujours être dissimulées et reléguées dans une dépendance des sous-sols, d'accès facile, mais où rien ne risque de retenir l'attention. [...] Pour les mêmes motifs de ménagement des malades, aucune cérémonie triste n'a lieu dans les sanatoriums.*[1902]

Examinant, en 1926 le projet d'aménagement du sanatorium interdépartemental d'Yzeure (Allier), le comité technique des sanatoriums déclara « inopportun de créer un local spécial dans un coin du parc pour y installer le dépôt mortuaire » pour la raison que « cet édifice se signaler[ait] par son isolement même » ; il recommanda de « dissimuler ce service dans une partie discrète et convenablement choisie, dans un sous-sol du bâtiment principal » [1903]. Qualifié, dans l'entre-deux-guerres, de « dépôt mortuaire », de « morgue » ou d' « obitoire », le service mortuaire des sanatoriums français comprenait au minimum une salle d'autopsie avec lavabo et sanitaire et une salle d'attente pour les familles. Dans les établissements plus importants et dans les hôpitaux-sanatoriums où le nombre de décès était plus important que dans les

[1896] Knopf 1900, p. 453-454.
[1897] Cordier 1917, *op. cit.*
[1898] *Ibidem.*
[1899] Armand-Delille 1928, p. 844.
[1900] Sur 100 décès survenus à l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne) en 1938, 6 se produisaient dans les 5 premiers jours de l'hospitalisation, 12 entre 5e et le 15e jour, 19 entre 15e et le 30e jour, 11 entre le 1er et le 2e mois, 14 entre le 2e et le 3e mois. « Ainsi, 62% des décès avaient lieu avant trois mois de séjour [...]. C'est assez dire que l'établissement recevait des malades particulièrement grave ». Denivelle 1951, p. 14.
[1901] Guinard 1925, p. 67. Dans l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1936), le dépôt mortuaire, omis dans le projet, fut ajouté en cours de construction en 1934 (A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 319).
[1902] *Ibidem.*
[1903] Lettre du 25 novembre 1926 du ministre de l'hygiène au préfet de l'Allier. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.

sanatoriums de cure, ce service pouvait occuper un bâtiment distinct, généralement isolé du reste de l'établissement, tel celui prévu en 1929 pour l'hôpital-sanatorium Calmette à Lille (Nord)[1904].

Le transport des corps entre leur lit et la chambre mortuaire, faisait l'objet de toutes les attentions, les médecins qui craignaient que cette vision macabre ne perturbe des malades jugés psychologiquement fragiles. Isabelle Grellet et Caroline Kruse rappellent qu'au Berghof – sanatorium où Thomas Mann situait l'action de *La Montagne magique* – le cercueil était apporté de bon matin et l'on ne venait chercher l'« intéressé » qu'à certaines heures, par exemple pendant les repas, « à une heure où l'organisation de l'emploi du temps impos[ait] aux pensionnaires d'être sur la scène et non dans les coulisses »[1905]. Dans le service des tuberculeux des hospices de Montpellier, projeté en 1925, le médecin Bertin-Sans estimait « qu'il serait bon de ménager [...] une porte sur la façade postérieure pour pouvoir enlever les corps sans les faire circuler devant les galeries de cure »[1906]. Le programme du sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique, 1931) prévoyait un dépôt mortuaire « dissimulé le plus possible, ayant une sortie autonome permettant le départ des corps sans passer devant l'établissement »[1907]. Au sanatorium des Petites-Roches à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1933), les corps étaient enlevés pendant la nuit et, à l'hôpital-sanatorium Sabourin de Clermont Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934), les cloisons séparant les chambres du couloir étaient amovibles de façon à pouvoir faire sortir les corps par l'arrière sans avoir à les faire passer devant les autres malades. Dans ce dernier exemple, comme dans d'autres, l'architecte avait pris en compte la nécessité d'épargner aux malades en cure l'angoisse de voir leurs voisins de lits partir ainsi. Les chambres d'isolement qui accueillaient les malades gravement atteints étaient donc fréquemment indépendantes des autres chambres, de façon à ce que les corps puissent être enlevés discrètement[1908] : « jamais dite, la mort est dans l'espace sanatorial littéralement obscène, innommable »[1909].

[1904] « Ce bâtiment sera complètement dissimulé dans la végétation en forme de bosquet à plantes vivaces [...], en dehors de la vue des malades [...]. Devant ce bâtiment : cour de dégagement pour formation des convois. A l'entrée, grand vestibule formant salle d'attente pour les familles, petite salle formant chapelle, salle des morts avec dalles frigorifiques ; accès de cette salle par l'arrière, côté du sous-sol, de l'hôpital et côté opposé à la réception des familles. A proximité : salle d'autopsies, petit laboratoire formant bureau pour le médecin ; au sous-sol, dépôt des bières. » Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre pour malades pulmonaires, exposé descriptif, s.d. [*ca.* 1929]. A.D. du Nord, 96J 1694.

[1905] « La mort est la grande absente de toutes les utopies modernes, de Thomas More à Le Corbusier[...]. Au Pelvoux [dans le sanatorium du roman de Michel Corday, *Les embrasés*], les morts s'en vont au petit jour ; à une heure où l'organisation de l'emploi du temps impose aux pensionnaires d'être sur scène et non dans les coulisses ». Grellet & Kruse 1983, p. 131.

[1906] Projet de création d'un pavillon d'isolement des tuberculeux graves, 27 juin 1925. A.D. de l'Hérault, 1X 366.

[1907] Programme technique de construction d'un sana. de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atl., 1 X 584.

[1908] Pour le sanatorium du Perron, en 1932, Lépine s'exprimait ainsi : « Quant aux chambres d'isolement qui ont été prévues dans les grandes salles, il me semble préférable de les placer au début de celles-ci. En effet, elles serviront fatalement, entre autres, pour l'isolement des mourants. Il vaut mieux dans ces conditions que les malades des salles n'aient pas sous les yeux le spectacle du départ des corps ». Université de Lyon, faculté de médecine et de pharmacie, lettre du 2 août 1932 du Dr Lépine. Archives H.C.L., 2 O 277.

[1909] Grellet & Kruse 1983, p. 131.

3.3. La discipline sanatoriale.

3.3.1. L'assujettissement des malades au règlement.

Nous ne savons pas exactement à quelle discipline étaient soumis les tuberculeux dans les premiers sanatoriums allemands. Pour se démarquer des établissements privés ou des sanatoriums « ouverts », notamment suisses, dont le laxisme en la matière était fréquemment dénoncé par les médecins, il semble que les établissements populaires allemands imposaient aux malades une discipline rigoureuse, jugée d'autant plus nécessaire que la pratique de la cure hygiéno-diététique exigeait le respect scrupuleux d'un emploi du temps calé sur les horaires de cure. Dans le projet de loi sur les sanatoriums de 1901, le député Amodru insistait sur la nécessité, pour le tuberculeux, de se conformer au règlement, « tant dans son intérêt propre que dans celui des personnes qui l'entour[aient] et que l'on [devait] préserver de la contagion »[1910]. Pour Knopf, cette discipline procédait de deux nécessités : « la volonté arrêtée, de la part du malade, de suivre les conseils du médecin ; et de la part du médecin une indulgence extrême pour tout ce qu'il peut permettre à ses malades, une fermeté inébranlable pour tout ce qui leur est préjudiciable »[1911]. Dès leur arrivée dans l'établissement, les malades étaient immédiatement instruits du règlement et habilement convertis à la discipline sanatoriale qui leur était facilement imposée sous couvert d'exigences hygiéniques. Gaussel rappelait en 1909 que, pour bien faire, le médecin devait s'efforcer de « capter la confiance du malade dès le début » afin de faciliter son « acclimatement au sanatorium »[1912]. « Il faut dès le début inculquer dans l'esprit du malade la nécessité d'une discipline ferme, ajoutait-il, et lui montrer que seuls les tuberculeux dociles ont une chance de guérir ». Guinard, pour sa part, jugeait « indispensable que le pensionnaire se sente immédiatement entouré d'affectueuse attention et comprenne que l'existence réglementée qu'on exige de lui, ne restreint sa liberté que dans tout ce qui est nécessaire, pour que la vie en commun soit possible et pour prévenir tout ce qui peut être nuisible à sa santé comme à la régularité de sa cure »[1913]. Dans les faits, la liberté des malades se réduisait au respect scrupuleux du régime de cure ou à l'exclusion de l'établissement. Les règlements intérieurs constituaient d'interminables listes d'interdits, codifiés dans les établissements publics dès la mise en places des structures provisoires pour les militaires tuberculeux en 1915[1914]. Selon le décret d'application de la Loi Honnorat, « un règlement particulier, délibéré par la commission de surveillance, sur la proposition du médecin chef directeur et soumis à l'approbation du représentant de la collectivité, pourvoit à l'organisation et au fonctionnement du service

[1910] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[1911] Cité par Amodru, J.O. 21 juin 1901.
[1912] Gaussel 1909, p. 280.
[1913] Guinard 1925.
[1914] Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat reproduit un *Règlement général* type applicable dans les hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre : « 1° Il est interdit de sortir de l'hôpital en dehors des conditions prévues par le règlement des promenades et des sorties et sans autorisation signée par le médecin-chef. 2° La même autorisation est nécessaire pour les visites aux malades ; celles-ci devront avoir lieu au parloir ou à l'extérieur, de 11 heures à 15 heures, sauf autorisation spéciale. L'accès aux chambres est interdit, sauf dans le cas où le malade est alité. 3° Il est expressément interdit de cracher ailleurs que dans les crachoirs mis à la disposition des malades, individuellement et collectivement. Le mouchoir de poche doit être placé devant la bouche au moment de la toux, mais ne doit, en aucun cas, recevoir d'expectoration. A l'extérieur de la maison, il est interdit de cracher par terre. Les malades, aussi bien que le personnel, doivent veiller à l'exécution stricte du présent article, qui a pour but l'extinction du germe de la maladie. 4° Tous les malades sont astreints à l'annotation journalière de la température [...]. 5° La plus grande propreté et l'ordre le plus parfait sont exigés dans les chambres et dans les vêtements, ainsi que dans la tenue personnelle des malades. Les vêtements ne seront jamais brossés dans les chambres. Les malades non alités doivent aire leur lit. 6° Les malades doivent se conformer aux prescriptions individuelles qui leur sont faites par les médecins, à l'horaire indiqué par l'ordre du jour, ainsi qu'aux divers règlements spéciaux appliqués dans la formation. Les discussions de toute nature, les jeux violents, les jeux d'argent sont interdits, ainsi que le trafic ou l'échange des aliments. 7° Il est défendu de fumer dans la maison et dans les galeries. 8° Il est défendu de séjourner pendant le jour dans les chambres à coucher sans prescriptions spéciales du médecin, ainsi que d'y garder la lumière sans nécessité après l'extinction des feux. 9° Il est défendu d'introduire dans la maison des boissons spiritueuses. 10° L'entrée des machines, des sous-sols, de la cuisine et de ses dépendances, de la lingerie et des différents services généraux, ainsi que des casernements de la formation, est interdite aux malades. 11° Lorsque leur état le permettra, les malades pourront être employés sur l'ordre du médecin chef à certains travaux, notamment aux travaux agricoles ou de jardinage. 12° Les malades sont responsables des objets (crachoir, thermomètre) qui leur sont confiés. 13° Les chambres, les lits, les places à table et sur la galerie sont attribués selon les besoins du service, sans que cette décision puisse donner lieu de la part des malades à aucune contestation ou réclamation. 14° Les malades doivent toujours être polis avec les infirmiers. S'ils ont à se plaindre de l'un d'eux, ils le feront connaître à l'infirmier major de la division. 15° Il est interdit de siffler, de chanter, de faire battre les portes et, d'une façon générale, de faire du bruit dans l'hôpital. Cette prescription est particulièrement rigoureuse avant l'heure du lever et après celle du coucher. 16° Les malades seront rasés régulièrement si leur état le permet, les cheveux seront coupés tous les quinze jours ». J.O. 26 juillet 1917, p. 702.

intérieur »[1915]. Dans les sanatoriums de Bligny, le règlement stipulait qu'« aucun changement à l'existence journalière, ni au régime ne doit être apporté – même dans les détails – sans autorisation ou avis préalable du médecin ». Les pensionnaires étaient « tenus de se conformer à l'horaire des sanatoriums et aux prescriptions personnelles qu'ils reçoivent des médecins [et] doivent accepter, sans récrimination, les observations qui pourraient leur être faites en cas d'oubli, de négligence ou de manquement aux règles de la maison »[1916]. Aucun pensionnaire ne pouvait, du reste, oublier les horaires prévus au règlement dans la mesure où, dans la plupart des établissements, le lever, les repas, les cures et l'extinction des lumières étaient annoncés aux malades par une sonnerie retentissante[1917].

La question disciplinaire était centrale dans les sanatoriums du fait que la tuberculose passait souvent inaperçue des malades d'eux-mêmes. Atteints de symptôme très légers, parfois mêmes indécelables, les tuberculeux, sans être systématiquement rétifs[1918], ne comprenaient pas toujours la nécessité des impératifs thérapeutiques imposés par les médecins.

> *On ne doit pas oublier*, rappelait Guinard, *que les pensionnaires [...] ne sont pas habituellement des malades, au sens précis du mot. A part quelques alités […], l'ensemble des pensionnaires peut,* apparemment, *vivre comme tout le monde, aller, venir, sortir, se promener, se réunir en salle à manger commune, en salle de réunion, etc. [...] Cet ensemble de gens de tous les âges, dont beaucoup ne se sentent gênés par rien, doit, pendant plusieurs mois […], s'astreindre à un genre d'existence en partie fermée, observer scrupuleusement un horaire et des règles de cure qui, en plus de dix heures de lit, comportent six heures par jour d'immobilisation forcée sur une chaise longue.*[1919]

La cure en sanatorium était longue, ponctuée de périodes de stabilisation et d'améliorations discrètes, suivies de crises aiguës ou de rechutes. « Pour se guérir de la tuberculose [...], il y a une lutte à soutenir », notait Sabourin : « cette lutte est souvent très longue, capable d'user les volontés les mieux trempées, de lasser les espérances les plus forcenées »[1920]. Le malade qui ne percevait pas la portée de ses actes quotidiens sur sa santé risquait de compromettre, dès la première incartade, les progrès obtenus laborieusement au cours de nombreux mois de persévérance. Selon Baché, « seule la surveillance étroite dont est entouré le malade au sanatorium lui évitera les imprudences dont les moments de découragement sont souvent les conséquences »[1921]. Les médecins s'efforçaient de justifier cette discipline sanatoriale comme étant « essentiellement d'ordre médical »[1922] et relevant de l'intérêt des malades. Ce mode de fonctionnement fut néanmoins critiqué pour sa rigidité, ce dont Guinard se défendait en 1925 :

> *Ce n'est pas comme on l'a pensé un caporalisme rigide s'exerçant à la manière forte et, sous une surveillance sévère, imposant militairement la réglementation de cure*, expliquait-il. *Cette formule est fausse et n'a jamais existé. La prétendue discipline du sanatorium n'est qu'une direction médicale spécialisée et constante, qui impose au malade la simple obligation d'observer une règle de vie, une ordonnance, dont tous les éléments dérivent de la seule méthode rationnelle de traitement de la tuberculose. Tout, en effet, est d'ordre exclusivement médical dans cette discipline, qui doit s'exercer […] avec douceur, paternellement, en usant de persuasion, mais, cependant, avec fermeté et persévérance, sans admettre jamais le moindre relâchement ni le moindre écart. Cette direction médicale de tous les instants, loin d'être une tutelle obsédante, est un grand bien pour les faibles de caractère, pour les malades enclins au découragement et que*

[1915] J.O. 15 août 1920, p. 12042. En dépit de l'élaboration, par le ministère de l'hygiène, d'un règlement général type censé « servir de guide aux différentes collectivités dans l'élaboration de leur règlement particulier », Gravereaux relevait « une certaine diversité » dans les règlements, « plus ou moins complets », adoptés dans les différents établissements. Gravereaux 1924, p. 51.
[1916] Guinard 1925, p. 154.
[1917] De la même façon, l'historien anglais F.B. Smith relève que, dans les sanatoriums anglais, le programme de la journée était scandé par de retentissants « gongs ». Smith 1988, p. 125.
[1918] En 1917, le conseil général de la Haute-Savoie ne souhaitait ouvrir le sanatorium départemental dont elle projetait la construction qu'aux « malades pauvres qui ne peuvent se soigner chez eux et [aux] malades indisciplinés qui refusent de prendre [...] les moyens de se défendre contre la maladie ou la contagion ». Selon cette conception– que ne sera retenue dans la loi Honnorat de 1919 – les sanatoriums étaient réservés aux malades qui n'avaient pas d'autre alternative pour se soigner et aux malades rétifs à tout traitement. Ce type d'établissement n'aurait donc pas accueilli que des tuberculeux disposés à suivre les prescriptions des médecins et à se conformer aux rigueurs de la cure hygiéno-diététique. Département de la Haute-Savoie, Conseil général, séance du 19 septembre 1917, extrait du registre des procès verbaux des séances. A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 213.
[1919] Guinard 1925, p. 117.
[1920] Baché 1934, p. 81.
[1921] *Idem*, p. 82.
[1922] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville-Lompnès (Ain), Règlement intérieur, 1935. A.D. de la Savoie, 7 N 61.

le moindre incident démoralise. Elle est un grand bien aussi, pour ceux qui ne se rendent pas compte exact de leur état et de la rigueur qu'ils doivent apporter à se soigner, sont prêts à commettre toutes les fautes et toutes les imprudences, sont incapables de se diriger eux-mêmes et de faire, pendant tout le temps nécessaire, une cure méthodique et sérieuse.[1923]

Les médecins savaient choisir leurs arguments pour obtenir l'adhésion des malades : « pénétrés de l'extrême bonheur d'avoir été sélectionnés pour s'y soigner, les malades se doivent d'observer, en échange de la charge qu'ils représentent, une stricte obéissance aux principes de la cure »[1924], relevaient Isabelle Grellet et Caroline Kruse. L'admission en sanatorium s'apparentait alors à « une sorte de récompense attribuée aux phtisiques particulièrement méritants, à ceux que l'on hésit[ait] pas à nommer les "bons malades" »[1925]. Cela se vérifie particulièrement dans les années vingt lorsque le manque de lits obligeait à refuser un grand nombre de malades : en dépit de la sévérité du régime sanatorial, ceux qui étaient admis pouvaient légitimement s'estimer privilégiés. Le règlement intérieur de l'hôpital-sanatorium Laënnec, à Nantes, insistait sans détours sur le privilège accordé aux malades ainsi pris en charge :

Art. 3. Le nombre de lits au sanatorium étant limité, il en résulte que les occupants sont de véritables privilégiés par rapport aux malades en instance d'admission. Tout malade qui refuserait de se conformer aux prescriptions des règlements et aux avis du médecin ou qui se rendrait coupable d'une faute portant atteinte à la bonne marche de la maison, à la discipline, à l'hygiène, à la délicatesse, aux convenances ou à la moralité, peut concourir, suivant la gravité du cas, une réprimande, la suppression du vin ou du tabac ou le renvoi.[1926]

En France, les sanatoriums privés appliquaient des règlements assez similaires à ceux en vigueur dans les établissements publics ou assimilés. Ils souhaitaient ainsi se distinguer des simples maisons de cure pour tuberculeux dans lesquelles la méthode hygiéno-diététique était réalisée avec plus ou moins de rigoureur. Au sanatorium des Graviers (Puy-de-Dôme), une brochure publicitaire de 1934 insistait sur la nécessité d'une « stricte discipline » : « aucune infraction aux prescriptions édictées par le médecin n'est tolérée. Les malades s'y soumettent de très bonne grâce, car ils ont vite compris que cette discipline est la condition indispensable de tout succès en phtisiothérapie et que leur guérison dépend de leur obéissance »[1927]. La réputation des établissements dépendait en effet de l'application rigoureuse de ces méthodes, de même que leur capacité à attirer de nouveaux malades, notamment ceux envoyés par les départements. En 1934, Baché définissait la discipline sanatoriale comme « l'ensemble des conditions matérielles et psychiques qui permettent au malade l'application éclairée et régulière d'un certain nombre de règles nécessaires à la bonne marche de la cure. Pour être vraiment efficaces, ces règles sont suffisamment sévères et exigent du malade un effort de son intelligence et surtout de sa volonté »[1928]. En 1947 encore, Henri Thoilier rappelait que « les libertés individuelles en contradiction avec les principes mêmes de la cure, sont limitées ou même supprimées »[1929]. Cette astreinte au règlement est l'une des principales caractéristiques du mouvement sanatorial. Elle perdura jusque dans les années soixante[1930].

3.3.2. La surveillance des malades.

La surveillance des malades était une préoccupation constante du corps médical qui voyait dans la cure en « établissement fermé » l'unique moyen d'obtenir des résultats thérapeutiques probants. Nous ne savons toutefois pas quelles dispositions spécifiques étaient appliquées dans les premiers sanatoriums populaires allemands et suisses en la matière. La surveillance des malades étant l'affaire des établissements

[1923] Guinard 1925, p. 355.
[1924] Grellet & Kruse 1983, p. 240.
[1925] *Idem*, p. 241.
[1926] Hospice de Nantes, règlement de l'hôpital-sanatorium Laënnec, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 575.
[1927] A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366, p. 19.
[1928] Baché 1934, p. 81.
[1929] Thoillier 1947, p. 111.
[1930] Le règlement du sanatorium Rhône-Azur à Briançon (Hautes-Alpes), ouvert en 1957, précisait ainsi : « Art. 43. Une discipline sanatoriale est indispensable pour que la vie en commun soit facile et pour prévenir tout ce qui peut être nuisible à la santé et à la cure régulière de chaque pensionnaire. Il est donc essentiel que chacun se conforme scrupuleusement aux règles intérieures du sanatorium. Art. 44. Les pensionnaires sont tenus de suivre exactement les horaires de l'établissement [...] ». Durbec 2006, p. 61.

eux-mêmes et de leur médecin-directeur, la loi Honnorat n'aborde pas ce sujet. Dans les établissements créés par les ministères de la guerre et de l'intérieur, des mesures concrètes avaient été édictées pour assurer la surveillance des militaires tuberculeux qui avaient la réputation d'être particulièrement indisciplinés[1931]. En 1917, le règlement intérieur des stations sanitaires stipulait que « chaque malade devra posséder, outre les vêtements ordinaires fournis, un vêtement d'intérieur chaud, de couleur voyante pour faciliter les surveillances »[1932]. Dans les chambres, les médecins comptaient sur l'autodiscipline et le contrôle exercé mutuellement par les malades. Outre « l'immoralité liée à l'intimité de deux malades dans une même chambres »[1933], les chambres à deux lits étaient déconseillées car elles favorisaient les connivences et l'indiscipline des pensionnaires. Au sanatorium Paul Doumer (Oise, 1932), les malades étaient placés dans des chambres de trois lits groupées par deux autour d'un vestibule accueillant également les lavabos. « Un dispositif d'alternance dans une cloison vitrée permet[tait] de disposer, pour chaque malade, un miroir fixe et une vitre »[1934] permettant d'en faciliter la surveillance depuis le vestibule. A chaque étage, la discipline était assurée par une infirmière, logée dans une « chambre de garde ». Lorsque les étages étaient divisés en deux pour accueillir les hommes d'un côté et les femmes de l'autre, la chambre de garde était souvent placée au centre du plan de façon à servir d'espace neutre entre les deux sections[1935]. Comme l'admettait Guinard, les galeries de cure posaient plus de difficultés encore :

> *La surveillance des galeries de cure est celle qui retient le plus l'attention des médecins, car c'est là que se commettraient le plus d'irrégularités si l'on négligeait de passer sur les galeries, à toutes les séances fixées par l'horaire. Il faut que les malades se rendent compte que, pour cette partie importante de leur traitement, on s'occupe d'eux sans relâche et que les médecins ou les infirmières peuvent s'assurer de leur présence et de leur attitude, plusieurs fois, au cours des heures pendant lesquelles on doit les trouver étendus sur leur chaise-longue.*[1936]

Cette surveillance des malades pendant la cure s'exerçait assez simplement dans les premiers sanatoriums populaires dont les galeries de cure étaient adossées au rez-de-chaussée des bâtiments d'hospitalisation. Le rabattement des ailes latérales dans de nombreux établissements du début du siècle – dont les sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville sont les meilleurs exemples – facilitait encore la surveillance depuis la cour ou la terrasse centrale sur laquelle s'ouvraient ces galeries. Nous n'avons pas trouvé trace d'un projet de sanatorium développant un véritable *panoptique antituberculeux* similaire aux typologies carcérales ; certains médecins et architectes, toutefois, tentèrent de structurer formellement leurs projets dans l'idée de favoriser la visibilité totale et permanente des malades en cure. Présenté lors du concours pour le sanatorium Edouard VII en 1902, le projet de Plicque, Charlet et Michel disposait de pavillons de cure formant un arc de cercle autour d'un jardin dont le centre était occupé par la maison du médecin-directeur : les malades étaient ainsi placés sous sa surveillance, du moins symbolique (ill. 97)[1937].

Les contacts entre les malades et le monde extérieur étaient réduits au strict minimum et n'étaient autorisés que dans la mesure où ils contribuaient à maintenir leur moral et à rendre plus supportable leur isolement. Au sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain, 1935), les visites aux malades étaient conditionnées par une autorisation signée du médecin : selon le règlement, « le nombre et la durée de ces visites ne devront pas nuire à la conduite du traitement. Les visiteurs autorisés seront reçus au parloir

---

[1931] Inspectant, en janvier 1917, la station sanitaire de Clavières, Léon Bernard avait relevé « l'absence de toute discipline ; les malades sont abandonnés à eux-mêmes, vont où ils veulent, sortent, fument et témoignent d'un mauvais état d'esprit ; pas d'horaires, par d'heures de cure, pas d'éducation prophylactique, les malades n'assistent jamais à la désinfection des crachoirs. [...] L'établissement ne possède aucune des instructions du ministère de l'intérieur. » Cité par Chaumont 1977, p. 35.

[1932] J.O. 21 juillet 1917, p. 701.

[1933] Au sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs (Haute-Vienne), le comité technique des sanatoriums estima ainsi qu'il y avait « intérêt à prévoir des chambres à trois lits, de préférence à des chambres à deux lits ». Lettre du 30 novembre 1933 du ministre de la santé publique au préfet de la Haute-Vienne, A.D. de la Haute-Vienne, 1X152.

[1934] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment Illustré*, n°3, mars 1933.

[1935] Dans le cas de l'extension du sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1932), Davrinche, chargé d'examiner le projet, jugea défectueux du point de vue de la « surveillance purement disciplinaire », le positionnement de la chambre de garde à l'extrémité du long couloir desservant les chambres. Cette disposition s'était déjà montrée défectueuse dans le bâtiment construit en 1924 et le médecin estima opportun de placer la chambre de la surveillante au centre de la composition. Rapport du Dr Davrinche chargé d'examiner le projet d'extension du sanatorium de Franconville, présenté par MM. Albenque et Gonnot, 13 février 1930. Archives du centre hospitalier de Carnelle à Saint-Martin-du-Tertre.

[1936] Guinard 1925, p. 157.

[1937] *La Construction moderne*, 4 juillet 1903.

ou dans les salles de réunion ». Dans tous les cas, l'accès aux chambres des malades était strictement interdit aux visiteurs, « sauf le cas où les malades visités seraient alités »[1938]. A Hauteville, les visites étaient forcément limitées par l'éloignement de cette station d'altitude. A Bligny, où l'on accueillait essentiellement des malades de la région parisienne, les visites avaient lieu le dimanche et les jours de fête, de dix heures trente à 17 heures. Les visiteurs étaient reçus « dans les salles de réunion ou dans les allées, salles d'ombrage et kiosque abrités, situés dans les alentours du sanatorium, mais non dans les parties éloignées du parc ». Les malades et leurs visiteurs devaient « s'abstenir, notamment, de sortir des chemins tracés et de s'engager dans les taillis et les sous-bois »[1939]. Dans d'autres établissements (sanatoriums de Champrosay et de la Savoie), les visites ne pouvaient avoir lieu que dans des « parloirs » aménagés spécifiquement à cet effet à l'entrée de l'établissement. Comme dans les internats, les établissements religieux et les hôpitaux, les « parloirs » interdisaient au pensionnaire tout relâchement – moral et disciplinaire – en même temps qu'ils maintenaient les visiteurs à distance, les empêchant de s'immiscer dans la vie de l'établissement. S'agissant des sanatoriums, ce dispositif permettait d'éviter tout accès émotionnel en même temps qu'un renoncement, même bref, aux principes hygiéniques imposés par le règlement. D'un point de vue prophylactique, il limitait également le risque de contamination des visiteurs extérieurs. Selon Guinard, ces visites ne profitaient d'ailleurs guère aux malades :

> *A qui douterait de l'utilité de ces restrictions, nous conseillons de suivre les courbes de température des malades, et ils verront que, pour la généralité d'entre eux [...] les dimanches avec visites sont toujours signalés par un mouvement fébrile ou subfébrile, qui se poursuit jusqu'au soir, parfois jusqu'au lendemain. Ces élévations de température s'observent même chez les sujets qui n'ont pas bougé, ont reçu leurs visiteurs sans sortir du lit ou restant assis en fauteuil.*[1940]

Les autorisations de sortie de l'établissement étaient plus difficiles encore à obtenir car elles constituaient une parenthèse – mal venue – dans le cadre disciplinaire et hygiénique patiemment construit autour du malade. Au sanatorium départemental de la Savoie, elles n'étaient accordées qu'« à titre exceptionnel et sur motifs valables », aux seuls malades en état de voyager. Selon le règlement : « le médecin-directeur est seul juge de l'opportunité et de la durée de ces permissions, qui en aucun cas n'excéderont cinq jours »[1941]. Les journées d'absence des malades n'étaient de toutes façons pas déduites de leurs frais de séjour. A Bligny, le règlement prenait la forme d'une mise en garde : « les absences et interruptions de cure sont toujours très préjudiciables à la bonne marche du traitement; voila pourquoi, à moins d'un motif grave ou d'un cas de force majeure, l'administration ne tolère et n'accorde, habituellement, ni permission, ni congé, avant trois moins de séjour bien complets »[1942]. Rarement accordées, ces permissions ne dépassaient pas quatre jours consécutifs à Bligny et, pour ne pas perturber la bonne marche des établissements, elles ne concernaient que six malades au maximum par bâtiment.

Dans les hôpitaux-sanatoriums et les services urbains de tuberculeux, les malades bénéficiaient d'un régime de visite moins restrictif, proche de celui des hôpitaux. Dans les hôpitaux-sanatoriums de l'Assistance publique de Paris, à Champrosay ou à Champcueil, les visiteurs étaient admis chaque jour et les heures de visites étaient annoncées, comme les séances de cure, par des « timbres puissants » résonnant dans tout l'établissement. A l'hôpital-sanatorium Laënnec de Nantes, elles avaient lieu deux fois par semaine, le mercredi et le dimanche de treize heures trente à 15 heures. Le règlement prévoyait également que « seuls les proches parents des malades dont l'état est inquiétant seront admis à faire une petite visite en dehors des jours et heures réglementaires »[1943]. Mais dans ces établissements comme dans les sanatoriums, les permissions étaient aussi réduites que possible[1944].

[1938] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville-Lompnès (Ain), règlement intérieur, A.D. de la Savoie, 7 N 61.
[1939] Guinard 1925, p. 152.
[1940] *Idem*, p. 163.
[1941] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville-Lompnès (Ain), règlement intérieur, A.D. de la Savoie, 7 N 61.
[1942] Guinard 1925, p. 152.
[1943] Hospice de Nantes, règlement de l'hôpital-sanatorium Laënnec. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 575.
[1944] L'article 2 du règlement rappelait ainsi : « Dans un établissement où les malades ont la possibilité de recevoir leurs familles deux fois pas semaine, les permissions de sotie doivent être exceptionnelles. Elles seront accordées par l'Administrateur sur le visa du médecin, mais seulement pour des motifs reconnus valables. Les sorties ne pourront avoir lieu qu'entre les deux distributions. Pour

3.3.3. La non-mixité, principe de base de la conception sanatoriale.

La séparation des hommes et des femmes était l'un des principes les plus inflexibles de la doctrine sanatoriale. En Allemagne, Schmieden et Boethke notaient en 1905 que « la plupart des sanatoriums populaires reçoivent exclusivement, les uns, des hommes, les autres, des femmes. Ceux qui reçoivent des malades de deux sexes sont rares »[1945]. Les établissements allemands furent les premiers à répartir les malades des deux sexes dans des bâtiments distincts réunis au sein d'un même établissement : en 1900, le sanatorium masculin d'Albertsberg (Tscharmann architecte, 1897) fut augmenté d'un second bâtiment parfaitement identique et réalisé par le même architecte, le sanatorium de Carolagrün, réservé aux femmes[1946]. Il en était de même dans les sanatoriums berlinois de Beelitz (Schmieden & Boethke architectes, 1902) ou dans le sanatorium hambourgeois d'Edmundsthal (Haller & Geissler architectes, 1899). A Marzell, les sanatoriums Friedrichsheim et Lusienheim (Schweighardt architecte, 1899), contenaient respectivement 170 lits pour hommes et 130 lits pour femmes ; ils étaient reliés par un tunnel et avaient une direction médicale unique[1947]. Dans les sanatoriums anglais, le principe de non-mixité était également appliqué mais, selon l'historien F.B. Smith, les malades avaient l'occasion de se rencontrer au cours des jours fériés et des fêtes déclarés « *Mixing days* »[1948].

En France, la séparation des sexes était une règle absolue « dictée par la morale dominante »[1949]. La peur de la mixité dans les établissements de cure faisait écho au portrait – largement fantasmé – décrivant les phtisiques comme des malades alanguis, brûlants de fièvre et dont la maladie stimulait, soit-disant, l'appétit sexuel. Meinel estimait en 1898 que :

> *[...] la séparation des établissements d'après les sexes est opportune. Cela se comprend, si d'un côté l'on considère l'éréthisme* [excitation] *sexuel des phtisiques, de l'autre l'âge de la grande majorité des pensionnaires, le défaut de la sensation du mal chez la plupart d'entre eux en rapport avec la période de leur maladie, [...] le séjour fréquent au-dehors par le fait des promenades et des occupations de travail, pendant lesquels une surveillance particulière fait défaut pendant un laps de temps plus ou moins long.*[1950]

Latham, lauréat du concours de 1902 pour le sanatorium Edouard VII, était plus explicite encore:

> *Il n'y a aucun doute que des malades ayant l'esprit peu occupé et qui, dans la plupart des cas, manifestent un tempérament érotique, sont sujets à une tentation sexuelle considérable dans un sanatorium. [...] L'excitation sexuelle provenant de cette tentation a, en général, des conséquences fatales sur les progrès de la cure et [...] nous sommes convaincus que les chambres [...] des malades des deux sexes doivent être autant que possible séparées afin d'éloigner cet objet de tentation.*[1951]

L'« éréthisme » supposé des tuberculeux donnait une raison supplémentaire aux médecins de faire appliquer le règlement le plus strict, et aux architectes d'imaginer tous les dispositifs susceptibles de contrer, matériellement, le penchant naturel des malades pour les « intrigues de palais »[1952]. La littérature, et plus particulièrement celle dite « de sanatorium », trouva dans ce thème de quoi nourrir l'imagination des lecteurs et ancrer durablement dans le public le mythe des *Embrasés*, selon le titre évocateur du roman de

---

ceux qui ne seront pas rentrés à l'heure du service, aucun repas ne sera réservé et des sanctions pourront être prises. » Hospice de Nantes, Règlement de l'hôpital-sanatorium Laënnec, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 575.

[1945] Schmieden & Boethke mentionnaient quatre sanatoriums mixes : Belzig, Neuenkirchen, Oberkaufungen et Ruppertshain.

[1946] Schmieden & Boethke 1905, 82-84.

[1947] *Idem*, p. 66 et 97.

[1948] Les malades se rangeaient alors en deux lignes faces à face dans le hall et mélangeaient lorsque sonnait la cloche. Après une heure ou deux de jeux, de conversation et de thé, la cloche retentissait à nouveau marquant la fin des festivités. Smith rappelle que les deux tiers des malades admis dans les établissements anglais avaient une vingtaine d'années et autant étaient célibataires ; il ne trouve donc étonnant que les femmes n'aient eu, selon des études menées dans les années trente et quarante, pour principaux sujets de conversation les hommes et la tuberculose, et les hommes, le sexe et a tuberculose. Smith 1988, p. 119.

[1949] Guillaume 1986, p. 235.

[1950] Meinel 1898, p 23.

[1951] "There can be no doubt that patients who have comparatively little to occupy their minds and who in many cases are of an erotic temperament must be liable to considerable sexual temptation at a sanatorium. [...] The sexual excitement which is engendered by such temptation is in most cases fatal to the progress of recovery and, without labouring the point, we are convinced that the individual bedrooms of the two sexes should be separated as much as possible in order that this source of temptation may be removed as far as it may be." S.a., « The king's sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, volume 1, p. 7.

[1952] Dumarest 1897, p. 40.

Michel Corday[1953]. Guinard, dont l'influence ira grandissante tout au long des années vingt en matière de conception sanatoriale, prétendait ne pas souscrire à cette vision romanesque du tuberculeux.

> *Le sanatorium mixte est toujours défectueux, [...] non pas en raison de certains penchants affectifs que l'on croit, à tors, être caractéristiques des tuberculeux, et qui les fait qualifier, faussement, « d'embrasés », mais parce qu'il est toujours regrettable de réunir dans un même établissement, et pour un temps assez long, des hommes et des femmes, des jeunes gens et des jeunes filles, dont l'existence journalière doit être soumise à une grande régularité, dans le plus grand calme, et pour qui toute préoccupation autre que de se soigner est un inconvénient, parfois un danger.*[1954]

Nous ne nous attarderons pas sur ces observations tant il est difficile de distinguer les arguments purement moraux de ceux, plus pragmatiques, liés au fonctionnement des établissements. Les médecins craignaient effectivement que la discipline de leurs établissements ait à pâtir de l'irruption d'un élément perturbateur – incarné par le sexe opposé – parmi leurs malades. A ce propos, Guinard ajoutait avec malice – et un soupçon de misogynie – que c'était « particulièrement du côté des femmes, que la surveillance [devait] s'exercer avec le plus de vigilance »[1955].

Dans les établissements mixtes, tous les subterfuges avaient donc été mis en place pour éloigner les hommes des femmes et empêcher leur rencontre, fortuite ou intentionnelle. Le moyen le plus efficace consistait à répartir ces deux catégories de malades dans des pavillons distincts, relativement distants les uns des autres. Au sanatorium d'Edmundsthal, en Allemagne, le bâtiment des hommes était situé à 1.500 mètres de celui des femmes et les deux sections étaient séparées par une clôture en fil de fer de deux mètres de haut. Dumarest notait en 1897 que les établissements constitués de pavillons séparés facilitaient grandement la séparation des sexes[1956]. Guinard, de son côté, se félicitait qu'à Bligny, « grâce à la possibilité de partager notre grand parc, en établissement une zone neutre, bien surveillée, en en combinant de plus, des intercalations d'horaires, pour les cures et les promenades, nous sommes arrivés [...] à éviter, de ce côté, les écarts de discipline et les communications fâcheuses »[1957]. Dans son projet de village sanatorium, en 1910, Richter prévoyait de placer les pavillons des célibataires, hommes et femmes, à « deux emplacements diamétralement opposés », tandis que chacun des six quartiers aurait été « complètement séparé des autres soit par la rivière dont les ponts peuvent être fermés et ouverts à certaines heures, soit par des clôtures »[1958]. En Italie, Davide del Curto rappelle les hésitations suscitées par la séparation des sexes dans les établissements créés par loi sur l'assurance contre la tuberculose en 1928 : « Aux petits établissements de province, contenant jusqu'à 120 lits, la séparation horizontale des sexes convenait mieux ; elle permettait de ne disposer que d'un ascenseur et d'un escalier. Cette disposition restait toutefois imparfaite car elle offrait une certaine promiscuité et il lui fut finalement préféré la division verticale en deux ailes »[1959].

[1953] Michel Corday, *Les embrasés*, Paris, Fasquelle, 1902, cité par Grellet & Kruse 1983, p. 249. Nous reproduisons ici un passage de cet ouvrage, également cité par Isabelle Grellet et Caroline Kruse : « [...] le soin partout affirmé, absolu, de séparer les hommes des femmes, frappait surtout Pélerin [malade récemment entré au sanatorium]. Dans les chambres, dans les galeries de cure, les deux sexes occupaient deux ailes distinctes. Dans la salle à manger, dans le jardin, une allée centrale les isolait comme au catéchisme. Et Pélerin remarquant tout haut ce constant souci :
– C'est dans leur intérêt, dit Blanchard [le médecin]. Il faut les défendre contre eux-mêmes. Surtout dans leur état. Ils échangent des regards, des gestes de baisers, des billets même, ce qu'ils peuvent les pauvres diables.
Bien plus, ils étaient prisonniers. Même pour une courte promenade au dehors, l'exeat du médecin était nécessaire. Et là encore les hommes et les femmes ne pouvaient se rencontrer, car les jours de sorties en montagne étaient alternés.
– C'est un cloître, dit Pélerin.
– Oui, c'est pour leur salut dans cette vie, répliqua Blanchard. »

[1954] Guinard 1925, p.28.

[1955] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 16.

[1956] Dumarest 1897, p. 40.

[1957] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 17. Guinard précisait encore que les horaires des femmes « diffèrent de façon à « intercaler, au maximum, les heures des principaux exercices de la journée, de manière que les promenades des pensionnaires hommes coïncident avec les séances de cure de repos, chez les femmes et vice versa », de façon à maintenir le « calme désirable et le repos complet, physique et moral ». Guinard 1925, p. 144.

[1958] Richter 1910, p. 65.

[1959] "Nei piccoli istituti di provincia fino a 120 posti si considerò dapprima più conveniente procedere con una suddivisione orizzontale per piani che avrebbe richiesto un solo vano scala e un solo ascensore; tuttavia questo tipo di suddivisione sarebbe sempre risultata imperfetta e avrebbe inevitabilmente dato luogo a circostanze promiscue e si preferì pertanto seguire la consuetudine di dividere verticalmente l'edificio in due ali, maschile e femminile." Del Curto 2005, p. 338.

En France, les établissements populaires créés autour de 1900 étaient réservés, soit aux femmes (Sanatoriums d'Oissel, du Petit-Fontainebleau), soit aux hommes (sanatoriums Despeaux-Rubod, de Chécy). Seule exception cette règle : le sanatorium des instituteurs de Sainte-Feyre (Creuse, 1904) accueillait les hommes et les femmes dans le même bâtiment, mais l'on considérait que ces pensionnaires étaient suffisamment éduqués et disciplinés pour rendre la mixité admissible[1960]. La séparation des sexes constituait l'un des principaux facteurs d'organisation spatiale des établissements de cure : Sainte-Feyre (où la mixité était socialement admise), Angicourt et Bligny (établissements pour hommes) ne comprenaient qu'un bâtiment unique, tandis que les sanatoriums d'Hauteville, de Lay-Saint-Christophe (dans sa version initiale) ou le projet d'Artaud et Chérier pour le département de l'Aisne, tous mixtes, étaient organisés en pavillons distincts groupés autours des services centraux. Dans le projet du sanatorium départemental de la Loire-Inférieure, à la Marlézière (1905, non réalisé), les hommes et les femmes devaient occuper les deux ailes d'un même bâtiment, mais, pour parer tout risque de communication, ne serait-ce que visuelle, ces ailes étaient rabattues vers l'arrière (plan 44-03). S'agissant des sanatoriums d'Oissel et de Chécy, nous ne savons pas si les programmes initiaux prévoyaient la cohabitation des deux sexes : partiellement bâti, Chécy était réservé aux hommes, Oissel aux femmes.

Avant l'ouverture, en avril 1909, du sanatorium féminin du Petit-Fontainebleau, il n'y avait à Bligny qu'un seul sanatorium, réservé aux hommes. Entre 1907 et 1909, Guinard avait tenté d'ouvrir une section pour femmes dans le sanatorium Despeaux-Rubod : six à huit femmes avaient été logées dans des chambres dont « l'isolement relatif » (elles étaient situées dans les pavillons d'intersection et au dernier étage du pavillon ouest) laissait espérer que la tranquillité de l'établissement n'en serait pas perturbée. Une extrémité de la galerie de cure leur avait été réservée ainsi qu'un petit espace, « placé en retrait, entre les monte-plats », dans la salle à manger. « Cette tentative, résumait Guinard, bien qu'il n'y eût rien de trop sérieux à retenir au point de vue discipline, nous a convaincu et démontré une fois de plus que, même réduit à quelques unités, le voisinage des deux sexes, dans un sanatorium, ne doit jamais être toléré. Le sanatorium mixte est une erreur »[1961]. Une tentative similaire de mixité sera réalisée « à titre d'essai et provisoirement », vers 1929, au sanatorium des Postes, installé dans l'ancienne station sanitaire de Montfaucon[1962], mais ne sera pas prolongée bien longtemps ; l'établissement n'accueillait plus que des femmes au début des années trente.

En France, les établissements privés pour malades payants se distinguaient des sanatoriums suisses par une application plus stricte du principe de séparation des sexes. Il s'agissait sans doute d'une question de standing : les sanatoriums suisses attiraient une clientèle huppée à laquelle les « médecins-hôteliers » ne souhaitaient pas ôter les plaisirs de la vie bourgeoise ; les établissements français s'adressaient à des catégories de malades moins fortunées et calquaient leur mode de fonctionnement sur celui en vigueur dans les établissements publics[1963].

En France, Guinard était l'un des plus farouches adversaires de la mixité dans les sanatoriums. Associé en 1917 à la commission médicale chargée d'élaborer le projet du sanatorium de l'Association métallurgie et minière contre la tuberculose, il s'était emporté contre les variantes d'établissements mixtes conçues par Küss et Fournez, jugeant ces dispositions « inadmissibles, aussi bien pour les malades des classes riches ou aisées que pour les clients habituels des sanatoriums populaires »[1964]. La loi Honnorat du 7 septembre 1919 et le décret d'application du 10 août 1920 donnèrent une base légale à la séparation des sexes dans les sanatoriums français. L'article 8 du décret de 1920 précisait notamment que « les sanatoriums publics seront, *autant que possible*, réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver à chaque sexe des bâtiments séparés, situés à

[1960] Siney-Lange 2004, p. 69.
[1961] Guinard 1925, p. 17.
[1962] *Bulletin du C.N.D.T.*, 1929, n°3.
[1963] Au sanatorium de Saint-Chély-d'Aubrac (Aveyron, 1895), par exemple, les hommes et les femmes étaient logés dans des ailes distinctes : « A droite la galerie de cure des hommes ; à gauche celle des dames. Ici commence la séparation des sexes que la discipline du sanatorium exige d'une façon absolue et nous la retrouvons à tous les étages. Cette discipline est indispensable pour garantir [...] les bons effets d'une cure ; et nous avons pu constater que partout où elle n'est pas appliquée, l'autorité du médecin sur le malade diminue, pour le plus grand dommage de ce dernier. » *Revue du Touring Club de France*, 1904, cité par Cransac 2004, p. 38.
[1964] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 16.

distance les uns des autres et ayant chacun un lieu de promenade distinct »[1965] (c'est nous qui soulignons). La formule « autant que possible » autorisait une certaine souplesse dans l'application de cet article et l'article 12 du même décret permettait aux sanatoriums existants de « ne pas réunir toutes les conditions » exigées par la loi pour les nouveaux établissements. Les autorités estimèrent rapidement que ces possibilités de dérogation rendaient le texte trop peu contraignant, notamment en matière de séparation des sexes ; en 1924, un décret modificatif institua que « les sanatoriums qui reçoivent des adultes ou des enfants de plus de 14 ans *doivent* être réservés à des malades du même sexe. Ceux qui recevront, en vertu des dispositions exceptionnelles de l'article de 12, des adultes ou des enfants de plus de 14 ans, des deux sexes, *doivent* justifier que des quartiers séparés, avec des lieux de promenade distincts sont réservés à chaque sexe »[1966]. Simple recommandation à l'origine, la séparation des sexes prenait dès lors un caractère obligatoire : les dérogations prévues à l'article 12 pour les sanatoriums existants étaient réduites et seuls les établissements pour enfants bénéficiaient d'une certaine tolérance en la matière.

Cette évolution peut s'expliquer par les mutations alors en cours dans les anciennes stations sanitaires transformées, pour la plupart, au début des années vingt en sanatoriums départementaux et qui constituaient, en 1924 encore, l'essentiel de l'équipement sanatorial français. Farouche adversaire de la mixité, Guinard déplorait ainsi, en 1924, « les nombreuses tolérances ou exceptions » admises à l'article 8 du décret de 1920[1967]. Nous avons déjà souligné que les anciennes stations sanitaires, une fois reconverties en sanatoriums départementaux, accueillaient encore un grand nombre d'anciens militaires tuberculeux, jusqu'à la fin des années vingt au moins. La cohabitation entre ces malades et les tuberculeux pris en charge au nom de la loi Honnorat, notamment des femmes, n'allait pas sans poser de problèmes. L'obligation apportée par le texte de 1924 était sans doute inapplicable et les nouvelles créations de sanatoriums étaient encore trop peu nombreuses pour pouvoir se passer des anciennes formations militaires : cette disposition eut à peine le temps d'être mise en oeuvre par les établissements concernés qu'elle était abrogée par un décret de 1927 qui revenait au texte initial[1968]. Signe qu'il s'agissait d'un sujet sensible, une nouvelle modification du texte fut réalisée en 1932 pour renforcer la séparation des sexes dans les sanatoriums : le décret du 30 mai 1932 se contentait de supprimer la mention « autant que possible », figurant dans le texte de 1920, pour donner un caractère obligatoire à l'hospitalisation des hommes et des femmes dans des établissements distincts. Les sanatoriums existants avaient toutefois peu de moyens pratiques pour assurer la séparation effective des hommes et des femmes et beaucoup choisirent de n'ouvrir leurs portes qu'à l'un ou à l'autre des deux sexes. Les collectivités qui disposaient de deux établissements de cure (cas assez rares à la fin de la guerre) purent facilement les affecter distinctement aux deux sexes. Cette contrainte de non-mixité put également inciter les départements à compléter leurs structures insuffisantes : ainsi, dès 1920, le département de l'Hérault fit ainsi le choix de réserver le sanatorium de Bon Accueil, ouvert en 1912, aux seules femmes et de créer un second établissement pour les hommes, ce qui sera chose faite en 1924 à l'ouverture du sanatorium Bellevue à Montpellier[1969].

3.3.4. L'éducation sanitaire des tuberculeux.

Les médecins allemands avaient été les premiers à considérer le sanatorium comme un instrument nécessaire à l'éducation hygiénique des tuberculeux. Ils étaient conscients que les établissements populaires ne s'adressaient pas aux mêmes populations que les établissements privés ; il était donc essentiel d'inculquer aux classes ouvrières les conseils d'hygiène et de prophylaxie nécessaires au bon déroulement de la cure. En 1898, Meinel insistait sur la pédagogie qui devait être pratiquée dans les sanatoriums à l'attention des malades :

[1965] J.O. 15 août 1920
[1966] J.O. 22 octobre 1924, p. 9159.
[1967] Guinard 1925, p. 28.
[1968] J.O. 15 décembre 1927, p. 12827.
[1969] Lettre du 27 nov. 1920 du préfet de l'Hérault au président et aux membres du conseil général. A.D. de l'Hérault, 1X434.

Ce qui [...] peut être enseigné à un patient des classes aisées par une simple explication, fera, pour le pensionnaire du sanatorium des classes ouvrières, pour ainsi dire l'objet d'un cours élémentaire d'hygiène, [à] *savoir : sur le traitement de la peau, sur les soins qu'exigent les expectorations, sur les mesures à observer par rapport à l'air frais, sur le genre de travail et de nutrition, de distraction et de récréation [...].*[1970]

Les médecins français avaient intégré dès les années 1890 cette double vocation, les sanatoriums étant à la fois des établissements de cure et de prophylaxie. En 1895, selon Knopf, le sanatorium devait tout mettre en œuvre afin « de guérir le malade, de l'instruire [...] et de lui donner des instructions hygiéniques qui l'empêchent de venir une source d'infection pour les autres »[1971]. Cette conception était largement répandue à la fin du XIX[e] siècle lorsque Daremberg déclarait que « le sanatorium est l'école mutuelle des tuberculeux ». Si la question de la valeur thérapeutique du sanatorium faisait l'objet d'interminables polémiques au début du XX[e] siècle, les médecins étaient au moins unanimes sur son rôle positif en matière d'éducation hygiénique des malades. En 1901, Mosny plaidait en faveur d'un sanatorium conçu comme un « établissement de cure et [une] école de prophylaxie » :

Le sanatorium est un établissement de cure où tout tuberculeux jugé curable doit faire le stage nécessaire à l'amélioration de sa santé et suffisant à son éducation thérapeutique, expliquait-il. *[...] Il ne se soignera que si on l'y oblige, et ne se soignera que si on lui apprend. C'est précisément au sanatorium qu'il apprendra à se soigner par l'enseignement magistral du médecin et par l'enseignement mutuel des autres malades. Il s'y soignera bien parce qu'il n'aura pas autre chose à faire, parce que la discipline sévère de l'établissement l'y obligera, parce que les résultats obtenus par lui-même et par les autres malades démontreront l'efficacité de la cure, parce qu'enfin la présence constante du médecin lui permettra de réglementer la cure d'après les indications de son observation quotidienne.*[1972]

En 1914, nous l'avons mentionné, Honnorat avait été l'auteur d'un amendement demandant que les militaires réformés pour tuberculose ne soient pas renvoyés chez eux avant d'avoir reçu une éducation prophylactique : avant même la création des stations et des hôpitaux sanitaires pendant la guerre, le rôle éducatif des établissements de cure était reconnu. « Cette éducation, précisait Honnorat, est surtout l'œuvre personnelle des médecins, qui doivent s'attacher à demeurer en contact individuel et permanent avec leurs malades et à vivre en quelque sorte avec eux. L'autorité, le raisonnement, la persuasion, l'ambiance organisée entièrement dans ce sens, la vertu de l'exemple, la suggestion y ont leur place. L'œuvre de persuasion individuelle qui est prépondérante est très utilement complétée et secondée par l'instruction des malades »[1973]. Dans les hôpitaux et stations sanitaires, l'instruction des malades se faisait essentiellement par voie d'affichage dans les locaux[1974] ou par la distribution de « Conseils aux malades » imprimés sur des feuillets. Pour convaincre ses lecteurs du rôle éducatif des sanatoriums, Guinard citait, dans *La pratique des sanatoriums*, « quelques souvenirs d'anciens malades » extraits des courriers de remerciements qu'il avait reçus au début des années vingt. Nous reproduisons ici les passages les plus éclairants de ces témoignages :

Je suis fidèlement les recommandations que vous avez eu la bonté de me donner avant mon départ du Sanatorium : sieste de deux heures sur la chaise longue, et [...] ma santé se maintient. (L.T.) / Je m'efforce de suivre les conseils donnés dans vos causeries. Ayant été à bonne école et mon métier de géomètre aidant, je ne vis qu'au grand air. (A.S.) / Ma santé est toujours bonne [...], je fais tout ce que je peux pour cela ; j'ai été à bonne école à Bligny et, en continuant à mettre en pratique vos enseignements, j'en fait aussi profiter les autres. (G.) / Je continue à suivre le mieux que je peux le règlement de Bligny. Ainsi, au bureau, cet hiver, je faisais ouvrir la fenêtre le plus possible et, maintenant que les beaux jours reviennent, nous ne la fermons pas. [auteur non précisé] / *Tout ce que l'ai appris à Bligny me sert beaucoup et j'en fait profiter mes amies ; [...] je fais tous les jours la cure silencieuse de deux heures. (J.D.) / Ma vie est basée sur le régime du*

[1970] Meinel 1898, p. 17.
[1971] J.O. 21 juin 1901, p. 791.
[1972] Mosny 1901, p. 921.
[1973] J.O. 26 juillet 1917, p. 703.
[1974] Ces affiches reprenaient les conseils d'hygiène à destination des malades. Honnorat rapporte certaines parmi les plus répandues : « La tuberculose se propage surtout par les crachats desséchés et réduits en poussière, la destruction du germe infectant peut donc être presque entièrement réalisée par l'usage du crachoir. C'est le seul moyen efficace et certain de préserver de la contagion les personnes saines et les malades eux-mêmes, qui ont tout à redouter des infections surajoutées. Il est rigoureusement interdit aux malades de cracher en dehors des crachoirs collectifs et individuels qui sont mis à leur disposition aussi bien à l'extérieur que dans l'hôpital. » J.O. 26 juillet 1917, p. 703.

sanatorium, je maintiens rigoureusement quatre heures de cure par jour. (R.L.) / Je me porte à merveille [...] grâce à vos excellentes leçons d'hygiène que je m'efforce toujours d'appliquer et même d'enseigner autour de mois chaque fois que l'occasion s'en présente. (S.G.) / Je m'efforce [...] d'éclairer ceux qui m'entourent pour les aider à se préserver de cette affreuse maladie, m'inspirant pour cela des causeries si instructives [...] que vous nous faisiez. (B.P.) / Il faut avoir vu les malades qui se soignent à l'hôtel ou dans les pensions de famille, dans les stations climatiques, pour apprécier l'œuvre éducatrice au point de vue discipline et hygiène qu'accomplit un sanatorium comme Bligny. Tous les autres malades y devraient faire trois mois de stage pour y apprendre à se soigner et à préserver les autres. (S.B.)[1975]

Et Guinard de conclure : « Les anciens malades de sanatoriums sont [...] véritablement, et mieux que tous les autres, en état de prendre et faire prendre les mesures élémentaires d'hygiène et de prophylaxie propres à restreindre les contaminations tuberculeuses »[1976]. Selon lui, le médecin-directeur de sanatorium devait joindre aux « qualités de cœur, d'hygiéniste, de médecin et d'administrateur [...], celles d'un éducateur sans cesse préoccupé de l'instruction de ses pensionnaires [...]. Il [avait] le devoir de les réunir, périodiquement, en soirées familiales, instructives et récréatives, pour les initier, par des causeries mises à leur portée, à tout ce qui touche le traitement auquel ils sont soumis, la préservation contre la tuberculose, les maladies infectieuses et les fléaux sociaux : alcoolisme, avarie, tabagisme, insalubrité du logement, etc. »[1977]. Les « causeries » organisées dans les sanatoriums de Bligny constituaient un véritable programme pédagogique progressif organisé en chapitres[1978]. A leur sortie de l'établissement, les malades recevaient « un petit tract où [étaient] résumées les notions les plus essentielles dont ils [devaient] conserver le souvenir, pour eux-mêmes comme pour la protection des milieux où ils [allaient] vivre »[1979]. A ce titre, les anciens malades de l'établissement, réunis en association, se désignaient entre eux comme des « anciens élèves » et honoraient Guinard du titre de « notre professeur »[1980]. Le système éducatif sanitaire mis en place à Bligny était toutefois l'œuvre personnelle de Guinard qui était particulièrement convaincu de sa vocation de « sanatorium-école ». Nous ne savons pas si l'éducation des malades était réalisée avec le même souci de méthode dans les autres sanatoriums populaires français.

Outre les « causeries » et réunions d'éducation prophylactique destinées aux malades, leur séjour dans un sanatorium devait constituer « une leçon de choses permanente »[1981]. Son aménagement matériel, l'hygiène scrupuleuse qui devait y régnait, les règlements qui codifiées toutes les activités, donnaient aux malades les bases théoriques et pratiques du mode de vie qu'il leur fallait conserver. « Le sanatorium, ajoutait Guinard, est une école où les pensionnaires sont mis au courant de toutes les règles de la propreté, des dangers des expectorations, des moyens de prévenir la contagion, etc. »[1982]. Tout était donc mis en œuvre pour rendre explicite, à l'attention de chaque malade, les moyens d'éviter la dissémination du bacille et de sauvegarder sa santé. Les mesures d'hygiène et de désinfection pouvaient prendre des proportions que certains jugeaient démesurées mais, outre leur efficacité certaine, elles contribuaient à inculquer aux

---

[1975] Guinard 1925, p. 361-362.
[1976] *Ibidem.*
[1977] Guinard 1925, p. 125.
[1978] Les causeries s'organisaient ainsi en différents chapitres : « Le sanatorium ; Qu'est ce que la tuberculose et quelle est, en réalité, l'importance des ravages causés par cette maladie ? La tuberculose est contagieuse ; Quels sont les agents les plus habituels de la contagion tuberculeuse ? Dans quelles limites faut-il réellement craindre le voisinage des tuberculeux ? Des voies de pénétration des bacilles tuberculeux ; La tuberculose n'est pas héréditaire ; Les toutes premières manifestations et les accidents de début de la tuberculose pulmonaire ; Curabilité de la tuberculose ; Les adjuvants de la cure ; Evitabilité de la tuberculose ; Hygiène conservatrice de la santé ; Hygiène de l'habillement ; Hygiène de l'alimentation normale ; L'alcoolisme ; Rapport entre l'alcoolisme et la tuberculose ; Le péril vénérien ». Guinard 1925, p. 258-260.
Nous donnons ici le contenus des chapitres les plus en rapport avec notre sujet : **Le sanatorium** : Caractères essentiels, rôle exact et avantages du sanatorium ; la vie intérieure et le règlement ; Résultats habituels des cures bien faites au sanatorium. **Evitabilité de la tuberculose** : Moyens à employer contre tout ce qui peut contenir des bacilles de Koch et servir à leur propagation ; Destruction des crachats et désinfection des crachoirs ; Protection contre tous les objets pouvant être souillés par des expectorations virulentes ; Défense contre les poussières ; L'hygiène et la propreté, en tout et partout, sont à la base de toute défense contre la tuberculose. **Hygiène conservatrice de la santé** : La vie à la campagne ; Jardins ouvriers ; L'habitation et le logement salubres ; Orientation et ventilation de la maison saine ; Chauffage ; Eclairage ; La chambre à coucher et la literie ; Atelier de travail. **Hygiène de l'habillement** : Les différentes parties du vêtement ; Influences extérieure capables d'agir sur l'organisme ; Hygiène du milieu ; Air ; Humidité ; Pression atmosphérique ; Altitude ; Les brouillards et la pluie ; Les vents et les courants d'air ; Le soleil et la lumière ; Atmosphère industrielle et professions insalubres. Guinard 1925, p. 258-260.
[1979] *Idem*, p. 258.
[1980] Grellet & Kruse 1983, p. 249.
[1981] Guinard 1925, p. 257.
[1982] *Ibidem.*

tuberculeux les vertus de l'asepsie et du nettoyage régulier des pièces, du linge et du mobilier. Les malades apprenaient à personnaliser leurs effets (linge, accessoires de toilette, lavabo, serviettes de table, verre, etc.) et à ne pas les mélanger avec ceux des autres malades dans un but évident de prophylaxie. Les médecins espéraient surtout que cette discipline resterait ancrée profondément dans le comportement des malades et qu'ils la perpétueraient après leur sortie de l'établissement, éduquant ainsi leur entourage, leurs amis, leur famille. L'aménagement des locaux, l'omniprésence de la lumière et de l'air, les surfaces lisses et la simplicité du mobilier, constituaient autant d'instruments d'éducation sanitaire : ils étaient le gage, pour les malades, d'une vie saine dans un logement sain. En 1918, le médecin-directeur de la station sanitaire des Roches (Puy-de-Dôme) estimait que les chambres individuelles (qui formaient la totalité du projet d'extension de l'établissement) obligeaient chaque malade à être « l'artisan de l'ordre et de la bonne tenue de sa chambre »[1983]. En matière de conception sanatoriale, la notion d'éducation des malades entrait fréquemment en ligne de compte : Guinard, par exemple, se déclarait opposé à l'usage du crachoir commun qui, selon lui, avait « le désavantage d'habituer les malades à chercher autour d'eux le moyen d'expectorer et à ne pas se servir assez couramment de leur crachoir de poche, dont l'usage doit leur être familier, aussi bien pour le sanatorium que pour après leur sortie »[1984]. Lorsqu'en 1917, Küss et Fournez recommandèrent que les crachoirs de poches soient « vidés et nettoyés par les malades eux-mêmes dans la salle réservée à cet usage à chaque étage »[1985], c'était, selon toute vraisemblance, dans une visée principalement éducative. Nous n'avons pas trouvé la mention de « travaux pratiques » pendant lesquels les malades se seraient familiarisé avec les tâches sanitaires quotidiennes qui leur incombaient et qu'ils seraient amenés à effectuer seuls, chez eux, une fois sortis de l'établissement. Lors de l'inspection de la station sanitaire de Clavières en janvier 1917, Léon Bernard se déclara choqué – parmi les nombreux manquements constatés – du fait que les malades n'assistaient jamais à la désinfection de leurs crachoirs[1986]. Cette opération, selon toute vraisemblance, faisait faire partie du programme d'éducation prophylactique que tout établissement bien tenu se devait de mettre en œuvre. Base de son éducation au sanatorium, le tuberculeux apprenait également à respirer convenablement[1987] et à gérer au mieux sa toux et ses expectorations[1988] : dès son entrée dans l'établissement, il devait apprendre à vivre avec le bacille et à adapter son comportement et ses activités à cette présence contrainte.

S'il posait immanquablement des problèmes de discipline, le groupement de nombreux malades dans un même établissement favorisait leur éducation sanitaire : « Lorsque le malade est tenté d'oublier ces précautions [d'hygiène], notait Baché, il y est ramené par l'ambiance du lieu et par la force de l'exemple qui est un stimulant puissant. Il bénéficiera constamment de cette émulation que les médecins attentifs savent toujours créer dans leur établissement »[1989]. Dès les années 1890, le médecin allemand Walter avait su exploiter, à des fins hygiéniques, le potentiel d'émulation qui existait entre les pensionnaires de son sanatorium de Nordrach, notamment dans le cadre de concours d'appétit ou de prise de poids. Cette émulation était l'un des leviers dont disposait le corps médical pour faciliter le respect des règles d'hygiène, l'assiduité à la cure et l'éducation hygiénique. Selon Guinard : « il est indispensable que les pensionnaires soient tellement convaincus de la nécessité des précautions à prendre contre les crachats qu'ils arrivent à exercer entre eux et autour d'eux, une surveillance si active que jamais, en leur présence, personne ne crache »[1990].

[1983] Etude d'un projet d'agrandissement de la station sanitaire des Roches, 20 mars 1918. A.D. du Puy-de-Dôme, N 669.
[1984] Guinard 1925, p. 85
[1985] Union des industries métallurgies et minières 1917, p.29.
[1986] Cité par Chaumont 1977, p. 37.
[1987] Selon Artaud, le tuberculeux « ne sait pas » respirer correctement, « Il doit s'habituer à respirer par le nez. En passant par le nez, l'air s'échauffe et se débarrasse de ses microorganismes au contact du mucus nasal qui est bactéricide à l'état normal. [...] Comme exercices respiratoires, Dettweiler recommande, pendant les promenades, de s'arrêter tous les 100 ou 150 pas, pour faire par le nez cinq ou six inspirations profondes ; et sur la chaise longue, d'en faire 10 ou 12 toutes les cinq ou dix minutes. » Artaud 1914, p. 46.
[1988] « On apprend aussi aux malades à se débarrasser de leur toux sèche et à ne pas obéir au moindre picotement ressenti dans la gorge. "Il ne faut plus tousser, dit Dettweiler, qu'on ne se gratte en société à la moindre démangeaison". Les phtisiques arrivent à tousser sans effort, sans quinte : il leur suffit d'une simple secousse expiratoire pour avoir leurs crachats. Ils ne toussent que pour cracher et jamais hors de propos ; aussi entend-on très peu tousser dans les sanatoriums. » *Ibidem*.
[1989] Baché 1934, p. 41.
[1990] Guinard 1925, p. 155.

> *En vivant au milieu d'autres malades déjà rompus à la discipline du sanatorium,* ajoutait Gaussel, *le tuberculeux apprend à se soigner : or, savoir se soigner est un élément primordial de guérison pour une maladie longue comme la tuberculose pulmonaire. Le malade apprend par expérience que l'obéissance aux prescriptions médicales est le premier article du code antituberculeux.*[1991]

L'éducation sanitaire des malades était une condition primordiale au bon déroulement de la cure, mais c'est en dehors de l'établissement qu'elle devait porter ses fruits. Guinard rappelait à ce propos que « le sanatorium [pouvait] exercer une heureuse influence sur l'hygiène des alentours et, par-là, contribuer [...] à améliorer l'état sanitaire des populations environnantes »[1992]. Pour prouver l'effet bénéfique des sanatoriums, les médecins faisaient régulièrement appel aux statistiques attestant de la diminution de la mortalité par tuberculose à Görbersdorf et à Falkenstein dans les années qui avaient suivi l'installation des sanatoriums dans ces localités. Immergé plusieurs mois, voire plusieurs années, dans le milieu réglementé et contrôlé du sanatorium, le malade devait en sortir avec les connaissances pratiques lui permettant de poursuivre, au-dehors, le traitement initié dans l'établissement : le tuberculeux devait conserver chez lui les habitudes d'hygiène qu'il prenait au sanatorium. Les médecins comptaient également sur la capacité des tuberculeux à « convertir » leur entourage aux règles d'hygiène apprises au sanatorium. « A leur sortie de la maison de cure, précisait Guinard, les anciens sanatoriés sont, partout où ils passent, les meilleurs propagandistes de toutes les mesures de préservation, de propreté et d'hygiène à opposer à l'extension du fléau »[1993]. Associé à l'action plus large, mais également plus diffuse, du dispensaire, le sanatorium apparaissait comme l'un des outils les plus efficaces en matière d'« éducation hygiénique du peuple ». Permettant de « progressivement répandre l'hygiène hors de [ses] murs, au foyer, au magasin, à l'usine », selon les termes de Frédéric Dumarest, en 1927[1994], le sanatorium était aussi ce « centre de propagande par l'exemple des notions sanitaires élémentaires »[1995] qui en faisait, outre ses fonctions curatives, l'un des principaux piliers de l'armement antituberculeux national.

[1991] Gaussel 1909, p. 283.
[1992] Guinard 1925, p. 36.
[1993] *Idem*, p. 11.
[1994] Cité par Dessertine & Faure 1988, p. 21.
[1995] Clément 1940, p. 1083.

3.4. Les sanatoriums : établissements aseptiques.

3.4.1. Les matériaux de construction.

L'exigence de salubrité est récurrente dans l'histoire des sanatoriums et l'« asepticité » des établissements, pour reprendre le terme utilisé par le médecin Léopold Berhneim en 1896[1996], constitue l'un des principaux *leitmotivs* de l'architecture antituberculeuse. Ce point distinguait également les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires des établissements pour malades extra-pulmonaires, dont les pensionnaires, tuberculeux osseux ou ganglionnaires, n'étaient pas contagieux et ne faisaient donc pas l'objet des prescriptions hygiéniques que nous détaillerons ici. Les médecins invoquaient deux raisons principales pour justifier cette exigence d'asepsie : il fallait non seulement éviter que les établissements deviennent des centres de dissémination du bacille tuberculeux, mais ils devaient également servir de modèle aux malades pour leur éducation hygiénique. Dans un « établissement aseptique », insistait Guinard en 1925 « pensionnaires et personnel sont [...] protégés contre tout danger de contamination, en même temps que convaincus de la haute valeur de cette *simple propreté*, dans la préservation contre la tuberculose »[1997].

Les matériaux de construction avaient été considérés sous un angle hygiénique dès le début du XIX[e] siècle et les sanatoriums avaient bénéficié, avant 1900, des avancées obtenues conjointement par les médecins, les microbiologistes, les hygiénistes et les industriels. Bovet, dans une publication de 1890 intitulée *De l'antisepsie des matériaux de construction*[1998], insistait sur le péril microbien que constituaient les bâtiments et, *a fortiori*, les bâtiments hospitaliers. Il rappelait qu'en 1886, Emmerich, de Berlin, avait isolé des « microbes de la pneumonie » des plâtres d'une vieille prison, tandis que son compatriote Utapel collectait des microbes pathogènes dans les interstices des planchers.

> *Ce n'est donc pas exclusivement à la surface des parois intérieures des locaux habités, où leur présence a été démontrée, [...] qu'il nous faut chercher ces être dangereux,* prévenait Bovet, *il s'en trouve aussi dans l'intérieur de nos matériaux de construction. De nos jours encore, on prend trop peu garde de n'introduire dans nos constructions que des matériaux ne recelant pas d'agents d'infection. Bien plus, nous croyons ne pas aller trop loin en prétendant que pour répondre aux exigences de l'hygiène moderne, il ne suffît pas qu'un bâtiment soit bien orienté, bien aménagé, que la ventilation y soit assurée, que les planchers et parois puissent en être facilement nettoyés, il faut que de prime abord il soit construit avec des matériaux rigoureusement aseptiques et, pour les hôpitaux, les casernes, etc. [...] avec des matériaux autant que possible antiseptiques.*[1999]

Confirmée par les découvertes des bactériologistes, « l'imprégnation miasmatique » que craignaient tant des hygiénistes trouvait ici son sens premier. Sous les lentilles des microscopes, les matériaux de construction apparaissaient comme des vecteurs de contamination et des réserves de microbes continuellement renouvelées par leurs usagers. En Allemagne, Guttmann et Mercke avaient tenté de résoudre ce problème en aspergeant les murs et les planchers d'une « solution de sublimé corrosif », puissant antiseptique, tellement puissant, à dire vrai, qu'il fallait en neutraliser les effets nocifs en badigeonnant les parois désinfectées avec du carbonate de soude[2000]. Pour éviter de recourir à ces méthodes extrêmes, les médecins estimaient qu'il fallait, tant que possible, empêcher les microbes de coloniser les bâtiments, en surface comme en profondeur.

La « salubrité » des hôpitaux avait été considérée, pour la première fois dans son acception moderne, à l'occasion de la polémique sur la reconstruction de l'Hôtel-Dieu dont Jacques Tenon (1724-1816) s'était fait l'écho dans un rapport de 1788[2001]. L'hygiène hospitalière avait fait l'objet de nombreux

---

[1996] Bernheim 1896/2, p. 377.
[1997] Guinard 1925, p. 355. L'efficacité de ces mesures d'hygiène, ajoutait-il pouvai,t être mesurée au seul fait qu'en 20 ans d'activité (entre 1903 et 1924) il n'y avait « pas eu à déplorer un seul de cas de tuberculose qui puisse être mis sur le compte d'une infection réalisée dans un de nos services ».
[1998] Victor Bovet, « De l'antisepsie des matériaux de construction », tiré à part de *Annales de micrographie*, Paris, 1890.
[1999] *Ibidem.*
[2000] *Ibidem.*
[2001] Jacques Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, imprimerie Ph.-D. Pierres, 1788.

traités tout au long du XIX[e] siècle et était arrivée, dans les années 1890, à un degré de sophistication dont atteste, par exemple, l'hôpital Boucicaut construit à Paris dans les dernières années du XIX[e] siècle. Publié en 1898, l'ouvrage de l'ingénieur Borne sur la *Construction des hôpitaux*[2002] donne un panorama complet des techniques mises en œuvres, à la fin du XIX[e] siècle, au service de la salubrité des hôpitaux. Les découvertes pastoriennes avaient été intégrées aux modes de construction hospitaliers et le risque de contagion qui préoccupait en premier lieu les hygiénistes : l'aération des bâtiments, la ventilation des salles de malades, l'isolement des pavillons et des individus étaient devenus les *leitmotivs* des ingénieurs et des architectes en charge de ces programmes. Les dispositions architecturales, techniques et médicales mises en œuvre dans les sanatoriums ne constitueront qu'une application plus systématique des principes développés dans les hôpitaux généraux. Borne considérait les matériaux de construction comme la base de tout projet hospitalier : « le choix des matériaux de construction a une influence considérable sur la salubrité générale de l'hôpital. Si les matériaux sont mauvais ou mal employés, les locaux s'infectent plus ou moins vite par la pénétration des germes morbides dans les murs et les planchers »[2003]. Leur choix résultait de nombreuses contraintes, notamment économiques et hygiéniques, perpétuellement en concurrence l'une avec l'autre.

Contrairement à ce que les publications pourraient laisser penser, la plupart des sanatoriums furent, en France, avant la Première Guerre Mondiale comme dans l'entre-deux-guerres, construits avec des matériaux locaux dont l'emploi se rattachait à la tradition constructive de chaque région. Mais contrairement aux sanatoriums allemands, où la « construction massive » se mêlait fréquemment à la « construction en charpente à panneaux de bois »[2004], les établissements français furent systématiquement construits en maçonnerie. En 1901, le sanatorium de l'Aisne devait être réalisé « en briques, comme il est d'usage dans la région du Nord »[2005], matériau qui avait été également adopté au sanatorium rouennais d'Oissel (Seine-Maritime, 1904), dont seuls les planchers avaient été construits en béton armé (système Hennebique) et les appuis de fenêtres en « béton aggloméré »[2006]. Le sanatorium d'Aubrac (Aveyron, 1905) avait été édifié en basalte et en granit, « prélevés et taillés quasiment sur place »[2007]. A Bligny (Essonne, 1903), Lucien Magne avait fait édifier les deux premiers sanatoriums « en pierres meulières parfaitement jointées, non crépies », donnant à l'ensemble « une apparence de rusticité »[2008] et un style caractéristique de la région parisienne (ill. 405-407). Bâtir dans la tradition locale, avec les matériaux « du pays », était un choix procédant de motifs idéologiques autant qu'économiques ; la Première Guerre Mondiale ne modifia pas véritablement ces choix. En 1921, l'architecte Max Raphel prévoyait d'utiliser, pour la construction du sanatorium départemental du Gard, « les moyens adoptés depuis toujours dans le pays des Cévennes, à savoir : architecture simple du pays, emploi du granit, murs en grosse maçonnerie à l'exclusion de la pierre de taille coûteuse, toitures en ardoises schisteuses du pays, charpente simple [...], génoises avec gouttières pendantes, encadrement des baies avec matériau moulé, planchers en ciment armé, enduit au mortier et au plâtre »[2009] (ill. 213). Le recours aux motifs régionaux était plus particulièrement marqué dans les régions méridionales et les sanatoriums départementaux du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône sont sans doute les meilleurs exemples de ce parti pris néo-régionaliste : au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1933, ill. 169), « l'ensemble des pavillons est en maçonnerie de moellons apparents jointoyés au ciment de façon à ordonner un aspect rustique se mariant avec le cadre de pins qui les entoure, donnant l'aspect d'une ferme provençale, plutôt que celui d'un hôpital »[2010]. Dans les Alpes, les formes architecturales, plutôt que les matériaux, faisaient référence à la tradition locale, telles les façades à pignons des sanatoriums de l'Association métallurgique et minière (1929) et du Rhône (1933) à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, ill. 239-241) et celui de la Savoie à Hauteville (Ain, 1935, ill. 129). Sans tomber systématiquement dans la

[2002] L. Borne, *Etudes et documents sur la construction des hôpitaux*, Paris, Aubanier, Librairie de la Construction moderne, 1898.
[2003] *Idem*, p. 317.
[2004] Schmieden & Boethke 1905, p. 94. Falkenstein était, par exemple, « une construction, en majeure partie, en charpente ».
[2005] Arthaud 1914, p. 135.
[2006] Œuvre du sanatorium rouennais, exposé du sanatorium d'Oissel, s.d. [*ca.* 1906]. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.
[2007] Cransac 2004, p. 22.
[2008] Guinard 1925, p. 42.
[2009] Avant-projet pour la construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, Rapport explicatif, s.d. [*ca.* 1921]. A.D. du Gard, 4 N 127.
[2010] G. Castel, Notice descriptive relative au sanatorium départemental sis aux Milles, communes d'Aix-en-Provence, s.d. [*ca.* 1930]. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.

caricature régionaliste, une grande partie des établissements français de l'entre-deux-guerres furent réalisés en maçonnerie traditionnelle : « de moellon et de brique » au sanatorium de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932), de « moellons granitiques du pays » à l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934), de « moellons durs du pays » dans l'extension du sanatorium de Belligneux (Ain, 1932) ou de brique au sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1924-1932), « en pierres, prises sur place »[2011] au sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1933). De la même façon qu'on avait massivement utilisé le bois pour construire les grands sanatoriums populaires allemands de la fin du XIX[e] siècle, valorisant ainsi les ressources locales, les matériaux disponibles sur place étaient prioritairement utilisés en France, *a fortiori* lorsque les établissements étaient construits à l'écart des agglomérations, voire dans des zones inhabitées ou de montagne.

Utilisé dès la fin du XIX[e] siècle en France, le béton armé offrait des caractéristiques techniques et de mise en œuvre particulièrement intéressante s'agissant de la construction de sanatoriums. Un article de *La Construction moderne* consacré en 1899 à un projet de sanatorium de l'architecte Hannotin évoquait en ces termes les qualités du « ciment armé » :

> *Outre des dispositions de plan intéressantes et nouvelles,* [l'architecte] *a eu l'idée de construire l'édifice avec les matériaux modernes tel le ciment armé. Cette matière est d'abord très économique, mais elle a encore l'avantage d'être pour ainsi dire plastique. C'est à dire qu'elle se prête aux formes les plus variées et que l'on peut, grâce à elle, donner des formes arrondies aux pièces qui ne doivent offrir ni angles ni coins à poussière, et qu'un simple lavage doit pouvoir assainir facilement.*[2012]

C'est avant tout la qualité plastique du béton – matériau moulé – en relation avec les exigences du programme sanatorial, qui avaient guidé l'architecte. Rappelons qu'à la même époque, en 1899-1900, était réalisé, à Davos, l'un des premiers sanatoriums entièrement construits en béton armé : le Schaptzalp (ill. 65). Le danger, dans un établissement de tuberculeux, était d'offrir au bacille des interstices où se loger. Un bâtiment construit selon les méthodes traditionnelles et composé d'éléments de petites dimensions (moellons, briques, lattes de plancher, etc.) assemblés ou agglomérés entre eux, présentait une quantité importante de joints et de fentes susceptibles de servir de réservoir de bacilles. Le béton permettait d'envisager la construction non plus comme un assemblage d'éléments disparates mais comme un bloc homogène, idéalement constitué d'une seule pièce, sans joint ni interruption dans le matériau.

Le choix de matériaux et de modes de construction adaptés à chaque situation et à chaque partie du projet est particulièrement visible dans le cas des galeries de cure qui, du fait de leurs caractéristiques techniques, ne relevaient pas de la même logique constructive que les bâtiments d'hospitalisation. Installées à l'origine dans les parcs des établissements, elles n'étaient alors que de simples abris de bois servant à protéger les malades du soleil et de la pluie. Adossées à la façade sud des bâtiments (sanatoriums de Falkenstein et de Ruppertshain en Allemagne, sanatorium d'Angicourt et de Hauteville en France), les galeries de cure s'apparentaient de la même façon à des éléments de second œuvre et formaient une sorte d'extension des menuiseries de façade. Isolées dans un parc ou adossées au bâtiment d'hospitalisation, les galeries de cure des premiers sanatoriums, en Allemagne comme en France, étaient donc construites en bois. C'est le cas des grands sanatoriums d'Hauteville (Ain, 1900) (ill. 121) et d'Angicourt (Oise, 1900) (ill. 301), comme des réalisations plus modestes de Chécy (Loiret, 1902), Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle, 1902) ou Oissel (Seine-Maritime, 1905). A Oissel, la galerie de cure était adossée à la façade sud du bâtiment principal et reposait sur une dalle en béton armé. Sa structure était constituée d'une « charpente apparente en pitchpin », couverte d'un plafond en sapin « en lames, avec baguettes sur les joints »[2013]. Le tout était assorti d'une couverture en zinc. Dans les sanatoriums privés de Durtol (Puy-de-Dôme, 1895), de Trespoey (Pyrénées-Atlantiques, 1896), d'Avon (Seine-et-Marne, vers 1900) ou des Pins (Loir-et-Cher, 1901), les dispositions étaient similaires. Deux exceptions notables méritent d'être relevées. Le sanatorium de Bligny, ouvert en 1903, était novateur à plus d'un titre, notamment en raison de

[2011] Vitoux 1924, p. 1784.
[2012] S.a., « Projet de sanatorium », in *La Construction Moderne*, 22 juillet 1899, t. XIV, p. 509, pl. 98-99.
[2013] Œuvre du sanatorium rouennais, exposé du sanatorium d'Oissel, s.d. [*ca.* 1906]. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.

l'intégration des galeries de cure au corps même du bâtiment (ill. 404-405). Placées entre deux ailes d'hospitalisation, les galeries de cure d'un étage sur rez-de-chaussée étaient construites en maçonnerie : au rez-de-chaussée, des piles en meulières supportaient des linteaux constitués de profilés métalliques rivetés, tandis qu'à l'étage, ces travées étaient recoupées en leur centre par une petite colonne effilée (en pierre ou en ciment moulé). Nous ne reviendrons par sur les avantages hygiéniques du ciment sur le bois, il est toutefois douteux que la meulière, pierre dure mais constellée de cavités, constituait un choix judicieux d'un point de vue hygiénique. Le ciment permettait de réaliser un nettoyage plus rigoureux des espaces de cure et résistait mieux que le bois aux traitements chimiques des opérations de désinfection. Pour optimiser les conditions hygiéniques des espaces de cure, Guinard avait même fait recouvrir une partie du sol des galeries de cure de linoléum ; exposition au soleil et à la pluie, il fut endommagé rapidement. Au sanatorium des instituteurs de Sainte-Feyre (Creuse, 1904), les galeries de cure étaient construites aux extrémités du bâtiment, dans le prolongement des ailes d'hospitalisation. Comme à Bligny, elles formaient un corps à part entière dont seule la façade sud était ouverte sur l'extérieur.

3.4.2. Les revêtements de surfaces.

> *Le seul luxe qu'on puisse accepter dans un sanatorium populaire*, expliquaient Küss et Fournez en 1917, *est un luxe de propreté, d'aération intensive, de lumière largement répandue et de dispositifs particuliers destinés à rendre le traitement plus efficace et plus facile, l'action éducative plus complète. Ce luxe d'hygiène et de commodités spéciales, nous le croyons nécessaire, si on a la ferme volonté de procurer à un groupe nombreux de tuberculeux curables, non pas quelques mois d'une villégiature banale à la campagne, mais tous les bénéfices d'une vraie cure sanatoriale rigoureusement conduite et associée à une thérapeutique active.*[2014]

Dans les habitations, comme dans les sanatoriums, les planchers étaient le réceptacle naturel de toutes les poussières provenant de l'usure des matériaux environnants et des souillures apportées par les usagers. Selon les bactériologistes, l'air pouvait contenir jusqu'à 20 millions de germes par mètre cube et les boues, notamment celles provenant de milieux urbains, jusqu'à 78 millions par gramme[2015]. Parmi ces germes, on trouvait potentiellement ceux de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la grippe, de la scarlatine, de la diphtérie, de la variole ou de la rougeole.

> *Ainsi se trouve concentrée, sur les surfaces murales, et surtout sur le sol de la maison, l'armée redoutable des germes de presque toutes les maladies [...]. Il y a lieu d'ajouter que les surfaces murales sont susceptibles de s'imprégner de vapeurs malsaines et de gaz délétères qui sont la conséquence forcée de la vie quotidienne, tandis que le sol devient le réceptacle de tous les déchets organiques, de tous les liquides qui, inévitablement, [...] viennent se répandre sur lui. Et alors, si ces surfaces murales, si ces sols sont de nature à fixer ces poussières, ces microorganismes, ces vapeurs, ces gaz, ces liquides [...] et même à se laisser pénétrer par elles, si même quand ils ne les fixent pas ils sont tels que les soins les plus minutieux de propreté sont impuissants à en débarrasser la maison, on est en présence d'un foyer permanent d'infection et d'insalubrité.*[2016]

Les hygiénistes s'efforcèrent donc de trouver des matériaux à la fois peu onéreux, imperméables, inusables et inaltérables, afin de confiner en surface les matières dangereuses et leur interdire tout repli dans la profondeur des parois ; en surface, les germes étaient alors facilement détruits. Schmieden et Boethke considéraient les revêtements de sol comme l'élément crucial de l'aménagement d'un sanatorium :

> *La difficulté de ce problème est d'autant plus grande que le plancher parfait, réunissant toutes les conditions exigées par l'hygiène, n'existe pas ; car ce plancher ne doit pas avoir de fentes ou d'interstices, il doit résister à l'usure mécanique, être indifférent à l'action de l'eau et des acides ; avec toutes ces qualités il doit*

[2014] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 22.
[2015] S.a., « Le carreau de grès et la salubrité de la construction », in *La Technique sanitaire et municipale*, avril 1933, p. 78.
[2016] *Ibidem.*

plaire à l'œil, être bon marché et d'un entretien facile. Ce sont là des qualités que l'on ne rencontrera jamais toutes réunies.[2017]

Dans les premiers sanatoriums, les sols étaient habituellement constitués de planchers en bois, mais les interstices entre les lattes empêchaient le maintien d'une hygiène irréprochable. Outre, le linoléum, sur lequel nous reviendrons plus part, les établissements de cure allemands utilisaient une grande variété de revêtements de sols tels que le *Torgament*, le *Dilol*, le *Lapidol*, le *Sanitas* ou le *Xylopal*, produits à base de ciment et d'agglomérats divers appréciés pour leurs qualités acoustiques. Les *terrazzo*, aux couleurs et aux motifs variés[2018] ainsi que « les parquets de bois dur couchés dans l'asphalte » étaient également fréquents dans ces établissements.

Il est difficile de dire si les sanatoriums français bénéficièrent de ces produits allemands, dont la promotion à l'étranger était assurée par le comité central pour la construction des sanatoriums. En 1895, Léon-Petit louait les avantages des parquets « passés à l'huile ou vernis et recouvert [...] de linoléum » que l'on trouvait dans la plupart des hôpitaux allemands. Le linoléum requérait toutefois des surfaces parfaitement planes et il été impossible de le poser sur un plancher en bois. Plusieurs méthodes avaient été développées dans les années 1890 pour imperméabiliser les anciens planchers, telle celle appliquée à l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon, puis au sanatorium de l'Œuvre des enfants tuberculeux à Villiers-sur-Marne en 1892 :

Après avoir soigneusement lavé et désinfecté le parquet, expliquait Léon-Petit, *on applique au pinceau une préparation à base de paraffine mélangée, à chaud, avec de la benzine de pétrole légère [...]. On laisse sécher pendant plusieurs jours. Le sol devient dur et uni comme du marbre, il n'est jamais gluant par les grandes chaleurs. Il suffit de renouveler l'opération tous les ans, une fois, pour avoir un parquet en parfait état [...]. Au point de vue de l'entretien, les salles paraffinées sont lavées une fois par mois à grande eau. Chaque jour on les nettoie avec un torchon de laine, légèrement trempé dans une solution antiseptique. [...] Il n'y a pas de préparation plus hygiénique pour le sol des salles de phtisiques.*[2019]

En 1900, Pannwitz mentionnait l'existence, en Allemagne, d'un produit appelé *Dustless-Oel*, liquide jaune clair à base d'huiles fluides permettant d'« imprégner le plancher » afin de le rendre lisse et imperméable : « on se sert de cette huile, en la distribuant, au moyen d'un appareil simple, sur le plancher et en l'y appliquant régulièrement. La surface du plancher ainsi traitée ne devient pas gluante ou sale et, en ne demandant qu'à être balayée, a toujours un aspect frais et proprement lavé »[2020]. L'imprégnation des parquets devint indispensable dès lors que fut imposé le balayage humide des locaux où résidaient les malades. C'était, en 1896, l'une des principales recommandations de la commission de la tuberculose créée à l'Assistance publique de Paris. Elle ne sera toutefois effective dans les hôpitaux parisiens qu'en 1904[2021]. Dans les chambres du sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes, 1902), les parquets étaient « revêtus d'un enduit antiseptique permettant de les laver »[2022]. Les mêmes difficultés se posèrent pendant la Première Guerre Mondiale pour l'entretien des salles de malades des hôpitaux et stations sanitaires : aménagés sommairement dans des bâtiments existants, la plupart ne disposaient que de simples parquets en bois. En 1922, l'architecte en charge des « travaux d'amélioration » de l'ancienne station sanitaire de Clavières relevait que les parquets avaient « souffert du balayage humide » pratiqué depuis 1916 et proposa leur remplacement par un « parquet sans joint *Terrazzolith* »[2023]. En 1929, Abraham & Le Même rappelaient également que, « de l'avis général, le bois [...] ne peut être envisagé pour des chambres destinées à de grands malades bacillifères (porosité, disposition des frises, difficultés de raccord avec les murs, etc.) ». Ce n'était pas tant le matériau en lui-même qui posait soucis que sa tendance à travailler, à se dilater et à se fendre offrant ainsi des interstices dangereux pour le maintien d'une hygiène irréprochable. Ils

[2017] Schmieden & Boethke 1905, p. 49.
[2018] *Idem*, p. 64 et 93-94.
[2019] Léon-Petit 1895, p. 54.
[2020] Pannwitz 1900, p. 177.2
[2021] Circulaire des 13 et 29 juin 1903. Administration générale de l'Assistance publique à Paris 1905, p. IX.
[2022] Rideau 1932, p. 33.
[2023] Bouvier, rapport de l'architecte dép. station sanitaire de Clavières, travaux d'amélioration, 22 sept. 1922. A.D. de la Mayenne, 4N 180.

remarquaient par exemple que les lambris en sapins utilisés dans de nombreux sanatoriums suisses étaient « hygiéniques, dans la mesure où le bois ne joue pas, parce que peint au ripolin. Le bois joue, hélas, toujours et les fentes n'ont pu disparaître qu'à la suite de nombreux ripolinages »[2024]. Cet inconvénient pouvait être supprimé par l'emploi de « bois contreplaqués » ou de « parquets sans joints ».

La question de l'hygiène des surfaces dans les sanatoriums apparaît à l'article 9 du décret d'application du 10 août 1920 : « Les locaux seront disposés de manière à permettre une désinfection efficace par le seul nettoyage humide ; sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lisses lavables, mobilier très simple (lits en fer, sommier métallique, etc.) »[2025]. Si le texte de loi ne s'étend pas outre mesure sur le sujet, sa portée globale est explicite : l'aménagement des établissements devra garantir le respect d'une hygiène scrupuleuse. Guinard accordait une importance capitale au choix des sols dont dépendait l'asepsie et le bon fonctionnement de l'établissement : « La question des sols est une des plus importantes dont nous ayons eu à nous occuper et c'est assurément celle qui nous a donné le plus de soucis, car il y avait lieu de concilier, à la fois, les intérêts de l'hygiène, la facilité de l'entretien, de la propreté, la commodité de la désinfection et aussi de l'économie »[2026].

Entre 1900 et 1925, Guinard avait eu l'occasion d'expérimenter dans les trois sanatoriums de Bligny différents types de revêtements et avait pu juger, à l'usage, de leurs qualités et de leurs défauts. Guinard était très critique à l'égard des revêtements en ciment adoptés au sanatorium des hommes : ils s'étaient fissurés, permettant à l'eau de pénétrer dans les profondeurs du matériau et, avec elle, des bacilles de Koch. « De plus, ajoutait Guinard, le ciment n'est pas d'un entretien facile, il est poussiéreux, reste humide longtemps [et] ne donne jamais l'impression de propreté que l'on peut désirer dans des établissements comme les nôtres ». Le ciment fut donc remplacé à Bligny par un revêtement en *Xylolith* coulé sur place, mais qui s'avéra plus décevant encore[2027]. Le grés cérame, en dépit de son coût élevé, de sa froideur au contact et de sa relative sonorité, était plébiscité par les architectes et les médecins pour sa résistance. « Après avoir passé en revue [...] les avantages et les inconvénients des sols en bois paraffiné, des ciments armés, de la mosaïque, des agglomérés de ciment et de graviers, etc., déclarait Guinard, nous nous sommes arrêtés au carrelage céramique »[2028]. En comparant les résistances physiques, chimiques et aux « invasions bactériennes » des principaux matériaux (ill. 10), les ingénieurs tentèrent d'évaluer leur efficacité hygiénique afin de faciliter le choix des collectivités publiques pour leurs projets. Si la faïence offrait des surfaces inaltérables, le grès cérame avait l'avantage de présenter « une structure entièrement vitrifiée » résultant de la cuisson à haute température (1300°) d'un « mélange d'argiles et de roches feldspathiques alcalines »[2029]. Produit non poreux, « il possède des résistances à l'écrasement, à la flexion et à l'usure, le mettant à l'abri de toute détérioration physique » et résiste aux acides.

Le linoléum, matériau naturel constitué d'un ménage d'huile de lin oxydée et de minéraux, fixé et séché sur une toile solide, était utilisée en Allemagne dès les années 1890. Il était parfaitement hygiénique et d'un entretien très aisé. En 1900, le secrétaire général du comité allemand pour la construction de sanatoriums, Gotthold Pannwitz, écrivait à ce propos :

> *L'idéal pour le sol des chambres de malades est le linoléum. Au point de vue hygiénique, le linoléum présente une qualité de premier ordre, c'est son imperméabilité complète. Son élément principal, l'huile de lin, oxydée naturellement à l'air, recouvre complètement les autres matériaux (farine de liège et couleurs terreuses) et forme avec eux une masse homogène, qui n'absorbe absolument rien ; eau, médicaments, pus, sang, sécrétions de toutes sortes, saletés, poussières, microbes, tout reste à la surface et peut facilement être enlevé avec de l'eau, du savon et une brosse, au besoin avec addition de désinfectants. Le carrelage lui-même ne*

[2024] Rapport de MM. Abraham et Le Même, architectes, sur les sanatoriums suisses visités en janvier 1929, 25 janvier 1929, p. 9, A.D. de la Haute-Savoie, fonds H.J. Le Même.
[2025] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2026] Guinard 1925, p. 79.
[2027] « Plus vite encore que le ciment, explique Guinard, cette matière s'est d'abord fissurée, puis gondolée et décollée de la partie sous-jacente. Les carreaux de *Xylolith* comprimés en usine ont donné les mêmes résultats [ils ont été employés au sanatorium de Montigny-en-Ostrevent (Nord), devenu annexe de Bligny en 1912]. Sans revenir sur les nombreux reproches que l'on peut leur adresse, il suffit de retenir que les *Xylolith* et similaires ne supportent pas lavages à grande eau, et la question est tranchée ». Guinard 1925, p. 80.
[2028] *Idem*, p. 81.
[2029] S.a., « Le carreau de grès cérame et la salubrité de la construction», in *La technique sanitaire et municipale*, avril 1933, p.80.

peut rivaliser sous ce rapport avec le linoléum. Un autre avantage du linoléum pour les chambres de malades est qu'il n'a pas besoin d'un grand entretien, il supporte même les traitements les plus énergétiques. Il suffit d'éviter le contact de substances corrosives ou dissolvant l'huile, telles que les lessives, la soude, l'huile de térébenthine, la benzine, l'alcool, l'ammoniaque, etc.[2030]

A la fin du XIX[e] siècle, le linoléum était utilisé dans la plupart des sanatoriums allemands tels ceux de Belzig (1899), de Kottbus (1900), de la Croix-Rouge à Oberkaufungen (1900), de Beelitz (1902) ou de Münich-Gladbach (1904). Au sanatorium hambourgeois d'Edmundsthal, même les escaliers en étaient recouverts[2031] et Schmieden et Boethke mentionnaient en 1905 plusieurs tentatives d'en revêtir également les portes pour en « aplanir la surface » et en faciliter la désinfection[2032]. Les usines allemandes produisaient d'importantes quantités de linoléum et en proposaient des modèles toujours plus résistants et sophistiqués : le *Patent-Inlaid*, produit par la Compagnie allemande des linoléums et toiles cirées de Berlin, se distinguait de ses concurrents par des motifs traversant toute l'épaisseur du matériau. Rendu ainsi inusable, ce revêtement permettait, selon ses promoteurs, de joindre « aux avantages hygiéniques du linoléum l'élégance des tapis de lame tissée »[2033].

En France, l'usage du linoléum se répandit à la fin du XIX[e] siècle dans les hôpitaux et les établissements sanitaires de toutes sortes, avec parcimonie toutefois, car son coût était relativement élevé. Il n'était donc pas question d'en revêtir tous les sols. Pour être durable et insonore, le linoléum devait être posé sur une couche d'apprêt, souvent constituée d'un mélange de magnésie et de granulés de liège pouvant atteindre cinq centimètres d'épaisseur[2034]. En Suisse, le linoléum était posé sur des couches successivement composées de sable, de plâtre et de « lino-feutre » placé directement sous le revêtement[2035]. Sa durabilité était excellente et, en 1929, les architectes Abraham & Le Même avaient constaté au sanatorium Schatzalp (Davos, 1900) que les linoléums vieux de trente ans étaient restés en parfait état. Les lais de linoléum pouvaient être raccordés pratiquement sans joints, même s'ils exigeaient, « pour être pratiquement invisibles, une grande précision de pose »[2036]. Abraham et Le Même estimaient ce matériau irremplaçable : « le linoléum a pour lui, indépendamment de ses qualités visibles, l'expérience de quarante années que représentent les sanatoriums suisses. Choisi évidemment de très bonne qualité, il s'est partout admirablement comporté et tous les usagers, sans exception, en font l'éloge »[2037]. Dans un rapport des années trente sur « la question des sols et planchers », l'Association internationale des hôpitaux recommandait l'usage du linoléum dont l'action « bactéricide » était considérée comme la première des qualités : « pour le revêtement en linoléum, la désinfection s'opère automatiquement, car les bactéries sont immédiatement détruites par les émanations mêmes de ce matériau. L'entretien du linoléum exige, une fois par jour, le passage d'un chiffon humide ; le nettoyage à fond n'étant que rarement nécessaire. »[2038] D'un entretien facile le linoléum s'avérait à terme économique car il permettait d'économiser « les frais énormes d'eau, de savon, de brosses, de serpillières et le paiement des nombreuses heures de travail du personnel »[2039]. « Les sols revêtus de linoléum permettent l'action rapide, silencieuse, presque inaperçue et totalement bactéricide d'un nettoyage simple et facile » : autant d'éléments susceptibles de garantir l'hygiène et le repos des malades. Son usage fut toutefois limité par son coût : Léopold Berl le trouvait effectivement « trop coûteux pour que son utilisation puisse être envisagée »[2040] dans les sanatoriums.

S'agissant des murs, la première exigence des médecins était de les rendre lessivables. Une « couleur émail » ou une peinture à l'huile était alors appliquée sur une hauteur variant entre 1,60 et 2,20

[2030] Pannwitz 1900, p. 175.
[2031] Schmieden & Boethke 1905, p. 67.
[2032] *Idem*, p. 51.
[2033] Pannwitz 1900, p. 175.
[2034] C'est notamment le cas au sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1932-1937). Lettre du 20 janvier 1937 de la Société Dumont à Pol Abraham. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même, boite 233.
[2035] Selon Abraham et Le Même, cet agencement « pourrait encore être amélioré en remplaçant le feutre par un produit tout à fait insonore comme le "Célotex" ou "l'Arki" ». Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 54.
[2036] *Idem*, p. 57.
[2037] *Ibidem.*
[2038] Hettinger 1938, p. 98.
[2039] *Ibidem.*
[2040] Berl 1936, p. 17.

mètres[2041]. Les plafonds et les parties supérieures des murs étaient simplement blanchis à la chaux. En Suisse, les chambres du sanatorium de Davos-Wolfgang (1900) étaient couvertes de papier peint « Salubra » dont l'usage avait rarement dépassé les frontières helvétiques avant la Première Guerre Mondiale[2042]. Remarquant, en 1929, que le « papier lavable "Salubra" » était répandu dans les sanatoriums suisses et qu'il faisait la satisfaction de ses usagers, Abraham & Le Même l'adoptèrent pour les chambres du sanatorium de Plaine-Joux (1929, non réalisé)[2043] puis au sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, 1932)[2044]. Les pièces de service exigeaitn des peintures plus résistantes, laquées ou encore « cellulosées », utilisées notamment à l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme)[2045].

Les sanatoriums étaient considérés par les médecins et les architectes sous l'angle d'une lutte permanente contre l'une des bactéries les plus coriaces qui soient : le bacille de Koch. Travail de Sisyphe, la désinfection des locaux était renouvelée quotidiennement par une armée d'employés qui nettoyaient, désinfectaient, stérilisaient inlassablement tout ce qui avait pu être en contact, direct ou indirecte, avec les malades. Là était en somme l'une des fonctions principales du sanatorium : grouper les tuberculeux afin de circonscrire la maladie dans un lieu unique et déployer contre elle les moyens scientifiques de désinfection auxquels les malades ne pouvaient avoir accès individuellement. De la même façon que le crachoir, individuel ou collectif, concentrait les matières infectieuses de façon à les détruire avec méthode, le sanatorium concentrait les malades afin de ne pas laisser la maladie se disséminer au dehors. Pour ces raisons, l'exigence de salubrité, les règlements d'hygiène, les protocoles de désinfection occupaient une place centrale dans le fonctionnement des sanatoriums et dans la vie des malades. Guidés par les médecins, les architectes devaient garantir un entretien aisé des bâtiments au moyen de matériaux, lisses, imperméables et résistants. Si l'emploi de matériaux « antiseptiques », suggérés par Bovet en 1890, relevait de l'utopie, celui de matériaux et de surfaces « aseptiques », n'offrant aucune aspérité, était une constante de l'architecture sanatoriale. Nous avons vu précédemment comment cet impératif se traduisait dans le choix des revêtements.

Les installations techniques, comme les pièces de mobilier, répondaient aux mêmes exigences. Ainsi, s'agissant des éléments de chauffage, leur installation ne pouvait être laissée au hasard :

> *La disposition des tuyaux et la forme des éléments de chauffage,* [doivent se conformer aux] *exigences de l'hygiène*, rappelaient Schmieden et Boethke en 1905. *Il faut [...] que chacune de ces parties puisse être facilement contrôlée et essuyée, car la poussière et la crasse qui s'y déposeraient finiraient par vicier l'air en se chauffant.[...] Pour faciliter toute réparation on fait passer les tuyaux à une certaine distance des murs au lieu de les dissimuler, comme d'ordinaire dans un renfoncement. Cette disposition a été appliquée dans presque tous les sanatoria populaires* [allemands], *sans que l'aspect des pièces en ait souffert, pourvu que les tuyaux soient placés avec goût.* [2046]

Le souci permanent de « faire disparaître les recoins »[2047], de ne présenter que des surfaces lisses et n'offrant aucune prise à l'incrustation de la saleté et des microbes, avait été poussé aussi loin que possible dès la fin du XIX[e] siècle. Schmieden et Boethke relevaient ainsi, en 1905, un détail de mise en œuvre qui montre le degré d'intégration de ces contraintes techniques dans l'aménagement des établissements : « Pour éviter les rainures, au lieu que la porte s'emboîte dans le chambranle, c'est celui-ci qui s'emboîte dans les portes »[2048].

En France, le souci d'une mise en œuvre hygiénique s'inspirait directement des modèles allemands : au sanatorium d'Oissel (Seine-Maritime, 1904), les tuyaux et radiateurs étaient « lisses, sans ailettes et disposés de façon à ne pas nuire au nettoyage »[2049] ; au sanatorium du Bon-Accueil, les radiateurs

---

[2041] Schmieden & Boethke 1905, p. 49.
[2042] Exception notable : le sanatorium de Wehrawald (1901), dans la Forêt-Noire, dont les murs étaient recouverts de papier *Salubra*, sans doute parce qu'il avait été conçu par l'architecte zurichois J. Gros et le médecin de Davos Karl Turban. *Idem*, p. 107.
[2043] Les parties communes du sanatorium de Plaine Joux devaient être revêtues de « toile marouflée peinte » et les pièces humides de peinture *Ripolin*, Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 56.
[2044] S.a., « Village-sanatorium « Guébriant » (La Clairière) à Passy (Haute-Savoie) (1932) », in *L'Architecte,* 1933, p. 17.
[2045] Aubert, notice descriptive concernant la construction d'un hôpital-sanatorium, 11 fév. 1931. A.D. du Puy-de-Dôme, X 2271.
[2046] Schmieden & Boethke 1905, p. 52.
[2047] Guinard 1925, p. 81.
[2048] Schmieden & Boethke 1905, p. 51.
[2049] Œuvre du sanatorium rouennais, exposé et description du sana. d'Oissel, s.d. [*ca.* 1906]. A.D. de Seine-Maritime, 1XP1479.

étaient « facilement démontables pour être nettoyés »[2050]. Guinard insistait pour que, en dessous « des angles obtus du plafond, on ne trouve pas, en saillie, des moulures pour conduites électriques qui, courant tout au long du mur, forment des surfaces excellentes pour les dépôts de poussières »[2051]. En 1932, Rideau se demandait ainsi « si les conduites d'eau et les fils électriques doivent être inclus dans le mur » :

> *Il ne semble pas réellement que le supplément de dépense occasionné par une telle installation – sans compter les difficultés auxquelles expose la moindre des réparations – soit en rapport avec l'utilité prouvée de ce système. Les conduites d'eau, arrondies, disposées à peu de distance du mur ne retiendront pas les poussières. Pour ce qui est de l'installation électrique, il n'est pas besoin d'utiliser dans la chambre des fils placés sous latte, et quand même le seraient-il, il est bien d'autres arrêtes et angles droits dans la chambre qu'il serait excessif de songer à supprimer. Nous voyons donc dans ce souci de tout mettre dans le mur qu'une exagération dont l'application superflue serait avant tout dispendieuse.*[2052]

Tous n'étaient pas de son avis et les architectes étaient parfois plus zélés que les médecins lorsqu'il s'agissait de s'assurer qu'aucune surface ne servirait de réceptacle à la poussière, toujours considérée comme le véhicule potentiel de bacilles qui auraient échappé aux désinfections méticuleuses. Dans le sanatorium privé de Saint-Gobain (Aisne, années 1920), par exemple, les téléphones étaient « démontables et désinfectables »[2053], tandis que dans celui, public, d'Aincourt (Val-d'Oise, 1933), les architectes Decaux et Crevel étudièrent chaque détail de l'aménagement intérieur, tâchant d'éliminer de leur plans la moindre saillie et le plus petit recoin :

> *Les moulures des portes et fenêtres seront arrondies, les serrures entaillées dans le montant de la porte, les angles rentrants ou saillants des murs en en plafond seront également arrondis et partout une plinthe à talon en granito, faisant corps avec le sol, est prévue. Dans le même ordre d'idées, les coupe-circuits seront dissimulés et les commutateurs encastrés dans les murs ne laissant qu'un bouton apparent.*[2054]

Au sol, la planéité parfaite des revêtements devait faciliter le fonctionnement de l'établissement. Dans leur projet pour le sanatorium de Boudré (Maine-et-Loire), les architectes Crevel et Decaux prévoyaient la suppression de tous les seuils intérieurs de façon à ce que l'on puisse facilement transporter les lits, munis de roulettes ; cette disposition était également prescrite dans le programme du sanatorium départemental de Savenay (Loire-Atlantique, 1931)[2055].

Malgré les mesures préventives draconiennes, la désinfection des toutes les surfaces et de tous les objets restait indispensable. L'asepsie des locaux était obtenue naturellement par l'aération et l'insolation permanente des locaux qui garantissant la destruction des germes. Elle pouvait néanmoins être améliorée par la configuration architecturale des bâtiments et les choix techniques opérés par les architectes. Selon Küss et Fournez, la « possibilité de réaliser sans efforts et sans difficultés, automatiquement pour ainsi dire, l'asepsie permanente de toutes les parties du sanatorium […] exige, pour sa réalisation, qu'il n'y ait partout que des surfaces lisses, imperméables, supportant des lavages »[2056]. La jonction entre les parois intérieures (de sol à mur, de mur à mur et de mur à plafond), était réalisée au moyen de gorges présentant un profil en quart de cercle. Ce dispositif avait été utilisé dès les années 1870 et 1880 dans les écoles, les hôpitaux et les logements sociaux[2057] et dès les années 1890 dans les sanatoriums populaires allemands. En 1905, Schmieden et Boethke rappelaient à ce sujet que « les murs plafonds, planchers, escaliers ne doivent présenter aucune saillie afin de pouvoir facilement surveiller et nettoyer toutes les surfaces. Tous les coins

[2050] Debens, hospices de Montpellier, projet d'installation du service des tuberculeux, 13 août 1907. A.D. de l'Hérault, 1X433.
[2051] Guinard 1925, p. 81.
[2052] Rideau 1932, p. 93-94.
[2053] S.a., « Le sanatorium de Saint-Gobain », in *La Presse Médicale*, 31 juillet 1929, p. 1000.
[2054] Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.. Ce descriptif est, mot pour mot, celui qui sera utilisé pour le sanatorium départemental de Maine-et-Loire conçu par les mêmes architectes. Boudré, Projet de Crevel et Decaux, mémoire explicatif. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2055] « Dans les pavillons [des chambres] comme d'ailleurs dans le pavillon central, il n'existera aucun seuil intérieur, ce qui permettra, les lits étant munis de grandes roulettes, de rouler partout les malades alités ». Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1931]. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2056] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 23.
[2057] Anne-Marie Châtelet nous indique notamment que ces plinthes à gorges étaient prescrites dans les *Instructions relatives à la construction des établissements scolaires* du 18 juillet 1882 : « Les angles formés par la rencontre des murs ou cloisons entre eux, ou avec les plafonds, seront arrondis sur un rayon de 0,10 m ».

doivent être arrondis, les fentes et les joints doivent être évités »[2058]. Plusieurs systèmes furent développés pour faciliter le raccord du sol et des murs au moyen de gorges arrondies : Abraham & Le Même relevaient à propos des sanatoriums suisses que, « dans les vieux établissements (1890-1900), il n'y [avait] pas de gorge, mais seulement une plinthe en bois », qui provoquait systématiquement l'apparition d'un « joint noir » entre le revêtement de sol et la plinthe, jugé peu hygiénique voire « franchement sale d'aspect »[2059]. L'usage de plinthes à gorge dans les sanatoriums s'altitude suisses n'avait été généralisé que peu avant la Première Guerre Mondiale : dans le sanatorium des cantons de Thurgovie et Schaffhouse (Davos, vers 1914), les plinthes étaient constituées de « linoléum en gorges au bas des murs », les angles saillants et rentrants, ainsi que les raccords avec les portes étaient faits « au moyen de coupes et de collages » [2060]. « Le résultat est très bon le long des murs, notaient Abraham & Le Même ; il est déplorable aux angles et raccords de portes ». Dans le sanatorium privé du Dr Lichtenhahn (Arosa, 1928), le linoléum était raccordé aux murs « au moyen de gorges en bois poussées dans les plinthes ». « Le résultat est parfait »[2061].

Ce dispositif était classique dans les sanatoriums français dès avant la Première Guerre Mondiale et les sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville disposaient en 1900 de plinthes à gorges. Le décret d'application de la loi Honnorat n'en fait pas mention, se contentant de recommandations générales : « sol imperméable, obturation des fentes des parquets et des murs, surfaces lisses lavables »[2062]. La *Note sur les sanatoria* de 1929 est plus précise : « Sol imperméable, de préférence en grès cérame, angles inférieurs arrondis, murs ripolinés »[2063]. Dès les années vingt, les fabricants de linoléum proposaient « des coins rentrants ou saillants et des "jonctions de portes" moulés permettant des raccords pratiquement invisibles »[2064]. Dans les chambres, Abraham et Le Même recommandaient l'emploi de gorges à faible rayon afin de ne pas gêner la disposition des meubles ; dans les autres locaux, les grandes gorges, les « coins » et les « jonctions des portes » moulés leurs semblaient plus avantageux[2065]. Pour les sols revêtus de grès cérame, les architectes se contentaient, avant la Première Guerre Mondiale, de poser des carreaux à 45° dans les angles[2066] puis disposèrent, des années vingt, de plinthes à gorge en grès cérame[2067].

L'exigence de surfaces lisses, sans brisure ni interstice, ne se limitait pas aux détails de mise en œuvre. Au sanatorium de Bonmorin, à Ardes (Puy-de-Dôme, 1896), elle avait été étendue à l'échelle du bâtiment entier dont les angles vif des volumes extérieurs avaient été supprimés au moyen de rotondes assurant la jonction entre les différentes faces et les galeries de liaison (ill. 304). Du fait de sa mise en œuvre sans joints, le béton armé paraissait, nous l'avons déjà mentionné, particulièrement approprié. « Quelques sanatoriums ont été construits en ciment armé qui permet d'obtenir une façade bien nette »[2068], précisait en 1906 l'ingénieur André Turin. Il ajoutait que pour « éviter toute saillie et moulure aussi bien intérieurement qu'extérieurement [...] on pourra raccorder le mur de face avec le toit par un arrondi et décorer ce mur par des incrustations de briques émaillées, de céramique, de grès flammé, en un mot, décorer par des tons et non par les saillies, de façon à pouvoir laver la façade par un jet d'eau à la lance »[2069]. A notre connaissance, ce dispositif ne fut jamais employé dans un sanatorium français.

[2058] Schmieden & Boethke 1905, p. 50.
[2059] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 54.
[2060] *Ibidem.*
[2061] *Ibidem.*
[2062] Article 10. J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2063] Poulain 1932, p. 36.
[2064] *Ibidem.* Abraham et Le Même avaient ainsi prévu d'équiper le sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1928) de ces « angles rentrants et sortants en linoléum moulé ». Berger 1928, p. 67.
[2065] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 54.
[2066] Turin 1906, p. 24.
[2067] Telles qu'elles avaient été prévues à Plaine-Joux. Berger 1928, p. 67.
[2068] Turin 1906, p. 23.
[2069] *Idem*, p. 24.

3.4.3. La destruction des germes et la gestion des déchets.

Pour réaliser l'asepsie des sanatoriums, les médecins comptaient en premier lieu sur « l'action des agents atmosphériques », comme l'air et la lumière. « L'air, précisait Borne en 1898, agissant par son oxygène, a une action assainissante, incontestable. Il atténue ou détruit la plupart des bactéries. Seuls les germes de quelques maladies échappent à son action ». Il poursuivait : « De nombreuses observations ont montré l'action assainissante de *la lumière,* surtout dans la partie chimique du spectre. [...] C'est la confirmation des règles fondamentales de l'hygiène : *aérer largement, renouveler l'air confiné, faire pénétrer partout la lumière* »[2070]. Cette conception de l'hygiène des bâtiments donnait un rôle de première importance à leur configuration géométrique, notamment dans leur rapport aux éléments extérieurs purificateurs : l'air et la lumière. En 1922, l'architecte départemental du Gard, Max Raphel, indiquait ainsi :

> *Il est nécessaire que l'action bactéricide de l'air et de la lumière s'exerce d'une façon permanente dans toutes les parties du sanatorium, aucun recoin ne doit échapper à leur action, ce qui a pour résultat d'annihiler les germes pathogènes et d'atténuer la virulence des bacilles tuberculeux. Dans un bâtiment bien éclairé dans toutes ses parties, la propreté est beaucoup plus facile à obtenir.*[2071]

En un sens, l'emploi de matériaux aseptiques, lisses et sans renfoncement, devait faciliter l'exposition de toutes les parties – notamment intérieures – des bâtiments à ces éléments extérieurs vecteurs de salubrité. Mais face à l'intensité de l'attaque bactérienne à laquelle étaient soumis les sanatoriums, des méthodes complémentaires de désinfection, thermiques et/ou chimiques, s'avérait indispensable. S'agissant des hôpitaux généraux, Borne rappelait qu'un « grand nombre de malades peuvent être considérés comme des centres de production de microorganismes dangereux. Il faut donc désinfecter scrupuleusement tout ce qui a pu être mis en contact avec le sujet »[2072], tâche d'autant plus indispensable dans les établissements pour tuberculeux que chaque malade était une source de dissémination des bacilles. Il fallait pour cela disposer de procédures standardisées et d'appareils de désinfection efficaces. Les surfaces, nous l'avons vu, étaient considérées comme de potentiels dépôts de bacilles, elles devaient donc supporter des procédures d'entretien et de désinfection rigoureuses. Les hygiénistes et les médecins faisaient de la distinction entre le « septique » et l'« aseptique » la base de la bonne tenue hygiénique des établissements. Si les mesures de désinfection étaient appliquées avec plus ou moins de rigueur dans les hôpitaux généraux, elles faisaient l'objet des plus grands soins dans les sanatoriums, où étaient concentrés d'importantes populations de malades contagieux.

Traitement et désinfection du linge.

La gestion du linge des malades était particulièrement importante. D'après les informations que nous avons pu trouver et les photographies anciennes montant des malades, il semble que les tuberculeux conservaient, dans la plupart des sanatoriums, leurs vêtements personnels[2073]. N'étant pas alités comme dans les hôpitaux, ils s'habillaient chaque matin et vaquaient ensuite à leurs occupations – cure d'air, promenade, repas, loisirs – en « tenue de ville ». Le linge, comme tous les effets en contact avec les malades, était susceptible de transmettre la maladie et devait être désinfecté avant lavage. Pour éviter la dissémination de poussières contaminées lors du transport et de la manipulation des sacs de linge sales, les pensionnaires des sanatoriums allemands devaient, au début du siècle, les imprégner eux-mêmes avec un liquide antiseptique avant de les remettre au préposé à la collecte. La désinfection à proprement parler avait

[2070] Borne 1898, p. 26.
[2071] Avant projet de construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport descriptif. A.D. du Gard, 4 N 127.
[2072] *Idem*, p. 25.
[2073] Au sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain), l'article 38 du règlement précise que « chaque malade doit être munie de linge de corps, de vêtements et chaussures chaudes en bon état (lainage, chandail, pantoufles, chaussons) ainsi que des articles suivants : un thermomètre médical, un bouillotte métallique avec l'enveloppe, deux couvertures de cure en laine, deux sacs à linge, deux enveloppes de serviettes de table », Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville, Règlement intérieur, 1935. A.D. de la Savoie, 7 N 61. Dans les sanatoriums de Bligny, un trousseau était remis aux pensionnaires comprenant : « une lavette en coton et les linges pour la toilette, de même que les peignoirs et linges pour les bains, ainsi que les serviettes de table avec leur enveloppe. Les malades doivent se procurer les autres articles devant servir à leur usage personnel [...] ». Guinard 1925, p. 376.

lieu dans une étuve utilisant de la vapeur sous pression, d'eau ou de formol[2074]. Aux sanatoriums de Bligny, le cycle de traitement du linge sale se déroulait ainsi :

> *A la fin de chaque semaine [...] les pensionnaires reçoivent, avec le linge propre qui est leur est rendu, un sac de toile en tissu très serré, numéroté à leur matricule, qu'ils suspendent dans leur placard et où ils déposent, au fur et à mesure qu'ils les ont salies, les pièces de lingerie et de trousseau lavables, à leur usage personnel. Le lundi matin, les petits sacs individuels, fermés au col au moyen d'une forte lacette, sont réunis, par section, dans un grand sac et transportés directement à la buanderie où, après avoir été mouillés dans des bacs d'essangeage* [opération consistant à décrasser grossièrement le linge], *ils sont vidés pour le triage, la mise à part et le trempage antiseptique des lainages qui ne supportent pas la lessive. Tout le reste du linge est lessivé à ébullition par la vapeur, dans les grandes lessiveuses-désinfecteuses, passées à la barboteuse et rincés. Il y a une cuve spéciale pour le linge fortement contaminé.*[2075]

Lors du transport du sac de linge sale entre le placard personnel du malade et le service de désinfection, toutes les précautions étaient prises pour réduire au maximum les risques de dissémination des bacilles. Ce système de sacs individuels était en usage dans les sanatoriums français dès le début du siècle. Dans certains établissements, les sacs étaient réunis, à chaque étage, dans une petite pièce contenant une trémie depuis laquelle ils étaient envoyés directement au service de désinfection, souvent situé au sous-sol de l'établissement[2076]. Ce système à trémie fut toutefois interdit dans les années trente, sans doute parce que les conduits étaient une source supplémentaire d'infection et que leur nettoyage était délicat. Au sanatorium de Buzenval, les sacs de linge sale n'étaient pas seulement fermés par un lacet, mais au moyen d'une « coulisse » parfaitement étanche. Pendant la guerre, la gestion du linge dans les hôpitaux sanitaires du ministère avait été l'objet d'un protocole précis[2077]. Le décret de 1920 ne précisait rien sur le mode de lavage et de désinfection du linge et se contentait de dispositions générales relatives à la désinfection des objets appartenant aux malades ; seule la présence d'un « caveau à linge sale lavable, complètement séparé des services des malades »[2078] était exigée. Les premières recommandations ministérielles concernant la désinfection du linge apparaissent dans la *Note sur les sanatoria* de 1929 : « Le linge et le matériel lavable seront désinfectés et lavés sur place dans une buanderie pourvue de tout l'outillage nécessaire : pièce facile à nettoyer pour réception et dépôt du linge sale, qui ne doit jamais être conservé dans les services de malades ; bacs d'essengeage et de trempage ; lessiveuses-désinfecteuses, essoreuses, séchoirs, etc. »[2079]. Ces dispositions seront reprises dans le décret du 30 mai 1932[2080]. Le linge était parfois lavé en dehors de l'établissement : à Buzenval il était aspergé toute une nuit de formol (formolisation au pulvérisateur Geneste et Hercher) avant d'être envoyé dans une blanchisserie industrielle où il était à nouveau bouilli avant d'être donné aux ouvriers préposés au lavage[2081]. La désinfection était le plus souvent effectuée à la vapeur ou dans une chambre de « formolisation ». Dans les hôpitaux-sanatoriums du Perron et de Sainte-Eugénie (Rhône), le linge était passé à l'étuve (Perron) ou aspergé de formol (Sainte-Eugénie) « afin de le rendre inoffensif », puis envoyé à la buanderie centrale des Hospices civils de Lyon où il était lavé

[2074] Schmieden & Boethke 1905, p. 56.
[2075] Guinard 1925, p. 88.
[2076] Comme au sanatorium de Buzenval (Yvelines, 1912) ou dans le projet de sanatorium de l'Union métallurgique et minière en 1917.
[2077] Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat décrit ainsi les *Instructions pour le nettoyage et la désinfection du linge infecté* : « 1° Literie et grand linge seront ou bien traités à l'étuve ou mieux exposés en surface dans les chambres à formolisation, au moyen d'un système suffisant de fils de fer galvanisé ou de tréteaux. La durée de l'opération doit être au moins d'une dizaine d'heures. 2° Le petit linge, les mouchoirs, les taies d'oreillers, etc., seront recueillis dans les chambres. Les malades les remettront eux-mêmes dans des sacs spéciaux fermés par une coulisse. Ces sacs seront tels quels soumis à l'ébullition d'une lessiveuse spéciale. Ils peuvent encore être mis à tremper dans des baquets remplis [de] lessive de « Küss » [...] ; 3° Les lainages, les couvertures, les vêtements et les matelas seront désinfectés par les vapeurs de formol dans les chambres à formolisation. Cette manière de faire offre l'avantage de ne causer aucun détérioration aux lainages. Tous les vêtements de chaque entrant et de chaque sortant (y compris leurs couvertures de lit et galerie de cure) seront soumis à cette opération ». J.O. 26 juillet 1917, p. 702.
[2078] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2079] Poulain 1932, p. 37.
[2080] « Dans tout sanatorium dont le nombre de lits atteindra 50, le linge et le matériel lavables seront obligatoirement lessivés sur place, dans une buanderie pourvue de l'outillage et des annexes nécessaires. [...] Si le linge est lavé au dehors, il sera transporté à la buanderie dans des sacs imperméables en grosse toile, et ne devra être manipulé qu'après immersion dans les bacs d'essangeage et de trempage. » J.O. 7 juin 1932, p. 6216.
[2081] Rapport du Dr Aublant, demande d'agrément du sanatorium de Buzenval au titre de la loi du 7 septembre 1919, 27 février 1936. A.D. des Yvelines, 73 W 42.

séparément de celui des malades non tuberculeux[2082]. A l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934), le linge sale était amené des étages jusqu'au sous-sol par un monte-charge réservé à cet effet. Il était immédiatement plongé dans une solution antiseptique et enfermé dans des conteneurs métalliques « hermétiquement clos » afin d'être transporté sans risque à la buanderie centrale de l'hôpital de Clermont-Ferrand[2083]. Une fois lavé, le linge était séché dans de grands séchoirs, chauffés à la vapeur (sanatorium Martel de Janville, Haute-Savoie, 1937) ou à l'électricité (sanatorium du Bois-de-l'Ours, Hautes-Alpes, 1934). Une alternative à la désinfection du linge par la chaleur consistait à le faire tremper dans un bac rempli de « lessive de Küss »[2084] utilisée pendant la guerre dans les hôpitaux et stations sanitaires.

Les crachoirs : réceptacles de matières infectieuses.

L'objet qui focalisait l'attention des services de désinfection, parce qu'il était tout à la fois le plus utile, le plus dangereux et le plus symbolique, était sans conteste le crachoir. Cracher par terre, à l'intérieur ou à l'extérieur du sanatorium était sans doute l'infraction au règlement la plus stigmatisée dans les sanatoriums. Guinard recommandait d'exclure immédiatement tout malade qui ne s'y conformerait pas. Depuis le milieu du XIX^{e} siècle, les crachoirs faisaient partie intégrante du mode de vie sanatorial. Encore répandu au début du XX^{e} siècle, l'usage de crachoirs collectifs tendait à disparaître dans les sanatoriums français après la Première Guerre Mondiale, notamment parce que les médecins souhaitaient habituer les malades à utiliser leur crachoir de poche. A Bligny, les malades disposaient également d'un flacon de verre bleu « à col légèrement étranglé et à couverture largement évasée, protégée par un couvercle métallique »[2085]. Ils étaient posés sur la table de nuit des malades et prenaient le relais, la nuit, des crachoirs de poche. S'il permettait à chaque malade de récolter méticuleusement les matières infectieuses expectorée, il constituait également un véritable un concentré de contagion dont la désinfection exigeait la plus grande attention. Cette désinfection était réalisée selon un protocole plus strict encore que celui du linge. Schmieden et Boethke mentionnaient deux systèmes en usage dans les établissements allemands au début du XX^{e} siècle. Le plus ancien consistait à incinérer le contenu des crachoirs :

> *Les expectorations, additionnées d'une solution antiseptique [...] que les crachoirs reçoivent, soit avant, soit après l'usage, sont versées dans un récipient contenant des matières combustibles qui absorbent facilement les liquides, telles que la sciure de bois ou la tourbe. Dans certains sanatoria, on se sert pour cela de récipients en carton durci que l'on jette au feu avec leur contenu. La combustion a lieu le plus souvent dans le four de la machine à vapeur ou dans un four spécial.*[2086]

Le deuxième mode de traitement consistait à placer les crachoirs pleins dans une étude à vapeur : le contenant et le contenu étaient ainsi désinfectés en une seule opération. Au sanatorium hanséatique d'Oderberg, les crachoirs étaient rangés dans un casier métallique de 200 places, introduit dans l'étuve à vapeur et maintenu à une température de 100° pendant 30 minutes. Les crachoirs étaient ensuite vidés à l'égout et nettoyés. Au sanatorium de Schömberg, dans le Würtemberg, on faisait « bouillir et évaporer les expectorations dans un chaudron *ad hoc* jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'une tout petit résidu solide »[2087].

En France, au sanatorium de Bligny (Essonne), les malades devaient déposer chaque matin au service de désinfection, dans un casier à leur numéro, le crachoir qu'ils avaient utilisé la veille et

---

[2082] Asile Sainte-Eugénie, demande de subvention sur les fonds provenant du prélèvement sur le produit des cercles et des jeux en faveur du sanatorium « Asile Sainte-Eugénie », s.d., archives des H.C.L., 2 O 242. R. Giraud architecte, Aménagement de deux pavillons de l'hospice du perron pour recevoir des malades tuberculeux, s.d. Archives des H.C.L., 2 O 277.

[2083] Aubert, notice descriptive concernant la construction d'un hôpital-sana. moderne, 11 février 1931. A.D. du Puy-de-Dôme, X 2271.

[2084] Composition : savon noir (10 grammes) ; lessive de potasse (15 c.m.c.) ; formol (30 c.m.c.) ; eau pour un litre. « Faire dissoudre à chaud le savon dans une petite quantité d'eau, compléter le volume à 900, ajouter la lessive puis, au moment de l'emploi, le formol. En 20 heures, la désinfection est suffisante. Ce procédé à le seul inconvénient de durcir le linge ». J.O. 26 juillet 1917, p. 702.

[2085] Guinard 1925, p. 85. En plus des crachoirs de poche, Georges Küss et l'architecte Fournez prévoyaient, en 1917, pour le sanatorium de l'Association métallurgique et minière, l'utilisation de « crachoirs de chambres », sans doute proches des flacons de verre bleu mentionnés par Guinard. En quittant leur chambre le matin, les malades auraient porté eux-mêmes ces crachoirs de chambres dans la « salle des crachoirs sales » et les auraient récupérés le soir, une fois désinfectés, dans la « salle des crachoirs propres ». S'agissant des crachoirs de poche, Küss et Fournez prévoyaient qu'ils seraient « soit désinfectés comme les précédents, soit vidés et nettoyés par les malades eux-mêmes dans la salle réservée à cet usage à chaque étage ». Union des industries métallurgies et minières 1917, p. 29.

[2086] Schmieden & Boethke 1905, p. 54-55.

[2087] *Ibidem.*

reprenaient, en échange, le crachoir qu'ils avaient déposé 24 heures plus tôt, entre temps désinfecté. Chaque malade disposait donc de deux crachoirs identiques et personnels qu'il utilisait alternativement. La désinfection à l'autoclave, telle qu'elle était pratiquée au sanatorium d'Oderberg au début du siècle, était répandue dans les sanatoriums français dès avant la guerre. Pendant la guerre, elle avanit été généralisée dans les hôpitaux sanitaires[2088]. Ce système fut remplacé au début des années vingt par une nouvelle génération d'appareils fonctionnant sur le principe de la double cure (ill. 415). Guinard en décrivait ainsi le fonctionnement en 1925 :

> *L'opération consiste à placer les crachoirs, après les avoir ouverts, dans des paniers* ad hoc, *pourvus de petites cases pour les crachoirs et pour les couvercles. Les paniers garnis [...] sont déposés dans la cuve de l'appareil à désinfection qui peut contenir 230 crachoirs de poche et 48 crachoirs de table de nuit. La contenance de la cuve est de 650 litres. La cuve est ensuite remplie d'eau, dans laquelle on ajoute du carbonate de soude, dans la proportion de un kilogramme pour 100 litres. On laisse tomber le couvercle et on porte à ébullition en ouvrant un robinet qui amène la vapeur sous pression provenant des chaudières de l'usine. Sous l'action du carbonate de soude et de la chaleur, les matières contenues dans les crachoirs sont homogénéisées et fluidifiées, elles se détachent spontanément et remontent en totalité à la surface de l'eau, où elles forment une couche plus ou moins épaisse, qui surnage à la façon de la crasse sur le bouillon. Après un quart d'heure à 20 minutes d'ébullition, un courant d'eau, arrivant doucement et très progressivement, par le fond de la cuve intérieure, provoque le débordement du liquide dans le cuvier extérieur, entraînant, automatiquement, la couche surnageante composée de résidus de crachats fluidifiés et stérilisés, qui, par une vidange du fond, sont déversés dans un large tuyau aboutissant aux conduits collecteurs des matières usées. L'arrivée d'eau propre se poursuivant, le liquide contenu dans la cure intérieure est peu à peu remplacé par de l'eau claire, dans laquelle, débarrassés de leur contenu et parfaitement désinfectés, plongent les crachoirs. Pour terminer l'opération, il suffit de vider la cuve, de sortir les paniers, puis de rincer les crachoirs, en passant à la brosse pour enlever la mince couche de sel précipité qui les recouvre.*[2089]

Cette méthode automatique et simple était pratiquée dans les hôpitaux parisiens et, semble-t-il, dans un grand nombre de sanatoriums français durant l'entre-deux-guerres, tel l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934). Les petits établissements ne disposaient toutefois pas des moyens industriels de désinfection des grands sanatoriums publics ou privés assimilés. Au sanatorium de Buzenval (Yvelines), en 1936, les crachoirs étaient plongés dans une solution bouillante de carbonate de soude et d'eau de javel concentrée ; chaque crachoir était ensuite stérilisé manuellement à la flamme d'*alcoolintus extra*[2090]. Le service de désinfection des crachoirs se trouvait en général, soit dans le bâtiment de la désinfection, soit dans les sous-sols du bâtiment d'hospitalisation. L'architecte de l'hôpital-sanatorium Calmette de Lille (Nord, 1936), F. Deregnaucourt, estimait « plus logique » cette dernière formule qui évitait le transport les crachoirs, véritables concentrés bactériologiques, autrement qu'avec les monte-charge réservés à cet effet et qui desservaient, depuis le local de désinfection situé en sous-sol, tous les niveaux d'hospitalisation situés au-dessus[2091]. Quelle que soit sa localisation, le local de désinfection comprenait au moins deux pièces : celle pour la réception et la désinfection des crachoirs sales, contenant l'étuve, et celle pour le dépôt des crachoirs désinfectés. Situées dans les sous-sols de l'établissement, ces deux pièces constituaient, l'une, le point d'arrivée, l'autre, celui de départ des deux monte-charge assurant le transit des crachoirs infectés/désinfectés vers les différents étages. Lorsque les malades déposaient ou venaient retirer eux-mêmes leurs crachoirs, le local de désinfection devait contenir trois pièces : une salle

[2088] Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat décrivait ainsi les *Instructions pour la désinfection des crachoirs* : « 1° Les crachoirs préalablement ouverts et logés dans les cases respectives de leurs paniers, sont plongés dans l'autoclave qui contient trois paniers à la fois. 2° L'autoclave est refermé et la température est portée et maintenue à 120°. 3° Le manomètre étant resté pendant 20 minutes à la température de 120°, le contenu de l'appareil est évacué et, après rinçage à l'eau froide, les paniers retirés. 4° Chaque crachoir est enfin individuellement rincé, vérifié et essuyé. 5° Avant d'être remis en service, les crachoirs de chambre et les crachoirs collectifs doivent être garnis d'une certaine quantité [...] d'eau phréniquée à 25%. 6° Les crachoirs de poche, de chambre, doivent être désinfectés tous les deux jours, en deux séries. [...] ». J.O. 26 juillet 1917, p. 702.

[2089] Guinard 1925, p. 87.

[2090] Rapport du Dr Aublant, Demande d'agrément du sanatorium de Buzenval au titre de la loi du 7 septembre 1919, 27 février 1936. A.D. des Yvelines, 73 W 42.

[2091] Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaires, exposé descriptif. A.D. du Nord, 96 J 1694.

de réception des crachoirs sales avec guichet donnant sur une salle de stérilisation, et une salle de retrait des crachoirs propres disposés dans des casiers numérotés[2092].

Désinfection de la vaisselle et des objets.

Renouvelant les recommandations émises en 1917 pour les hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre[2093], le décret de 1920 prévoyait que tout sanatorium devrait « être muni [...] d'un dispositif pour le nettoyage de la vaisselle des malades à l'eau bouillante »[2094]. En effet, rappelait Martin Rideau, si la contamination par les ustensiles de cuisine était improbable, « le mode de propagation par la verrerie et les couverts était certain »[2095]. En 1929, la *Note sur les sanatoria* du ministère du travail et de l'hygiène recommandait de la même façon de réaliser la désinfection de la vaisselle par immersion dans une eau carbonatée très chaude [2096]. Au sanatorium d'Enval, la vaisselle était portée à ébullition après chaque repas pendant 20 minutes : dix minutes dans une eau savonneuse pour la dégraisser et dix autres minutes dans une eau additionnée de carbonate qui a pour effet d'augmenter la température d'ébullition de l'eau[2097] ; tandis qu'au sanatorium privé de Saint-Gobain (Aisne, années vingt), elle était stérilisée dans une « machine spéciale électrique »[2098]. La désinfection des verres était plus délicate : pour éviter la casse, certains établissements utilisaient des verres « stérilisables à chaud genre *Pyrex* » dont le coût était toutefois important. Une alternative consistait à utiliser de simples timbales métalliques, jugées toutefois peu agréables à l'usage[2099].

Les mesures habituelles de désinfection ne se limitaient pas aux bâtiments, au linge, à la vaisselle ou aux crachoirs, mais concernaient quasiment tous les objets contenus dans l'établissement. Ainsi, au départ de chaque malade, sa chaise de cure, son placard et tous les objets qu'il utilisait subissaient une désinfection méticuleuse avant leur attribution à un nouveau malade. Dans les sanatoriums allemands, « les meubles, les murs et les planchers [étaient] lavés à l'eau, au savon et aux solutions de phénol, de lysol ou de sublimé »[2100]. Si le malade logeait dans une chambre individuelle, celle-ci était également nettoyée et désinfectée. Au sanatorium du Dr Gevey à Epalinges (Suisse, 1915), en plus de ces précautions, les papiers peints des chambres étaient arrachés et renouvelés au départ de chaque malade[2101]. En France, les murs des chambres du sanatorium de Bligny (Yvelines) étaient, avant la guerre, d'abord nettoyés à l'eau savonneuse puis avec une solution de formol. Pendant la guerre, les hôpitaux sanitaires du ministère de la guerre procédaient également à la désinfection périodique et générale des pièces[2102]. Après la guerre, cette désinfection était réalisée dans les sanatoriums au moyen d'un appareil produisant des vapeurs de formol, dénommé « formolisateur » (sanatorium de Buzenval), opération qui pouvait durer 30 heures, après que la

[2092] Rideau 1932, p. 107.
[2093] Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat décrivait ainsi les *Instructions pour la désinfection des assiettes et des couverts* : « 1° Après chaque repas, les cuillers, fourchettes et timbales recueillies sur les tables sont placées directement dans les paniers métalliques destinés à les recevoir. 2° Aussitôt garnis, les paniers sont logés dans les bassines contenant de l'eau bouillante, chaque fois renouvelée et additionnées d'une poignée de carbonate de potasse pour chaque récipient. 3° Les paniers sont retirés du bain de désinfection après une ébullition continue de 15 minutes pour être portés au rinçage. 4° Le chef cuisinier est responsable de la bonne exécution de ces prescriptions sous l'autorité de l'infirmière major de garde. » J.O. 26 juillet 1917, p. 702.
[2094] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2095] *Idem*, p. 110.
[2096] « A côté des cuisines et des salles à manger, on trouvera le dispositif pour le lavage et la désinfection, par l'*eau bouillante carbonatée*, de la vaisselle et des ustensiles de table. » Poulain 1932, p. 37
[2097] S.a., Sanatorium d'Enval, près Riom (Puy-de-Dôme), p. 11. A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366
[2098] S.a., « Le sanatorium de Saint-Gobain », in *La Presse Médicale*, 31 juillet 1929, p. 1000. Martin Rideau en jugeait toutefois l'emploi inutile. Rideau 1932, p. 107.
[2099] Rideau 1932, p. 110-111.
[2100] Schmieden & Boethke 1905, p. 57-58.
[2101] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 41.
[2102] Dans son rapport de juillet 1917, Honnorat décrivait ainsi les *Instructions pour le nettoyage des appartements* : « Art 1er. Toutes les poussières, papiers, objets souillés, etc., recueillis dans les chambres des malades, doivent être versés dans des seaux affectés à ce service et brûlés chaque jour aux machines. Les seaux doivent constamment être munis de leurs couvercles. Le nettoyage de chaque pièce, l'essuyage du sol, etc., doit se faire portes et fenêtres fermées et le seau transporté au fur et à mesure, de chambre en chambre. Il est rigoureusement interdit de rassembler des poussières en petits tas au dehors des portes des chambres et dans les couloirs. Chaque pièce ou couloir doit être nettoyé séparément et les ordures ou poussières n'en doivent sortir que dans les seaux. Art. 2. Il est interdit de jeter ni eaux, ni coquilles, ni papiers par les fenêtres. Art. 3. Les meubles, lits, dessus de placards, plinthes, portes, parois, doivent être essuyés à la serpillière humide. Art. 4. Le sol des chambres des malades sera essuyé à la serpillière humide puis brossé à la brosse à cirer dans les pièces parquetées. Les pièces dont le sol est bétonné ou cimenté seront lavées à la sciure mouillée tous les trois jours. Art. 6. La désinfection des locaux de faible capacité insuffisamment visités par le soleil doit se faire périodiquement. Elle est réalisée à l'aide de dégagement de vapeurs de formol après oblitération des fentes dans le local à désinfecter. », J.O. 26 juillet 1917, p. 702.

pièce ait été hermétiquement close (sanatorium d'Enval). Lorsque le traitement était achevé, le linoléum, les murs, les meubles étaient lavés avec un liquide antiseptique tandis que les matelas étaient passés à l'étuve ou plus simplement exposés au soleil, comme à Buzenval. Nous ne savons pas précisément comment cette opération était pratiquée dans les dortoirs, mais il est possible que le placement des malades ait été organisé de façon à les vider périodiquement pour réaliser leur désinfection. Le nettoyage humide des sols était la règle dans les sanatoriums et les établissements de tuberculeux de façon à capturer le maximum de poussières sans provoquer de mouvements d'air qui les feraient s'envoler. Pour cette raison, le balayage à sec était strictement prohibé. Tous les objets en contact, direct ou indirect, avec les malades, devaient pouvoir être désinfectés et la plupart des établissements disposaient de différentes étuves pour cela. « Pour les livres, papiers et petits objets facilement altérables, qu'il y a lieu aussi de soumettre à la désinfection », le sanatorium de Bligny possédait « un autoclave spécial où ils sont exposés, convenablement installés de champ et pages écartées, sur des rayonnages perforés, à l'action de vapeurs humides de formol à 65° »[2103]. Au sanatorium de Clavières (Mayenne, 1916), qui ne disposait vraisemblablement pas d'installations sophistiquées, les livres introduits dans l'établissement ne pouvaient en ressortir et étaient intégrés au fonds de la bibliothèque de l'établissement. Au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir, 1932), les livres empruntés étaient systématiquement désinfectés aux vapeurs de formol avant de réintégrer les rayonnages[2104].

Le local de désinfection était habituellement placé de façon à ne pas incommoder, par le bruit et les odeurs, les malades sans toutefois être trop éloigné de l'établissement pour des raisons de service. A la fin du XIX^{e} siècle, pour limiter les risques de contamination, les sanatoriums allemands disposaient leurs étuves dans des locaux qui bénéficiait d'un aménagement spécifique respectant la distinction septique/aseptique :

> *L'étuve à désinfecter,* expliquaient Schmieden et Boethke, *traverse la cloison d'une pièce divisée par elle en un côté infecté et l'autre désinfecté. Entre ces deux parties, il y a une cabine de bain permettant à celui qui introduit les objets dans l'étuve, par le côté infecté, de prendre un bain et de changer sa blouse contre une autre stérilisée, avant de faire sortir les objets désinfectés de l'étuve par l'autre bout de l'appareil dans le côté désinfecté ou stérile [...].*[2105]

En France, cette disposition fut reprise sous la forme de la « station de désinfection » qui était au cœur de l'organisation aseptique du sanatorium et distinguait toujours une zone septique, contaminée, d'une zone aseptique, désinfectée. La « station de désinfection » du sanatorium de Bligny fut ainsi aménagée sur les indications de Henri Thierry, inspecteur général des services de l'hygiène de la Ville de Paris (ill. 414). Elle se composait, sur le modèle allemand, de deux zones séparées par une cloison médiane traversée par les seuls appareils de désinfection. Les objets étaient chargés du côté septique et déchargés du côté aseptique[2106]. Dans un sanatorium, une « station de désinfection » comprenait au minimum une chambre de formolisation et une étuve à vapeur, voire de plusieurs étuves de différentes dimensions en fonction des objets à désinfecter – linge ou matelas par exemple. Contrairement au système allemand, il n'existait, dans les installations françaises, aucune communication entre les deux côtés de la station qui devaient être occupés par deux employés distincts.

Le fonctionnement quotidien des établissements ainsi que les mesures de désinfection précédemment décrites produisaient d'importantes quantités de déchets qu'il il fallait traiter sans mettre en péril l'équilibre l'hygiène de l'établissement et de ses dépendances. En ce qui concerne les matières solides (pansements, matériel médical, ordures ménagères), la plupart des sanatoriums disposaient d'un four à incinérer, habituellement situé dans le bâtiment de la chaufferie. Les résidus alimentaires, restes de cuisines ou des repas, servaient fréquemment, dans les sanatoriums installés à la campagne, à engraisser quelques porcs. Pour un établissement dont la première préoccupation était l'hygiène et la salubrité, ce type d'élevage peut sembler paradoxal ; Guinard, bien qu'à cheval sur les questions d'hygiène, jugeait toutefois

[2103] Guinard 1925, p. 89
[2104] Clairon & Rahili 1994, p. 57.
[2105] Schimeden & Boethke 1905, p. 56.
[2106] Guinard 1925, p. 85.

« indispensable » l'installation d'une porcherie qui permettait de valoriser économiquement les déchets alimentaires, préalablement recuits pour éviter de contaminer les animaux. A Bligny, la vente des porcs ainsi engraissés procurait un revenu non négligeable à l'établissement. S'agissant du traitement des eaux, les sanatoriums étaient rarement reliés au tout à l'égout et disposaient le plus souvent de leur propre système d'épuration avec drainage local des eaux résiduelles. Le risque de contamination n'était toutefois jamais nul :

> *Malgré la stérilisation convenable des expectorations et la désinfection du linge de corps,* prévenaient Schmieden et Boethke*, il est impossible d'empêcher absolument le passage de bacilles de la tuberculose dans la canalisation et leur propagation au dehors. On arrive* [au] *mieux à éliminer ce danger par le procédé d'irrigation. Dans les sanatoria dont le terrain s'y prête, on cherche [...] à établir des champs d'irrigation [...]. Les hygiénistes admettent que les bacilles de la tuberculose périssent complètement sous l'action des rayons solaires et de la végétation et que l'eau exposée à l'irrigation n'offre plus de danger.*[2107]

Les sanatoriums allemands utilisaient à la fin du XIX[e] siècle des procédés sommaires de traitement de l'eau, composés de simples filtres et de bassins de décantation. Ce système fut adopté au sanatorium d'Angicourt en 1900[2108]. Les premiers « procédés biologiques » de traitement des eaux usées apparurent au début du XX[e] siècle et furent expérimentés, avec succès, dans les sanatoriums. L'un des premiers fut installé en 1905 à Bligny, sur les conseils du biologiste Albert Calmette[2109]. Au sanatorium de Sülzhayn en Allemagne, on expérimenta la purification des eaux usées au moyen de « pâte de charbon » (procédé Degner-Rothe), jugé efficace mais coûteux[2110]. Après la Première Guerre Mondiale, les systèmes d'épuration par « fosses septiques et lits bactériens » furent systématiquement utilisés dans les sanatoriums. Des mesures complémentaires d'épuration pouvaient être appliquées dans certains sanatoriums, du fait de leur « nature spéciale » et de la proximité d'habitations : au sanatorium de l'Assistance publique de Paris, à Champrosay (Essonne, 1931), les eaux usées provenant du sanatorium étaient additionnées d'eau de javel à leur entrée et à leur sortie de la station d'épuration, avant d'être rejetées dans la Seine[2111] ; au sanatorium d'Enval (Puy-de-Dôme), on profita du terrain volcanique pour faire passer les eaux usées dans un filtre en pouzzolane de 15 mètres longueur avant de les rejeter au ruisseau[2112].

[2107] Schmieden & Boethke 1905, p. 54.
[2108] Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Sanatorium des postes et des télégraphes, Rapport présenté à la commission du sanatorium au nom de la sous-commission par M. A. Gory, Inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique, s.d. [*ca.* 1901] p. 8. Archives de l'A.P.-H.P., 9 L 17.
[2109] Guinard 1925, p. 91.
[2110] Schmieden & Boethke 1905, p. 54.
[2111] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment Illustré*, n°3, mars 1933.
[2112] S.a., Sanatorium d'Enval, près Riom (Puy-de-Dôme). A.D. du Puy-de-Dôme, 6 Bib 4366.

3.4.4. Le chauffage et la production d'énergie.

Le régime de chauffage des établissements.

Avant d'évoquer les aspects techniques des systèmes de chauffage utilisés dans les sanatoriums, il est nécessaire de revenir sur le régime de cure auquel étaient soumis les malades. Contrairement aux malades des hôpitaux généraux, les tuberculeux ne passaient que la nuit dans leur chambre. Dès le lever, et après s'être habillés, ils se conformaient au programme réglementaire composé de séances en galerie, de promenades et de jeux, entrecoupés par les repas. Pour éviter que les malades ne restent dans leurs chambres durant la journée en cas de mauvais temps – ils étaient alors plus difficiles à surveiller – la plupart des sanatoriums disposaient de « salles de jour ». Le régime de chauffage des sanatoriums devait donc se caler sur cette occupation intermittente des chambres qui ne nécessitaient qu'une mise en température ponctuelle, essentiellement le matin, au lever, et le soir, au coucher. Les espaces communs, les services et les couloirs devaient au contraire être chauffés en continu. La complexité du régime de chauffage des sanatoriums et de leurs différentes parties leur était donc spécifique. De jour comme de nuit, les fenêtres des chambres de malades devaient rester ouvertes, quelle que soit la température extérieure. Au sanatorium Schatzalp, (Davos, 1900), elles l'étaient tant que la température ne descendait pas au-dessous de –15°, au-delà, seule les impostes hautes étaient maintenues ouvertes[2113].

L'ouverture permanente des fenêtres dans les chambres de malades, fit douter certains de la nécessité de les chauffer, les dépenses de chauffage étant l'un des tous premiers postes dans le budget de fonctionnement des établissements[2114]. Ainsi, en 1921, l'architecte départemental du Gard, Max Raphel, « juge[ait] inutile [...] de chauffer des chambres de malades alors que les prescriptions indiquent que les fenêtres de ces chambres doivent être toujours ouvertes, nuit et jour »[2115]. Cette remarque n'était pas totalement dénuée de sens si l'on considère que le département d'hygiène de la ville de New York ainsi que le *Local Government Board* anglais prescrivaient, au début du siècle, de ne pas installer de système de chauffage dans les salles de malades[2116]. Selon Martin Rideau, la suppression du chauffage dans les chambres n'avait pas de réel intérêt économique dans la mesure où l'établissement, dans son ensemble, ne pouvait être dépourvu d'un réseau de chauffage[2117]. S'agissant des températures exigibles dans les différentes pièces, elles dépendaient autant de la « clientèle » à laquelle s'adressait l'établissement qu'à l'installation de chauffage dont il disposait. En Allemagne, Schmieden et Boethke recommandaient une température de 22° dans les cabinets d'examens médicaux, les vestiaires et les salles de bain, de 20° dans les dortoirs, les chambres de malades, les salles de jour, les réfectoires et les cabinets de toilette, de 18° dans les offices et les vestibules et de 15° dans les pièces de nettoyage, les couloirs et les sanitaires[2118]. En France, les recommandations relatives aux températures exigibles étaient assez variables. A Oissel, par exemple, le médecin-directeur Joseph Cotoni* estimait, en 1906, que la température ne devait pas tomber au-dessous de 12° dans les pièces chauffées[2119]. Gaussel, en 1909, jugeait pour sa part que la température devait être maintenue entre 14 et 16° et ne pas tomber au-dessous de 10° ou 12° la nuit[2120]. A Bligny on faisait en sorte de maintenir une température de 12° dans les parties communes durant la nuit.

[2113] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 6.

[2114] Amsler, médecin chef des dispensaires de Maine-et-Loire, rappelait en 1929 l'importance de l'hygiène et du confort dans les sanatoriums : « partout de l'air, de la lumière, des grandes baies et le chauffage central : les malades doivent vivre dans un air qui se renouvelle sans cesse, mais ne doivent jamais avoir froid, et ceci me fait penser, ajoute-t-il, à l'un de mes amis, médecin-directeur de sanatorium, me décrivant la stupeur d'un « administrateur » qui ne comprenait pas pourquoi il était si nécessaire de chauffer ... « puisqu'on laisser les croisées ouvertes ». Amsler 1929, p.12.

[2115] M. Raphel, avant-projet de construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport explicatif. A.D. du Gard, 4 N 127, p. 2.

[2116] Rideau 1932, p. 99.

[2117] *Idem*, p. 100. Il y voyait même plusieurs inconvénients : « 1° Certaines catégories de malades (rechutes, phénomènes aigus ou épiphénomènes) ne peuvent pas, ainsi que d'ailleurs l'ont prévu les instruction anglaises, être abandonnés au froid d'une part ; 2° Une adaptation progressive, seule, peut justifier l'insensibilité du malade à cette épreuve du froid : comment cette adaptation progressive peut-elle être obtenue dans un établissement non chauffé ? »

[2118] Schmieden & Boethke 1905, p. 51.

[2119] Œuvre du sanatorium rouennais, assemblée générale du 12 décembre 1906, p.17. A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.

[2120] Gaussel 1909, p. 273.

Il n'est point nécessaire, précisait toutefois Guinard, *d'élever beaucoup la température intérieure d'un sanatorium et, particulièrement, dans les temps les plus froids, on doit éviter, par un chauffage intensif, d'arriver à une trop grande différence entre les températures extérieures et celle des locaux, chambres, salle à manger, salle de réunion, couloir, etc. [...] le réglage doit se faire d'après une différence proportionnelle entre la température du dehors et celle de la maison.*[2121]

Selon Guinard, en 1925, les malades pouvaient s'accommoder pour une température extérieure comprise entre 8 et 10°, de 14 à 15° dans les bâtiments, voire même d'une température de 8 à 11° lorsqu'il gelait à l'extérieur. Rideau, en 1932, jugeait suffisante une température comprise entre 9 et 15° dans les pièces chauffées (salles à mangers, lavabos)[2122]. En hiver, la nuit, en l'absence de chauffage et du fait de la ventilation obtenue par l'ouverture des fenêtres dans les chambres, la température pouvait facilement tomber au-dessous de 0°. « Dans toutes les parties du sanatorium où les malades ne séjournent pas au cours de la journée : lavabos, chambres, dortoirs, couloirs des chambres, etc., ajoutait Guinard, on doit pouvoir interrompre complètement le chauffage et ne donner de la vapeur que le matin, au moment du lever, et le soir, au moment du coucher. Pendant la nuit, le chauffage est interrompu partout »[2123]. Après la Première Guerre Mondiale, ces recommandations évoluèrent peu[2124]. Sous couvert de thérapie, la réduction du chauffage au minimum constituait une importante source d'économies. Au-delà des aspects de confort et d'économie, la gestion du chauffage dans les chambres de malades participait de l'hygiène générale des établissements de tuberculeux. Le régime de ventilation et d'insolation des chambres procédait en grande partie, bien que cela ne soit jamais mentionné, de la hantise de la multiplication des bacilles et de « l'imprégnation miasmatique ». Le sanatorium devait offrir un milieu stérile aux bacilles et des conditions propres à empêcher – ou du moins limiter – leur prolifération. Si la ventilation et l'exposition au rayonnement solaire, même diffus, en constituaient les principaux piliers, la gestion parcimonieuse du chauffage et le maintien de température basse était un moyen de limiter le développement des germes : le sanatorium devait être l'antithèse des antres chauds et humides (à l'image des ateliers et des logements populaires) où prolifèrent les bacilles. Si le respect scrupuleux des règles de l'hygiène suffisait à maintenir les conditions de salubrité exigées, le sanatorium avait un rôle éminemment éducatif et les malades devaient appliquer chez eux les principes qui leur étaient inculqués dans les établissements fermés : aération et insolation des pièces, chauffage modéré et hygiène rigoureuse du corps, du bâti et des objets mobiliers.

Les systèmes de chauffage.

Même réduit, le chauffage des bâtiments exigeait une production de chaleur importante. La principale source d'énergie utilisée par les établissements hospitaliers avant la Première Guerre Mondiale était le charbon. Les premiers sanatoriums allemands disposaient de systèmes traditionnels de chauffage – poêle ou cheminée – dont on avait rapidement mesuré les inconvénients hygiéniques et économiques : la manutention du combustible exigeait un personnel nombreux, les poussières de charbon polluaient l'habitat et réduisaient à néant les efforts de salubrité. De plus, ajoutait Gory en 1901, les poêles avaient tendance à dégager des « émanations d'acide carbonique » préjudiciables à la santé des malades[2125]. Ces moyens traditionnels ne permettaient pas non plus de régler précisément la température interne des pièces, ni d'interrompre temporairement le chauffage du fait de l'inertie des corps de chauffe. Le chauffage central, à

[2121] Guinard 1925, p. 77.
[2122] Rideau 1932, p. 101.
[2123] Guinard 1925, p. 78.
[2124] En 1929, les architectes Crevel et Decaux prévoyaient ainsi, pour le sanatorium départemental du Maine-et-Loire : 30° dans le service chirurgical, 18° dans les locaux administratifs et 15° dans les dortoirs des malades et les dépendances (Crevel et Decaux, sanatorium de Boudré, mémoire explicatif et justificatif, s.d. [*ca.* 1929]. A.D. du Maine-et-Loire, 48 α 20). A l'hôpital-sanatorium Sabourin de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934), l'architecte A. Aubert dimensionna les chaudières pour obtenir une température de 20° dans les locaux accessibles aux malades, niveau plus confortable exigé peut être en raison du caractère hospitalier de l'établissement (A. Aubert, note descriptive concernant la construction d'un hôpital-sanatorium moderne, 11 février 1931. A.D. du Puy-de-Dôme, X2271).
[2125] Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Sanatorium des postes et des télégraphes, Rapport présenté à la commission du sanatorium au nom de la sous-commission par M. A. Gory, Inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique, s.d. [*ca.* 1901] p. 7. Archives de l'A.P.-H.P., 9 L 17.

eau ou à vapeur, semblait alors la meilleure réponse technique aux exigences hygiéniques formulées par les médecins pour les sanatoriums. Avec le chauffage central il devenait possible de calibrer, dans chaque pièce, les corps de chauffe et le régime de chauffage en fonction de l'usage qui en était fait. Excluant d'office les cheminées et les poêles, Léon-Petit distinguait, en 1895, trois modes de chauffages utilisables dans les sanatoriums : en premier lieu, le chauffage par calorifère à air chaud, très répandu mais qu'il jugeait peu efficace en raison des fumées qu'il émettait dans les locaux. Les calorifères étaient placés dans les caves et l'air chaud était conduit dans les pièces au moyen « de gaines pratiquées dans les murs ou les planchers » qui constituaient autant d'interstices « impossibles à nettoyer » ou pouvaient se nicher les bacilles[2126]. Autre système en usage, le chauffage central à eau chaude, très répandu dans les sanatoriums, était particulièrement apprécié pour sa chaleur « douce et agréable ». Il présentait toutefois l'inconvénient de présenter un « très grand développement de tuyaux d'un poids considérable », d'entretien malaisé, sans parler de la forte inertie des masses d'eau mises en circulation dans ces canalisations qui demandaient un temps de mise en chauffe relativement long et dont la chaleur se diffusait longtemps après l'arrêt du système. De plus l'eau chaude ne pouvait par être transportée sur de grandes distances sans se refroidir significativement : dans les grands établissements, ce système imposait donc de multiplier les chaudières pour réduire le développement des réseaux. Les avis divergeaient donc sur l'intérêt de ce mode de chauffage pour les sanatoriums et, à Bligny, où il avait été mis en service en 1918 au sanatorium de Fontenay, Guinard admettait en 1925 qu'il ne valait « absolument rien pour un sanatorium » :

> *Les fenêtres d'un sanatorium, celles des chambres notamment, étant toujours ouvertes, l'emploi des radiateurs à eau chaude exige, dans les temps très froids et quand il gèle, de chauffer sans arrêt même la nuit [...]. En effet, quand le thermomètre descend au-dessous de zéro, si la clef des radiateurs est fermée, si la circulation d'eau chaude s'arrête, si la pompe d'alimentation cesse de fonctionner, [...] l'eau refroidie peut geler et radiateurs éclatent avec fracas.*[2127]

En 1920 et 1921, pas moins de 23 radiateurs à eau chaude éclatèrent ainsi à Bligny en raison du gel dans les chambres. A cet inconvénient majeur, Guinard en ajoutait d'autres :

> *1° La lenteur avec laquelle on arrive à élever la température utile des radiateurs, qui ne commencent à dégager de la chaleur qu'après échauffement de la masse considérable d'eau (10 m^3 environ), qui circule dans tout le système ; 2° un rendement irrégulier, difficile à régler et à mettre en rapport avec les variations de température extérieures ; 3° une dépense supplémentaire d'électricité, indispensable à la marche continue de la pompe à circulation d'eau ; 4° une dépense considérable d'anthracite, de beaucoup supérieure aux quantités consommées dans les appareils à vapeur, pour une même surface chauffée.*[2128]

A ces deux systèmes, l'un peu hygiénique, l'autre peu souple, Léon-Petit opposait un troisième, plus commode selon lui : le chauffage à vapeur à basse pression et retour direct. Dans ce système, la vapeur était produite à haute pression dans une usine, généralement éloignée de quelques dizaines ou quelques centaines de mètres du sanatorium et était envoyée dans chaque bâtiment au moyen de conduites enterrées et calorifugées. La vapeur était ensuite détendue dans une sous-station à la pression d'utilisation et envoyée dans les appareils de chauffage.

> *L'installation,* précisait Léon-Petit, *se compose d'un générateur de vapeur, des batteries chauffantes, des tuyaux de retour ramenant l'eau condensée à la chaudière. Le cycle est ainsi fermé [...]. Les batteries chauffantes sont constituées par des tuyaux à ailettes placés au-dessous des fenêtres et commandés par des robinets d'arrêt qui permettent de supprimer ou de ralentir l'arrivée de la vapeur. Ce mode de chauffage, le seul rationnel pour un établissement hospitalier, s'allie à la ventilation. L'air extérieur pénètre par des bouches placées au niveau du sol, en avant des tuyaux du calorifère sur lesquels il s'échauffe. Des portes à coulisse permettent de faire varier la section d'admission, selon les circonstances. L'air vicié s'échappe à la parti supérieure du plafond par des cheminées d'appel [...].*[2129]

[2126] *Ibidem.*
[2127] Guinard 1925, p. 75.
[2128] *Ibidem.*
[2129] Léon-Petit 1895, p. 61-62.

S'il n'était effectif qu'en période hivernale, l'ouverture des fenêtres l'été compensait largement l'interruption de l'appel d'air produit par les calorifères. Ce système de chauffage était employé dans la majorité des sanatoriums français durant toute la première moitié du XX^{e} siècle, comme ceux de Bligny (Essonne, 1903), d'Oissel (Seine-Maritime, 1905) et du Bon-Accueil (Hérault, 1912) et sera adopté dans beaucoup de sanatoriums départementaux après la guerre[2130]. Ce système était cependant techniquement contraignant : le retour des eaux de condensation jusqu'à la chaudière exigeait des pentes parfaitement régulières et une importante différence de niveau avec les radiateurs, ce qui pouvait rendait le système relativement complexe et coûteux. Son seul réel inconvénient était de ne pas permettre le réglage de la température des corps de chauffe, qui atteignait logiquement la température de la vapeur et dépassaient donc systématiquement les 100°, provoquant de mauvaises odeurs liées au brûlage des poussières et risquant de brûler les pensionnaires et le personnel. A la fin des années vingt, Neumann, médecin-directeur du sanatorium Schatzalp, à Davos, jugeait ainsi le procédé, installé en 1900 dans son établissement, « défectueux, par suite de la trop haute température des corps de chauffe »[2131].

Outre ses qualités techniques et d'usage, le chauffage à la vapeur avait l'avantage de permettre une production centralisée de vapeur dans une usine thermique, quel que soit le nombre de bâtiments à chauffer. A Bligny, Guinard désespérait de devoir gérer, pour les trois sanatoriums et les bâtiments annexes, pas moins de 11 appareils de chauffage à eau ou à vapeur basse pression. Il hésitait, en 1925, à équiper le domaine d'un chauffage centralisé à vapeur haute pression. Portée à haute pression, la vapeur pouvait effectivement atteindre des températures très élevées et être transportée facilement dans des conduites souterraines sur de longues distances. Ces hautes températures permettaient d'utiliser la même source de vapeur pour alimenter, outre le système de chauffage à proprement parler, la quasi-totalité des services d'un établissement : désinfection des crachoirs, de la vaisselle, du linge et du mobilier, production d'eau chaude, fonctionnement des cuisines et de buanderie, voire, dans certains établissements, production d'électricité. Tous ces services pouvaient être assurés, dès la fin du XIX^{e} siècle, par la seule vapeur, considérée comme une source de chaleur malléable, facilement transportable et relativement économique.

L'éloignement de la production de chaleur que permettait le système à vapeur haute pression, résolvait en même temps le problème des nuisances des autres services, désinfection et buanderie notamment. Le regroupement des services techniques à proximité des chaudières, dans un « bâtiment d'usine » éloigné le plus possible des malades, permettait d'exploiter au mieux l'"énergie vapeur". Ce système était en usage dès la fin du XIX^{e} siècle dans les sanatoriums allemands et Frédéric Dumarest citait en 1897 le cas du sanatorium d'Hohenhonnef dont « la blanchisserie, les appareils de désinfection, les accumulateurs, les pompes et les machines productrices d'électricité [avaient] été reléguées dans une vallée à longue distance de l'établissement, auquel les reli[ait] un petit chemin de fer électrique »[2132].

Seul concurrent du chauffage à vapeur, le chauffage à eau chaude fit l'objet d'importantes améliorations techniques à la fin des années vingt et acquit un nouveau crédit auprès des médecins de sanatoriums. Après avoir examiné les systèmes de chauffage employés dans les établissements suisses en 1929, les architecte Abraham et Le Même estimaient, Contrairement à Louis Guinard, que le « chauffage à eau chaude à circulation accélérée par pompe » était le seul valable pour les sanatoriums ». Le principal perfectionnement réalisé alors consistait à coupler le réseau d'eau sur des pompes afin d'accélérer la circulation de l'eau dans les conduites. Fonctionnant en permanence, même lorsque la chaudière était éteinte, les pompes supprimaient les risques de gel dans les canalisations et les radiateurs. Outre cette sécurité, la vitesse de circulation de l'eau permettait de réduire la dimension des canalisations et des corps de chauffe qui ne dépassaient pas la température de 60°. « C'est le chauffage le plus souple et le plus facilement réglable, ajoutent Abraham et Le Même, car la circulation étant mécanique et non plus basée sur le principe du thermo-siphon, on peut envoyer de l'eau dans les corps de chauffe à température aussi basse

[2130] Nous citerons à titre d'exemple les sanatorium du Ponteils (Gard, 1925), d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1932), de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932) ou Paul-Doumer de l'Assistance publique de Paris à Labruyère (Oise, 1933).
[2131] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 7.
[2132] Dumarest 1897, p. 41.

que l'on veut (même froide) et à la vitesse que l'on veut »[2133]. Ce système fut installé dans de nombreux établissements[2134], sous la forme que nous venons de décrire ou en mode mixte, comprenant une « centrale de chauffe » isolée de l'établissement dont la vapeur à haute pression chauffait à distance l'eau circulant dans les radiateurs[2135].

Une seule source d'énergie permettait cependant de ne pas dégrader la qualité de l'air dans le voisinage des malades : l'électricité. L'usine thermique produisant la vapeur pouvait être éloignée au maximum de quelques centaines de mètres des établissements ; les générateurs d'électricité (thermique ou hydrauliques) pouvaient au contraire être placés à plusieurs kilomètres (au tournant du XX^{e} siècle) voire plusieurs dizaines de kilomètres (dès les années vingt) du lieu d'utilisation finale de cette énergie. L'électricité permettait donc de dissocier totalement le producteur d'énergie de l'utilisateur, résolvant du même coup le problème des nuisances (bruit, fumées) causées par les usines au voisinage immédiat des tuberculeux. La première étape avait été franchie dès la fin du XIX^{e} siècles avec la généralisation de l'éclairage électrique :

> *Il est notoire,* rappelait Meinel en 1898*, que l'éclairage au gaz ou au pétrole, sans compter l'éclairage à l'huile de lampe ou aux bougies, est nuisible, non seulement parce qu'il produit [...] une chaleur considérable, mais encore parce que les produits de la combustion sont de grands corrupteurs de l'air ; sous ce rapport, une petite lampe à pétrole vicie plus l'atmosphère que deux hommes ! C'est pour cela aussi que non seulement les sanatoriums installés luxueusement, mais encore plusieurs de ceux qui sont destinés à la population ouvrière, ont adopté l'éclairage électrique.*[2136]

Dans son rapport sur le projet de sanatorium des Postes, présenté en 1901 au ministre des postes et des télégraphes, l'inspecteur général Gory jugeait l'éclairage électrique, certes, coûteux « mais il [lui] parai[ssait] difficile d'y renoncer »[2137] tant ses avantages étaient importants par rapport aux autres systèmes. D'abord de piètre qualité, souvent éblouissant ou mal disposé, l'éclairage électrique se perfectionna au début du XX^{e} siècle et les architectes surent rapidement doser et calibrer la lumière en fonction des besoins. Dès 1900, notait Martin Rideau, l'éclairage électrique fut « naturellement considéré comme indispensable et [...] employé à peu près partout »[2138]. Essentiellement pour des raisons d'hygiène, l'éclairage électrique avait été plébiscité dans les établissements de tuberculeux dès avant la fin du siècle. Son installation était toutefois onéreuse dans la mesure où, jusqu'au milieu des années vingt, le réseau de distribution était quasi inexistant et chaque établissement devait produire lui-même, à grands frais, son propre courant dans de petites usines. En Allemagne, au début du XX^{e} siècle, les sanatoriums populaires qui ne pouvaient pas financer ce genre d'installation s'éclairaient à l'acétylène (sanatoriums de Grabowsee, Luitpoldheim, Kirchsee), ou bien au moyen d'un « mélange gazeux d'air et de vapeurs d'un dérivé liquide de pétrole » (sanatorium de Rathenow) ou encore avec des lampes à alcool (sanatorium de Mühlsthal)[2139]. Tous ces systèmes dégageaient d'importantes quantités de gaz et de suies, parfois nocives et toujours contre-indiquées pour les tuberculeux pulmonaires et la plupart des établissements se convertirent dès que possible à l'éclairage électrique, système qui « simplifi[ait] le service et [...] n'absorb[ait] pas l'oxygène de l'air comme l'éclairage au gaz ou au pétrole »[2140]. En 1895, le sanatorium de Ruppertshain avait été inauguré sans installation électrique, qui ne sera installée qu'en 1900 à l'occasion de travaux d'extension. En France, le sanatorium d'Angicourt (Oise, 1900) était éclairé dès son ouverture par 400 lampes à

[2133] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 50
[2134] On le trouvait notamment dans le nouveau pavillon de l'hôpital-sanatorium Saint-Eugénie (Rhône, 1930), l'hôpital-sanatorium Sabourin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934) ou le sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937).
[2135] Un tel système fut envisagé à l'hôpital-sanatorium départemental de Lille (Nord, 1936). Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaires, Exposé descriptif, s.d. [*ca.* 1928]. A.D. du Nord, 96 J 1694.
[2136] Meinel 1898, p. 9.
[2137] Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Sanatorium des postes et des télégraphes, Rapport présenté à la commission du sanatorium au nom de la sous-commission par M. A. Gory, Inspecteur de l'Administration de l'Assistance publique, p. 7, Archives de l'A.P.-H.P., 9 L 17.
[2138] Rideau 1932, p. 30.
[2139] Schmieden & Boethke 1905, p. 53.
[2140] *Ibidem.*

incandescence dont la puissance était « de 5, 10 et 16 bougies », tandis que la cour et les jardins étaient éclairés par quatre lampes à arc électrique de six ampères[2141].

L'influence des sanatoriums suisses et surtout allemands sur les premiers établissements populaires français se matérialisait concrètement dans les aménagements et les choix techniques effectués conjointement par les médecins et les architectes : revêtements intérieurs, appareils de désinfection, chauffage, éclairage, mobilier, etc. La promotion des équipements allemands organisée à partir de 1899 par Gotthold Pannwitz pour le Comité central allemand pour la construction des sanatoriums avait été précédée par celle réalisée par les médecins français eux-mêmes qui, dès la fin du XIX^{e} siècle, ne tarissaient pas éloge quant à leur perfectionnement et leur excellente fabrication. Il ne nous a pas été possible de déterminer précisément les objets et équipements qui furent importés directement d'Allemagne pour équiper les sanatoriums français ; nous pouvons cependant avancer, sans risquer de nous tromper, que les linoléums, les chaises de cure, les crachoirs et les appareils de désinfections qui équipaient au début du XX^{e} siècles les établissements français provenaient en grande partie d'Allemagne. Il faut sans doute y voir l'une des raisons de la polémique que suscita, en France, entre 1899 et 1903, la propagande allemande en faveur de son industrie sanitaire et de ses produits à l'usage des sanatoriums : l'indignation était sans doute le résultat de son efficacité et de la difficulté des fabricants français à conquérir ce nouveau marché. Le sursaut national avivé par la guerre mit un terme provisoire à ces échanges. Ils reprirent toutefois à la fin des années vingt dans le contexte particulier des réparations de guerre : les équipements allemands n'avaient rien perdu de leur réputation et allaient prendre – brièvement – une place centrale dans la politique française d'équipement sanatorial.

[2141] Bellouet 1901, p. 428.

3.5. La *Note sur les sanatoria* de 1929 et l'emploi des prestations en nature allemandes.

La circulaire ministérielle du 2 février 1929 relative aux nouvelles modalités d'octroi des subventions (voir p. 288) était assortie d'*Instructions concernant l'emploi des prestations en nature par les établissements d'assistance et les sanatoria*[2142], rédigées en mai 1929 par la Direction de l'assistance et de l'hygiène publique. Ce document, d'une cinquantaine pages, comprenait trois parties : la première, relative aux « instructions administratives », précisait les nouvelles modalités d'attribution des subventions ; la deuxième, concernant les « procédés de construction applicables aux bâtiments hospitaliers qui devront être édifiés avec l'aide des prestations en nature » qui constituait une « notice technique » d'utilisation des prestations en nature ; la troisième, enfin, comprenait des informations plus générales sur l'organisation des sanatoriums. En guise d'entrée en matière, le ministre rappelait son incapacité à « accorder intégralement en espèces la subvention de 50% prévue – d'ailleurs sans obligation et comme un maximum – par la loi du 7 septembre 1919 », confirmant les difficultés qui avaient été précédemment signifiées aux préfets dans les circulaires du 2 juillet 1928 et du 2 février 1929. Pour les projets dépassant 500.000 francs – c'est à dire toutes les constructions neuves et les extensions, mais aussi les transformations d'importance – la subvention en espèce ne pourrait dépasser 15% mais, ajoutait-il, « afin d'éviter l'ajournement à une époque lointaine de la réalisation de constructions nouvelles ou de transformation des établissements d'assistance »[2143], pourrait être complétée par l'attribution de « prestations en nature gratuites dans la proportion de 25 à 35% de la dépense totale prévue » et de « prestations remboursables en 30 ou 35 annuités », avec un intérêt de 2,75% sur une valeur de 10 à 15% de la dépense totale. Cette proposition résultait de l'opportunisme du ministère de l'hygiène et du contexte économique et politique international : condamnée en 1919 par le traité de Versailles à payer d'importantes réparations à la France, l'Allemagne connaissait depuis la fin de la guerre une grave crise économique et avait les plus grandes difficultés à honorer ses versements. Coordonné par les Etats-Unis, le plan Young de février 1929 imposa une révision des conditions de versement des réparations allemandes et prévoyait notamment d'augmenter la part des réparations « en nature ». Ces réparations étaient principalement constituées de produits manufacturés à forte valeur ajoutée, en grande partie issus des industries métallurgique et manufacturière. Ces nouvelles conditions offraient au ministre français de l'hygiène, également à court de liquidités pour financer sa politique sanatoriale, une opportunité pour maintenir l'effort de l'Etat en faveur des sanatoriums :

> *Il est évident*, expliquait le ministre, *[...] que l'emploi de prestations sera particulièrement avantageux pour l'exécution de grands projets ou pour les travaux des établissements situés dans les départements du Nord ou de l'Est, ou encore à proximité des grands ports maritimes qui peuvent recevoir, dans des conditions favorables, des matériaux variés provenant d'Allemagne.[...] D'autres établissements, malgré leur éloignement des points d'importation, pourront utiliser cependant dans de bonnes conditions des produits et du matériel allemands d'une valeur, à la tonne, assez grande pour pouvoir supporter des frais de transport relativement élevés. Ailleurs, l'abondance de matériaux locaux, malgré les facilités d'importation dont les établissements hospitaliers pourraient penser à user, les amènera à ne commander en Allemagne que des produits fabriqués ou des appareils.* [2144]

Le détail de l'attribution des prestations en nature pouvait donc varier d'un projet à l'autre, selon sa localisation et ses caractéristiques techniques. S'agissant des prestations remboursables et des fournitures « d'un caractère trop spécial pour entrer dans un marché général », les établissements d'assistance étaient invités à passer directement des marchés « avec des fournisseurs allemands, après appel à la concurrence ». Pour ce faire, les ministères de la guerre et de la marine, ainsi que le service des prestations en nature du ministère des finances, mettaient à disposition des établissements toute la documentation nécessaire « sur les matériaux et fournitures livrables par l'Allemagne, des indications sur les prix, des références sur les

[2142] Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, *Instruction concernant l'emploi des prestations en nature par les établissements d'assistance et les sanatoria*, [dite *Note sur les sanatoria*], Paris, s.n., 1929. A.D. des Hautes-Alpes, 4° A pièce 1088. Un tampon sur l'exemplaire envoyé à la préfecture des Hautes-Alpes précise qu'il avait été reçu le 17 juillet 1929.
[2143] Note sur les sanatoria 1929, p. 4.
[2144] Ce fut notamment le cas du préfet de l'Ain en mai 1929. *Idem*, p. 5.

maisons allemandes »[2145]. Considérant la subvention de 15% du montant des travaux en « numéraire » et de 35% en « prestations gratuites », certains départements jugèrent cette nouvelle offre de l'Etat « plus avantageuse que la subvention qu'il [...] accordait auparavant », vraisemblablement parce que ces prestations pouvaient être fournies dans de meilleurs délais que les subventions de l'Etat, par trop incertaines[2146].

Mais l'élément qui nous intéresse le plus dans ces nouvelles *Instructions*, est la « Notice descriptive » qui l'accompagne, relative aux « Instructions et plans élaborés par la commission chargée de dresser des plans-types destinés à faciliter l'emploi des prestations en nature dans les constructions des établissements hospitaliers et des sanatoria »[2147]. Sous la houlette des ministères du travail et de l'hygiène, la « commission des plans-types d'hôpitaux et sanatoria » fut chargée d'établir des stratégies de projet permettant d'utiliser dans de plus grandes proportions les produits proposés par l'industrie allemande au titre des réparations de guerre et « d'exposer les principes de construction qu'il y a intérêt à appliquer pour pouvoir [les] utiliser rationnellement dans les travaux des hôpitaux et sanatoria »[2148]. Cette commission comprenait notamment les médecins Bernard et Guinard, et les architectes Jacques Debat-Ponsan, Feine, (Auguste ?) Perret et les ingénieurs Freysinnet, Gagneraud et Guilmoto. Selon la commission : « la limitation du nombre de matériaux utilisables a pour conséquence nécessaire l'adoption de modes nouveaux de construction ; car il est hors de doute que les procédés normalement employés qui comportent l'emploi de matériaux courants en France, ne permettent pas d'incorporer dans les constructions les pourcentages de prestations élevés qui seront affectés aux établissements hospitaliers ». Parmi les « modes nouveaux de construction », les « charpentes métalliques avec remplissages » retenaient particulièrement leur attention[2149].

> *La répartition des divers services des hôpitaux et des sanatoria, la disposition à observer dans leur agencement et leur aménagement, leurs relations de dépendance réciproque étaient jusqu'ici laissées au gré des constructeurs. Il en est résulté, à côté de conceptions heureuses, dont il importe d'utiliser les enseignements, une certaine confusion qui a eu pour effet la constitution en certaines villes d'hôpitaux dispendieux nécessitant des frais d'exploitation élevés. La diversité des types de bâtiments a été plus grande encore pour les sanatoria.*[2150]

La commission se fixait comme objectifs de définir les modes de conception permettant de réduire les coûts de construction et les frais d'exploitation des sanatoriums. La commission ministérielle souhaitait pour cela dégager une « doctrine hospitalière » qui comprendraient « une étude sur les modes de construction nécessités par l'emploi des prestations ; des notices sur les dispositions à observer dans l'aménagement des services hospitaliers et des sanatoria ; des plans types [permettant] de mieux saisir ces directives »[2151]. La seconde partie du fascicule concernait les « procédés de construction » à proprement parler et notamment l'utilisation de structures métalliques :

> *L'emploi d'une ossature métallique ne nécessitant qu'un simple montage sur place est recommandé dans la constitution du gros œuvre des bâtiments. Ce mode de construction permet l'utilisation des prestations en nature dans une très large mesure. Par contre, la mise en œuvre d'ossature en béton armé est écartée en*

[2145] La loi du 24 mai 1928 relative à l'utilisation des réparations allemandes autorisait notamment les collectivités et établissements publics « à traiter de gré à gré les marchés de fournitures à imputer au compte des prestations », sous réserve qu'il aura été fait appel à la concurrence dans la plus large mesure. *Idem*, p. 9. La *Note sur les sanatoria* de 1929 précisait également que « la plupart des matériaux ou fournitures sont susceptibles d'être acquis par le jeu des prestations en nature. Cependant, divers accords internationaux [...] ont limité le nombre des marchandises qui peuvent être importées à ce titre. Certains ne doivent jamais être livrés au compte des réparations. D'autres ne peuvent être importées que dans la limite de certains contingents [...]. Par ailleurs, le contrat des prestations doit souvent être complété par des marchés passés avec des fournisseurs français : certaines dépenses, comme celles des salaires et des transports, sont nécessairement effectuées en France ; en outre, le souci de sauvegarder les intérêts de la production française amènera parfois le Service des prestations en nature à exiger une répartition de la commande entre industriels français et allemands. » *Ibidem.*

[2146] Extrait du P.V. des délibérations du conseil général de l'Ain, séance du 16 mai 1929. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

[2147] Note sur les sanatoria 1929, p. 29.

[2148] *Ibidem.*

[2149] « Une des conditions indispensables de l'emploi avantageux des matériaux de prestations est l'unification des diverses dimensions des bâtiments et de leurs éléments constitutifs. Cette normalisation qui porte aussi bien sur la longueur des fermes métalliques que sur les hauteurs et les largeurs des portes et des fenêtres, a pour rôle de faciliter les commandes en Allemagne où ces divers éléments pourront être fabriqués en série à des prix plus avantageux. » *Idem*, p. 30

[2150] *Idem*, p. 30-31.

[2151] *Idem*, p. 31.

principe, en raison des irrégularités de fabrication des ciments allemands et aussi des cours élevés pratiqués par les cartels.[2152]

Les différents modes de mise en œuvre étaient ensuite décrits par type d'éléments : pièces métalliques, murs, hourdis de planchers, couverture, etc. La quasi-totalité des éléments de construction pouvaient être fournis au titre des prestations en nature : pans de fer, poutres, planchers, escaliers et charpentes de bois ou de métal, mâchefer et « ciments de prestations », « tuiles de prestations », bétons et produits bitumeux pour toitures-terrasses, de même que les revêtements intérieurs et extérieurs, les éléments de menuiserie, serrurerie et quincaillerie, les appareils sanitaires, la plomberie et les canalisations, les éléments de chauffage, de ventilation et d'éclairage, la vitrerie, les stores ou les peintures. A lire le rapport de la commission, les sanatoriums pouvaient être entièrement fabriqués en Allemagne et livrés, par le rail, à pied d'œuvre en France : « La construction des hôpitaux et des sanatoria permet d'utiliser un grand nombre de matériaux pouvant être livrés aux titres des prestations en nature »[2153]. Pas une fois, néanmoins, il n'est fait mention de la conception allemande en matière de sanatoriums, ni des aptitudes propres aux fabricants allemands à fournir les équipements sanitaires et qui avait constitué, rappelons-le, le principal point d'achoppement en 1900. L'Allemagne n'était considérée que comme un fournisseur de matériaux et d'équipement – dont la qualité était, du reste, saluée – et les médecins et les architectes réunis dans cette commission estimaient sans doute qu'ils n'avaient pas de leçon à recevoir en matière d'aménagement sanatorial. Du reste, nous n'avons eu connaissance que du rapport final de la commission et il n'est pas impossible que, durant ses travaux, les dispositions et les aménagements techniques réalisés dans les sanatoriums étrangers aient été abordés, points qui ne pouvaient que l'aider à établir ses recommandations. Dans le rapport final, toutefois, les recommandations de la commission étaient entièrement basées sur les expériences françaises, remontant parfois jusqu'à 1900.

La troisième partie du fascicule était en effet consacrée aux « Prescriptions d'hygiène et techniques à observer pour la construction d'un sanatorium ». S'agissant des dispositions générales (terrain, implantation des bâtiments, dimension des chambres, etc.), ce texte relativement court – cinq pages – reprenait les prescriptions définies dans le décret de 1920, tout en détaillant les nombreux points passés sous silence par la loi Honnorat et relatifs, notamment, à la configuration des bâtiments et à l'aménagement des chambres. Cette troisième partie connut une diffusion plus large que le reste du fascicule car elle sera intégralement publiée en 1932 dans l'ouvrage de Roger Poulain *Hôpitaux et sanatoria*, précédée d'un volet plus général sur les constructions hospitalières, absent du fascicule ministériel de 1929[2154]. Les dispositions prescrites dans cette troisième partie furent synthétisées dans « plan type d'une aile de sanatorium de 150 lits », publié sous la forme d'une planche hors texte annexée au fascicule (ill. 114). Nous y reviendrons dans le dernier chapitre.

Examinons d'abord la portée des recommandations techniques relatives à l'utilisation des prestations en nature dans les projets de sanatoriums conçus à partir de 1929. Il faut noter en premier lieu que les collectivités publiques se préoccupèrent, avant tout, des modifications relatives à l'octroi des subventions[2155]. La plupart du temps, les prestations en nature ne furent donc mentionnées que relativement à la question des subventions, beaucoup plus rarement par rapport à celle de leur intégration, en amont, à la conception de l'établissement. En mai 1929, par exemple, alors que les instructions ministérielles venaient de paraître, le programme de l'Office d'hygiène publique et de préservation

[2152] La commission distinguait deux types de constructions : « Les constructions à étages multiples et à grandes portées de planchers, com-portant une ossature métallique avec murs construits en maçonnerie de remplissage ; Les constructions comportant un rez-de-chaussée avec 1 ou 2 étages au maximum, dont les murs portent les planchers et charpentes, sans pans de fer incorporés. » *Idem*, p. 32.
[2153] *Idem*, p. 39.
[2154] Réunies dans l'ouvrage de Poulain (1930), ces documents comprenaient une introduction (Observations préliminaires : dispositions applicables à l'ensemble des constructions et services hospitaliers) et 13 chapitres : I. Dispositions particulières applicables aux services hospitaliers proprement dits ; II. Service de médecine générale ; III. Service de chirurgie générale ; IV. Service des contagieux ; V.Service de tuberculose dans un hôpital général ; VI. Maternité ; VII. Service d'enfants ; VIII. Locaux d'observations pour les aliénés ; IX. Service des femmes vénériennes ; X. Hospices ; XI. Admissions à l'hôpital, consultations, laboratoires centraux ; XII. Services généraux ; XIII. Service des morts. Poulain 1930, p. 3-38.
[2155] Ce point avait notamment été relevé par les services en charge des projets du sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain), du sanatorium départemental du Pas-de-calais à Helfaut (A.D. du Pas-de-Calais, N 1089), du sanatorium interdépartemental du Cluzeau (A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 151) et du sanatorium de la Renaissance Sanitaire à Villiers-sur-Marne (Leroy 2005, p. 60).

antituberculeuse de la Seine pour l'extension du sanatorium départemental de Franconville demandait de tenir compte des « prestations en nature » dans l'élaboration du projet. Cependant, en dehors des planchers « en fers ou en béton armé selon les dispositions du marché », mentionnés par les architectes Gonnot et Albenque, rien dans la conception du bâtiment ne semble s'inscrire spécifiquement dans les recommandations techniques de 1929. Au même moment, le conseil général du Rhône se déclara intéressé à recevoir une partie de la subvention qui lui avait été promise pour la construction du sanatorium des Petites-Roches « sous forme de prestations en nature de fournitures allemandes ». Cela concernait notamment le carrelage, la plomberie et les appareils sanitaires[2156]. Le seul exemple de construction métallique dont nous ayons eu connaissance est l'extension des sanatoriums Belligneux et l'Albarine, réalisée par les architectes Feine et Tournon après le rachat de ces deux sanatoriums privés par le département de Seine. Notons que Feine était bien placé pour connaître les modalités d'application des dispositions sur les prestations allemandes puisqu'il était membre de la commission qui les avait définies en 1929. Le rez-de-chaussée des deux extensions fut réalisé en « maçonnerie de moellons durs du pays », mais les étages supérieurs avec « une ossature métallique et remplissage en briques creuses »[2157] et des planchers en fer. Les raisons de la portée limitée de ce dispositif de financement doivent être trouvées dans la crise bouleversement circonstances politiques et économiques mondiales : la crise financière partie des Etats-Unis en octobre 1929 eut des conséquences immédiates en Allemagne suite au retrait massif des investissements américains. L'Allemagne mit un terme au plan Young en 1930 ce qui rendait caduque les dispositions relatives aux « prestations en natures » instituées par le ministère de l'hygiène en mai 1929. Le remplacement en juillet 1931 du plan Young par le plan Hoover, qui imposait un moratoire sur le versement des réparations allemandes, contraignit le gouvernement français à renoncer aux réparations allemandes. La crise de 1929 toucha ainsi, directement ou indirectement, un grand nombre de sanatoriums qui durent vraisemblablement renégocier les conditions d'octroi de leurs subventions[2158]. Caduque dès 1930, le dispositif mis en place en 1929 par le ministère de l'hygiène eut à peine le temps d'être pris en compte par les collectivités et les maîtres d'œuvre, il n'est donc pas étonnant que les descriptifs des architectes mentionnent rarement les modalités d'emploi des prestations en nature, pourtant censées représenter jusqu'à 35% du coût des établissements. En dépit des difficultés budgétaires, le ministère était revint au dispositif antérieur dès 1931[2159].

Paradoxalement, les « Prescriptions d'hygiène et techniques à observer pour la construction d'un sanatorium », jointes aux *Instructions concernant l'emploi des prestations en nature par les établissements d'assistance et les sanatoria*, eurent une portée plus importante que le caractère éphémère du dispositif ne le laisserait supposer : elles étaient en effet les seules indications réglementaires formulées par le ministère de l'hygiène sur les sanatoriums depuis 1920 et étaient beaucoup plus précises que les « conditions techniques et hygiéniques » édictées dans le décret d'application de la loi Honnorat. Publiées par Roger Poulain en 1932 dans le second volume de son ouvrage *Hôpitaux Sanatoria*[2160], la *Note sur les sanatoria*, (parfois assimilée à la *Note sur les constructions hospitalières* qui la précède) servira de référence technique en matière de construction sanatoriale jusqu'au milieu des années trente. La *Note* de 1929 était ainsi fréquemment utilisée par les collectivités pour concevoir leurs projets des sanatoriums : les

[2156] Ces documents ont été versés après notre venue aux archives départementales et n'ont pas été consultés. A.D. du Rhône, 4 N 746.
[2157] Il est toutefois peu probable que l'octroi des subventions en nature avait beaucoup compté dans le choix des architectes car les plans sont datés de mars 1931, date à laquelle le dispositif avait déjà été abandonné. Sanatorium Belligneux à Hauteville (Ain), descriptif des travaux, travaux d'architecture, mars 1933. A.D. de Paris. D 12 N^4 40.
[2158] Le médecin Alexandre Bruno était assez explicite à ce sujet et nous apprend notamment que le projet de sanatorium privé qu'il avait développé en 1928-1929 à Plaine-Joux (Haute-Savoie) devait bénéficier de ces dispositions : « Tout en étant une société commerciale anonyme, le ministère des finances – en considération de l'intérêt pour la France de posséder un établissement pour les classes payantes afin d'attirer la clientèle étrangère et garder la clientèle française au lieu de les voir se diriger vers la Suisse et l'Italie – nous avait accordé un crédit de huit millions de francs sur prestations en nature, remboursables en 25 ans à 4,5%. Mais en 1930, le plan Young ayant été aboli par les Allemands, il s'est trouvé que notre société n'avait absorbé que 1,8 millions de francs environ, le restant [...] fut annulé par le ministère des finances sous le prétexte de cas de force majeure. » Bruno nous apprend également que ce prêt avait été accordé par l'Etat à condition que « 10% des lits seraient destinés, à titre philanthropique, à des fonctionnaires de l'Etat ». Lettre [de 1936] du Dr Evrot à Alexandre Bruno. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.64 Haute-Savoie.
[2159] En décembre 1931, il promettait ainsi au conseil général de la Loire-Inférieure une subvention de 50% pour la construction du sana. de Savenay. Lettre du 16 déc. 1931 du ministre de la santé publique au préfet de la Loire-Inf.. A.D. de la Loire-Atl., 1X584.
[2160] Poulain 1932, p. 34-38

programmes des concours pour la construction de l'hôpital-sanatorium de la ville de Versailles, en 1931, et de l'hôpital-sanatorium de Lorient, en 1932, précisaient par exemple que les architectes « se conformer[ont] aux indications données dans la *Note sur les constructions hospitalières* éditée en 1929 par le ministère de l'hygiène »[2161]. Certains architectes, de leur côté, ne manquaient pas de faire référence à cette *Note* dans leurs projets de concours : en 1930, pour « faciliter l'examen [de leur] projet », les architectes Edouard Crevel* et Paul Decaux* avaient ainsi structuré leur mémoire explicatif selon « l'ordre adopté dans la note ministérielle sur les constructions hospitalières »[2162]. La même année, l'architecte Maurice Puteaux précisait que son projet pour le concours de l'hôpital-sanatorium de Versailles était « la mise en pratique rigoureuse des théories exprimées par [...] la commission supérieure d'hygiène dans sa *Note sur les constructions hospitalières* », en particulier les chambres, « conformes, dans leurs divisions, au plan annexé à la Note [...] »[2163].

Avec l'ouvrage de Guinard, *La pratique des sanatoriums*, publié en 1925, la *Note* de 1929 et son plan type constituaient les principales références à disposition des architectes souhaitant se documenter sur la construction des sanatoriums. Préparant, en 1931-1932, sa thèse de médecine sur l'aménagement des sanatoriums, Martin Rideau avait demandé à l'Office national d'hygiène sociale et au ministère de la santé publique de lui adresser « tous les documents et renseignements bibliographiques relatifs à la construction et l'installation des sanatoriums » [2164]. Résultat : « la bibliographie comprenait deux ouvrages n'ayant qu'un rapport assez indirect avec la question ; elle était accompagnée de la notice officielle de 1929 et de quelques prospectus et cartes postales ». « Les instructions officielles relatives à la construction et l'aménagement du sanatorium ne sont pas nombreuses »[2165], regrettait Rideau pour qui la *Note sur les sanatoria* de 1929 constituait le document le plus précis sur ce sujet.

[2161] S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 301 et Hourlier 1932, p. 685.
[2162] Département de S.-et-O., construction du sana. de la Bucaille, mémoire explicatif, s.d. [*ca.* 1930]. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.
[2163] A.M. de Versailles.
[2164] *Idem*, p. 11.
[2165] *Ibidem.*

3.6. Médecins et architectes.

3.6.1. Le « pouvoir absolu » du médecin-directeur.

Les médecins de sanatorium étaient les maîtres incontestés de leur établissement. Ce rôle avait été hérité des premiers sanatoriums allemands et suisses qui n'étaient autre que des établissements privés créés par des médecins dans le but d'y appliquer une méthode thérapeutique spécifique et qu'ils dirigeaient d'une main de fer. Hermann Brehmer*, Peter Dettweiler* et Karl Turban* sont les archétypes de ces médecins directeurs de sanatoriums : propriétaires ou administrateurs de leur établissement, ils assuraient par leur seul nom la réputation de leur maison de cure. Considérés comme les garants de la réussite médicale de la cure, les médecins conservèrent un rôle central dans les établissements populaires. Leur pouvoir ne se limitait pas à la direction médicale des sanatoriums mais s'étendait à sa gestion administrative[2166], au recrutement des malades et du personnel. Ainsi, dès 1899, Jacques-Joseph Grancher* et Paul Brouardel* jugeaient indispensable que le médecin de sanatorium « ait les mains libres, qu'il soit maître chez lui, maître absolu, et non l'esclave d'une administration tatillonne, de délégués constamment en travers de ses actes ou de mauvais règlements »[2167].

En France, le rôle accordé aux médecins-directeurs avait été renforcé par l'organisation proprement militaire des stations et hôpitaux sanitaires créés pendant la guerre et dont les sanatoriums publics étaient les héritiers directs. A défaut d'aménagements parfaitement adaptés au traitement hygiéno-diététique des militaires tuberculeux, les autorités sanitaires s'en remirent au talent, au dévouement et la fermeté des médecins placés à la tête de ces structures provisoires. En 1919, le sénateur Strauss notait à ce sujet que, « malgré la contre-indication de la situation climatique de certains établissements, de bons effets ont été constatés toutes les fois que la station a été dirigée par un médecin consciencieux et zélé »[2168]. L'exemple le plus probant fut sans doute celui de la station sanitaire de Clavière, pitoyablement installée en 1916 (dortoirs de 50 lits, pas d'eau courante, ni de chauffage central ou de galerie de cure adéquate) et dont le fonctionnement était chaotique à ses débuts, mais qui fut reprise en main par son médecin-directeur avant de connaître ensuite d'assez bons résultats. L'importance du médecin-directeur dans la direction d'un sanatorium était résumée dans une formule célèbre de Charles Sabourin* à la fin du XIX^{e} siècle : « Tant vaut le médecin, tant vaut le sanatorium »[2169]. Berlioz et Leriche allaient dans le même sens en affirmant, en 1902, qu'un « bon sanatorium vaut mieux dans un climat médiocre qu'un bon climat dans lequel un tuberculeux est sans direction médicale »[2170]. Pour Paul Brouardel, l'essentiel était que « le tuberculeux soit dans un sanatorium bien dirigé par un médecin qui ait la main ferme, qui sache ce qu'il veut et qui ait la main libre »[2171]. Il se plaisait à raconter, à ce propos, l'anecdote suivante :

> *Il y avait dans un très grand sanatorium, un médecin qui avait un caractère intraitable [...] et qui se brouilla avec son administration [...] ; mais ses malades guérissaient. L'administration a pris un médecin fort aimable, qui laisse trop de liberté à ses malades : ils ne guérissent plus. Cela n'est point pour faire l'éloge du mauvais caractère, mais c'est pour indiquer l'importance de la direction médicale.*[2172]

Le rôle accordé aux médecins directeurs de sanatorium depuis la fin du XIX^{e} siècle fut renforcé par les circonstances exceptionnelles imposées par la guerre dans les établissements pour militaires. Dans

[2166] « Le sanatorium doit être médical est non administratif, proclamait Brunon en 1920. La puissance curative du sanatorium est dans la discipline méthodique qu'il impose. Pas de succès sans unité de commandement. Le médecin chef doit avoir tout pouvoir : sur le personnel et sur les malades. Tout le personnel depuis le médecin adjoint jusqu'aux aides de cuisine, en passant par les infirmières et les infirmiers, doit être dans sa main puisque les actes de chacun convergent vers un but commun : organiser au sanatorium une vie spéciale, très différente de la vie ordinaire. [...] Si le personnel est choisi en dehors du médecin en chef, ce personnel s'attribuera les droits que croit posséder le fonctionnaire. Si l'administration prend l'initiative des constructions et des aménagements, l'unité de direction est rompue. » Brunon 1920, p. 127.
[2167] Cité par Guinard 1925, p. 108.
[2168] J.O. 27 juin 1919, p. 369.
[2169] Cité par Gaussel 1909, p. 277.
[2170] Berlioz & Leriche 1902, p. 16.
[2171] Brouardel, « La lutte contre la tuberculose », in *Revue scientifique*, 27 janvier 1900, cité par Gaussel 1909, p. 277-278.
[2172] Brouardel, « La lutte contre la tuberculose », in *Revue scientifique*, 27 janvier 1900, cité par Artaud 1914, p. 38.

son rapport préalable de juillet 1917, André Honnorat renouvelait ainsi sa totale confiance dans le corps médical :

> *La direction du sanatorium doit être assurée par un médecin qui aura la haute main sur tous les services sans exception ; il doit être l'âme de la maison, et il ne peut l'être que si son autorité s'étend et se manifeste sur tous les actes de la maison, et si, d'autre part, il y réside en permanence, s'y consacrant tout entier, mêlant sa vie à celle de ses malades. Nous considérons cette condition d'existence au sanatorium comme indispensable. Sous les ordres de ce médecin, il y aura des adjoints, un personnel d'infirmières, un personnel de gestion et de service ; l'essentiel est dans la présence réelle et constante du médecin, chef de l'établissement. Le maintien de la discipline sanatoriale, le rendement thérapeutique et social du sanatorium sont à ce prix.*[2173]

La vocation des médecins-directeurs fut confirmée par la loi du 7 septembre 1919 dont le décret d'application de 1920 n'autorise aucune ambiguïté :

> *Le médecin chef, directeur, a la responsabilité générale de la conduite de l'établissement. Il est chargé de l'administration intérieure, ainsi que de la gestion des biens et revenus. Il a autorité sur tout le personnel et (à l'exception des médecins et du receveur économe [...]) il nomme les préposés de tous les services et les révoque, s'il y a lieu. Art. 17. Les fonctions d'ordonnateur appartiennent au médecin-chef, directeur [...]. Art. 22. Le service médical des sanatoriums publics sera assuré par un médecin-chef directeur et, s'il y a lieu, par un ou plusieurs médecins adjoints.*[2174]

Direction médicale, discipline et résultats thérapeutiques sont ici étroitement associés, de sorte que des résultats médicaux décevants pouvaient être mis sur le compte d'une direction défaillante. Ce fut le cas, par exemple, au sanatorium de Villeneuve d'Amont (Doubs) dont l'insuccès, selon certains observateurs, résultait d'un « problème de discipline », lié notamment au fait que le médecin-directeur ne résidait pas dans l'établissement. Dans ce cas précis, et pour illustrer l'importance du médecin-directeur dans la tenue d'un établissement de tuberculeux, on lui opposa l'exemple du sanatorium départemental de Saône-et-Loire :

> *Au sanatorium de la Guiche, les malades sortants n'aspirent qu'à un nouveau séjour. Tous parlent en termes élogieux de la sévérité et en même temps de la grande bonté du médecin-chef. Dernièrement, les malades en traitement dans cet établissement* [expliquaient] *que les incartades n'y sont pas tolérées et ils se le tiennent pour dit. De plus, ces malades reviennent très éduqués, font de la prophylaxie autour d'eaux et donnent des indications à leurs camarades ; ces résultats sont dus à la présence constante du médecin-chef.*[2175]

Le rôle central joué par le médecin-directeur répondait également à la complexité du traitement sanatorial. Le médecin était une sorte de chef d'orchestre possédant seul la vision d'ensemble d'une partition composée d'une multitude d'instruments : services médicaux, administratifs et techniques, règlement général, règlement intérieur et règlements spéciaux (de cures, de sorties et visites), cure d'air et de repos, régimes alimentaires, suivi médical des malades, etc., tous au service du traitement médical. Le médecin-directeur était donc le mieux qualifié pour en coordonner la mise en œuvre. Il ne devait pas pour autant être inaccessible et cantonné à un rôle de gestionnaire, voire de technicien. Ayant la haute main sur son établissement, il devait au contraire conserver un rapport privilégié, presque personnel, avec tous ses malades. L'image paternelle de sa fonction était donc fréquemment mise en avant :

> *Le médecin-directeur est le chef de famille*, assurait Guinard, *celui dont l'influence doit s'exercer partout et pour tous, qui incarne la maison, lui imprime son caractère, sert de trait d'union entre les éléments qui composent le sanatorium ou sont en rapport avec lui : pensionnaires et personnel à l'intérieur ; parents, familles, bienfaiteurs [...] et conseil d'administration à l'extérieur. Tout vient à lui et tout part de lui. De ses qualités d'homme et de médecin dépendent entièrement la valeur, les qualités et l'espoir de l'organisme social dont il est le chef.*[2176]

[2173] J.O. 26 juillet 1917, p. 736.
[2174] Article 16. J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2175] Hôpital-sanatorium des Tilleroyes, Construction, s.d. [1925]. A.D. du Doubs, 43 N 5.
[2176] Guinard 1925, p. 123.

Le médecin-directeur se substituait au chef de famille et assurait, selon Gaussel, la « direction médicale et morale qui manquait souvent [au malade] ». « Pour imposer son autorité, ajoutait-il, et obtenir facilement l'obéissance de la part des malades, le médecin devait être à la fois instruit – de façon à inspirer confiance – et bon, pour gagner les sympathies qui ne demandent qu'à aller vers lui. La fermeté et la bonté sont donc les deux qualités maîtresses d'un médecin-directeur de sanatorium »[2177]. Médecin-chef, directeur administratif et chef de famille à la fois, le médecin-directeur était présent à tous les moments de la vie de l'établissement : l'article 23 du décret de 1920 l'obligeait à y résider de façon permanente[2178]. Au Berghof, sanatorium dans lequel Thomas Mann situait l'action de *La Montagne magique*, le médecin-directeur prenait ses repas avec les pensionnaires passant, repas après repas, d'une table à l'autre. Guinard, de la même façon, recommandait aux médecins de présider chaque repas, autant pour maintenir le caractère familial de l'établissement, que pour valoriser le rôle thérapeutique de l'alimentation. Il insistait sur l'importance de la présence physique du médecin-directeur à tous les moments de la journée: visiter individuellement les alités chaque matin, passer régulièrement dans les galeries de cure durant les séances de repos, croiser les malades durant leurs promenades, participer aux repas, aux conférences et aux spectacles. Il réalisait également les examens et supervisait les soins et traitements spécifiques. A Bligny, les malades étaient examinés, quel que soit leur état, tous les 20 jours par un médecin – directeur ou assistant – chargé d'examiner chaque semaine un nombre déterminé de patients[2179]. Le médecin-directeur assurait ainsi la cohésion sociale de sa maisonnée pas sa seule présence. Il devait être persuasif et apporter à ses malades le soutien moral nécessaire à la guérison. « Pour guérir, relevait à ce sujet Gaussel, le malade doit croire à la guérison, et cette confiance ne peut lui être inculquée que par un médecin ayant lui-même foi dans le succès »[2180]. Ayant tout pouvoir sur le personnel de l'établissement, chacun de ses membres était comme investi de cette autorité que les malades craignaient et respectaient à la fois. « On le voit partout et on sent son influence en tout », résumait Louis Guinard qui incarnait, en France, cette catégorie de médecins-directeurs entièrement dévoués à leur « œuvre » et pour cela respectés. Peu d'établissements publics autorisaient une telle concentration de pouvoirs en un seul homme ce qui n'allait pas sans poser quelques difficultés, notamment avec le personnel et les malades, mais les conflits ouverts étaient rares[2181]. Les médecins directeurs conservèrent leurs prérogatives durant l'entre-deux-guerres : ils perdirent provisoirement, en 1923, la maîtrise de l'admission et de la sortie des malades[2182], ce qui provoqua un tollé dans la profession obligeant le législateur à faire machine arrière dès 1924[2183].

Les tâches incombant aux médecins-directeurs paraîtraient aujourd'hui écrasantes et occupaient plusieurs articles du règlement général des établissements[2184]. Elles obligeaient les médecins à se consacrer

[2177] Gaussel 1909, p. 277.
[2178] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2179] Guinard 1925, p. 122.
[2180] Gaussel 1909, p. 278.
[2181] A la fin des années trente, mais surtout après la Seconde Guerre Mondiale, les malades s'organiseront fréquemment en « syndicats » faisant office de contre pouvoir – reconnu ou pas – au médecin-directeur. Au sanatorium Rhône-Azur de Briançon (Hautes-Alpes, 1955), l'article 59 du règlement prévoyait que : « Les malades peuvent désigner des délégués chargés de les représenter pour les questions d'ordre général auprès de la direction du sanatorium. Tous les six mois, l'assemble générale des malades élit un délégué adjoints au scrutin secret. Les malades alités ne pouvant se rendre à l'assemble peuvent voter par correspondance » (cité par Durbec 2006, p. 62). A l'extérieur du sanatorium, également, les tuberculeux s'organisèrent et, selon Dominique Dessertine et Olivier Faure (1988, p. 166), on comptait plus de 10.000 tuberculeux membres d'associations de malades dans le seul département du Rhône en 1947.
[2182] Guinard 1925, p. 109.
[2183] Cette restriction était déplorée par Guinard pour qui elle enlevait aux médecins « toute autorité en matière de discipline », les empêchant « d'intervenir utilement et de prendre librement toute mesure urgente qui peut s'imposer, en présence de fautes graves contre l'hygiène, le bon ordre, le calme et la bonne tenue de la maison ». Avec l'appui de la Société des médecins de sanatoriums et de dispensaires, d'André Honnorat et d'Albert Calmette, cette disposition fut abrogée par le décret du 24 juillet 1924. *Idem*, p. 377.
[2184] « Le médecin-directeur a, sous l'autorité du préfet, la responsabilité générale de la conduite du sanatorium. [...] Il veille à l'ordre général, à l'hygiène et à la propreté [...]. Il est chargé de surveiller les opérations du receveur économe, les réceptions des denrées et fournitures, ainsi que les restes en magasins. Il procède chaque année au récolement de l'inventaire. Il procède à la vérification de la caisse à l'époque de la clôture de l'exercice [...]. Il fait dresser et soumet à la commission de surveillance et au préfet les devis de travaux de réfection des bâtiments. Il peut toutefois ordonner, en cas d'urgence, sans l'autorisation du préfet, les travaux de réparation dont la dépense est imputable sur les crédits ouverts au budget du sanatorium et n'excédant pas le quart des crédits alloués. Il donne son avis sur les projets de construction des travaux, sur les modifications à apporter à l'établissement. Art. 18. Le médecin-directeur prépare les budgets annuels et présente au préfet [...] le compte administratif et moral de l'établissement. Art. 19. Toutes les dépenses en deniers sont mandatées par le médecin-directeur, ordonnateur. Art. 20. Il fait tenir sous sa responsabilité : 1° le registre de mouvement des malades ; 2° le registre du personnel employé, 3° le registre des décès ; 4° le registre du mouvement de la population constatant jour par jour le nombre de journées de présence des personnes nourries dans l'établissement ; 5° le registre des propriétés

exclusivement à leur établissement et il leur était interdit, sauf exception, de recevoir une clientèle privée[2185]. Pour se convaincre de la spécificité du rôle du médecin-directeur dans les sanatoriums, il suffit de le comparer aux autres établissements antituberculeux : lorsque la commission permanente de la tuberculose proposa, en 1924, d'assimiler les préventoriums aux sanatoriums, le projet de loi prévoyait d'appliquer des dispositions identiques aux deux types d'établissements à une exception près : il n'y aurait pas, dans les préventoriums, de médecins-directeurs mais des « médecins-traitants, qui pourront [...] ne pas être obligés de cumuler les fonctions directoriales »[2186]. Dans un projet de loi de 1930 sur la réforme du statut des médecins de sanatorium, le législateur se demandait « si le cumul de cette double fonction ne constitu[ait] pas une charge trop lourde, pour une seule personne »[2187]. Les établissements étaient alors toujours plus grands et comptaient parfois plusieurs centaines de lits. Les médecins, de plus, ne disposaient pas toujours de réelles compétences administratives ou de gestion et il leur était parfois de difficile d'assumer entièrement le fonctionnement de leur établissement.

Les conditions de nomination des médecin-directeurs de sanatoriums résultaient du constat, établi par les autorités sanitaires, que, dans les hôpitaux, « les commissions administratives ne plaçaient par toujours dans les diverses fonctions médicales les spécialistes autorisés »[2188]. En confiant la gestion administrative des établissements aux médecins-directeurs, le législateur, nous l'avons vu, attisa le mécontentement des administrations hospitalières qui se non seulement sentaient exclues de la loi Honnorat sur les sanatoriums, mais également dépossédées de la gestion des établissements de cure. En agissant de la sorte, l'autorité publique cherchait à préserver la cohérence de son action en confiant les tuberculeux à des médecins capables, disposant de l'autorité suffisante pour mener à bien la cure hygiéno-diététique dont personne ne sous-estimait les difficultés de mise en œuvre. Les candidats au poste de médecin-directeur de sanatorium devaient justifier d'une solide expérience : des « listes d'aptitude » étaient constituées chaque année par le ministère avec, d'un côté « les candidats reconnus aptes aux fonctions de médecins adjoints » et, de l'autre, « les médecins adjoints ayant au moins deux ans de fonction [...] qui seront, au point de vue médical et au point de vue administratif, reconnus aptes aux fonctions de médecins directeurs »[2189]. Les médecins-directeurs et médecins-adjoints de sanatoriums publics étaient nommés directement par le ministre de l'hygiène, après délibération d'une commission spéciale[2190].

Dans la plupart des établissements, le médecin-directeur était assisté, pour les soins particuliers, par des médecins spécialistes (chirurgiens, dentistes ou oto-rhino-laryngologistes) appelés à intervenir ponctuellement[2191]. Avec le développement des méthodes chirurgicales, les chirurgiens furent de plus en

---

immobilières, rentes et créances de l'établissement ; 6° le livre de détail de l'ordonnateur enregistrant des articles des budgets des dépenses. [...] Art. 23. Le médecin-directeur effectue ou fait effectuer : 1° le classement des demandes d'admission qui lui sont transmises ; 2° la tenue des fiches d'observations médicales concernant chaque malade, son état de santé à l'entrée, l'évolution de sa maladie au cours de la cure et son état de santé à la sortie. A la fin de chaque année il transmet au préfet, qui le fait parvenir au ministère de la santé publique, un rapport accompagné d'un compte-rendu statistique sur les résultats thérapeutiques obtenus et tous les renseignements utiles concernant la marche de l'établissement et ses besoins. Art. 24. Le médecin-directeur visite personnellement ou fait visiter, jour par jour, les malades de l'établissement. Il fait tenir au moment de la visite un cahier spécial où sont consignées les prescriptions médicales de toutes espèces. Il s'assure que les doses de substances veineuses sont énoncées en toutes lettres et que le mode d'administration des médicaments renfermant ces substances est indiqué. [...] Art. 25. il recevra, dans la mesure où le service le permettra, des missions obligatoires pour assister aux congrès de la tuberculose. » Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville-Lompnès (Ain), Règlement général, 1935, A.D. de la Savoie, 7 N 61.

[2185] L'article 23 du décret de 1920 prévoyait que « Les médecins chefs [...] ne feront pas de clientèle au-dehors, sauf autorisation exceptionnelle révocable laissée à l'appréciation de la commission [...] qui pourra les autoriser de répondre aux demandes de consultations des médecins de la région ». De telles exceptions n'étaient pas rares et l'article 26 du *Règlement général* du sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain), tout en rappelant cette obligation, précisait que le médecin-directeur de l'établissement pouvait « toutefois, [...] donner, au sanatorium, des consultations privées pour les malades de l'extérieur. Le médecin-directeur a la liberté de se servir du matériel du sanatorium (appareil de radiologie), même pour les malades payants », mais devait verser pour cela la somme 30 francs par cliché à l'établissement. A.D. de la Savoie, 7 N 61.

[2186] J.O. 13 juillet 1924, p. 1203.

[2187] J.O.14 février 1930, p. 175.

[2188] Administration des hospices civils réunis de Besançon, Congrès d'Amiens, 5 juillet 1925, A.D. du Doubs, 43 N 5.

[2189] J.O. 22 novembre 1935, article 2.

[2190] Pour s'assurer de l'expérience des candidats, une modification au décret de 1920 prévoyait, en 1935, que « nul ne pourra être nommé médecin directeur s'il n'a dirigé effectivement, à titre provisoire, pendant une année au moins, un sanatorium ». Voir le chapitre IV du décret du 10 août 1920 : Conditions de recrutement et de nomination par voie de concours des médecins du sanatorium public. J.O. 15 août 1920, p. 12042-12043.

[2191] A Saint-Hilaire-du-Touvet, des chirurgiens de Grenoble montaient régulièrement pour assurer les opérations courantes, tandis qu'au sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados), on faisait appel à un médecin de Caen pour réaliser les sections de brides. G. Poix, Voyage d'étude aux organismes antituberculeux de Normandie. Août-Septembre 1946. Rapport confidentiel. Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.68 Seine-Inférieure. Le médecin en question était le Dr Porin.

plus présents dans les établissements jusqu'à entrer en concurrence avec les médecins après la Seconde Guerre Mondiale. Sans grande surprise, tous ces médecins étaient des hommes et nous n'avons trouvé aucun exemple de sanatorium dirigé par une femme, bien que le décret du 21 novembre 1935 modifiât, en leur faveur, les conditions de recrutement des médecin-directeurs[2192]. Le statut des médecins directeurs évolua peu durant l'entre-deux-guerres. Le titre de *médecin phtisiologue des sanatoriums publics* sera créé en 1943, donnant à ces seuls médecins la possibilité d'exercer dans les sanatoriums publics et les sanatoriums privés assimilés[2193].

Pour disposer de médecins compétents, il fallait les former. « On ne s'improvise pas directeur de sanatorium ! » s'exclamait Guinard en 1925[2194]. Ce n'est qu'assez tardivement que les médecins disposèrent, en France, d'un enseignement spécifique à la tuberculose et il fallut attendre 1928 pour que soit créée, à Paris, de la première chaire de clinique et de prophylaxie de la tuberculose, suivie en 1931 par une seconde, à la faculté de médecine de Lyon[2195]. Dans sa leçon inaugurale à la chaire lyonnaise de clinique et de prophylaxie de la tuberculose, le professeur Paul Courmont insistait sur le fait que, « pour former de tels médecins, il faut des cours de perfectionnement, des exercices de laboratoire et, surtout, des stages pratiques ». A Lyon, l'enseignement se voulait essentiellement pratique et était rattaché au service des tuberculeux de l'hôpital de Grange-Blanche. Ces spécialistes achevaient leur formation dans les hôpitaux-sanatoriums et les sanatoriums où ils assistaient, en tant qu' internes ou médecins adjoints, les médecins-directeurs en place[2196].

3.6.2. Louis Guinard et *La pratique des sanatoriums* : le médecin maître d'ouvrage.

Médecin-directeur des sanatoriums de Bligny depuis leur ouverture en 1903, Louis Guinard* (1864-1939) avait acquis une solide réputation dès avant la Première Guerre Mondiale. Encore étudiant à la Faculté de médecine de Lyon, il participa à la création de l'Oeuvre de la tuberculose en 1888 et prit part, la même année, au premier congrès français de la tuberculose. Il travailla ensuite dans le laboratoire de phtisiologie de Saturnin Arloing et fut chargé du cours de thérapeutique générale à l'Ecole vétérinaire de Lyon. Après avoir soutenu sa thèse de médecine en 1898[2197], Guinard exerça ses talents dans le laboratoire du sanatorium de Hauteville (Ain) sous la direction de Dumarest et prend la direction du sanatorium de Bligny à son ouverture en 1903. Son engagement scientifique fut alors croissant dans le domaine de phtisiologie : membre correspondant du Bureau central international contre la tuberculose en 1902 (dont il devient le conseiller en 1908), il devint membre fondateur de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose en 1905. En 1907, il fut l'un des membres fondateurs du Comité des sanatoriums de l'Association centrale internationale contre la tuberculose créée à la conférence de Vienne. Lors du congrès de la tuberculose de Washington, en octobre 1909, Guinard présenta pour ce comité « un rapport très documenté sur les principes à suivre pour la construction d'un sanatorium populaire pour tuberculeux du sexe masculin »[2198]. En France, il devint membre de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose en 1910. En 1914, le sanatorium de Bligny fut le premier établissement français réservé au

[2192] « Les emplois de médecins adjoints dans les sanatoriums publics et assimilés de toutes catégories et les emplois de médecins directeurs dans les sanatoriums de femmes et d'enfants pourront être remplis par des femmes ». J.O. 22 novembre 1935.
[2193] Thoillier 1947, p. 112.
[2194] Guinard 1925, p.
[2195] Courmont 1932, p. 615. A titre de comparaison, la Grande-Bretagne avait institué, dès 1917, à Edimbourg, une chaire spécialisée de médecine et la Russie, engagée après la révolution dans un formidable mouvement en faveur des sanatoriums, avait créé quatre chaires dès 1920. En Italie, la Caisse nationale des assurances sociales avait créé, dès l'adoption de la loi sur l'assurance contre la tuberculose en 1928, la première école de phtisiologie de la péninsule dans l'ancien sanatorium Bernardino Ramazzini à Rome afin de former les médecins spécialisés qui seront amenés à travailler les sanatoriums dont l'Etat italien souhaitait se doter (Del Curto 2005, p. 59). La Caisse fit également construire l'Institut Forlanini, établissement de cure de 300 lits, auquel était annexé un centre de formation qui dispensait un cours annuel sur la tuberculose pour les étudiants et un autre pour les spécialistes. Courmont 1932, p. 615.
[2196] Au sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville, l'article 27 du règlement général précisait que « les internes sont nommés par le médecin-directeur et choisis parmi les docteurs ou étudiants en médecine. Ils secondent le médecin-directeur, doivent assister à toutes les visites, relever les observations individuelles, assurer l'exécution des prescriptions faites par le médecin-directeur. [...] Ils sont logés, nourris, chauffés et blanchis. » Article 28 : « Des médecins stagiaires, en traitement ou non, désignés par le médecin-directeur, pourront séjourner à l'établissement, à titre onéreux. Lorsqu'ils rendront des services, ils pourront bénéficier soit d'une diminution de pension, soit de la gratuit, soit d'une indemnité, fixée suivant le cas par le médecin-directeur. » A.D. de Savoie, 7N61.
[2197] Intitulée : *Etude expérimentale de pharmacodynamie comparée sur la morphine et l'apomorphine*.
[2198] Guinard 1909/2, p. 1058.

traitement des militaires tuberculeux, et Guinard sera ensuite sollicité par le ministère de la guerre pour apporter son concours médical à l'organisation des hôpitaux sanitaires[2199] ; il sera l'un des fondateurs du Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux en 1916. A la fin de la guerre, alors que la nouvelle légalisation antituberculeuse se mettait en place, Guinard était présent dans la plupart des instances antituberculeuses françaises jusqu'à s'imposer comme une figure incontournable de la phtisiologie. En 1920, il intégra le comité technique des sanatoriums où il siégeait aux côtés des médecins Bernard, Küss et Bezançon[2200].

La publication, en 1925, de son ouvrage phare, *La pratique des sanatoriums*, ne fit qu'accroître cette notoriété. Elle coïncide avec sa nomination à la vice-présidence du Comité national de défense contre la tuberculose (1925) ce qui lui donnait une place centrale dans le contrôle et la gestion des orientations du mouvement sanatorial français, alors en pleine effervescence en raison de l'approche de l'échéance de 1929 fixée par la loi Honnorat. Une partie importante de cet ouvrage, notamment les pages consacrées aux établissements de Bligny, reprenait d'anciens articles, publiés pour la plupart avant la Première Guerre Mondiale[2201]. Dès la fin des années vingt, *La pratique des sanatoriums* s'était imposée comme un ouvrage de référence, indispensable aux médecins[2202], lorsqu'ils envisageaient ou examinaient un projet d'établissement, comme aux architectes, lorsqu'ils faisaient valoir les qualités de leurs plans[2203]. Il fit d'ailleurs l'objet d'une recension dans la revue *L'Architecte* en 1927[2204]. En 1932, le médecin Martin Rideau jugeait l'ouvrage « d'autant plus remarquable, qu'il est le seul guide que puisse trouver celui qui veut construire, organiser ou gérer un sanatorium »[2205] : l'ouvrage avait été son « meilleur guide » dans la thèse qu'il avait consacrée à la conception architecturale et l'aménagement intérieur des sanatoriums. Plus de dix ans après sa parution, le médecin Léopold Berl rendait encore hommage à Guinard dont l'ouvrage avait « largement documenté » sa thèse sur « l'importance de l'aménagement dans le rendement thérapeutique d'un sanatorium »[2206]. A la fin des années vingt, la position de Guinard se renforça encore : nommé vice-président du Conseil de surveillance de l'office public d'hygiène sociale de la Seine en 1929, il devint conseiller de l'Union internationale contre la tuberculose en 1934, dont il était membre depuis sa création en 1920.

Pour un architecte, il était sans doute tentant d'obtenir, avant l'examen des plans en commission, l'avis éclairé de l'un des membres du comité technique des sanatoriums. L'approbation du comité était un préalable indispensable, rappelons-le, à l'attribution des subventions de l'Etat et, partant, au démarrage effectif du chantier. Guinard fut sans doute l'un des membres du comité les plus sollicités à ce sujet : pour le sanatorium de Saint-Sever, l'architecte départemental du Calvados, Guillemin-Tarayre, entreprit ainsi le voyage de Bligny en 1928 où il rencontra Guinard et finit par concevoir un projet en tous points similaires au sanatorium du Petit-Fontainebleau (plans 14-02 et 91-01). Loin de s'en cacher, et sans doute pour

[2199] Documents parlementaires 26 juillet 1917, p. 315.
[2200] J.O. 11 novembre 1920, p. 18034.
[2201] Notamment le long article publié en 1909 dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Guinard 1909/2.
[2202] Ce fut le cas du délégué de l'Office d'hygiène publique de la Seine, Davrinche, qui compara la dimension des chambres du projet pour le sanatorium de Franconville avec celles du sanatorium de Fontenay, renvoyant le lecteur à l'ouvrage de Guinard (Archives du C.H. de Carnelle, Saint-Martin-du-Tertre) ; mais également du délégué technique du C.N.D.T., Cailleret, qui insista auprès des autorités en charge du sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain, s'agissant du chauffage par la vapeur, « pour que l'on se rapporte aux températures précises formulées dans le livre de M. le Dr Guinard (*La pratique des sanatoriums*) » (Archives de l'Institut Pasteur, CNDT. 01 Ain).
[2203] En 1930, à l'occasion du concours pour la construction d'un hôpital-sanatorium à Versailles, l'architecte Maurice Puteaux introduisit ainsi son rapport de présentation : « Le projet présenté [...] est la mise en pratique rigoureuse des théories exprimées par le Dr Louis Martin dans son *Traité d'hygiène hospitalière*, [...] et par le Dr Louis Guinard, dans sa *Pratique des sanatoriums*. C'est de cet ouvrage que sont tirés les principes fondamentaux ayant servi de base à cette étude. » Il ajoutait : « Les chambres sont conformes, dans leurs divisions, [...] aux observations de la *Pratique des sanatoriums*, page 47 et suivantes [...]. Les galeries de cure seront situées en bout du bâtiment, conformément aux observations, p. 58 et suivantes de *La pratique des sanatoriums.* » (A.M. de Versailles, 3 M 2387). Pour le projet de l'hôpital-sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique), l'architecte départemental du Morbihan, M. Bardet, avait été puiser « dans les ouvrages récemment parus et plus spécialement dans le livre de Louis Guinard *La pratique des sanatoriums*, toute la documentation nécessaire » et avait visité « plusieurs établissements construits ou en voie de construction ». Rapport du Dr Hagand, vice-président de la commission des hospices de Savenay, délégués spécialement pour la construction du sanatorium, à M. le ministre de la santé publique, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584. Au retour de leur voyage en Suisse, en février 1929, les architectes Abraham et Le Même suggérèrent de s'entretenir avec Guinard au sujet de divers points de détails. Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 49.
[2204] S.a., « Les livres. *La pratique des sanatoriums.* L. Guinard, 1926 », in *L'Architecte*, avril 1927, p. 28-30.
[2205] Rideau 1932, p. 34.
[2206] Berl 1936, p. 11.

s'attirer les faveurs du comité, il fit continuellement référence à ce modèle dans le questionnaire d'évaluation du projet[2207]. En octobre 1929, de la même façon, les architectes Abraham et Le Même firent références aux sanatoriums de Bligny s'agissant de leur projet pour Plaine-Joux[2208]. Ces cas ne sont pas isolés et certains projets furent même conçus sous le "parrainage" direct de Louis Guinard dont l'autorité était, à la fin des années vingt, à son zénith : en 1928, l'architecte départemental de la Sarthe, P. Grosch, en charge de la construction du sanatorium de Parigné-Lévêque, jugea « utile de le soumettre dans les grandes lignes à [...] Guinard » dans la mesure où ce dernier serait ensuite « chargé de rapporter le projet définitif lors de la demande de subvention » devant le comité technique des sanatoriums[2209]. Travaillant au projet de reconstruction du sanatorium de Clavières, son médecin-directeur, Esnault, fit en 1929 une demande similaire au préfet de la Mayenne :

> *Afin d'éviter à M. l'architecte départemental l'ennui d'avoir éventuellement à rectifier encore dans l'avenir un projet qui lui aura demandé beaucoup de peine et de travail*, écrivait le médecin, *je vous serais obligé de vouloir intervenir auprès de l'administration centrale pour qu'elle invite à venir en mission à Clavières M. le Dr Guinard [...] qui pourra nous donner sur place, tant à M. l'architecte départemental qu'à moi-même, toutes indications utiles relativement à l'orientation exacte à donner aux nouveaux pavillons, aux galeries de cure à construire, ainsi qu'à la meilleure façon d'aménager notre vieux bâtiment pour les services généraux.*[2210]

En 1933, le médecin-directeur du sanatorium de Pignelin (Nièvre) demanda à Guinard de présenter lui-même les nouveaux plans du projet d'extension de l'établissement devant le comité, espérant probablement que ses membres en seraient favorablement influencés[2211]. Guinard était au début des années trente incontournable en matière de conception sanatoriale : en 1930, il fit partie du jury pour le concours de l'hôpital-sanatorium de Versailles[2212] ; la même année, il fut nommé membre du conseil de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, participant notamment à l'élaboration du projet d'extension du sanatorium de Franconville ; en 1932, il fut désigné par le ministre de la santé publique, avec l'inspecteur des services administratifs Gravereaux, pour réaliser une enquête sur l'opportunité de bâtir un hôpital-sanatorium départemental à Savenay (Loire-Atlantique), projet pour lequel le comité technique des sanatoriums avait donné un avis favorable mais qui avait suscité, localement, une levée de boucliers[2213]. Dans ce dernier cas, Guinard était vraisemblablement le seul membre du comité à avoir suffisamment d'autorité pour désavouer l'expertise d'un délégué technique du C.N.D.T., qui avait donné un avis favorable et avait été suivi par le comité technique des sanatoriums : Guinard contredit effectivement les avis du C.N.D.T. et du comité technique des sanatoriums et le projet de Savenay fut enterré. L'influence des sanatoriums de Bligny sur la production française de l'entre-deux-guerres doit être mise en relation avec le statut de Guinard à cette époque. La quantité de médecins et d'architectes se réclamant du modèle de Bligny n'est également pas étranger avec la procédure centralisée d'examen des projets au ministère. Alors que les subventions étaient de plus en plus difficiles à obtenir, notamment à

[2207] Nous reproduisons ici les passages les plus significatifs de ce questionnaire. Question : « Quelles dispositions d'ensemble affectent les bâtiments où sont logés les malades ? », réponse : « Dispositions conformes au sanatorium de Bligny, type Fontenay en forme de T » ; question : « S'il y a plusieurs corps de logis ou pavillons, comment sont-ils groupés ? », réponse : « La disposition d'ensemble est celle du Petit-Fontainebleau à Bligny, en Tau lieu d'Y » ; question : « Nettoyage et désinfection [...] après chaque déplacement ou départ du malade ? », réponse : « D'après les méthodes de Bligny ». L'architecte fait en outre référence, s'agissant des méthodes désinfection des crachoirs, au « système du Dr Henry Thierry, inspecteur général des services d'hygiène de la Ville de Paris, tel qu'il fonctionne à Bligny » et, s'agissant de l'épuration des eaux, au « système [...] du Dr Calmette, système biologique par fosse septique », tel qu'employé à Bligny. Lettre du 26 mai 1928 du préfet du Calvados au ministre du travail. Questionnaire du ministère. A.D. du Calvados, 849 W 46215.

[2208] Lettre du 19 octobre 1928 de Le Même au président de l'A.V.S.H.A. Archives dép. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.

[2209] « Quoique cette démarche ne pouvait avoir qu'un caractère officieux, ajouta Grosch, et sans vouloir engager par avance les conclusions de son rapport, je me crois permis cependant d'indiquer que le Dr Guinard a bien voulu trouver particulièrement satisfaisantes les dispositions adoptées pour réaliser la séparation des quartiers hommes et femme [...] et que, par ailleurs, le projet n'a donné lieu de sa part [...] à aucune observation. » Rapport descriptif et estimatif, 25 octobre 1928. A.D. de la Sarthe, 1 X 319. En juillet 1929, Grosch contacta directement Guinard afin d'avoir un dernier avis et connaître le contenu du rapport qu'il devait rédiger sur le projet à l'attention du comité technique des sanatoriums. Rapport de Louis Guinard, 5 juillet 1929. A.D. de la Sarthe, 1 X 319.

[2210] « Lettre du 16 novembre 1919 du médecin-directeur de Clavières au préfet de la Mayenne. A.D. de la Mayenne, 4 N 181.

[2211] A.D. de la Nièvre, X 2426.

[2212] S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 315.

[2213] Hôpital-sanatorium de Savenay, s.d. [*ca.* 1932]. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

partir de 1929, il semble que les autorités locales en charge des projets souhaitaient s'assurer, par tous les moyens, de la validation de leurs projets. Ce système eut peut-être pour conséquence une relative homogénéisation des projets sur la base du modèle que constituaient les sanatoriums de Bligny et, notamment, les plus anciens pavillons construits au début du siècle. Le consensus qui s'établit à la fin des années vingt sur la pertinence architecturale du modèle de Bligny prit d'autant plus de place dans le paysage sanatorial français que le plan annexé à la *Note sur les sanatoria* de 1929, nous aurons l'occasion d'y revenir, reproduisait en grande partie les dispositions des sanatoriums Despeaux-Rubod et du Petit-Fontainebleau à Bligny.

3.6.3. Médecine et chirurgie dans les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires.

Dans les sanatoriums allemands du début du XX^{e} siècle, les locaux consacrés à la « fonction médicale » se réduisaient à « un cabinet d'auscultation, une salle d'attente, un laboratoire [et], parfois encore, d'autres cabinets pour traitement spécial, comme pour le massage, les inhalations, la photothérapie, les injections de sérum, la radiothérapie »[2214]. Il en était de même dans les premiers sanatoriums français où la méthode hygiéno-diététique ne demandait aucune intervention médicale autre que la surveillance continue du médecin et ses conseils avisés. Le décret de 1920 est peu disert sur l'équipement médical devant équiper les sanatoriums ; il précise seulement que « tout sanatorium doit être pourvu d'un laboratoire outillé pour la bactériologie, la radiologie et la laryngologie »[2215]. En 1917, Robert Fournez et Georges Küss définissaient ainsi les conditions d'aménagement optimales d'un service médical de sanatorium :

> *Il est essentiel que le service médical soit rassemblé tout entier, avec ses annexes indispensables, dans un même endroit du bâtiment et que cet endroit soit protégé contre le bruit, en particulier le cabinet d'auscultation devra être absolument silencieux, donc à l'écart du mouvement général de la maison. Les laboratoires ont leurs fenêtres orientées vers l'Est, condition d'un bon examen ; il y a une pièce spéciale réservée aux examens des crachats, c'est à dire à l'incessant mouvement de crachoirs contaminés qui doivent y passer journellement.*[2216]

Les recommandations ministérielles de 1929 constituaient un programme des plus complet : « Tout sanatorium doit être pourvu d'un service médical comprenant : salle d'attente, salle d'auscultation, salle de pansements et soins spéciaux, service oto-rhino-laryngologique, installation de rayons X, nécessaire pour la création et l'entretien d'un pneumothorax, lampe à rayons ultra-violets, petite pharmacie, dentisterie ; laboratoire outillé pour la bactériologie, les analyses et les recherches courantes »[2217]. Le traitement hygiéno-diététique classique, basé sur la triple cure d'air, de repos et d'alimentation, même s'il restait le fondement légal du sanatorium et sa raison d'être, était progressivement marginalisé par les progrès médicaux, puis chirurgicaux[2218], en matière de traitement de la tuberculose pulmonaire. Le médecin Pavie notait à ce sujet dans les années trente : « Si la cuisine fut autrefois, selon Dettweiler, l'âme du sanatorium, c'est le service médical qui l'est aujourd'hui. L'évolution même de la spécialité phtisiologique en a fait l'élément éminent du sanatorium moderne »[2219].

Les aménagements les plus spécifiques étaient toutefois ceux nécessaires à la pratique de la collapsothérapie[2220]. Expérimenté pour la première fois en France le 30 juillet 1908 par Frédéric Dumarest, le pneumothorax artificiel[2221] s'imposa après la guerre comme l'une des thérapeutiques les plus efficaces en

[2214] Schmieden & Boethke 1905, p. 47
[2215] J.O. 20 août 1920, p. 12042.
[2216] U.I.M.M. 1917, p. 29.
[2217] Poulain 1932, p. 37.
[2218] Concernant l'histoire de la chirurgie thoracique en rapport, notamment, à la tuberculose, voir : André P. Naef, « La tuberculose – point de départ de la chirurgie thoracique », in *Gesnerus*, 1991, n°49, p. 477-483.
[2219] Cité par Rodriguez-Bello 1938, p. 105.
[2220] Ce terme désigne toutes les méthodes chirurgicales et médicales consistant à affaisser le poumon malade. Voir note suivante.
[2221] Mise au point par le médecin italien Forlanini en 1888, le pneumothorax artificiel consistait « à insuffler de l'air dans la plèvre, amener ainsi le *collapsus* [ou écrasement] du poumon malade, son immobilisation plus ou moins complète, et diminuer ses mouvements respiratoires continuels qui sont le grand obstacle naturel à la cicatrisation. On ne supprime donc pas la lésion, on ne fait que la mettre en état de guérir : là encore on suit la nature, mais en la contraignant quelque peu. » (Courmont 1932, p. 622). Le

matière de tuberculose pulmonaire. Il était ainsi régulièrement pratiqué à Bligny à partir de 1921[2222]. La chirurgie n'était indiquée que pour une petite fraction de malades, plus particulièrement, précisait Guinard, « lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose à marche progressive, même lente, mais régulièrement extensive, avec retentissement sur l'état général, mouvement évolutifs fébrile, périodiques [...], que rien ne modifie »[2223]. La proportion de tuberculeux susceptibles de bénéficier d'un traitement chirurgical complémentaire augmenta toutefois continuellement durant l'entre-deux-guerres :

> *La méthode du pneumothorax artificiel a révolutionné notre thérapeutique*, rappelait le phtisiologue Jules Courmont en 1932. *[...] La triade curatrice : repos, grand air et bonne nourriture, font souvent merveille, mais il ne s'agit là que d'une thérapeutique passive consistant à mettre le sujet dans les conditions de guérir, si la nature le veut bien. Combien les résultats de cette cure sanatoriale seule n'ont-ils pas été considérablement améliorés eux-mêmes par la méthode de Forlanini. [...] En face des effets incomparablement plus actifs de la collapsothérapie, cette dernière méthode doit nettement prendre le pas sur la cure climatique dans toutes les formes évolutives et extensives.*[2224]

D'autres méthodes chirurgicales vinrent compléter le pneumothorax dans les années vingt telles la thoracoplastie[2225] et la phrénicéctomie[2226]. La « cure chirurgicale par le pneumothorax thérapeutique »[2227] n'était pourtant pas sans risques[2228] et, même s'il ne s'agissait que de chirurgie légère, elle demandait des installations parfaitement adaptées qui n'équiperont couramment les sanatoriums qu'après la Première Guerre Mondiale.

3.6.4. Architectes départementaux et architectes « spécialistes ».

Pendant la guerre, les travaux d'aménagement des stations sanitaires avaient été systématiquement confiés aux architectes départementaux[2229]. Il en fut de même pour les projets de constructions neuves engagés pendant la guerre : La Guiche (Saône-et-Loire, 1916-1918, Choquin architecte), Le Montet (Allier, 1916-1922, Talbourdeau architecte), Arâches (Haute-Savoie, 1917-1923, Fleury Raillon architecte), Guervénan (Finistère, 1917-1926, Albert Louppe* architecte). Pour la réalisation des sanatoriums départementaux encadrés par la loi Honnorat, la maîtrise d'œuvre leur fut de la même façon confiée en priorité[2230]. Au contraire, un certain nombre d'hôpitaux-sanatoriums furent réalisés par les architectes

---

pneumothorax se pratiquait sur un poumon uniquement, l'autre assurant le maintien de la capacité respiratoire du malade. La « cure de Forlanini » comprenant, selon Courmont, une première phase « opératoire », pour la création du pneumothorax, et une second phase « d'entretien ». « Le gaz ayant tendance à se résorber progressivement, il était nécessaire, pour maintenir une compression suffisamment prolongée, de réinsuffler régulièrement, à des intervalles de deux à quatre semaines, une quantité équivalente. » (Chaumuzeau 2004/2). La méthode fut améliorée en 1921 par le médecin Bernou avec la création de l'oléothorax qui consistait à injecter de l'huile « goménolée » (mélange d'huile d'olive et de goménol antiseptique) à la place de l'air (Kaykili 1943, p. 70).

[2222] Guinard 1925, p. 226.

[2223] *Ibidem.*

[2224] Courmont 1932, p. 622.

[2225] « On appelle thoracoplastie une opération ayant pour but de « collaber » [écraser] les lésions pulmonaires par une résection plus ou moins étendue et diversement placée de la paroi costale. Il faut enlever au moins trois côtes pour que l'on puisse employer le terme de « thoracoplastie » ; quand on ne retire qu'une ou deux côtes, on doit employer les termes de résection ou d'ablation suivant l'étendue de l'exérèse. » (Kaykili 1943, p. 78). Cette méthode fut développée en Suisse dès 1885 mais la première thoracoplastie d'indication pulmonaire ne fut réalisée qu'en 1907 par le médecin allemand Friedrich sur un malade français. La méthode fut perfectionnée par le médecin allemand Sauerbruch à partir de 1909. En France, la première thoracoplastie fut réalisée, avec succès, par le professeur Bérard, le 9 mai 1913, sur les indications de Frédéric Dumarest et selon la méthode de Sauerbruch. Au congrès de la tuberculose de Lyon de 1927, Bérard et Dumarest présentèrent des « conclusions encourageantes » basées sur 90 interventions. Rodriguez-Bello 1938, p. 25.

[2226] La phrénicectomie, ou « paralysie artificielle du diaphragme », consistait à couper le nerf phrénique de façon à paralyser le diaphragme et obtenir, de la même façon qu'avec un pneumothorax, la compression des parties malades des poumons. Cette méthode fut créée en Autriche, en 1911, par le médecin Stuertz et améliorée en Suisse entre 1911 et 1922 par Morin, Cardis et Michetti. Le nerf sectionné arrivant à se ressouder naturellement, le médecin Félix développa en 1922 la phrénicoexérèse qui consistait à enlever le nerf sur une longueur de 10 à 12 centimètres. L'alcoolisation du nerf phrénique (injection d'alcool), développée en 1931 par Cordey et Philardeau, permettait d'obtenir des résultats durables sans toutefois paralyser définitivement le diaphragme. La compression du poumon obtenue par phrénicectomie étant moins importante que celle réalisée avec le pneumothorax et cette méthode n'était pratiquée qu'en cas d'échec du pneumothorax. Kaykili 1943, p. 75.

[2227] A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366, p. 17.

[2228] Les infections étaient fréquentes et difficiles à combattre. En Angleterre, seuls 50% des malades ayant subi un pneumothorax survivaient au-delà de cinq ans. En France, selon E. Rist, en 1926, 71% des tuberculeux ayant reçu un pneumothorax décédaient dans les dix ans. Cité par Smith 1988, p. 142.

[2229] Ce fut notamment le cas à Saint-Jodard (Loire, 1916, Bernard arch.), La Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret, 1916, Coursimault arch.), Clavières (Mayenne, 1916, V. Bouvier arch.), Monbran (Lot-et-Garonne, Lhéritier arch.),

[2230] CE fut le cas pour le sanatorium d'Ecouis (Eure, 1921, R. Hugot architecte), le sanatorium du Ponteils (Gard, 1925, M. Raphel architecte), le réaménagement de l'ancienne station sanitaire de Boulou-les-Roses (Corrèze, 1927, L. Saule architecte), le sanatorium

attachés directement aux hospices civils et hôpitaux publics instigateurs des projets[2231]. Certains architectes cumulaient d'ailleurs ces deux titres, tels Max Raphel, dans le Gard, qui réalisa le sanatorium départemental du Ponteils (1925) et l'hôpital-sanatorium de Bouillargues, à Nîmes (1927), Georges Breuil dans le Cantal, auteur du pavillon des tuberculeux de l'hôpital d'Aurillac (1936) ou Alfred Rome, architecte départemental de l'Isère et architecte des Hospices de Grenoble, auteur de l'hôpital-sanatorium de La Tronche (1917-1921) et du sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (1924-1933)[2232]. Les établissements interdépartementaux étaient réalisés soit collectivement, tel l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934) construit par l'architecte départemental de la Corrèze, Léon Saule*, en collaboration avec l'ingénieur en chef de la Haute-Vienne, Girardot, soit, plus fréquemment, par l'architecte du département où était édifié l'établissement : l'architecte départemental de l'Allier, Paul Baer, pour le sanatorium interdépartemental d'Yzeure (Allier, 1925, non réalisé) ou l'architecte départemental de Saône-et-Loire, F. Bidault, pour le sanatorium interdépartemental de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946).

Dans le cas des sanatoriums privés ou privés assimilés, le choix d'un architecte se posait en des termes différents, les associations ou sociétés commanditaires des projets étant libres de s'attacher l'architecte de leur choix. Nous ne citerons que les exemples des architectes Abraham et Le Même qui réalisèrent les trois grands sanatoriums de l'Association des villages sanatoriums de haute altitude, au Plateau d'Assy (le Roc-des-Fiz, Guébriant et Martel-de-Janville), et celui des architectes M. Favier, A. Thiers et J. Bardin qui réalisèrent les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1932) et de La Musse (Eure, 1933), ainsi que le préventorium de Liancourt (Aisne, 1932)[2233] pour la Renaissance sanitaire. Dans d'autres cas, un architecte pouvait être désigné sur la seule base de ses références : en 1931, par exemple, la commission administrative de l'hôpital-hospice de Savenay (Loire-Atlantique) confia le projet de son hôpital-sanatorium à M. Bardet, architecte départemental du Morbihan, qui avait réalisé les hôpitaux de Malestroit et de Ploërmel et travaillait sur le projet de l'hôpital de Vannes et était, « par là-même, au courant des construction du genre de celle » qui lui était demandée[2234]. Bardet avait participé quelques mois auparavant au concours pour le sanatorium départemental de Maine-et-Loire, à Boudré[2235], et sa proposition pour le sanatorium de Savenay s'inspirait largement du projet des architectes Crevel et Decaux, lauréats de ce concours. Pour établir son projet, Bardet expliquait lui-même avoir puisé « dans les ouvrages récemment parus et plus spécialement dans le livre de Guinard, *La pratique des sanatoriums*, toute la documentation nécessaire »[2236], complétée par la visite de « plusieurs établissements construits ou en voie de construction »[2237]. De leur côté, les membres de la commission administrative de l'hôpital de Savenay visitèrent plusieurs établissements, notamment dans les Côtes-d'Armor – sans doute celui de Bodiffé-en-Plemet – et à Villers-sur-Marne, où la Renaissance Sanitaire édifiait alors l'un des plus grands sanatoriums de France[2238]. Lorsque le projet de Savenay fut abandonné au profit d'un autre emplacement, près de Nantes, l'architecte mit en avant les « connaissances spéciales qu'il [lui avait] été possible d'acquérir par

---

de Saint-Sever (Calvados, Guillemin-Tarrayre architecte), les sanatoriums du château de Cauneille (Lande, 1931) et de la Nouvielle (Landes, 1936, A. Lescourgues architecte), le sanatorium de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932, P. Grosch architecte dép., avec M. Guidetti), sanatorium d'Helfaut (Nord, 1932, P. Decaux architecte dép., avec E. Crevel), le sanatorium départemental du Haut-Rhin à Colmar (1934, A. Müller architecte), le sanatorium de Felleries-Liessies (Pas-de-Calais, 1934, Gaillard architecte), le sanatorium de la Savoie à Hauteville (Ain, 1935, R. Pétriaux architecte), le sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936, G. Castel architecte)

[2231] Parmi eux : l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs, 1926, A. Burcey, architecte des hospices de Besançon), l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme, A. Aubert architecte des hospices de Clermont-Ferrand), l'hôpital-sana. Sainte-Eugénie (Rhône, 1930, Delourel architecte des hospices de Lyon), l'hôpital-sana. Albert-Calmette (Nord, 1936, F. Deregnaucourt architecte des hospices civils de Lille).

[2232] Bretagnon 2004, p. 62.

[2233] Pierre Forestier, qui s'était assuré une certaine réputation dans ce domaine avec la réalisation de la cité sanitaire de Clairvivre (Dordogne, 1933), sera désigné architecte de cette association après la guerre.

[2234] Lettre du 8 juillet 1931 du maire de Savenay, président de la commission administrative de l'hôpital-hospice au préfet de Loire-Inférieure, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[2235] Le concours pour le sanatorium de Boudré fut ouvert du 25 février au 25 juin 1931 et le rapport explicatif du projet dressé par Bardet pour le sanatorium de Savenay est daté du 10 juillet 1931.

[2236] Rapport du Dr Hagand, vice-président de la commission des hospices de Savenay, délégués spécialement pour la construction du sanatorium, à M. le ministre de la santé publique, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[2237] *Ibidem.*

[2238] Hôpital hospice de Savenay, Extrait du registre des délibérations de la commission administrative, séance du 10 septembre 1932, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

l'étude de plusieurs sanatoria »[2239] et demanda que le nouveau projet lui soit confié, mettant en garde le préfet contre les aléas d'un concours (« composition d'un programme précis, insuffisance des projets et bien certainement modification du projet primé par le comité technique des sanatoria »). Son propre projet avait effectivement l'avantage d'avoir reçu l'aval, par deux fois, du comité technique des sanatoriums. Bien que le caractère d'urgence de ce projet plaidait en sa faveur, le comité départemental persista dans sa volonté de mettre le bâtiment au concours[2240].

3.6.5. Les concours publics.

Si les équipements publics, et notamment les hôpitaux, faisaient fréquemment l'objet de concours entre architectes dans l'entre-deux-guerres (ce qu'atteste la consultation de revues professionnelles telles que *L'architecture* ou *L'Architecte*), les sanatoriums publics furent longtemps exclus de ce dispositif. Avant la guerre, les quelques sanatoriums populaires français avaient été réalisés par les architectes attitrés des institutions dont ils dépendaient. Le seul exemple de concours dont avons eu connaissance est celui que la ville de Clermont-Ferrand souhaita organiser en 1903 pour la construction d'un sanatorium interdépartemental mais qui n'eut toutefois pas lieu (voir p. 272). Le statut accordé aux sanatoriums par la loi Honnorat les fit entrer dans le domaine de compétences exclusif des architectes départementaux qui, avec les architectes attitrés des hospices civils et des hôpitaux, étaient les mieux placés pour imposer leurs services dans ces projets. Nous n'avons trouvé que peu d'exemples de concours relatifs à des sanatoriums publics : concours pour le sanatorium maritime départemental du Grau-du-Roi (Gard, 1927, lauréat : H. Floutier architecte)[2241], concours pour l'hôpital-sanatorium des Bas-Buissons à Dreux (Eure, 1928-1929, lauréat : A. Sarrut)[2242], concours pour le sanatorium départemental de Seine-et-Oise à Aincourt (avril-septembre 1930, lauréats : P. Decaux et E. Crevel architectes)[2243], concours pour le sanatorium départemental de Maine-et-Loire à Boudré (25 février-25 juin 1931, lauréats : P. Decaux et E. Crevel architectes), concours pour les sanatoriums de l'Union régionale des caisses d'assurance sociale du Sud-Est à Thorenc (Alpes-Maritimes, octobre 1934, lauréats *ex aequo* : Gaston Castel, Marcel Dalmas, André Gallerand, Edouard Crevel et Paul Decaux)[2244], auxquels nous pourrions ajouter les concours pour la construction de l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1930, lauréats : Bailly et Saacke architectes) et de l'hôpital-sanatorium de Lorient (Morbihan, 1932, lauréat : Maurice Puteaux architecte), ce dernier faisant partie du projet de reconstruction complète de l'hôpital Bodélio[2245].

Les motifs qui poussèrent les administrations à ouvrir ces concours, en dépit des lourdeurs administratives, de l'allongement des délais et du coût de la consultation, sont rarement précisés : l'organisation d'un concours était surtout l'occasion de recueillir l'avis de spécialistes. S'exprimant sur l'éventualité de mise au concours du projet de construction de l'hôpital-sanatorium de Lille, l'architecte départemental du Nord, P. Gaudon, estimait que « l'administration des hospices se trouv[ait], en ouvrant un

---

[2239] Lettre du 30 novembre 1932 du M. Bardet, architecte départemental du Morbihan, au préfet de la Loire-Inférieure, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[2240] Le préfet jugea « intéressante » la proposition de M. Bardet « à un moment où la production des plans du futur sanatorium à édifier à Maubreuil présente un caractère d'urgence. Je n'ignore pas, poursuit-il, que le Conseil général a décidé que le projet [...] devrait faire l'objet d'un concours entre les architectes de la Loire-Inférieure, mais, je me demande si, en raison de l'urgence [...], il n'y aurait pas lieu de provoquer une nouvelle décision de l'Assemblée départementale tendant à donner satisfaction aux architectes de la Loire-Inférieure et à M. Bardet à la fois ». Lettre du 16 décembre 1932 du préfet de la Loire-Inférieure aux membres de la commission départementale, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[2241] S.a., « Concours. Ville de Grau-du-Roi. Sanatorium marin », in *La Construction moderne*, 7 août 1927, p. 524 et 30 octobre, p. 60

[2242] Selon le fils de l'architecte, André Sarrut fut désigné lauréat du concours et s'associa avec l'architecte municipal de Dreux, Georges Beauniée, auteur de l'avant projet pour un sanatorium municipal en 1921.

[2243] S.a., « Concours pour l'édification de trois hôpitaux-sanatoriums », in *Bulletin de la société des archi. diplômes*, 15 avril 1930.
S.a., « Concours. Avicourt [sic]. Hôpital-Sanatorium », in *L'Architecture*, vol. XLIII, n°7, 15 septembre 1930, p. 226.

[2244] Les résultats du concours furent les suivants : 1er prix ex aequo, devise *Sud-Intégral* : MM. Gaston Castel, Marcel Dalmas, André Gallerand, architectes d.p.l.g. ; devise *Abrité du vent* : MM. Edouard Crevel, Paul Decaux, architectes d.p.l.g. ; 3e prix, devise *Croix rouge dans rose des vents* : MM. Allar Jean, Pierre Gensollen, Louis Long, architectes d.p.l.g., 4e prix, devise *Paradou*. S.a., « Concours. Thorenc (Alpes-Maritime). Edification de deux sanatoria », in *L'Architecture*, 15 octobre 1934, p. 155.

[2245] Hourlier 1932, p. 685-696. Puteaux avait été classé deuxième pour le concours de Versailles (première session de 1930). Les concours que nous avons mentionnés étaient nationaux et ouverts à tous les architectes français, mais il n'y avait là aucune règle préétablie. Ainsi, en 1931 (après l'abandon du projet de sanatorium à Savenay), le conseil général de Loire-Inférieure envisagea d'ouvrir le concours du sanatorium départemental de Maubreuil (1932), aux seuls architectes du département. Lettre du 16 déc. 1932 du préfet de Loire-Inf. aux membres de la commission départementale. A.D. de Loire-Atlantique, 1 X 584.

concours, dans la situation du propriétaire qui vient trouver un architecte, et s'entend poser la question première : "Qu'est ce que vous voulez ?" »[2246]. Il poursuivait ainsi :

> *En mettant au concours le projet [...], l'administration poursuit un double but :1°Eviter des compétitions et des sollicitations nombreuses ; 2° Provoquer des idées intéressantes. Pour que le concours permette d'atteindre à ces deux résultats, il est indispensable que le programme en soit parfaitement étudié : sans quoi il ouvre la porte à tous les bluffs, à toutes les intrigues, à toutes les réclamations. A tous les bluffs parce qu'un projet de concours comporte immanquablement des artifices de présentation. Les devis nécessairement succincts comportent des imprécisions voulues qui provoquent les pires mécomptes à l'exécution. Le concours ouvre la porte aux intrigues parce que l'anonymat est toujours illusoire. Un programme mal fait ouvre enfin la porte aux réclamations justifiées des grandes sociétés d'architectes (Société centrale, Diplômes et Association Provinciale) qui s'abstiennent alors de participer aux opérations du jury et privent ainsi l'administration d'un avis particulièrement autorisé.*[2247]

Gaudon proposa ainsi deux options pour la mise au concours du projet : l'une, immédiate, « sans programme déterminé » ; l'autre avec « établissement d'un avant projet destiné à servir de base à un programme de concours minutieusement étudié »[2248]. La seconde fut adoptée et Gaudon suggéra à l'administration des hospices que la « première esquisse soit faite par un professionnel en collaboration avec quelques médecins et quelques administrateurs. Dès que cette esquisse aura été approuvée [...], elle servirait de base pour l'élaboration du programme des épreuves du premier et du second degré ». L'organisation d'un concours à deux degrés devait « éviter aux concurrents une importante dépense de temps et d'argent » : le premier degré ne serait qu'un « concours d'esquisses avec bordereau descriptif, éliminatoire », permettant la sélection des six candidats autorisés à concourir au second degré ; cette dernière étape constituerait le concours proprement dit, avec élaboration de plans détaillés. Pour l'établissement du programme, Gaudon proposa à l'administration des hospices « de confier une étude préalable à son architecte conseil qui serait en charge de surveiller le concours et l'exécution ». Ce dernier « établirait l'avant-projet et le programme du concours auquel il ne participerait pas mais serait membre du jury »[2249]. L'esquisse en question fut réalisée en 1928 par l'architecte des hospices de Lille, Ferdinand Deregnaucourt, et, contre toute attente, cet avant projet fut adopté pour l'exécution de l'hôpital-sanatorium Albert Calmette. Le concours qu'appelait de ses vœux Gaudon n'eut donc pas lieu.

Le programme des ces concours était d'une importance capitale et leur rédaction réclamait la participation des meilleurs spécialistes. Dans le cas de l'hôpital-sanatorium de Lille, le programme fut rédigé par une commission réunie à l'Institut Pasteur de Paris, réunissant notamment Albert Calmette, Louis Martin, Léon Bernard et R. Dujarric de la Rivière[2250]. Les programmes passaient en revue les éléments relevant plus généralement de l'architecture hospitalière (implantation, capacité, services, etc.) et ceux spécifiques aux sanatoriums, tels que les galeries de cure, les exigences de ventilation et d'insolation des chambres. Le programme du sanatorium départemental de Maine-et-Loire, à Boudré (1931), comprenait par exemple un paragraphe détaillant les « conditions atmosphériques de la région » : nombre de jours de pluie, volume des précipitations, températures extrêmes et moyennes, nombre de jours ventés et direction des vents dominants, autant d'éléments susceptibles d'orienter les choix des concurrents[2251]. L'élaboration du programme était surtout l'occasion d'évaluer chacune des prescriptions techniques envisageables et d'en comparer les avantages et les inconvénients. On pouvait ainsi lire, à propos du concours de Boudré (1931) : « Le projet de création d'un sanatorium, soulève quantité de questions d'ordre

[2246] Paul Gaudon, arch. départemental, hospices de Lille, construction d'un hôpital-sanatorium, études sur les possibilités et conditions de mise au concours, 3 mars 1927. A.D. du Nord, 96 J 2384.
[2247] *Ibidem.* Gaudon ne se trompait pas lorsqu'il évoquait les « intrigues » et les « réclamations » susceptibles de contrarier le bon déroulement du concours : les résultats du concours pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (1930) durent être annulés suite à la réclamation d'un concurrent dont le projet n'avait pas été pris en compte (le pli avait été expédié dans les temps mais était arrivé en retard),. La ville de Versailles dut organiser un nouvel examen des projets en novembre 1931, avec un nouveau jury qui désigna un nouveau lauréat (A.M. de Versailles, 3 M 2386).
[2248] *Ibidem.*
[2249] Lettre du 20 janvier 1928 de l'architecte départemental Paul Gaudon, mise au concours de l'hôpital-sanatorium de Ronchin, note complémentaire. A.D. du Nord, 96 J 2384.
[2250] Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaires, exposé descriptif. A.D. du Nord, 96 J 1694.
[2251] Boudré, programme de concours pour la construction d'un sanatorium de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

primordial. Il existe en effet des détails accessoires ou plus exactement, ceux-ci ont tous une valeur de premier plan comme le dit le Docteur Guinard, qui fait autorité : "dans un sanatorium, tout est détails et repose sur des détails" »[2252]. Dans une note de synthèse intitulée « Quelques opinions reçues au cours de la vaste enquête entreprise avant la rédaction du projet de concours pour le sanatorium de Boudré », le comité départemental de lutte antituberculeuse estima nécessaire de revenir plus en détails sur la répartition des lits dans les chambres et l'emplacement des galeries de cure. Sur ce dernier point, le préfet de Maine-et-Loire estima que « les galeries de cure attenantes à chaque chambre offrent des inconvénients pour l'éclairage et l'aération de la chambre, [croyant] savoir qu'elles ont suscité des critiques »[2253]. Il pria donc le comité de demander de l'avis de « techniciens » habilités, ce qui donna lieu à une « enquête documentée » auprès de plusieurs médecins[2254]. Aux prescriptions de détails s'ajoutaient des recommandations d'ordre général indiquant aux architectes l'esprit du projet. Le programme du concours de Boudré, par exemple, précisait que « l'ensemble de l'établissement devra se présenter de façon très simple, mais ne ressemblera en rien à un hôpital ou à une caserne et offrira un aspect gai, confortable et lumineux, tout en demeurant une construction d'un prix de revient aussi économique de possible, étant donnée qu'il s'agit d'un sanatorium populaire »[2255]. Les devises des projets, utilisées pour garantir l'anonymat, offraient un indice supplémentaire de cet esprit sanatorial censé imprégner chacune des propositions : « Sud-Intégral » (Gaston Castel) ou « Abrité du vent » (E. Crevel et P. Decaux) pour le concours de Thorenc ; « Tous au soleil » (E. Crevel et P. Decaux), « Aera » (R. Kohn), « Air et soleil » (P. Lemaire et A. Hilt), « Primo sol » (G. Burgat et Andrieux)[2256] pour celui d'Aincourt ; « Tous au soleil » (éternelle devise de Crevel et Decaux), « Fiat lux », « Air et Lumière » pour celui de Boudré.

Les jurys[2257] se composaient habituellement d'une quinzaine de membres, représentants de la collectivité concernée, des médecins et des architectes[2258]. Parmi les trois jurys de concours dont nous avons retrouvé la composition, il faut noter la présence systématique, alors courante dans les concours de cette nature, des représentants des sociétés d'architectes : la Société centrale des architectes français et la Société des architectes diplômés par le gouvernement[2259] (Lille, Versailles, Boudré), mais aussi

[2252] Exposé préliminaire au sujet du projet de construction d'un sanatorium à Boudré. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 22.
[2253] Comité départemental de lutte contre la tuberculose, bureau du comité, séance du 23 oct. 1930. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[2254] Notamment : Roussel (médecin-directeur du sanatorium Beau-Site à Leysin), Raymond Hervé (médecin-directeur des sanatoriums des Pins et des Escaldes), Esnault (médecin-directeur du sanatorium de Clavières), Bayle (médecin-directeur du sanatorium Bel-Air), Gallouedec (médecin-chef des dispensaires antituberculeux de la Sarthe) et Thibault (médecin-directeur du sanatorium de Bleynes à Thorenc. La question de l'orientation des lits dans les chambres fut discutée jusqu'à la dernière minute (ce point dut être modifié manuellement sur les programmes imprimés). A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 22.
[2255] Boudré, programme de concours pour la construction d'un sanatorium de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2256] S.a., « Concours. Avicourt [sic]. Hôpital-Sanatorium », in *L'Architecture*, vol. XLIII, n°7, 15 septembre 1930, p. 226.
[2257] Les pièces à fournir par les concurrents étêtent les suivantes dans le concours de Boudré : « 1° Un plan général pour masse [...] ; 2° Les plans du pavillon des services communs des deux pavillons (hommes et femmes) et des annexes, à 2 mm ½ pour 1 m. ; 3° Les plans, une façade et une coupe de chacun de ces pavillons (1 cm p.m.) ; 4° Une vue perspective de l'ensemble (format grand aigle maximum [...] ; 5° Un mémoire explicatif et justificatif des dispositions adoptées ; 6° Un devis estimatif faisant ressortir le montant total de la dépense en y comprenant les dépenses d'adduction d'eau, d'évacuation des eaux usées, d'installation de chauffage et de l'électricité, ainsi que l'aménagement des alentours immédiats du sanatorium [...] ». Boudré, programme de concours pour la construction d'un sanatorium de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2258] Pour l'hôpital-sanatorium de Lille (1927-1928), Paul Gaudon proposa un jury composé de trois membres ou plus choisis parmi les membres de la commission des hospices civils de Lille ; trois membres ou plus appartenant à la municipalité ; trois conseillers généraux ; deux architectes choisis parmi les membres de la commission des bâtiments civils et désignés par le préfet ; un architecte désigné parla Société centrale, un architecte désigné par la S.A.D.G. ; un architecte désigné par l'Association provinciale des architectes français, un architecte désigné par la Fédération des groupements d'architecte du Nord de la France ; l'ingénieur en chef du département ; un entrepreneur ou un métreur choisis dans les groupements professionnels du Nord. (A.D. du Nord, 96 J 2384).
Pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (1930), le jury comprenait le maire et un adjoint ; le vice-président de la commission administrative des hospices civils et un membre de cette commission ; deux médecins de l'hôpital ; l'inspecteur général des services d'hygiène, le Dr Guinard, médecin-directeur du sanatorium de Bligny ; Georges Legros, architecte voyer en chef honoraire de la Ville de Paris et Roger Hummel architecte, 2e prix de Rome, désignés par la S.A.D.G. ; Gabriel Héraud, architecte en chef du gouvernement et M. Patouillard-Demorriane, architecte en chef des bâtiments civils, désigné par la Société centrale des architectes ; M. Talbourdier architecte, désignés par l'Association provinciale des architectes français ; le Dr Remilly, auteur du programme et adjoint au maire (A.M. de Versailles, 3 M 2386). A Boudré (1931), le jury comprenait : « Le préfet de Maine-et-Loire [...] ; le président ou un vice-président du conseil général ; le président de la commission départementale ; un membre de la commission départementale ; le conseiller général chargé des bâtiments départementaux ; le président du comité départemental de lutte contre la tuberculose ; le médecin-chef des dispensaires antituberculeux du département ; un architecte désigné par la Société central des architectes français ; un architecte désigné par la Société des architectes diplômés par le gouvernement ; un architecte désigné par le préfet ; un médecin-directeur d'établissement de cure. » (Boudré, programme de concours pour la construction d'un sanatorium de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.)
[2259] La S.A.D.G. avait été fondé en 1877 sous la forme d'une *amicale* par des anciens élèves de l'Ecole des beaux-arts de Paris. Voir à ce sujet : Marie-Jeanne Dumont, *La S.A.D.G. Histoire d'une société d'architectes*, première partie : 1877-1939, Paris R.N.C.A., 1989.

l'Association provinciale des architectes français (Lille, Versailles) et, à Lille, la Fédération des groupements d'architectes du nord de la France. Le jury proposé par l'architecte départemental Paul Gaudon pour le concours lillois comprenait huit professionnels du bâtiment et seulement trois représentants du corps médical (tous issus de la commission des hospices) sur un total de 17 membres. En règle générale, pourtant, la composition du jury respectait un certain équilibre entre médecins et architectes : cinq médecins et cinq architectes pour le concours de Versailles (sur 16 membres), trois médecins et trois architectes pour celui de Boudré (sur 11 membres). Ces deux corps étaient censés apporter des contributions complémentaires.

Il est difficile de définir les critères retenus pour l'évaluation des projets. Pendant la préparation du concours de Boudré, le médecin-chef des dispensaires de Maine-et-Loire et instigateur du projet, Amsler, proposa par exemple, « que jury note les projets présentés de 0 à 10, en affectant le coefficient 10 à la partie technique et le coefficient 3 à la partie esthétique, pour bien spécifier aux architectes le but poursuivi par le comité »[2260]. Le médecin craignait sans doute que les « artifices de présentation », évoqués par Gaudon, détournent le jury – et en particulier les architectes – de sa mission première : évaluer chaque projet du point de vue de la mise en œuvre de la cure hygiéno-diététique et du « rendement thérapeutique » qu'il pouvait offrir. A Lille, Gaudon, précisait que le concours « n'avait d'autre but que de faire surgir des idées, des "parties de plans". Car, ajoutait-il, Ronchin [le sanatorium en question] sera surtout, et avant tout, "un plan" »[2261]. Le compte rendu du jury du concours de Boudré nous donne quelques éléments d'appréciation supplémentaires : sur 21 projets reçus, onze, « ne correspondant pas exactement au programme ou étant d'une valeur architecturale insuffisante » furent éliminés dès le premier tour ; le critère retenu pour le second tour fut celui, essentiel au premier chef, des galeries de cure : « le jury, sur l'observation des médecins, décid[a] d'éliminer les projets [...] dont les galeries de cure ne correspond[ai]ent pas aux conditions du programme », notamment ceux dont les galeries étaient placées devant les chambres ou qui présentaient un étage supplémentaire. Les cinq projets restant à l'issue du deuxième tour furent soumis au vote du jury[2262] : la sélection finale ne se faisait donc non pas sur des critères objectifs (orientation des bâtiments, disposition des chambres ou des galeries) mais sur une impression générale, c'est à dire selon l'appréciation personnelle de chaque membre du jury : en dépit des recommandations initiales, la question de l'esthétique des projets ne pouvait être totalement évacuée. Pour régler l'éternel dilemme entre le "moins disant" et le "mieux disant", Gaudon précisait que « le jury ne serait pas tenu, dans le classement final, par l'unique considération de plus bas prix »[2263]. Le programme du concours de Boudré prévoyait l'exposition publique des projets : 15 d'entre eux furent accrochés à l'automne 1931 au conseil général de Maine-et-Loire, à Angers ; à Versailles, les projets furent exposés dans la salle des fêtes de l'Hôtel de Ville en novembre 1931.

Un grand nombre d'architectes ayant une expérience sanatoriale dans leur parcours professionnel tentèrent leur chance lors de ces concours. En avril 1930, le concours pour le sanatorium d'Aincourt attira ainsi Decaux et Crevel, qui réalisaient alors le sanatorium départemental du Nord, Roger Kohn* (classé deuxième), architecte du sanatorium interdépartemental d'Hauteville ; Abraham et Le Même se contentèrent de demander le programme[2264]. Decaux et André Laborie (hôpital-sanatorium de Niort) participèrent en août 1930 au concours de l'hôpital-sanatorium de Versailles et, à nouveau, Decaux et Crevel (lauréats), Kohn, Georges Beauniée et André Sarrut (sanatorium de Dreux) et Laborie[2265] au concours de Boudré en 1931. Les programmes de concours étaient enfin une source d'information appréciable pour les architectes souhaitant se documenter sur le sujet : 83 architectes demandèrent celui du

[2260] Comité départemental de lutte antituberculeuse, bureau du comité, 23 octobre 1930. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[2261] Paul Gaudon, architecte départemental, Hospices de Lille, construction d'un hôpital-sanatorium, études sur les possibilités et conditions de mise au concours, 3 mars 1927. A.D. du Nord, 96 J 2384.
[2262] Jury désigné pour juger les projets présentés pour la construction d'un sanatorium sur le domaine de Boudré, réuni le 8 août 1931. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2263] Paul Gaudon, architecte départemental, hospices de Lille, construction d'un hôpital-sanatorium, études sur les possibilités et conditions de mise au concours, 3 mars 1927. A.D. du Nord, 96 J 2384.
[2264] Bordereaux de chèques reçus et déposés pour le concours, avril 1930. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.
[2265] Ces architectes demandèrent le programme du concours ; nous ne savons s'ils y participèrent effectivement. Concours du sanatorium de Boudré. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

sanatorium de Boudré, parmi lesquels M. Rubinstein, qui étudiait au même moment un projet de sanatorium de la fondation Bellechance à Riesenwald (Haut-Rhin, publié en 1932), et les architectes Michau et Faure, qui préparaient leur projet de « sanatorium pour l'ouest de la France » publié en 1932 dans *L'Architecture d'Aujourd'hui* et dans l'ouvrage de Roger Poulain[2266]. Poulain lui-même, qui venait de publier le premier volume d'*Hôpitaux, Sanatoria* (1930) et préparait le second (1932), en demanda un exemplaire[2267]. Les programmes de concours pouvaient également aider d'autres collectivités dans l'élaboration de leurs propres projets. Ainsi, le programme pour la construction du sanatorium de Savenay fut copié sur celui du concours pour la construction du sanatorium Boudré et l'on y retrouve, mot pour mot, la plupart des recommandations[2268]. Plus largement, les architectes auteurs de sanatoriums participèrent à d'autres concours relatifs aux établissements antituberculeux, préventoriums[2269] ou écoles de plein air[2270].

Tous ces concours datent de la période 1930-1932 qui correspond, nous l'avons vu, au pic de construction consécutif à l'expiration, en 1929, du délai d'équipement de dix ans imposé aux départements. Ces concours avaient peut-être été motivés par la difficulté dans laquelle se trouvaient les collectivités et les médecins de devoir trancher parmi les recommandations contradictoires qui leur parvenaient : d'un côté les anciens modèles, avec des galeries de cure isolées du bâtiment d'hospitalisation, promus par le ministère du travail et de l'hygiène dans sa *Note sur les sanatoria* de 1929 ; de l'autre les modèles diffusés dans les revues d'architecture et de médecine, et qui offraient des dispositions censées optimiser le fonctionnement des établissements et augmenter le rendement thérapeutique : le sanatorium de Plaine-Joux et l'ouvrage de Richard Döcker *Terrassentyp*, tous deux publiés en 1929, étaient autant de contre-exemples aux modèles officiels, et dont les dispositions étaient suffisamment convaincantes pour enthousiasmer les comités départementaux d'hygiène ou les commissions administratives des hôpitaux. Le programme du concours de Boudré, nous l'avons dit, stipulait que le premier étage serait placé en retrait du rez-de-chaussée ; cette seule exigence s'éloignait radicalement des recommandations ministérielles. Dans les concours que nous avons pu consulter, les propositions des architectes rompent de la même façon avec les habituels établissements départementaux à galeries de cure latérales : Aincourt, Versailles, Lorient succombèrent à la tentation des gradins, Boudré partiellement. En examinant la seule production des architectes Decaux et Crevel, il est possible d'observer d'importantes différences entre les projets issus de concours et ceux résultant de commandes comme, par exemple, le sanatorium départemental de Felleries-Liessies, conçu sans compétition préalable (et sans doute aussi sans examen précis des besoins, ni remise en question des modèles imposés). Le sanatorium départemental d'Aincourt, au contraire, conçu par les mêmes architectes sur la base d'un concours en 1930, offre des dispositions architecturales en rupture avec le précédent projet dont il n'est postérieur que de deux années : le retrait des étages en gradins, l'aménagement des galeries de cure à l'avant des chambres, la nette séparation entre les chambres et les services procèdent d'une analyse plus poussée des dispositions architecturales facilitant la pratique de la cure et le fonctionnement de l'établissement.

En France, les architectes disposant de la réputation la plus établie en la matière étaient sans conteste Abraham et Le Même, dont les réalisations du Plateau d'Assy avaient suscité ce commentaire

---

[2266] S.a., « Projet de sanatorium pour l'ouest de la France. Michau et Faure, architectes à Paris » in Roger Poulain, *Hôpitaux Sanatoria*, 2e série, Paris, Vincent Fréal et Cie, s. d. [1932], pl. 73-78. S.a., « Projet de sanatorium, Michau et Faure architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1932, n°3, p. 44.

[2267] Concours du sanatorium de Boudré. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

[2268] Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1932], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584. (Programme du concours pour la construction d'un sana. en Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20).

[2269] Le concours pour le préventorium de Longeville (Indre-et-Loire, 1936) est ce titre intéressant puisqu'il vit la participation des architectes Paul Crevel et Edouard Decaux (sanatoriums d'Helfaut et d'Aincourt), Georges Breuil (pavillon des tuberculeux d'Aurillac), Pol Abraham (sanatoriums du Plateau d'Assy), Pierre Dupuy (sanatoriums du Mont-Blanc, Les Chênes, sanatorium de instituteurs à Saint-Jean-d'Aulps, sanatorium de Villards-de-Lans), L. Duhayon (Grand hôtel sanatorium d'Hauteville), R. Fournez et L. Sainsaulieu (sanatorium de l'A.M.M. et du Rhône à Saint-Hilaire-du-Touvet), Pierre Myassard (collaborateur d'André Boucton pour le sanatorium des Genévriers, il sera lauréat, en 1936, du concours pour le sanatorium d'Autrans, en Isère), A. Thiers (sanatoriums de la Renaissance Sanitaire), André Sarrut (sanatorium de Dreux), R. Hartwig (sanatorium Le Home-Calatan à Font-Romeu), ainsi que Boucheron, architecte du département d'Indre-et-Loire. A.D. d'Indre-et-Loire, 4 N 152.

[2270] Lors du concours pour la construction d'une école de plein air à Clichy, les architectes Roger Kohn (sanatorium interdépartemental d'Hauteville) et Pierre Myassard (préventorium d'Autrans) furent classés second, Louis Guidetti (sanatorium de Parigné-Lévêque avec P. Grosch) troisième, derrière le projet lauréat de Beaudoin et Lods. S.a., « Clichy. Construction d'un école de plein air », in *L'Architecture*, 15 janvier 1935, p. 9.

élogieux à l'architecte Albert Laprade : « N'est-il rien de plus séduisant au monde, en matière d'architecture hospitalière, que les derniers sanatoriums de Haute-Savoie : Praz-Coutant, Roc-des-Fiz, celui des Officiers [Martel de Janville]. Les plus beaux établissements similaires d'Allemagne ne « tiennent pas » à côté de ceux-là [...] ! »[2271]. « Ce qui prouve d'ailleurs, renchérissait l'auteur de l'article sur les sanatoriums dans *L'encyclopédie pratique du bâtiment et des travaux publics*, que des architectes jeunes, mais équilibrés et doués de talent (deux qualités assez rares), peuvent concevoir de grands ensembles répondant à un programme nouveau »[2272]. Les sanatoriums d'Abraham et Le Même, ceux d'autres architectes tels Pierre Dupuy* (1890-1959), Feine et Tournon, Decaux et Crevel[2273] semblaient plaider en faveur de la spécialisation de certains architectes dans le domaine sanitaire, du fait notamment de la spécificité du programme sanatorial. Cela posait indirectement la question de la place de l'architecte dans l'élaboration des projets. En 1932, *L'Architecture d'aujourd'hui* prit position et publia un article hostile à toute forme de spécialisation :

> *On aurait tort d'en conclure que l'architecte a intérêt à se spécialiser, qu'il serait avantageux pour lui, par exemple, de ne construire que des hôpitaux et des sanatoriums, de doubler le spécialiste qu'est le médecin d'un autre spécialiste qui serait l'architecte pour médecins. [...] Car la meilleure manière de seconder un spécialiste est de ne l'être pas soi-même ; pour traduire d'une langue en une autre, il faut avant tout connaître les ressources, et toutes, de la langue dans laquelle on traduit [...].*[2274]

La question des compétences techniques des architectes et celle de leur spécialisation ne faisaient toutefois pas l'unanimité. En 1945, l'architecte Jean Walter (1883-1957), auteur avec Urbain Cassan (1890-1979), de la cité hospitalière de Lille, estimait au contraire que « la spécialisation est indispensable »[2275].

3.6.6. Le voyage d'étude : caution scientifique et valorisation d'un capital thérapeutique.

Le voyage d'étude est inscrit, depuis l'époque classique, dans la formation des architectes. La multiplication des revues professionnelles à la fin du XIX^e^ siècles et au début du XX^e^ ne fit qu'accentuer le besoin de voir de ses propres yeux les réalisations étrangères publiées. Le sanatorium, nous l'avons dit, est un programme né en Allemagne, développé en Suisse, puis "importé" en France à la fin du XIX^e^ siècle. C'est donc naturellement vers ces deux pays que se tournèrent les médecins et architectes français confrontés à ces projets. Nous avons vu que le médecin Léon Vacher avait entrepris un voyage d'étude à Davos dès 1874, suivi dans les années 1870 et 1880 par ceux de nombre de ses confrères (voir p. 56). Il est probable que des médecins français se rendirent à Goerbersdorf dès les années 1860 et à Falkenstein dans la décennie suivante ; nous n'en avons toutefois retrouvé aucune trace. L'intérêt pour les sanatoriums allemands se manifesta avec plus de force au début des années 1890, notamment avec la publication d'ouvrages de synthèse sur la tuberculose et ses traitements en France et à l'étranger, comme ceux de Moeller (1894), Léon-Petit (1895), Knopf (1895), Beaulavon, (1896), Sabourin (1896) ou Bernheim (1896). Le premier voyage d'étude à l'étranger d'un architecte français est probablement celui qu'effectua Henri Bellouet, architecte de l'Assistance publique de Paris, en 1892[2276]. Alors qu'il n'existait encore aucun sanatorium populaire en Allemagne, Bellouet fut envoyé à Falkenstein et Hohenhonnef pour y rencontrer les médecins-directeurs de ces deux sanatoriums, Dettweiler et Meissen, et obtenir d'eaux tous les renseignements utiles à la construction du sanatorium d'Angicourt. Dès le milieu des années 1890, semble-t-il, le voyage d'étude en Allemagne ou en Suisse constituait une étape préliminaire indispensable à

[2271] Cité par Robin 1953, p. 253.
[2272] *Ibidem.*
[2273] Le cas de l'architecte départemental du Nord, Paul Decaux, montre que la construction de sanatoriums pouvait constituer une spécialité à part entière : associé dès 1927 à E. Crevel pour la réalisation du sanatorium départemental d'Helfaut : après avoir été chargé du sanatorium départemental du Nord, il sont lauréats des concours d'Aincourt, de Boudré et de Thorenc (*ex aequo* avec G. Crevel) et participèrent, peut-être, à celui de l'hôpital-sanatorium de Versailles, dont ils demandèrent le programme en 1931. A.M. de Versailles.
[2274] S.a., « L'architecte spécialiste », in *L'Architecte*, mars 1932, p.17.
[2275] Il s'en expliquait ainsi : « Pour créer avec un minimum d'erreurs un Centre médical dont on verra l'extrême complication, il n'est pas seulement nécessaire de se préparer, d'étudier sur place tout ce qui a été construit, mais aussi de former des collaborateurs dont chacun connaît à fond une des branches nombreuses de la spécialité ». Walter 1945, p. 29.
[2276] Bellouet 1901.

la conception d'un sanatorium, notamment populaire. Pour la construction du sanatorium d'Hauteville, le médecin Frédéric Dumarest se rendit, seul, une première fois en Allemagne et en Suisse en 1896, puis, en 1897, accompagné de l'architecte Germain désigné pour la réalisation du projet[2277]. En 1898, le médecin Gilbert Sersiron visita les sanatoriums allemands, suisses mais également français, dans le cadre d'une thèse de doctorat en médecine qui le conduira en 1898-1899 à fonder la *Société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris* ; cette dernière ouvrira le premier sanatorium de Bligny en 1903[2278]. A trois reprises entre 1897, 1898 et 1899, le médecin G. Artaud se rendit en Suisse où il visita notamment le sanatorium zurichois de Wald qui lui servit de modèle pour son projet de sanatorium départemental de l'Aisne[2279]. En 1902, le médecin Camille Savoire fut envoyé en mission en Allemagne par l'Académie de médecine pour y étudier les sanatoriums de cure[2280] et fit une conférence sur le sujet, le 6 décembre 1902, à la Société des architectes diplômés par le gouvernement[2281]. Au cours des années suivantes, la défiance des médecins français vis-à-vis des sanatoriums *more germanico*[2282] – de tradition germanique – conjuguée à l'absence de nouveaux projets, tarirent le flux des médecins et des architectes en visite dans les établissements allemands. Cela n'empêcha nullement Georges Küss, médecin-directeur du sanatorium d'Angicourt et qui entretenait d'excellents rapports avec ses confrères allemands, de se rendre fréquemment dans les établissements de la Forêt-Noire entre 1900 et 1914[2283]. En 1909, alors qu'il projetait la construction d'un nouveau sanatorium à Hauteville – à titre privé cette fois – Frédéric Dumarest entreprit un voyage en Allemagne et en Angleterre, accompagné de son architecte Curny. Pour préparer la construction de son établissement privé de Lutterbach (Haut-Rhin), le médecin alsacien Lalance rendit à Leysin en 1909, accompagné de l'architecte Paul Friesé ; ils visitèrent notamment l'établissement d'Auguste Rollier[2284]. La même année, le maire de Lyon Edouard Herriot, le phtisiologue Jules Courmont et l'architecte Tony Garnier se rendirent en Allemagne et au Danemark pour y visiter les dernières réalisations hospitalières en préalable à la construction de l'hôpital de Grange-Blanche ; Herriot regretta vivement que leur petite équipe, de passage à Berlin, n'eût pas le temps d'aller visiter les sanatoriums de Beelitz et de Belzig[2285]. Année décidément riche en voyages, c'est également en 1909 que l'*Association d'enseignement médicale complémentaire* organisa un voyage d'étude en Angleterre, en Ecosse et en Irlande, où les participants purent visiter le *Royal Victoria Hospital for Consomption* (ill. 86). En 1910, à la suite de cette visite, l'architecte français Richter établit le projet d'un village sanatorium pour tuberculeux[2286]. Après la guerre, l'Allemagne fut ostracisée dans de nombreux domaines et ses établissements de cure furent désertés par les médecins français[2287]. Les sanatoriums suisses conservèrent un certain attrait, du fait notamment qu'un certain nombre de malades français y avaient été soignés pendant la guerre. L'architecte départemental de la Haute-Savoie, Fleury Raillon, se rendit ainsi en mai 1918 à Leysin « pour y recueillir divers renseignements »[2288] pour l'aider dans la conception du sanatorium d'Arâches et, en janvier 1929, Abraham et Le Même entreprirent un grand voyage en Suisse où ils visitèrent les établissements de Davos, Arosa, Leysin et Montana pour apporter les derniers détails,

[2277] Dumarest 1897.
[2278] Guinard 1925, p. 6.
[2279] Artaud 1914.
[2280] Turin 1906, p. 16.
[2281] *Ibidem*. Cette conférence fut publiée en 1903 : Camille Savoire, « La lutte antituberculeuse. Ses rapports avec l'art de l'architecte, de l'ingénieur et de l'industrie technique », in *Bulletin mensuel de la SADG*, 1903, p. 124-144. Cité par François Loyer et Guéné, *Henri Sauvage. Les immeubles à gradins / Set Back buildings*, Liège, Bruxelles, Pierre Mardaga éditeur, 1987.
[2282] Cette expression fut utilisée en 1911 par un rapporteur du conseil général de l'Aisne à propos du projet de sanatorium départemental de l'Aisne de G. Artaud. Conseil général de l'Aisne, séance du mardi 8 août 1911, établissement dans le département d'un sanatorium pour les tuberculeux. A.D. du Rhône, 9 C 6.
[2283] Fleck 1988.
[2284] Carnets de note de l'architecte Paul Friesé, archives privées de la famille Friesé.
[2285] Edouard Herriot, *Rapport présenté au nom de la Commission lyonnaise chargée d'étudier plusieurs hôpitaux modernes de l'Allemagne et du Danemark, Plans de M. Tony Garnier*, Lyon, Imprimerie nouvelle lyonnaise, s.d. [*ca.* 1910].
[2286] Richter 1910.
[2287] Dans le climat politique tendu des années vingt, conseil général du Pas-de-Calais évoquait ainsi, en 1928, « les résultats obtenus par les nations qui nous ont devancé, comme l'Angleterre, la Norvège, les Etats-Uinis » pour prouver « l'efficacité des moyens actuellement susceptibles d'être employés », sans mentionner l'Allemagne (Préfecture du Pas-de-Calais, projet de création d'un hôpital-sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux [...], 4 avril 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1088). Les sanatoriums allemands ne sont pas totalement exclus de la littérature spécialisée de l'après-guerre et Espitallier citait notamment en exemples, en 1921, les sanatoriums allemands d'Edmundsthal, de Hambourg et de Harlaching. Espitallier 1921, p. 155.
[2288] Certificat du préfet de la Haute-Savoie, 28 mai 1918, A.D. de la Haute-Savoie, 1 X 214.

notamment techniques, à leur projet de sanatorium à Plaine-Joux[2289]. La *Société des Voyages d'études médicales* (VEM)[2290], après avoir organisé la visite des sanatoriums de Suisse romande en 1923 pour 150 médecins français et étrangers, choisit en 1929 comme destination le Plateau d'Assy (Haute-Savoie) et Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)[2291] où les sanatoriums les plus emblématiques de France étaient en chantier : Plaine-Joux, le Roc-des-Fiz, Sancellemoz et le Mont-Blanc au Plateau d'Assy, le sanatorium des étudiants, celui du Rhône à Saint-Hilaire ; le sanatorium de l'Association métallurgique et minière venait d'être achevé. Beaucoup d'architectes, toutefois, se contentèrent de visiter, en France, les dernières réalisations du genre : pour l'hôpital-sanatorium Sabourin, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Albéric Aubert se rendit dans les Alpes en 1930, sans doute au Plateau d'Assy[2292] et pour celui de Savenay (Loire-Atlantique), l'architecte départemental du Morbihan, Bardet, visita en 1931 le sanatorium de Bodiffé-en-Plemet, alors en chantier[2293]. Dès 1925, la visite aux sanatoriums de Bligny, remplaça, nous l'avons déjà mentionné, celle des établissements allemands. L'architecte départemental du Calvados s'y rendit en 1931 et son projet pour le sanatorium de Saint-Sever est une transcription fidèle du sanatorium du Petit-Fontainebeau à Bligny.

Pour les médecins, comme pour les architectes, le but de ces voyages était, selon Dumarest, en 1897, de « bénéficier de l'expérience acquise »[2294] dans les réalisations étrangères. En l'absence de plans types unanimement admis et du fait de la diversité des dispositions relatives aux bâtiments, aux chambres, aux galeries de cure, aux services, aux équipements techniques, etc., il était indispensable que les premiers intéressés (médecin et architectes) se forgent un avis sur la valeur de telle disposition en l'examinant de leurs propres yeux et en recevant l'avis motivé de ses usagers. En matière d'architecture hospitalière plus particulièrement, Jean Walter insistait en 1945 encore sur la « nécessité des voyages d'études » :

> *L'analyse très poussée des constructions existantes est la base nécessaire de toutes les connaissances en Architecture. On ne peut [...] avoir de vues claires sur les constructions médicales qu'après avoir étudié le fonctionnement de beaucoup d'établissements internationaux, et dans chacun, tous les services, car il n'existe dans aucun pays de littérature valable. [...] Il y a des constructions qu'il faut avoir vues pour s'en inspirer, d'autres pour éviter de commettre des fautes faites par d'autres. On ne peut être un bon Architecte médical sans avoir beaucoup voyagé, et au cours des voyages, beaucoup observé, réfléchi, dessiné.*[2295]

C'était en somme le but du voyage d'étude effectué par les architectes Abraham et Le Même (sur les conseils de Guinard) dans les sanatoriums suisses en janvier 1929. Les deux architectes n'avaient alors à leur actif, en matière de sanatorium, que l'achèvement du sanatorium de Praz-Coutant, et aucune expérience en matière de sanatorium de luxe tel que devait être Plaine-Joux. Le motif premier de leurs visites était purement technique puisqu'il s'agissait de comparer les différents systèmes de chauffage en usage dans les sanatoriums suisses[2296] ; il en profitèrent pour comparer toutes les dispositions de ces établissements : construction, équipements techniques, revêtements, mobilier, organisation, etc. Visitant près d'une dizaine d'établissements construits entre 1890 et le milieu des années vingt, Abraham et Le Même purent en observer concrètement le fonctionnement, interroger le personnel médical et les médecins-directeurs, comparer l'usure des différents matériaux employés, évaluer les avantages et les inconvénients des systèmes techniques (chauffage, menuiseries, désinfection, etc.) et relever le nom des fabricants des meilleurs produits. Tous leurs projets ultérieurs portent la marque de ces visites, tant au niveau des aménagements (galeries de cure ou toitures terrasses) que des matériaux et des équipements. Ces visites

[2289] Voyage d'Abraham et Le Même en Suisse, 1929, *op. cit.*
[2290] Les Voyages d'Etudes Médicales étaient une société médicale française, active entre 1899 et 1934. Elle organisait des voyages médicaux notamment des les stations thermales (Pyrénées-Orientales en 1903, Auvergne en 1904) auxquels participaient également un grand nombre de médecins étrangers (Boyd Joll, «Voyages d'Etudes Médicales », in *The British Med. Journal*, 9 juil. 1904, p. 100).
[2291] Lettre du 13 juillet 1929 du secrétaire général des Voyages d'études médicales. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2292] Aubert, notice descriptive concernant la construction d'un hôpital-sanatorium moderne, 11 fév. 1931. A.D. du Puy-de-Dôme, X2271.
[2293] Hôpital hospice de Savenay, Extrait du registre des délibérations de la commission administrative, séance du 10 septembre 1932, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2294] Dumarest 1896, p.23.
[2295] Walter 1945, p. 29-30.
[2296] Guinard leur recommandait la vapeur, Abraham et Le Même, suite à ce voyage, adoptèrent le chauffage à eau chaude. Lettre du 19 octobre 1928 de Le Même au président de l'A.V.S.H.A. Archives dép. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.

permettaient notamment aux architectes – peu au fait des usages hospitaliers, encore moins sanatoriaux – de mettre en situation leur projet et de s'imprégner du mode fonctionnement des établissements. Ces voyages étaient pour cela beaucoup plus riches d'enseignement qu'un manuel ou que les recommandations – souvent très théoriques – des médecins.

3.6.7. La collaboration avec les médecins.

Si les médecins n'étaient pas les auteurs, à proprement parler, des projets, ils intervenaient en amont des architectes pour l'élaboration des programmes et avaient une connaissance intime des conditions de fonctionnement de ces établissements. Leur participation était loin de se limiter aux seules considérations médicales et comprenait, plus largement, toutes les conditions matérielles nécessaires à la réalisation des sanatoriums. Les projets d'établissements « idéals » conçus par quelques médecins avec l'aide technique d'architectes autour de 1900 avaient démontré que le sanatorium, plus que tout autre programme, était une œuvre à quatre mains. A l'occasion de ces concours, la paternité des projets revenait sans conteste aux architectes et le cas du « concours d'architecture entre médecins », lancé en 1902 en Angleterre pour la construction du sanatorium Edouard VII, reste une exception. En 1909, le médecin-directeur du sanatorium de Bon-Accueil (Hérault), Gaussel, notait ainsi :

> *[...] Dans la construction et l'aménagement du sanatorium, il faut de toute nécessité que le médecin soit le collaborateur de l'architecte et qu'il ait un rôle prépondérant dans la conception du plan et dans la surveillance des détails de son exécution.* [S'agissant] *de l'aménagement, le médecin doit aussi veiller à l'observation stricte des règles d'hygiène indispensables à la bonne administration d'une collectivité de tuberculeux, à la prophylaxie ou à la cure de la tuberculose [...]. Le choix des diverses parties du mobilier, leur disposition, l'affectation de chaque pièce de l'établissement, ne sauraient le laisser indifférent.*[2297]

En un sens, Gaussel faisait l'apologie des heureuses collaborations entre médecins et architectes qui, au début du mouvement sanatorial français (1890-1905), avaient conduit à des réalisations aussi emblématiques que celles d'Angicourt et de Hauteville. A l'occasion du projet du sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1928), la question technique et juridique de la « propriété artistique » de l'œuvre fut posée aux architectes Abraham et Le Même par le médecin qui était à l'origine du projet, Alexandre Bruno. En juillet 1929, les architectes reçurent une lettre de la Société des Villages climatériques de Haute-Altitude (S.V.C.H.A.), maître d'ouvrage du projet, qui clarifiait en ces termes les éléments d'ordre légal :

> *Vous serez seuls signataires des bâtiments et conserverez sur eux tous droits de propriété artistique, conformément à la loi. Toutefois, le Dr. Alexandre Bruno, qui a collaboré à la conception particulière des types de chambres et de leur exposition présentés suivants les deux types créés rectangulaires ou en angles, [...] aura un droit [...] de copropriété artistique ou technique sur ces plans types.*[2298]

The Foundation Compagny, qui finançait le projet, ne reconnaissait aux architectes que sa « mise au point » et souhaitait en gérer seule « la réalisation et le suivi ». Selon ce courrier, les architectes ne devaient que formaliser dans leurs plans les idées formulées par Alexandre Bruno. Par leurs qualités de praticiens, les médecins étaient d'ailleurs bien placés pour déterminer les dispositions architecturales les mieux à même d'influer sur le traitement. Quant à la mise au point relative à la propriété intellectuelle du projet, elle était parfaitement inhabituelle : considérations typiquement anglo-saxonnes, affirmeront certains, qu'il n'y aurait pas lieu de transposer à la situation française ! La revendication d'Alexandre Bruno nous paraît, au contraire, parfaitement légitime (Abraham et Le Même, du reste, ne la contestèrent pas). Bruno avait effectivment participé activement à la conception du projet : par ses questions (« Que pensez-vous des constructions à toit plat ? Il me semble que sous une même surface on peut facilement gagner des chambres [...] »[2299], demandait-il à Le Même en janvier 1927), par ses suggestions aussi (« Vous me parliez de style moderne et je vous avais indiqué que je souhaitais plusieurs projets dont un, peut-être

[2297] Gaussel 1909, p. 276.
[2298] Lettre du 13 juillet 1929 des Villages climatériques à Abraham et Le Même. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2299] *Ibidem.*

avec toit plat, avec terrasse à l'italienne et avec les étages superposés en escalier »[2300], ajoutait-il en juillet de la même année). Bruno fut d'ailleurs systématiquement mentionné dans les nombreuses publications sur le sanatorium de Plaine-Joux et, en août 1929, Victor Berger précisait dans *L'Architecture* que les chambres individuelles avaient été conçues par les architectes Abraham et Le Même, « sur les directives du Dr Bruno »[2301]. Plaine-Joux était toutefois un projet privé s'adressant à une clientèle luxueuse : les enjeux étaient économiques plutôt que sociaux et sanitaires et son financement était assuré par des financiers américains (qui s'évaporeront en totalité en octobre 1929). Présenté au salon des artistes décorateurs de 1929, le projet avait été loué pour ses qualités plastiques et esthétiques, il s'agissait donc bien d'art, raison pour laquelle la notion de « propriété intellectuelle » du projet fut mise en avant. « Il y a un art de guérir comme il y a un art de bâtir et si l'un et l'autre utilisent un peu plus chaque jour la matière proprement scientifique, l'un et l'autre l'ordonnent en vertu de cet empirisme rigoureux qui, seul conduit à des résultats adaptés et féconds »[2302] estimaient à ce sujet Abraham et Le Même. Ces considérations pouvaient difficilement s'appliquer à la production sanatoriale "ordinaire", du moins n'en était-il pas question à l'époque où les principaux établissements populaires furent développés. Ces deux types de production se distinguaient par les moyens (matériels et intellectuels) mis en œuvre : dans le cas des établissements départementaux, exception faite de quelques réalisations particulièrement bien étudiées, la collaboration entre les médecins et les architectes avait des visées plutôt pragmatiques qu'artistiques, encadrées par les nombreuses contraintes budgétaires et réglementaires à l'œuvre en matière d'architecture sanatoriale. Vue par les médecins, la collaboration avec les architectes n'avait pas donné les résultats escomptés et, en 1932, Martin Rideau dressait à ce propos un bilan mitigé :

> [L'absence d'études approfondies sur la question sanatoriale] *est une lacune qui se démontre par l'imperfection de certains établissements. Le manque de collaboration entre médecins et architectes se fait sentir défavorablement. Il serait trop facile de relever dans les articles d'architectes, de ceux qui sont spécialisés dans la question, de grosses erreurs sur les conceptions qu'on peut se faire de la cure d'air et de la façon dont elle doit être appliquée.*[2303]

Le médecin Rodriguez-Bello validait en 1938ce point de vue, établissant un parallèle entre l'augmentation de la production et la diminution de l'efficacité de ces collaborations : « Chose curieuse, avec la multiplication des établissements de cure, cette heureuse collaboration entre médecins et architectes a été de plus en plus oubliée et tout se passe comme si le problème de la construction et celui de l'utilisation médicale des sanatoriums étaient devenus deux problèmes tout à fait différents »[2304].

A la fin des années vingt, les sanatoriums étaient considérés d'un regard nouveau par les architectes. En France, ce changement se manifeste par leur apparition dans les salons, à commencer par le sanatorium de Plaine-Joux dont la maquette et les plans (ill. 356-358) firent sensation au salon des artistes décorateurs de 1929. La présentation du projet fut accompagnée d'une conférence d'Albert Calmette et d'une « séance de cinéma sur les réalisations américaines »[2305]. Ce succès conditionna en grande partie la place des sanatoriums dans les salons au cours des années suivantes. Pratiquement absents du débat architectural dans les années vingt, ils sont représentés dans presque tous les salons de l'année 1930 : le projet pour Plaine-Joux continua de susciter l'intérêt et le fabricant de meubles Thonet proposa « d'exécuter à ses frais [...] un stand représentant en vraie grandeur une cellule-type du sanatorium de Plaine-Joux meublée par ses soins »[2306] au Salon d'automne 1930 ; lors de ce même salon, le projet des architectes Faviers, Thiers et Bardin pour le sanatorium de la Musse (Eure) fut exposé sous la forme d'une maquette[2307] ; au Salon des artistes décorateurs, le projet de Marcel Breuer pour un hôpital à gradins de

[2300] Lettre du 1er juillet 1927 d'Alexandre Bruno à H.J. Le Même. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2301] Berger 1929, p. 62.
[2302] Cités par Besson 1951, p. 189.
[2303] Rideau 1932, p. 63.
[2304] Rodriguez-Bello 1938, p. 99.
[2305] Calmette, en particulier, s'enthousiasma pour le projet, déclarant : « Tout ce que nous venons de voir et que je connais très bien puisque je suis allé le voir en Amérique ne vaut pas à beaucoup près ce qu'on fait MM. Abraham et Le Même ». Lettre du 12 mars 1929 d'Abraham à Le Même. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2306] Lettre du 7 avril 1930 d'Abraham et Le Même au président de la S.V.C.H.A. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2307] E. de Thubert, « L'architecture au salon d'automne », in *La Construction moderne*, 3 janvier 1931, p. 210-218.

1.100 lits fit grande impression[2308] ; au Salon de la société nationale des beaux-arts, l'architecte A. Duplantier présenta un sanatorium pour enfants[2309] et la Société des architectes modernes présenta un sanatorium dans son exposition sur « l'aménagement et la décoration des toitures-terrasses »[2310]. Au cours des années suivantes, les sanatoriums s'installèrent, pour ainsi dire, dans le paysage habituel des salons : le sanatorium Guébriant à l'Exposition Coloniale de 1931[2311] ; le sanatorium de Riesenwald (Haut-Rhin, Rubinstein et Dieterlé architectes) au Salon d'automne de 1932[2312] ; un projet de sanatorium à Alger (Bettoli architecte) à l'Exposition d'urbanisme et d'architecture moderne d'Alger en février 1933[2313] ; le sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, G. Castel architecte) au Salon des artistes français en 1936[2314] ; le sanatorium de Rivet (Algérie) à l'exposition de *La Cité moderne*, à Alger, en avril 1936, accompagné d'une conférence sur « L'architecture et l'hygiène »[2315]. Les nombreux articles consacrés aux sanatoriums dans la quasi-totalité des revues françaises d'architecture confirment l'intérêt de la profession pour ce programme. Cet intérêt semble provenir d'un retournement intervenu à la fin des années vingt, lorsque les architectes prirent conscience de la « valeur expressive » des sanatoriums telle que la mentionnait l'architecte Georges Henri Pingusson* en 1932 :

> *La valeur expressive, suggestive, lyrique de ces bâtiments utilitaires pourrait être considérable : tandis que les places publiques, les voies dites triomphales auxquelles on s'attache à donner le sens d'un symbole ne doivent plus être aujourd'hui que des outils de circulation bien étudiés, ne semble-t-il pas souhaitable, plutôt que de peupler nos voies des statues, de temples ou d'arcs de triomphe, de reporter sur des bâtiments d'usage social, que leur fonction anoblit, le soin de perpétuer les grands souvenirs ?*[2316]

L'intérêt des architectes résultait surtout des transformations de la perception du programme sanatorial intervenues dans la deuxième moitié des années vingt : la publication d'ouvrages proposant une analyse précise du fonctionnement de ces établissements (*La pratique des sanatoriums*, publiée par Guinard en 1925 est à ce titre emblématique) permit aux maîtres d'ouvrage, comme aux maîtres d'œuvre, d'en apprécier la complexité technique, hygiénique et sociale ; l'apparition de nouvelles recommandations techniques (telle la *Note sur les sanatoria* de 1929) mais surtout de nouvelles dispositions architecturales propres à ces programmes sanitaires (manifestées, en 1929 également, avec la publication de l'ouvrage de Richard Döcker *Terrassentyp* ou la présentation du projet de Plaine-Joux) contribuèrent à un renouvellement profond de la conception sanatoriale et de la perception de ce programme par les architectes. Les concours d'architecture lancés au début des années trente et l'apparition du sanatorium dans les salons professionnels et artistiques firent entrer le sanatorium dans la culture architecturale au même titre que les programmes reconnus hospitaliers ou sanitaires. Enfin, l'augmentation considérable du nombre de projets à la fin des années vingt ancra le programme sanatorial dans une réalité de terrain qui ne put que renforcer l'intérêt de la profession. En 1932, Pingusson résumait ainsi ces mutations qui avaient donné, en quelques années seulement, un nouveau visage au programme sanatorial, dorénavant ancré dans la culture des architectes :

> *Le sanatorium, l'hôpital de grande ville, les immeubles de logement ouvrier, et en général, les bâtiments à usage collectif semblent avoir été considérés autrefois comme les programmes les plus ingrats proposés à l'imagination des architectes, si l'on en juge par les tristes façades qu'ils nous ont values. Ces programmes sont aujourd'hui parmi ceux auxquels nous apportons le meilleur de nos recherches, admettant volontiers que soit prise comme critérium de mesure dans laquelle elles pourront servir directement et efficacement au plus grand nombre, en un mot, leur plus ou moins grande valeur sociale. Le sanatorium est sans doute le type qui correspond aux besoins les plus généraux, les plus essentiels, les plus immédiatement impératifs, puisque*

[2308] S.a., « Le Salon des Décorateurs », 1930, vol XLII, n°7, p. 229-230.
[2309] A. Duplantier, « Un sanatorium pour enfants », in *La Construction moderne*, 16 novembre 1930.
[2310] S.a., « L'aménagement et la décoration des toitures-terrasses. Concours de la société des architectes modernes », in *La Construction moderne*, 13 juillet 1930, p. 636-638.
[2311] Very & Saddy 1988, p. 127.
[2312] S.a., « Salon d'automne 1932 », in *La Construction moderne*, 25 décembre 1932, p. 201, pl. 51-52.
[2313] S.a., « Projet de sanatorium par M. A. Bettoli », in *La Construction moderne*, 9 juillet 1933, p. 162.
[2314] S.a., « Salon 1936. Le salon des artistes français », in *La Construction moderne*, 1936, n° 24, p. 757.
[2315] S.a, « L'exposition de la cité moderne à Alger », in *La Construction moderne*, 1936, n° 29, p. 862-869.
[2316] Pingusson 1932, p. 33.

de leur nombre, donc de leur prix, de leur rendement, dépend le salut d'un nombre immense d'être humains. Son programme devient classique puisque les données pratiques sur lesquelles il se fonde sont sensiblement constantes ; les solutions qu'il provoque, toujours voisines, tendent à définir à type commun [2317]

La recherche d'une « valeur expressive », voire même symbolique au sanatorium, comme semble le suggérer Pingusson, était incompatible avec le pragmatisme des médecins et leur culture du « rendement thérapeutique ». La crainte, formulée en 1931 par le médecin Amlser, que la dimension esthétique du projet prenne le pas sur les exigences techniques, était sans doute récurrente dans le milieu médical, en dépit des gages « d'ordre et de clarté » donnés par les architectes sur ce type de projets, ainsi que le rappelait André Toutry, en 1932, à propos du projet de sanatorium à Durtol d'André Lurçat (1929) :

Les monuments d'architecture collective tels que les sanatoria intéressent tout spécialement les architectes modernes. Par les problèmes que pose leur construction, par les idées, ici particulièrement impérieuse, de logique, d'ordre et de clarté qui sont à la base même de leur réalisation, l'architecte moderne a trouvé dans leur édification un champ d'expression bien particulier à l'époque.[2318]

L'idée selon laquelle le sanatorium offrait « un champ d'expression caractéristique » de cette époque est alors récurrente[2319]. Elle fait du sanatorium le catalyseur de conceptions diffuses mais omniprésentes dans la l'architecture – comme, d'ailleurs, dans d'autres disciplines techniques ou artistiques – liées aux valeurs d'une prétendue "modernité" et de la position à adopter vis-à-vis des intenses changements sociétaux à l'œuvre au tournant des années trente.

La place accordée aux architectes dans ces projets est paradoxale : le rôle des architectes semble accessoire jusqu'à la Première Guerre Mondiale (les médecins ont souvent l'initiative des projets et ne sont pas effrayés par leur dimension technique) et ne devient central qu'avec la loi Honnorat. Confirmés dans leur rôle pivot pour la conduite des établissements, les médecins-directeurs sont peu à peu marginalisés s'agissant de leur conception, encadrée par une procédure administrative et technique qui est du ressort des architectes. La collaboration entre médecins et architectes s'inscrit dans un nouveau rapport de répartition des tâches. L'approbation des médecins est indispensable pour franchir les étapes administratives : au sein des assemblées départementales (monopolisées sur ces sujets par les médecins-conseillers généraux) ou du ministère de l'hygiène (les délégués techniques du C.N.D.T. sont tous médecins, le comité technique des sanatoriums ne compte qu'un seul architecte). Dans les concours, au contraire, la parité médecins-architectes est de mise et la participation des associations professionnelles (société centrale des architectes, société des architectes diplômés par le gouvernement, associations provinciales, etc.) garantissait l'acceptation par tous du choix du jury. Ces concours *d'architecture* ne pouvaient que mettre à l'honneur les architectes, seuls auteurs des projets ; les médecins sont alors cantonnés au simple rôle d'arbitre et semblent avoir perdu cette force de proposition qui caractérisait, à la fin du XIX^{e} et au début du XX^{e} siècles, le mouvement sanatorial naissant. Ce renversement dans la maîtrise du projet est notamment perceptible dans les regrets, formulés ponctuellement par certains médecins, de voir les sanatoriums devenir le lieu d'expression privilégié d'une certaine « esthétique » jugée hors de propos. Les médecins ne peuvent alors que rappeler ce qui fonde le sanatorium en tant qu'équipement sanitaire. En 1931, le critique Philippe Dally résumait en ces termes l'enjeu que représentaient ces programmes sanitaires pour la profession :

Les hôpitaux modernes présentent, au plus haut degré, le mérite de la sincérité architecturale. L'architecte, pour les bâtir, n'est plus tenu à aucune considération sentimentale ou littéraire ; il n'a rien à exprimer : ses intentions doivent être pures, comme celles du forgeron qui fabrique un marteau ou du lamineur qui étire un fer profilé ; la seule loi est de servir *: plaire n'est accessoire. C'est cet esclavage de la pensée, cette*

[2317] *Ibidem.*
[2318] Toutry 1932, p. 39.
[2319] Le point de vue de Toutry fut ainsi appliqué en 1933 au sanatorium de Champrosay : « Au point de vue architectural et technique, par les problèmes que pose l'érection de tels bâtiments, par les idées dans ce cas particulièrement impérieuses, de logique, d'ordre et de clarté qui sont à la base même de leur réalisation, les maîtres d'œuvre trouvent dans leur édification un champ d'expression caractéristique de notre époque. » P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment illustré*, n°3, mars 1933.

soumission au but à remplir, qui fait de l'architecture hospitalière une des formes les plus authentiques du goût actuel [...].[2320]

Dans le cas des sanatoriums, le principe de « sincérité architecturale »[2321] demandait aux architectes de renoncer à toute volonté « esthétique ». La seule esthétique acceptable était celle issue du machinisme, d'où l'association fréquente des sanatoriums avec les objets incarnant l'excellence de cette culture technique, tels les avions et les paquebots. Conçu comme un « instrument rationnel », le sanatorium devait avait tout répondre à des usages précis ; toute sophistication inutile, toute disposition de plan dont la justification était autre que fonctionnelle, semblait contre-productive. Citant Paul Valéry, Rideau rappelait ainsi que « tout ce qui est esthétique est douteux »[2322]. Formulée à l'attention des architectes, cette mise en garde se voulait fédératrice : les médecins et les architectes étaient les seuls "techniciens" habilités à « ouvrager » les malades et les bâtiments. Cette mise en garde est d'autant plus pertinente s'agissant des sanatoriums qu'il s'agit d'un type parmi les moins destinés à la contemplation : éloignés le plus possible des villes et des zones habitées pour des raisons d'hygiène et de prophylaxie, les sanatoriums étaient au centre d'un mouvement centrifuge qui portait les regards à se perdre dans les ondulations de la campagne ou sur les cimes enneigées sans jamais les ramener sur l'établissement lui-même. Pour les médecins, le sanatorium n'avait pas d'autre identité que médicale et toute tentative de lui donner une autonomie formelle – la tentation d'une « esthétique » sanatoriale – ne pouvait que figer ce programme dans un état forcément incomplet, incapable de prendre en compte l'évolution continue des pratiques thérapeutiques.

La plupart des phtisiologues médecin-directeur de sanatoriums durant l'entre-deux-guerres appartenaient à cette génération de médecins diplômés peu avant 1900, engagés Les figures de proue du mouvement sanatorial français font partie de cette génération, que l'on songe à Gilbert Sersiron (diplômé en 1898), Georges Küss (1867-1936), Louis Guinard (1864-1939), Raymond Hervé (1864-1937) ou Frédéric Dumarest (1870-1951). Ils avaient tous vécu la "cabale" menée contre le sanatorium au début du siècle et le retournement de la politique antituberculeuse française intervenu pendant la guerre leur était apparu comme la reconnaissance des idées qu'ils défendaient depuis de nombreuses années. Il n'est donc pas étonnant que les principes sanatoriaux en vigueur à la fin du XIX^{e} siècle (en termes de conception médicale, administrative et disciplinaire, en termes d'aménagements intérieurs, voire de conception architecturale) aient allègrement passé la Première Guerre Mondiale sans que leurs fondements aient été remis en question.

Conclusion

La loi Honnorat avait été élaborée sur des bases programmatiques solides résultant d'une connaissance approfondie des réalisations étrangères et françaises de la fin du XIX^{e} siècle et du début du XX^{e} siècle. Plusieurs points doivent être soulignés. Le premier concerne l'abandon, dès le début du siècle, de la conception strictement climatique du sanatorium de façon à en faciliter la diffusion sur tous les territoires : excepté les emplacements rigoureusement contre-indiqués (humidité et vent), toutes les régions étaient susceptibles de réaliser la cure hygiéno-diététique. La notion de « micro-climat » est ici fondamentale : une zone globalement néfaste pour les malades peut offrir, ponctuellement un terrain réunissant les conditions nécessaires à la cure et, inversement, les régions traditionnellement prisées par les tuberculeux ne sont pas exemptes de zones climatiquement néfastes. Puisqu'il n'existe pas de règle générale en matière de conditions d'implantation des établissements, la première tâche des délégués du comité technique des sanatoriums sera d'évaluer scientifiquement les caractéristiques naturelles (notamment atmosphériques et hydriques) des sites envisagés pour la construction de sanatoriums.

Le second point concerne les conditions de vie des malades dans les établissements et l'ambiguïté entre le caractère familial des maisons de cure (revendiqué par les médecins) et la stricte discipline qui y était appliquée. Négligée dans les études récentes sur les sanatoriums, leur dimension éminemment

[2320] Dally 1931, p. 25.
[2321] Dally 1931, p. 25.
[2322] Cité par Rideau 1932, p. 115.

éducative superpose les notions de liberté et de contrainte qui conditionnaient en grande partie le comportement des malades et du personnel médical. La métaphore du couvent n'est donc pas totalement adéquate dans la mesure où le sanatorium soigne les malades autant qu'il les prépare à une nouvelle vie familiale et professionnelle. Les sanatoriums sont ainsi à l'improbable croisement de l'hôpital, du pensionnat et de la maison de correction, « palais moribond » ou « prison de contes de fées »[2323], une chimère, en quelque sorte, dont la viabilité était d'emblée compromise. L'architecture des premiers sanatoriums rend compte de ce mélange des genres qui interdit – provisoirement – de délimiter les contours exacts du type sanatorial.

Le troisième et dernier point concerne la construction et l'aménagement intérieur des établissements, basés essentiellement sur la révolution pastorienne et la découverte du bacille de Koch en 1882 : dès les années 1890, les sanatoriums furent conçus pour lutter contre un ennemi bactérien enfin identifié. Puisqu'il n'était pas possible de détruire le bacille dans le corps même des malades, les médecins se contentèrent d'y circonscrire l'infection. L'alliance de la bactériologie, de la médecine et de l'architecture étaient ici totale et les matériaux, la conception des espaces, les procédures de désinfection, les équipements techniques, mobilisés pour contenir la prolifération du bacille. Le sanatorium peut alors être assimilé à un lieu d'expérimentation privilégié : la distinction entre le septique et l'aseptique (s'agissant des espaces, des matériels, des circuits, des procédures, etc.) est fondatrice des pratiques scientifiques de la fin du XIX^{e} siècle : de même que l'« asepticité » du milieu était devenue une condition *sine qua non* pour engager des recherches biologiques ou une opération chirurgicale, elle était exigée par les médecins à propos des tuberculeux dont la « septicité » ne pouvait être combattue que par des mesures radicales. En raison de la spécificité des malades qu'ils accueillaient, les sanatoriums exigeaient des conditions de travail pour ainsi dire *in vitro* jugées nécessaires à la mise en œuvre de la méthode hygiéno-diététique. Ces conditions ne pouvaient être que renforcées par le développement des traitements chirurgicaux qui ouvrirent, dans les années 1910, une nouvelle ère phtisiologique.

[2323] Grellet & Kruse 1983, p. 131.

CHAPITRE IV

LA QUÊTE DU RENDEMENT THÉRAPEUTIQUE (1929-1945)

Introduction

Après avoir évoqué l'histoire du mouvement sanatorial français au XIX^e^ siècle et dans les premières années du XX^e^ siècle, ainsi que les conditions imposées par la Première Guerre Mondiale, la législation qui en est sorite et l'esquisse de nouvelles réalisations, cette quatrième et dernière partie touche au cœur de la production sanatoriale française réalisée au cours de l'entre-deux-guerres. Les spécificités du programme sanatorial, l'exigence d'asepsie et de discipline ont fortement orienté, nous l'avons vu, les dispositions formelles adoptées dans les établissements de cure. Nous aborderons ici séparément les éléments constitutifs de l'architecture sanatoriale car leurs composantes et leurs temps d'évolutions sont distincts et forment un arrière plan programmatique et technique indispensable à la compréhension du dispositif sanatorial dans son ensemble. En matière de conception sanatoriale, l'enjeu architectural se joue à différents niveaux : d'abord le plan de masse, ensuite les chambres et les galeries de cure, enfin les matériaux et les équipements

Les exigences d'hygiène et de « rendement thérapeutique » des établissements – nous aurons l'occasion de développer ce dernier point – concernent toutes les échelles du projet, du plan d'ensemble au détail de mise en œuvre, sans discontinuité apparente entre le discours médical et la réalisation des édifices. La question des échelles est essentielle car elle correspond aux différents "milieux" sollicités dans la cure sanatoriale de la tuberculose : la composition d'ensemble des bâtiments est à l'échelle des facteurs climatique, cosmique et tellurique[2324] dont la méthode de cure exploite savamment les influences bénéfiques. A l'autre extrémité de cette chaîne, les matériaux et la mise en œuvre "travaillent", pour ainsi dire, à l'échelle microscopique qui est celle du bacille de Koch. Entre les deux, les chambres et les galeries de cure (avec, dans une moindre mesure, les services annexes techniques et collectifs) œuvrent à l'échelle des malades et sont le lieu d'une dialectique entre l'infiniment grand climatique et l'infiniment petit organique. Les espaces dédiés aux malades : chambres et galeries, sont donc à l'interface de ces deux mondes. Selon la théorie médicale qui sous-tend ce dispositif, la bataille contre la tuberculose livrée dans les sanatoriums procède d'une tactique coordonnée relevant de l'encerclement : l'établissement entier est un lieu diffus d'un combat, dont les poumons des malades constituent, pour ainsi dire, la première ligne. Récurrente durant la première moitié du XX^e^ siècle, la métaphore militaire donne la mesure de ce qui se joue dans les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires à cette époque : « la guerre contre la tuberculose » n'est pas qu'une vue de l'esprit ; elle est la réalité quotidienne des établissements de cure et s'exprime dans les moyens humains, techniques et médicaux mis en œuvre pour guérir les malades. En tant d'objets bâtis, les sanatoriums sont à la fois le champ de bataille et une arme – fleuron de l'« armement antituberculeux » national – codifiée par le soin des médecins, aiguisée par celui des architectes. Le caractère instrumental des sanatoriums était donc revendiqué par les médecins comme par les architectes : les premiers y voyaient un moyen d'infléchir le cours de la maladie ; les seconds, le support matériel d'une représentation de l'espace qui leur était propre.

Le long processus de formation des théories médicales et des principes architecturaux évoqués dans la première partie influencent encore directement la production sanatoriale des années vingt et trente et, s'agissant des sanatoriums, la Première Guerre Mondiale ne constitue pas tant une rupture qu'un catalyseur d'éléments épars. Nous nous intéresserons plus en détails au plan de masse et à l'organisation interne des établissements, à leur organisation générale et à leurs spécificités d'aménagements, aux dispositifs constructifs et aux équipements techniques, aux chambres de malades et aux galeries de cure, sur la base, notamment, de documents graphiques. La lecture critique des différentes dispositions adoptées, l'analyse de leurs motivations et de leur remise en question permettent de donner une vision à la fois globale et précise de la production sanatoriale française de l'entre-deux-guerres.

Pour cette dernière partie, nos principales sources ont été les dossiers techniques des établissements, consultés dans des archives publiques et privées. Les sources écrites, lettres et rapports tapuscrits, nous ont informés sur le contexte des projets et sur les intentions de leurs commanditaires,

[2324] Piéry 1934, p. 162.

médecins et architectes ; ils ne remplacent toutefois pas l'étude des plans. Si les revues d'architecture et de médecine sont d'un intérêt secondaire, elles renseignent sur ce que leurs auteurs ont retenu de ces bâtiments à l'époque de leur construction. Les thèses de médecine sur ce sujet ont constitué une source appréciable d'informations : si l'inexpérience des jeunes médecins transparaît parfois dans leurs rapports, elle est largement compensée par leur intérêt réel pour un sujet situé au cœur des préoccupations du corps médical. De façon plus marquée encore que les architectes, les médecins ont un regard pragmatique sur cette architecture dont ils ne perçoivent les défauts et les qualités que sous l'angle de l'objectif thérapeutique à atteindre, n'hésitant pas à battre en brèche les idées préconçues sur la base des derniers résultats médicaux ou de nouvelles méthodes de traitement. Parfois rédigés après une période d'internat dans un sanatorium ou sous l'autorité d'un phtisiologue expérimenté, ces travaux offrent un état des lieux – certes partiel – du paysage architectural et médical du moment. Nous citerons donc abondamment les thèses de Martin Rideau, *Le sanatorium. Sa conception architecturale. Son aménagement intérieur* (1932) ; de Léopold Berl, *Importance de l'aménagement dans le rendement thérapeutique des sanatoriums* (1936) ; de Lucie Roudière, *L'hôpital-sanatorium. Sa nécessité. Son but. Sa formule*; d'Aimé-Rodolphe Collet, *Le problème post-sanatorial. La cité sanitaire pour tuberculeux* (1932) ; de Tan-Ham-Loc, *Le plan d'un sanatorium* (1942). En forme d'épilogue, nous évoquerons brièvement la phase ultime du mouvement sanatorial français inaugurée, en 1945, par la refonte complète du système hospitalier et la réforme des moyens de lutte contre la tuberculose.

4.1. Plan de masse et organisation spatiale des sanatoriums.

4.1.1. Eléments de méthode.

La production sanatoriale au filtre de l'analyse typologique.

Le sanatorium met en œuvre, sur plusieurs mois voire plusieurs années, un processus de cure précisément codifié ; il se distingue en cela des autres programmes antituberculeux offrant aux malades des séjours de courte durée et des principes thérapeutiques moins contraignants. Développé par les médecins et les architectes dans un but thérapeutique défini, ses modalités d'existence procèdent de réalités multiples : médicale, d'abord, en référence à la cure d'air et au traitement hygiéno-diététique ; mais aussi légale et administrative. En nous intéressant plus particulièrement à l'architecture de ces établissements, nous souhaitions poser la question des modalités d'existence de ce programme. La question du « type sanatorial » devait alors être posée : Le sanatorium constitue-t-il un "type" architectural à part entière ? Est-il constitué de plusieurs types formant une "typologie"? Il ne semblait pas possible de réponde *a priori* à ces questions : seule l'étude précise des bâtiments pouvait nous indiquer la voie à suivre.

Pour tenter d'y voir plus clair, nous nous sommes revenus aux sources de la taxinomie et aux méthodes de classification dont les sciences naturelles se sont fait une spécialité[2325]. Dans son *Etude méthodologique sur la taxinomie*, François Dagognet écrivait à propos de la zoologie : « il importe d'éliminer de l'animal l'ornemental, afin de n'en conserver que la trame »[2326]. Si cette recommandation pouvait s'appliquer à l'architecture, elle nous aurait conduit à réaliser une analyse constructive des bâtiments ou une étude de leurs seuls usages et modes de fonctionnement. Pertinente par certains aspects (s'agissant notamment de l'adaptation des modes constructifs aux différentes composantes des

[2325] Ce rapprochement méthodologique entre les sciences naturelles – obsédées par la classification – et l'architecture, n'est pas nouveau et Françoise Choay rappelait à ce sujet que l'inventaire des biens nationaux fut, à la Révolution, confié à un biologiste, Félix Vicq d'Azyr (1748-1794), fondateur de l'anatomie comparée, qui transposa, « dans le domaine des monuments historiques, la terminologie, ainsi que les méthodes descriptive et taxinomique qui l'avaient rendu célèbre dans sa discipline ». Successeur de Buffon à l'Académie française en 1788 et auteur, notamment, du *Discours sur l'anatomie considérée sous ses rapports avec l'histoire naturelle, sur sa nomenclature, sur ses descriptions et sur la manières de perfectionner ce langage*, Vicq d'Azyr rédigea l'*Instruction sur la manière d'inventorier et de conserver dans toute l'étendue de la République, tous les objets qui peuvent servir aux arts, aux sciences et à l'enseignement, proposée par la commission temporaire des arts et adoptée par le Comité d'instruction publique de la Convention nationale*, Paris, Imprimerie nationale, An second de la République [1793]. Choay 1999, p. 60-61

[2326] Dagognet 1970, p. 65.

établissements, voir p. 352), cette approche nous éloignait de notre propos. Pour que la classification adoptée soit juste, ajoutait Dagognet, il importe d'« accéder aux découpages réels », de telle manière : «[1°] qu'aucun parent véritable ou proche ne soit éloigné de ses semblables, [2°] ni mêlé à un étranger, [3°] sans pratiquer ni chevauchement (on n'appartient qu'à une seule famille), [4°] ni exclusion (tout individu doit pouvoir trouver sa place) »[2327]. Le sanatorium, plus clairement que d'autres programmes, présente un développement historique et morphologique bien défini, explicité dans le premier chapitre. Le sanatorium, en tant que "type architectural", semblait donc se prêter à la restitution d'une "histoire naturelle du type sanatorial" qui embrasserait toutes les phases de son développement depuis sa constitution jusqu'à sa disparition, toutes deux bien datées. S'agissant d'analyse historique et comparative, l'architecture est toutefois difficilement assimilable à une discipline scientifique. L'impossibilité de dresser une classification naturelle de ces bâtiments nous est rapidement apparue du fait que, contrairement aux taxons naturels, nos "taxons architecturaux" n'appartiennent jamais « à une seule famille » (le « chevauchement » des types existe en architecture) mais à des séries de familles (techniques, sociales, administratives, artistiques) dont ils revendiquent, plus ou moins explicitement, la filiation. De même, ils convoquent fréquemment des références « étrangères » qui obligent à croiser les regards avec d'autres corpus. A cela s'ajoute une autre difficulté propre à toutes les entreprises de classification : les similitudes (de formes et d'usages) qui existent entre les différents « types » appartenant à la grande famille des établissements antituberculeux (sanatoriums, hôpitaux-sanatoriums, préventoriums, écoles de plein aire, dispensaires, maisons de cure, centre de phtisiologie, pavillons de tuberculeux, etc.) nous obligent à convoquer d'autres références, d'autres filiations qui rendent illusoire l'établissement d'une typologie sanatoriale unifiée, autant qu'elles obligent à relativiser la soi-disant spécificité du sanatorium. S'il existe une certaine unicité au sein des établissements antituberculeux pratiquant la cure d'air, il est plus difficile d'établir une frontière typologique nette entre les différents établissements constitutifs de cette famille ; nous avons déjà mentionné, à titre d'exemple, les ambiguïtés existant entre les sanatoriums, les hôpitaux-sanatoriums et les préventoriums (voir p. 223). De la même façon que « la frontière entre végétaux et animaux [...] empoisonne la systématique »[2328] du vivant, celle qui sépare, d'un point de vue administratif et morphologique, ces différents "types" d'établissements, complique la définition d'une systématique propre à l'un d'eux seulement.

Nous nous sommes donc appuyés sur les « relations affines » – évoquées par Lamarck (1744-1829) dans son *Encyclopédie méthodique* (1783-1793) – formées par les « traits analogues » entre deux objets qu'il s'agit de comparer dans leur totalité. L'affinité, ajoutait Lamarck, « indique une sorte de parenté » que nous chercherons à identifier au moyen d'éléments historiques, programmatiques ou circonstanciels. Contrairement à d'autres programmes architecturaux ancrés dans une tradition dont les formes ont évolué lentement, le sanatorium résiste mal à l'analyse par fragmentation ou décomposition de ses parties constitutives. Deux méthodes s'offraient à nous : l'une, globalisante, consistait à ne pas s'attacher à des détails qui, pris isolément, semblaient peu significatifs. En multipliant les exemples et les détails de plans ou d'aménagement, nous souhaitions donner une portée plus générale à des éléments apparemment insignifiants. Il s'agissait, d'une certaine façon, de transposer la méthode structuraliste à l'architecture : travailler par accumulation et tenter de dégager la "structure" globale de notre corpus. L'autre méthode, à l'opposé, consistait à "épuiser" la matière dont nous disposions sur quelques projets particulièrement bien documentés (dispositions de plans, éléments techniques, usages) dans une étude qui se serait voulue exhaustive quant aux éléments considérés. La première aurait exigé une enquête systématique, la seconde nous aurait obligés à ne prendre en compte que les aspects les plus significatifs, au détriment d'une perception globale. La méthode adoptée s'est révélée plus pragmatique. Nous nous sommes ainsi attachés à définir l'horizon le plus étendu qui soit de cette production sanatoriale, considérée dans ses dimensions plus particulièrement architecturales. Les aspects connexes (géographie, médecine, science, politique, histoire sociale, etc.) ont été largement évoqués dans les précédents chapitres car le

[2327] *Idem*, p. 70.
[2328] *Idem*, p. 72.

contexte dans lequel s'est développé le programme sanatorial est particulièrement riche de sens dans les établissements réalisés : étudiés hors de leur contexte, ces bâtiments ne présentent que des formes vides de sens et dont les qualités propres peinent à être perçues. A définir les ressemblances formelles, les filiations intellectuelles revendiquées par leurs auteurs ou suggérées par le contexte, nous nous sommes efforcés de ne pas nous appuyer sur une « classification artificielle » focalisée sur un seul critère : le plan de masse, ou la disposition des galeries de cure par exemple. Il n'était pas possible d'établir une « classification naturelle » qui aurait permis d'attribuer à chaque objet sa place propre dans un organigramme général de la production sanatoriale : les « relations affines » entre les projets procèdent rarement d'une filiation directe et linéaire, les ascendances sont souvent multiples et les croisements fréquents. Pour établir nos séries typologiques – comme celle de la « chambre de Bligny » – nous avons donc procédé par approches chronologiques et comparatives successives, dans l'idée de restituer une histoire de la production sanatoriale dans des cadres temporel et géographique définis. Cette histoire se rattache naturellement à d'autres histoires plus vastes : celle du mouvement sanatorial dans son ensemble, celle de l'architecture hospitalière et sociale et, plus largement, celle de l'architecture moderne. S'agissant de botanique, Linné recommandait de « se méfier des organes contingents et variables, [pour] ne retenir que l'essentiel »[2329]. Conseil précieux qui, en matière de sanatorium, nous a conduit à nous intéresser autant aux chambres de malades qu'aux galeries de cure et, au sein de ces parties, à certaines sous-parties qui nous ont paru définir plus particulièrement les sanatoriums : disposition des lits, menuiseries, protections solaires, etc. Notre méthode consiste donc à prendre en compte simultanément les différentes échelles du projet afin d'en montrer la complémentarité dans la réalisation de cette tâche essentielle confiée aux sanatoriums : garantir le « rendement thérapeutique » de la cure au moyen de l'asepsie des locaux, de l'individualisation des espaces, du contrôle des malades. En considérant le plan d'ensemble, l'articulation des espaces, l'aménagement des chambres, des galeries de cure et des services, le choix des matériaux et leur mise en œuvre, on ne peut qu'être saisi de la cohérence projectuelle de l'ensemble : chaque élément, quelle que soit son échelle ou sa nature, participe de la même mécanique hygiénique dont chaque rouage est soigneusement examiné avant d'être intégré à l'ensemble. Si cette mécanique du projet est plus facilement perceptible dans les constructions neuves, elle n'est pas absente des établissements aménagés dans des bâtiments préexistants dont les transformations sont conçues comme autant de "prothèses" censées le rapprocher d'un idéal qui, manifestement, ne pourra pas être atteint. La confrontation systématique des plans s'est avérée particulièrement utile dans la mesure où chaque variation identifiée induit un questionnement sur ses avantages et contraintes potentiels, sur les raisons de son adoption, sur la filiation avec les projets antérieurs ou postérieurs.

La constitution graphique du corpus de recherche : méthodes et objectifs.

« Un hôpital (ou sanatorium), relevait Philippe Dally, peut être considéré sous trois aspects très intriqués et dominés l'un par l'autre : le *plan*, la *silhouette* et l'*aménagement intérieur* »[2330]. Dally résumait ici ce qui focalisait l'attention des architectes dans la conception sanatoriale : le plan, la coupe et les aménagements intérieurs. Le plan, surtout, était depuis les années 1890 le principal objet de recherche car de ses dispositions dépendait toute l'organisation de l'établissement : les rapports entre les différents services et les espaces dévolus aux malades. La « silhouette » des bâtiments, c'est à dire leur coupe, traduit l'importance de considérer les sanatoriums dans leur épaisseur : le rôle thérapeutique et antiseptique actif attribué à la façade sud fait de l'enveloppe du bâtiment une interface entre l'atmosphère extérieure et les espaces de vie des malades (galeries de cure, chambres, services sanitaires et espaces collectifs).

Notre corpus est constitué des projets et réalisations dont nous disposons des plans. La plupart de ces plans proviennent des archives (notamment départementales) et sont donc inédits. Dans leur format original, les plans collectés présentent une grande variété d'échelles (du 1/1000^{e} au 1/50^{e}) et de codes graphiques qui rendent leur consultation parfois difficile et leur comparaison illusoire. Un travail minutieux

[2329] Cité par Dagognet 1970, p. 77.
[2330] Dally 1931, p. 25.

de préparation de ces documents a donc été réalisé : nettoyage des annotations et des éléments parasites, mise en exergue des « parties » significatives, choix d'une échelle unique, distinction entre le plan de masse et les plans de niveaux, repérage des services et des espaces attribués aux malades, mise en exergue du rapport entre les chambres et les galeries de cure. Notre objectif était de disposer de documents graphiques à la fois précis et synthétiques permettant une analyse comparée des projets en présence. Le choix d'une échelle relativement petite (1/1000^{e}) procédait d'une exigence à la fois pratique et de lisibilité : outre que certains plans, de très petites dimensions, n'auraient pas permis une restitution plus détaillée, cette échelle donne la possibilité de disposer ces plans sous la forme de fiches standard de format A4, tout en garantissant une bonne définition des aménagements (lits de malades et chaises de cure notamment). Les plans de masse à l'échelle 1/5000^{e} permettent quant à eux d'appréhender les distances, parfois importantes, qui séparent les bâtiments au sein d'un même établissement ou les différents sanatoriums d'une même station climatique. La "mise en ordre" de ce corpus nous a permis de poser les questions propres à la nature même de notre objet d'étude : Que voulions-nous montrer ? Que faire des bâtiments ayant changé plusieurs fois d'affectation ? Comment tenir compte des transformations opérées à différentes époques dans les établissements ? Dans chaque projet, quel est l'étage le plus significatif? Le choix du ou des niveaux représentés varie d'un projet à l'autre : dans les cas les plus simples, constitués d'un rez-de-chaussée et d'une succession d'étages identiques ou proches, la représentation d'un niveau "courant" suffit pour comprendre l'organisation du bâtiment, notamment le rapport entre les chambres de malades et les espaces de cure. Il est toutefois fréquent que galeries de cure ne se trouvent pas au même niveau que les chambres ; certains niveaux de chambres présentent également d'importantes différences au sein d'un même bâtiment (dortoirs et chambres d'isolements par exemple) qu'il nous a semblé important de représenter. Nous avons joint à chaque plan, dans la mesure du possible, l'élévation de la façade sud du bâtiment de cure et, lorsque cela nous a paru nécessaire, une coupe significative, pour les dispositions à gradins notamment. Lorsque le bâtiment fait partie d'un ensemble plus vaste (groupement composé de plusieurs sanatoriums, pavillon de tuberculeux intégré à un hôpital) ou si l'aménagement des espaces extérieurs a pu être documenté, un plan de masse (au 1/5000^{e} sauf mention contraire) a également été dessiné. Limité initialement à quelques dizaines de bâtiments, notre corpus s'est accru au rythme des découvertes faites dans les archives pour atteindre près de 150 projets, conçus entre la fin des années 1890 et les années 1950. Nous avons maintenu dans notre corpus les projets antérieurs à 1915 et ceux postérieurs à 1945 car, s'ils dépassent notre champ chronologique strict, ils permettent de restituer les bâtiments construits au cours de l'entre-deux-guerres dans un contexte plus large. Quant aux projets conçus autour de 1900, ils sont indispensables pour comprendre les orientations prises par l'architecture sanatoriale française dans les années vingt et trente. Pour plus de lisibilité, les galeries de cure ont été teintées en bleu sur les plans de niveaux, les chambres et dortoirs en jaune et les services médicaux, lorsqu'ils apparaissent, en rouge. Ce dispositif éclaire notamment le rapport entre les galeries de cure et les chambres de malades. Il n'a pas toujours été possible de restituer l'état initial de l'aménagement des établissements (dimensionnement des chambres et positionnement des lits) et quelques plans présentent un état transformé, dans ce cas indiqué.

Le premier avantage de cette opération de « redessin » est de donner au dessinateur une connaissance intime des dispositions adoptées dans ces projets. L'efficacité de cette tâche monotone effectuée à l'ordinateur dépend en effet de la méthode adoptée : il ne s'agit pas tant de recopier un plan original que d'en décrypter l'organisation et la logique interne (l'existence de rapports de symétrie ou de modularité facilitent cette opération). Le parallèle avec la méthode entomologique prend ici tout son sens : notre "collection" de plans s'apparente beaucoup à ces collections d'insectes dont les individus, pris isolément, semblent explorer tous les champs du possible, mais qui, une fois regroupés par séries selon leurs « relations affines », font apparaître des éléments de cohésion interne, des récurrences et des variations. Ce catalogue de plans a confirmé les grandes disparités que nous pressentions au sein de la production sanatoriale : développement des bâtiments, plan de masse, régularité et composition des plans, tailles des chambres, positionnement des galeries, etc. Il montre également les constantes de cette production : galeries de cure, simple épaisseur des corps de bâtiment, répartition des sexes dans des ailes

opposées, orientation solaire, cantonnement des services à l'arrière, etc. L'étude plus détaillée des plans a permis de révéler certaines spécificités ou filiations, analysées thématiquement ci-après.

4.1.2. L'usage des plans-types et le modèle de Bligny.

A la fin des années vingt, les conditions administratives et sociales sont propices à la mise en chantier d'un grand nombre de projets de sanatoriums en gestation, pour certains, depuis la fin de la guerre. Cette production "de masse" engagée en France au tournant des années trente est portée légalement par la loi de 1919 et techniquement par le décret de 1920 et par la *Note sur les sanatoria* publiée en mai 1929 par le ministère du travail et de l'hygiène. A cette note, plus précise, nous l'avons dit, que les prescriptions de 1920, est annexé un plan qui constitue l'unique plan type de sanatorium mis officiellement à disposition des architectes et des médecins dans l'entre-deux-guerres. Ce « plan type d'une aile de sanatorium de 150 lits » (ill. 114) comprend un sous-sol (éclairé par des cours anglaises) et trois niveaux de chambres de 26 lits chacun (huit chambres de trois lits et deux chambres d'isolement), soit 78 lits en tout. Les huit chambres de trois lits sont groupées par deux autour d'un « couloir-lavabo » comportant, sous l'allège, un robinet de puisage (eau froide) et, au-dessous, un « siphon-panier ». Toutes les chambres donnent au sud et sont desservies par un couloir, au milieu duquel est greffé, côté nord, un bloc de W.C. Cette aile est terminée par un pavillon avec un escalier dans l'axe du couloir, deux chambres d'isolés au sud, des bains et une chambre d'infirmière au nord. Cette aile type est connectée à un bâtiment, non représenté dans le plan, censé accueillir les services généraux nécessaires au fonctionnement de l'établissement (entrée, administration, cuisines, réfectoire, services techniques, etc.). Les 150 lits annoncés dans l'intitulé laissent présumer qu'une seconde aile, de même capacité, vient compléter le projet de l'autre côté du bâtiment de services. La galerie de cure n'est pas intégrée au bâtiment mais prend la forme, en marge du plan, de travées courantes de galeries d'un seul niveau. Malgré la petite échelle du plan, il est possible de discerner certains éléments constructifs indiqués dans les *Instructions concernant l'emploi des prestations en nature par les établissements d'assistance et les sanatoria,* notamment la charpente métallique de l'aile d'hospitalisation et les profilés en I formant l'ossature légère de la galerie de cure. Le plan illustre les principales recommandations de la note qui le précède, notamment celles relatives aux chambres : « Dans les sanatoriums où les pensionnaires n'auront pas chacun leur chambre, les dortoirs devront contenir de trois à dix lits, au maximum ; mais *trois lits* est, à tous égards, le nombre qui convient le mieux. [...] Les lits seront adossés à la cloison du fond, face aux fenêtres qui ouvrent sur la façade sud. [...] La meilleure disposition des lavabos est celle qui consiste à les placer entre deux groupes de chambres à trois lits dans un large couloir, bien aéré et éclairé au sud, par lequel on pénètre pour accéder, à droite et à gauche dans chacune des deux chambres contiguës »[2331]. Ces recommandations s'inspirent manifestement des chambres de malades réalisées dans les sanatoriums de Bligny dont le médecin-directeur, Guinard, était d'ailleurs membre de la commission des plans-types créée à cet effet par le ministère du travail et de l'hygiène. Ce choix résultait d'une simple constatation, exposée par Guinard lui-même dans *La pratique des sanatoriums*:

> *Dans les sanatoriums populaires, en raison des dépenses et des difficultés de service, on ne peut guère songer à imposer toujours une chambre par malade. D'autre part, le dortoir, même réduit à un maximum de dix lits fixé par le décret* [du 10 août 1920]*, est fort désagréable, car plus ils sont nombreux, plus il est malaisé de grouper logiquement les tuberculeux par catégorie, de séparer les cas par gravité d'état et d'éviter que les malades ne se gênent et ne troublent réciproquement leur repos.*[2332]

Les chambres de trois lits groupées par deux autour d'un vestibule constituaient une solution intermédiaire entre la chambre individuelle et le dortoir de dix lits. Son emploi ne pouvait toutefois faire l'objet que d'une simple recommandation, les seules obligations légales relatives à l'aménagement des sanatoriums étaient celles contenues dans le décret de 1920, beaucoup moins précises, nous l'avons dit, que les instructions ministérielles de 1929. A quelques détails près, le plan type de 1929 est conforme en tous

[2331] Poulain 1932, p. 36.
[2332] Guinard 1925, p. 49

points à l'aile ouest du sanatorium du Petit-Fontainebleau, construit à Bligny entre 1909 et 1912 par l'architecte Lucien Magne (plan 91-01C). Excepté le cloisonnement du pavillon d'extrémité, les deux plans sont parfaitement superposables et la perspective d'une chambre type dessinée en marge de la planche semble calquée sur la photographie d'une chambre du Petit-Fontainebleau publiée en 1925 dans *La pratique des sanatoriums* (ill. 410-411). Annexé par la commission des plans-types d'hôpitaux et sanatoria au rapport de 1929, ce document constitue, à notre connaissance, le seul plan type jamais publié par les autorités sanitaires françaises en matière de sanatorium. En 1920, nous l'avons déjà mentionné, le C.N.D.T. avait envisagé de mettre à disposition des comités départementaux des plans types, sur la base de ceux conçus en 1917 par Küss et Fournez pour l'Union métallurgique et minière (voir p. 210 et plans 00-08). Ces plans s'inspiraient déjà, en grande partie, des sanatoriums d'Angicourt et de Bligny (dont Küss et Guinard, membre du comité médical, étaient les médecins-directeurs respectifs). Parmi les plans types conçus en 1917, ceux dits de « type réduit » présentaient des dispositions très proches de celles du Petit-Fontainebleau telles qu'elles seront adoptées en 1929 dans la *Note sur les sanatoria*.

> *Les plans que nous préconisons*, justifiaient Küss et Fournez, *ne résultent pas de vues théoriques, leur valeur pratique est dûment établie par ce fait qu'ils procèdent directement des plans de sanatoriums populaires fonctionnant depuis de nombreuses années et ayant fait leurs preuves. Nous avons pris comme point de départ de nos projets les plans du sanatorium d'Angicourt, dont les idées fondamentales ont inspiré manifestement l'architecte des excellents sanatoriums de Bligny.*[2333]

Le C.N.D.T. renonça – pour des raisons que nous ignorons – à utiliser ces plans mais n'abandonna pas l'idée de disposer de plans types à destination des œuvres antituberculeuses. Le plan de 1929, même réduit à une aile, s'inscrit dans cette volonté normative pour laquelle le sanatorium de Bligny constituait une valeur sûre. D'un point de vue médical, cet établissement s'était imposé comme un modèle du genre et faisait office de « sanatorium école » à l'attention des médecins dès la fin de la guerre : selon Guinard, en 1925, près se 300 médecins avaient été formés à Bligny depuis son ouverture avant de prendre la direction d'un sanatorium, d'une œuvre antituberculeuse ou d'un service d'hygiène[2334]. A la même époque, les médecins Bernard, Sergent et Rist donnaient les sanatoriums Bligny comme « sanatorium-type » aux étudiants et aux médecins inscrits aux cours annuels de perfectionnement de tuberculose et d'hygiène de Paris, contribuant à en augmenter le prestige et à les ancrer en tant que modèle dans la culture médicale de toute une génération de médecins. Membre, avec Guinard, de la commission des plans-types d'hôpitaux et sanatoria du ministère de l'hygiène, le même Bernard officialisera en 1929 le modèle de Bligny dans la *Note sur les sanatoria*.

Considéré comme un « sanatorium-type » par les médecins, les premiers sanatoriums de Bligny s'étaient également imposés comme un modèle pour les architectes dès le début du siècle suite, notamment, à la présentation des plans du sanatorium Despeaux-Rubod aux congrès de la tuberculose de Paris en 1905 et de Washington en 1909. Cet établissement a déjà été décrit le dans le premier chapitre (voir p. 109) ; évoquons à présent plus en détails le second sanatorium de Bligny, ou sanatorium du Petit-Fontainebleau. Sa construction avait été décidée fin d'ouvrir Bligny aux tuberculeuses. Le premier pavillon de cure était en effet réservé aux hommes et Guinard était catégoriquement opposé à la mixité entre les sexes qui aurait conduit, selon lui, au « bouleversement d'un ensemble parfait »[2335]. La décision de construire un second

---

[2333] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 23.

[2334] Guinard 1925, p. 365. Il citait notamment les médecins C. Berthelon (à Bligny de 1904 à 1906) devenu médecin-directeur du sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse) ; R. Dieuzeide (1905-1912), médecin-directeur du sanatorium Bellecombe à Hauteville (Ain) puis attaché à l'institut d'hygiène et de bactériologie de la Côte-d'Or ; L. Smolizanski (1910-1914), médecin-directeur du sanatorium de la Tuyolle à Taverny (Seine-et-Oise) ; Davrinche (1911-1914), médecin-directeur du sanatorium d'Yerres puis de Franconville (Val-d'Oise) ; Foare (1912-1914), médecin-directeur du sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes) ; Crépin (1913-1914), médecin-directeur du sanatorium Bellecombe (Ain) ; Guillermain (1920-1921), médecin-directeur du sanatorium des cheminots à Ris-Orangis (Essonne) ; Féret (1920-1921), médecin-directeur du sanatorium de Seyssuel, Courtois (1912-1914), médecin au sanatorium de Montigny-en-Ostrevent (Nord) ; Renaud, médecin-directeur du sanatorium de Groslay ; Eber, médecin-directeur du sanatorium d'Aubure. Pendant la guerre, Bligny fut classé comme « sanatorium école » et reçut 18 médecins stagiaires militaires qui intégrèrent ensuite des services antituberculeux (tels les médecins Cara, médecin-directeur du sanatorium du Glandier (Corrèze) et Péppy, médecin-directeur du préventorium de Plessis-Robinson). Entre 1921 et 1924, Guinard reçut également plusieurs médecins étrangers venus notamment d'Italie, de Grèce, Guinard 1925, p. 363-364.

[2335] *Idem*, p. 17.

établissement, réservé aux femmes, fut donc prise en 1906 et l'association chargea une nouvelle fois Lucien Magne de mener à bien ce projet. Contrairement au premier établissement dont il n'eut connaissance qu'à son ouverture en 1903, Guinard put suivre de près la conception et l'exécution de ce second sanatorium ouvert en avril 1909 avec 106 lits. Magne y conserva d'ailleurs les principes adoptés pour le sanatorium Despeaux-Rubod quelques années auparavant et dont le Petit-Fontainebleau constitue une sorte de réduction (ill. 406-407). Le bâtiment est ainsi caractérisé par une nette séparation des chambres et des cures réparties des ailes distinctes, dont le nombre est toutefois limité à deux au lieu de trois : au Petit-Fontainebleau, l'aile des cures, située à l'Est, est le pendant de celle des chambres, située à l'Ouest. Comme au sanatorium des hommes, ces ailes se rejoignent à angle obtus de façon à protéger les malades contre le vent et « abriter le centre », c'est à dire l'espace situé en avant de la façade Sud et ainsi protégé par les bâtiments. Pour compenser la perte d'une aile de cure, le Petit-Fontainebleau compte un étage de plus que le sanatorium des hommes : Guinard voyait dans « le groupement de toutes les chambres dans un même bâtiment [...] l'avantage de réunir tous les services qui, ainsi, peuvent être assurés avec le minimum de déplacement et de perte de temps »[2336]. Si nous ne connaissons pas exactement la nature de la collaboration entre Guinard et Magne pour l'élaboration de ce projet, la contribution la plus significative du médecin se trouve vraisemblablement dans cette volonté de condenser le bâtiment pour en faciliter le fonctionnement et permettre des économies de temps, de personnel et d'argent. Guinard considérait en effet chaque détail de mise en œuvre en fonction de ses répercussions dans le fonctionnement des services ; cette disposition plus compacte permettait d'augmenter le rendement médical de l'établissement tout en garantissant l'« individualisation » des espaces et la meilleure hygiène. Guinard ne pouvait revendiquer aucune paternité sur le premier sanatorium de Bligny, achevé à son arrivée en 1903) ; s'il ne revendiquait pas plus celle du Petit-Fontainebleau, au moins avait-il été impliqué dans sa conception et pouvait-il en justifiait chacune des composantes. Plus récent que le sanatorium Despeaux-Rubod, le Petit-Fontainebleau pouvait ouvertement faire office de modèle. Au début des années vingt, avant même la publication de *La pratique des sanatoriums*, les deux premiers sanatoriums de Bligny avaient ainsi acquit le statut de modèle pour les médecins comme pour les architectes. La mention la plus explicite en revient au fils de Lucien Magne, Henri-Marcel Magne, qui, peut-être pour palier le peu de publicité qu'en avait fait son père, fit aux établissements de Bligny une place de choix dans le chapitre consacré aux « Solutions raisonnées de programmes modernes » du volume qu'il publia en 1922 sur l'architecture dans la collection *L'art français depuis vingt ans* :

> *Le sanatorium de Bligny [...]*, écrivait-il, *présente les dispositions-types, depuis lors adoptées, de chambres séparées ne comprenant que trois malades, disposées sur les deux ailes d'une ligne brisée dont le centre est occupé par les galeries de cure, le tout orienté vers le midi, toutes les circulations de service étant établies sur les façades orientées vers le nord. Les proportions de la construction, l'étude des détails montrent qu'à un programme aussi strictement scientifique peuvent s'adapter les nécessités esthétiques, car l'aspect des galeries pour le repos des malades, formant comme des travées de cloîtres très ouverts à deux étages, est une conception artistique qui vaut les réalisations les plus heureuses des programmes anciens. Depuis, d'autres hôpitaux analogues ont été créés qui ont dû adopter des dispositions du même genre et des procédés de construction simples donnant les mêmes résultats économiques et esthétiques.* [2337]

La validité de ces dispositions semble provenir de la conjonction entre « économie » et « esthétique » dans le projet. Le rayonnement des sanatoriums de Bligny fut accentué au début des années vingt par la réputation croissante de Guinard, en France et à l'étranger, et sa place dans les instances techniques et politiques en charge de l'armement antituberculeux français (voir p. 382). Destinations de nombreux voyages d'étude médicales dès la fin de la guerre, les sanatoriums de Bligny reçurent, en 1924, la visite des médecins délégués de la Section d'hygiène de la Société des nations[2338]. En 1932 encore, Martin Rideau considérait le sanatorium Despeaux-Rubod, pourtant construit trente ans plus tôt, comme

[2336] Guinard 1925, p. 40.
[2337] Magne 1922, p. 44-45.
[2338] *Ibidem*, Cette visite fut conduite par J. Evrot, délégué technique du C.N.D.T.

« un sanatorium véritablement moderne, dont le type constitue pour beaucoup, aujourd'hui même, le modèle du sanatorium populaire »[2339].

En présentant le plan d'une aile d'hospitalisation, c'est à dire un fragment de plan, la *Note* de 1929 se gardait bien de proposer un plan-type « prêt à l'emploi ». Cette mise en avant discrète d'éléments types est conforme au discours des médecins – du moins en France – sur les sanatoriums depuis le début du siècle. L'usage du plan-type en matière de sanatorium mérite d'être développé. Nous avons déjà évoqué les raisons pour lesquelles les médecins s'étaient opposés, depuis la fin du XIX[e] siècle, à l'élaboration de plans-types dans ce domaine ; selon Gaussel, médecin-directeur du sanatorium de Bon Accueil, à Montpellier, « on ne saurait [...] tracer un plan type convenant à tous les sanatoriums, cela dépend de la disposition du terrain »[2340]. A ce critère topographique, il faut ajouter les conditions climatiques, la catégorie de malades à laquelle est destiné l'établissement, les moyens financiers mis en œuvre, l'accessibilité du site, etc. A partir de 1928, l'exemple italien ne put que conforter les médecins français dans l'idée selon laquelle la mise à disposition de plans préétablis ne pouvait qu'être contre-productive : en Italie, en effet, dès l'adoption de la loi sur l'assurance obligatoire contre la tuberculose en 1928, les autorités décidèrent d'établir des plans types censés faciliter la réalisation de l'ambitieux programme national. Présidée le professeur de médecine Eugenio Morelli, la Caisse nationale des assurances sociales mit en place un atelier (*laboratorio di progettazione*) réunissant hygiénistes, ingénieurs et architectes sous la direction de l'architecte Ugo Giovannozzi[2341]. Ce *laboratorio* conçut deux plans types d'établissements devant s'adapter à la quasi-totalité des situations : le modèle « Nord » disposait d'une façade principale et d'un accès par le Nord; le modèle « Sud », au contraire, disposait d'une entrée principale côté sud (ill. 99), les galeries de cure des deux types d'établissements étaient orientées au Sud. Selon l'historien Davide Del Curto, « un programme de construction aussi ambitieux et devant être exécuté dans de brefs délais, imposait de standardiser les méthodes constructives, la mise en œuvre des matériaux, la conception et la production des éléments de détails, des menuiseries et du mobilier »[2342]. Ce dispositif effectivement permit de réaliser, en moins de dix ans, une soixantaine d'établissements, mais il fut l'objet d'une vaste polémique en Italie – soulevée notamment par les architectes – dont on retrouve les échos, en France, jusque dans *L'Architecture d'aujourd'hui* où étaient ainsi rapportés les propos d'un architecte italien, Bardi, en 1932 :

> *Voici les dangers de la concentration ou plutôt d'une concentration de projets mal comprise et mal réalisée, provoquant dans la jeune architecture italienne des regrets justifiés. Il faut souligner que l'architecte Giovannozzi étudie tous ses projets pour les différents sanatoria italiens [...] en demeurant continuellement à son bureau de Rome. Il en résulte que tous les sanatoria ont une apparence identique et son réalisés suivant les mêmes plans : une grande façade néoclassique avec ses quatre ou six colonnes habituelles, en soutien d'un tympan central. Il y a de quoi révolter un hygiéniste moderne. [...] Les projets établis [...] s'appliquent indifféremment à toutes les régions de l'Italie, que l'on soit en montagne ou en plaine, et sans prendre en considération la nature des matériaux que l'on peut trouver sur place, de l'orientation de l'immeuble, de la pente du terrain, etc.*[2343]

Plus que la méthode elle-même, c'est le choix d'un architecte jugé trop classique pour un programme novateur qui était au cœur de la polémique, suscitant le ressentiment d'une jeune génération d'architectes réduite à l'inaction et dans l'impossibilité de s'approprier l'un des programmes phares de la politique sanitaire et sociale du régime fasciste.

En Angleterre, le *Local Government Board* étudia et publia des plans « en vue de la construction de bâtiments à bon marché »[2344], essentiellement, comme en Italie, pour des raisons d'économie. En France, au contraire, le ministère de l'hygiène suivit les recommandations du corps médical qui estimait que les prescriptions techniques et d'aménagement des établissements de tuberculeux étaient trop variables pour

[2339] Rideau 1932, p. 34.
[2340] Gaussel 1910, p. 272.
[2341] Del Curto 2005, p. 330.
[2342] "Un progetto edilizio tanto vasto e di così rapida applicazione imponeva di standardizzare le tecniche costruttive, l'uso dei materiali e la realizzazione des particolari, serramenti, arredi e attrezzature." Del Curto 2005, p. 338.
[2343] S.a., « Sanatoriums italiens », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 41-43.
[2344] Rideau 1932, p. 10.

qu'il fût possible de les réduire à une série de plans utilisables sur l'ensemble du territoire. Dans une allusion à peine dissimulée aux plans types italiens, le médecin Rodriguez-Bellon écrivait ainsi en 1938 :

> *Le sanatorium doit être conçu à la demande du climat et [...], par conséquent, il n'existe pas de sanatorium-type valable pour toutes les régions ou tous les pays. La disposition générale des bâtiments doit être différente suivant qu'il s'agit d'un sanatorium de plaine dans une région tempérée ou d'un sanatorium de montagne aux hivers rigoureux.*[2345]

Le plan annexé à la *Note* de 1929 par le ministère de l'hygiène ne doit donc pas être considéré comme un modèle à transposer littéralement quel que soit le contexte – il ne représente d'ailleurs pas un établissement entier – mais comme une synthèse des recommandations de mise en œuvre des différents éléments constituant les chambres de malades et ses dépendances. Ne perdons également pas de vue qu'il devait faciliter l'utilisation des prestations en nature, constituées de produits manufacturés issus des industries métallurgiques allemandes, et censées couvrir 35% du montant des dépenses de construction. Si l'emploi des prestations fit long feu, l'usage du « plan type d'une aile de sanatorium » dépassera largement cette finalité première, notamment par l'intermédiaire de la "chambre de Bligny".

4.1.3. Le plan d'ensemble des établissements : compacité *versus* étalement.

Considérons à présent les recommandations générales relatives à la disposition des bâtiments et leur transcription dans les projets qui constituent notre corpus. Dès 1897, Dumarest relevait l'avantage qu'il y avait, selon lui, « à ne pas multiplier les étages, ce qui oblige toujours à réduire la hauteur des plafonds, et donc à réduire le volume d'air par lit »[2346]. La multiplication des hôpitaux pavillonnaires, particulièrement en France à la fin du XIX[e] siècle, plaidait en faveur d'équipements hospitaliers peu élevés, voire en simple rez-de-chaussée. Ainsi, en 1898, la Société de médecine publique et de médecine professionnelle condamnait « d'une façon absolue la superposition des salles et conseill[ait] d'adopter des pavillons ne contenant qu'un rez-de-chaussée surélevé et bâti sur cave »[2347]. Les sanatoriums antérieurs à la Première Guerre Mondiale ne dépassaient habituellement pas deux étages sur rez-de-chaussée ; à titre de comparaison, tous les projets primés au concours de 1902 pour le sanatorium Edouard VII ne comptaient qu'un seul étage sur rez-de-chaussée (voir p. 136). En 1921 encore, Espitallier estimait qu'il s'agissait lé de la disposition la plus recommandable :

> *La plupart du temps*, prévenait-il, *par économie, le bâtiment principal comporte une assez grand nombre d'étages, dont deux ou trois sont consacrés aux malades. C'est une pratique à condamner. En raison même des affections qui y sont traitées, il convient d'éviter l'entassement. Le mieux est de réduire le bâtiment à un rez-de-chaussée surélevé ou un étage tout au plus au-dessus du rez-de-chaussée.*[2348]

La *Note sur les sanatoria* de 1929 est d'ailleurs très claire sur ce sujet : « Les malades peuvent être logés dans des bâtiments à un ou plusieurs étages ; mais deux étages, en plus du rez-de-chaussée, constituent toutefois un maximum à ne pas dépasser »[2349]. La plupart des établissements populaires construits dans l'entre-deux-guerres s'y conformèrent ; seuls les sanatoriums d'altitude dérogèrent fréquemment à cette règle, pour des raisons techniques (réduire l'emprise au sol des bâtiments) et de coût (limiter les terrassements et les déperditions thermiques). Qu'ils n'aient qu'un ou plusieurs étages, les sanatoriums étaient systématiquement équipés d'ascenseurs car beaucoup de malades n'étaient pas en conditions de gravir des escaliers. Ces ascenseurs assuraient les communications verticales entre les chambres et les services et le transport des malades alités. En 1936, Berl recommandait que les « escaliers entre les étages [soient] commodes ou, mieux, remplacés par des rampes à inclinaison modérée »[2350]. Si nous n'avons jamais rencontré cette disposition dans un sanatorium construit, le projet d'extension du

[2345] Rodriguez-Bello 1938.
[2346] Dumarest 1897, p. 43.
[2347] Borne 1898, p. 41.
[2348] Espitallier 1921, p. 154.
[2349] Poulain 1932, p.
[2350] Berl 1936, p. 15.

sanatorium privé de Vion, à La Tour-du-Pin (Isère, 1936) intégrait une rampe de 10% reliant les étages entre eux jusqu'à la toiture terrasse du troisième étage. Jugé « très curieux »[2351] par le délégué technique du C.N.D.T., Evrot, ce projet ne fut pas réalisé.

Les contraintes liées à la construction en montagne expliquent en partie la physionomie particulière de ces établissements qui comptaient habituellement un plus grand nombre d'étages que les établissements de plaine. Au Plateau d'Assy, par exemple, les sanatoriums Sancellemoz (1933) et Martel de Janville[2352] (1937) présentent dix niveaux chacun, dont sept pour les chambres dans le premier, huit dans le second. Le projet d'hôtel-sanatorium conçut en 1933 par Abraham et Le Même pour la Pointe de Charousse (Haute-Savoie) en prévoyait onze. Les différents avant-projets pour le sanatorium de l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose (A.M.M.), à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1929), offrent une démonstration éclairante des mécanismes de densification projectuelle à l'œuvre dans les établissements d'altitude. En 1917, le « plan type d'un sanatorium permanent pour malades du même sexe »[2353] esquissé par Fournez sur la base d'un programme théorique, vraisemblablement pour un site de plaine, comptait trois niveaux sur rez-de-chaussée et se développait sur 263 mètres de long, dont 92 pour les seules galeries de cure dissociées des chambres et placées aux extrémités des ailes d'hospitalisation (plan 00-08A). Un avant projet détaillé fut conçu en 1920 sur la base de ce plan type. Le site escarpé du Plateau des Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet venait d'être retenu et l'architecte fut contraint limiter le développement des bâtiments : dans cette version, les galeries de cure sont intégrées à l'aile ouest du bâtiment (sur le modèle du sanatorium du Petit-Fontainebeau à Bligny) tandis que l'aile nord des services, perpendiculaire au corps principal dans le plan type de 1917, forme avec celui-ci un angle de 38° dans le nouveau projet de façon à s'insérer plus facilement dans la pente (plan 38-04A). En conservant les chambres aménagées selon le modèle de Bligny (avec quatre lits), ce projet offrait encore un important développé de façade, longue de 176 mètres. Conçu en 1921, le troisième projet est proche de celui réalisé et offre une condensation plus radicale du bâti : pour réduire au minimum les travaux de terrassement, Fournez abandonna la chambre de Bligny au profit de dortoirs de six à dix lits (respectant strictement les prescriptions de 1920) disposés, face aux fenêtres, sur deux rangés parallèles (plan 38-04B). Le bâtiment limite ainsi son développé de façade à 103 mètres de long, tandis que l'épaisseur des ailes d'hospitalisation atteint 15 mètres (contre 12 mètres dans le plan de 1917). Les dortoirs, à eux seuls, ont plus de six mètres de profondeur. L'inclinaison des ailes latérales – censée protéger le bâtiment contre les vents – est réduite jusqu'à devenir à peine perceptible, le site retenu étant naturellement protégé des vents par la Dent de Crolle qui le surplombe de presque 1.000 mètres. Présentes dans le plan de 1917, les galeries de cure d'été sont également supprimées dans le projet définitif, l'altitude limitant fortement le risque de surchauffe estivale. Mais le changement le plus important concerne la disposition des galeries de cure : pour réduire l'emprise du bâtiment et limiter les frais de terrassement et de fondations, Fournez renonça à les disposer latéralement et adopta le type « de Leysin » fait de galeries superposées à l'avant des chambres. Econome en espace, cette disposition privait toutefois les chambres d'un surcroît de lumière et de ventilation qui leur aurait été précieuses compte tenu de leur grande profondeur et de l'alignement des lits sur deux rangées parallèles. Rideau, en 1932, ne manqua pas de critiquer ce choix[2354].

Il est paradoxal de constater que les plans développés en 1917 et unanimement loués pour leurs qualités techniques (le C.N.D.T. avait envisagé, rappelons-le, de les diffuser comme plans types), ait abouti, lors de la réalisation du projet et du fait des contraintes techniques, à une disposition contraire aux prescriptions habituelles. Les transformations successives du plan réalisées par Fournez, en quelques années, dans le cadre du seul sanatorium de l'A.M.M. – avec un résultat mitigé –, fut testée par les architectes Abraham et Le Même à l'échelle des plusieurs projets au Plateau d'Assy (Haute-Savoie),

[2351] Lettre du 14 juin 1934 du Dr Evrot au Dr Boissel. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.34.Isère.
[2352] Voir à ce sujet : Philippe Grandvoinnet, « Sanatorium Martel de Janville (1932-37). Esquisse du sanatorium en hauteur », in *eaV*, revue de l'Ecole nationale supérieure d'architecture de Versailles, n°12, 2006, p. 20-31.
[2353] Voir : Union des industries métallurgiques et minières 1917.
[2354] « Au sanatorium de l'Association métallurgique et minière, expliquait-il, dans des chambres de cinq à dix lits, éclairées d'un seul côté, les lits ont reçu la disposition en deux rangées se faisant vis-à-vis. Cette disposition est heureusement jugée inacceptable par les instructions officielles » Rideau 1932, p. 91. La *Note* de 1929 proscrivait ainsi la disposition des lits en deux rangées parallèles.

chacun constituant une nouvelle étape vers la concentration du programme sanatorial en un bâtiment toujours plus dense. En 1938, alors que le dernier établissement de cette série venait d'être achevé (le sanatorium Martel de Janville, ouvert en 1937), Abraham dressait en ces termes le bilan de « dix ans de réalisations et de recherches » :

> *Le « parti » de composition générale des établissements [...] a évolué en quelques années,* annonçait-il, *de l'ordre le plus dispersé au groupement le plus homogène, du « village » au bâtiment unique.[...] Le principe du « village » était une idée a priori, d'importation américaine ; l'évolution vers le bâtiment unique s'est faite sous la contrainte des faits.[...] Ce sont les chambres, dont le régime intermittent, et quelque peu barbare, s'oppose à celui plus normal et sensiblement continu des autres parties du bâtiment. Il faut donc traiter résolument à part le bloc des chambres et réduire, dans la mesure du possible, ses surfaces mitoyennes avec le reste des bâtiments. On pourrait donc concevoir un établissement de ce genre avec : 1° La tour des chambres, c'est à dire un bâtiment à communications verticales prépondérantes, homogène de la base au faîte, avec tous les services à commandes centrales. 2° Un ensemble de locaux de vie commune des malades et de services généraux, répartis latéralement et en arrière sur un nombre d'étages très réduits, à circulations horizontales prépondérantes. 3° Les pavillons isolés pour le logement du personnel.*[2355]

Abraham mettait ainsi en avant les contraintes de chauffage (spécifiques aux sanatoriums) pour justifier la concentration des chambres dans un volume unique. Cette disposition trouva un aboutissement dans le sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937) qui se présentait sous la forme d'un bloc de chambres individuelles de dix niveaux avec, à l'arrière, une aile de services perpendiculaire (ill. 375-376).

A l'opposé de cette conception compacte, habituelle en zone de montagne du fait des contraintes foncières et techniques, les établissements de plaine ne connaissaient aucune limite à leur développement longitudinal autre que la capacité des terrains mis à disposition. L'étalement des projets sur de grandes longueurs répondait aux seules exigences d'insolation et de ventilation des bâtiments. Les projets les plus caractéristiques de cette conception que l'on pourrait qualifier de "proliférante" sont les plans types dressés par Fournez en 1917 (plans 00-08A/D), le projet de sanatorium conçu en 1932 par les architectes Michau & Faure (plan 00-14) et le sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936, plan 13-01A) Dans des établissements pouvant grouper plusieurs centaines de malades, l'étalement des bâtiments permettait d'offrir à chacun d'entre eux des conditions d'exposition optimales, parfois identiques à celles obtenues dans des pavillons de cure que quelques dizaines de lits. Si ce type d'organisation présentait en plan de nombreux avantages, il pouvait être la cause de surcoûts importants : au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1933), qui se développe sur presque 550 mètres de long, le nivellement des plates-formes et l'établissement des galeries nécessita l'extraction et le déplacement de pas moins 35.000 m^3 de rochers[2356]. En outre, lorsque la longueur des couloirs devenait trop importante, les avantages thérapeutiques offerts par l'étalement des chambres en façade sud étaient contrariés par les difficultés de service à l'arrière : au final, le rendement des établissements pouvait en pâtir. Ce point précis fut l'objet d'une critique acerbe du médecin chargé d'examiner le projet des architectes Albenque & Gonnot pour l'extension du sanatorium départemental de la Seine, à Saint-Martin-du-Tertre (Val-d'Oise, 1932):

> *Les couloirs auront une longueur de 108 mètres, ce qui est vraiment excessif, en raison des complications de service et de la difficulté de surveillance des malades qu'occasionnera un tel développement. Supposons en effet, à titre d'exemple, qu'un malade couché à l'extrémité du couloir appelle l'infirmière de garde. Celle-ci aura d'abord 108 mètres à parcourir pour connaître le motif de l'appel. Si le malade a besoin de soins : injection hypodermique, ventouses, etc., l'infirmière devra revenir à la chambre de garde pour se munir du nécessaire, et refaire pour cela ce même parcours de 108 mètres. Lorsque, enfin, elle sera définitivement de retour à la chambre de garde, elle aura totalisé dans ses déplacements une distance de 432 mètres, passant ainsi, en pure perte, dans d'interminables couloirs, un temps qui aurait pu être précieux pour d'autres malades ayant besoin de ses services.*[2357]

[2355] Abraham 1938, p. 66.
[2356] G. Castel, note descriptive relative au sanatorium départemental sis aux Milles. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.
[2357] Rapport du Dr Davrinche chargé d'examiner le projet d'extension du sanatorium de Franconville, présenté par MM. Albenque et Gonnot, 13 février 1930. Archives du C.H. de Carnelle, Saint-Martin-du-Tertre (Val-d'Oise).

Plus rarement, l'étalement des projets résultait de l'impossibilité de construire plus d'un ou deux étages sur rez-de-chaussée. Dans le projet du sanatorium départemental de Boudré (Maine-et-Loire, 1931), « la configuration du terrain » obligea les concepteurs du programme à limiter à « un seul étage »sur rez-de-chaussée la hauteur des bâtiments d'hospitalisation. Un conseiller général justifiait ce choix par le fait que le site retenu n'était protégé des vents par aucune colline ; or, ajoutait-il « le sanatorium ne doit pas être plus élevé que la hauteur prévue du projet, sans quoi les malades du deuxième étage seraient exposés au vent et ne pourraient faire de cure d'air utile. C'est ce qui explique l'étendue en longueur du bâtiment »[2358]. Le projet retenu, conçu par les architectes Crevel et Decaux, se développait ainsi sur 342 mètres de long et débordait même des limites du terrain imparti aux concurrents. Pour réduire le développement en longueur du bâtiment, les lauréats avaient certes conçu une variante plus resserrée, composée de chambres de quatre lits au lieu de trois.

Dans le cas des hôpitaux-sanatoriums, les commissions administratives hospitalières et les architectes devaient composer avec des terrains limités et un prix du foncier élevé. A Clermont-Ferrand, l'architecte de l'hôpital-sanatorium Sabourin, Albéric Aubert* (1895-1971) avait fait en sorte de réduire « la surface bâtie horizontale par la construction en élévation pour profiter de la gravité pour les évacuations et des monte-charge pour les alimentations, ceci afin d'activer et de simplifier le service »[2359]. Son projet comptait en effet huit niveaux. A Lille, de la même façon, la commission réunie à l'Institut Pasteur pour définir le programme de l'hôpital-sanatorium fit le choix d'une construction « du type moderne », c'est à dire « à étages »[2360]. La concentration des éléments du programme dans un bâtiment dense était également un moyen de limiter les distances séparant les services et de faciliter le travail du personnel. Selon Berl, en 1936, « le groupement de toutes les chambres dans un même bâtiment offre l'avantage de réunir tous les services, qui peuvent, ainsi, être assurés avec plus grande efficacité. D'autre part, ajoutait-il, cette disposition entraîne une économie de chauffage toujours appréciable »[2361].

A l'habituel plan longitudinal, certains architectes tentèrent d'opposer des plans articulés dans le but de réduire la longueur des déplacements, sans limiter le développement des façades. Le plus emblématique de ces projets est celui conçu en 1932 par les architectes Michau & Faure (plan 00-14A) :

> [Le projet] *est conçu de manière à faciliter l'application d'une stricte discipline à laquelle on ne saurait plier les malades des établissements de luxe. La surveillance et le service y sont simples et permettent de n'employer qu'un personnel restreint. [...] Le parti [...] fut adopté parce qu'il permet de rassembler la composition tout en lui conservant ses qualités d'exposition et en observant strictement l'isolation des sexes.*[2362]

Le projet se compose de quatre ailes distinctes (deux pour les hommes : chambres et cure ; deux pour femmes), reliées deux par deux en fonction des sexes et entre elles par l'intermédiaire d'un bâtiment central de service implanté de biais (plan 00-14A). Le sanatorium départemental des Bouches-du-Rhône, au Petit-Arbois (1936), est l'un des rares projets réalisés adoptant ce parti articulé (plan 13-04A). Mais contrairement au projet de Michau & Faure, celui de Castel semble dérouler sans fin des galeries de communication entre les services communs placés au centre et les pavillons de cure pour malades des deux sexes : ceux pour les malades payants, ceux pour les malades isolés et les grands pavillons à dortoirs. Ces dispositions peuvent être comparées au sanatorium Zonnestraal de l'architecte hollandais Jan Duiker (1928) ou au « type du sanatorium "éclaté" », revendiqué par les architectes tchèques Gustave Paul et Frantisek Čermák[2363]. Dans leur projet pour le sanatorium de Vyšné Hágy, dans le Haut-Tatra (1932), les architectes adoptèrent un parti éclaté et asymétrique cherchant à disposer les bâtiments en fonctions des relations mutuelles définies par le programme. Ils estimaient notamment que « les symétries ou les partis

[2358] Conseil général, séance du 29 octobre 1931. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2359] Aubert, note descriptive concernant la construction d'un hôpital-sana. moderne, 11 février 1931. A.D. du Puy-de-Dôme, X 2271.
[2360] A.D. du Nord, 4 N 535.
[2361] Berl 1936, p. 16.
[2362] Poulain 1932, pl. 73.
[2363] Paul & Čermák, « Proč asymetricky ? » (Pourquoi asymétrique ?), in *Stavba*, 1933, n°4, p. 52-55, cité par Texier 2006, p. 102.

monumentaux imposés *a priori*, autant que les belles perspectives ou les axes de composition, perturbent l'organisation interne de l'établissement et amoindrissent la qualité globale du projet »[2364].

Le tableau ci-dessous établit un classement des principaux projets de sanatoriums français développement selon leur développement longitudinal. Conjugué à la faible épaisseur des bâtiments, caractéristique du programme sanatorial en raison des exigence de ventilations et d'insolation des pièces, même annexes, l'étirement auquel sont soumis les bâtiment les réduit parfois à de simples écrans orientés au sud de façon à capter les influences climatiques favorables à la cure. Cette conception est partagée par le médecin Pavie au milieu des années trente pour qui « l'étalement de la façade de beaucoup d'établissements modernes en fait de véritables décors sans profondeur : le développement extrême de leurs surfaces les apparente à des radiateurs destinés à évacuer [la chaleur] l'hiver, et non à conserver tout un trop plein de coûteuses calories »[2365]. Si les déperditions caloriques dues à la configuration éclatée de certains projets représentaient un surcoût évident, la ventilation et l'insolation optimale des chambres et des galeries de cure étaient à ce prix.

Développé de façade des plus grands sanatoriums français, en mètres et (sans les cures)		
Nom de l'établissement	**Date**	**L (m)**
Sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône)	1936	**546**
Projet de sanatorium franco-américain (Rhône), pavillon de 900 lits	1917	**430**
Projet d'hôpital-sanatorium à Versailles (Yvelines)	1931	**373**
Projet de sanatorium départemental à Boudré (Maine-et-Loire)	1931	**342 (252)**
Sanatorium Paul Doumer à Labruyère (Oise)	1932	**330**
Plan type n°6 pour le sanatorium de l'U.I.M.M., type réduit	1917	**328**
Projet de sanatorium départemental à Savenay (Loire-Atlantique)	1931	**300 (235)**
Sanatorium d'Angicourt (Oise), avec extension.	1924	**287**
Plan type n°2 pour le sanatorium de l'U.I.M.M., grand type	1917	**263 (171)**
Projet de sanatorium dans l'Ouest de la France, Michau et Faure	1932	**271 (142)**
Sanatorium de Bergesserin (Saône-et-Loire)	1929-1946	**268**
Plan type n°1 pour le sanatorium de l'U.I.M.M., grand type	1917	**263**
Sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse) après extension en 1928	1928	**263**
Pavillons du sanatorium d'Helfaut (Nord)	1932	**260 (100)**
Sanatoriums de Thorenc (Alpes-Maritimes)	1934	**258 (186)**
Sanatorium Etienne Clémentel à Enval (Puy-de-Dôme)	1934	**246**
Hôpital sanatorium Calmette à Lille (Nord)	1936	**236**
Projet de sanatorium à Riesenwald (Haut-Rhin)	1932	**217**
Sanatoriums d'Aincourt (Val-d'Oise)	1933	**217**
Sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne)	1930	**210**
Sanatorium de la Musse (Eure)	1932	**210**
Sanatorium Despeaux-Rubod à Bligny (Essonne)	1903	**204**
Sanatorium de Ponteils (Gard)	1925	**201**
Hôpital-sanatorium du Cluzeau à Limoges (Haute-Vienne)	1934	**188 (140)**
Sanatorium de la Nouvielle (Landes)	1933	**180**
Sanatorium d'Angicourt (Oise)	1900	**102**

Dressant un bilan des « conception en présence », Rideau distinguait en 1932 trois classes d'établissements, essentiellement sur la base des moyens économiques mis en œuvre : d'abord, les

[2364] „Jede erzwungene äussere Symmetrie oder Monumentalität nuss, ebenso wie schöne Durchblicke und Dominanten, die innere Anlage störend beeinflussen und dadurch die Qualität des ganzen Projekts mindern". Paul & Čermák, « Proč asymetricky ? », in *Stavba*, 1933, n°4, p. 52, cité par Foltyn 1991, p. 147.
[2365] Cité par Rodriguez-Bello 1938.

« sanatoriums à bon marché », construits en matériaux légers sur le modèle anglo-saxon et peu diffués en France[2366] ; ensuite, les « solutions habituelles » qui, selon lui, constituaient l'essentiel de ces réalisations que nous qualifierions de courantes : « La forme la plus habituellement donnée au sanatorium est la forme adoptée au sanatorium Despeaux-Rubod de Bligny ; constituée par des ailes et une partie centrale, les galeries de cure occupant une de ces parties. [...] Les différences entre les types de cet ordre sont, avant tout, fournies par la disposition différente des galeries de cure ». Enfin, les « solutions exceptionnelles » tels les villages-sanatoriums et les établissements destinés aux malades plus aisés (Roc-des-Fiz, Plaine-Joux, Haut-Lévêque) et « les projets que publient les architectes ». Rideau citait pour cette dernière catégorie le projet de Marcel Breuer pour un hôpital à gradins de 1.100 lits (1930), qui n'était pas à proprement parler un sanatorium mais qui lui semblait particulièrement représentatif de ces conceptions « qui resteront peut-être toujours sur le papier »[2367]. Rideau suggérait que la forme de « la ligne générale du bâtiment » était indifférente à l'organisation des services d'un établissement et au « type » architectural :

> *Les formes incurvées, à concavité au Midi, ont été longtemps de mode, de même que les formes en U, plus ou moins ouvert. On rencontre encore fréquemment des formes en L constituées par deux bâtiments se joignant à angle droit. Il ne s'agit là que de la forme des locaux affectés au malade. Peu importe, en effet, que l'adjonction au bâtiment principal des bâtiments des services ne vienne lui donner une forme de T ou de double T. Aucune de ces variétés ne semble présenter d'intérêt, au contraire : les formes concaves au Midi pouvant être accusées de rassembler les vents et provoquer la formation de tourbillons, les formes en L permettant aux regards de plonger d'un bâtiment dans l'autre. Au cas où la longueur d'un bâtiment ne lui permettrait pas de s'étendre suivant la ligne droite, on pourrait essayer une forme légèrement convexe, mais c'est là complication inutile, et la meilleure disposition est, au cas où le bâtiment comporterait dans sa masse une partie affectée aux galeries de cure, de placer celles-ci à angle droit exposées à l'Est ou à l'Ouest, suivant la direction des vents dominants dont on pourra ainsi se protéger.*[2368]

En 1909, déjà, Guinard ne jugeait pas particulièrement nécessaire l'adoption d'un plan en U (tel le sanatorium Despeaux-Rubod) ou en Y (le Petit-Fontainebleau) qu'il soupçonnait même de favoriser les « tourbillonnements et l'introduction de courants d'air »[2369]. En 1917, Fournez justifiait en ces termes la nécessité d'ouvrir très largement les ailes des établissements de cure, lesquelles, dans les plans types qu'ils conçut pour le sanatorium de l'A.M.M formaient un angle de 150° :

> *Lorsque l'angle est moins ouvert dans le but théorique d'obtenir une sorte de cour centrale bien protégée du vent, on a l'inconvénient de ne pas avoir pour toute la façade la même orientation favorable et de créer par cette forme en entonnoir des remous atmosphériques qui, loin de rendre l'aération plus facile, ne font que la compliquer. On a donc avantage à se rapprocher de la disposition rectiligne mais en inclinant légèrement les ailes, ce qui garantit un peu du vent tout en ramassant davantage les bâtiments.*[2370]

Ancrée dans la tradition des premiers sanatoriums populaires suisses, allemands et français (à Hauteville et Aincourt notamment), la disposition concave était courante dans les années vingt : au sanatorium départemental du Gard (1925), l'architecte Raphel opta pour « deux ailes s'infléchi[ssant] à droite et à gauche de manière à former un angle de 160° avec la partie principale de la façade au midi » afin d'éviter « les remous qui se produisent dans les angles droits »[2371]. En 1930, un rapporteur d'expertise de l'Office d'hygiène publique de la Seine sur le projet d'extension du sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1923-1932) assurait que la « ligne brisée » de la façade assurait « une meilleure protection et un

[2366] Outres les baraquements et les « établissements *spécialement* construits en bois » comme les sanatorium d'Apeldoorn et d'Horn en Hollande, Rideau considérait quatre variétés de constructions économiques : « 1° *Les portiques américains*, type Darlington (King lean-to), dont la simplicité peut paraître séduisante au jour où la nécessité de l'aération continue ne se discute plus. L'expérience de Guervénan, dans le Finistère, a prouvé que c'était un mode de construction réalisable dans notre climat. 2° *La conception anglo-belge*, construction par pavillons séparés légers et largement ouverts. Le type le plus représentatif de cette conception nous est fourni par les plans [...] de l'architecte belge Maukels. 3° *Le portique Dosquet*, conçu pour servir d'hôpital général, peut être utilisé pour la cure des tuberculeux. 4° Le sanatorium anglais formé de *shelters*, répartis autour d'une construction centrale déjà existante (Papworth, Preston Hall, Dovert Hall) ou construite pour la circonstance. » Rideau 1932, p. 68-69.
[2367] *Idem*, p. 70.
[2368] *Idem*, p. 84.
[2369] Guinard 1909/2, p. 1063.
[2370] U.I.M.M. 1917, p. 26.
[2371] Avant projet de construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport descriptif, s.d. [*ca.* 1921]. A.D. du Gard, 4 N 127.

aspect d'ensemble plus pittoresque que celui obtenu avec des bâtiments alignés »[2372]. En 1931, la commission chargée d'étudier la création du sanatorium de Boudré (Maine-et-Loire) jugeait de la même façon nécessaire « d'obliquer légèrement la façade des bâtiments de cure, de façon à ce que les vents dominants ne puissent pas y parvenir de plein de fouet »[2373]. Pour Rodriguez-Bello, en 1938, « la disposition des façades en concavité Sud-est, Sud, ou Sud-ouest, préconisée autrefois pas Dettweiler, est toujours recommandable [car] elle offre un aspect riant et plus accueillant que les façades rectilignes »[2374]. L'influence des réalisations du début du siècle était d'ailleurs parfaitement assumée dans certains projets. Le sanatorium Paul Doumer, par exemple, fut construit au début des années trente par l'Assistance publique de Paris à quelques kilomètres seulement de l'ancien sanatorium d'Angicourt (1900) dont il constitue la copie conforme : le projet se compose de deux pavillons ouverts en U reliés par les services généraux, sur le modèle du plan conçu par l'architecte Bellouet, en 1892, pour Angicourt (cat. 60-01 et 60-06). Il est d'ailleurs surprenant que l'article consacré au projet, publié en 1933 dans le *Bâtiment illustré*, ne fasse pas état de cette filiation, pourtant sans ambiguïté : selon l'auteur, la disposition du sanatorium « en U très ouvert »[2375] vise avant tout à « lui assurer la protection [contre les vents] nécessaire, tout en lui gardant la vue magnifique qu'il possède vers le Sud-Est, en même temps que le soleil ».

A la fin des années vingt, la concavité des façades sud des sanatoriums apparaissait, si non comme un archaïsme propre à l'architecture sanatoriale du début du siècle, du moins comme une complication inutile et coûteuse. Aux sanatoriums de Bligny, cette disposition fut abandonnée dès avant la Première Guerre Mondiale, sans doute sur les conseils de Guinard, et le troisième pavillon de l'établissement, le sanatorium de Fontenay (1912-1925), présentait une façade strictement rectiligne (plan 91-01D). En 1917, de la même façon, Fournez évoquait « l'avantage à se rapprocher de la disposition rectiligne » et les sanatoriums qu'il édifiera à Saint-Hilaire-du-Touvet (A.M.M. et Rhône) présenteront une concavité à peine perceptible (plans 38-04 et 38-05), héritage lointain des ailes rabattues des premiers sanatoriums populaires. Les sanatoriums réalisés au tournant des années trente étaient ainsi la plupart du temps rectilignes : les grands sanatoriums de la Renaissance sanitaire à Villiers-sur-Marne (Aisne, 1930) et à la Musse (Eure, 1932) étaient composés chacun de trois grands pavillons de 200 lits comprenant une aile de cure encadrée par deux ailes d'hospitalisation. Reprenant le motif désormais classique du sanatorium Despeaux-Rubod (1903), les architectes Faviers, Bardin et Thiers suivirent les conseils de Guinard en adoptant un parti rectiligne (ill. 202). Outre l'emploi de matériaux « modernes » (béton armé, châssis métalliques à guillotine, etc.), ces deux établissements constituent une actualisation du plan conçu en 1900 par Lucien Magne, dans une volonté d'efficacité thérapeutique et constructive. Seuls quelques rares établissements conserveront des ailes nettement rabattues vers le Sud, tels le sanatorium de la mutualité de Roubaix à Sailly-les-Lannoy (Nord, 1932, plan 59-07) ou le sanatorium départemental de la Nouvelle (Landes, 1936, plan 40-02). En 1936, Berl estimait ainsi que les façades « en U ou en V très ouvert » n'assuraient pas une protection très efficace contre les vents : « la meilleure façon de faire, ajoutait-il, est de disposer la façade en ligne droite, mais en plaçant un rideau d'arbres à quelque distance »[2376]. L'abandon progressif du plan articulé formé d'un corps central et d'ailes latérales rabattues procède d'une conjonction de facteurs médicaux et techniques : cette disposition ne garantissait pas une protection totale contre les vents (ce point faisait en tout cas débat) mais privait assurément l'établissement d'un ensoleillement constant et homogène de toutes ses parties. De plus, si le rabattement latéral des ailes convenait assez bien aux établissements formés de pavillons reliés entre eux par des galeries de cure ou de circulation (tels les sanatoriums d'Hauteville et d'Oissel), ceux constitués d'un unique corps s'y prêtaient mal : la gestion des angles en était délicate et entraînait des pertes de surfaces considérables. L'adoption de plans rectilignes peut donc être rapprochée d'une tendance à la concentration des bâtiments selon laquelle l'efficacité du plan dépendait en grande partie de sa simplicité, de sa rationalité constructive et d'usage. La circulation du

[2372] Rapport de l'office public d'hygiène sociale de la Seine, 10 mai 1930. Archives du C.H. de Carnelle, Saint-Martin-du-Tertre.
[2373] Exposé préliminaire au sujet du projet de construction d'un sanatorium à Boudré. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[2374] Rodriguez-Bello 1938, p. 105.
[2375] De Méritens 1933, p. 582.
[2376] Berl 1936, p. 15.

personnel et des malades dans l'établissement, le nettoyage et la désinfection des espaces intérieurs avaient d'ailleurs avantage à suivre des schémas linéaires. Outre le fait que les sophistications de plan (angles, débords et retours) constituaient autant d'obstacles à la désinfection méthodique des lieux (naturelle par le soleil ou artificielle au moyen de désinfectants), ils renchérissaient la construction et entravaient l'exploitation optimale des espaces. Les façades planes des sanatoriums de l'entre-deux-guerres répondaient pleinement à leur vocation de filtre entre le climat naturel extérieur et les espaces bâtis dévolus aux malades. Le sanatorium « moderne » était alors réduit à un simple écran, dépourvu de centre et d'extrémités, permettant seulement de distinguer un avant (thérapeutique et actif) d'un arrière (réservé au service).

La disposition des services et des espaces collectifs par rapport aux chambres déterminait en grande partie le plan général des établissements. Tout sanatorium comportait immanquablement « deux parties qu'il fallait rendre bien distinctes : la partie occupée par les malades et la partie réservée au service »[2377]. Dans un projet fictif censé illustrer son propos, l'ingénieur André Turin avait cherché, en 1906, « à séparer nettement la partie du terrain réservée aux tuberculeux de celle des services annexes. Le bâtiment des malades sépare ces deux parties »[2378], l'avant de l'arrière. Cette disposition est une constante de l'architecture sanatoriale dans laquelle les architectes s'efforcèrent de préserver les espaces situées au sud des chambres (galeries de cure, jardins, panorama), donnés visuellement et/ou physiquement aux malades et faisant partie intégrante de la vocation thérapeutique des établissements. Les espaces situés au revers des chambres, au contraire, étaient le lieu des tous les services, "l'envers du décor" pour ainsi dire, les coulisses des établissements de cure. « Le réfectoire et les services de cuisine, notait Espitallier en 1921, sont, en général, dans une aile perpendiculaire sur le milieu du corps principal et en arrière, ce qui assure à la fois des communications faciles et une indépendance suffisante »[2379]. Le plan en T, constitué d'un bâtiment d'hospitalisation orienté au sud et d'une aile transversale de services implantée au nord, était déjà classique dans les sanatoriums populaires allemands[2380], suisses et italiens de la fin XIX^{e} et du début du XX^{e} siècles. En France, les sanatoriums de Hauteville (Ain, 1900), de Chécy (Loiret, 1902), de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle, 1902), Despeaux-Rubod, à Bligny (Essonne, 1903), en sont les meilleurs exemples[2381]. Ses avantages étaient nombreux du point de vue thérapeutique et du fonctionnement des services : selon l'architecte de l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934), Aubert, cette disposition permettait « d'assurer un ensoleillement maximum aux chambres de malades et réserver l'exposition nord aux services médicaux, opératoires et aux dépendances »[2382]. Surtout, elle permettait de dédier exclusivement la partie sud de l'établissement aux malades, la cure d'air et de repos exigeant un calme absolu, incompatible avec l'animation (personnel, visiteurs, fournisseurs, machines, services, véhicules à moteur, etc.) propre à un grand établissement de santé. Toutes ces activités étaient habituellement refoulées au nord, le bâtiment d'hospitalisation faisant lui-même office de barrière visuelle et sonore entre ces deux mondes qui ne communiquaient qu'en quelques point précis du plan (accueil, réfectoire ou service médical). Les malades n'avaient pas accès aux services communs, de même que le personnel et les visiteurs devaient s'abstenir de pénétrer dans les parties de l'établissement réservées aux malades. Les « parloirs » aménagés dans certains sanatoriums pour les visites aux malades servaient de filtre entre l'établissement et le monde extérieur. En groupant les services dans une aile distincte, placée au nord au centre de l'aile d'hospitalisation, ces derniers se trouvaient à proximité des chambres et des malades sans les jouxter immédiatement. Rodriguez-Bello notait ainsi que « les services généraux, cuisine et salle à manger ont avantage à être placé au nord des bâtiments d'habitations, dans leur axe, ou à l'une de

[2377] Turin 1906, p. 20.
[2378] Turin 1906, p. 21.
[2379] Espitallier 1921, p. 154.
[2380] En 1905, Schmieden et Boethke mentionnaient plusieurs établissements disposant d'un « bâtiment principal en forme de ⊥ » ou d'un « plan en forme de T renversé », notamment le sanatorium badois de Friedrichsheim (E. Schweighardt architecte, 1899), le sanatorium Ernst Ludwig de l'association contre l'invalidité du grand-duché de Hesse à Sandbach (V. von Weltzien architecte, 1901) et le sanatorium allemand de Davos-Wolfgang (C. Wetzel, Pfleghard & Haefli architectes). Schmieden et Boethke, 1905, p. 97-102.
[2381] Au début dès années cinquante, encore, l'Italien Carbonara faisait du sanatorium Despeaux-Rubod, l'une des principales variantes de l'archétype du plan sanatorial en T. Carbonara 1954, p. 593-594.
[2382] Aubert, note descriptive concernant la construction d'un hôpital-sanatorium moderne, 11 fév. 1931. A.D. du Puy-de-D., X2271.

leurs extrémités, en équerre, un peu en retrait à cause des odeurs et du bruit. Ce dispositif donne aussi des facilités architecturales avantageuses (élévation des plafonds, etc.) »[2383]. Les espaces collectifs réservés aux malades (réfectoires et salles de jours) devaient en effet bénéficier d'une bonne exposition et pouvaient être avantageusement placés en façade sud, au rez-de-chaussée ou à une extrémité de l'aile d'hospitalisation, comme dans les sanatoriums interdépartementaux de Hauteville (Ain, 1934) et de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946, ill. 345) et dans le second pavillon du sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1932). Pour ce dernier projet, les architectes Albenque & Gonnot avaient comme modèle le premier pavillon du sanatorium, construit vers 1925 et constitué d'une aile d'hospitalisation connectée, à l'Ouest, à l'ancien château de Franconville abritant les services communs, et à l'Est aux galeries de cure (ill. 448). Dans le sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1933), les services étaient placés dans des bâtiments distincts disposés aux extrémités de chaque pavillon de cure (ill. 444) afin de s'affranchir des contraintes liées à la disposition en gradins des chambres, notamment des faibles hauteurs sous plafonds.

La gestion des circulations et des accès était à ce titre essentielle et les architectes s'efforcèrent de concentrer les flux de circulation liés au service dans la partie nord des établissements afin de préserver la zone médicale réservée aux malades. Dans leur projet de sanatorium à Boudré, les architectes Crevel et Decaux expliquaient ainsi leur choix :

> *L'accès de cet établissement se fait par la partie haute du terrain [...]. Il pouvait paraître séduisant de faire l'entrée dans la partie basse [...] pour avoir l'administration en façade et peut-être placer certains bâtiments d'habitation en-dessous de la partie centrale pour réaliser la séparation des sexes ; l'auteur du projet a pensé que la large avenue avec clôtures et son jardin constitueraient une séparation tout aussi efficace ; il a voulu que la circulation inévitable faire par l'entrée ne soit pas, avec ce parti, un sujet de curiosité déplacées et qu'aucune promiscuité ne puisse s'établir avec l'extérieur.*[2384]

Ces recommandations sont similaires à celles formulées pour le sanatorium de Parigné-Lévêque[2385] (Sarthe, 1932) ou l'hôpital-sanatorium Calmette, à Lille[2386] (Nord, 1936). Le comité technique des sanatoriums veillait au respect de cette règle et, lors de l'examen des plans du sanatorium de Savenay, en 1931, sa première objection concernait l'accès de l'établissement que l'architecte avait prévu au Sud[2387].

La surveillance des malades était un autre critère censé guider l'architecte dans ses choix. Une fois encore, l'adoption d'un plan compact et linéaire devait faciliter la tâche du personnel soignant. La surveillance exercée sur les malades était généralement discrète : prise en compte dans l'aménagement des établissements, elle était rarement manifestée par un dispositif précis. Au sanatorium départemental de La Guiche (Saône-et-Loire, 1918), au contraire, la surveillance médicale était incarnée matériellement dans un espace précis : le bureau du médecin-directeur, qui était situé au centre même de l'établissement, au premier étage, et était muni d'une terrasse « domin[ant] les diverses sections de malades et permet[tant] d'un coup d'œil l'inspection générale des services »[2388] (ill. 342-343). En 1930, un projet de transformation prévoyait de déplacer ce bureau dans un petit pavillon construit sur cette terrasse, en avant de la façade et des galeries de cure, d'où le médecin aurait pu contrôler, sans même se déplacer, le bon déroulement de la cure. Un autre exemple, quoique plus tardif, de disposition censée faciliter la surveillance des malades se trouvait au sanatorium des collégiens et lycéens de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1956, plan 77-05) dont la façade principale de 180 mètres de long était « infléchie par une courbure concave de 200

[2383] Rodriguez-Bello 1938, p. 105.
[2384] Boudré, projet de Crevel & Decaux, mémoire explicatif et justificatif. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2385] « Placer l'accès principal de l'établissement de façon que les allées et venues des fournisseurs et personnes venant de l'extérieur se fassent en dehors des emplacements réservés aux promenades des malades ». P. Grosch, architecte départemental, rapport descriptif et estimatif, 25 octobre 1928. A.D. de la Sarthe 1 X 319.
[2386] « L'entrée [...] se trouvera [...] sur la partie de terrain opposée à la façade principale du bâtiment des malades, de manière à assurer leur tranquillité absolue, en dehors des allées et venues consécutives aux entrées et sorties de l'hôpital-sanatorium. » Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaires, exposé descriptif. A.D. du Nord, 96 J 1694.
[2387] « L'arrivée du sanatorium se faisant par la façade sud, à travers le jardin des malades, ceux-ci seront constamment dérangés et incommodés par le va-et-vient qui se produira et qui troublera leur repos et leurs promenades. Il serait plus logique de placer l'entrée derrière les bâtiments, au nord. » Conseil général de la Loire-Inférieur, séance du 4 novembre 1931, hospice des tuberculeux. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 184.
[2388] Lettre du 8 août 1930 du médecin-directeur du sana. de La Guiche au ministre de la santé publique. A.D. de Saône-et-L., 1 X 34.

mètres de rayon, ceci pour assouplir la ligne générale du bâtiment et pour faciliter aux infirmières la surveillance simultanée d'un grand nombre de malades en cure »[2389].

Lorsque les galeries de cure étaient intégrées aux bâtiments, à l'avant des chambres ou latéralement dans leur prolongement, un espace de circulation était systématiquement ménagés pour assurer la surveillance des malades par les infirmières et les médecins. Le programme du sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique) prévoyait ainsi que les cures situées à l'avant des chambres d'isolés « ne seront pas complètement séparées les unes des autres, de façon à ce que l'on puisse, le long de leurs balustrades, circuler librement le long d'une galerie dans l'autre » [2390]. Les médecins préféraient les galeries de cure collectives qui facilitaient la surveillance des malades et, en 1930, le délégué technique du C.N.D.T., Evrot, critiqua vivement les huit galeries de cure prévues pour l'hôpital-sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir) – soit une pour vingt malades – du simple fait qu'elles compliquaient la surveillance des malades et exigeaient aux heures de cure un personnel assez nombreux[2391]. Le programme pour la construction du sanatorium départemental de Boudré rappelait ainsi, en 1931, que « la préoccupation constante de l'architecte en établissant ce plan doit être de prévoir une disposition des locaux, un matériel de construction et des installations techniques réduisant au strict nécessaire le personnel »[2392].

4.1.4. La séparation des sexes comme critère d'organisation spatiale.

Il serait possible d'analyser l'architecture sanatoriale sous le seul aspect de la séparation des sexes, tant ce critère était prégnant dans les établissements français et influença les réalisations, depuis le choix du site de construction jusqu'au règlement intérieur. Rideau relevait en 1932 que « l'architecture du sanatorium pour hommes ne diffèr[e] pas de celui pour femmes »[2393] : la séparation des sexes n'était en effet pas justifiée par des impératifs fonctionnels mais, nous l'avons vu, « moraux » (voir p. 342) et un établissement donné pouvait accueillir indifféremment des hommes ou des femmes. En France, l'armement antituberculeux instauré en 1919 accordait aux tuberculeuses une place que l'on pourrait qualifier de résiduelle, pour la simple raison que la plupart des établissements disponibles au début des années vingt étaient issus de la reconversion de formations militaires : la plupart de ces établissements soignaient encore d'anciens militaires tuberculeux et ne pouvaient accueillir de femmes. La création d'établissement réservés aux femmes fut l'une des priorités des administrations et des œuvres privées dans les années vingt : les sanatoriums interdépartementaux du Limousin (Boulou-les-Roses, Corrèze, 1927) et de Hauteville (Ain, 1934), les sanatoriums privés assimilés de La Musse (Eure, 1930-1933, réalisation de la Renaissance Sanitaire) et Guébriant (Haute-Savoie, 1933, œuvre de l'A.V.S.H.A.), exclusivement réservés aux femmes, contribuèrent à résorber la pénurie de lits féminins. Si les enfants disposaient parfois de salles réservées dans les sections de femmes, ils constituaient une population peu nombreuse dans les sanatoriums de cure. Les seuls établissements réservés aux enfants, en France, en dehors des sanatoriums marins, étaient les sanatoriums de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales, 1924), pratiquant l'héliothérapie, et le sanatorium du Roc-des-Fiz, au Plateau d'Assy (Haute-Savoie, 1932). La plupart des enfants potentiellement contaminés ou très légèrement atteints étaient effectivement envoyés dans les nombreux préventoriums spécialisés, écoles de plein air et colonies de vacance qui avaient autant comme objectif de les fortifier que de les extraire d'un environnement familial potentiellement contaminant.

Lorsque les malades des deux sexes étaient logés dans les deux ailes d'un même bâtiment, l'architecte devait s'efforcer de leur donner une configuration permettant d'éviter tout contact, ne serait-ce que visuel, entre les deux sections. Dans le projet de sanatorium départemental de la Marlézières (Loire-Atlantique, 1905), les deux ailes de l'établissement formaient ainsi un angle de 200° de part et d'autre du pavillon central, empêchant toute visibilité des chambres d'une aile à l'autre[2394] (plan 44-03). Dans son

[2389] Douady 1952, p. 64.
[2390] Lettre du 8 août 1930 du médecin-directeur du sana. de La Guiche au ministre de la santé publique. A.D. de Saône-et-L., 1 X 34.
[2391] Evrot, projet d'un hôpital sanatorium près de Dreux, octobre 1930. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.25 Eure-et-Loire.
[2392] Boudré, programme de concours pour la construction d'un sanatorium de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2393] Rideau 1932, p. 19.
[2394] Grellet & Kruse 1983, p. 253.

projet pour l'hôpital-sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique, 1931), l'architecte Bardet expliquait que « la façade avancera suffisamment pour empêcher les malades du pavillon des hommes de communiquer par signaux avec les malades du pavillon des femmes en se penchant à leurs fenêtres ou sur les bâtiments de cure. [...] Chaque pavillon aura son entrée distincte et aucune communication directe entre les pavillons ne devra exister »[2395] (plan 44-01). Les hommes et les femmes disposaient de deux réfectoires distincts, situés de part et d'autre d'une cour de service, et dont l'allège des fenêtres situées face à face avaient deux mètres de hauteur afin, précisait-il, d'« éviter la vue sur la cour des services et vers le réfectoire de l'autre pavillon et interdire ainsi toute communication entre les hommes et les femmes »[2396]. Ces dispositifs de séparation des sexes ne furent d'ailleurs pas jugés suffisants par le comité technique des sanatoriums qui préconisa également de remplacer « la simple clôture grillagée » séparant les deux sections par un « système effectif d'isolement ». Il s'agissait d'empêcher tout contact physique, mais également verbal ou simplement visuel entre les malades des deux sexes. Les rapports des délégués techniques du C.N.D.T. et ceux du comité technique des sanatoriums rappelaient ainsi fréquemment à l'ordre les architectes quant à l'insuffisance des dispositions censées assurer la séparation des sexes[2397]. Ce principe de séparation visuelle de deux ailes de malades par un bâtiment axial fut inscrit la même année dans le programme du sanatorium départemental de Maine-et-Loire[2398] (plan 49-03B). D'une manière générale, l'implantation des bâtiments dans les sanatoriums départementaux mixtes conçus avant 1932 (date à laquelle les conditions de séparation des sexes furent renforcées) permettait de garantir la stricte séparation des hommes et des femmes. Dans le sanatorium sarthois de Parigné-Lévêque, conçu en 1928, l'aile des services généraux et celles des malades étaient ainsi disposées « en forme de Z de façon à situer sur des plans différents les quartiers des hommes et des femmes, formant les deux branches horizontales, la branche verticale étant formée par les services généraux communs aux deux quartiers. Ces deux quartiers [ont] ainsi leur façade principale exposée au midi et abritée vers l'Ouest, avec des vues limitées aux promenades affectées à chacun d'eux »[2399]. Selon l'architecte Grosch, ce dispositif « permettait « d'assurer l'indépendance aussi complète que possible aux quartiers des hommes et des femmes, tant en ce qui concerne les bâtiments que les promenades, en un mot réaliser d'une façon stricte la séparation des sexes »[2400]. A Aincourt (Seine-et-Oise, 1933), les architectes Crevel & Decaux placèrent « les habitations des médecins assistants [...] entre le pavillon des hommes et de femmes, réalisant ainsi un isolement parfait entre ces deux sanatoria »[2401]. Comme dans le projet de Plicque et Charlet pour le concours anglais de 1902 ou dans le sanatorium de La Guiche (Saône-et-Loire, 1918), les malades étaient ainsi placés sous la surveillance effective des médecins. Il y avait de nombreuses façons d'organiser la jonction, à chaque étage, entre l'aile des hommes et celle des femmes : le rez-de-chaussée ne posait pas de problème car sa partie centrale était généralement occupée par les services médicaux auxquels les malades de chaque sexe avaient accès à des horaires distincts. Lorsque s'y trouvaient les services communs (salle à manger, salle de jour, etc.), ils étaient habituellement dédoublés sans qu'aucune communication directe ne soit possible entre eux, en dehors des offices et des locaux accessibles au seul personnel de service. Dans les étages, la succession des chambres de malades

[2395] Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2396] Projet de sanatorium pour 220 lits à Savenay, rapport explicatif et descriptif de l'architecte, 10 juillet 1931, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2397] Ce type d'objection fut formulé à l'examen des projets du sanatorium de Savenay, de Chantenay (Loire-Atlantique) ou du Cluzeau (Haute-Vienne). S'agissant de ce dernier établissement, le rapport du comité technique des sanatoriums précisait sa position en ces termes : « Il y aura intérêt à assurer, d'une manière plus complète, la séparation des sexes. Il est à craindre, en effet que les malades hommes et femmes aient l'occasion de se rencontrer, du côté du service de médecine et des salles à manger et dans les promenades hors des bâtiments [...] ». Lettre du 2 février 1931 du ministre de la santé au préfet de la Haute-Vienne, A.D. de la Haute-V., 1 X 153.
[2398] « La façade du pavillon central avancera suffisamment pour empêcher les malades du pavillon des hommes de communiquer par signaux avec les malades du pavillon des femmes en se penchant à leurs fenêtres ou sur les balcons de cure. Bien entendu, il ne faut pas que ce dispositif amène une impossibilité d'insolation d'une partie de la façade et de l'un des deux pavillons latéraux. » Conseil général, séance du 29 octobre 1931, domaine de Boudré, projet de sanatorium. A.D. de Loire-Atlantique, 48 α 20.
[2399] P. Grosch, architecte départemental, rapport descriptif et estimatif, 25 octobre 1928. A.D. de la Sarthe, 1 X 319.
[2400] *Ibidem.* Un dispositif similaire fut envisagé en 1931 pour le sanatorium départemental de la Vendée à Boufféré. A.D. de la Vendée, 4 N 140, 39 Fi 1203.
[2401] Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.

pouvait être interrompue en partie centrale ; dans ce cas, l'architecte avait pris soin de « neutraliser » une chambre de part et d'autre de la cloison médiane pour y loger, par exemple, une infirmière[2402].

Les dispositions adoptées en matière de séparation des sexes avaient des répercussions sur le fonctionnement des services comme sur l'économie et le fonctionnement du projet. Outre le respect des prescriptions légales, les modifications demandées par le comité technique des sanatoriums avaient souvent pour objectif l'augmentation du rendement médico-social des établissements en termes de lits, de dépenses de personnel et d'occupation des espaces. A l'hôpital-sanatorium de Morlaix (Finistère, 1932), les malades des deux sexes devaient initialement être logés dans deux ailes distinctes séparées par un corps central accueillant les services généraux. Evrot, délégué du C.N.D.T., jugea toutefois préférable d'envisager la séparation des sexes par étage : le rez-de-chaussée et le premier étage pouvant être réservé aux hommes et le second aux femmes. La présence de deux escaliers latéraux permettait de réaliser cette séparation sans transformation notable du projet. « Cette affectation nouvelle, ajoutait Evrot, permettrait d'économiser deux réfectoires, qui seraient affectés à des lits, et d'augmenter l'effectif des malades de six lits environ »[2403]. Nous retrouvons ce type de division par étages à l'hôpital-sanatorium Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1932-1935), où les enfants occupaient le rez-de-chaussée, les femmes le premier étage et les hommes le second. A l'hôpital-sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir, 1932), Evrot avait estimé que la séparation des sexes n'était pas réalisée d'une façon efficace car chacun des trois bâtiments, réservés à des catégories différentes de malades, était mixte : « il eut mieux valu, expliquait-il, affecter chacun des deux établissements à un sexe différent et prévoir à l'intérieur du bâtiment lui-même une aile en chambres séparées, l'autre aile en petits dortoirs » [2404]. En outre, le pavillon médical placé entre les deux bâtiments principaux devenait un lieu de passage qui constituait, « au point de vue de la séparation des sexes, une grave objection ».

En France, la division de chaque établissement en deux sections, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes, était généralement admise, mais elle imposait de dédoubler certains services (salle à manger, salle de jours, etc.) ce qui renchérissait le coût des projets. D'un autre côté, si la séparation des malades par étages distincts plutôt que pas ailes distinctes avait pour avantage d'optimiser les espaces collectifs affectés aux malades, elle compliquait sensiblement la gestion des circulations verticales dans les établissements[2405]. Sur ce point, la *Note sur les sanatoria* de 1929 se conformait aux prescriptions de 1920 en y ajoutant quelques précisions :

> *Un sanatorium doit être construit et aménagé pour un maximum de 120 à 150 malades, autant que possible du même sexe. [...] Il y a, cependant, avantage économique à grouper, en un même point ou dans une même propriété, si la superficie et la disposition de l'emplacement le permettent, deux ou plusieurs sanatoriums indépendants et pourvus chacun de tous leurs services. Si les sanatoriums groupés reçoivent des tuberculeux de sexe différent, à plus forte raison si, pour réaliser des économies, les deux sexes sont réunis dans un même sanatorium, avec services généraux communs, la séparation doit être absolue et rigoureuse. Les hommes et les femmes seront toujours installés dans des bâtiments ou corps de bâtiments complètement indépendants,*

[2402] C'est ce que prévoient Küss et Fournez dans les projets de sanatoriums mixtes conçus en 1917 pour l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose.

[2403] Evrot, projets d'hôpitaux-sanatoriums dans le Finistère, 19 juillet 1932. Arch. de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.26 Finistère.

[2404] Le projet comprenant trois bâtiments espacés de 40 mètres et reliés par des galeries couvertes : y seront admis les tuberculeux de deux sexes (86 hommes, 86 femmes). Le 1er comprenait des chambres à un lit (60 lits pour les deux sexes) ; le 2e, des lits groupés par dortoirs de quatre lits (80 lits pour les deux sexes) ; le 3e recevrait les grands malades (32 lits pour les deux sexes). La raison qui avait fait adopter ce plan était que le premier bâtiment (chambres séparées) devait être affecté aux malades payant, notamment aux bénéficiaires des assurances sociales. Evrot, projet d'un hôpital sanatorium près de Dreux, oct. 1930. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.25 Eure-et-Loire.

[2405] Au début des années cinquante, l'Italien Carbonara établissait un lien direct entre la taille de l'établissement et le mode de séparations des sexes : « Lorsque la capacité d'un sanatorium ne dépasse pas la limite en dessous de laquelle le monobloc est encore économiquement et hygiéniquement avantageux (300 lits), la séparation des sexes est réalisée à l'intérieur même du bâtiment, généralement selon un axe vertical, de sorte que l'édifice est clairement coupé en deux parties. [...] Dans les établissements à bâtiments multiples, la séparation des sexes peut être réalisée de façon plus nette encore [...] en réservant certains bâtiments aux hommes et d'autres aux femmes ». "Quando la capacità di un sanatorio non supera il limite per cui è ancora efficiente economicamente e sanitariamente un monoblocco dei sei piani fuori terra (300 letti) , la separazione dei sessi deve essere attuata nell'interno del complesso costruttivo. in genere si attua la separazione secondo un piano verticale, in modo che l'edificio sia distinto nettamente in due parti. [...] Negli ospedali sanatoriali del tipo a poliblocco la divisione tra i sessi può essere resa sensibile e più evidente [...]". Carbonara 1952, p. 593.

avec salles à manger, salles de réunions et galeries de cure séparées, en ayant soin aussi de fixer des limites de promenade distinctes sans aucune possibilité de communication.[2406]

Dès avant la publication de cette note, la difficulté de séparer strictement les hommes des femmes dans les deux ailes d'un même bâtiment avait conduit les architectes – sans doute à la demande des médecins – à dédoubler leurs programmes et à envisager la construction de deux ou plusieurs sanatoriums, généralement identiques, à bonne distance l'un de l'autre. Il fallait toutefois que la capacité de l'établissement programmé le permît, les frais de fonctionnement d'un pavillon de malades devenant trop élevés au-dessous d'une centaine de malades. Les premiers sanatoriums à réaliser ce dispositif de séparation stricte des sexes dans des bâtiments distincts furent ainsi les grands établissements publics ou privés assimilés conçus à la fin des années vingt à Felleries-Liessies (Nord, 1927-1934), Helfaut (Pas-de-Calais, 1927-1932), Aincourt (Seine-et-Oise, 1929-1933), Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1930-1933), au Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1929-1936), à Villiers-sur-Marne (Oise, 1928-1932) et à Arnières (Eure,1929-1932). Dès 1930, ce système était considéré par les délégués techniques du C.N.D.T. comme le plus efficace[2407] et les autorités sanitaires ne tardèrent pas à exiger l'hospitalisation des malades de sexe différent dans des bâtiments séparés. Cette exigence fut formalisée dans le décret modificatif du 30 mai 1932 selon lequel « les sanatoriums publics, les établissements assimilés aux sanatoriums publics, ainsi que les sanatoriums privés qui reçoivent des malades assistés, seront réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver, à chaque sexe, des locaux réservés, sans possibilité de communication, et ayant chacun un lieu de promenade distinct »[2408]. La mention « autant que possible », intégrée au texte de 1920 pour permettre une application souple de ces prescriptions, avait été supprimée en 1924 puis réintégrée en 1927 ; elle disparaissait définitivement du décret d'application de la loi sur les sanatoriums en 1932 imposant un durcissement des conditions de séparation des sexes. Si le décret autorisait encore, sous certaines conditions, la mixité, elle n'était dorénavant admise que dans les établissements existants : à partir de 1932, tous les projets de création soumis au comité technique des sanatoriums prévoyant de loger les malades du même sexe dans un unique bâtiment furent systématiquement refusés[2409]. Les vicissitudes du projet de sanatorium départemental de Maine-et-Loire à Boudré (1931) est significatif de cette évolution : après avoir donné, en 1931, un avis favorable à la construction d'un vaste établissement dont les malades hommes et femmes étaient répartis dans deux ailes symétriques (ill. 49-03, projet n°1), le comité technique des sanatoriums exigea l'année suivante une refonte intégrale du projet devant tenir compte des modifications apportées par le décret du 30 mais 1932 relativement à la séparation des sexes dans « deux bâtiments de malades, éloignés l'un de l'autre »[2410] (plan 49-03, projet n°2). L'instigateur du projet, le médecin Amsler, déplora que cette nouvelle exigence eût pour conséquence le « doubl[ement], ou presque, des services généraux de l'établissement »[2411] et un renchérissement considérable de la construction. « Il est parfaitement regrettable, s'insurgeait-il, que pour des vues théoriques devant lesquelles on est bien obligés de s'incliner, on va contraindre un sana[torium]

[2406] Poulain 1932, p. 34.
[2407] Dans un rapport d'avril 1930, Evrot, délégué technique du C.N.D.T., notait à propos du site de Planchemouton, à Eymoutiers, envisagé pour la construction du sanatorium interdépartemental du Limousin, que la combinaison des contraintes de protection contre les vents et de séparation des sexes ne permettrait pas d'y installer un sanatorium dans de bonnes conditions : « La protection des vents du Nord-est [...] assurée par le mamelon même [situé au nord de l'emplacement], du moins dans une zone assez étroite de 350 mètres environ ; par contre, les vents d'ouest et de sud-ouest [...] sont sentis assez nettement – aussi est-il impossible de prévoir sur cet emplacement deux sanatoriums pour les deux sexes avec une séparation véritable. Sur l'avant-projet des architectes, il n'y avait qu'un intervalle de 90 mètres obtenu avec un débordement des bâtiments et une disposition convexe de ceux-ci ». Il conclut que « l'emplacement peut convenir à un sanatorium, mais ne pourrait l'être que pour un sanatorium peu important et d'un seul sexe ». Ce projet fut donc abandonné au profit du site de Bellegarde-les-Fleurs qu'il visita peu après : « L'ingéniosité des architectes devra consister moins à présenter une façade d'ensemble qu'à placer derrière des rideaux d'arbre les deux sanatoriums ainsi parfaitement isolés l'un de l'autre avec lieux de promenade distincts, mais chaque sanatorium de 120 lits faisant un tout [...] ». Rapport du Dr Evrot, délégué technique, avril 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.
[2408] J.O. 7 juin 1932, p. 6215.
[2409] Les mesures de séparation des sexes furent examinées avec plus de rigueur d'auparavant, également dans les projets d'extension ou de modernisation de sanatoriums existants. Après un premier avis favorable en février 1931, le comité technique des sanatoriums donna, en octobre 1932, un avis défavorable au projet d'extension de l'hôpital-sanatorium Laënnec, à Nantes (Loire-Atlantique), estimant, notamment, que « la séparation des sexes ne [paraissait] pas réalisée d'une façon suffisante ». Lettre du 20 octobre 1932 du ministre de la santé publique au préfet de la Loire-Inférieure. A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 575.
[2410] Decaux et Crevel, sanatorium départemental, projet nouveau, exposé succinct, s.d.[*ca.*1932]. A.D. de Maine-et-Loire, 48α22.
[2411] Lettre du 17 octobre 1934 du Dr Amlser au préfet de Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 22.

modeste à avoir en partie double une installation de radio, une salle de pansements, etc. »[2412], au risque de mettre en péril le financement d'un projet, qualifié de « modeste » par ses défenseurs. De fait, le report du projet et l'obligation de s'en tenir à un budget nécessairement limité, en empêchèrent la réalisation et le département de Maine-et-Loire dut renoncer à disposer de son propre sanatorium départemental. Cette obligation d'hospitaliser les hommes et les femmes dans des bâtiments distincts incita plusieurs établissements, mixtes à leurs débuts, à répartir les malades des deux sexes dans des sanatoriums distincts, parfois très éloignés les uns des autres : ce fut notamment le cas pour le sanatorium des instituteurs à Sainte-Feyre (Creuse, 1904) qui n'accueillit plus que les femmes à partir de 1932, les hommes étant envoyés au sanatorium de Saint-Jean-d'Aulph (Haute-Savoie) acheté par la société mutuelle exploitant l'établissement pour satisfaire cette condition. Les postiers, de la même façon, furent répartis entre les sanatoriums de Montfaucon (Lot) et de Taxil (Var) tandis qu'en Charente-Maritime, les sanatoriums de Boscamnant et de la Grolle-Saint-Bernard, mixtes à leurs débuts, procédèrent à « un échange de malades »[2413] permettant à chacun d'entre eux de n'accueillir plus qu'un seul sexe : les hommes à la Grolle et les femmes à Boscamnant.

Une fois la séparation des sexes réalisée, la configuration spatiale et l'organisation des établissements s'en trouvaient grandement simplifiée et tous les dispositifs de plans, d'écrans, de visibilité, de circulations et d'espaces distincts, n'avaient plus lieu d'être. L'établissement pouvait être rectiligne, sans distinction artificielle de deux ailes de cure, ni séparation des espaces collectifs, délimitation de zones dans le parc, etc. Rideau ne voyait dans la séparation des sexes qu'une « différence d'organisation et non pas de conception »[2414] ; il nous semble au contraire que ces aspects ne peuvent être dissociés : si la conception d'un établissement pour hommes ne différait, effectivement, en rien de celle d'un sanatorium pour femmes, la conception d'un établissement mixte avait peu en commun avec celle d'un établissement pour un seul sexe. Au-delà des justifications morales, la séparation des sexes dans les sanatoriums – comme dans beaucoup d'autres programmes sanitaires et sociaux de l'époque – en facilitait grandement le fonctionnement : les malades pouvaient se concentrer sur leur cure ; le personnel n'avait plus à exercer une surveillance acerbe sur les malades et pouvait se consacrer entièrement à ses tâches médicales ; l'architecte, enfin, n'avait plus à imaginer de dispositifs sophistiqués ni à dédoubler certains espaces pour prévenir les contacts physiques ou visuels entre les hommes et les femmes. La conséquence directe de cet allègement programmatique était une augmentation substantielle du rendement : non seulement économique, en raison de la simplification des projets et du fonctionnement des établissements, mais également thérapeutique, puisque les malades profitaient pleinement de la cure et de l'attention du corps médical.

4.1.5. Les grands sanatoriums départementaux (1927-1936).

L'augmentation des capacités hospitalières dans les sanatoriums départementaux de la fin des années vingt incita plusieurs administrations à créer, non pas un unique sanatorium de cure, mais un groupe constitué de plusieurs bâtiments au sein d'un même établissement. Les sanatoriums allemands avaient été les premiers à disposer de vastes ensembles constitués de plusieurs bâtiments d'hospitalisation permettant, notamment, une séparation stricte des hommes et des femmes. Les sanatoriums Albertsberg (1897) et Carolagrün (1900), d'Edmundsthal (1899), Friedrichsheim et Luisenheim (1899), constituent les exemples les plus précoces de groupement de malades dans des bâtiments distincts formant un complexe sanatorial[2415]. Mais l'exemple le plus caractéristique et le plus abouti de ce système est sans conteste le sanatorium berlinois de Beelitz (Schmieden & Boethke architectes, 1902) dont les quatre sections autonomes groupaient 600 malades, les architectes ayant prix soin de programmer un plan d'extension pour 600 lits supplémentaires. Ces établissements étaient parfaitement connus en France[2416] et l'architecte Tony

[2412] *Ibidem.*
[2413] Jadot 1944, p. 9.
[2414] *Ibidem.*
[2415] Schmieden & Boethke 1905, 82-84.
[2416] Grâce, notamment, aux publications en français du comité central allemand à l'occasion du congrès d'hygiène de Paris en 1900 (Pannwitz 1900) et du congrès de la tuberculose de Paris en 1905. Après les avoir visité en 1902, le médecin Camille Savoie se

Garnier s'en inspira directement pour son projet de sanatorium franco-américain conçu en 1917. Garnier prévoyait la construction de huit établissements de 600 à 900 lits chacun (soit près de 5.00 lits de tuberculeux au total), groupés autour d'équipements administratifs et techniques centraux. Ce projet ne fut pas réalisé mais Garnier s'en inspira pour son projet de sanatorium de l'Union hospitalière du Sud-est à Saint-Hilaire-du-Touvet, également abandonné et repris en 1924 par le département du Rhône. Le bâtiment réalisé par les architectes Fournez et Sainsaulieu (1924-1933) se situe dans cette lignée[2417] : il comprend deux pavillons de près de 300 lits chacun, réservés l'un aux hommes et l'autre aux femmes. L'organisation de grands sanatoriums en pavillons groupés trouvera de plus amples réalisations encore dans les grands sanatoriums départementaux du nord de la France, notamment ceux d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1927-1932, 500 lits), de Felleries-Liessies (Nord, 1927-1934, 500 lits), d'Aincourt (Val-d'Oise, 1930-1933, 500 lits), de Bodiffé-en-Plemet (Côtes-d'Armor, 1930-1933) et dans les deux sanatoriums privés assimilés de la Renaissance sanitaire à Villiers-sur-Marne (Aisne, 1928-1932, 730 lits) et à La Musse (Eure, 1930-1933, 830 lits). Construits à quelques centaines de mètres les uns des autres, au Plateau d'Assy (Isère, 1924-1937), les sanatoriums de l'Association des villages-sanatoriums de haute altitude (A.V.S.H.A.) procédaient d'une organisation similaire qui ne résultait toutefois pas d'un plan d'ensemble mais de l'addition dans le temps d'établissements réservés à différentes catégories de malades : enfants au Roc-des-Fiz (1932), femmes à Guébriant (1933) et militaires à Martel de Janville (1937). En 1928, dans le Pas-de-Calais, la commission départementale en charge de la construction du sanatorium d'Helfaut estima qu'un « hôpital de 500 lits ne devra pas comprendre moins de quatre groupes, en quelque sorte autonomes, auxquels la nécessité d'assurer également le bénéfice de la meilleure exposition solaire impose un considérable développement »[2418]. Le projet initial prévoyait ainsi quatre pavillons groupés deux par deux (côté femmes et côté hommes) de part et d'autre des services centraux (plan 62-19A) :

> *Chaque pavillon aura son autonomie la plus complète, sa salle de consultation, son laboratoire avec ses appareils radiographiques, sa pharmacie, sa cuisine, sa laverie, sa lingerie, ses salles de brossage, ses salles de bain, sa galerie de cure, sa sale de réunion avec sa chapelle, son terrain de promenade et, bien entendu, son personnel infirmier et serviteur sera distinct. Le service central comprendra seulement les organes administratifs, l'approvisionnement, le chauffage (par vapeur), la buanderie, la salle de désinfection, les logements du personnel ne couchant pas dans les pavillons.*[2419]

Chaque pavillon est conçu comme un sanatorium indépendant dont le groupement, avec d'autres pavillons similaires, devait assurer des économies d'échelle sur les achats (alimentaires, combustibles, matériel, etc.), le personnel et l'installation et le fonctionnement des équipements techniques (cuisine, désinfection, chauffage). Le sanatorium départemental du Nord, à Felleries-Liessies, est conçu sur le même modèle et comprend trois pavillons : deux pour les femmes, de 150 lits chacun (42 chambres à trois lits groupées par deux autour d'un vestibule-lavabos et 24 chambres d'isolement) et un grand pavillon de 200 lits pour les hommes (54 chambres de trois lits et 44 d'isolement) ; le pavillon des hommes est éloigné de plus d'un kilomètre des deux autres dont il est séparé par un ravin et une rivière (plan 59-03). Dans la *Note sur les sanatoria* de 1929, le ministère de l'hygiène jugea qu'il y avait un « avantage économique à grouper, en un même point ou dans une même propriété, si la superficie et la disposition de l'emplacement le permettent, deux ou plusieurs sanatoriums indépendants et pourvus chacun de tous les services »[2420] et souhaita la généralisation de cette formule adoptée jusque là par les plus importants projets. Helfaut et Felleries-Liessies avaient anticipé les recommandations formulées en 1929 par le ministère de l'hygiène ; elles les avaient même peut-être suscitées.

---

déclara étonné par le « luxe inouï » des sanatoriums de Beelitz. L'ingénieur Turin les mentionne en 1906 (Turin 1906, p. 16), de même que Herriot, Courmont et Garnier dans le rapport de leur voyage d'étude en Allemagne en 1909.

[2417] Voir à ce sujet : Grandvoinnet 2008.

[2418] Préfecture du Pas-de-Calais, projet de création d'un hôpital-sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux, au lieu dit « Camp d'Helfaut », communes de Blendecques et d'Helfaut, 4 avril 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1088.

[2419] Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, construction d'un sanatorium départemental. Arras, imprimerie nouvelle S.A. du Pas-de-Calais, 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.

[2420] Note sur les sanatoria 1929, p. 41.

La Renaissance Sanitaire, association privée reconnue d'utilité publique, fit le même usage de ce dispositif dans ses deux grands sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1930) et de la Musse (Eure, 1932) lesquels, avec respectivement 730 et 830 lits, était alors les plus grands de France à destination des malades des départements parisiens (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne). Construit par les architectes Faviers, Bardin et Thiers, le sanatorium de Villiers-sur-Marne comprenait trois grands pavillons (hommes, femmes, enfants) de 200 lits composés chacun de deux ailes d'hospitalisation encadrant une aile de cure, disposition proche de celle du sanatorium Despeaux-Rubod à Bligny (1903) mais strictement rectiligne (plan 02-06AB) Les services généraux sont reportés à l'arrière dans une aile transversale. Un quatrième pavillon d'une centaine de lits fut ajouté en 1930 pour la mise en observation des malades avant leur répartition dans les différents services de l'établissement. Ce premier établissement à peine achevé, l'association décida de le réserver aux seuls hommes et de créer un second sanatorium, plus vaste encore, réservé aux femmes (nous avons déjà mentionné les difficultés de placement que connaissaient alors les tuberculeuses). Ce second sanatorium fut construit à partir de 1930 à Arnières-sur-Iton (Eure) par les mêmes architectes et selon un plan très similaire (plan 27-01).

Le décret du 30 mai 1932, modifiant celui du 10 août 1920, entérina ce dispositif en imposant une séparation des sexes plus radicale qu'auparavant : au mieux dans des établissements distincts, sinon dans des pavillons dissociés sur le modèle des établissements décrits précédemment. Ce texte prévoyait notamment que « les sanatoriums publics, les établissements assimilés aux sanatoriums publics ainsi que les privés qui reçoivent les malades assistés, seront réservés à des malades du même sexe. Lorsqu'on les utilisera comme sanatoriums mixtes, on devra réserver, à chaque sexe, des locaux séparés, sans possibilité de communication, et ayant chacun un lieu de promenade distinct » [2421]. Ces prescriptions légales n'auront toutefois qu'un impact relatif sur la production sanatoriale française car, à cette date, la plupart des projets d'importance étaient en cours. Elles posèrent toutefois d'importantes difficultés aux projets qui n'avaient d'existence que sur le papier et pour lesquels l'administration exigea une mise en conformité avec la nouvelle réglementation. A Boudré, nous l'avons vu, l'obligation de construire deux pavillons au lieu d'un entraîna une augmentation du devis au-delà des 40.000 francs par lit imposés par le ministère. Ce dernier exigea que le montant des travaux soit ramené de douze à huit millions de francs. Cette réduction drastique s'avérant impossible, le projet fut abandonné en 1934. La même année, le concours lancé par l'Union régionale des caisses d'assurance sociale du Sud-Est prit acte de ces nouvelles exigences en demandant la construction de deux grands sanatoriums d'altitude à Thorenc, un pour chaque sexe[2422]. La construction de deux établissements distincts devait, selon les promoteurs du projet, en augmenter le rendement.

Le groupement de plusieurs sanatoriums de taille relativement importante avait enfin pour but d'éviter le morcellement des initiatives. En 1928, par exemple, le Conseil général du Nord et le Comité départemental de préservation antituberculeuse émirent des réserves quant au projet de création d'un sanatorium mutualiste de 40 lits par l'Union des Sociétés de Secours mutuels de Roubaix, à Sailly-les-Lannoy, estimant notamment « qu'aider à la création de petits sanatoria particuliers serait aller à l'encontre du but qu'il a poursuivi jusqu'ici ». Il ne doit pas y avoir de « poussières de sanatoriums » ajoutaient-ils ; au contraire, « suivant les conseils données par MM. Léon Bernard et Calmette [...], il convient de grouper le plus possible toutes les formations sanitaires créées pour l'hospitalisation des tuberculeux »[2423]. Les stations climatiques d'altitudes constituaient en cela un modèle dont pouvaient se revendiquer les

[2421] Il donnait notamment un certain nombre de précisions quantitatives absolument indispensables au bon fonctionnement d'un établissement de cure et pourtant absentes du texte de 1920 : « pour l'usage des services généraux et de la propreté », les établissements devaient « pouvoir se procurer de l'eau à discrétion et une quantité d'eau potable d'au moins 25 m^3 par jour par 100 lits de malades » ; ils devaient disposer d'un parc d'une surface totale « d'au moins 15 hectares pour 100 lits de malades » ; le nombre minimum de chambres individuel est fixé à 10% de la population totale de malades ; les surfaces minimums des chambres restent inchangées mais leur hauteur sous plafond ne doit pas être inférieure à trois mètres ; l'air et la lumière ne concernent plus seulement les chambres de malades mais « doivent pénétrer partout, dans les couloirs, les escaliers et toutes les pièces annexes du service des malades ». Suivent ensuite des recommandations techniques relatives à l'aménagement des chambres et des services tirés, parfois mot pour mot, des « Prescriptions d'hygiène et techniques à observer pour la construction d'un sanatorium » publiées en 1929 dans la *Note sur les sanatoria* du ministère de l'hygiène. J.O. 7 juin 1932, p. 6216.

[2422] S.a., « Concours. Thorenc (Alpes-Maritime). Edification de deux sanatoria », in *L'Architecture*, 15 octobre 1934, p. 155.

[2423] Rapport du Conseil général sur l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département du Nord, Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.50 Nord.

promoteurs du mouvement sanatorial français. A Hauteville (Ain), au Plateau d'Assy (Haute-Savoie) et à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), les collectivités publiques et les associations privées unissaient leurs forces et mutualisaient leurs moyens dans un souci affiché d'économie. « Le sanatorium isolé n'est plus de notre temps, affirmait Rist en 1935 ; la formule la meilleure, c'est celle réalisée [...] sur le Plateau des Petites-Roches [à Saint-Hilaire-du-Touvet] : un groupe de sanatoriums dans le Corps médical desquels s'entretient un esprit d'émulation et de ferveur à la fois médicale et sociale, par un incessant échange d'observations, de travaux et d'idées »[2424]. L'évolution des thérapies, la nécessité de disposer d'équipements toujours plus perfectionnés, d'un personnel toujours plus nombreux et spécialisé, ne permettaient plus de faire profiter aux malades, dans les petits établissements, des nouvelles techniques de diagnostic et de traitement, ou alors à des coûts prohibitifs. La création de sanatoriums départementaux ou interdépartementaux, toujours plus grands et toujours mieux équipés, constitués idéalement de bâtiments isolés mais proches les uns des autres, procédait de cette volonté de rationaliser l'équipement antituberculeux français.

[2424] S.a., « Inauguration officielle du sanatorium des étudiants de France », in *La Presse médicale*, 14 août 1935, n°65.

4.2. Hygiène de la construction et des aménagements intérieurs.

4.2.1. Maçonnerie traditionnelle et structures en béton armé.

Si le choix d'un plan adéquat était le premier instrument de rationalisation de l'équipement sanatorial, le rendement hygiénique et en partie économique des établissements dépendait de choix techniques précis, c'est à dire de leur matérialité constructive. Dans les années vingt, nous l'avons vu, la plupart des sanatoriums avaient été construits en maçonnerie traditionnelle, pour des raisons à la fois économiques et de compétence des entreprises. Le béton armé, matériau moulé, lisse, sans joint et dont les qualités de résistance et d'hygiène le rendait particulièrement adapté au programme sanatorial, était le plus souvent cantonné dans les planchers, ceci dès le début du siècle. Lorsque le béton était employé, ce choix procédait de conditions propres un projet : l'hôpital-sanatorium Sainte-Eugénie (Rhône, 1931) fut ainsi bâti en béton de mâchefer, selon la « coutume du pays ». La disponibilité des matériaux sur le site orienta également fortement les choix constructifs des architectes, comme pour la construction de l'hôpital-sanatorium de Champrosay (Essonne, 1931) :

> [Dans cet établissement] *le souci de réaliser dans des conditions économiques un programme important a conduit l'architecte à donner une place importante à un matériau que l'on trouvait à proximité : le sable. L'ossature des bâtiments est en ciment armé et les remplissages en parpaings d'aggloméré de sable et de ciment moulés sur le chantier même. Les planchers sont aussi en ciment armé avec corps creux de même nature que les agglomérés de façade. Les façades, qui ne comportent aucun enduit, sont édifiées avec les parpaings apparents. La frise décorative est obtenue avec des parpaings moulurés. Les poteaux de l'ossature sont masqués par des parpaings spéciaux à ailes et placés en retrait jusqu'à s'inscrire dans l'épaisseur du mur, [...] les feuillures des baies ont été obtenues par simple moulage des parpaings.*[2425]

Ce sanatorium populaire fut bâti à moindre coût avec les matériaux extraits directement sur place (cat. 91-04). Même dans les projets au « modernisme » plus affirmé, les matériaux locaux étaient exploités de façon optimale : au sanatorium des Genévriers (Doubs, 1939, ill. 195), moellons et gravillons furent ainsi « extraits d'une carrière ouverte dans les parages »[2426]. L'usage plus large du béton armé dans la construction des sanatoriums dépendait donc de conditions particulières : soit à l'absence ou à la défaillance des matériaux locaux, soit à des dispositions formelles dont l'exécution imposait son usage : les établissements à gradins excluaient d'office la maçonnerie traditionnelle (voir p. 502). Au début des années trente, contrairement à l'image véhiculée par les publications de l'époque et par certaines histoires de l'architecture, le béton était encore utilisé avec parcimonie. A cette époque, le choix de ce matériau exigeait un commentaire : pour le concours pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1930), par exemple, un participant (non identifié) précisa que béton armé apportait, « outre l'économie, des réalisations modernes, un programme moderne d'hygiène, l'antisepsie des techniques médicales, en facilitant les ventilations, les salles spacieuses sans grande retombée de poutre, les terrasses rationnellement établies, les canalisations non apparentes, une standardisation de l'ensemble »[2427]. Le mélange de motifs techniques, hygiéniques et esthétiques est sans doute symptomatique de l'ambiguïté liée au matériau béton : si ses avantages techniques et économiques étaient réels, il répondait aussi à la volonté, exprimée de façon diffuse mais récurrente par les architectes, de faire «moderne ». Dans le cas particulier des sanatoriums, la distinction fondamentale entre les façades nord et sud pouvait également conduire à des choix constructifs différents : à l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1932, ill. 425), par exemple, les façades nord, est et ouest, « relativement fermées, [étaient] en moellons, les murs portent les planchers en ciment armé ». Les façades sud, au contraire, très ouvertes du fait des galeries de cure, étaient constituées par « une ossature en ciment armé et remplissage de briques »[2428].

[2425] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment illustré*, n°3, mars 1933.
[2426] S.a., « Sanatorium des Genévriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, février-mars 1946, vol. 7, n°55-56, p. 68.
[2427] A.M. de Versailles, 5 M 2387.
[2428] S.a., *« L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 29.

L'usage du béton s'opposait d'une certaine façon aux contraintes thermiques imposées à ces édifices soumis à un régime de chauffage discontinu. « L'ossature "tout béton" est-elle justifiée dans les édifices à forte inertie calorifique ? »[2429], se demandait en 1938 Pol Abraham. Ce dernier, alors que le « Mouvement moderne » avait fini par imposer son langage formel et ses méthodes de construction "rationnelles", s'était engagé dans une apologie à contre courant de la construction en maçonnerie, pour des raisons essentiellement pragmatiques. « Les inconvénients des ossatures en béton armé sont bien connus des constructeurs, le béton n'étant pas, et surtout dans sa jeunesse, un matériau inerte. Ce sont ces mouvements inéluctables qui font que, trop souvent, l'architecture moderne vieillit si rapidement et si mal »[2430], expliquait-il. Si, en théorie, le béton permettait de réduire au minimum les points porteurs, en pratique, la nécessité de protéger les structures des écarts thermiques, notamment en montagne, nécessitait la construction de « parois relativement épaisses », comme au sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937) où « les revêtements extérieurs, les remplissages, les vides d'air et tous les habillages doublent ou triplent, au minimum, la section brute du béton enveloppé ». Plutôt que de faire travailler ces sections de béton sous de fortes contraintes, il était avantageux, ajoutait Abraham, de « substituer au "point" habillé [le poteau en béton armé et son habillage] un point "homogène" en pierre de taille demi-dure ou en pierre artificielle » supportant sans difficultés les contraintes statiques. « En éliminant la solution un peu paresseuse du point de béton habillé, c'est à dire en revenant à la préoccupation traditionnelle, scolaire si l'on veut, du "point de poché", on tend, simultanément, vers la solution de trois problèmes très difficiles de l'architecture moderne : l'insonorité, l'inertie calorifique et le vieillissement esthétique des bâtiments »[2431]. A Martel de Janville, Abraham et Le Même avaient ainsi « enveloppé toute l'ossature d'un chemisage extérieur en maçonnerie de 0,25 d'épaisseur, sans aucun contact avec le béton armé. Exception faite pour les petites bascules qui, à chaque étage, portent ce chemisage (et correspondent à des joints de rupture horizontaux), aucun élément de la structure en béton armé n'est en contact avec l'extérieur. La structure porteuse était ainsi « conservée à température relativement constante et mise ainsi dans l'impossibilité de nuire »[2432].

Exception notable à cet emploi parcimonieux du béton armé : les galeries de cure, pour la construction desquelles ce matériau s'avérait très avantageux. Les exigences d'hygiène avaient effectivement poussé les architectes et les médecins à abandonner le bois au profit du béton armé, apprécié pour ses propriétés techniques et sa résistance autant que pour sa salubrité[2433]. Plus durable que le bois, le béton armé était également plus cher, mais l'investissement s'avérait rentable à moyen et long terme en raison de sa durabilité et des facilités d'entretien qu'il offrait[2434]. Dès la fin de la Première Guerre Mondiale, les galeries de cure des sanatoriums français furent donc systématiquement construites ou reconstruites en béton armé. Outre les exigences d'hygiène que nous avons mentionné, le béton armé s'avérait parfaitement adapté, d'un point de vue technique, à la mise aux espaces de cure qui devaient être largement ouverts au Sud et présenter des points porteurs de dimensions réduites afin de réduire au minimum l'ombre portée sur les malades. Les capacités constructives du béton armé furent étonnamment sous-exploitées et peu d'architectes envisagèrent de construire des galeries de cure en porte-à-faux, en dépit du modèle offert par le sanatorium de Paimio (Finlande), construit par l'architecte Alvar Aalto en 1928. La possibilité de créer des porte-à-faux, c'est à dire de supprimer tout point porteur à l'avant des cures, était pourtant l'un des principaux avantages techniques du béton armé et dont l'emploi trouvait une véritable justification dans les sanatoriums. Exceptions notables à ce manque d'audace : les auvents de protection des cures des sanatoriums à gradins, les galeries de cure du pavillon des tuberculeux de l'hôpital de la Fraternité à Roubaix (Nord, 1929) et du sanatorium de Champcueil (Essonne, 1935) et le sanatorium

[2429] Abraham 1938, p. 68.
[2430] *Ibidem.*
[2431] *Ibidem.*
[2432] *Ibidem,*
[2433] Au sanatorium Félix Mangini (Hauteville, 1900), les anciennes galeries de cure en bois furent ainsi remplacées en 1925 par de nouvelles galeries en ciment armé. Dumarest 1997, p. 69.
[2434] En 1927, dans le projet d'aménagement d'un sanatorium interdépartemental à Yzeure (Allier), le préfet note, à propos des galeries de cure que « l'emploi du ciment armé, plus durable que le bois, a été conservé comme étant le moins onéreux ». Lettre du 3 février 1927 du préfet de l'Allier au ministre du travail. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 69.

départemental des Bouches-du-Rhône, au Petit-Arbois (1936) lequel, malgré son allure de « ferme provençale », disposait de galeries doubles en béton armé – l'une pour l'été, l'autre pour l'hiver – placées en porte-à-faux de part et d'autre d'un refend porteur (ill. 171). Outre une importante économie de matière, ce système permettait de dégager l'avant des galeries de tout élément porteur susceptible de réduire l'ensoleillement et la ventilation et, dans l'autre sens, de gêner la vue des malades sur le paysage environnant.

Les photographies de chantier de certains établissements offrent ainsi une dichotomie saisissante entre les gros œuvres des bâtiments d'hospitalisation, habituellement réalisé en maçonnerie traditionnelle, et les galeries de cure constituées de cadres rigides en béton armé, situés dans le prolongement du bâtiment principal ou intégrés dans ces maçonneries pour en ouvrir plus largement la façade sud (ill. 150). C'est sans doute dans cet usage différencié des matériaux et des moyens d'exécution, telle que le prônait Abraham en 1938, que se situe la véritable modernité des sanatoriums. Utiliser les coûteuses techniques modernes là où leur emploi se justifiait vraiment et s'en tenir pour le reste aux moyens traditionnels procédait également de cette quête d'efficacité dans la conception des établissements de cure. D'un point de vue technique, ces réalisations n'étaient donc pas « agressivement "rationnelle[s]" », comme le déplorait Abraham à propos de « l'architecture internationale d'après-guerre »[2435] : la tâche confiée aux architectes était de construire avec économie et hygiène, en adaptant les méthodes employées aux conditions d'implantation et d'articulation des parties entre elles. Pour Rideau, en 1932, deux facteurs expliquaient en grande partie « l'orientation prise par la conception architecturale » des sanatoriums français depuis la fin de la guerre : d'abord, le « perfectionnement de la technique architecturale », tel l'emploi du béton armé ; ensuite, la « question du prix de revient » des établissements. Il opposait ainsi la conception allemande, « qui progressivement était entraînée à tout parfaire », à la conception anglo-saxonne, obsédée par le souci d'économie[2436]. La conception française, en ce sens, avait adopté une voie médiane.

4.2.2. L'exigence de surfaces lisses.

Les matériaux de revêtements employés dans les sanatoriums dans l'entre-deux-guerres différaient peu de ceux utilisés au début du siècle : s'agissant des sols, le linoléum et le grès cérame étaient des choix sûrs. Du fait de ses qualités d'hygiène, de durabilité et d'entretien, de nombreux établissements, qu'ils soient privés (sanatorium Sancellemoz en Haute-Savoie) ou populaires (sanatorium départemental Etienne Clémentel, sanatorium de Franconville), firent un usage exclusif du linoléum en dépit de son coût[2437]. L'emploi du linoléum n'était toutefois pas exclusif et les architectes disposaient de plusieurs matériaux alternatifs. Pour éviter toute déconvenue technique et faciliter leurs choix, les architectes avaient parfois recours à des essais *in situ* : pour l'hôpital-sanatorium interdépartemental du Cluzeau (Indre-et-Loire, 1930-1934) les architectes firent installer, dans certains pièces et alors que le gros œuvre était achevé, des échantillons de carrelages et des « tapis en linoléum et en caoutchouc ». Ces essais furent évalués par une commission spéciale de médecins relativement aux exigences d'hygiène et de confort[2438]. Le caoutchouc

[2435] Abraham 1938, p. 69.
[2436] Rideau 1932, p. 69.
[2437] Après la Seconde Guerre Mondiale, le linoléum était encore utilisé dans de nombreux établissements, nouvellement construits, agrandis ou réaménagés, mais de nouveaux matériaux – telles les matières plastiques – firent leur apparition et s'imposèrent rapidement en raison, notamment, de leur solidité et de leur faible coût. Si les chambres des malades du nouveau pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Strasbourg (Bas-Rhin, 1955) étaient encore revêtues d'un linoléum à motif « jaspé » – dernière innovation des fabricants – disposé dans des cadres en porphyre de 30 centimètres de large, les vestibules furent exécutés, dans les mêmes cadres de porphyre, en « caoutchouc coulé *Keravine* » (Hospices civils de Strasbourg, service des travaux, pavillon des tuberculeux, rapport descriptif, octobre 1949, A.D. du Bas-Rhin, 465 D 178) Au sanatorium de Pouancé (Maine-et-Loire, 1953), le linoléum fut abandonné au profit de « planchers teintés de rose et revêtus d'une substance – découverte toute récente de la chimie [le plastique] – permettant une propreté sans égal et une marche silencieuse et agréable » (« Sanatorium de Pouancé », in *La Vie angevine*, 1952. A.D. de Maine-et-Loire, 155 W 129). L'architecte du sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1956), Louis Sainsaulieu, notait en 1954 que ces « nouveaux matériaux, principalement à base de matières plastiques [...] résolvent plus ou moins parfaitement, mais toujours économiquement, ces problèmes de toujours » (Sainsaulieu 1954, p. 5.) A partir de la fin des années cinquante, les matières plastiques règneront sans partage dans les aménagements intérieurs hospitaliers.
[2438] Sanatorium du Cluzeau, rapport des architectes à M. le président de l'entente départementale, 20 décembre 1934. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 154. Les médecins adoptèrent finalement le grès cérame pour la plupart des locaux, le linoléum pour les chambres d'isolement et les chambres de gardes, les bureaux des visiteuses et les chambres du personnel, les tapis en caoutchouc dans les salles de consultation des médecins, le bureau de l'économe, les salles de radiologie et le parloir.

était un produit relativement nouveau susceptible de remplacer le linoléum : visitant, en 1929, le sanatorium du docteur Luchtenham (Arosa, 1928), Abraham et Le Même relevèrent avec intérêt ces « tapis de caoutchouc » collés sur les marches et contre-marche de l'escalier principal de l'établissement, conçu en béton armé « avec profil spécial des nez de marche pour éviter que le tapis n'ait à épouser des angles trop vifs »[2439]. « Le caoutchouc, ajoutaient-ils, est d'aspect très agréable, il est insonore et se prête parfaitement à l'habillage complet par collage, à condition que le profil ait été étudié en conséquence. L'entretien par encaustique et lavage est extrêmement facile. Si le caoutchouc est de très bonne qualité, sa durée doit être comparable à celle du linoléum »[2440]. Ces tapis en caoutchouc furent toutefois assez peu utilisés dans les sanatoriums, peut-être à cause de leur prix, de leur durabilité, voire de leur odeur : installé dans certaines chambres du sanatorium populaire de Thurgovie et Schaffhouse (Davos, 1914), le caoutchouc incommodait les malades par son odeur tenace et dut être retiré. Le seul projet de sanatoriums qui, à notre connaissance, prévoyait des sols intégralement recouverts de « tapis de caoutchouc »[2441], était celui des architectes Michau et Faure, en 1932 ; il ne fut toutefois pas réalisé.

Autre alternative au linoléum, le « parquet sans joints », également appelé « ciment magnésien », permettait d'obtenir des sols « scientifiquement conçus et éminemment hygiéniques »[2442]. L'usage ce ce type de revêtements à base de ciment se développa fortement après la Première Guerre Mondiale, à une époque où les planchers traditionnels en bois étaient définitivement abandonnés dans les établissements sanitaires. L'industrie développa de nombreux modèles[2443], le plus diffusé en France étant sans doute celui de la maison *Terrazzolith*[2444]. Ce matériau avait toutefois d'importants inconvénients : il était plus « frigide» (plus froid au toucher) que le bois, sa dureté était souvent jugée insatisfaisante et il était « relativement spongieux, en conséquence moins hygiénique et moins propre que le linoléum qui ne se tache pas »[2445]. Abraham et Le Même ajoutaient que « le "ciment magnésien" ne se lave pas sous peine de perdre son bel aspect et de se fissurer à la longue »[2446] : il présentait, à la longue, un aspect déplorable. Les revêtements de type *Xylolithe* constitués, comme leur nom l'indique, d'un mélange de sciure de bois et de ciment, présentaient les même inconvénients. Coulés en place, puis vraisemblablement poncés et enduits d'un produit de finition, ou bien posés sous forme de carreaux comprimés fabriqués en usine, ces parquets avaient toutefois l'avantage d'être peu sonores, contrairement aux matériaux plus durs comme le grès cérame. Il faut ajouter dans cette famille de produits les carreaux d'asphalte comprimés, particulièrement insonores et dont la teinte ocre-rouge était du plus bel effet dans les sanatoriums de l'Association métallurgique et minière (Isère, 1929), Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934) et Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937). Dans ce dernier établissement, les chambres d'officiers avaient bénéficié d'un revêtement plus luxueux composé de petites lattes de bois, dénommé « parquet mosaïque », ancêtre du « parquet flottant ». Mis en place avec une colle dure puis vernis, ces parquets présentaient des surfaces parfaitement hygiéniques, sans interstices et lavables à grande eau. Ne souhaitant pas renoncer à l'usage du bois dans la salle de réception du sanatorium de Plaine-Joux, Abraham et Le Même envisagèrent en 1929 l'installation d'un « parquet tapis » constitué de panneaux préfabriqués empêchant les lattes de se dissocier et de former des fentes dans lesquelles les bacilles tuberculeux se seraient immanquablement installés[2447].

Ces matériaux n'étaient toutefois pas assez résistants dans les pièces humides (salles de bain, douches, sanitaires, tisaneries) pour lesquelles on préférait le grès cérame, également utilisé massivement

[2439] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 31. Ce dispositif, ajoutaient Abraham et Le Même, était « la meilleure solution pour un escalier de sanatorium » ; ils souhaitèrent l'employer dans le sanatorium à Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1929). *Idem*, p. 57.
[2440] *Idem*, p. 31.
[2441] S.a., « Projet de sanatorium. Michau et Faure architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 44.
[2442] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment Illustré*, n°3, mars 1933.
[2443] On pouvait rencontrer également le *Porphyrolith* teinté de rouge, mis en place dans les chambres du sanatorium d'Oissel (Seine-Maritime, 1903-1906), parquet sans joints de type *Cheyo* installé à l'hôpital sanatorium Sainte-Eugénie (Rhône, 1931) ou parquet *Euboolith* posé au sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Champrosay (Essonne, 1931)
[2444] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 53.
[2445] *Ibidem.*
[2446] *Ibidem.*. Les architectes avaient obtenu ces informations directement auprès de la maison *Terrazolith*.
[2447] « Ces parquets sont fabriqués en usine par éléments composés de frises étroites en bois de choix collés sur un panneau de sapin. C'est une sorte de « contreplaqué » épais se posant sur lambourdes de préférences fixées au bitume ». Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*,. 55.

dans les cuisines et les services médicaux[2448]. Matériau « vitrifié » et donc inerte, le grès cérame était fréquemment remplacé par des dalles de porphyre (pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Strasbourg, 1955) ou de carrelage « granito » (aggloméré de ciment et de granulats, découpé et poli) qui, « entretenu avec un chiffon imbibé d'huile, donnait une surface parfaitement unie, sans joints, sans poussières et facile à maintenir propre » [2449] pour un coût modéré (projet de sanatorium de Boudré, 1931). Pour des questions de durabilité et de résistance aux intempéries, le sol des galeries de cure était habituellement constitué d'une simple chape de ciment armé[2450]. Dans les espaces soumis à de fortes contraintes thermiques, hydriques, mécaniques ou chimiques (buanderies, salles de désinfection, etc.), les murs étaient recouverts de briques émaillées ou de carreaux de faïence qui pouvaient être remplacés, pour des raisons d'économie, par un revêtement de Granito « lavable et inaltérable ».

Les qualités recherchées par les médecins et les architectes dans ces matériaux étaient l'étanchéité (de façon à ce que les matières infectieuses ne puissent s'y incruster), la dureté (facilité d'entretien), toutefois difficilement conciliable avec l'exigence d'insonorité propre à un établissement hospitalier et indispensable dans un sanatorium où l'on pratique la cure de repos. Ces surfaces lisses et imperméables étaient associées à un mobilier réduit à des équipements également lisses et désinfectables. Les systèmes d'éclairage, par exemple, bénéficièrent d'importantes améliorations après la Première Guerre Mondiale, touchant essentiellement à leur *design* et aux accessoires de diffusion de la lumière : présentant des formes autant que possible continues, sans angles vifs ni recoins susceptibles de retenir la poussière, ces luminaires participaient de la quête d'hygiène caractéristique de l'architecture sanatoriale ; les formes pleines (globes, cylindres, parallélépipèdes) étaient pour ces raisons plébiscitées (ill. 201)[2451]. A la même époque, certains architectes purent proposer l'installation de luminaires intégrés aux structures (murs et plafonds) éliminant ainsi tout risque d'accumulation de poussières et de microbes, tels Bailly & Saacke dans leur projet d'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1931)[2452]. Outre ces exigences d'hygiène, l'éclairage devait également assurer le confort des malades et, à l'hôpital-sanatorium de Lille (Nord, 1936), l'architecte Deregnaucourt disposa les sources lumineuses de façon à ce que « la lumière fatigue le moins possible les malades (éclairage par diffusion, protection des lampes, par des verres opaques, veilleuses disposées dans le bas des murs) »[2453]. L'interstice, l'espace en creux, étant formellement proscrit, les sanatoriums construits à neuf ne disposaient habituellement pas de cour intérieure. Dans leur projet de sanatorium à Aincourt (Val-d'Oise, 1933), les architectes Decaux et Crevel firent remarquer qu'ils n'avaient prévu « aucune cour intérieure dans aucun pavillon » pour des motifs purement hygiéniques. Le seul exemple de cour intérieure, bâti sur quatre côtés, que nous ayons trouvé dans un sanatorium construit durant l'entre-deux-guerres est celui du sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, 1939) dont l'accès se faisait à l'arrière, au travers d'une petite cour bordée de bâtiments bas.

4.2.3. Le chauffage et la centralisation de la production d'énergie.

Le chauffage des sanatoriums devait s'adapter au régime imposé par la cure d'air. Pour limiter la consommation d'énergie et calibrer les besoins en fonction des lieux et des horaires, le réseau de chauffage de la plupart des sanatoriums construits dans les années vingt et trente était composé de plusieurs circuits distincts desservant indépendamment les différentes parties de l'établissement. Dans leur projet pour le sanatorium départemental de Maine-et-Loire (1929), les architectes Decaux et Crevel prirent ainsi en compte « le caractère intermittent du chauffage de cet établissement » dont les différents locaux ne devaient

[2448] L'emploi du grès cérame est notamment mentionné dans les sanatoriums de Champrosay (1931), de Franconville (1932) ou à l'hôpital-sanatorium Sabourin de Clermont-Ferrand (1934).
[2449] Les carreaux de Garnito étaient notamment prévus par Crevel et Decaux pour leur projet de sanatorium départemental de Maine-et-Loire. Sanatorium de Boudré, mémoire explicatif et justificatif, A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2450] Lors d'un voyage en Suisse, Abraham et Le Même, s'étonnèrent de voir le sol des galeries de cure du sanatorium populaire des cantons de Thurgovie et de Schaffhouse (Davos, 1914) « en frises de sapin calfatées au goudron à la manière des membrures d'un navire » sans que l'on n'attachât aucune importance à la porosité du bois. Rapport de MM. Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 20.
[2451] Au sanatorium du Roc-des-Fiz (Haute-Savoie, 1932), par exemple, des luminaires en forme de globe étaient installés dans les dortoirs des malades comme dans les lavabos.
[2452] A.M. de Versailles, 3 M 2387.
[2453] Centre médical pour malades pulmonaires, document manuscrit, s.d. [*ca.* 1928]. A.D. du Nord, 96 J 2384.

être habités que temporairement. Ils distinguèrent quatre circuits indépendants permettant de « condamner une série de pièces sans priver les autres de chaleur »[2454]. Le chauffage à vapeur basse pression, qui équipait déjà la plupart des sanatoriums au début du siècle, sera plébiscité jusqu'à la fin des années vingt, notamment parce qu'il permettait un démarrage beaucoup plus rapide qu'avec les systèmes à eau chaude et s'accordait ainsi mieux aux brèves périodes de mise en température des chambres, essentiellement le matin et le soir. Ce système ne fonctionnait toutefois qu'en mode binaire : à l'arrêt ou en marche ; il était possible de varier légèrement le débit de la vapeur dans le réseau mais la température des radiateurs restait toujours très élevée. Les réglages intermédiaires étant délicats, notamment au printemps et à l'automne, de nombreux établissements s'équipèrent, en complément de la vapeur, d'un chauffage supplémentaire, dit « chauffage d'arrière saison »[2455]. En 1934, le délégué technique du C.N.D.T., Cailleret, en recommandait ainsi l'installation au sanatorium de Saint-Gobain, jugeant ce chauffage d'appoint nécessaire « surtout aux arrières saisons, et même l'hiver, à l'heure où les malades remplissent leurs bouillottes pour la cure en plein air [sollicitant fortement les chaudières] ; ce système, ajoutait-il, peut également être utile en cas de réparation du chauffage central »[2456]. Au sanatorium du Bois de l'Ours (Hautes-Alpes, 1934), de la même façon, on opta, en complément du chauffage à la vapeur, pour un « chauffage d'appoint par rayonnement » dispensé par des panneaux chauffants fixés au plafond et alimentés directement par le courant électrique[2457].

En choisissant la vapeur comme principale source d'énergie pour leurs projets, les architectes purent éloigner les chaudières et leurs nuisances (bruit, fumées, poussières) des bâtiments de cure. Dans les sanatoriums de l'Assistance publique de Paris de Champrosay (Essonne, 1931) et de Labruyère (Oise, 1932), les générateurs de vapeur à haute pression étaient ainsi placés dans une « usine », située un peu à l'écart, et qui fournissait en énergie vapeur tout le sanatorium :

> *Partant de l'usine, des galeries souterraines ont été construites dans toute l'étendue du sanatorium [...] : les canalisations pour la vapeur, le chauffage, la vapeur des appareils spéciaux (étuves, eau, chaude, bains, cuisine, désinfection), les retours d'eau condensée ont emprunt leur parcours. Ces différentes tuyauteries aboutissent à des postes ou sous-stations, où la vapeur est détendue aux pressions d'utilisation ; des vannes commandent les différents circuits permettant à la fois des réparations d'entretien faciles et une exploitation conforme aux prescriptions du corps médical.*[2458]

A l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1932), la vapeur à haute pression était fournie par la centrale thermique de l'hôpital général, distante de 800 mètres, et était détendue à son arrivée dans chacun des services : cuisine, désinfection, chauffage, de façon à ce qu'« aucune fumée ne [soit] produite dans l'établissement[2459] ». Dans le projet d'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1931), Saacke et Bailly mirent à profit le plan pavillonnaire pour faire passer les conduites de vapeur sous les galeries couvertes reliant les bâtiments entre eux ; cette solution, ajoutaient les architectes, présentait « les avantages de toute centralisation et [était] beaucoup plus économique pour l'exploitation »[2460]. Au sanatorium de l'Assistance publique de Paris, à Champcueil (Essonne, 1935), « l'usine de production de vapeur », avec ses différentes annexes, constituait un service très important qui assurait « la vie de tout l'établissement »[2461]. Cette usine groupait les générateurs de vapeur, une cabine de courant haute tension,

---

[2454] Ces circuits étaient découpés de la façon suivante : « 1° Les locaux d'occupation de nuit et leurs dépendances (galeries, W.C., lavabos, etc.) [...] mis en service aux heures du coucher et du réveil ; 2° D'une manière continue de jour, les locaux administratifs, les locaux de médecine et de chirurgie avec leurs dépendances ; 3° Un circuit de jour proprement dit, ne devant fonctionner que de jour et assurant le chauffage des salles à manger, des salles de réunion, etc. [...] ; 4° Un dernier circuit marchant par périodes indéterminées et intermittentes assurera enfin le chauffage de la salle des fêtes. » Crevel et Decaux arch., projet de sanatorium à Boudré, mémoire explicatif, s.d. [*ca.* 1929]. A.D. du Maine-et-Loire, 48 α 20. De tels systèmes existaient dans les sanatoriums Paul-Doumer (Oise, 1932) et Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937).

[2455] Cailleret, visite au sanatorium interdépartemental (Aisne et Somme) de Saint-Gobain (Aisne), août 1934. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.01.Ain.

[2456] *Ibidem.*

[2457] Ces panneaux chauffants « sont constitués par des baguettes d'amiante noyées dans le stuc. Le tout est protégé par des carters de tôle, le chauffage de l'amiante est obtenu directement par le courant de force ». Lucien 1936, p. 182.

[2458] P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment Illustré*, n°3, mars 1933.

[2459] S.a., *« L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 29.

[2460] A.M. de Versailles, 3 M 2387.

[2461] Administration générale de l'Assistance publique de Paris 1937, p. 49.

un groupe électrogène de secours, une salle de désinfection avec étuves, une salle de désinfection des crachoirs, un four à incinérer les pansements et un atelier mécanique avec une forge. Les mêmes dispositions furent adoptées au sanatorium de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932) où l'on tint compte des vents dominants pour l'implantation de l'usine afin d'éviter que les fumées, les vapeurs, les poussières, les odeurs et les bruits ne parviennent jusqu'au sanatorium. D'autres architectes firent le choix de centraliser tous les services dans le bâtiment d'hospitalisation : dans un avant projet pour le sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1928), Abraham et Le Même avaient réuni les installations techniques dans une « usine » éloignée de l'établissement ; ils se ravisèrent en 1929, estimant que « les installations à prévoir dans cette usine, aussi bien que les ateliers et logements, [pouvaient] être parfaitement disposés et aménagés avec aisance dans les parties disponibles dans les sous-sol du bâtiment principal »[2462]. Ils justifiaient ce revirement d'un point de vue économique (la construction de l'usine était évaluée à 750.000 francs) mais également pratique, considérant « qu'il [était] fort intéressant pour le directeur-hôtelier, d'avoir tous ses services et son personnel sous la main ». Les sanatoriums qu'ils réalisèrent ensuite au Plateau d'Assy (notamment Guébriant et Martel de Janville) intégraient tous les services techniques dans leurs sous-sols. Pour préserver les malades du bruit des machines, Abraham et Le Même préconisaient de les placer à l'aplomb des espaces d'entrée et des pièces de service, au nord de l'établissement[2463]. S'agissant des fumées, ils estimaient avec raison « qu'une cheminée industrielle à 100 mètres du bâtiment sera peut-être plus incommode lorsque les vents viendront du Nord, et rabattront, qu'une cheminée à l'aplomb même du bâtiment ». Ainsi, au sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937), la cheminée dépassait d'une dizaine de mètres la dernière terrasse de l'établissement et bénéficiait d'un traitement sculptural intégrant les passerelles permettant d'accéder aux « capte-suies » qui exigeaient un entretien constant. Cette cheminée en forme de « tuyère en béton armé au profil très étudié, formant aspirateur », était une sorte de « machine à respirer » intégrant un système de ventilation des gaines à linge sale et des vide-ordures[2464].

A proximité de la chaufferie et des services techniques, se trouvait généralement le service de désinfection, situé aussi loin que possible de l'aile d'hospitalisation afin d'éviter les nuisances[2465]. Le fonctionnement des stations de désinfection était à sens unique et impliquait l'existence de parcours différenciés pour les matières septiques et celles stérilisées. Les matières infectées étaient chargées d'un côté dans les étuves et déchargées de l'autre. Pour éviter le transit du linge sale, potentiellement contagieux, par les dégagements et les espaces fréquentés par les malades, les sacs en toile étaient jetés dans des trémies et arrivaient directement au sous-sol. Dans leur projet pour Plaine-Joux, Abraham et Le Même avaient prévu d'évacuer les « objets contaminés » par le monte-charge de l'aile ouest, aboutissant au sous-sol dans le service de désinfection, et la distribution dans chaque étage des objets propres ou désinfectés par le monte-charge de l'est[2466]. Cette conception fut poussée plus avant par les architectes Bailly et Saacke pour leur projet d'hôpital-sanatorium à Versailles (Yvelines, 1931) :

> *Dans un dessein prophylactique*, expliquaient-ils*, on a prévu deux réseaux de galeries dont l'un, supérieur, est affecté au passage de tout le matériel propre, alors qu'un autre, aux deux tiers en sous-sol, éclairé et aéré par de vastes soupiraux, sert exclusivement au passage du matériel pollué (crachoirs, linge sale, etc.). Les crachoirs sont évacués par le monte-charge qui aboutit à la galerie inférieure. Nettoyés, ils reviennent par la galerie supérieure, empruntent un autre monte-charge et sont déposés dans un local affecté à cet usage. Le linge sale est évacué par les mêmes voies.*[2467]

[2462] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 45

[2463] Ils proposaient également « d'empêcher la propagation des vibrations par les moyens suivants [...] : moteurs autonomes (la transmission par courroies étant absolument proscrite), massifs réellement isolés du gros œuvre et des dallages, interposition entre les massifs et les machines de matériaux antivibratiles du genre "trichopièze" et emploi des matériaux pour garnir les colliers de support des grosses canalisations ». Ils comptaient enfin « sur les qualités d'insonorité du bâtiment lui-même, qualités dues à la matière des planchers, des sols et des matériaux de remplissage et aux solutions de continuité ». *Ibidem.*

[2464] Véry & Saddy 1988, p. 51.

[2465] Cette disposition se trouve dans les sanatoriums Clémentel (Puy-de-Dôme), Paul Doumer à Angicourt et d'Aincourt.

[2466] Berger 1929, p. 64. Abraham et Le Même avaient également prévu « une installation de dépoussiérage à vide central », sorte d'aspirateur sur réseau permettant de centraliser le ramassage des poussières. Ce système contrevenait toutefois à l'obligation de réalise le nettoyage humide des surfaces dans les sanatoriums. Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 57.

[2467] A.M. de Versailles, 3 M 2387.

Contenir l'infection et limiter les contacts entre les objets souillés et les espaces réservés aux malades étaient une préoccupation constante des médecins et des architectes. La centralisation de la production d'énergie et l'éloignement des nuisances participaient de l'augmentation du rendement des établissements : rendement énergétique, certes, mais également thérapeutique, dans la mesure où la qualité (sonore, bactérienne, chimique) de l'environnement affecté aux malades avait une incidence importante sur les résultats de la cure. Idéalement, les équipements techniques et la production d'énergie devaient être parfaitement invisibles aux malades, condition qui ne pourra être satisfaite qu'à la fin des années vingt avec l'utilisation massive d'équipements électriques.

4.2.4. L'électricité : source d'énergie hygiénique.

D'un point de vue économique et hygiénique, le choix du mode de production énergétique était, nous l'avons vu, crucial. Les combustibles disponibles dans l'entre-deux-guerres étaient, par prix de revient croissant : le charbon, le coke, le mazout, le gaz et l'électricité. Le charbon et le coke étaient les plus économiques, mais les frais de transport dans les régions éloignées des bassins miniers du nord et l'est de la France, pouvaient en renchérir considérablement le prix de revient. Le mazout avait la préférence des médecins et des architectes car, comme le rappelaient Abraham et Le Même, il supprimait les « poussières en totalité et, dans une large mesure, [les] fumées »[2468]. Avant la Première Guerre Mondiale, l'électricité servait essentiellement à l'éclairage et au fonctionnement de quelques appareils (ascenseurs et équipement de radiographie surtout) ; son usage allait ensuite s'étendre à la production d'énergie et au chauffage. En France, il faudra attendre la fin des années vingt et la consolidation des réseaux de distribution pour voir se développer le chauffage électrique. L'un des premiers sanatoriums français équipés d'un système de chauffage par l'électricité fut celui de l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose (A.M.M.) à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), inauguré en 1929 mais dont le chantier avait été engagé dès 1920. Cet établissement avait implanté, il est vrai, dans une région pionnière en matière de production hydroélectrique, le Dauphiné, où la « houille blanche » jaillie des torrents alpins était exploitée depuis la fin du XIX^{e} siècle. Dans cet établissement, la vapeur était « produite par une chaudière électrique actionnée surtout par du courant de nuit à tarif très bas : emmagasinée dans d'énormes accumulateurs, cette vapeur [était] ensuite envoyée à basse pression pour le chauffage général dans des radiateurs »[2469]. L'eau chaude sanitaire était fournie par une chaudière électrique couplée à deux petites chaudières à charbon actionnées en cas de panne électrique. Au sanatorium départemental de Felleries-Liessies (Nord, 1933), les logements du personnel, les bâtiments administratifs et techniques étaient équipés avec un système de chauffage conventionnel, mais les trois pavillons d'hospitalisation étaient « éclairés, chauffés et régis par une force motrice électrique »[2470]. La distinction à Felleries-Liessies, dans le système de chauffage, entre les espaces de services et ceux affectés à la cure, mérite d'être soulignée.

> *L'utilisation de l'électricité pour le chauffage a une importance considérable,* rappelait l'architecte départemental du Nord, Gaillard *: [...] dans un sanatorium,* [le chauffage] *doit être conçu de façon à être facilement réglable, permettant d'entretenir dans les salles une température constante quelle que soit la température extérieure, de fonctionner presque automatiquement, de ne pas laisser pénétrer dans les salles des poussières ou des produits gazeux, de ne pas dessécher l'atmosphère respirable et réduire à leur minimum les chances d'accident. Le service électrique remplit idéalement toutes ces fonctions.*[2471]

A la fin des années vingt, plusieurs établissements s'équipèrent d'un réseau de chauffage électrique pour lequel existaient trois systèmes principaux : le chauffage pas foyers électriques (ou convecteurs) ; le système à panneaux[2472] ; le système à accumulation thermique. Nous n'avons pas trouvé

[2468] *Idem*, p. 47. Ce combustible fut notamment adopté dans les sanatoriums Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme, 1933) et Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937) et avait été retenu pour les établissements non réalisés de Boudré (1929) et de Versailles (1931).
[2469] Arnoult 1929, p. 1416.
[2470] « Cette force motrice arrive au poste de transformateur du sanatorium sur des lignes de transport de force de 45.000 volts ; elles y sont transformées successivement en 10.000 puis en 220 volts ». Gaillard, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[2471] *Ibidem.*
[2472] Voir à ce sujet l'article de Roth, « Die Paneel- oder Deckenheizung », in *Schweizerische Bauzeitung*, 23 sept. 1933, p. 153-157.

d'exemples du premier de ces systèmes : l'émission localisée de chaleur par convexion et rayonnement était difficilement réalisable, selon Rideau, dans de grands bâtiments[2473]. Le système le plus proche dont nous avons eu connaissance est le « chauffage d'appoint par rayonnement », installé par exemple au sanatorium du Bois-de-l'Ours, à Briançon (Hautes-Alpes, 1934). Cet établissement était bien placé pour recevoir ce type d'équipement puisqu'il dépendait de l'Association des industries électriques qui y soignait ses employés. Ces panneaux étaient constitués de plaques d'amiante fixées au plafond[2474].

> *Le système par panneaux,* ajoutait Rideau, *qui a les avantages de l'invisibilité et de la propreté, assure la diffusion parfaite de la chaleur et permet le réglage automatique de la température. Il demande beaucoup moins de puissance électrique que le chauffage par foyers pour produire le même confort ; l'emploi de panneaux encastrés au plafond* [comme à Briançon] *est recommandé : ces panneaux ne transmettent leur chaleur que par rayonnement, contrairement aux panneaux muraux qui chauffent en partie par convexion.*[2475]

Equipant notamment le sanatorium de l'A.M.M. à Saint-Hilaire-du-Touvet, le système à accumulation thermique, avait été « spécialement conçu du fait que certaines usines d'approvisionnement offrent des tarifs réduits pour l'énergie employée pendant les heures de nuit »[2476]. Profitant des avantages offerts par spécificité du syndicat professionnel à l'origine du projet, les architectes du sanatorium du Bois-de-l'Ours eurent recourt, en plus des panneaux chauffant, « au courant électrique pour tous les services, c'est à dire pour le chauffage [...] et des pavillons réservés au personnel ainsi que pour la buanderie, la lingerie, la désinfection, le garage, la distribution d'eau chaude, etc. »[2477]. Le système était alimenté par une « chaudière électrique à électrodes » d'une puissance de 1.200 kilowatts, produisant de la vapeur haute pression détendue à une pression de 300 grammes avant d'être envoyée dans le réseau de chauffage contrôlé par des soupapes électriques dont l'ouverture et la fermeture étaient préréglées en fonction du régime de chauffe exigé quotidiennement. Au Bois-de-l'Ours, comme à Saint-Hilaire, l'électricité était utilisée comme source d'énergie primaire pour produire la vapeur alimentant le réseau de chauffage central ; ce système pourrait donc être qualifié de chauffage électrique indirect, dans la mesure où il alimentait en vapeur un réseau secondaire. A Felleries-Liessies, où le chauffage était également électrique, l'architecte Gaillard ne précise pas si l'électricité échauffait directement les résistances des radiateurs ou si elle servait à produire de la vapeur pour le réseau de chauffage. La description qui en est faite, insistant sur la flexibilité du système, nous autorise toutefois à privilégier la première hypothèse. Réalisation emblématique du début des années trente, le sanatorium départemental de la Seine-et-Oise, à Aincourt (Val-d'Oise, 1933), disposait également d'un système de chauffage électrique. Hésitant entre le charbon, le mazout et l'électricité, les architectes Crevel et Decaux choisirent finalement cette dernière source d'énergie dont les avantages techniques et hygiéniques, l'absence d'émanations délétères pouvaient donner à leur projet un caractère d'exemplarité[2478]. Au sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, 1939), de la même façon « l'équipement [était] entièrement électrique » et le chauffage était assuré par l'intermédiaire de différents systèmes complémentaires : « chauffage par accumulation ou direct suivant les services, chauffage par le sol pour le bloc opératoire ». Tous les appareils (cuisines, buanderie, désinfection, stérilisation) étaient également électriques, « à peu près automatiques » et « commandé[s] par un vaste tableau central surveillé et entretenu par une seule personne ». « Cette conception, précisait l'architecte André Boucton, permet de maintenir intégralement la pureté de l'air et supprime les sujétions

[2473] Rideau 1932, p. 102.
[2474] Ces panneaux chauffants « sont constitués par des baguettes d'amiante noyées dans le stuc. Le tout est protégé par des carters de tôle, le chauffage de l'amiante est obtenu directement par le courant de force ». Lucien 1936, p. 182.
[2475] Rideau 1932, p. 102.
[2476] *Ibidem.*
[2477] Lucien 1936, p. 182.
[2478] Deux solutions techniques étaient envisageables, le chauffage électrique fonctionnant « soit par le courant pris au secteur, soit par la création d'une centrale au sanatorium. Dans le premier cas, le prix que peut faire le secteur ne descendra jamais beaucoup en dessous de 0,35 francs le KW/h, pris qui ne devrait pas dépasser 0,20 pour pouvoir être comparé à celui de la vapeur ; en outre, si une panne survenait, la vie serait immédiatement suspendue dans ces hôpital-sanatorium. Dans le deuxième cas, la centrale devrait avoir une puissance de 2.000 KW au lieu de 300 et deviendrait une véritable usine dispendieuse au point de vue entretien et consommation ». Dép. de la Seine-et-Oise, construction du sana. de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.

du montage des combustibles et évacuations des scories »[2479]. Rideau estimait toutefois que l'emploi du chauffage électrique ne pourrait être généralisé, en raison notamment de son coût élevé de fonctionnement et d'un rendement énergétique inférieur à celui du chauffage central à combustion[2480]. En 1933, le médecin-directeur du sanatorium d'Aincourt, Féret, regrettait amèrement ce choix dont il jugeait les performances lamentables en dépit d'un coût prohibitif[2481]. Pour limiter les coûts, les pavillons du sanatorium de Felleries-Liessies furent ainsi équipés de « radiateurs à récupération » permettant d'utiliser le courant de nuit, meilleur marché[2482]. Au sanatorium de Mardor (Saône-et-Loire, 1918), les travaux d'extension achevés en 1932 dotent l'établissement de services (chauffage, cuisine, eau chaude, buanderie, éclairage, radiographie, force motrice, etc.) fonctionnant exclusivement à l'énergie électrique fournie, « à prix réduit », par une centrale électrique dépendant de la compagnie électrique de la Grosne[2483].

Le choix d'un système de chauffage était ainsi considéré en fonction de caractéristiques techniques, économiques mais aussi hygiéniques. Au sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1933), Crevel et Decaux envisagèrent de combiner le chauffage et la ventilation au sein d'un système unique :

> *Dans les pavillons de malades,* [le chauffage sera assuré] *par des batteries dissimulées dans les couloirs ou dans les placards, aspirant l'air du dehors par un filtre à huile additionnée de produits appropriés pour maintenir le degré d'humidité recherché, absorber les poussières et permettre même une désinfection. L'air des chambres sera ainsi constamment renouvelé et purifié sans ventilation [directe de l'extérieur]. Les bouches d'air chaud seront disposées à une hauteur d'environ deux mètres, pour éviter l'introduction de corps étrangers. La disposition verticale des poteries ou boisseaux permet de faire la distribution de l'air chaud par simple différence de densité.*[2484]

Le chauffage était conçu pour s'adapter au régime de ventilation propre aux sanatoriums. Puisque l'aération continue des malades constituait, depuis la fin du XIX[e] siècle, « l'un des principes les plus stables de la cure sanatoriale »[2485], la ventilation des chambres était assurée dans tous les établissements par la seule ouverture des fenêtres, nuit et jour, et la plupart des établissements ne disposaient d'aucun système complémentaire. Dans les années trente, précisaient Abraham et Le Même, les modes de ventilation utilisés dans les sanatoriums de cure étaient très variables, depuis « la pratique de la fenêtre ouverte par des températures sibériennes » jusqu'au « désir exprimé d'avoir des locaux rigoureusement clos et alimentés en air conditionné »[2486]. Certains établissements disposaient de prises d'air percées dans les allèges, à l'arrière des corps de chauffe : l'air pur était ainsi échauffé à son entrée dans la pièce, tandis que l'air vicié était aspiré par des bouches d'évacuation. Pour les pièces de service et les salles de bain, une ventilation « par dépression » ou « aspiration » pouvait être prévue de façon à évacuer l'humidité résiduelle et les odeurs[2487]. Des systèmes plus sophistiqués permettaient de combiner le chauffage, la ventilation et le contrôle des caractéristiques physiques de l'air (hygrométrie, pureté, etc.), comme celui proposé par un participant au concours pour la construction d'un hôpital-sanatorium à Versailles, en 1931 :

> *La nécessité de donner aux malades un air pur, attiédi et débarrassé des poussières et impuretés en suspensions dans l'atmosphère, nous oblige à un système de chauffage très répandu en Suisse et en*

[2479] S.a., « Sanatorium des Genévriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, février-mars 1946, n°55-56, p. 68.
[2480] Crevel et Decaux notaient ainsi, en 1930, pour le projet de sanatorium départemental du Maine-et-Loire, que le prix de revient d'un million de calories est de 57 à 64 francs pour le charbon, de 61 à 67 francs pour le coke, de 87 à 112 francs pour le mazout, de 135 à 159 francs pour le gaz et de 580 à 970 francs pour l'électricité ; cette dernière est donc, au minimum, dix fois plus cher que le charbon. Crevel et Decaux architectes, sana. de Boudré, mémoire explicatif et justificatif, s.d. [ca. 1929]. A.D. de M.-et-L., 48 α 20.
[2481] Les architectes avaient envisagé, dans un premier temps, de chauffer l'établissement au mazout ou au charbon ; ils adoptèrent le chauffage électrique. « Le chauffage électrique, expliquait-il, est certainement la solution de l'avenir, mais actuellement étant donné le prix du courant et surtout les heures auxquelles ce courant nous est distribué, nous n'avons que des ennuis. La température moyenne du sanatorium pendant les jours froids que nous venons de traverser à été d'environ, 3° en dessous de 0. Quant au prix, il a été pour l'installation électrique du sanatorium de 5 millions. A l'heure actuelle pour être chauffé d'une manière aussi défectueuse, nous dépensons 30.000 kilo-watts par jour au prix moyen de 0,29 francs, vous pouvez juger de la dépense (8700 francs/jour). » Lettre du 18 décembre 1933 du médecin-directeur du sanatorium départemental de la Bucaille, à Aincourt, au Dr Evrot. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.70 Seine-et-Oise.
[2482] Cette récupération nocturne de chaleur supprimait toutefois l'un des principaux avantages du chauffage électrique : la possibilité de mise en chauffe immédiate des radiateurs. Rapport sur le sana. de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[2483] S.a., "Réunion du Conseil de Direction", in *Bulletin du CNDT*, 1932, n°6, p. 687.
[2484] Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.
[2485] Abraham & Le Même 1934, p. 70.
[2486] *Ibidem.*
[2487] Rapport d'Abraham & Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 52.

Allemagne : "chauffage hygiénique par pulsion d'air chaud à prise extérieure, avec tamisage, filtrage, humidification et ozonisation contrôlée".[2488]

Ce dispositif n'était pas nouveau et se rapproche beaucoup de celui installé en 1892 au sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne, voir p. 81). Il confirme toutefois la tendance à intégrer, au sein d'un système unique, tous les éléments relatifs à la gestion du confort intérieur[2489].

4.2.5. L'ère de la chirurgie.

Dès la fin des années vingt, les sanatoriums de cure existants s'équipèrent de salles d'opération et les nouveaux programmes de constructions intégrèrent ces nouvelles exigences médicales et techniques. A cette époque, un grand nombre de sanatoriums insuffisamment équipés envoyaient leurs malades dans les hôpitaux urbains pour subir les interventions chirurgicales nécessaires à leur traitement. Il apparut toutefois qu'il y aurait avantage à réaliser ces interventions au sanatorium même et éviter ainsi à des malades déjà mal en point ces transports longs et pénibles. Conçu en 1920, le sanatorium de l'Association métallurgique et minière de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1929) comprenait ainsi une « salle d'opérations » pour la pratique du pneumothorax. En 1923, l'architecte Tony Garnier souhaita adjoindre « un petit service de chirurgie avec salle d'opération » dans son projet de sanatorium de l'Union hospitalière du Sud-Est[2490]. En 1928, le projet de sanatorium à Plaine-Joux prévoyait un service médical entièrement équipé, contentant, outre les espaces administratifs et de consultation, une salle de radiographie, une salle d'insufflation pour pneumothorax, d'une grande salle d'opérations pour « la phrénicéctomie, la thoracoplastie, les interventions chirurgicales courantes », deux laboratoires (chimie et bactériologie), une pharmacie et un local pour l'élevage des animaux servant aux tests d'inoculation[2491]. La même année, le programme du sanatorium de Parigné-Lévêque (Sarthe) comprenait une « salle d'opération avec stérilisation »[2492] et, en 1930, le programme du concours pour l'hôpital-sanatorium de Versailles intégrait, en plus des équipements habituels (radiologie, pharmacie, laboratoire, salles d'attente et d'examen), des « salles d'opération septique et aseptique »[2493] auxquelles programme du sanatorium de Boudré (Maine-et-Loire, 1931) ajoutait une salle d'anesthésie[2494]. Prenant en compte ces évolutions, le décret du 30 mai 1932 compléta les recommandations ministérielles de 1929 en exigeant que tout sanatorium fût équipé d'une salle d'opération[2495]. Le sanatorium départemental Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme, 1934) et l'hôpital-sanatorium Albert-Calmette (Nord 1936) disposaient ainsi, dès leur création, d'un bloc opératoire. Au

[2488] Concours pour un hôpital-sanatorium à Versailles, projet non identifié, 1931. A.M. de Versailles, 3 M 2387.

[2489] Après la Seconde Guerre Mondiale, ces dispositifs de conditionnement de l'air prendront la forme de systèmes de climatisation, comme celui installé entre 1949 et 1955 dans le pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Strasbourg. Il s'agissait d'un système sophistiqué liant la structure porteuse avec le chauffage, le refroidissement en été et la ventilation : « La dalle à nervure des planchers permettra la fixation d'un plafond suspendu dans lequel on disposera les serpentins de chauffage par rayonnement [...]. Au-dessus des serpentins, des dalles de liège de trois centimètres d'épaisseur formeront isolant vers le haut. Vers le bas, un grillage de métal déployé [...] servira à la fixation de l'enduit spécial nécessaire au chauffage par rayonnement. L'exécution de ces planchers, très onéreuse, donne entière satisfaction au point de vue chauffage et surtout isolation phonique. En considérant les particularités du chauffage par rayonnement, nous avons prévu les entrées d'air par le haut et l'évacuation de l'air vicié par le bas. [...] Le réchauffement [de l'air entrant] s'obtiendra par l'intermédiaire d'une batterie à raccorder au système de chauffage. Il sera préalablement filtré par un appareil à agglutination. La distribution s'obtiendra sous l'effet d'un ventilateur centrifuge à basse pression par l'intermédiaire de gaines en staff parfaitement lisses. [...] Le réglage de l'aération des locaux s'obtiendra par des persiennes à commande individuelle. [...] Par l'adjonction d'un appareil à contre-courant, le système de chauffage par rayonnement peut, en outre, servir pour le refroidissement des locaux en été. Le refroidissement du fluide réfrigérant, qui sera dans notre cas l'eau du système de chauffage, s'obtient moyennant l'eau du réseau d'eau froide, branché en circuit fermé sur l'appareil à contre courant. Il suffira de veiller que la température superficielle du panneau émetteur ne tombe pas en dessous de la température de condensation de l'air intérieur. Cette particularité du système de chauffage par rayonnement a permis de réduire au strict minimum l'installation d'aération, tout en nous offrant l'avantage d'une climatisation peu coûteuse. » Hospices civils de Strasbourg, service des travaux, pavillon des tuberculeux à Strasbourg, rapport descriptif, octobre 1949. A.D. du Bas-Rhin, 465 D 178.

[2490] Lettre du 17 avril 1923 de T. Garnier au président de l'U.H.S.E. A.M. de Lyon, 1764 W 2.

[2491] Berger 1929, p. 64.

[2492] P. Grosch, rapport descriptif et estimatif, 15 octobre 1928. A.D. de la Sarthe, 1 X 319.

[2493] S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 316.

[2494] Boudré, programme du concours pour la construction d'un sanatorium en Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

[2495] « Tout sanatorium doit être pourvu d'un service médical comprenant : salle d'attente, salle d'auscultation, installation de rayons X, organisation pour la création et l'entretien du pneumothorax artificiel, outillage pour la désinfection des instruments, une salle d'opération, une salle de pansements et soins spéciaux, service oto-rhino-laryngologique, dentisterie, petite pharmacie ; laboratoire outillé pour la bactériologie, les analyses et les recherches courantes, une chambres noire pour les travaux photographiques et une réserve pour le classement et la conservation des films radiographiques. » Décret du 30 mai 1932, article 10.

sanatorium du Bois-de-l'Ours, à Briançon (Haute-Alpes, 1934), les phrénicetomies, phrénoalcoolisations, thoracoplasties et les interventions de chirurgie osseuse et abdominale étaient réalisées dans l'établissement une fois par mois par un chirurgien venant de Grenoble[2496]. Le sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire, 1933) disposait quant à lui d'une salle d'opération, de quatre salles de pneumothorax, d'une salle de section de brides[2497]. Dans les hôpitaux-sanatoriums, où les malades étaient plus gravement atteints et moins susceptibles de tirer un bénéfice de cure hygiéno-diététique, les opérations chirurgicales constituaient souvent le dernier recourt des médecins : elles y étaient donc plus fréquentes et les services chirurgicaux y étaient particulièrement développés. Conçu comme un « centre de traitement médico-chirurgical », l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934) disposait de services opératoire, radiologique, « radiothermique » et « électro-thérapique » complets, situés aux premier et deuxième étages du bâtiment des services généraux[2498]. Les équipes médicales furent augmentées de médecins spécialistes de ces nouvelles techniques chirurgicales :

> *Un sanatorium*, estimait Rist en 1935, *est maintenant un établissement très complexe, dont la galerie de cure, qui en était jadis le tout, n'est plus aujourd'hui qu'une annexe. Chaque jour on y tire des clichés radiographiques, on y entretient des pneumothorax, on y évacue des épanchements pleuraux, on y lave des plèvres, on y sectionne des brides, on y opère. Il y faut une installation chirurgicale modèle, des laboratoires bien outillés, des fichiers et des archives en ordre parfait.*[2499]

Au milieu des années trente, le chirurgien était un personnage presque aussi important que le médecin-directeur. « Chacun de ces départements : radiologique, chirurgical, bactériologique, clinique, doit être confié à un spécialiste compétent aidé d'un personnel technique de premier ordre, relevait Robert Clément en 1940. De sorte que le sanatorium doit posséder un véritable état-major de cliniciens, radiologues, chirurgiens et biologistes. »[2500] Selon Léon Bernard, en 1932, le sanatorium « devra comprendre [...], des services médicaux et chirurgicaux bien plus développés et parfaitement appropriés aux conditions spéciales de cure qu'ils ont charge de réaliser ; tant au point de vue des installations matérielles qu'à celui du travail médico-chirurgical, le sanatorium doit subir une orientation nouvelle qui se reflète naturellement dans ses dispositifs architecturaux ».[2501]

La validité des traitements chirurgicaux en sanatorium fut renforcée par l'étude des médecins Mainer et Rolland, présentée en 1935 au congrès de la tuberculose de Marseille. Elle fit notamment ressortir que, en matière de thoracoplastie, les sanatoriums obtenaient de meilleurs résultats thérapeutiques que les hôpitaux. Cette étude démontrait ainsi « l'importance de la cure sanatoriale, pour la préparation, l'intervention, [et] les suites opératoires »[2502]. Les interventions chirurgicales de collapsothérapie devinrent courantes dans les années trente : entre 1933 et 1938, au sanatorium départemental de Felleries-Liessies (qui n'était pourtant pas un hôpital-sanatorium mais bien un sanatorium de cure), l'équipe chirurgicale avait créé 699 pneumothorax, entretenu 708 autres (avec réinsufflations régulières), réalisé 126 phrénicectomies ou alcoolisation du nerf phrénique, ainsi que 67 thoracoplasties (en deux temps, soit un nombre double d'interventions) et huit pneumothorax extra-pleuraux (pratiqués lorsque la plèvre refuse de se décoller des poumons)[2503]. En 1936, Berl estimait la présence d'un service de chirurgie « absolument indispensable pour la bonne marche du sanatorium »[2504].

Les programmes de "modernisation" des anciens sanatoriums, notamment ceux créés pendant la guerre sous forme de stations sanitaires, concernaient en priorité la remise aux normes des équipements médicaux et chirurgicaux. Dès 1925, le sanatorium Félix Mangini, à Hauteville (Ain, 1900), obtint une

---

[2496] Lucien 1936, p. 181.
[2497] Opération consistant à sectionner les adhérences de la plèvre et de la paroi thoracique de façon à obtenir un collapsus efficace.
[2498] Construction d'un hôpital-sanatorium au Cluzeau, rapport des architectes, 11 septembre 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1X154.
[2499] S.a., « Inauguration officielle du sanatorium des étudiants de France », in *La Presse médicale*, 14 août 1935, n°65.
[2500] Clément 1940, p. 1083.
[2501] Bernard 1932, p. 5.
[2502] Leurs résultats montraient notamment 61% de « guérisons apparentes » en sanatorium contre 39% à l'hôpital, et 14% d'« améliorations considérables, probablement durables » en sanatorium contre 5% à l'hôpital. Le taux de décès était de 7% en sanatorium contre 27,8% à l'hôpital. Rodriguez-Bello 1938, p. 25.
[2503] Rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.*1939]. A.D. du Nord, M 229-32.
[2504] Berl 1936, p. 48.

subvention du pari mutuel pour réaliser l'agrandissement de son service médical et la création d'une salle de laryngoscopie, d'une salle d'opération et d'un laboratoire[2505]. En 1930, le médecin-directeur du sanatorium de la Guiche, Duballen, déplorait ainsi l'inadéquation des équipements de son établissement avec les nouvelles thérapeutiques :

> *Les services médicaux [...] sont parfaitement inexistants. Il a été prélevé, aux dépens des magasins et des services généraux, une portion du sous-sol du bâtiment – une cave, dont les pièces les mieux placées sont à 1,50 mètres en dessous du sol – pour organiser tant bien que mal les pièces où se fait quotidiennement le travail le plus important de l'établissement [...], c'est à dire tous les examens d'auscultation et de radioscopie. Cette installation, qui dure depuis 12 années, est réellement minable, parfaitement inconfortable et très médiocrement hygiénique puisque humide et mal éclairée.*[2506]

Pour tenter de palier ces manques, l'architecte départemental de Saône-et-Loire proposa la construction d'un service médical complet avec salle d'opération formant un « bloc de services » au centre du bâtiment, au pied de la façade sud[2507]. En 1931, la création d'un service médical avec salle d'opération fut étudiée à l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs, 1925, ill. 194). La plupart des projets d'extensions conçus dans les années trente comprenaient un nouveau service médical ou un bloc chirurgical dont certains ne furent effectivement réalisés qu'après la Seconde Guerre Mondiale[2508].

Cette évolution fut similaire dans les autres pays européens et l'historien Smith rappelle qu'en Angleterre les critiques formulées, dès le début des années vingt, à l'encontre de la méthode sanatoriale, eurent pour conséquence immédiate le développement des pratiques chirurgicales qui tendaient à démontrer que la phtisiologie disposait également de méthodes « actives » de traitement[2509]. En 1938, Rodriguez-Bello estimait que le sanatorium, « en s'adaptant aux nouvelles méthodes thérapeutiques, a traversé trois étapes successives », passant de la simple maison de repos au « sanatorium populaire à rôle éducateur et prophylactique » et jusqu'au « centre médico-chirurgical où le malade bénéficie de la cure de repos associée aux méthodes chirurgicales »[2510]. Ce mouvement ne fit que s'amplifier après la Seconde Guerre Mondiale : pour permettre aux établissements de s'adapter à l'évolution rapide des méthodes médicales et chirurgicales, qui requéraient une instrumentation toujours plus sophistiquée, Lucien Billard conseillait en 1953 « de prévoir dans les services communs médicaux une ou deux pièces supplémentaires, car les progrès de la thérapeutique en ce qui concerne la tuberculose sont constants : les nouvelles et peut-être de futures méthodes de traitement, peuvent nécessiter des équipements rapides qui pourraient être retardés si les locaux susceptibles de les recevoir faisaient défaut »[2511].

[2505] Dumarest 1997, p. 69.
[2506] Lettre du 8 août 1930 du médecin-directeur du sanatorium de la Guiche au ministre de la santé. A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 34.
[2507] Le médecin-directeur suggéra qu'il soit « disposé en rotonde semi-circulaire, les diverses pièces rayonnant autour d'une salle centrale largement éclairée et aérée par le toit composé de verrières où attendraient les malades ». Le bâtiment réalisé prit, plus modestement, la forme d'un pavillon médical situé devant le bâtiment d'hospitalisation. *Ibidem.*
[2508] Tels ceux du sanatorium de Sainte-Feyre, de sanatorium interdépartemental de Hauteville (service de chirurgie thoracique ouvert en 1939), du sanatorium du Rhône (blocs opératoire commun aux trois établissements de Saint-Hilaire-du-Touvet ouvert en 1940), sanatorium de Bon Accueil (projet d'aménagement d'un groupe chirurgical conçu en 1941), du sanatorium des Graviers (bloc chirurgical construit en 1945-1949), du sanatorium de Monbran (bloc chirurgical construit en 1949-1952), du sanatorium de la Musse (achevé en 1952) ou du sanatorium d'Helfaut (projet de bloc opératoire conçu en 1951).
[2509] Smith 1988, p. 167.
[2510] Bello 1938, p. 29.
[2511] Robin 1953, p. 242.

4.3. La chambre de malade comme unité constitutive du projet.

4.3.1. La « chambre de Bligny ».

La thérapie sanatoriale s'exerçait essentiellement dans les chambres de malades et dans les galeries de cure. Nous les étudierons à présent plus en détails, à commencer par les chambres, dont la conception focalisait l'attention des médecins et des architectes, pour la simple raison qu'elles étaient le lieu où les malades passaient le plus de temps (à jeu égal, selon les établissements, avec les galeries de cure). Contrairement aux malades alités dans les hôpitaux généraux, les tuberculeux passaient, au sanatorium, leurs journées en dehors des chambres : en cure, en promenade ou dans les salles de jour.

Le plan type publié en 1929 dans la *Note sur les sanatoria* reprenait non seulement l'organisation spatiale adoptée par l'architecte Magne dans les deux premiers sanatoriums de Bligny (Essonne), mais également la disposition, caractéristique, de leurs chambres. Il n'y avait pas de dortoirs à Bligny : les malades étaient groupés dans des chambres de trois lits, auxquelles on accédait « en passant par un lavabo indépendant, commun à deux chambres de trois lits, de telle sorte que les malades sont groupés par six et séparés par trois »[2512]. Parfois qualifié « d'écluse contre les courants d'air »[2513], le dispositif spatial formé par un vestibule groupant les lavabos des deux chambres qu'il dessert répondait parfaitement aux exigences d'invidualisation des pièces et des fonctions. Ces petites unités permettaient à la fois de rendre l'hospitalisation des malades moins pénible et de les regrouper selon leur état de santé. Cette disposition s'accordait parfaitement avec la législation de 1919-1920 qui prescrivait un minimum de trois lits dans les dortoirs. Contrairement à celles des chambres, les fenêtres du vestibule central accueillant les lavabos pouvaient rester fermer la nuit de façon à ce que les malades se lavent « au chaud pendant la saison froide »[2514]. Ces aménagements respectaient les prescriptions d'hygiène les plus strictes. A Bligny, précisait Guinard :

> *On a supprimé tout ce qui est tiroir et tables à toilette individuelles pour adopter des tables en lave émaillées, pouvant tenir trois cuvettes, pourvues, en dessous, d'une baguette de verre pour les linges. Les ustensiles de toilette sont rangés sur des petites tablettes de verre, disposées sur des étagères, une pour chaque malade, du côté correspondant à la chambre où il a son lit.*[2515]

Les cuvettes étaient mobiles et individuelles, chaque malade devant remplir la sienne à un robinet commun aux six malades ; l'eau usagée était ensuite vidée dans le siphon d'évacuation placé sous ce robinet. Guinard remarquait ainsi que, par leurs dimensions (les deux chambres et le vestibule avaient une surface de 72 m^2 et disposaient de cinq grandes fenêtres), « les pièces où couchent les malades représentent de véritables galeries de cure ». En 1917, Fournez et Küss adoptèrent cette disposition dans leurs plans types pour le sanatorium de l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose :

> *Suivant l'idées très ingénieuse de l'architecte du sanatorium de Bligny,* expliquaient-ils, *idée que nous avons adoptée intégralement, il est préférable de placer les lavabos sur la façade méridionale* [en façade sud], *entre les chambres, ce qui assure un fonctionnement [...] meilleur, en même temps que ce lavabo sert d'antichambre pour les deux chambres contiguës. Dans ces conditions, on fait sur* [la largeur de] *chaque chambre l'économie de la porte d'entrée et il est facile de montrer que la longueur totale occupée par les chambres et par les lavabos peut rester exactement la même que celle qu'on aurait eue en supprimant les lavabos et en donnant à chaque chambre une porte d'entrée spéciale donnant directement sur la galerie. Mais il faut observer que cette disposition a l'inconvénient de rendre l'aération en profondeur moins parfaite parce qu'on n'établit pas un courant d'air entre la porte et les fenêtres. Aussi, considérons-nous qu'il est indispensable [...] de ménager au-dessus des lits une série de vasistas ouvrant largement sur la galerie de la face nord.*[2516]

[2512] Guinard 1909/2, p. 1070.
[2513] De Méritens 1933, p. 582.
[2514] *Ibidem.*
[2515] *Ibidem.*
[2516] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 23.

Pour Fournez et Küss, cette disposition des chambres et des lavabos permettait de « réaliser sans efforts et sans difficultés, automatiquement pour ainsi dire, l'asepsie permanente de toutes les parties du sanatorium »[2517] ; ils ajoutaient que « l'action bactéricide de l'air et de la lumière s'exerce d'une façon permanente dans toutes les parties du sanatorium, aucun recoin de l'établissement d'échappe à leur action, ce qui a pour résultat d'annihiler rapidement beaucoup de germes pathogènes et d'atténuer d'une manière très utile la virulence des bacilles tuberculeux dispersés en petit nombre ». Selon Guinard, « cette disposition réalis[ait] un type qui devrait pouvoir être appliqué partout » et, de fait, elle connut une diffusion exceptionnelle en France. Parmi les établissements que nous avons pu documenter, nous avons recensé en effet près de 30 sanatoriums et hôpitaux-sanatoriums construits selon ce modèle[2518], auxquels il faut ajouter une douzaine de projets non réalisés[2519]. En 1932, Rideau pouvait ainsi reconnaître dans les premiers sanatoriums de Bligny le modèle d'un grand nombre d'établissements français parmi les plus récents et les plus imposants :

> *C'est à l'imitation des sanatoriums de Bligny (et non pas du dernier en date, celui de Fontenay, mais des plus anciens Despeaux-Rubod et Petit-Fontainebleau), que l'on doit d'avoir en France un type de sanatorium bien défini, se rapprochant certes beaucoup du type germanique. En France on conçoit en effet le sanatorium comme un long bâtiment de deux à trois étages : une partie de ce bâtiment est affectée aux chambres ou dortoirs, l'autre partie est constituée par les galeries de cure : c'est le type réalisé à Villiers-sur-Marne [...].*[2520]

En 1925, la publication de l'ouvrage de Guinard, *La pratique des sanatoriums*, n'avait fait qu'accentuer la réputation des établissements de Bligny considérés, en France, comme l'une des réalisations les plus abouties en matière de cure sanatoriale de la tuberculose. Bligny était non seulement l'un des établissements populaires les plus anciens de France (ouvert trois ans seulement après ceux d'Angicourt et de Hauteville) mais il était surtout beaucoup mieux aménagé que ces derniers. A partir de 1909, en effet, les femmes purent être soignées dans un établissement distinct, et un troisième bâtiment, le sanatorium de Fontenay, réservé aux malades plus gravement atteints sur le modèle d'un hôpital-sanatorium, fut inauguré en 1925 après 12 ans de travaux. La *Note sur les sanatoria* de 1929 ne fit que confirmer une tendance largement inscrite dans la production sanatoriale de l'après guerre et qui tendait à faire de Bligny, et notamment de ses chambres, un modèle. Au début des années vingt, quelques projets s'en étaient inspiré, tel celui de Georges Beauniée* pour une sanatorium à Dreux (Eure-et-Loir, 1921), celui de Félicien Balley* (1867-1942) pour un sanatorium dans les Pyrénées (1924) ou celui de Max

---

[2517] *Ibidem.*

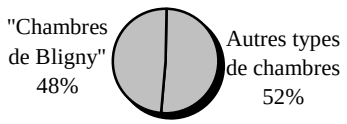
[2518] Projets réalisés : sanatorium départemental du Ponteils (Gard, Max Raphel, architecte, 1925) ; sanatoriums de la Renaissance Sanitaire de Villiers-sur.Marne (1930) et de la Musse (Favier, Bardin et Thiers architectes, 1932) ; sanatorium des chemins de fer de l'Est à Séricourt (Seine-et-Marne, L. Sainsaulieu architecte, 1931) ; sanatorium départemental X. Arnozan à Pessac (Gironde, R.H. Expert, 1931) ; sanatorium des cheminots, section des femmes de Champrosay (Essonne, vers 1931) ; sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados, Guillemin-Tarrayre architecte, 1932) ; hôpital-sanatorium de l'A.P. de Paris à Labruyère (Oise, L. Masson architecte, 1932) ; sanatorium départemental de Parigné-Lévêque (Sarthe, Grosch et Guidetti architectes, 1932) ; sanatorium mutualiste de Sailly-les-Lannoy (Nord, Vandekerchove architecte, 1932) ; sanatorium départemental d'Helfaut (Pas-deCalais, E. Crevel et P. Decaux architectes, 1932) ; extension du sanatorium départemental de Franconville à Saint-Martin-du-Tertre (Val-d'Oise, Albenque et Gonnot architectes, 1932) ; sanatorium départemental de Felleris-Liessies (Nord, Gaillard architecte, 1934) ; sanatorium départemental de Maubreuil à Carquefou (Loire-Atlantique, R. Ménard et M. Ferre architectes, 1934) ; sanatorium départemental de Colmar (Haut.Rhin, A. Muller architecte, 1934) ; sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne, L. Roquet architecte, 1934) ; sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain, F. Pétriaux architecte, 1935) ; sanatorium interdépartemental d'Hauteville (Ain, R. Kohn architecte, 1935) ; hôpital-sanatorium de l'A.P. de Paris à Champcueil (Essonne, 1935) ; sanatorium départemental de la Nouvielle à Bretagne-de-Marsan (Landes, A. Lescourgues architecte, 1936) ; sanatorium départemental du Petit-Arbois à Aix-en-Provence (Bouche-du-Rhône, G. Castel architecte, 1936) ; hôpital-sanatorium Albert-Calmette de Lille (Nord, Deregnaucourt architecte, 1936) ; pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Colmar (Haut-Rhin, W. Vetter architecte, 1936) ; sanatorium départemental hôpital-sanatorium départemental de la Trouhaude à Dijon (Côte-d'Or, 1937) ; sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, A. Boucton architecte, 1939) ; pavillon Laurier du sanatorium interdépartemental de Boulou-les-Roses (Corrèze, L. Saule architecte, 1940) , sanatorium interdépartemental de Bergesserin (Saône-et-Loire, F. Bidaut architecte, 1946).

[2519] Projets non réalisés : plans types pour l'Union des industries métallurgiques et minières (Küss et Fournez, 1917) ; projet de sanatorium municipal de Dreux (Eure-et-Loire, 1921, Georges Beauniée architecte) ; projet de sanatorium des Petites-Roches (Isère, T. Garnier architecte, 1923) ; projet de sanatorium dans les Pyrénées (F. Balley architecte, 1924) ; projet de sanatorium département d'Aincourt (Val-d'Oise, projet de l'architecte Pingusson, 1930) ; projet de sanatorium départemental de Savenay (Loire-Atlantique, M. Bardet architecte, 1931) ; projet de sanatorium départemental de Boudré (Maine-et-Loire, Crevel et Decaux architectes, second projet de 1932) ; projet d'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, Bailly et Saacke architectes, 1931) ; projet de sanatorium pour l'ouest de la France (Michau et Faure architectes, 1932) ; projet de sanatorium départemental de Seine-Inférieure (1932) ; projet d'extension du sanatorium départemental de Larressore (Pyrénées-Atlantiques, 1934, réalisé ?) ; projet de sanatorium aux Cateliers (Seine-Maritime, 1940) ; projet de sanatorium (Tran-Ham-Loc, 1942).

[2520] Rideau 1932, p. 62.

Raphel* pour le sanatorium départemental de Ponteils (Gard, 1921-1925) dont le modèle pour l'aménagement des chambres et des lavabos était le sanatorium Despeaux-Rubod[2521] ; cette référence n'était d'ailleurs pas exclusive et Raphel mentionnait également les sanatoriums d'Angicourt et de Hauteville parmi ses références. L'ouvrage de Guinard eut un impact important si l'on en juge par les projets conçus immédiatement après 1925 qui adoptèrent la "chambre de Bligny"[2522]. Dans certains établissements, on fit le choix, comme à Bligny, de disposer des cuvettes portatives avec distribution d'eau et siphon collectifs[2523]. Mais c'est surtout après la publication, en 1929, de la *Note sur les sanatoria* et du plan type qui l'accompagnait, que la chambre de Bligny s'imposa plus nettement dans le paysage sanatorial français. Selon Rideau, en 1932, cette disposition constituait même la conception « officielle »[2524]. Elle était en tout cas la plus largement et, en 1932, l'architecte Georges-Henri Pingusson estimait que « les chambres group[ant] les malades par trois », avec cabinet de toilette central, constituaient les données habituelles d'un programme devenu « classique », fondé sur des « données pratiques [...] sensiblement constantes »[2525]. Plus largement, d'autre particularités d'aménagements des sanatoriums de Bligny furent prises pour exemple dans les projets du début des années trente, comme le dégagement latéral des galeries de cure explicitement énoncé dans les programmes des sanatoriums de Savenay (Loire-Atlantique, 1931) et de Boudré[2526] (Maine-et-Loire, 1931). D'un point de vue statistique, sur les 52 sanatoriums ayant obtenu des subventions de l'Etat entre 1928 et 1933, pour un total de 13.123 lits, au moins 19 (6.354 lits) d'entre eux avaient été conçus selon le modèle de la "chambre de Bligny", soit un peu moins d'un lit sur deux (48%) entre 1928 et 1933 (voir graphique ci-dessous[2527]). La disposition des lavabos entre deux chambres restera profondément ancrée dans la tradition sanatoriale française jusqu'à la fin des années trente : en 1936, Berl reproduisait encore le schéma extrait de la *Note sur les sanatoria de 1929* et considérait cette disposition comme la seule admissible dans un sanatorium de cure[2528].

Part des chambres de Bligny dans les lits subventionnés par le ministère de l'hygiène entre 1928 et 1933.



L'expression architecturale des bâtiments se trouva profondément transformée par l'adoption massive de la chambre de Bligny. Selon le système habituel privilégiant l'exposition au midi pour les chambres, la façade sud était composée d'un module unique ayant la largeur d'une chambre et composant une trame régulière. L'insertion des lavabos dans ce module provoquait une rupture de rythme que les architectes s'efforcèrent de dissimuler ou, au

« Il est de règle de rendre les lavabos indépendants des chambres. Nous les avons groupés par trois ou par quatre sur les deux murs de séparation des chambres. Ils sont ainsi ensoleillés comme les chambres et constituent une sorte d'antichambre pour deux dortoirs contigus. Il a été prévu un lavabo par malade. » Département du Gard, avant-projet pour la construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport explicatif, s.d. [*ca.* 1921]. A.D. du Gard, 4 N 127.

[2522] Tels les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, mai 1928), de Saint-Sever (Calvados, juillet 1928), de Parigné-Lévêque (Sarthe, octobre 1928) ou d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1928).

[2523] Tels les sanatoriums de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932) ou d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1932) dont les architectes, Crevel et Decaux ,justifiaient ainsi leur choix : « Les appareils sanitaires sont prévus au minimum (robinet de puisage) et cuvettes portatives (comme à Bligny) » ; ils ajoutèrent que « sans doute, toute création est perfectible, mais les résultats obtenus à Bligny, que nous avons prix comme modèle, prouvent qu'il n'est guère de surprise à craindre d'une organisation qui s'est avérée pratique et efficace sans être inutilement dispendieuse. » (Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, construction d'un sanatorium départemental, Arras, imprimerie Nouvelle. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089).
A Parigné-Lévêque : « La distribution d'eau [...] serait installée à tous les étages des bâtiments mais avec prise d'eau unique dans les toilettes qui, suivant le dispositif installé aux sanatoriums de Bligny, conserveraient des cuvettes individuelles mobiles ». (P. Grosch, rapport descriptif et estimatif, 25 octobre 1928. A.D. de la Sarthe, 1 X 319).

[2524] *Ibidem.*

[2525] Pingusson 1932, p. 33.

[2526] « Il serait préférable que l'on accédât à chacune de ces galeries [de cure du premier étage] par un très large couloir venant des chambres et pouvant servir de promenoir les jours de mauvais temps. Deux portes permettraient le passage du couloir dans la galerie. [...] (On pourra s'inspirer avec profit de ce qui existe dans le pavillon du Petit Fontainebleau au sanatorium de Bligny) ». Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1932], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584. Le programme pour la construction du sanatorium de Boudré à été copié sur celui de Savenay et l'on y retrouve, mot pour mot, la même recommandation. Programme du concours pour la construction d'un sanatorium en Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

[2527] D'après la liste publiée en 1933 : « J. Montigny demande à M. le ministre de la santé publique quel est le prix de revient, toutes dépenses réunies, des sanatoria qui ont bénéficié de subventions de l'Etat, depuis cinq ans ». Question du 9 juin 1933. Réponse publiée dans le Journal officiel de la République française le 28 juin 1933. Santé publique n° 4.712.

[2528] Berl 1936, p. 25.

contraire, de tirer parti dans leur composition architecturale. Dans la plupart des établissements, la fenêtre des lavabos se distinguait de celles des chambres : par ses dimensions, son allège, la présence d'un balcon ou l'absence de stores. A l'hôpital-sanatorium de la Trouhaude (Côte-d'Or, 1937), chaque chambre de trois lits disposait de deux portes-fenêtres ouvrant sur un petit balcon tandis que la fenêtre des lavabos est simple, sans prolongement extérieur. La disposition inverse se trouvait, par exemple, au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936) et à l'hôpital-sanatorium Albert Calmette de Lille (Nord, 1936), dont les vestibules accueillant les lavabos s'ouvraient par une porte-fenêtre sur un balcon. Au sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados, 1931), la fenêtre des lavabos était encadrée par deux baies de même largeur que les chambres, divisées chacune en trois châssis à guillotine placés dans l'axe lits (cat. 14-02B). Pour des raisons de symétrie, les galeries de cure situées dans l'aile est du bâtiment adoptaient une composition tripartite similaire. Au sanatorium de Felleries-Fiessies (Nord, 1933), les fenêtres des lavabos formaient des *bow-windows* saillants sur une hauteur de trois étages, qui animaient la façade sud de chacun des pavillons de cure (cat. 59-06B). Comme à Saint-Sever, la partie correspondant aux chambres était occupée par une vaste et unique fenêtre divisée en trois ouvrants. La fenêtre des lavabos était parfois réduite à une étroite baie verticale ouverte dans la maçonnerie (sanatoriums de Parigné-Lévêque, l'Interdépartemental d'Hauteville, Bergesserin),.

Dans d'autres établissements, au contraire, chaque groupe de deux chambres formait, en façade sud, une série continue de cinq baies : celle des lavabos étant encadrée, de chaque côté, par les deux baies des chambres. Au sanatorium des Genévriers (Doubs, 1939), chaque groupe était ainsi identifiable en façade par cette série, seul le trumeau séparant les chambres contiguës était plus large que les autres (ill. 195). Les trumeaux séparant les fenêtres d'un même groupe étaient alors réduits à des dimensions minimales. Au sanatorium de la Savoie, à Hauteville (Ain, 1935), l'architecte Pétriaux avait dimensionné les chambres et les lavabos selon un module unique : ce dispositif permettait d'offrir une façade parfaitement uniforme dans la partie réservée aux chambres et de masquer le groupement en miroir des chambres, chaque vestibule desservant une seule chambre de cinq lits (plan 01-10).

A ces variations en élévations s'ajoutaient d'innombrables variations dans le plan du modèle de Bligny que nous relèverons ici rapidement les variations apportées. Pour permettre au lecteur de suivre plus facilement l'analyse ce ces variantes d'aménagements, nous avons représenté chacune de ces chambres sur une planche récapitulative (plan 00-00A).

Quelques établissements présentent des galeries de cure en avant des chambres, à tous les étages tels le projet de sanatorium municipal de Dreux (Eure-et-Loire, 1921), le sanatorium départemental de Colmar (Haut-Rhin, 1934), le pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Colmar (Haut-Rhin, 1936), l'hôpital-sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Champcueil (Essonne, 1935), projet de sanatorium pour homes aux Cateliers (Seine-Maritime, 1940), le projet de sanatorium départemental de Seine-Inférieure (1932) ; ce dernier projet présente la particularité d'une exposition est/ouest des chambres placées dos à dos des part et d'autre d'un couloir central (plan 76-04). Dans d'autres projets, la capacité des chambres est augmentée afin de réduire les coûts : ces variantes, plus "populaires" si l'on peut dire, sont deux types : avec des chambres de quatre lits (sanatorium dans les Pyrénées, projet de sanatorium des Petites-Roches, sanatorium des chemins de fer de l'Est à Séricourt, sanatorium du Petit-Arbois, sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Champcueil) ; ou avec des chambres de cinq lits (projet de sanatorium municipal à Dreux, sanatorium Xavier Arnozan à Pessac, sanatorium de la Savoie à Hauteville, extension du sanatorium de Franconville). Certains plans présentent, en outre, une modification du dispositif d'entré dans les chambres : l'espace situé entre les deux pièces est alors divisé en deux parties, la première servant de vestibule entre le couloir et les chambres, la deuxième accueillant les lavabos (projet de sanatorium municipal à Dreux ; projet de sanatorium départemental à Thorenc ; sanatorium Xavier Arnozan à Pessac). A Pessac, l'espace réservé aux lavabos est large de 3,55 mètres et comprend, sur les parois latérales, deux séries de cinq placards individuels, ainsi qu'un groupe de six lavabos au centre de la pièce. L'accès aux lavabos se fait alors soit directement depuis le vestibule d'entrée (Thorenc, Pessac) soit depuis les chambres (Dreux). La largeur des chambres en est toutefois sensiblement augmentée dans la mesure où il

faut dégager un espace supplémentaire entre la porte d'entrée et le premier lit. Dans quelques projets, enfin, les lits ne pas disposés perpendiculairement à la façade mais parallèlement (projet des architectes Michau & Faure ; sanatorium Xavier Arnozan). Le projet de Garnier pour le sanatorium des Petites-Roches (Isère, 1923) présente une autre variante de ce dispositif : « une petite entrée dessert sur le corridor chaque chambre, son cabinet de toilette et les W.C. de la façon à ce que la température soit la même dans ces divers locaux et que les occupants n'aient pas de changement de température pour aller à la toilette »[2529]. Le vestibule et le bloc sanitaire sont en outre moins profonds que les chambres de façon à ménager en façade sud un retrait suffisant pour disposer des chaises de cure, réduit à l'épaisseur d'un simple balcon devant les chambres (plan 38-05B). Un autre projet atypique conçu sur la base de la chambre de Bligny est celui des architectes Bailly & Saacke, lauréats en 1931 du concours pour un hôpital-sanatorium à Versailles : outre le fait que le projet présente un profil à gradins, chaque chambre de trois lits dispose en effet de son propre vestibule-lavabos. Dans le second avant-projet de 1932, les architectes conservèrent les gradins tout en revenant au dispositif classique – et plus économe en espace – de la chambre de Bligny (plan 78-04C). Le projet de Pingusson pour le concours du sanatorium d'Aincourt est proche de ce dispositif (gradins, un vestibule par chambre) à la différence que les vestibules sont adossés l'un à l'autre de façon à grouper les gaines (plan 95-04D). Au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain, le vestibule situé entre les chambres est réduit à un simple couloir, les six lavabos étant reportés au nord, dans une petite pièce faisant face à l'entrée de la chambre et formant un large *bow window* accroché à la façade nord (cat. 02-05B).

La chambre type de Bligny, organisée autour d'un vestibule-lavabos, ne fut pas diffusée à l'étranger. Dans *L'architettura pratica*, l'Italien Pasquale Carbonara emprunte la majorité de ses exemples à la France pour laquelle il relève « la tendance à placer les services hygiéniques entre deux dortoirs ». S'il mentionne l'exemple de Bligny, il ajoute qu'il « va toutefois à l'encontre de l'usage de la façade sud des bâtiments, ajoute-t-il, qui devrait être entièrement réservé aux chambres de malades »[2530]. En Italie, les plans types « Nord » et « Sud » présentaient des dortoirs de six lits, disposés sur trois rangées parallèlement à la façade (ill. 101-102). Les placards individuels des malades et les lavabos (un pour deux malades) étaient placés contre la cloison séparant le couloir de la chambre et isolés des lits au moyen de paravents ou de cloisons à mi-hauteur. Les dortoirs s'ouvraient directement sur une galerie de cure, ou *veranda*, placée en façade sud de l'édifice, à chaque étage[2531]. Ce plan constituait le « type Morelli », utilisé dans la plupart des établissements de cure italiens[2532] (ill. 98).

4.3.2. L'organisation des chambres de malades.

La règle qui prévoyait, pour les chambres de sanatoriums, des conditions d'exposition et de ventilation optimales, ne souffrait pas d'exception : elle donnait aux établissements pour tuberculeux pulmonaire leur spécificité architecturale consistant à orienter toutes les chambres vers le soleil[2533]. Dans les premiers sanatoriums populaires, le nombre de lits dans chaque dortoir était relativement faible : entre quatre et huit à Ruppertshain (Allemagne, 1895) et Heiligenschwendi (Suisse, 1895), sept au maximum à Angicourt (Oise, 1900). « Il va sans dire que le meilleur est le moins », estimait Frédéric Dumarest en 1897[2534]. Le décret de 1920 et la *Note sur les sanatoria* de 1929 imposaient une surface minimum de 6 m^2 par lit dans des dortoirs comprenant entre trois et dix lits. Trois lits était le minimum admissible par chambre dans la mesure où placer deux malades dans une même chambre, dans une situation d'intimité, paraissait inadmissible tant du point de vue de la « morale » que de la discipline. Les chambres doubles

[2529] Lettre du 17 avril 1923 de Tony Garnier au président de l'U.H.S.E. A.M. de Lyon, 1764 W 2.
[2530] "Si nota anche la tendenza a collocar i servizi igienici accanto alle sale di degenza, generalmente tra due di queste; questo usa va naturalmente a scapito dello sfruttamento della fronte esposta a Sud, la quale dovrebbe essere tutta utilizzata per le degenze. Questa soluzione, sebbene attenuata per i soli lavabi, si nota anche in sanatori ti tipo popolare, come quelli già segnalati di Bligny, i quali hanno la disposizione con le camere a comparti di tre letti separati da un corridoietto in cui sono sistemati i lavabi." Carbonara 1954, p. 606-607.
[2531] *Idem*, p. 605.
[2532] Ronzoni 1942, p. 248.
[2533] En 1936 encore, Berl rappelait que « l'architecture doit être basée sur la pénétration directe de la lumière dans [les] chambres de malades. Il faut, par conséquent, les exposer toutes au midi ». Berl 1936, p. 20.
[2534] Dumarest 1897, p. 43.

étaient donc relativement peu fréquentes dans les sanatoriums populaires français, même si l'on en trouve quelques exemples à Guervénan (Finistère), aux Tilleroyes (Doubs) ou à la Musse (Eure). On ne pouvait réunir les tuberculeux dans les sanatoriums comme des malades ordinaires dans les hôpitaux : « un tuberculeux tousse, rappelait Berl, vouloir réunir 30 à 40 tousseurs dans une salle commune, c'est les condamner à l'insomnie permanente et les inciter à l'imitation fâcheuse, tant il est vrai qu'ils se gêneraient mutuellement »[2535]. Le maximum de dix lits par dortoir inscrit dans la législation fit donc disparaître les grandes salles communes que l'on trouvait encore dans les stations sanitaires et qui comptaient jusqu'à 50 voire 60 lits (stations de Clavières et de Montfaucon). Les sanatoriums conçus pendant la guerre, avant la publication de cette réglementation, furent presque tous conçus avec de grands dortoirs de 12 (Le Montet, plan 03-01), 16 (Guervénan, plan 29-04) ou 24 lits (La Guiche, plan 71-03) ; les lits étant habituellement disposés sur deux rangées parallèles. Des dispositions similaires, particulièrement défectueuses, furent réalisées au pavillon Taillefer de l'hôpital-sanatorium de La Tronche (Isère, 1921, plan 38-02B) et au sanatorium Le Jouteux, à Tours (Indre-et-Loire, 1924), avec des salles de 18 lits et 20 lits. Dans ce dernier établissement, les salles de malades étaient compartimentées en *boxes* de deux lits, placés dos à dos (plans 37-03). Ces aménagements s'inspiraient vraisemblablement de ceux réalisés pendant la guerre dans certaines stations sanitaires, tel Pignelin (Nièvre, 1916, plan 58-01A), et seront définitivement abandonnés au milieu des années vingt[2536]. Dans ces établissements, les dortoirs étaient traversants, c'est à dire sans couloir de distribution, et disposaient de fenêtres au Nord comme au Sud selon un modèle plus hospitalier que sanatorial. Les avantages de cette disposition en matière d'éclairage et de ventilation des pièces ne permettaient toutefois pas de compenser les inconvénients produit pas le va-et-vient constant du personnel et des malades, nuisible au repos des alités. On retrouve une application tardive de ce système au sanatorium de l'Assistance publique de Paris, à Champrosay (Essonne, 1931). Décrit, en 1931 lors de l'inauguration de l'établissement, comme étant économique, ce système semblait déjà dépassé :

> *Les salles, bien éclairées et bien aérées, ne diffèrent pas beaucoup de nos modernes hôpitaux,* écrivait Couteaux*. Leurs lits sont alignés des deux côtés d'une allée centrale. C'est là une disposition, économique avant tout, qui convient à l'hôpital-sanatorium, mais sera sans doute remplacée, dans l'avenir, par celle qui est admise dans les sanatoriums de cure, où les lits sont adossés à la cloison du fond, en une seule rangée, face aux fenêtres.*[2537]

Le sanatorium construit peu après par l'Assistance publique de Paris à Champcueil (Essonne, 1935) adoptera effectivement ce dernier dispositif. Quant à Champrosay, ses aménagements ne tardèrent pas à sembler en tous points défectueux. Ils furent vivement critiqués dès 1935 par un délégué du C.N.D.T. qui dressa la liste des manquements observés :

> *Les malades sont répartis dans des salles de 28 lits, disposés selon deux rangées de 14 lits qui se font face : l'une est adossée au mur orienté au Sud, l'autre est adossé au mur orienté au Nord. Cette disposition est regrettable ; elle est contraire aux prescriptions du ministère de la santé publique [...]. Il n'y a pas de lavabo dans les chambres à deux lits et dans les chambres à un lit.[...] La salle commune est une cause de bruits qui troublent le repos nécessaire. Ces inconvénients apparaissent surtout la nuit : lorsqu'un malade réclame des soins urgents (crachement de sang par exemple) c'est toute la salle qui est réveillée ; le repos de 28 malades est gravement troublé ; au bruit et à la lumière survenus brusquement s'ajoutent le sentiment d'inquiétude, l'insomnie inévitable et les poussées de fièvre qui leur succèdent.*[2538]

Pour faciliter la ventilation des chambres, le décret de 1920 stipulait que « des dispositions devront être prises pour assurer une large aération continue et [...] en profondeur »[2539]. Dès 1917, Küss et Fournez conseillaient en effet « de ménager au-dessus des lits une série de vasistas ouvrant largement sur la

[2535] Berl 1936, p. 19.
[2536] Le projet d'aménagement d'un service de tuberculeux dans l'hospice général de Montpellier (Hérault) prévoyait encore cette disposition en 1928 (plan 34-08) et 1934, l'aménagement du sanatorium de Bellegarde-les-Fleurs dans le château de Châteauneuf-la-Forêt prévoyait de loger les tuberculeuses « convalescentes » dans un dortoir de 30 lits : le délégué technique du C.N.D.T., Evrot, demanda qu'il soit divisé en trois pars deux cloisons (Rapport du 8 janvier 1934. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152).
[2537] Couteaux 1931.
[2538] Particularités d'aménagement et de construction du sana. Joffre, 1935. Archives de l'Inst. Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DEP.78.
[2539] Article 9, J.O. 15 août 1920, p. 12042.

galerie de la face nord »[2540]. Pour cette raison, des impostes vitrées étaient fréquemment placées en partie supérieure de la cloison séparant le couloir des chambres afin d'en assurer la ventilation transversale. Ces impostes étaient habituellement disposées dans l'axe des fenêtres de la façade sud, mais également en correspondance de celles de la façade nord assurant la ventilation du couloir (ill. 152-203). Au sanatorium du Ponteils (Gard, 1925), l'architecte Raphel avait percé « deux châssis [...] en face des fenêtres, afin qu'il puisse être établi un courant d'air pendant l'absence des malades (de 9h à 16h). Ces châssis sont ouverts et fermés de la galerie de circulation sans que les malades puissent les manœuvrer eux-mêmes »[2541].

Emplacement des lits.

Dans les cambres, il était indispensable de pouvoir doser précisément le degré de ventilation : comme le rappelait Berl, les malades étaient astreints à une cure d'air et pas à « une cure de courant d'air »[2542]. Le positionnement des lits et l'emplacement des portes et fenêtres devait donc être combiné de sorte que les malades ne se trouvent jamais dans le flux d'air assurant la ventilation des chambres et des couloirs. S'agissant du dimensionnement des chambres, Raphel avait attribué à chaque lit une largeur de deux mètres (0,90 pour le lit et 1,10 pour le passage) et, au sanatorium du Ponteils (Gard, 1925), la largeur des dortoirs était définie par ce multiple : six mètres pour trois lits et huit mètres pour quatre lits, leur profondeur étant « invariablement fixée à quatre mètres »[2543]. Ces dimensions seront progressivement réduites pour limiter le développement en longueur des bâtiments. Le système de Bligny permettait ainsi de ne disposer que de deux dégagements pour trois lits, ceux placés latéralement étant disposés contre les cloisons (plan 00-10). Contrairement aux sanatoriums privés, où des malades pouvaient être logés à moindre coût dans des chambres moins bien exposées, l'orientation au sud des chambres ne souffrait pas d'exception dans les sanatoriums populaires[2544].

La disposition des lits dans les chambres et les dortoirs fut un autre objet de débat, essentiellement entre médecins. Dans les premiers sanatoriums populaires allemands et français, les lits étaient placés parallèlement à la façade. Cette position fut remise en question au début du XX^{e} siècle : les sanatoriums de Bligny (1903), en France, et le système Dosquet (1905), en Allemagne, plaçaient tous deux les lits face aux fenêtres. Guinard, qui était l'un des plus farouches partisans de cette disposition, la jugeait « préférable pour l'aération du malade couché »[2545], tandis que la position latérale lui semblait déficiente du point de vue du renouvellement de l'air au voisinage du malade. Dans les plans types qu'ils établirent en 1917 pour l'Union des industries métallurgique et minières, Küss et Fournez insistaient pour que « dans toutes les chambres tous les lits soient également bien situés et adossés à la cloison qui fait face à la paroi méridionale ». Chaque lit disposait ainsi d'un espace de 1,60 mètres de large, les lits étant disposés de front, par groupe de trois ou quatre, « de manière à obtenir des chambres assez larges pour que les remous atmosphériques des deux fenêtres puissent se produire librement sans gêner les malades, tout en assurant le renouvellement parfait de l'air »[2546]. Le décret d'application du 10 août 1920 ne donnait aucun indication à ce sujet, tandis que la *Note sur les sanatoria* de 1929 précisait que « les lits seront adossés à la cloison du fond, face aux fenêtres qui ouvrent sur la façade sud. La disposition des lits en deux rangées, l'une en avant de l'autre est inacceptable »[2547]. La disposition adoptée à Bligny, définie par l'organisation des chambres en groupes de trois lits séparés par un vestibule, fut adoptée, nous l'avons vu, dans de nombreux établissements. Cette question était jugée suffisamment importante pour faire l'objet d'une enquête, en 1931, à l'occasion du concours pour la construction du sanatorium départemental de Maine-et-Loire à Boudré. A cette occasion, le médecin-directeur du sanatorium populaire neuchâtelois de Leysin, Roussel, rappela son désaccord avec Guinard :

[2540] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 23.
[2541] Avant projet pour la construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport explicatif, s.d. [*ca.* 1921]. A.D. du Gard, 4 N 127.
[2542] Berl 1936, p. 21.
[2543] Avant projet pour la construction d'un sanatorium au Plan-du-Lac, rapport explicatif, s.d. [*ca.* 1921]. A.D. du Gard, 4 N 127.
[2544] Le seul exemple de sanatorium de cure disposant de chambres orientées à l'est et à l'ouest est le projet conçu en 1931 pour un sanatorium départemental en Seine-Maritime (plan 76-05B).
[2545] Cité par Rideau 1932, p. 90.
[2546] Union des industries métallurgiques et minières 1917, p. 23.
[2547] Cité par Poulain 1932, p. 36.

Pour un malade alité, expliquait-il, *la lumière venant de face est très fatigante à la longue. Nous pensons [...] qu'il est préférable de placer les lits de telle sorte que le malade ait la lumière soit de gauche, soit de droite. Du reste, il est assez curieux de voir que, dans les chambres où les lits étaient primitivement orientés face à la lumière, nos pensionnaires ont demandé la permission de les placer dans le sens que nous venons d'indiquer.*[2548]

Si le programme du concours de Boudré fut modifié dans ce sens[2549], la plupart des projets conçus à la fin des années vingt adoptèrent la disposition recommandée par Guinard, pour les salles communes de malades, comme pour les chambres individuelles, sans qu'un véritable consensus fût trouvé. Cette question était toujours d'actualité en 1934 lorsque, visitant les sanatoriums du Plateau d'Assy, le professeur Bernard posa la question, « en se défendant de vouloir la résoudre, [...] de la position des lits, face aux fenêtres, parallèlement ou, même, disait-il, obliquement »[2550]. Adopté dans de nombreux établissements, le positionnement des malades face aux fenêtres était l'objet de virulentes critiques, la principale étant l'inconfort lumineux résultant de ce contre-jour : les malades étaient fréquemment éblouis dans leur lit et mis dans l'impossibilité de lire à la lumière naturelle[2551]. En plaçant le malade face aux fenêtres, les médecins et les architectes renforçaient le rapport frontal de l'édifice au paysage et du malade aux influences atmosphériques : placé face au Sud, le malade alité suivait la course du soleil et restait en contact visuel avec le milieu extérieur dont chaque inspiration le rapprochait un peu plus au travers des fenêtres judicieusement ouvertes. Cette disposition frontale des lits était d'ailleurs similaire à celle des chaises de cure dans les galeries : contrairement à celle des lits, leur orientation ne fut jamais remise en question bien que les malades y fussent soumis au même éblouissement. Lorsque le lit était installé latéralement, le malade était soumis à un déséquilibre thermique entre le fond de la chambre (frais en été, doux en hiver) et la paroi vitrée (chaude en été, froide en hiver) ; surtout, comme il regardait la paroi latérale de la chambre située en face de lui, ou son voisin, il était coupé du contact visuel avec le milieu extérieur et donc, indirectement, avec le principe thérapeutique actif de la cure. Berl rappelait à ce titre que, dans un sanatorium de la région parisienne, cette disposition latérale avait « soulevé des réclamations continuelles de la part de la majorité des malades, qui se plaignaient le plus souvent de douleurs dans l'épaule exposée à l'arrivée de l'air. Ces douleurs, ajoutait-il, cessaient dès que le malade changeait de lit et que son épaule n'était plus dirigée vers la fenêtre »[2552]. Cet aménagement latéral fut néanmoins adopté dans un grand nombre d'établissements car il permettait d'utiliser les chambres dans leur profondeur et donc de limiter l'étalement du bâtiment[2553].

A l'étranger, les positions étaient aussi contrastées qu'en France : en Italie, les chambres des plans types officiels comprenaient deux groupes de trois lits placés face à face contre les cloisons mitoyennes (ill. 101). En Allemagne, les médecins étaient aussi indécis qu'en France : traditionnellement, les lits ne faisaient pas face aux fenêtres mais le succès des aménagements de type Dosquet[2554], parfois combinés au

[2548] Conseil général, séance du 29 octobre 1931, domaine de Boudré, projet de sanatorium. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

[2549] Les archives de Maine-et-Loire conservent un document intitulé : « Quelques opinions reçues au cours de la vaste enquête entreprise avant la rédaction du projet de concours pour le sanatorium de Boudré », concernant plus particulièrement le positionnement des lits dans les chambres de sanatoriums. Le programme initial du concours précisait en effet que « les lits devront être adossés à la cloison du fond, face aux fenêtres ouvrant sur la façade sud », dans l'exemplaire consulté aux archives départementales de Maine-et-Loire, cette mention était barrée manuellement et remplacée par celle-ci : « Dans toutes les chambres à un, deux, ou trois lits, ceux-ci seront disposés parallèlement à la fenêtre et pas conséquent éclairés latéralement ». Le projet lauréat des architectes Crevel & Decaux présentait ainsi des lits disposés parallèlement aux fenêtres. Dans une version ultérieure de leur projet, les architectes revinrent toutefois à la disposition désormais classique des lits placés face aux fenêtres. Conseil général, séance du 29 octobre 1931, domaine de Boudré, projet de sanatorium. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

[2550] Abraham & Le Même 1934, p. 70.

[2551] « Notons que les malades sont placés face à la fenêtre, d'après le principe du Dr Dosquet, qui transforme la cambre en une sorte de galerie de cure couverte. Bien que nous reconnaissions l'utilité de la cure de plein air permanente, nous avons peur que le patient soit ébloui, s'il regarde constamment vers cette grande baie continue. Pour lire, par exemple, comment fera-t-il ? » S.a., « Les sanatoriums de Bodiffé en Plemet », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 77.

[2552] Berl 1936, p. 21.

[2553] A l'hôpital-sanatorium de Chantenay, à Nantes (Loire-Atlantique, 1920), les lits étaient ainsi disposés « de façon à recevoir de la fenêtre un éclairage latéral ». Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

[2554] Le système de chambres développé par l'Allemand Dosquet proposait une synthèse entre les imposants sanatoriums de cure bâtis à grands frais pour le compte des Caisses régionales d'assurance maladie et des baraquements légers installés dans de nombreux établissements provisoires ou pour en augmenter la capacité. « Pour Dosquet, relevait Rideau en 1932, le climat artificiel d'une salle de malades n'est pas favorable par suite de l'insuffisance du renouvellement et du brassage de l'air, de l'uniformité de la température dont cependant la répartition est mal réglée et du degré hygrométrique qui fréquemment est plus élevé que la normale. Dans une salle

système à gradins, firent adopter cette disposition dans de nombreux établissements. L'architecte Richard Döcker* (1894-1968) en était l'un des principaux défenseurs : examinant la question avec les médecins de l'hôpital qu'il réalisait à Waiblingen, il se prononça en faveur des « lits tournés vers le soleil ».

> *Cette dernière disposition permet de les sortir sur la terrasse par la manœuvre la plus simple ; si l'on objecte qu'il peut être fatiguant pour le malade d'avoir sans cesse la lumière du jour dans l'œil,* [Döcker] *répond que cet inconvénient est corrigé le plus facilement du monde en mettant à la disposition de chacun d'eux une paire de lunettes noires. Par ailleurs, il y a grand avantage d'économie à avoir des chambres peu profondes s'étendant sur de longues façades* [ce motif d'économie reste toutefois obscur] *; sans compter que ce parti simplifie de façon notable le travail du personnel.*[2555]

Selon Döcker, les petits inconvénients d'usage, tel l'éblouissement des malades, pouvaient être facilement corrigés : il préférait faire porter aux malades des « lunettes noires » plutôt que de renoncer à la disposition frontale des lits qui permettait de les faire sortir facilement sur les terrasses extérieures. A Waiblingen (ill. 57), la disposition des lits garantissait la validité de la proposition de l'architecte. Dans le *Bau-Entwurfslehre*, Ernst Neufert distinguait en 1938 trois possibilités dans l'orientation des lits (*Bettenstellung*) par rapport aux fenêtres : 1° Contre la cloison de séparation des chambres, la meilleure selon Neufert ; 2° Contre le couloir de distribution, le malade faisant face aux fenêtres (mais risques d'éblouissement et difficultés pour lire) ; 3° Contre les fenêtres : regardant le fond de la chambre, le malade était toutefois privé de la vue extérieure[2556]. Il recommandait cette dernière disposition pour les chambres contenant un à quatre lits ; les deux premières pouvant être adoptées dans les salles de plus grandes dimensions. Dans les pays anglo-saxon, l'emploi fréquent du système *Lean-to* (réalisé, nous l'avons vu, au sanatorium de Guervénan en 1918, voir p. 187), impliquait la même disposition des lits qu'avec le système Dosquet ou le type de Bligny.

Partitions et *boxes.*

S'agissant des aménagements propres aux chambres de sanatoriums, il était fréquent de trouver des dispositifs légers (rideaux, cloisons vitrées) assurant la séparation individuelle des malades. Schmieden et Boethke rappelaient en 1905 que le cloisonnement en *boxes* était fréquemment réalisé dans les sanatoriums allemands du début du siècle, tels ceux d'Edmundsthal et de Loslau[2557]. Au sanatorium du Petit-Fontainebleau, à Bligny (Essonne, 1909), ce système était constitué d'un « rideau lavable en calicot » fixé par des anneaux sur une tringle et que « les pensionnaires [devaient] tirer le soir pour se séparer de leur voisine et se faire leur petite cellule »[2558]. Cette disposition était, semble-t-il, plus fréquente dans les sanatoriums de femmes, que les médecins jugeaient plus pudiques que les hommes et plus exigeantes en matière d'intimité. A défaut de pouvoir recommander la généralisation des chambres individuelles, la *Note sur les sanatoria* de 1929 recommandait de séparer les malades « par des rideaux-écrans, légers, lavables et mobiles »[2559]. Dans les dortoirs de l'hôpital-sanatorium de Libourne (Gironde, 1937), par exemple, les lits

---

de malades on remplace par le fonctionnement d'installations compliquées et coûteuses l'action tonique et excitante de l'air pur et frais, de vent et des écarts de température. De ce fait, la réaction de l'organisme se trouve amortie, et son impressionnabilité accrue » (Rideau 1932, p. 55.). Les salles que Dosquet aménagea en 1905 à l'hôpital Nordend, à Berlin, devaient assurer l'immersion du malade dans l'atmosphère extérieure tout en lui garantissant des conditions minimums de confort. Elles étaient constituées de portiques profonds de 4,80 mètres dont la face avant, orientée au sud, était garnie, sur toute sa hauteur, de châssis à guillotine qui, une fois le panneau inférieur relevé, présentait une ouverture 1,80 mètre de hauteur. Les lits étaient placés librement dans la chambre, soit contre la cloison du fond, soit eu milieu de la pièce de façon à permettre la circulation à l'arrière, en l'absence de couloir de distribution. « Un des avantages attribués par Dosquet à cette conception est d'assurer le renouvellement constant de l'air. La mobilité de l'air du portique, qui est, d'après Rubner, 200 fois plus forte que dans un espace clos, apparaît même comme un facteur dominant de la thérapeutique par l'exposition aux agents atmosphériques. Nous avons dit par ailleurs qu'une des meilleures conditions d'application de la cure d'air aux tuberculeux était le calme absolu de cet air. Il est évident que le mouvement et le brassage d'air qui s'effectue sous les portiques, s'effectue même en l'absence de vent. Mais si le vent doit commander l'abaissement du vitrage et la transformation du portique en chambre close, n'est-ce pas la condamnation du système ? Une solution moyenne consisterait à n'employer, pour les sanatoriums, que des portiques sans étage et d'une profondeur d'au moins cinq mètres, pouvant être abrités de façon convenable par un épais rideau d'arbres voisins » (Rideau 1932, p. 55).

[2555] S.a., « Hôpital régional à Waiblingen (Allemagne, 1926) », *L'Architecte,* février 1932, p.16.

[2556] Neufert 1938, p. 259.

[2557] Schmieden & Boethke 1905, p. 44.

[2558] Guinard 1925, p. 49.

[2559] Cité par Poulain 1932, p. 36.

étaient séparés par « un rideau mobile en toile caoutchoutée »[2560]. Ce type d'aménagement n'apparaît toutefois pas sur les plans et il nous est difficile de savoir s'il était généralisé. De tels rideaux sont néanmoins mentionnés à l'hôpital-sanatorium interdépartemental du Cluzeau, à Limoges (Haute-Vienne, 1934). Une séparation permanente était réalisée dans certains établissements aux moyen de panneaux fixes formant des *boxes* individuels, comme à l'hôpital-sanatorium Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1932) ; au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne, 1934) ; au sanatorium de Saint-Sever (Calvados, 1931) ou au pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Colmar (Haut-Rhin, 1936) ; ces séparations étaient parfois même maçonnées : à l'hôpital-sanatorium de Dreux, chaque *box* était constitué de cloisons de briques et contenait un lavabo et un bidet à usage personnel du malade (ill. 210)[2561]. En 1932, Rideau déconseillait vivement le cloisonnement des lits en *boxes* ; il estimait plus avantageux de les séparer par les rideaux de toile, comme le préconisait Guinard, ou par « de petites cloisons vitrées opaques » placées en tête des lits, hautes de 1,80 mètres, larges de 1,50 mètres et surélevées de dix centimètres pour ne pas gêner la circulation de l'air ni le nettoyage du sol[2562]. Au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne, 1934) – haut-lieu de l'industrie du verre – les lits étaient ainsi « séparés individuellement par des cloisons vitrées »[2563], de même qu'à l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1933)[2564].

Lavabos, vestibules-lavabos et sanitaires.

Le positionnement des lavabos constitue un autre point crucial de l'aménagement des sanatoriums. Plus que tout autre élément à usage des malades, les lavabos pouvaient, s'ils étaient mal disposés, réduire à néant les efforts du personnel médical pour le maintient d'une hygiène irréprochable. Sources d'humidité et lieu par excellence de l'hygiène corporelle, les lavabos pouvaient se transformer, si l'on y prenait garde, en en espace privilégié de dissémination des bacilles tuberculeux. Ils devaient être situés à proximité immédiate des chambres afin le réduire au minimum les déplacements des malades qui mobilisait l'attention du personnel d'encadrement et était une source potentielle de bruit, d'indiscipline et de confusion. A bien des égards, la disposition adoptée dans les sanatoriums de Bligny était la meilleure de toutes car les malades ne quittaient pas le petit espace qui leur était dévolu. Ainsi, selon Guinard :

> *Dans un sanatorium populaire, qui ne prétend pas au confortable d'un hôtel ou d'une grande maison, point n'est besoin d'avoir, pour chaque malade, un lavabo à eau courante [...], la cuvette individuelle, avec un robinet d'alimentation et un siphon d'écoulement, pour chaque groupe de six pensionnaires, nous donne entière satisfaction.*[2565]

A Bligny, les lavabos des malades étaient de simples bassines amovibles posées sur des plateaux de lave émaillée ; chaque malade disposait également d'une petite étagère personnelle de verre pour poser ses effets de toilette[2566]. La *Note sur les sanatoria* de 1929 stipulait en effet que « chaque malade doit, obligatoirement, avoir sa cuvette et tous les ustensiles de toilette à son usage particulier. Les lavabos indépendants, souvent assez loin des chambres, représentent une disposition beaucoup moins heureuse ; mauvaise quand une cuvette sert à plusieurs malades »[2567]. Après avoir visité les établissements de Bligny,

---

[2560] Evrot, hôpital-sanatorium de Libourne, 5 janvier 1937. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.29 Gironde.
[2561] Clairon & Rahili 1994, p. 52.
[2562] Rideau 1932, p. 90.
[2563] Cailleret, visite au sanatorium interdépartemental (Aisne et Somme) de Saint-Gobain (Aisne), août 1934. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.01 Aisne.
[2564] S.a., « Hôpital-sanatorium à Niort (Deux-Sèvres). Architecte : André Laborie », in *L'Architecte,* 1934, p. 4. Il faut également mentionner le projet d'aménagement, en 1932, de l'ancien hospice du Perron, près de Lyon (Rhône), en hôpital-sanatorium, pour lequel l'architecte Robert Giroud* (1890-1943) proposa l'installation de « cloisons » larges de 1,30 mètres et hautes de 1,80 mètres (opaques sur 1,30 mètres et vitrées en partie supérieure), surélevées du sol de huit centimètres, afin de diviser « la grande salle actuelle en alvéoles de quatre à huit lits ». Giraud architecte, H.C.L., aménagement de deux pavillons de l'hospice du Perron pour recevoir des malades tuberculeux. Archives des H.C.L., 2 O 277. Cette disposition est le résultat de la modification d'un premier projet, pour lequel le médecin Lépine estima « qu'on pourrait diminuer un peu la hauteur des cloisons fixées à deux mètres, car on arrive à créer des espaces confinés autour des lits. Il me semble qu'une hauteur de 1,80 mètres suffirait dont 1,30 en cloison de métal, et les 50 centimètres supérieurs en cloisons de verre [...]. Même, il me semble utile de laisser au niveau du sol, en dessous de la cloison métallique, un intervalle de cinq à huit centimètres pour assurer une circulation d'air qui, dans l'atmosphère générale de la salle n'aura aucun inconvénient. » Lettre du Dr Lépine du 18 août1932. Archives des H.C.L., 2 O 277.
[2565] Guinard 1925, p. 72.
[2566] En Italie, les étagères du sanatorium Pineta di Sortenna (1902) étaient en verre ou en marbre. Del Curto 2005, p. 253.
[2567] Poulain 1932, p. 36.

l'architecte départemental du Calvados, Guillemin-Tarrayre, adopta pour le sanatorium de Saint-Sever des dispositions analogues, notamment les « baguettes en verre pour recevoir le linge » de toilette des malades, placées sous les cuvettes, et les « tablettes de verre en étagères »[2568], posées sur des supports métalliques vissés au mur afin que les malades y placent leurs effets personnels. A Bligny, les malades ne disposaient pas d'eau chaude pour faire leur toilette, l'unique robinet d'eau chaude par étage étant réservé au remplissage des bouillottes, autorisées par grand froid.

Selon Guinard, chaque malade devait disposer de sa propre bassine ou de son propre lavabo, autant pour des raisons d'hygiène que pour faciliter le service et garantir le respect des horaires imposés aux pensionnaires. Il n'était pas envisageable que les malades s'engouffrent, matin et soir et en ordre dispersé dans des salles de bains collectives, pour attendre, en tenue de nuit, qu'une cuvette se libère après avoir été utilisée par plusieurs malades potentiellement contagieux : ce type d'organisation était le cauchemar des hygiénistes et des phtisiologues. Avec ses vasques individuelles, le vestibule-lavabo constituait paradoxalement une économie considérable d'espace : plutôt que de bâtir de vastes salles collectives alignant les lavabos, ces derniers étaient placés contre les parois du vestibule d'entrée. Cela contredisait, en un sens, l'exigence d'individualisation des espaces prônée par Guinard pour qui « chaque pièce [...] doit répondre à un seul usage, à un seul but, à l'exclusion de tout autre usage »[2569]. « Le lavabo doit avoir sa place le plus près possible de la chambre », notait Rideau en 1932, raison pour laquelle son positionnement dans un vestibule séparant deux chambres fut plébiscité en France à partir du milieu des années vingt.

Le surcoût provoqué par la multiplication de lavabos individuels pouvait être limité par le choix de simples cuvettes mobiles ; un unique robinet placé au-dessus d'une vidange pouvait alors suffire à un groupe de six à douze lavabos. Cette simplification, adoptée à Bligny et dans nombre de sanatorium de l'entre-deux-guerres, évitait le raccordement de chaque cuvette au réseau d'alimentation en eau et de vidange réduit à une arrivée par groupe de deux chambres. Ce système était d'ailleurs répandu dans les sanatoriums allemands dès la fin du XIX^{e} siècle où il constituait une « mesure non seulement édictée par des raisons d'économies mais encore par le désir d'apprendre aux malades à se servir d'objets de toilette simples et à la portée des conditions modestes »[2570]. L'argument de l'éducation des malades sera avancé en 1928 par Crevel & Decaux pour faire l'économie de lavabos individuels à eau courante, au sanatorium départemental d'Helfaut (Pas-de-Calais) : « les appareils sanitaires seront prévus au minimum (robinets de puisage et cuvettes portatives, comme à Bligny) »[2571], précisaient les architectes ; et le conseil général de poursuivre :

> *Tout devra s'inspirer des conditions usuelles dans un foyer ouvrier : c'est ainsi qu'il n'y aura pas de lavabos avec distribution d'eau courante chaude, mais chaque malade aura sa cuvette, son broc, et devra prendre l'eau à un robinet collectif d'eau chaude (un pour 25 malades), la jeter à une vidange collective [...] c'est à dire user du matériel de toilette normal d'un ménage ouvrier de manière qu'il ait appris à se servir hygiéniquement de ces instruments familiers lorsqu'il sera rentré chez lui. Ces détails ne sont pas déplacés pour faire apprécier l'esprit rationnel, large, mais de bonne économie, qui a déterminé nos prévisions.*[2572]

On ne saurait trouver meilleur exemple de la vocation éducative des sanatoriums : les médecins la mirent d'autant plus en avant qu'elle permettait d'importantes d'économies. Le système de prises d'eau collectives et de cuvettes mobiles fut adopté dans de nombreux établissements populaires, tel le sanatorium de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932), « suivant le dispositif adopté au sanatorium de Bligny »[2573]. Dans d'autres établissements, au contraire, firent le choix d'installer des lavabos en nombre plus restreints mais avec eau courante, froide et parfois chaude, comme à l'hôpital-sanatorium Sabourin, à Clermont-Ferrand

[2568] Lettre du 26 mais 1928 du préfet du Calvados au ministre du travail et questionnaire du ministère. A.D. du Calvados, 849 W 42215.
[2569] Guinard 1925, p. 47
[2570] Schmieden & Boethke 1905, p. 45.
[2571] Decaux, détail des réponses aux observations du comité technique des sanatoriums. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[2572] Conseil général du Pas-de-Calais, 1ère session ordinaire de 1928, rapport du préfet, construction d'un sanatorium départemental, Arras, imprimerie Nouvelle du Pas-de-Calais, 1928. A.D. du Pas-de-Calais, N 1089.
[2573] Grosch, architecte départemental, rapport descriptif et estimatif, 25 octobre 1928. A.D. de la Sarthe, 1 X 319.

(Puy-de-Dôme, 1934), où il y avait un lavabo pour deux malades[2574]. Au sanatorium de Champrosay (Essonne, 1933), il n'y avait, contrairement aux prescriptions ministérielles, que 23 lavabos par pavillon de 128 malades : « ils sont répartis, pour chaque étage, dans deux salles situées à l'intersection des dortoirs. Pour y accéder, il faut inévitablement passer par un couloir ou par une intersection de couloirs non dépourvus de courants d'air »[2575].

Mobilier et menuiseries.

Dans l'aménagement des chambres, le moindre détail était susceptible d'influencer, positivement ou négativement, les résultats de la cure. S'agissant du mobilier, Guinard estimait que, « sans négliger le côté économie, le choix du matériel de sanatorium doit s'inspirer des conditions de l'emploi, de la résistance à l'usage et, surtout, des facilités d'entretien tant au point de vue de la propreté qu'au point de vue de l'hygiène d'une manière générale »[2576]. Même dans les établissements populaires, ajoutait-il, le mobilier devait être de qualité en même temps que confortable. A Bligny, toutes les chaises étaient en « bois courbé, avec siège également en bois arrondi et perforé ». Pour en faciliter la désinfection, ces chaises étaient peintes au ripolin. Dans les années trente, le mobilier métallique se généralisa car il était non seulement plus résistant et plus économique mais, surtout, plus résistant aux produits antiseptiques et à la désinfection que le bois. Dans le compte-rendu du voyage qu'il effectua en Suisse et en Allemagne en 1897, Dumarest insista sur l'importance de ces détails d'aménagement :

> *Le lit doit être l'objet d'une attention spéciale*, expliquait-il, *[...] à Ruppertshain on a eu l'ingénieuse idée de diviser le matelas en trois pièces pour qu'il puisse facilement passer à l'étuve. Le sommier devra être réduit à la plus grande simplicité ; le modèle employé à Hohenhonnef est tout à fait recommandable : c'est un simple cadre métallique supportant un treillis central par une série de ressorts à boudin périphériques. Les petits lits de bois de Davos et de Heiligenschwendi, facilement démontables, sont tout à fait séduisants et coquets, et sans doute plus agréables que les lits en fer, cependant ces derniers peuvent être préférés, à condition d'être faits de gros tubes arrondis, et le moins compliqués possible.*[2577]

Dumarest privilégiait les profils ronds pour la même raison que les angles des pièces étaient munis de gorges arrondies : l'établissement devait assurer, dans ses aménagements comme dans son mobilier, la continuité des surfaces. Au sanatorium d'Aubrac (Aveyron, 1902), les chambres ne comprenaient que des meubles « facilement stérilisables »[2578] : un lit de fer avec sommier métallique, une table de nuit en métal verni, une armoire en « pitchpin », une table recouverte d'une glace. Après la guerre, les médecins purent compter sur des produits industriel toujours plus performants et conçus selon ces exigences d'hygiène : au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire, 1932), le médecin-directeur Baraillié-Monthus fit le choix du matelas métallique de type *Simmons*, « parce qu'il ne se déforme pas, donc pas d'entretien, parce que la vermine ne peut y vivre, parce qu'il est facilement stérilisable et parce que les ressorts qu'ils contient ne rouillent pas et cassent pas »[2579]. Dans tous les établissements, les malades disposaient également d'une table de nuit sur laquelle ils ne devaient poser que les objets strictement nécessaires à la cure (linge, crachoir, thermomètre). Au sanatorium départemental de la Savoie, à Hauteville (Ain, 1935), l'infirmière major avait ainsi pour mission d'empêcher « par mesure d'hygiène »[2580], leur encombrement. Les objets personnels étaient non seulement susceptibles d'être contaminé mais, surtout, ils avaient la plus grande chance d'échapper à la désinfection ; ils devaient donc être rangés dans les placards personnels des malades situés de préférence, selon les recommandations de 1929, à l'extérieur de la chambre afin de ne pas l'encombrer et inciter les

[2574] Lors de l'extension réalisée en 1939-1943 du sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet, l'eau chaude était fournie individuellement aux malades de façon à les responsabiliser : « l'eau chaude [était] fournie à chaque malade par un petit chauffe-eau électrique individuel d'une dizaine de litres ; mise en chauffe à certaines heures par une pendule qui coupe et rétablit le circuit général. Ainsi aucun pensionnaire ne peut-il gaspiller de l'eau chaude au dépend de ses camarades. » Douady 1952, p. 58

[2575] Particularités d'aménagement et de construction du sana. Joffre, 1935. Archives de l'Inst. Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DEP.78.

[2576] Guinard 1925, p. 364.

[2577] Dumarest 1897, p. 44.

[2578] Cransac 2004, p. 39.

[2579] Cité par Clairon & Rahili 1994, p. 53.

[2580] Sanatorium départemental de la Savoie à Hauteville (Ain), règlement intérieur, 1935. A.D. de la Savoie, 7 N 61.

pensionnaires à ranger tout ce dont ils n'avaient pas immédiatement besoin[2581]. Habituellement placés dans les couloirs, au revers de la cloison des chambres, voire dans le vestibule près des lavabos, ces placards étaient idéalement constitués de « tôle ripolinée »[2582] percée de trous « pour permettre l'aération des effets déposés »[2583]. En 1935, un délégué du C.N.D.T. déplorait qu'au sanatorium de Champrosay (Essonne, 1932), les malades n'eussent pas de placard personnel à disposition : « c'est pourquoi les objets divers leur appartenant en propre sont accumulés sur leur table de nuit ou sous leur lit. C'est de façon permanente un facteur de désordre et de malpropreté »[2584]. Dans certains établissements, comme à Bligny, les malades disposaient, dans le vestiaire des galeries de cure, « d'un casier à [leur] numéro, de telle sorte que, là comme ailleurs, insistait Guinard, soit réalisée l'individualisation de tout ce qui touche au malade »[2585]. Ces mesures étaient justifiées autant par des raisons d'hygiène que d'efficacité du service : les objets épars ne pouvaient qu'entraver le nettoyage des salles et la poussière qui s'y déposait faisait courir un risque infectieux aux malades comme au personnel. Tout ce qui était susceptibles de servir de réceptacle à la poussière était donc banni des espaces fréquentés par les malades, en particulier des chambres, dépourvues de tentures, de tapis ou de tapisseries. Seule la présence d'une descente de lit était parfois consentie pour rendre moins inconfortable, le matin, la sortie du lit des malades dans les salles qui s'étaient refroidies pendant la nuit.

Avant la Première Guerre Mondiale, les fenêtres des sanatoriums étaient traditionnellement en bois. Ce matériau avait pour avantage un coût réduit et une bonne isolation thermique. Comme pour le mobilier, l'exigence de surfaces lisses, imperméables et désinfectables, tendait néanmoins à le disqualifier – en tant que matériaux poreux, organique et putrescible – au profit du métal. Dans les sanatoriums, comme dans d'autres programmes antituberculeux (préventoriums ou écoles de plein air), la mobilité des châssis, leur capacité à s'escamoter et ouvrir largement les pièces sur l'extérieur, était une exigence de premier ordre. En 1902, l'une des principales caractéristiques du projet de Karl Turban* (1856-1936) et de Jacques Gros pour le concours du sanatorium Edouard VII était la paroi sud des chambres constituée de panneaux vitrés mobiles montés sur de fins châssis métalliques. A partir de la fin des années vingt, l'usage croissant de menuiseries métalliques dans les sanatoriums s'explique autant par la nécessité de renoncer au bois que par la nouvelle mobilité offerte par les châssis en fer ou en acier. En Suisse, où l'usage de « double croisées » était répandu avant la guerre, le médecin-directeur du sanatorium Schatzalp, à Davos, admettait en 1929 que « ces menuiseries compliquées » enlevaient beaucoup de lumière et étaient « d'un entretien difficile »[2586]. L'engouement des médecins et des architectes pour les « fenêtres horizontales à glissières », et les châssis « à guillotine », résultait de considérations à la fois hygiéniques et pratiques. Installées à l'hôpital maritime de Berck dès le début des années 1870, ce type de châssis fut vraisemblablement utilisé pour la première fois, en France, dans un établissement pour tuberculeux pulmonaires, en 1892, dans le sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne). L'architecte Le Cœur affirmait alors s'être directement inspiré des croisées anglaises[2587], chaque fenêtre devant être :

> *1° D'une excellente construction comme solidité [...] ; 2° D'un usage pratique et d'un fonctionnement facile, puisqu'elle devait être manœuvrée par des femmes ou des enfants ; 3° Permettant une très grande variété dans les divers modes d'aération à adopter suivant les cas : d'aération complète, lors du nettoyage à fond en l'absence des enfants ou lorsque la température le permet ; d'aération constante mais restreinte pendant la nuit ; d'aération variable et plus ou moins grande suivant la température extérieure, l'état des enfants et les circonstances.*[2588]

[2581] En 1931, le comité technique des sanatoriums déplorait qu'il n'y avait qu'un « vestiaire commun » à l'hôpital-sanatorium Laennec de Nantes (Loire-Atlantique) et que « pour leur usage personnel les malades disposent à la tête de chaque lit d'un sac de toile où ils mettent les objets leur appartenant ». Lettre du 18 février 1931 du ministre de la santé publique au préfet de la Loire-Inférieure. A.D. de la Loire-Atlantique, 1X575.
[2582] Evrot, hôpital-sanatorium de Libourne, 5 janvier 1937. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.29 Gironde.
[2583] Berl 1936, p. 26.
[2584] Particularités d'aménagement et de construction du sana. Joffre, 1935. Archives de l'Inst. Pasteur, CNDT.DEP.78.
[2585] Guinard 1925, p. 51.
[2586] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 9.
[2587] Léon-Petit 1895, p. 284.
[2588] *Ibidem.*

Inspirées de modèles anglais, les fenêtres à guillotine avaient l'avantage « d'assurer le renouvellement de l'air par couches horizontales »[2589] et de permettre un réglage précis du degré d'ouverture de la partie mobile du châssis, sans risquer qu'être rabattues par le vent. Les autres types d'ouvrants, tels les châssis « à la française », ne permettaient pas ce réglage précis et sûr du degré d'ouverture. Ils étaient toutefois fréquemment employés dans les sanatoriums populaires en raison de leur faible coût. « En l'absence de croisées à guillotine, il faut des impostes pour tempérer l'aération »[2590], relevaient Abraham et Le Même ; les châssis ordinaires étaient alors combinés à des impostes mobiles situées en partie supérieure de façon à assurer la ventilation continue des chambres, notamment la nuit. Quel que soit le type de châssis adopté, les malades n'étaient pas autorisés à les manipuler. L'ouverture des fenêtres relevait en effet de la prescription médicale : « Le sanatorium est une potion qui se prend par les fenêtres »[2591], rappelait Dally en 1920, elles ne devaient en aucun cas être prématurément refermées par les malades. Beaucoup d'établissements étaient ainsi équipés de châssis actionnés au moyen de clés conservées par les seules infirmières[2592].

Durant leur voyage d'étude en Suisse en 1929, Abraham et Le Même avaient constaté l'efficacité des châssis à guillotine, même en bois, utilisés dans les sanatoriums de Davos, Leysin et Montana. Sur la base de leurs observations, ils adoptèrent ce système au sanatorium de Plaine-Joux[2593] et dans tous les établissements qu'ils réalisèrent par la suite au Plateau d'Assy. Au sanatorium des Genévriers (Doubs, 1939), l'appel d'offre lancé en 1931 pour le lot des menuiseries avait permis de mettre en concurrence plusieurs systèmes élaborés : les ateliers Jean Prouvé proposèrent des châssis à guillotine dont « toutes les surfaces du bâti sont planes, sans moulures, tous les angles arrondis, les joints poncés »[2594], c'est à dire n'offrant aucune prise aux dépôts de poussières susceptibles de véhiculer des bacilles (ill. 198-199) ; spécialisée dans la construction métallique, l'entreprise Schwartz-Haumont proposa des châssis coulissants horizontaux en trois parties (ill. 200). Pour la construction du sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937), Prouvé envoya en 1933 une nouvelle proposition de châssis à guillotine conçus en tôles pliées (ill. 373). Ni l'une, ni l'autre des propositions de Prouvé ne fut toutefois retenue : à Martel de Janville, Abraham et Le Même firent exécuter les châssis à guillotine par un autre fabricant, tandis qu'aux Genévriers, André Boucton adopta – sans doute pour des raisons de coût – des ouvrants à la française dont il conçut lui-même les châssis métalliques munis de double vitrage[2595].

Parmi ces châssis, il faut distinguer les guillotines simples des guillotines doubles, voire triples. Les larges fenêtres des chambres de malades, divisées en deux ou trois parties, étaient le plus souvent constituées d'une moitié inférieure mobile et d'une moitié supérieure fixe, la première venant se glisser derrière la seconde. C'est le système adopté dans les sanatoriums de Saint-Sever (Calvados, 1931) ou de la Musse (Eure, 1933). Au sanatorium Martel de Janville, où les chambres étaient individuelles et les fenêtres de plus petites dimensions, les deux moitiés de châssis étaient mobiles, offrant une infinité de variations dans leur degré d'ouverture. Les guillotines pouvaient toutefois prendre des dimensions plus importantes et occuper toute la façade sud de la chambre. Rideau conseillait ainsi :

> *[...] de construire des portiques profonds de 4,80 mètres dont la face ouverte et sans parapet au rez-de-chaussée peut être fermée par des vitrages disposés en guillotine susceptibles d'être descendus jusqu'au sol. Si on lève le panneau inférieur il en résulte une ouverture d'environ 1,80 mètres et le malade est pour ainsi dire couché dans une galerie de cure. Dans ce cas, la façade sud du sanatorium ne serait pas représentée par un mur mais uniquement par des fenêtres, occupant toute la hauteur et toute la largeur, qui devraient rester constamment ouvertes et qu'on pourrait fermer [...] au moment des repas ou de la visite médicale.*[2596]

[2589] Rideau 1932, p. 86.
[2590] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 9.
[2591] Humoriste français des années vingt, cité par Dally 1930.
[2592] Léopold Berl y était toutefois opposé parce qu'il prétendait avoir vu, « dans un établissement de la région parisienne ce spectacle facétieux d'infirmières qui, n'ayant jamais de clé, en demandaient aux malades, qui en avaient presque tous, pour ouvrir quelquefois ou plus souvent fermer une fenêtre ». Berl 1936, p. 17-18.
[2593] *Idem*, p. 56.
[2594] Ateliers Jean Prouvé, projet de fenêtre à guillotine, fiche technique, 1931. A.D. du Doubs, 43 N 10.
[2595] S.a., « Sanatorium des Genevriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, fév.-mars 1946, vol. 7, n°55-56, p. 68.
[2596] Cité par Berl 1936, p. 22.

Il s'agit là du dispositif américain *Lean-to*, adopté au sanatorium de Guervenan (Finistère, 1917-1926), et assez similaire au système allemand Dosquet réunissant la chambre et la galerie de cure en un même espace. Ce système connut toutefois un développement limité en France, pour des raisons essentiellement réglementaires puisque le décret de 1920 imposait la distinction de la chambre et de la galerie de cure.

S'agissant des vitrages, Rideau faisait état d'une polémique relative à leur qualité : le verre ordinaire, selon lui, avait l'inconvénient d'absorber « les rayons courts du spectre riches en influences biologiques »[2597]. Il mentionnait une glace spéciale, dénommée *Sanitalit*, mise au point par les verreries de Saint-Gobain pour laisser passer les rayons ultra violets[2598]. En 1932, tous les châssis vitrés (fenêtres et cloisons de refend) du projet de sanatorium des architectes Michau et Faure devaient être équipés de verre *Sana Lux*, produit vraisemblablement similaire au précédent, « laissant passer tous les rayons solaires »[2599]. Au sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados, 1931), les fenêtres des chambres possédaient « une partie vitrée fixe supérieure qui peut être bleuie contre le rayonnement trop intense »[2600]. Le vitrage était habituellement double dans les châssis en bois, mais plus souvent simple dans ceux métalliques : les ouvrants habituels pouvaient être à double vitrage, comme au sanatorium des Genévriers, mais ceux à guillotine ne possédaient généralement qu'un simple vitrage afin de rester légers et facilement manipulables. Pour le projet du sanatorium de Plaine-Joux, Abraham et Le Même estimèrent qu'il était « inutile de prévoir des croisées doubles », traditionnellement utilisées en Suisse, et optèrent pour des croisées à « double glace et double vitre »[2601]. Pour les sanatoriums du Roc-des-Fiz, ils adoptèrent en façade nord le modèle du châssis en bois à « double vitre » qui « consiste à munir chaque carreau de vitre d'un contre-châssis ferré à fiches et fermés par des vis spéciales [...] ouvrant seulement pour le nettoyage. Le vide d'air entre les deux châssis a une largeur de deux centimètres au maximum. [...] Le système de la double vitre supprime absolument le *givrage* des vitres, ce qui indique son efficacité au point de vue réduction des déperditions calorifiques » [2602]. Les grands châssis à guillotine de la façade sud, en acier, « n'ont pas été munis de double vitre pour ne pas trop alourdir et dans un but d'économie, mais de verre triple épais de six millimètres »[2603].

Lorsque les chambres n'étaient pas prolongées d'un balcon de cure, il était nécessaire de prévoir une protection solaire : au sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados, 1931), par exemple, des avant-toits filants surplombaient ainsi les fenêtres et les galeries de cure. Les protections solaires étaient plus couramment constituées de stores en toile (sanatorium Martel-de-Janville) ou de « stores roulants à lames de bois » (hôpital-sanatorium du Cluzeau). En Italie, les « persiennes Morelli », conçues spécifiquement pour les sanatoriums populaires, permettaient de protéger soit la chambre directement, soit la galerie de cure qui la précédait[2604].

L'exposition des chambres était un critère primordial et, relevait Dally, « comme les fenêtres ne peuvent être percées que sur le côté ensoleillé, il s'agit d'en disposer le plus grand nombre possible sur la surface la plus restreinte afin que le plus grand nombre possible de malades en bénéficient »[2605]. Dans quelques projets, la paroi sud des chambres se réduisait une paroi entièrement vitrée. Ainsi, dans le projet de sanatorium pour l'Ouest de la France, conçu par les architectes Michau et Faure en 1932 :

[2597] Rideau 1932, p. 86.
[2598] *Ibidem.*
[2599] S.a., « Projet de sanatorium. Michau et Faure architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 40.
[2600] Questionnaire du ministère de l'hygiène, réponse du préfet du Calvados sur le projet, 1928. A.D. du Calvados, 849 W 42215.
[2601] Rapport d'Abraham et Le Même, 1929, *op. cit.*, p. 56.
[2602] Abraham & Le Même 1932/1, p. 17.
[2603] *Ibidem.*
[2604] Ce système se composait, pour chaque travée constituée par la large baie vitrée d'un chambre précédée d'un balcon de cure, de deux rails métallique continus partant du pied de la baie vitrée montant jusqu'au plafond de la cure, rampant jusqu'au rebord de la dalle et retombant à l'avant de la galerie jusqu'au garde-corps. En position ouverte, le store à lamelles restait suspendu au-dessus des malades sous le plafond de la cure ; il pouvait être descendu en arrière contre la fenêtre de la chambres ou en avant de la galerie de cure. Permettant toutes les positions intermédiaires, les « persiennes Morelli » étaient aux stores ce que les châssis à guillotine étaient aux fenêtres.
[2605] *Ibidem.*

Les bâtiments des chambres ont leur façade sud construit en double paroi ; les points de construction sont rejetés à l'intérieur de manière à obtenir une surface vitrée sur toute la longueur du bâtiment. Le verre employé laisse passer tous les rayons solaires. Cette façade vitrée ne présente aucune partie ouvrante à la disposition des malades. Ce procédé spécial est nécessité pour les intempéries de la région. L'aération des bâtiments est assurée mécaniquement. L'air est pris dans la forêt 200 mètres en avant des bâtiments. Il est porté à une température constante et au degré d'humidification nécessaire, puis il est amené à une vitesse régulière dans les chambres et les circulations.[2606]

Les malades auraient ici pris place derrière un vitrage étanche filtrant le rayonnement solaire, respirant l'air extérieur – frais et pur – capté à distance dans les bois, proche de l'« air exact » calibré et contrôlé. Matérialisant le concept de « machine à guérir », prônée par certains médecins et architectes, ce dispositif médico-technique poussait à l'extrême la dimension solaire de l'architecture sanatoriale : « Le remède que dispense [le sanatorium], c'est la lumière du soleil. En conséquence, son architecture se distingue de l'architecture ordinaire en ce qu'elle regarde cette lumière comme une source de vie, qu'elle l'appelle comme une collaboratrice et qu'elle l'accueille comme une amie »[2607]. Ouvrir les établissements au soleil – tout en protégeant la poitrine sensible des tuberculeux du rayonnement direct – n'était pas une lubie « naturiste » mais la condition technique nécessaire à la destruction quotidienne des germes qui auraient échappé à la désinfection chimique des locaux. Plus la façade sud des bâtiments était perméable au rayonnement solaire et plus l'établissement s'approchait des conditions hygiéniques idéales pour lutter contre le bacille de Koch. Le programme du concours pour la construction du sanatorium de Boudré (Maine-et-Loire, 1931) prévoyait ainsi que « la cloison entre la galerie de cure et la chambre [sera] presque entièrement constituée par une double paroi en verre »[2608]. A ce titre, l'un des rares établissements disposant d'une façade sud largement vitrée dissociée de la structure porteuse était l'hôpital-sanatorium Sabourin, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934). Dans les dortoirs de cet établissement, les poteaux de la structure étaient en effet placé en avant des châssis vitrés qui, sans occuper toute la paroi, étaient suffisamment grands pour noyer de lumière les salles de malades (ill. 310). La structure ponctuelle en béton armé fut utilisée par l'architecte Aubert au mieux de ses capacités : comme dans le projet non réalisé de Michau et Faure, la structure était reportée à l'intérieur du bâtiment et la paroi vitrée se prêtait ainsi à tous les types de division selon la nature des chambres ou des dortoirs qu'elle protègeait (ill. 307).

4.3.3. Vers la cellule de cure individuelle.

Les chambres d'isolés dans la composition d'ensemble.

En dépit de leur population de tuberculeux curables, les sanatoriums accueillaient également beaucoup de malades gravement atteints, dépassant souvent le premier stade de la nomenclature de Turban. Ces malades entraient tout de même en sanatorium faute d'alternative ou dans l'espoir que le traitement hygiéno-diététique fasse des miracles. Même parmi les malades légers, les rechutes et les crises passagères, aussi aiguës que subites, étaient fréquentes. Les chambres individuelles, parfois dénommées « chambres d'isolement », étaient donc une composante essentielle des établissements de cure car elles assuraient le rétablissement de ces malades affaiblis, en même temps qu'elles dissimulaient les mourants aux yeux des autres pensionnaires. Les médecins s'efforçaient de ne pas maintenir dans les chambres communes les malades atteints de complications, qu'elles fussent passagères ou l'ultime étape avant la mort : d'un point de vue moral, les autres malades supportaient assez mal cette cohabitation. « C'est un phénomène bien connu, notait Amsler, qu'un accident brutal – hémoptysie soudaine, poussée fébrile importante – qui survient à son voisin de salle l'inquiète, la tracasse »[2609]. Le tuberculeux, plus que tout autre malade, était de nature inquiète. La répartition des malades en fonction de leur état de santé était un enjeu médical

[2606] Poulain 1932, pl. 73.
[2607] Ménabréa 1932, p. 6.
[2608] Programme du concours pour la construction d'un sanatorium en Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2609] « Il ne conviendra, par conséquent, qu'une proximité trop grande inflige à une communauté de malades trop nombreux, le spectacle des incidents ou accidents survenant pendant la cure. » Amsler 1929, p.5.

important dans les sanatoriums et une préoccupation constante des médecins qui souhaitaient à la fois optimiser les services et améliorer les conditions d'existence de leurs patients. Le bon fonctionnement des établissements de cure, du point de vue des services, dépendait donc de la répartition des malades selon la gravité de leur état et de la possibilité de les isoler dans des chambres individuelles. Il revenait aux architectes d'élaborer, sous la conduite des médecins, les stratégies permettant d'en optimiser le rendement.

Dumarest rapportait en 1897qu'au sanatorium du Dr Jacoby, à Arosa (Suisse), les chambres du rez-de-chaussée étaient réservées aux malades graves afin qu'ils puissent accéder facilement à la galerie de cure qui y était adossée[2610]. Lorsque les sanatoriums de Bligny furent transformés pendant la guerre en hôpitaux pour militaires tuberculeux, les malades furent répartis de la même façon dans les bâtiments en fonction de leur état : le rez-de-chaussée était réservé aux fébricitants et aux « grands malades dans l'obligation de garder la chambre », le premier étage aux malades contagieux atteints de tuberculose ouverte « mais en état de se lever de et de suivre le régime ordinaire » ; l'étage supérieur, enfin, aux malades atteints de tuberculose fermée et aux « simples suspects » en attente de confirmation du diagnostic[2611]. Pour des raisons d'accessibilité aux galeries de cure, la répartition des malades était inverse à l'hôpital-sanatorium Calmette de Lille (Nord, 1936) : « les malades les plus valides ou en instance de départ aux sanatoria [étaient] hospitalisés de préférence au rez-de-chaussée et au premier étage, de manière à pouvoir gagner plus rapidement les galeries de cure et la grande terrasse disposée au rez-de-chaussée »[2612]. Dans un cas, comme dans l'autre, l'accès aux cures et la mobilité des malades conditionnaient leur répartition dans l'établissement : à Bligny, le confort des invalides primait, les malades valides accédant sans difficulté aux étages supérieurs ; à l'hôpital-sanatorium de Lille (Nord, 1936), les malades curables en instance de départ dans un sanatorium de cure avaient la priorité, tandis que les invalides et les malades chroniques vraisemblablement condamnés étaient confinées dans les étages supérieurs d'où ils n'avaient aucune raison de bouger. L'organisation adoptée à Bligny n'allait pas sans rappeler celle imaginée par Dino Buzzati dans le sanatorium qu'il décrivait dans une nouvelle intitulée *Sette piani* (Sept étages) :

> [Giuseppe Corte, malade nouvellement entré au sanatorium] *apprit rapidement quelle était la caractéristique particulière de cet établissement. Les malades y étaient répartis, étage par étage, selon le degré de gravité de leur maladie. Le septième, c'est à dire le dernier, était réservé aux formes très légères. Le sixième était pour les malades, non pas graves mais à surveiller. On soignait au cinquième les affections sérieuses, et ainsi de suite, d'étage en étage. Au deuxième, étaient placés les malades très gravement atteints et au premier ceux pour lesquels il n'y avait plus d'espoir.*
>
> *Ce système singulier, en plus de faciliter grandement le service, empêchait qu'un malade légèrement atteint fût dérangé par la proximité d'un autre à l'agonie, et garantissait à chaque étage une atmosphère homogène. La cure pouvait de cette façon être parfaitement graduée pour chacun.*
>
> *Il en découlait que les malades étaient divisés en sept castes de gravité croissante. Chaque étage était comme un petit monde à soi, avec ses règles particulières, ses traditions propres. Et comme chaque étage était confié à un médecin différent, les méthodes de cure avaient pris de subtiles différences, bien que le directeur eût garanti à l'établissement une orientation médicale unique.*[2613]

Le principal avantage de cette stratification était donc de « faciliter le service ». Dans ces conditions, tout malade était naturellement angoissé à l'idée de devoir descendre d'un étage : cela

[2610] Dumarest ajoutait à ce propos : « Les lits sont munis d'un mécanisme à roulettes qui permet à un seul infirmier de les pousser aisément jusqu'au dehors de la chambre. Le malades, sans sortir de son lit, prend ainsi part à la cure, pour son plus grand profit et aussi pour la plus grande commodité du service ». Dumarest 1897, p. 42.
[2611] Guinard 1917, p. 354.
[2612] Hôpital-sanatorium de Ronchin, centre médical pour malades pulmonaire, exposé descriptif. A.D. du Nord, 96 J 1694.
[2613] "[Giuseppe Corte] seppe così la strana caratteristica di quell'ospedale. I malati erano distribuiti piano per piano a seconda della gravità. Il settimo, cioè l'ultimo, era per le forme leggerissime. Il sesto era destinato ai malati non gravi ma neppure da trascurare. Al quinto si curavano già affezioni serie e così di seguito, di piano in piano. Al secondo erano i malati gravissimi. Al primo quelli per cui era inutile sperare. Questo singolare sistema, oltre a sveltire grandemente il servizio, impediva che un malato leggero potesse venir turbato dalla vicinanza di un collega in agonia, e garantiva in ogni piano un'atmosfera omogenea. D'altra parte, la cura poteva venir così graduata in modo perfetto. Ne derivava che gli ammalati erano divisi in sette progressive caste. Ogni piano era come un piccolo mondo a sé, con le sue particolari regole, con le sue speciali tradizioni. E siccome ogni settore era affidato a un medico diverso, si erano formate, sia pure minime, ma precise differenze nei metodi di cura, nonostante il direttore generale avesse impresso all'istituto un unico fondamentale indirizzo." Dino Buzzati, « Sette Piani », in *La boutique del mistero*, Milan, Mondadori, 1968, p. 37-52

correspondait invariablement à un changement d'état médical dont le malade n'apprenait la véritable nature qu'au moment de monter ou de descendre dans une nouvelle section de l'établissement. L'intrigue de cette histoire est tout entière bâtie sur cette peur. Dans les sanatoriums où les chambres individuelles étaient réservées aux malades gravement atteints, la peur survenait à la seule idée d'y être envoyé. Pendant la guerre, les médecins de l'Assistance publique de Paris avaient eu recours à différents stratagèmes pour éviter que les malades transférés en chambre individuelle ne se croient perdus : chaque chef de service, par exemple, s'efforçait d'y envoyer « des malades dont il sait qu'ils évolueront bien sous peu ; en les voyant revenir dans la salle commune, les malades se rendent compte qu'on ne les isole pas qu'à l'agonie, qu'on sort vivant, voire amélioré, des salles d'isolement »[2614]. Selon Berl, en 1936, la croyance « qu'on va à l'isolement pour mourir » était toujours tenace chez les malades[2615] : il jugeait pour cette raison insuffisants les 10% de chambres de malades exigés par le décret de 1920 et conseillait d'en augmenter la proportion de façon que « des malades accidentellement fébriles puissent y aller et surtout en revenir ». Pour les hôpitaux-sanatoriums accueillant un grand nombre de malades avancés, ajoutait-il, « la chambre à un lit devrait être la règle »[2616]. L'affectation des chambres individuelles était variable selon la nature des établissements de cure : chambres d'isolement pour les malades fébriles et les opérés, chambre pour la mise à l'écart des mourants, chambres individuelles pour les malades payants, etc. En 1917, Fournez et Küss souhaitaient plutôt réserver ces chambres à l'isolement des malades contagieux :

> *Il est indiqué,* écrivaient-ils, *de posséder deux ou trois chambres d'isolement spécialement organisées en vue de l'isolement rigoureux d'une affection contagieuse aiguë. [...] Nous estimons que la proportion de celles-ci dans un sanatorium doit être d'environ 1/12^e^ ou 1/15^e^, dans le but de séparer des autres malades ceux qui sont atteints de complication graves ou qui sont spécialement fragiles ou qui appartiennent à un milieu social plus élevé.*[2617]

Le décret du 10 août 1920 exigeait la présence, « dans tout sanatorium, [d'un] nombre de chambres à un lit dans la proportion d'au moins 8 à 10% de la population totale des malades »[2618]. La réglementation imposait en outre une surface minimum de 9 m^2 pour les chambres individuelles. Cette surface ne constituait qu'un minimum légal et le médecin chargé d'examiner le projet d'extension du sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, 1932) estimait en 1932 que les dimensions des chambres prévues par les architectes (2,50 par 4 mètres), tout en répondant aux exigences légales, n'étaient « pas très logeables »[2619]. Une largeur de 2,50 mètres n'offrait en effet pas d'autre choix que de disposer le lit longitudinalement contre la paroi mitoyenne : il n'était pas possible d'ajouter un second lit en cas de besoin (cela était fréquent), ni même de placer le lit en équerre contre la cloison. Lorsque les chambres individuelles n'étaient pas seulement réservées aux cas graves, la proportion de 10% prévue par la loi était fréquemment dépassée : beaucoup d'établissements, publics ou assimilés, comptaient en effet sur les malades payants pour équilibrer leur budget. L'hôpital-sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire, 1932), par exemple, comprenait trois bâtiments distincts implantés parallèlement les uns derrière les autres, à 40 mètres de distance, et reliés par des galeries couvertes (ill. 206-207). Chacun était conçu pour accueillir un « type » particulier de malades : le premier, le mieux exposé et donnant sur le parc, était réservé aux malades payant et ne comprenait que des chambres individuelles ; le deuxième, situé derrière, était la composante proprement « populaire » de l'établissement et était aménagé en dortoirs de quatre lits ; le troisième, enfin, placé à l'arrière, recevait les grands malades dans des chambres d'isolement[2620] : cet aménagement discriminait donc les malades en fonction de leur situation sociale ou de leur état de santé.

[2614] Rapport [...] sur l'organisation de la lutte antituberculeuse à l'A. P. de Paris [...], 1917. Archives des H.C.L., 1 LP 1153.
[2615] « Dans un sanatorium, expliquait-il, où tous les fébricitants sans distinction de peuvent être isolés faute de nombre suffisant de chambres d'isolement, il arrive obligatoirement qu'on n'isole que ceux des patients qui sont dans un état de cachexie terminale et il est inutile de dire que ces malades ne reviennent qu'exceptionnellement reprendre leur ancienne place et la vie commune des malades. » Berl 1936, p. 23-24.
[2616] *Ibidem.*
[2617] U.I.M.M. 1917, p. 25.
[2618] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2619] Il prenait pour modèle celles du sanatorium de Fontenay, à Bligny, qui mesuraient 3,10 par 4,20 mètres. Rapport du Dr Davrinche chargé d'examiner le projet du sanatorium de Franconville, 13 février 1932. Archives du C.H. de Carnelle.
[2620] Evrot, Projet d'un hôpital sanatorium près de Dreux, octobre 1930. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.25 Eure-et-Loire.

Outre l'articulation entre les services médicaux et les espaces d'hospitalisation, l'implantation des chambres individuelles dans la composition d'ensemble conditionnait en grande partie la volumétrie et l'ordonnance des façades. Les architectes adoptèrent pour cela des dispositions multiples.

La disposition la plus « classique », si l'on peut dire, consistait à placer les chambres individuelles dans des pavillons d'extrémités. C'est le parti adopté dans les deux premiers sanatoriums de Bligny et celui que recommandait implicitement la *Note sur les sanatoria* de 1929 par l'intermédiaire du plan type qui l'accompagnait. Dans plusieurs projets, l'articulation de la façade en pavillons (central et/ou d'extrémités) était particulièrement marquée : le projet de sanatorium de Dreux (Eure-et-Loir, 1921), le sanatorium départemental de Felleries-Liessies (Pas-de-Calais, 1933) ou le sanatorium départemental Etienne Clémentel (Puy-de-Dôme, 1934) offrent quelques exemples de composition « beaux-arts » dans les sanatoriums français de cette époque. A l'inverse, les chambres d'isolement pouvaient être disposées au centre de la composition où elles formaient une sorte d'avant corps central. Cette disposition faisait référence aux établissements du début du siècle : au sanatorium de Séricout (Seine-et-Marne, 1929) les chambres individuelles étaient ainsi placées dans un corps central encadré de deux ailes latérales contenant les dortoirs et rabattues vers le sud selon le modèle en vigueur en 1900 (plan 77-03C). Cette disposition se rencontrait également dans les établissements possédant un service chirurgical ; ces chambres étaient alors réservées aux malades opérés. Au sanatorium de Franconville (Val-d'Oise, extension de 1932) et à l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934), les chambres individuelles étaient situées au centre du plan, en communication directe avec les services médicaux. Formaient un avant corps central distingué par la présence de balcons saillants, ces chambres assuraient au Cluzeau la séparation entre l'aile des hommes et celle des femmes. Le programme des sanatoriums départementaux de Boudré (Maine-et-Loire, 1931) et de Savenay (Loire-Atlantique, 1931) prévoyait des chambres d'isolés « contiguës, situées au premier étage et le plus près possible du bâtiment central, car elles serviront en principe aux malades alités nécessitant des soins plus constants »[2621]. Crevel et Decaux respecteront scrupuleusement ces prescriptions (plan 49-02B) lorsqu'ils seront contraints, en 1932, de scinder leur projet en deux bâtiments distincts éloignés l'un de l'autre (plan 49-02D) : la dissymétrie des pavillons dans ce dernier projet est le résultat de la division d'un premier projet en deux unités autonomes. La disposition asymétrique des chambres et des dortoirs était plus rare, mais elle assurait une parfaite lisibilité de l'organisation des bâtiments. L'exemple le plus probant se trouve sans doute dans l'avant projet de Roger-Henri Expert* (1882-1955) pour l'extension du sanatorium Xavier Arnozan, à Pessac (Gironde, 1931) : conçue selon le dispositif à gradins, l'aile Est accueillait les dortoirs tandis que l'aile ouest était composée de chambres individuelles disposées en redents avançant vers le sud (plan 33-06). Le bâtiment réalisé adoptera toutefois un parti linaire beaucoup plus simple (ill. 222). Le projet de sanatorium départemental des Cateliers (Seine-Maritime, 1940), enfin, constitue un rare exemple de plan bicéphale dans le lequel l'aile d'hospitalisation est encadrée par deux pavillons de volumétrie identique mais groupant, à l'Ouest, le service médical, à l'Est, les chambres individuelles (plan 76-06B). L'auteur du projet (sans doute le service départemental d'architecture) alla même jusqu'à munir le service médical de balcons en façade sud – *a priori* sans utilité – de façon à rétablir, visuellement, un semblant de symétrie.

La répartition des malades par étages, selon le système décrit par Buzatti dans S*ette piani*, offrait de nombreux avantages, le principal étant la possibilité de les réunir selon l'importance des soins à prodiguer et, dans les établissements pratiquant la chirurgie, d'affecter un niveau complet au bloc opératoire et aux chambres individuelles « post-opératoires ». Ce choix fut opéré dans de nombreux établissements : à l'hôpital-sanatorium Sabourin, à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme, 1934), les chambres individuelles occupaient le quatrième étage et adoptaient une géométrie à redents radicalement différente de celle des dortoirs situés au-dessous et au-dessus ; elles communiquaient directement avec le service chirurgical situés à l'arrière dans l'aile nord. A l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1932) et au sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, 1939), les chambres individuelles étaient placées au

[2621] Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.

dernier étage et en retrait de la façade sud de façon à dégager, à l'avant de chaque chambre, une terrasse pour la cure. Comme à Clermont-Ferrand, ces chambres étaient réservées aux opérés et étaient situées à proximité immédiate du bloc opératoire ; dissociées de la composition générale, elles formaient une sorte de *penthouse* sur la toiture terrasse du bâtiment, presque invisible de l'extérieur (ill. 195)[2622]. Les blocs chirurgicaux étaient fréquemment situés au dernier étage des ailes de services, notamment parce qu'ils exigeaient un éclairage constant et intense, parfois obtenu au moyen de verrières ou de grandes baies vitrées orientées au Nord. Cet emplacement s'accordait relativement bien avec le fonctionnement général des établissements dont les derniers niveaux étaient moins fréquentés, et donc plus calmes, que les niveaux inférieurs : l'association bloc opératoire-chambres d'isolés en partie supérieure des établissements était ainsi récurrente. Elle fut également adoptée au sanatorium interdépartemental de Saint-Gobain (Aisne, 1934) où le balcon de cure des chambres individuelles était en porte-à-faux au-dessus de la façade sud du bâtiment (ill. 137). Au sanatorium de la Musse (Eure, 1932), les architectes avaient placé les individuelles et doubles au troisième étage de chaque pavillon, sans pour autant modifier l'organisation conçue pour les chambres de trois lits des étages courants : au troisième étage, ces chambres n'accueillaient plus que deux lits et les vestibules intermédiaires devenaient des chambres individuelles (plan 27-02B). De l'extérieur, rien ne permettait de distinguer les étages courants de ce niveau atypique dont la spécificité était fondue dans la trame homogène des fenêtres (ill. 27-202).

Une autre possibilité consistait à disséminer les chambres individuelles dans l'ensemble du bâtiment. Dans le projet de Crevel et Decaux pour le sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1933, lauréats), par exemple, ces chambres avaient été « réparties entre les dortoirs au lieu d'être groupées dans une partie du bâtiment »[2623]. Cette disposition paraît particulièrement adaptée aux établissements à gradins dont le type « en longueur » faisait disparaître le rythme vertical des baies derrière celui, longitudinal, des galeries de cure et de leur auvent. Les architectes étaient donc libres de diviser les chambres à leur gré sans que la composition d'ensemble n'ait à en souffrir. Dans le projet de Georges-Henri Pingusson* (1831-1880) pour le même concours, les chambres individuelles occupaient l'extrémité Est de chaque étage sans perturber pour autant la structure, en plan comme en élévation, des pavillons de cure (plan 95-04B). Dans le pavillon des femmes du sanatorium de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1933), les chambres individuelles étaient également intégrées dans la trame générale du bâtiment dont elles occupaient le tiers ouest : les unités de dix mètres de large (correspondant un dortoir de six lits) furent simplement cloisonnées de façon à former trois chambres individuelles (plans 22-03B).

La séparation des chambres d'isolés dans une aile distincte, voire dans un bâtiment à part, constituait une déclinaison des pavillons de contagieux présents dans tous les hôpitaux généraux. Ce dispositif était toutefois rare dans les sanatoriums qui constituaient d'une certaine façon, en eux-mêmes, un service d'isolement à part entière ; nous avons d'ailleurs mentionné les subtils ménagements dont faisaient preuve les médecins vis-à-vis des malades envoyés à l'isolement. Au sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936), les chambres d'isolés de chacune des deux sections, hommes et femmes, étaient groupées dans un petit pavillon situé à l'arrière des grands pavillons de cure (plan 13-04). Dans le pavillon des hommes du sanatorium de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1933), l'aile des services, placée derrière celle des chambres, était prolongée de deux courtes ailes symétriques réservées, l'une au logement du personnel, l'autre aux malades « isolés ». Ces chambres individuelles étaient distinctes de celles situées au centre de la façade sud, sans doute réservées aux malades payants (plan 22-03C). Au sanatorium interdépartemental de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946), les chambres individuelles étaient groupées dans une « infirmerie » formant une aile distincte située à proximité des services généraux et de l'entrée (ill. 71-345).

Tous ces dispositifs cherchaient à résoudre, avec plus ou moins d'élégance et d'efficacité, la difficile intégration des chambres individuelles dans des bâtiments dont l'unité de base était généralement constituée de dortoirs de trois lits. Ces chambres constituaient indubitablement un élément perturbateur du plan et de l'élévation, idéalement constituée d'une trame homogène de chambres ou de dortoirs de mêmes

[2622] S.a., « Sanatorium des Genévriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, février-mars 1946, v.7, n°55-56, p. 68.
[2623] Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille, mémoire explicatif. A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.

dimensions. Leur confinement au dernier étage, latéralement ou dans l'axe du bâtiment de cure, permettait avant tout de déployer largement, sur le reste de l'édifice, le module courant.

L'« individualisation » du malade.

L'« individualisation » du malade dans les sanatoriums, réalisée pour des questions de prophylaxie, d'hygiène et de discipline, consistait, selon Guinard, à « ne jamais réunir deux services dans une même pièce ou dans un même endroit. Chaque pièce, par conséquent, doit répondre à un seul objet, à un seul but, à l'exclusion de tout autre usage. C'est ainsi que nous comprenons l'indépendance des chambres, des lavabos, des brosseries, des vestiaires, etc. »[2624]. Cette conception fut réalisée pour la première fois, en France et dans un établissement populaire, au sanatorium de Fontenay, toujours à Bligny (Yvelines, 1913-1925), dans lequel tous les malades étaient « alvéolisés dans des chambres séparées »[2625]. Cette « alvéolisation » des malades (terme cher à Guinard) ouvrait également la voie au « sanatorium moyen [c'est à dire pour classes moyennes], indispensable échelon entre le sanatorium populaire et les établissements de luxe »[2626]. En 1918, le médecin-directeur de la station sanitaire des Roches (Puy-de-Dôme), Chaussat, proposa l'agrandissement de son établissement au moyen de deux pavillons de cure exclusivement constitués de chambres individuelles. Bien que non réalisé, ce projet fut l'un des premiers à proposer, dans le cadre d'un établissement départemental, la « distribution des lits en chambres séparées ». Selon Chaussat, trois raisons permettaient de justifier cette conception qu'il estimait « nouvelle dans l'installation des sanatoriums populaires » :

> *1° Raisons de thérapeutique générale antituberculeuse. [...] L'aération continue, qui est la base du traitement sanatoriale, nécessite un entraînement progressif. Les entrants ne peuvent, dès le premier jour, s'accommoder du régime commun subi par leurs camarades déjà entraînés [...]. L'isolement du tuberculeux n'est que trop souvent nécessité par certaines circonstances au cours de sa cure au sanatorium (hémoptysie, etc.). La disposition des malades en chambres isolées supprime toute condition fâcheuse. [...] La psychologie du tuberculeux au sanatorium est un des problèmes les plus délicats à résoudre. Le malade ne demande qu'à s'illusionner sur son état. L'isolement relatif de la chambre permet facilement d'entretenir cette illusion nécessaire. En salle commune, le malade lit forcément dans les yeux, le geste, l'attitude des autres à son égard, le reflet de sa propre déchéance aggravée par l'égoïsme ambiant : arriverait-il, malgré tous ces indices, à s'illusionner encore, que son départ pour la chambre d'isolement viendrait à coup sûr ruiner ses dernières espérances. [...]*
>
> *2° Raisons de prophylaxie individuelle et sociale de la tuberculose.* [Il importe] *de répartir en catégories bien séparées les tuberculeux dont l'expectoration contient des bacilles et les non bacillifères, les fébriles et les non fébriles. Le symptôme sur lequel est basée cette classification est tellement instable qu'on est jamais certain de mettre ses malades à l'abri d'une surcontamination lorsqu'ils habitent en chambres communes. [...] Il faut convaincre* [le malade] *de l'importance prophylactique de la chambre séparée qu'on lui prescrit d'instaurer chez lui, de la désinfection totale de la chambre, du lit, des objets de literie et d'ameublement qu'on lui recommande à faire effectuer à son domicile plusieurs fois par an. [...] Diminuant les vexations, les promiscuités parfois fâcheuses de la vie en commun, les révélations forcées sur les stades parcourus par la maladie, cette répartition attire et retient au sanatorium, pour une éducation meilleure et plus complète des malades et pour une préservation plus efficace de la famille et de la société.*
>
> *3° Considérations d'ordre moral. Il paraît contraire à la vraisemblance de croire qu'un individu, en France du moins, sera amené à réformer ses habitudes et sa mentalité par la seule vertu de la contrainte. Plus nous élèverons les murs [...] moins le malade comprendra son rôle à la sortie de sa cure éducative ; il conservera de son séjour au sanatorium l'impression d'une vexation constante dont le premier acte réflexe sera l'affranchissement aussitôt libre de toute pratique d'hygiène et de toute restriction. N'est-il pas plus vraisemblable d'admettre que le séjour du tuberculeux au sanatorium, dans une chambre très simple mais agréable à habiter, se rapprochant le plus possible des conditions moyennes de l'existence dans notre pays, l'obligera forcément par la loi de l'habitude pleinement consciente à réaliser chez lui une meilleure*

[2624] Guinard 1925, p. 47.
[2625] Artaud 1914, p. 98.
[2626] Roshem 1918, p. 288.

utilisation de ses locaux d'habitation, de l'emploi de son temps, de ses ressources alimentaires, de sa capacité de travail. [2627]

Cette conception « individualiste » devait mettre le malade dans de bonnes dispositions, propices à la pleine acceptation du traitement et des contraintes de la cure. Il s'agissait autant d'améliorer les conditions de séjour des pensionnaires que de leur ôter toute velléité de résistance, ne serait-ce que mentale, et susceptible de former un obstacle à leur guérison et au respect des prescriptions hygiéniques exigées par leur état. Si ce point de vue était globalement partagé par le corps médical, les conditions matérielles et économiques au sortir de la guerre rendaient utopique l'idée de loger les malades des classes populaires dans des chambres individuelles. Décidant, en 1923, la construction d'un sanatorium universitaire à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), l'Association générale des étudiants souhaitait initialement qu'il ne fût composé que de chambres individuelles mais, « par raison d'économie », l'architecte Gavet dut abandonner cette idée dès 1924[2628]. Dans l'idéal, reconnaissait Berl, convenait de placer les malades dans des chambres individuelles à un lit ; mais, ajoutait-il, « les dépenses que cette disposition entraînerait, ainsi que les difficultés du service rendent la chambre individuelle pratiquement impossible dans les sanatoriums populaires »[2629].Si les motifs invoqués en 1918 par Chaussat (la « thérapeutique générale » et la « prophylaxie individuelle ») étaient applicables dans tous les établissements de tuberculeux, le traitement des malades en chambres individuelles ne pouvait pas être envisagé dans les établissements populaires ou assimilés. Dans les établissements privés, au contraire, il était possible de proposer aux malades, moyennant un surcoût, une chambre individuelle, mais ce mode d'hospitalisation n'y était pas non plus généralisé. Dès la fin des années vingt, les architectes s'ingénièrent à conjuguer l'« individualisation » des malades, telle que la prônaient les médecins depuis de nombreuses années, avec les exigences d'hygiène, de rendement économique et de commodité du service. La question de la chambre individuelle posait immanquablement celle de la disposition de l'espace de cure contigu qui lui était associé. Cette exigence donnait un avantage certain aux galeries de cure placées en façade sud, au-devant des chambres de malades, selon la disposition que Rideau qualifiait en 1932 de « type de Leysin »[2630], classique dans les établissements privés suisses depuis les années 1890. Si cette disposition n'était pas exclusivement mise en œuvre à Leysin – elle concernait également la quasi-totalité des établissements de Davos – elle avait été réalisée dans quelques établissements populaires de la station valaisanne, sur le modèle des sanatoriums privés, tels les sanatoriums fribourgeois ou neuchâtelois. Depuis la construction du sanatorium Belligneux (ill. 124), à Hauteville (Ain, 1912), la plupart des établissements privés français avaient adopté ce parti : il faut inclure dans cette catégorie la presque totalité des établissements de Cambo-les-Bains (Pyrénées-Atlantiques), de la Côte d'Azur et de la Provence, mais aussi les sanatoriums privés d'Hauteville (Ain), tels le Grand-hôtel sanatorium, les sanatoriums Espérance, Le Sermay, Régina, etc. Le projet d'extension de la station sanitaire des Roches avait adopté le système à gradins, particulièrement adapté aux chambres individuelles car il permettait de leur adjoindre un balcon de cure tout en garantissant une bonne ventilation et un éclairage optimal à chaque étage.

Dans les sanatoriums populaires, les chambres d'isolement disposaient généralement de petits balcons de cure, tels qu'on les trouve dans les sanatorium de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1930), de la Musse (Eure, 1932), de Felleries-Liessies (Nord, 1933), de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1946), du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934) ou de Franconville (Val-d'Oise, 1932). Pour ce dernier établissement, le médecin chargé d'examiner le projet, Davrinche, jugeait que, si ce type de balcon n'était « pas absolument nécessaire », il « ajouterait, cependant, un agrément de plus aux chambres d'isolement et permettrait d'avancer le lit ou une chaise longue près de l'ouverture d'aération »[2631]. Au Cluzeau, les architectes estimaient « que les malades installés dans les chambres individuelles ne pourraient [...] se déplacer et

[2627] Etude du projet d'agrandissement de la station sanitaire des Roches, 1918. A.D. du Puy-de-Dôme, N 669.
[2628] Rivet 1924, p. 1180.
[2629] Berl 1936, p. 20.
[2630] Rideau 1932.
[2631] Conseil de surveillance de l'office public d'hygiène sociale du département de la Seine, séance du 28 mars 1930. Archives du C.H. de Carnelle (ancien sanatorium de Franconville) à Saint-Martin-du-Tertre.

effectuer un trajet quelconque ; d'autre part, leur cure est absolument nécessaire »[2632] ; l'aménagement de petits balcons individuels à l'avant des chambres s'avérait donc judicieux. Le programme du concours de l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1930) prévoyait, de la même façon, « une petite terrasse de cure spéciale »[2633] devant les chambres individuelles ; à Boudré (Maine-et-Loire, 1931), « les chambres individuelles seront dotées d'une galerie de cure attenante, située en façade et devant les chambres, communiquant largement avec elles par une porte-fenêtre [...]. Cette galerie de cure sera en balcon au-dessus du rez-de-chaussée »[2634]. Pour parfaire l'autonomie des chambres d'isolés, elles étaient habituellement équipées d'un lavabo, situé « dans la chambre même » et installés, à Boudré, « de façon à ce qu'on puisse, au moyen d'un rideau, constituer une sorte de petit cabinet de toilette »[2635].

Les sanatoriums d'Abraham et Le Même.

Les recherches menées par Abraham et Le Même sur l'architecture des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires rappellent, d'une certaine façon, celles menées par quelques médecins au tournant du XX^{e} siècle pour la définition d'un sanatorium « idéal ». L'orientation prise par ces architectes est étroitement liées au maître d'ouvrage des établissements qu'ils réalisèrent : l'Association des villages sanatoriums de haute-Altitude (A.V.S.H.A.), association philanthropique fondée en 1922 dans le but de donner accès aux traitement sanatorial aux tuberculeux pulmonaires des classes peu aisées, qui étaient à la fois exclues du dispositif de prise en charge au titre de la loi Honnorat (réservé aux indigents) et pas assez riches pour se faire soigner dans les sanatoriums privés. Le programme des sanatoriums de l'A.V.S.H.A. différait de celui des sanatoriums populaires en ceci qu'ils devaient offrir un confort supérieur aux malades, excluant d'office les dortoirs collectifs. Si l'intérêt d'Abraham et Le Même pour les chambres individuelles trouva son principal débouché dans ces sanatoriums privés assimilés, il avait été initié dès 1926 par le projet emblématique du sanatorium de Plaine-Joux.

Ce projet était une commande de l'ancien directeur adjoint de la Mission Rockefeller en France, le médecin Alexandre Bruno*. Bruno souhaitait réaliser un établissement de luxe offrant des conditions climatiques et hygiéniques parfaites pour la cure et était « avant tout préoccupé par la recherche d'une disposition de balcon de cure ne retirant pas à la chambre son insolation et son aération directe ainsi qu'il arrive même dans les sanatoria les plus récents »[2636]. Les balcons de cure devaient être directement accessibles depuis les chambres, sans toutefois les obscurcir. En 1928, Abraham et Le Même, sur les indications de Bruno, mirent au point deux types de chambre (ill. 358-359) : le type A présentait une géométrie orthogonale relativement simple dont l'ingéniosité consistait à placer, entre les chambres, de petites salles de bain peu profondes prolongées, entre les chambres contiguës, par un balcon individuel de cure partiellement en porte-à-faux. Le type B offrait une composition plus tranchée basée sur le retournement à 45° des chambres à plan carré : dans l'interstice triangulaire compris entre chaque chambre et le couloir, était logée une salle de bain et, côté sud, un balcon semi-circulaire aménagé à leur jonction. Comme dans le plan précédent, la salle de bain était éclairée naturellement par une petite fenêtre ouverte sur le balcon. Dans un article paru en 1929 dans *L'Architecte*, Victor Berger notait au sujet de ces deux plans type : « Bien que la supériorité du type B fût évidente et immédiatement admise par le médecin-fondateur, l'expression plastique si particulière à laquelle elle conduisait la fit momentanément écarter pour des raisons esthétiques. Le bon sens l'emporta enfin, et le type B, mis au point après de nombreuses recherches, aboutit à la "cellule type" »[2637]. Une fois la « cellule type » définie, le bâtiment procédait d'un assemblage d'unités identiques dont le nombre était défini par le programme. Berger en résumait ainsi les avantages :

[2632] Construction d'un hôpital-sanatorium au Cluzeau, rapport des architectes, 11 septembre 1930. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 154.
[2633] S.a., « Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 février 1932, p. 316.
[2634] Programme du concours pour la construction d'un sanatorium en Maine-et-Loire. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2635] *Ibidem.*
[2636] Berger 1929, p. 62.
[2637] *Idem*, p. 63.

1° Maximum d'insolation tant de la cure que la chambre : pas d'ombres portées de la chambre sur la cure et réciproquement ; 2° Aération directe de la salle de bains ; 3° Grande visibilité du paysage extérieur pour le malade alité dans sa chambre ou dans la cure, possibilité de supprimer l'ensoleillement sans supprimer la vue par suite de la disposition à deux directions des croisées ; 4° Renouvellement de l'air intérieur par l'ouverture simultanée des croisées nord-ouest et nord-est ; 5° Facilité de pousser le lit sur la cure ; 6° Facilité de doser l'ensoleillement de la cure avec des stores de toile à deux directions, permettant la protection des rayons solaires sans masquer la vue ; 6° Isolement favorable au repos entre la chambre et la circulation par des locaux tampons (vestibule, vestiaire de jour, salle de bains, penderie, etc.) ; 7° Clarté d'aspect de toutes les pièces éclairées par des croisées d'angle, disposition qui supprime les murs à contre jour, c'est à dire les parois obscures.[2638]

Cette « cellule type » s'appliquait aussi bien aux pavillons de cure de six à douze lits (ill. 362) qu'au bâtiment principal de 200 lits (ill. 357). Si la plupart des sanatoriums étaient déjà conçus selon une trame modulaire, formée d'une chambre ou d'un groupe chambres-lavabos, l'innovation apportée par Plaine-Joux était de réduire ce module à sa plus petite composante – le malade seul – et de le rendre parfaitement visible dans la composition de l'édifice : chaque chambre n'est plus alors fondue dans une trame linéaire mais possède une existence propre, en plan comme en façade ; elle est identifiée comme l'unité constitutive du projet. C'est d'ailleurs la plastique sculpturale du projet, parfaitement mise en valeur par une maquette en plâtre (ill. 356) unanimement saluée lors de sa présentation au salon des artistes décorateurs en 1928. Sa façade sud ne résultait pas d'un parti pris esthétique mais de considérations purement techniques comme l'exposition solaire, les vues ou l'isolation des malades. D'où l'esthétique si particulière du projet. Une question doit être posée au regard de la production des années trente : Pourquoi les architectes n'adoptèrent-ils pas le système à gradins qui aurait répondu pleinement aux exigences formulées par Alexandre Bruno ? Il faut croire qu'en 1927, en France du moins, les gradins n'étaient pas suffisamment ancrés dans l'imaginaire des architectes (en dépit des réalisations de Sauvage et des projets de Garnier) pour qu'Abraham et Le Même aient osé ce dispositif. Ils ne l'emploieront, avec succès, qu'en 1930 dans le projet du sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, achevé en 1933, plan 74-07B). Nous reviendrons par la suite plus en détails sur la question des gradins. Offrant un exemple convainquant d'individualisation spatiale des chambres au moyen de redents, Plaine-Joux ouvrait la voie à toute une série de propositions similaires à redents tel l'avant-projet pour le sanatorium Xavier Arnozan (Gironde, 1931, plan 33-07A), l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934, plan 63-04B), le projet de sanatorium d'altitude de l'architecte Beugnet (1932, ill. 115-116) ou la chambre type conçue en 1930 pour un sanatorium ou un hôtel de cure par l'architecte hongroise Eva Kepes (ill. 110). D'un point de vue constructif, la disposition des chambres à 45° imposait soit d'une trame entièrement désaxée (Kepes), soit d'une trame orthogonale à laquelle était superposé un cloisonnement orienté à 45° (Plaine-Joux, Sabourin). Bien qu'intimement liée à constitution de cellules de cure individuelles, cette disposition à redents fut étendue aux dortoirs dans le projet de l'architecte allemand C.J.M. Schröder (1930, ill. 61)[2639].

Les redents, comme d'ailleurs les gradins, présentaient de nombreux avantages vis-à-vis de l'exposition et de l'insolation, mais aussi certaines contraintes techniques. Une alternative consistait à placer un balcon de cure individuel sur une portion limitée de la largeur de la chambre, la partie restante donnant directement sur l'extérieur. André Lurçat fut l'un des premiers architectes à proposer ce dispositif dans son projet de reconstruction du sanatorium de Durtol (Puy-de-Dôme, 1929, ill. 319). S'adressant, comme Plaine-Joux, à une clientèle privée, le projet comprenait un long bâtiment dont l'épaisseur était réduite à celle d'une chambre desservie à l'arrière par un couloir. Chaque chambre de malade comprenait un petit balcon, partiellement intégré au volume bâti et prolongé par un porte-à-faux, assez grand pour y placer une chaise de cure. « De la conception et de l'agrandissement de cette chambre type, notait Lurçat, découlent le plan général du sanatorium et toute son organisation »[2640]. Nous ne saurions retracer la généalogie de ce dispositif ; nous noterons seulement que le médecin Latham, lauréat du concours de 1902

[2638] *Ibidem.*
[2639] Voir : C. Schröder, « Ein neuer Krankenhaustyp zur Frischluftbehandlung », in *Gesundheits-Ingenieur*, 1930, n°23, p. 364-366.
[2640] Poulain 1930.

pour le sanatorium Edouard VII, proposait un aménagement assez similaire (ill. 89) dont une seconde variante évoque les chambres du sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie, 1937). Dernière réalisation issue de la collaboration entre Abraham et Le Même, ce dernier sanatorium présentait des chambres individuelles groupées par deux en miroir et disposant chacune d'un balcon de cure individuel occupant une moitié de la façade sud. Ce plan, simple et d'une lisibilité parfaite, s'inscrit dans la continuité des projets antérieurs des architectes et constitue, dans la lignée de Plaine-Joux, une variation sur le thème de la cellule individuelle de cure (ill. 377). Ce système présentait un avantage essentiellement constructif : contrairement au système à gradins, les chambres de Martel de Janville étaient strictement superposables, sans limitation de hauteur et sans discontinuité des éléments porteurs[2641].

Développée pour les sanatoriums privés, l'organisation des établissements de cure en chambres individuelles gagna progressivement, au cours des années trente, les établissements ouverts à d'autres catégories de malades. Les premiers à en bénéficier, après ceux des classes aisées, furent les malades des classes moyennes peu aisées avec, nous l'avons dit, les sanatoriums de l'A.V.S.H.A. Au sanatorium de Praz-Coutant, ouvert en 1926, les malades disposaient, sur le modèle du sanatorium Trudeau de Saranac Lake (Etats-Unis), de chambres individuelles précédées de balcons de cure et situées dans les deux bâtiments principaux ou dans les chalets disposés autour. Dans les sanatoriums corporatifs, les chambres individuelles étaient également fréquentes, par exemple au sanatorium des instituteurs à Sainte-Feyre (Creuse, 1906), dont l'extension réalisée en 1928 reprenait les mêmes dispositions, ou au sanatorium Chantoiseau, à Briançon (Hautes-Alpes, 1934), réservé aux infirmières. Ce phénomène concernait également les pavillons hospitaliers de tuberculeux qui accueillaient des malades parfois gravement atteints et qu'il convenait d'isoler. « Le respect de l'individu exige la suppression des salles communes où [...] l'on "meurt en commun", et la multiplication des chambres individuelles où, tout au moins, ne comportant qu'un petit nombre de lits »[2642], notait Eugène Beaudoin, en 1934, dans *L'Architecture d'Aujourd'hui*. En 1939, l'extension du sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) fut réalisée selon le principe de la chambre individuelle de cure. Selon son médecin directeur, Daniel Douady* (1904-1982), cette dernière réalisation reflétait « les idées actuelles sur la cellule constitutive des sanatoriums modernes : galerie de cure en avant de chaque chambre, réunie à celle-ci par une large porte-fenêtre, chambre pour un ou deux malades »[2643]. L'isolation des tuberculeux sera plus marquée encore après la Seconde Guerre Mondiale et plusieurs établissements abandonneront les galeries de cure collective au profit de galeries individuelles situées devant les chambres[2644].

[2641] En 1932, l'architecte Jan Karzewski, associé à l'architecte Meier, d'Arosa (Suisse), conçut une chambre pour « hôtels ou sanatoria » très similaire à celle du sanatorium Martel de Janville, également conçu en 1932. Karzewski et Meier présentaient leur projet comme une amélioration de la chambre de Plaine-Joux dont « la cure n'était abritée que de deux côtés ». Leur projet proposait « une cure abritée de trois côtés, conformément aux exigences des médecins et au désir des gens bien portants, qui veulent prendre des bains de soleil sur une loggia abritée du vent et des regards indiscrets » (ill. 109). Karzewski 1932, p. 57.

[2642] Beaudoin 1932, p. 34.

[2643] Douady 1952, p. 58.

[2644] Au sanatorium des étudiants, la façade sud du pavillon des femmes fut intégralement reconstruite en 1949-1952 de façon à présenter, comme dans le bâtiment ajouté en 1939, une « longue façade rectiligne avec les quatre ponts-promenade superposés de ses galeries de cure et terrasses superposées ». L'ancienne galerie collective du troisième étage fut aménagée en laboratoires et en salles d'études (*Guy Renard*, juillet-août 1957, n°66, p. 2). En 1954, Louis Sainsaulieu, auteur du sanatorium des lycéens de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1956), estimait alors : « Ce qui est vrai pour le logement des individus, l'est encore bien plus pour celui des collectivités et le sanatorium en est un type qui s'y adapte parfaitement. De nombreuses chambres à besoins identiques vont en effet constituer la base d'une répétition parfaite correspondant à un bâtiment rationnel donc économique. La superposition des étages de ces groupes [...] permettra de retrouver les uns sur les autres tous les services d'étage et les circulations qui les desservent. Que résulte-t-il de tout cela pour l'aspect des sanatoriums ? Il est probable que l'allure de l'avenir sera moins composée et ramassée que celle du passé. Un grand bâtiment élevé comprenant les chambres superposées sans la moindre rupture de rythme sur sa façade sud ; en arrière : des superpositions verticales de communications et de services d'étages ». Sainsaulieu 1954, p. 5.

4.4. Les galeries de cure dans la conception sanatoriale.

4.4.1. Galeries et promenoirs : diversité des espaces de cure.

Obligés de quitter leur chambre durant la journée, les malades passaient l'essentiel de leur temps dans les galeries de cure des sanatoriums, au cours de séances pouvant totaliser jusqu'à 10 heures par jour. La problématique des galeries de cure se situe au carrefour des enjeux médicaux et architecturaux propres au sanatorium : elles sont le lieu où se matérialise physiquement l'une des principales composantes du traitement hygiéno-diététique : la cure d'air. Les exigences médicales relatives à la l'aération des malades durant la cure étaient multiples : exposition optimale, protection contre les vents et les intempéries, adaptabilité des espaces de cure en fonction du climat et de la saison, accessibilité depuis les bâtiments d'hospitalisation et en particulier les chambres de malades, dimensionnement des galeries permettant un usage adapté et un contrôle aisé, choix de matériaux facilement désinfectables, etc. Ces éléments constituaient le programme sur la base duquel les architectes devaient combiner ces espaces de cure, censés accueillir la quasi-totalité des malades simultanément, avec le reste du programme, espaces collectifs et d'hospitalisation en particulier. L'organisation longitudinale de ces « galeries », immuablement développées en longueur, résultait de la contrainte d'exposition au sud. Paradoxalement, nous aurons l'occasion d'y revenir, le soleil était recherché pour son pouvoir bactéricide, mais il fallait en protéger les malades, notamment les pulmonaires, pour lesquels le rayonnement direct était fortement contre-indiqué. Les contraintes architecturales étaient variables selon le terrain disponible (de plaine ou de montagne), l'environnement immédiat (présence de masques – bâtis ou végétaux – créant de l'ombre à certaines heures) et le parti général adopté pour l'établissement. La conception des bâtiments et des galeries était d'ailleurs étroitement liée et procédait d'une même logique organisationnelle : outre la valeur thérapeutique que pouvaient présenter les galeries, elles devaient s'intégrer parfaitement au fonctionnement global de l'établissement et s'articuler avec les autres espaces fréquentés par les malades et le personnel soignant.

Afin de rendre l'immobilisation des malades moins pénibles, les médecins s'étaient attachés à installer les galeries de cure « aussi confortablement que possible »[2645] ; pour cette raison, autant que pour garantir l'hygiène des lieux, le mobilier et les aménagements étaient choisis avec soins. Jusqu'au milieu des année vingt, les chaises de cure étaient habituellement en osier ou en rotin (ill. 44), tel le modèle *Küpfer*, adopté à Bligny au début du siècle et que Guinard recommandait encore en 1925[2646] (ill. 413). A partir de la fin des années vingt, l'usage des chaises métalliques se généralisa : pliables, à dossier réglable ou fixe, peintes de couleur gris ou aluminium, les modèles étaient innombrables (ill. 271). Au sanatorium Laënnec, à Dreux (Eure-et-Loir, 1933), les chaises étaient « réversibles » et autorisaient de nombreuses positions et les pieds étaient munis de rallonges pour réaliser la cure en position déclive (souvent prescrite après une phrénicétomie) ; elles disposaient également d'une courbure supplémentaire, au niveau des genoux, pour permettre aux malades de faire leur cure en position de « sur-repos », jambes fléchies, qui évitait les crampes[2647]. Certains architectes concevaient eux-mêmes les chaises de cure, tel Pierre Forestier, en 1931, pour la cité sanitaire de Clairvivre (ill. 187). Constituées de tubes métalliques, dépourvues d'angles saillants, ces chaises présentaient les meilleures garanties d'hygiène car elles présentaient moins de surfaces et de recoins que celles en rotin et étaient plus facilement désinfectables. Ces chaises étaient généralement recouvertes d'un matelas de cure lavable[2648]. Leur espacement était réduit au strict minimum de façon à limiter le développement des galeries de cure : au sanatorium alsacien de Munster-Haslach (Haut-Rhin, 1927), les chaises n'étaient ainsi séparées que pas une distance de 45 centimètres[2649] et la *Note*

[2645] Gaillard, architecte départemental, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, N 229-32.
[2646] « A Bligny, expliquait-il, nous avons adopté la chaise-longue en excellent rotin, construite d'une seule pièce (modèle Küpfer) ; dossier et appui bras parfaitement fixes, l'ensemble adoptant des inclinaisons et des courbes qui conviennent très bien au repose demi-étendu, avec une voussure accusée au pli du genou, qui laisse les membres inférieurs dans une position très naturelle. Chaque chaise-longue, peinte au Ripolin, est pourvue d'un bon matelas laine-crin, qui la garni sur toute sa longueur, jusqu'à l'extrémité du dossier où se trouve fixé un petit coussin pour la tête. » Guinard 1925, p. 375-376.
[2647] Clairon & Rahili 1994, p. 55.
[2648] Léon-Petit recommandait, en 1895, l'emploi de matelas en « toile cirée ». Léon-Petit 1895, p. 57.
[2649] Blum 1928, p. 5.

sur les sanatoria de 1929 prévoyait une largeur « d'environ un mètre par place », suivant en cela les recommandations formulées en 1917 par Fournez et Küss[2650]. Les chaises devaient être disposées, face au sud, sur une seule rangée, toute autre disposition était proscrite : l'aménagement présentant trois rangées de chaises longues placées les unes derrière les autres dans le projet d'extension du sanatorium privé de Vion, à La Tour-du-Pin (Isère, 1934) fut catégoriquement refus par le comité technique des sanatoriums[2651].

Comme les chambres, les galeries pouvaient être divisées en *boxes* de façon à répartir les malades en petits groupes et faciliter le maintient de la discipline. La *Note* de 1929 recommandait ainsi l'emploi de « cloisons vitrées de deux mètres en hauteur » formant des « boxes contenant huit à neuf chaise-longues, disposées sur une seule rangée »[2652], comme le préconisait Guinard dans *La pratique des sanatoriums*[2653]. Ce type de partition était très répandu et seule la dimension des sections variait d'un projet à l'autre. Au sanatorium de Dreux, chaque chaise de cure était isolée de ses voisines par des paravents individuels ; cette disposition demandait un espacement plus important de chaises mais offrait certains avantages hygiéniques en limitant la dispersion des bacilles en cas de quintes de toux[2654]. Toujours à Dreux, des cloisons vitrées mobiles permettaient de fermer les galeries de cure, au moyen d'une manivelle, en cas de fortes intempéries, réinterprétant en quelque sorte les galeries de cure vitrées utilisées en hiver dans les sanatoriums du début du XX^{e} siècle. A l'avant, les galeries pouvaient également être munies de gardes corps en verre qui, selon Berl, avaient « l'avantage de s'opposer aux remous de l'air »[2655] et de protéger les malades des courants d'air

Pour faciliter la surveillance des malades pendant la cure, les galeries collectives devaient avoir une largeur suffisante pour permettre aux infirmières de circuler au devant des chaises-longues ; la *Note* de 1929 recommandait ainsi une largeur minimale de quatre mètres. Lorsque les chambres d'isolés étaient prolongées, en façade sud, par un balcon de cure, l'« individualisation » des malades ne devait toutefois pas entraver leur surveillance : dans son projet de sanatorium pour l'U.H.S.E. à Saint-Hilaire-du-Touvet, Tony Garnier disposa ainsi, à chaque étage, une coursive au devant des chambres et des galeries de cure, reliée à ses deux extrémités aux service communs et aux couloirs d'étages (plan 38-05B). De la même façon, le programme du concours pour la construction du sanatorium de Boudré prévoyait que les cures individuelles ne seraient « pas complètement séparées les unes des autres, de façon à ce que l'on puisse, le long de leurs balustrades, circuler librement d'une galerie dans l'autre »[2656]. Au sanatorium de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1956), Sainsaulieu relia les galeries de cure placées à l'avant des chambres par un « chemin de ronde ». Ce chemin longeait les galeries de bout en bout, permettant aux infirmières de circuler continuellement d'une section à l'autre sans avoir à passer par les chambres[2657].

Durant la cure, la protection des malades contre le rayonnement solaire était indispensable du fait des contre-indications de l'exposition au soleil des tuberculeux pulmonaires. Comme le rappelait Berl, « il s'agit de faire la cure dans l'ombre en pays ensoleillé »[2658] : si le pouvoir bactéricide du rayonnement solaire direct – voire seulement diffus – était recherché, la violence de l'exposition solaire directe du corps, notamment des zones sensibles telles que la tête et, surtout, le thorax, pour les poitrinaires, imposait des mesure de protection. La *Note* de 1929 préconisait l'installation de « grands rideaux-stores pour protéger contre le soleil et les mauvais temps »[2659]. La plupart des établissements disposaient donc de stores à l'avant des cures, en toile, comme à l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Indre-et-Loire, 1934, ill. 430) ou à lamelles de bois, comme dans les sanatoriums de Franconville (Val-d'Oise, 1932) et du Rhône (Isère,

[2650] U.I.M.M. 1917, p. 27. En 1928, l'architecte départemental de la Sarthe prévoyait, à Parigné-Lévêque « 1,20 mètre par chaise-longue ». A.D. de la Sarthe, 1 X 319.
[2651] Lettre du 14 juin 1934 du Dr Evrot au Dr Boissel. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.34.Isère.
[2652] Poulain 1932, p. 36.
[2653] Guinard considérait « comme avantageuse la séparation des galeries en box, contenant sept à huit chaises-longues, au moyen de cloisons vitrées ayant deux mètres de hauteur et 2,4 mètres de largeur. On assure ainsi une protection contre les courants d'air et, de plus, les pensionnaires, groupés par relation et affinité d'état ou d'éducation, se trouvent plus à leur aise. » Guinard 1925, p. 55.
[2654] Clairon & Rahili 1994, p. 55.
[2655] Berl 1936, p. 33.
[2656] Programme du concours pour la construction d'un sanatorium en Maine-et-Loire, 1931. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2657] S.a., « 16 novembre 1956. Le Président de la République inaugure le sanatorium des lycéens et collégiens à Neufmoutiers-en-Brie », in *Guy Renard*, n°59, décembre 1956, p. 3.
[2658] *Ibidem.*
[2659] Poulain 1932, p. 36-37.

1933). Il y avait une contradiction apparente entre la nécessité de protéger les malades du soleil et le besoin d'exposer au maximum les pièces au rayonnement solaire pour assurer la destruction des germes. Cela conduisit certaines administrations à prendre des décisions paradoxales : ainsi, en 1929, la commission chargée de l'examen du projet d'extension de l'hôpital-sanatorium Sainte-Eugénie, à Saint-Genis-Laval (Rhône), demanda à l'architecte d'ajouter un « rideau mobile » aux cures et, pour « supporter l'armature des rideaux », que « les consoles [en béton armé] supportant les galeries de cure soient remplacées par des colonnes »[2660]. L'architecte fut donc contraint de remplacer le porte-à-faux des galeries, mode de construction adopté justement parce qu'il supprimait toute ombre portée sur les galeries, par des poteaux (ill. 339). Nous avons déjà mentionné l'habitude, dans les sanatoriums allemands de la fin du XIX[e] siècle, de mettre à disposition des malades, en plus des galeries de cure, des « *Wandelhallen* » ou promenoirs, censés remplacer les promenades en plein air durant les jours de pluie ou de grand vent. Si ce système ne s'imposa pas véritablement en France (ni le décret de 1920, ni Guinard en 1925, ni la Note sur les sanatoria de 1929 ne le mentionnent), il fut ponctuellement adopté dans quelques établissements, à commencer par le sanatorium de La Guiche (Saône-et-Loire, 1918) où les promenoirs aménagés en 1918 furent rapidement convertis en galeries de cure. Dans les établissements disposant de galeries de cure latérales, le couloir de dégagement situé à l'arrière faisait fréquemment office de promenoir, dispositif réalisé dès 1900 dans le sanatorium alsacien de Saales (Haut-Rhin). Dans le projet de Crevel et Decaux pour le sanatorium de Boudré (Maine-et-Loire, 1931), ces couloirs de dégagement étaient d'ailleurs qualifiés de « promenoirs » et, lorsque les architectes souhaitèrent les supprimer pour des raisons d'économie, ils se heurtèrent au refus catégorique du médecin Amsler, qui estima que « les malades qui seront en traitement à Boudré seraient heureux d'avoir, les jours de mauvais temps, la possibilité de prendre, à l'abri, un peu d'exercice »[2661]. Plus explicite, le programme pour la construction du sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique, 1931) demandait « que l'on accédât à chacune de ces galeries par un très large couloir venant des chambres et pouvant servir de promenoir les jours de mauvais temps»[2662].

Ces aménagements constituaient l'équipement standard des galeries de cure des sanatoriums populaires durant l'entre-deux-guerres. Ils pouvaient être complétés par des équipements annexes : La *Note sur les sanatoria* de 1929 demandait par exemple que les galeries soient éclairées « pour les cures du soir » (une lampe pour deux malades) et au sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Labruyère (Oise, 1932), des appliques électriques situées en tête des chaises longues permettaient aux malades « de lire ou de travailler commodément »[2663]. Au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord, 1934) des « hauts-parleurs permettant l'audition de concerts radiophoniques »[2664] avaient été installés dans les galeries de cure ; au sanatorium de Dreux (Eure-et-Loire, 1932), la T.S.F. était diffusée dans les galeries à heures fixes[2665]. Nous n'avons pas trouvé d'établissement disposant de galeries munies de bacs à fleur en guise de garde-corps, sur le modèle des projets conçus par David Sarason en 1907 ou de l'immeuble de la rue Vavin construit par Henri Sauvage en 1912. Il est probable que les médecins y voyaient une source potentielle de poussière et un terreau – au sens propre – propice au développement des bacilles. Ce dispositif fut utilisé dans les années cinquante – alors que les antibiotiques rendaient le B.K. moins effrayant – au sanatorium des lycéens de Neufmoutiers-en-Brie (Val-de-Marne, 1956) où, en bordure des galeries, « des bacs de ciment remplis de terreau fleuriss[aient] toute la cure » et étaient entretenus par les malades eux-mêmes[2666].

[2660] Rapport de la commission chargée de l'examen du projet de construction d'un pavillon de 150 lits pour femmes tuberculeuse à l'asile Sainte-Eugénie, 24 mai 1929. Archives des H.C.L., 2 O 243.
[2661] Commission départementale, séance du 1er mai 1934. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[2662] Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2663] De Méritens 1933, p. 583.
[2664] Gaillard, architecte départemental, rapport sur le sanatorium de Felleries-Liessies, s.d. [*ca.* 1939]. A.D. du Nord, N 229-32.
[2665] Clairon & Rahili 1994, p. 55. Ce dispositif sera amélioré au sanatorium des lycées de Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne, 1956) où chaque malade disposait d'une « prise de courant de radiophonie » individuelle lui permettant de suivre les enseignements diffusés dans le réseau interne de l'établissement. S.a., « 16 novembre 1956. Le Président de la République inaugure le sanatorium des lycéens et collégiens à Neufmoutiers-en-Brie », in *Guy Renard*, n°59, décembre 1956, p. 3.
[2666] S.a., « 16 novembre 1956. Le Président de la République inaugure le sanatorium des lycéens et collégiens à Neufmoutiers-en-Brie », in *Guy Renard*, n°59, décembre 1956, p. 3.

4.4.2. Galeries de cure d'été et d'hiver : doser l'ensoleillement et protéger les malades.

Nous avons vu dans le premier chapitre que les variations saisonnières avaient donné lieu, à la fin du XIX[e] siècle, à la migration des classes aisées d'une station de cure à l'autre (voir p. 162). Certains sanatoriums, ouverts toute l'année, disposaient de galeries de cure à double orientation permettant d'effectuer les séances de plein air au nord en été et au sud en hiver.

> *Les essais des différents types de galeries ne sont pas encore définitivement arrêtés,* relevaient Schmieden et Boethke en 1905. *Il est particulièrement difficile d'armer les galeries pour toutes les saisons et tous les temps de l'année, c'est à dire de les pourvoir d'appareils pratiques de protection contre le soleil, le vent, la pluie. La solution absolument irréprochable de ce problème, paraît-il, n'est guère possible. Il faut donc se résigner à supporter, parfois, un petit désagrément.*[2667]

L'ouverture, en 1900, des premiers sanatoriums populaires français, obligea les médecins et les architectes à trouver des dispositifs permettant d'en utiliser les galeries de cure dans les meilleures conditions toute l'année. Selon la *Note sur les sanatoria* de 1929 rappelait à ce sujet que « les sanatoriums doivent toujours être situés en pleine campagne, dans une région permettant de faire des cures toute l'année, sans interruption saisonnière »[2668]. Le choix du site s'avérait donc particulièrement important, les galeries de cure annexées aux sanatoriums pouvant devenir inutilisables en cas de fortes chaleurs ; les malades étaient alors autorisés à faire leur cure soit dans des espaces plus abrités, à l'arrière des galeries, soit à l'ombre des arbres, dans un parc ou un bois. Dès l'inauguration du sanatorium d'Angicourt, rappelons-le, son médecin-directeur, Küss, fit édifier à l'orée du bois adjacent une galerie de cure d'été, celle construite à l'avant des bâtiments s'avérant impraticable en été. En 1909, le médecin-directeur du sanatorium de Bon Accueil (Hérault), Gaussel, jugeait souhaitable d'établir des galeries de cure « sur toutes les façades du sanatorium, [afin de] les utiliser suivant la saison, la direction du vent, etc. »[2669] ; l'exposition au Sud lui semblait toutefois préférable aux autres. Dans les sanatoriums aménagés dans des bâtiments existants, les médecins donnaient fréquemment aux galeries de cure des orientations variées de façon à les utiliser en fonction de la saison et des conditions météorologiques. Lorsque la station sanitaire de Boulou-les-Roses (Corrèze) fut transformée en sanatorium départemental, en 1927, les différentes galeries de cure avaient ainsi un usage saisonnier : exposée au Sud, celle qui était adossée à l'ancien château constituait la « galerie de cure d'hiver », tandis que les deux autres galeries, adossées à divers bâtiments de services et exposées à l'Est, étaient surtout utilisées en été[2670] (ill. 174-175). A l'hôpital-sanatorium Bellevue, à Montpellier (Hérault, 1920), la galerie de cure principale, adossée à la façade sud-ouest du bâtiment de cure, était doublée d'une galerie de cure d'été exposée au nord-ouest, construite en 1925 contre le réfectoire des malades (plan 34-04). Lors de la transformation du château de Bellegarde, à Chateauneuf-la-Forêt (Haute-Vienne, 1934), en sanatorium municipal pour femmes, deux galeries de cure superposées furent construites contre la façade sud du bâtiment. L'architecte eu le soin, sans doute à la demande des médecins, d'établir une troisième galerie, à gauche du château et « perpendiculairement à sa façade », destinée à la cure d'été[2671]. En 1925, Guinard résumait ainsi les difficultés posées par l'utilisation en toutes saisons des mêmes galeries :

> *L'orientation au Sud des galeries convient très bien pour les cures d'hiver et pendant les temps frais, mais, en été, quand il fait très chaud et que le soleil donne, directement sur les galeries, il est difficile d'y laisser les malades dans le milieu du jour. Nous pouvons alors faire passer les chaises longues dans les passage orientés au Nord [...]. Nous avons même essayé, autrefois, de faire transporter les chaises longues au-dehors, dans les sous-bois qui avoisinent les galeries ; mais, très rapidement, nous avons été arrêtés par les difficultés de ce transport et les risques de détérioration auxquels il expose le matériel de repos, qui n'est pas*

[2667] Schmieden & Boethke 1905, p. 46.
[2668] Poulain 1932, p. 34.
[2669] Gaussel 1909, p. 274.
[2670] Projet de rapport sur l'utilisation du sanatorium de Boulou-les-Roses par les départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne et sur le plan général d'hospitalisation des tuberculeux de ces deux départements, s.d. [1927]. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 147.
[2671] Lettre du 30 novembre 193 du ministre de la santé publique au préfet de la Haute-Vienne. A.D. de la Haute-Vienne, 1 X 152.

facilement déplaçable. Voila pourquoi nous préférons de beaucoup le procédé que nous employons depuis 1906, qui consiste à envoyer les pensionnaires se reposer sous bois, sur des fauteuils pliants dits "transatlantiques", très légers, faciles à transporter, que chaque malade dispose dans un coin du parc, non loin des bâtiments, et où tout le monde doit être réuni.[2672]

Dans le cas des galeries de cure ne comprenant qu'un seul niveau, Guinard recommandait la création d'un « double plafond » afin « d'éviter le surchauffage [sic] de la partie supérieure »[2673]. En 1935, un délégué technique du C.N.D.T. donnait l'exemple malheureux des galeries de cure du sanatorium Joffre, à Champrosay (Essonne, 1931), dont la toiture était « constituée par une paroi unique en ciment qui, en été, chauffé par le soleil, rend[ait] l'atmosphère intérieure difficile à supporter dans cet espace étroit et insuffisamment aéré »[2674]. Dans leur projet de sanatorium pour l'Ouest de la France (1932), les architectes Michau & Faure prirent ainsi le soin de prévoir un « double plancher supérieur » dans les ailes accueillant les galeries de cure et mais aussi dans les ailes des chambres[2675]. Guinard conseillait également, lorsque les galeries n'étaient pas adossées aux bâtiments d'hospitalisation, de disposer des ouvertures en façade nord, « afin d'obtenir directement de la fraîcheur et de se défendre contre un soleil trop ardent, pendant les journées les plus chaudes de l'été »[2676], telle qu'on en trouve dans les galeries du sanatorium du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936).

Bien que recommandé par Guinard, l'emploi de chaises pliables « transatlantiques » ne fut pas véritablement adopté par ses confrères : il s'agissait là d'une solution de fortune, et la cure en dehors des galeries prévue à cet effet était une source de désordre et d'agitation des malades qu'il était difficile de surveiller durant ces séances improvisées. L'ordre et la discipline, si patiemment insufflés par l'équipe médicale, n'en auraient que trop soufferts et la santé des malades immanquablement pâti. Il fallait au contraire une solution plus rationnelle, mieux organisée et provoquant un trouble minime dans le cours habituel de la vie des malades et dans le fonctionnement de l'établissement. La solution la plus efficace consistait à aménager des galeries de cure idoines, à proximité des galeries ordinaires mais protégées des ardeurs du soleil. Les galeries de cure doubles des sanatoriums de Trespoey et d'Avon (ill. 399) procédaient du même raisonnement, mais elles n'étaient pas intégrées aux bâtiments des malades : les allers et venues des malades et du personnel causaient sans doute un certain dérangement dans l'établissement. En Allemagne, un dispositif assez similaire, mais plus économique en espace, avait été mis au point pour le sanatorium privé du Dr Rumpf à Ebersteinburg, ouvert en 1906 (ill. 22) : plutôt que deux galeries dos à dos, l'une exposée au Nord, l'autre au Sud, les galeries de cure du sanatorium d'Ebersteinburg étaient de simple épaisseur mais disposaient de volets en bois sur leurs faces Nord et Sud permettant d'inverser la disposition des chaises de cure selon la saison (ill. 23). La protection estivale des malades ne fut envisagée méthodiquement que dans les projets d'établissements neufs conçus dans le sillage de la loi Honnorat. L'un des premiers exemples de ces dispositions spécifiques apparaît dans le plan type conçu en 1917 par Robert Fournez et Georges Küss pour le sanatorium de l'U.I.M.M. Dans ce projet, les galeries de cure d'été étaient situées non pas derrière les galeries orientées au Sud mais au revers des chambres des malades (plan 00-08B). Groupées par trois, de part et d'autre de petits vestibules d'accès, les chaises de cure regardaient le Nord. Fournez et Küss justifiaient ainsi cette disposition :

En plus des galeries de cure orientées au Sud, nous avons prévu sur la face nord du bâtiment des galeries de cure d'été, qui seront complétées d'ailleurs par d'autres galeries étroites situées dans le bois. Il est important que dans un sanatorium le traitement ne soit pas entravé, en été, par le séjour du malade dans des galeries surchauffées exposées en plein sud.[2677]

Le système le plus courant consistait à dédoubler le corps de bâtiment réservé aux galeries de cure de façon à ménager, au Nord, un espace suffisamment large pour y disposer, en cas de besoin, les chaises-

[2672] Guinard 1925
[2673] *Idem*, p. 55.
[2674] Particularités d'aménagement et de construction du sanatorium Joffre, 1935. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.78.
[2675] S.a., « Projet de sanatorium. Michau et Faure architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 40.
[2676] *Ibidem.*
[2677] U.I.M.M. 1917, p. 29.

longues des malades. Ce système fut adopté, avec de nombreuses variations, dans les sanatoriums de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Val-d'Oise, extension de 1932) ; Xavier Arnozan, à Pessac (Gironde, 1931) ; du Cluzeau, à Limoges (Haute-Vienne, 1934) ; de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946) et du Petit-Arbois, à Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône, 1936). Dans ce dernier établissement, l'architecte départemental, Castel, aménagea « des galeries de cure vers le midi et vers le nord, en construction en porte-à-faux, aux deux côtés d'une rangée de poteaux centraux »[2678]. L'espace situé au nord des galeries faisait office de dégagement en même temps que de galerie de cure d'été « pendant les heures où le soleil méditerranéen devient insupportable »[2679]. La ventilation transversale des galeries étant assurée par des ouvertures réalisées, à chaque travée, dans le refend médian (ill. 171). A Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946), il était important de maintenir en toutes saisons le passage situé au revers des cures hivernales car l'aile des cures assurait la jonction des deux ailes d'hospitalisation, selon le modèle du sanatorium Despeaux-Rubod à Bligny. L'architecte Bidault disposa donc les galeries de cure estivales au nord de couloir central (plan 71-01B) : la galerie "ordinaire", si l'on peut dire, orientée au Sud, présentait une largeur standard de 4,20 mètres, tandis que la « galerie de cure caniculaire », selon l'expression employée par l'architecte, large de 2,20 mètres, n'est séparée du couloir central que par une « cloison vitrée et mobile formant trois boxes et trois lits, à construire éventuellement », selon les indications inscrites sur les plans de l'établissement[2680]. La galerie nord avait donc la largeur strictement nécessaire pour y placer les chaises-longues, l'accès aux chaises et la surveillance se faisant dans ce cas à l'arrière des malades. Dans ce projet, l'ossature en béton armé de l'aile des galeries restait assez simple : elle se composait d'un mur plein médian (séparant le couloir des galeries sud) et de deux files de poteaux en béton armé placées symétriquement de part et d'autre de ce refend. Au-delà de ces poteaux, les dalles se prolongeaient par un porte-à-faux de 1,40 mètres. Dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1930) et de la Musse (Eure, 1932), qui présentaient une organisation tripartite similaire à celle de Bergesserin, les galeries de cure étaient doublées, à l'arrière, par une vaste « galerie d'été », de même largeur, faisant également office de dégagement et de galerie de communication entre les deux ailes de chaque pavillon. Au sanatorium de Saint-Gobain (Aisne, 1934), conçu selon un plan similaire, cet espace, dénommé « galerie centrale », avait probablement un double usage similaire. Le projet de Bailly & Saacke pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, second projet de 1932) peut être rapproché de ce dispositif, à la différence que les architectes profitèrent de la structure à gradins pour placer les galeries de cure d'été entres les poteaux servant, en façade arrière, à reprendre le débord des étages supérieurs[2681] (plan 78-04C). Un système similaire fut adopté, la même année, à l'hôpital-sanatorium de Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1932-1935), dont la coupe à gradins permettait de disposer dans les étages inférieurs (soubassement et rez-de-chaussée), plus profonds que les étages supérieurs, des « galerie de cure d'été » en façade nord, entre les poteaux supportant les retraits successifs des étages. A Aincourt, les architectes Crevel et Decaux profitèrent de la grande profondeur du rez-de-chaussée des pavillons de cure (disposés, là encore, en gradins) pour ouvrir une « galerie exposée au Nord [...] pour les malades convalescents à l'époque des chaleurs accablantes »[2682].

Ces aménagements n'étaient pas spécifiques aux établissements français. Au sanatorium Joseph Lemaire, à Tombeek (Belgique, 1937), construit pourtant sous un climat tempéré, les galeries de cure principales, placées au rez-de-chaussée du bâtiment, étaient doublées de galeries donnant au nord[2683]. En Italie, les plans types « Nord » et « Sud » adoptés par l'*Istituto fascista della previdenza sociale* en 1928-

[2678] S.a., « Galeries de cure », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 72.
[2679] *Ibidem.* L'utilisation des passages situés à l'arrière des galeries (dénommés « passages-promenoirs » par Guinard en 1909) en guise de galeries de cure d'été était, au début du siècle, courant dans les sanatoriums italiens et allemands. Au sanatorium Pineta di Sortenna (1902), dans les Alpes italiennes, les galeries de dégagement situées à l'arrière de chambres, très ombragées en été et chauffées en hiver, étaient utilisées pour la cure « en cas de conditions climatiques extrêmes », c'est à dire durant les grandes chaleurs d'été et les grands froids d'hiver (Del Curto 2005, p. 254).
[2680] A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 59. Nous ne savons pas si cette cloison vitrée fut effectivement réalisée
[2681] Dans la première version de ce projet, les architectes avaient disposé, « sur la demande du corps médical », une « double galeries de cure (nord et midi) au denier étages de chaque pavillon de cure (plan 78-04B). A.M. de Versailles, 3 M 2385//1.
[2682] Département de la Seine-et-Oise, construction du sanatorium de la Bucaille à Aincourt, s.d., A.D. du Val-d'Oise, 4 N 360.
[2683] Carbonara 1954, p. 602.

1930 comportaient également des galeries de cure d'été (*verande per l'estate*) placées au nord des bâtiments, au-delà d'un couloir de distribution (ill. 98). En Italie également, l'ingénieur Bordoni développa un système « à double véranda, consistant à déplacer directement le lit, selon la saison, du Nord au Sud »[2684]. Selon Bordoni, cette disposition était « un perfectionnement du système Dosquet », permettant que les malades « soient protégés du soleil pendant la cure d'air aux heures les plus chaudes du jour et qu'ils puissent en profiter au contraire vers le soir » [2685]. Econome en espace, ce dispositif permettait d'utiliser comme couloir de service la galerie, nord ou sud, non utilisée pour la cure (ill. 101). Il fut notamment mis en œuvre au sanatorium de Garignano, construit à la fin des années trente.

Tous les sanatoriums de cure, loin de là, n'étaient pas pourvus de ces « galeries caniculaires » ; les sanatoriums d'altitude, par exemple, n'en possédaient pas. Dans les régions plus exposées aux fortes chaleurs, en plaine ou dans les zones méridionales, l'ancien système des galeries isolées placées dans un lieu ombragé pouvait être employé. Pour le sanatorium départemental de Boudré, Amsler demandait en 1929 qu'à « des emplacements judicieusement choisis dans le parc [soient] installées des "cures d'été" où les malades vendront s'étendre pendant la belle saison. Une grande cure sera attenante au bâtiment principal, sous forme d'une grande galerie convenablement orientée, qui servira durant l'hiver et le mauvais temps »[2686]. Cette disposition fut transposée dans les programmes des sanatoriums de Boudré et de Savenay (Loire-Atlantique, 1931) qui prévoyaient, outre les galeries exposées au sud et intégrées dans les bâtiments, « l'installation de deux grandes galeries de cure, l'une pour les hommes et l'autre pour les femmes [...]. Il s'agit de constructions d'un caractère plus léger devant permettre aux malades de faire leur cure en plein air par beau temps » [2687]. Des protections spécifiques étaient parfois prévues : les galeries de cure du sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, 1939) étaient protégées par des auvents en béton armé (ill. 195) qui suffisaient sans doute à prévenir tout risque de surchauffe, par ailleurs limité dans les montagnes du Jura. Au sanatorium départemental de Saint-Sever (Calvados, 1931), les chambres et les galeries de cure étaient protégées, à chaque étage de la façade sud, par de petits avants-toits emprunts de régionalisme anglo-normand (cat. 14-02B). La distinction entre galeries de cure d'hiver et galeries de cure d'été restera en vigueur jusque dans les années cinquante et le programme du sanatorium départemental de Tattone (Corse, 1954) demandait ainsi aux candidats de concevoir deux variantes pour les galeries de cure dont l'une était constituée de « galeries de cure collective à double orientation (été et hiver) »[2688]. Ces aménagements contribuèrent fortement à ancrer les sanatoriums dans la logique climatique qui les sous-tendait depuis le XIX^{e} siècle. Ces galeries de cure d'hiver rappellent que l'orientation des bâtiments de cure conditionnait en grande partie leur utilisation. Elles permettent également de relativiser la primauté de la façade sud dans l'organisation des établissements de cure et la facilité avec laquelle elle pouvait être renversée au profit de la façade nord qui incarnait pourtant tout ce que les hygiénistes s'efforçaient de combattre : manque de lumière, absence de rayonnement directe, ventilation déficiente, etc.

4.4.3. La disposition des galeries de cure.

> *Dans un sanatorium*, écrivait Guinard en 1909, *les galeries de cure sont les parties les plus importantes [...].Il est d'abord indispensable que ces galeries soient tout à fait indépendantes des autres parties des bâtiments ; elles doivent être placées dans un pavillon construit spécialement pour elles et directement reliées avec le reste des services. Par conséquent, nous n'admettons par les galeries de cure aménagées au devant des appartements, sur la façade Sud ; non seulement elles enlèvent à ces appartements une notable quantité d'air et de lumière, mais le bruit qui peut se faire dans les pièces peut être incommodant pour les malades et nuire à la tranquillité indispensable à la cure de repos. Nous croyons aussi qu'il n'est pas bon d'éloigner complètement les galeries des pavillons d'habitation et de les installer dans de petites constructions à part, à quelque distance des bâtiments ; il faut que les malades un peu fatigués, auxquels on*

[2684] "Da noi il Bordoni ha studiato une infermeria a doppia veranda, che consiste à spostare direttamente il letto, a seconda delle stagioni, da Nord a Sud." Ronzoni 1942, p. 249-250.
[2685] S.a., « Salles de malades », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mai 1938, n°5, p. 84.
[2686] Amsler 1929, p. 11.
[2687] Programme technique de construction d'un sanatorium de 200 lits, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2688] Programme pour la construction du sanatorium de Tattone, 1954. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même, 142 J 2474.

interdit la marche et qui commencent à se lever après un accident qui les a immobilisés à la chambre, puissent se rendre sur la galerie, très facilement sans avoir à sortir.[2689]

La disposition décrite ici par Guinard, réaffirmée en 1925 dans *La pratique des sanatoriums*, était assez conforme à ce qui sera réalisé dans un grand nombre d'établissements de l'entre-deux-guerres, dont les galeries de cure ne seront ni isolées dans le parc, ni adossées contre la façade sud de l'établissement, au rez-de-chaussée seulement ou à tous les niveaux, mais accolées aux chambres sous la forme d'une aile de cure distincte. Consacrant une partie de son numéro de septembre 1934 aux sanatoriums, la revue *L'Architecture d'aujourd'hui* esquissait une classification des dispositions des galeries de cure dans les établissements :

Si, dans les hôpitaux, le triage des malades, leur distribution dans le bâtiment médical, les rapports des services entre eux et avec les pièces d'hospitalisation, le plan et l'aménagement des pièces de traitement, demandent surtout les soins des architectes, dans la construction des sanatoria, il n'y a qu'une seul chose qui compte : la chambre du malade. C'est elle, avec la galerie de cure, qui est presque le seul moyen de traitement [et] *il est souhaitable que la chambre soit en communication avec un balcon de cure. C'est ce point, surtout, qui a fait peine aux architectes, puisque la solution la plus normale : des galeries superposées longeant la façade sud du sanatorium (Colmar), n'est pas satisfaisante puisque ces galeries obscurcissent les pièces. Les architectes ont donc cherché en trois voies : 1° Séparation nette de la chambre et de la galerie de cure. Cette dernière est logé dans une aile à part, si possible de plein pied avec les chambres (Arnières, Pemar* [Paimio]*, Bouches-du-Rhône). 2° Le "type terrasse" (Bodiffé, projet Visontai, Niort et Colmar). 3° Des balcons, occupant seulement une partie de la surface dans les chambres et, par conséquent, beaucoup moins obscurcissant (Pol Abraham, Salagnac).*[2690]

Le décret de 1920 précisait que les sanatoriums devaient disposer, « à proximité des dortoirs [...] de galeries de cure bien orientées, où les chaises longues seront placées sur une seule rangée »[2691]. Les recommandations édictées en 1929 par le ministère de l'hygiène étaient à peine plus précises : « Galeries de cure en façade sud, [...] indépendantes, mais toujours en liaison directe et couverte avec les autres parties de la construction. [...] Les galeries de cure auront environ quatre mètres de profondeur et seront largement ouvertes en avant »[2692]. En 1932, Rideau distinguait cinq dispositions possibles pour les galeries de cure : 1° Devant les chambres ; 2° Adossées au soubassement ; 3° Etablies entre les ailes du bâtiment ou dans leur prolongement ; 4° Installées sur les toits ; 5° A distance, unies par un passage[2693]. Jugé « plus logique et plus séduisant » par l'inspecteur général des services d'hygiène de Paris, Albert Besson[2694], le principe des cures disposées devant les chambres, définit comme le « type Leysin » par Rideau, ne fit jamais l'unanimité en France. Ses détracteurs étaient innombrables, tel Dumarest, dès 1897[2695], et surtout Guinard, sans doute le plus influent de tous :

Il ne faut pas encourager le penchant de certains malades à s'isoler, expliquait-il *; voila pourquoi la galerie de cure commune est préférable et doit être imposée à tous les pensionnaires en cure régulière. Elle a de plus l'avantage d'être beaucoup mieux disposée pour la surveillance et pour une large aération. En demandant de placer de petits balcons, au-devant des chambres de notre sanatorium de Fontenay, nous avions seulement en vue de faciliter la cure d'air à certains malades dans l'impossibilité de se rendre, avec les autres, sur la galerie commune, mais nous n'avons jamais pensé que la chaise longue devait définitivement trouver sa place dans la chambre ou sur une annexe immédiate de la chambres*

Lors de la rédaction du programme pour le concours du sanatorium de Boudré (1931), le préfet de Maine-et-Loire fit lui-même remarquer « que les galeries de cure attenantes aux chambres offrent des

[2689] Guinard 1909/2, p. 1074-1076.
[2690] S.a., « Sanatorium des femmes à Arnières (Eure) », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 71.
[2691] J.O. 15 août 1920, p. 12042.
[2692] Poulain 1932, p. 37.
[2693] Rideau 1932, p. 84.
[2694] Besson 1951, p. 228-229.
[2695] Selon Dumarest : « Outre que ce procédé [les balcons placés à tous les étages] est plus dispendieux, il serait difficile d'échapper à ce double écueil : le balcon trop étroit ou l'insolation et l'aération de la chambre en partie sacrifiés ». Dumarest 1897, p. 42.

inconvénients pour l'éclairage et l'aération de la chambre »[2696] et demanda à ce que cette question soit plus précisément étudiée :

> *Dans la plupart des sanatoriums actuels, récemment construits, les galeries de cure sont situées en effet devant les chambres, constituant en quelque sorte un vaste balcon qui court sur toute la façade à chaque étage. De notre enquête, il résulte que ce dispositif est condamné de façon absolue par la presque unanimité des médecins ayant pratiqué la cure sanatoriale. Dans nos régions, les inconvénients sont multiples : défaut d'insolation et d'aération directe des chambres, tentation pour les malades, dès qu'ils ne se sentent plus surveillés, de quitter leur cure et de rentrer dans leur chambre, etc. D'autre part, il est nécessaire pourtant que tous les malades puissent se rendre sous les galeries de cure ou y être transportés facilement, même ceux qui sont alités. Le défaut d'air et de lumière dans les chambres serait particulièrement sensible dans un pays de médiocre luminosité comme le nôtre, c'est pourquoi, après mûres réflexions je me suis arrêté à cette solution mixte : grouper toutes les galeries de cure à proximité de chaque pavillon, sur le prolongement de la façade des chambres des malades, seules les chambres individuelles prévues posséderont leur petite galerie de cure individuelle attenante qui permettra aux chambres d'être largement éclairées et aérées.*[2697]

Dans les sanatoriums privés, les balcons de cure placés devant toutes les chambres constituaient un argument commercial de poids[2698]. Peu d'établissements publics, au contraire, adoptèrent le type de Leysin, tant décrié par les médecins : nous pourrions toutefois citer le projet de sanatorium municipal à Dreux (Eure-et-Loir, 1921), les projets d'extension du sanatorium de Pignelin (Nièvre, 1929 et 1934) et, parmi les établissements construits, l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs, 1925), le sanatorium départemental Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme, 1934) et le sanatorium départemental du Haut-Rhin à Colmar (1930). Dans ce dernier projet, en plus des deux galeries de cure aménagées en toiture terrasse, « on a cru [...] nécessaire de prévoir encore des balcons aux étages mêmes, que l'architecte a disposés d'après le schéma "classique" en galeries superposées »[2699]. Pour la transformation de l'hospice du Perron en hôpital-sanatorium (Rhône, 1932), l'architecte Robert Giroud abandonna l'idée, initialement envisagée, de disposer les galeries de cure en façade, « cette solution présentant le grave inconvénient d'empêcher la lumière solaire de pénétrer dans les salles de malades »[2700]. Dans les établissements publics, cette disposition était admise uniquement pour les chambres d'isolés : les malades alités ne pouvant rejoindre les galeries collectives, leur chambre était donc fréquemment prolongée par un balcon de cure individuel (sanatoriums de Boudré, du Cluzeau, de Franconville, etc.).

L'aménagement d'abris de cure dans le parc entourant l'établissement, courant avant la Première Guerre Mondiale, fut globalement abandonné dans l'entre-deux-guerres car il ne permettait pas de surveiller aisément les malades. Le dispositif consistant à adosser les galeries de cure au rez-de-chaussée des bâtiments, hérité des sanatoriums allemands et suisses et mise en œuvre dans les premiers sanatoriums populaires français (Angicourt, Hauteville, Oissel, Chécy, Lay-Saint-Christophe) tomba en désuétude après la Première Guerre Mondiale. Les critiques formulées à son encontre étaient du même ordre que celles opposées au type de Leysin : mauvaise aération et ensoleillement insuffisant des pièces situées à l'arrière. Les projets proposant des galeries de cure adossées au rez-de-chaussée étaient ainsi peu nombreux dans l'entre-deux-guerres et l'on citera par exemple le sanatorium départemental d'Arâches (Haute-Savoie, 1918, non réalisé, plan 74-01) en 1918, le sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1924-1933, plan 38-06) et le sanatorium de la Mutualité de Roubaix, à Sailly-lez-Lannoy (Nord, 1932) (plan 59-07). Par leurs dispositions (ailes latérales rabattues, galeries de cure en rez-de-chaussée), ces établissements reproduisaient, à vingt ou trente ans d'intervalle, celles en vigueur en 1900 dans les premiers sanatoriums populaires. Quant aux galeries de cure séparées des bâtiments des malades et reliés à eux par des passages couverts, elles furent rarement mises en œuvres dans les projets neufs en dépit de la

[2696] Comité départemental de lutte antituberculeuse, bureau du comité, séance du 23 octobre 1920. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 21.
[2697] Exposé préliminaire au sujet du projet de construction d'un sanatorium à Boudré. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 22.
[2698] Au sanatorium des Graviers, à Enval (Puy-de-Dôme), un dépliant publicitaire précisait ainsi que « les chambres sont vastes, très largement aérées par des portes-fenêtres qui s'ouvrent sur une galerie particulière où le malade peut faire sa cure dans un isolement salutaire qui lui évite tous les inconvénients de la promiscuité de la galerie commune. » A.D. du Puy-de-Dôme, 6 BIB 4366, p. 7.
[2699] S.a., « Le sanatorium départemental de Colmar », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p.84.
[2700] Hospice du Perron, aménagement de futurs services antituberculeux, 31 août 1932. Archives des H.C.L., 2 O 277.

recommandation formulée par le ministère de l'hygiène en 1929. Si le texte de la *Note sur les sanatoria* restait suffisamment vague pour autoriser diverses interprétations (« Galeries de cure, en façade sud, également indépendantes, mais toujours en liaisons directes et couvertes avec les autres parties de la construction »[2701]), le plan type annexé au document ministériel, présentant quelques travées d'une galerie de cure isolée, était explicite. Nécessairement utilisées, nous l'avons vu, dans les sanatoriums aménagés dans des bâtiments existants, ce type de galeries ne se retrouvait guère que dans les sanatoriums départementaux d'Helfaut (Pas-de-Calais, 1932,) et de Felleries-Liessies (Nord, 1934, plan 59-03).

Pour ne pas priver d'air et de lumière les espaces situés à l'arrières des cures, il était possible de surélever légèrement le bâtiment de façon à adosser les galeries non pas au rez-de-chaussée mais à au soubassement du bâtiment d'hospitalisation. Ce système fut notamment adopté dans les hôpitaux-sanatoriums de Champrosay (Essonne, 1931), de Niort (Deux-sèvres, 1932) et de Lille (Nord, 1936). A Champrosay, les galeries étaient adossées au mur sud des bâtiments d'hospitalisation, « en contre-bas du rez-de-chaussée ; leur toit affleure les fenêtres du dortoir »[2702]. A l'hôpital-sanatorium Albert Calmette de Lille, les galeries de cure étaient initialement prévues en avant de la façade sud du bâtiment ; elles furent toutefois construites, comme à Champrosay, contre le soubassement du bâtiment principal. Pour éviter que les galeries de cure fassent obstacle à la bonne ventilation des pièces situées au rez-de-chaussée, une autre alternative consistait à dédier entièrement le rez-de-chaussée aux galeries de cure, dès lors intégrée au volume bâti, comme dans les sanatoriums départementaux du Montet (Allier, 1923, plan 03-01) et de Maubreuil (Loire-Atlantique, 1934, plan 44-01D).

Si l'on ne souhaitait pas renoncer au rez-de-chaussée et lorsque la déclivité du terrain le permettait, il était également possible de placer les galeries de cure à un niveau inférieur formant rez-de-jardin généralement ouvert au sud sur le parc ; l'accès au bâtiment se faisait alors par le nord depuis le rez-de-chaussée supérieur. Courante dans les établissements allemands, suisses et italiens du début du siècle[2703], cette disposition avait l'avantage de n'adosser les cures qu'à des locaux techniques dont la ventilation et l'ensoleillement avaient peu d'importance. Le projet de sanatorium départemental de la Marlézières (Loire-Atlantique, 1905, non réalisé, plan 44-03) en est l'exemple le plus précoce en France : adossé à un coteau de la Loire, le bâtiment d'hospitalisation présentait un rez-de-chaussée formant le niveau d'entrée et, au-dessous, un rez-de-jardin accueillant les locaux techniques et les galeries de cure en façade sud. Ces galeries étant placées devant le bâtiment, leur toiture sert de terrasse aux pièces du rez-de-chaussée. En 1917, Fournez et Küss adoptèrent ce dispositif dans les plans de « type réduit » conçus pour le sanatorium de l'Association métallurgique et minière (plans 00-04BCD). Les ailes d'hospitalisation des malades, réalisées en matériaux légers, étaient placées en contre-bas du bâtiment des services généraux auxquels elles étaient reliées par des passages couverts. Ces ailes ne comptaient qu'un étage de chambres, bâti sur un rez-de-jardin faisant office de galerie de cure. Adoptant le type de la chambre de Bligny (chambres de trois lits groupées de part et d'autre d'un vestibule), l'étage supérieur présentait la même capacité que le rez-de-chaussée aménagé pour la cure, chaque malade disposant ainsi d'une place attitrée à chaque étage. Ce système fut adopté au sanatorium départemental de Ponteils (Gard, 1925), dans le projet de sanatorium dans les Pyrénées (1924) de l'architecte Félicien Balley* (1867-1942) et au sanatorium de Séricourt (Seine-et-Marne, 1931). En 1918, les « promenoirs » du sanatorium de La Guiche étaient placés, de façon similaire, à l'avant d'un terre-plein permettant de surélever artificiellement le bâtiment. Au sanatorium de Ponteils, l'architecte départemental du Gard fit en sorte qu'il y ait un nombre identique de places aux deux étages de chambres et à celui réservé pour la cure : dans les premiers, chaque lit disposait d'une largeur de deux mètres en façade (0,90 pour le lit et 1,10 pour le passage latérale), contre un mètre par chaise de cure au rez-de-chaussée (plans 30-07). Ce dispositif obligea l'architecte à faire coïncider la structure du rez-de-chaussée avec celle des étages de façon à en assurer la superposition. L'organisation des galeries de cure du rez-de-chaussée reproduit pour cette raison la composition tripartite des chambres

[2701] Poulain 1932, p. 35.
[2702] Particularités d'aménagement et de construction du sanatorium Joffre, 1935. Archives du C.N.D.T., CNDT.DPT.78.
[2703] On rencontre ce dispositif, en Suisse, au sanatorium zurichois de Wald (1898), au sanatorium du Gothard (Tessin, 1902-1905) ; en Italie, au sanatorium Umberto I (Valteline, 1905-1910) ; en Allemagne, au sanatorium d'Edmundsthal (1899).

conçues selon le modèle de Bligny : dans les galeries, les malades étaient réunies par groupes de six ou de huit, de part et d'autre de vestibules d'entrée correspondant, dans les étages, aux vestibules-lavabos séparant deux chambres, selon le modèle de Bligny. Pour compenser la différence de niveaux, la galerie de cure était construite sur le sol naturel tandis que les parties arrière étaient bâties sur des remblais ; l'accès au sanatorium se faisait depuis l'aile nord au niveau du rez-de-chaussée supérieur. Dans le projet de Balley pour un sanatorium pyrénéen (1924), de la même façon, la trame des chambres de malades (conçues selon le modèle de Bligny) reprenaient celle des galeries de cure du rez-de-chaussée (plan 00-09). Mais contrairement au sanatorium gardois qui disposait de deux chaises de cure au rez-de-chaussée pour un lit dans les étages, Balley leur accordait un développement similaire, obligeant à doubler la longueur des cures au rez-de-chaussée par rapport aux étages de chambres. Le sanatorium des chemins de fer de l'Est, à Séricourt, adoptait une disposition très proche du sanatorium de la Marlézières : le bâtiment était comme posé sur un terre-plein artificiel permettant de distinguer un rez-de-chaussée d'un rez-de-jardin. Le niveau inférieur était occupé au nord par les locaux techniques et au sud par une longue galerie de cure ouverte sur le parc et courbée en son centre pour épouser la forme du pavillon central. Comme à la Marlézières, cette galerie était placée hors œuvre et surmontée d'une terrasse (plan 77-03, ill. 403).

Certaines galeries de cure étaient placées au dernier étage des bâtiments d'hospitalisation : nous développerons ce point dans la partie consacrée aux toitures terrasses et aux solariums. Enfin, comme le mentionnait Rideau, les galeries pouvaient être « établies entre les ailes du bâtiment ou dans leur prolongement »[2704]. Le sanatorium Despeaux-Rubod constituait, en France, l'archétype de ce dispositif comprenant un corps de bâtiment dévolu aux galeries de cure, placé entre deux ailes de chambres. Peu d'architectes adoptèrent néanmoins ce parti, sans doute parce qu'il rendait plus difficile la séparation des hommes et des femmes dans les galeries de cure. Les sanatoriums ainsi conçus étaient donc plus facilement réservés à un seul sexe. Nous retrouvons ce système dans les sanatoriums de Villiers-sur-Marne (Aisne, 1930, pour hommes) et de la Musse (Eure, 1932, pour femmes), dans les sanatoriums interdépartementaux de Saint-Gobain (Aisne, 1934, mixte), de Hauteville (Ain, 1931, pour femmes) et de Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946, mixte). Au sanatorium interdépartemental de Hauteville, le préfet de l'Ain fit remarquer que les cures d'aération, placées au centre de la façade sud, « se trouvent ainsi à chaque étage sur le même niveau et à proximité des chambres et à la fois complètement indépendantes desdites chambres, ce qui permet de donner à ces dernières l'insolation maximum et d'en faciliter l'entretien », assurant un « rendement le plus efficace dans le traitement des malades »[2705]. Dans d'autres projets, les galeries de cure étaient englobées dans les ailes d'hospitalisation, comme dans les sanatoriums départementaux de Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932), de la Savoie à Hauteville (Ain, 1935) (plan 01-10) et de la Nouvielle (Landes, 1936). Dans le projet de sanatorium Grancher, à Guéret (Creuse, 1950), cette disposition résultait vraisemblablement de la transformation d'un projet initial de préventorium (1938) en sanatorium, par le doublement de l'aile initiale des chambres, et l'ajout d'une aile centrale de cure entre les deux ailes de chambres (plan 23-01).

4.4.4. Les galeries de cure d'extrémité comme modèle officiel.

Ces exemples attestent de la diversité des dispositions offertes aux médecins et aux architectes en matière de galeries de cure. Une dernière disposition se distingue toutefois des précédentes par sa sur-représentation dans notre corpus : celle consistant à placer les galeries de cure dans le prolongement latérale des bâtiments d'hospitalisation. Le sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse, 1906, ill. 182) offrait, en France, un modèle précoce de ce système dont nous n'avons pas trouvé qu'équivalent à l'étranger à la même époque. Ce dispositif fut remis à l'honneur dans les plans-types conçus par Fournez et Küss en 1917 ; le projet final sera toutefois réalisé, nous l'avons vu, avec des galeries de cure situées en façade sud à l'avant des chambres (sanatorium de l'A.M.M., ill. 239). En comparaison avec le « système de Leysin » (galeries de cure à l'avant des chambres), ce dispositif avait l'avantage de garantir aux galeries de bonnes

[2704] Rideau 1932.
[2705] Lettre du 16 septembre 1930 au préfet de l'Ain au préfet de la Saône-et-Loire. A.D. de la Saône-et-Loire, 1 X 70.

conditions d'exposition sans priver les chambres d'air et de soleil. En groupant les galeries dans des ailes distinctes reliées au bâtiment d'hospitalisation, la gestion des populations de malades valides et alités n'en était que simplifiée : les malades autorisés à faire la cure en galeries quittaient leur chambre tout le jour durant, laissant ainsi la place aux médecins chargés de visiter les alités et au personnel assurant l'entretien régulier. Les malades étaient ainsi groupés de façon homogène dans des espaces affectés à cet usage ; les accès en étaient contrôlés et il était aisé de surveiller les malades avec un personnel restreint. Cette disposition était donc avantageuse, tant du point de vue disciplinaire que de l'économie de personnel. D'un point de vue thérapeutique, les malades avaient également tout a y gagner car il était plus aisé de maintenir le silence dans ces portions identifiées de l'établissement que, de façon diffuse, dans sa totalité : le personnel technique et médical pouvait ainsi vaquer à ses activités sans craindre de perturber le repos des malades en façade sud des chambres. Selon Berl, « il est préférable d'avoir la cure à une certaine distance de sa chambre, exigeant un déplacement plus ou moins distrayant, mais, en tout cas, entrecoupant l'uniformité et la monotonie d'une existence sur quelques mètres carrés et dans le même décor »[2706]. Ainsi, concluait-il, l'installation de galeries de cure d'un côté ou de l'autre du bâtiment principal, de façon qu'elles constituent en quelque sorte des ailes – mais des ailes indépendantes » était le dispositif donnant « le plus de satisfaction »[2707] : la distance séparant les chambres des cures était raisonnable et les malades n'avaient pas à sortir de l'établissement pour gagner les galeries.

Les premières recommandations relatives aux dispositions des galeries de cure apparaissent dans le décret du 30 mai 1932 ; elles se contentent de fixer des dispositifs alors largement répandus :

> *A l'exception de celles qui pourront être aménagées devant les chambres d'isolée à un lit, les galeries de cure seront placées de préférence, à l'extrémité de l'aile du bâtiment, dans le prolongement de chaque couloir d'étage. Dans tous les cas, elles seront bien orientées, indépendantes des chambres des malades et devront toujours être reliées aux bâtiments par un passage couvert.*[2708]

Rideau se déclarait opposé à ce dispositif qu'il jugeait particulièrement dispendieux, notamment en espace, et qui, selon lui, devait être réservé aux seuls malades alités, les autres malades pouvant facilement quitter le bâtiment ; il n'y avait donc aucune raison de le généraliser :

> *Les galeries établies entre les ailes du bâtiment ou dans son prolongement ont l'inconvénient d'amener une extension en longueur excessive de l'ensemble : mettre des galeries de cure les unes au-dessus des autres, nécessitant aussi la construction d'un véritable bâtiment qui double la dimension de celui qui suffirait aux malades, peut paraître une erreur coûteuse. C'est pourtant le type officiel chez nous. Quels avantages peut-on lui accorder ? Mettre la galerie à proximité du malade ? C'est difficile de le prétendre si la façade du bâtiment a quelques centaines de mètres. Eviter au malade de descendre ? Mais un ascenseur serait plus économique, s'il n'y en a pas déjà.*[2709]

Rideau préconisait donc un système mixte combinant plusieurs galeries adossées au rez-de-chaussée des bâtiments, placées en toiture terrasse ou dans le parc du sanatorium. Pour les malades alités, « quelques fenêtres seront munies de balcons, permettant de rouler, en partie tout au moins, la chaise longue ou le lit » ou bien l'on aménagera, à chaque étage, « une pièce de bout aménagée en hall à grandes baies » permettant aux malades peu mobiles de faire leur cure sans quitter leur étage[2710]. Les prescriptions légales et les considérations économiques eurent finalement peut d'impact sur la disposition des galeries de cure. Les éléments déterminants étaient plutôt les conditions liées au terrain et au climat ainsi que la volonté des médecins d'optimiser le fonctionnement du bâtiment et l'organisation des services. Le placement des galeries de cure dans le prolongement des ailes d'hospitalisation résultait d'un consensus entre le coût, le bénéfice thérapeutique que l'on pouvait en attendre et la facilité du service qu'il offrait. Il s'agissait en somme d'une position intermédiaire entre la galerie détachée et celle adossée à la façade sud, et qui ne présentait pas de contre-indications formelles.

[2706] Berl 1936, p. 29.
[2707] *Idem*, p. 31.
[2708] J.O. 7 juin 1932, p. 6216.
[2709] Rideau 1932, p. 86.
[2710] *Ibidem.*

Ignoré au cours des années vingt, ce dispositif s'imposa entre 1930 et 1932 (plan 00-00B). En 1931, les instigateurs du sanatorium départemental de Boudré évoquaient « l'obligation de placer les galeries de cure à l'extrémité des pavillons hommes et femmes. Il était en effet impossible, ajoutaient-ils, d'établir les galeries de cure devant les chambres car les malades les plus atteints doivent rester en chambre et il est nécessaire que l'air et la lumière pénètrent largement dans les pièces qu'ils habitent »[2711]. La même année, l'architecte Henri Mazon adopta ce système pour le sanatorium Marie Mercier, à Rocles (Allier, 1931, plan 03-02), sans doute en référence au sanatorium François Mercier (Allier, 1923), dont l'insuffisance des premières galeries de cure avait nécessité d'en construire de nouvelles dans le prolongement ouest de l'aile d'hospitalisation. Mazon se contenta donc d'entériner un dispositif demandé par l'usage dans cet établissement voisin initialement mal conçu. Nous trouvons des dispositions similaires dans le projet de Crevel et Decaux pour les sanatoriums de Thorenc (Alpes-maritimes, 1934, plan 06-09C), dans le projet d'extension du sanatorium départemental de Larressore (Pyrénées-Atlantiques, 1934, plan 64-20B), au sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936, plan 06-04B) ou au sanatorium départemental des Genévriers (Doubs, 1939). Le projet de sanatorium pour l'Ouest de la France de Michau & Faure (1932) et l'hôpital-sanatorium de la Trouhaude (Côte-d'Or, 1936), en offraient des variantes éclatées, les galeries de cures étant désaxées par rapport aux bâtiments d'hospitalisation auxquels elles étaient reliées par des passages couverts.

L'implantation des galeries de cure dans les sanatoriums répondait donc à des exigences multiples : conditions d'exposition des malades, accessibilité depuis les chambres, facilité de surveillance, d'entretien et de service : autant de facteurs qui tendaient à disqualifier le type de « Leysin », essentiellement pour des raisons d'hygiène hospitalière et de discipline. Disposition de consensus, les galeries de cure placées dans le prolongement latérales des ailes d'hospitalisation offraient un rapport coût/efficacité des plus admissibles, raison pour laquelle elles furent adoptées dans un grand nombre d'établissements populaires publics et assimilés. Les systèmes à redents (Plaine-Joux) ou à gradins (Aincourt, Guébriant, etc.) étaient sans doute plus efficaces d'un point de vue thérapeutique, mais le caractère "exceptionnel", voir de leur mise en œuvre les mettait hors de portée de la production sanatoriale "ordinaire" qui préférait aux réalisations expérimentales les "valeurs sûres" des modèles diffusés dans *La pratique des sanatoriums* de Guinard et dans la *Note sur les sanatoria* de 1929.

[2711] Conseil général, séance du 29 octobre 1931. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.

4.5. Architectures du *Terrassentyp*.

4.5.1. La toiture terrasse : entre pragmatisme et « tentation esthétique ».

S'agissant des matériaux de construction employés dans les sanatoriums, nous avons déjà mentionné l'usage dominant des maçonneries traditionnelles et, dans une large mesure, des techniques locales de construction (voir p. 431). Les sanatoriums s'inscrivaient plus fréquemment dans la lignée des traditions constructives locales que dans le modernisme galvaudé du paquebot[2712] et de l'avion[2713]. Les types de toitures employés pour ces établissements sont révélateurs de l'ambiguïté entre les principes clamés haut et fort par les tenants d'une architecture que se voulait « moderne » et la réalité des réalisations : dans les sanatoriums français de l'entre-deux-guerres les toitures-terrasses sont, de loin, minoritaires. Le toit plat était pourtant un motif récurrent de l'architecture sanatoriale et l'une des caractéristiques principales des premiers établissements suisses qui disposaient, dans les années 1890, de toitures plates en *Holzcement*[2714] (composées d'un mélange de sable et de goudron), dont l'équivalent, en France, était le « ciment volcanique », utilisé pour les toitures terrasses[2715]. Ces toitures ne répondaient à aucune exigence esthétique mais plutôt à des impératifs techniques et de sécurité liés à la pratique de la cure hivernale qui connut ses premiers succès à Davos, à la fin du XIX^{e} siècle, obligeant les architectes à quelques adaptations constructives et formelles. La neige qui s'accumulait sur les toitures traditionnelles représentait en effet un danger certain pour les malades en cas de chute intempestive : non seulement les toitures plates supprimaient totalement ce danger, mais l'épaisse couche de neige dont elles étaient couvertes en hiver contribuait à l'isolation thermique de l'immeuble. Les eaux de fonte étaient recueillies au centre de la toiture et évacuées par des canalisations passant à l'intérieur même du bâtiment pour éviter tout risque d'éclatement des conduites par le gel[2716]. On trouvait ces toitures terrasses dans les établissements privés, comme le Parksanatorium (ancien sanatorium de Turban à Davos, 1890) et le Schatzalp (Davos, 1900), mais également populaires, comme le sanatorium allemand de Davos-Wolfgang (C. Wetzel, puis Pfleghard & Haefli architectes, 1901) et le sanatorium des cantons de Thurgovie et Schaffhouse (Davos, 1914). En Allemagne, Schmieden et Boethke mentionnaient les « toits plats en bois et ciment [sans doute en *Holzcement*] sans grenier » du sanatorium de la Augusta-Victoria-Stift, à Lippspringe (Bohnsedt arch., 1901)[2717], mais les toitures plates étaient moins répandues dans les sanatoriums de ce pays.

En France, tous les sanatoriums construits avant la Première Guerre Mondiale disposaient de toitures traditionnelles à pans inclinés, à une exception près : le sanatorium rouennais d'Oissel (Seine-Maritime) dont la première de tranche de travaux, limitée au rez-de-chaussée du pavillon central, disposait d'une « couverture en terrasse [...] en ciment volcanique avec couches de sable et gravier »[2718]. Ce mode de couverture avait été adopté de façon transitoire, en prévision de la mise en chantier des deuxième et troisième tranches du projet, devait compléter le petit pavillon ouvert en 1904 (ill. 392) : ne fois achevé, les bâtiments devaient être couverts de toitures à double pente (ill. 395). La seule mention d'une toiture

[2712] Le pavillon des jeunes filles du sanatorium des étudiants présentait, dans les années cinquante, une « longue façade rectiligne avec les quatre ponts-promenade superposés de ses galeries de cure et terrasses superposées. Accoudées à leur bastingage, les jours de brume, les étudiants douées de quelque imagination doivent entendre les sirènes d'alarme des terre-neuviens égarés » (*Guy Renard*, juillet-août 1957, n°66, p. 2). S'agissant de la métaphore du paquebot, voir : Texier 2006.

[2713] Le plan général du sanatorium Sancellemoz (Haute-Savoie, 1931) était ainsi comparé « à celui d'un immense avion aux plans multiples développant aux maximum ses ailes pour recevoir mieux l'attaque de l'air qui est son soutien, ici celle bienfaisante du soleil » (*L'Architecture française* 1946, n°55-56, p. 62).

[2714] Gubler 1988, p. 190. Selon le *Brockhaus'Konversationslexikon* (F.A. Brockhaus, Leipzig-Berlin-Vienne, 14^{e} édition, 1894-1896, vol. 9), le *Holzcement* était utilisé, pour les toitures plates, sous la forme d'un mélange de goudron, de bitume et de sable.

[2715] « Ce mode de couverture est destiné à donner l'étanchéité absolue à des surfaces sensiblement horizontales (pente de 0.01 à 0.05 par mètre). Elle est obtenue par l'application d'une sorte de tapis sur la surface à couvrir. Ce tapis est établi de telle façon qu'il n'a aucune adhérence avec l'aire sur laquelle il est étendu afin de ne pas subir les effets des mouvements possibles du bâtiment à couvrir. Il est imperméables, imputrescible, élastique et composé de manière à ne pas perdre ses qualités d'élasticité [...] . Il se compose de papier et de ciment volcanique. Suivant les cas, trois au quatre couches successives de papier, collées, l'une sur l'autre par le produit lui-même, constituent dans leur ensemble le tapis protecteur. Le ciment volcanique est un mélange de goudron, de graisse, de corps vulcanisés, fait [...] pour assurer au produit cette élasticité permanente qui est la condition essentielle de curée et de sécurité ». « Note sur la couverture en ciment volcanique C.S. Haeusler », in *Ciment volcanique de l'inventeur C.S. Haeusler. Seurat et Deschamps entrepreneurs*, Paris, 1904.

[2716] Rapport de MM. Abraham et Le Même sur les sanatoriums suisses visités en janvier 1929, *op. cit.*, p. 52.

[2717] Schmieden & Boethke 1905, p. 62.

[2718] Œuvre du sanatorium rouennais, Exposé et description du sana. d'Oissel, s.d. [*ca.* 1906], A.D. de la Seine-Maritime, 1 XP 1479.

terrasse en bonne et due forme apparaît dans le projet d'Artaud et Chérier pour les malades indigents de l'Aisne. Chérier avait conçu en 1900 un projet largement inspiré du sanatorium populaire de Wald, en Suisse, couvert de toitures traditionnelles ; mais en octobre 1901, le médecin Artaud proposa de supprimer « dans chaque pavillon de malades, le grenier mansardé, qui est inutile (tous les services étant en sous-sol et le personnel étant suffisamment logé) et [de] le remplacer par une terrasse à l'italienne, en béton armé »[2719]. Il justifiait cette modification par l'économie substantielle qu'elle permettrait de réaliser, sans développer plus avant les questions esthétique et technique. Artaud connaissait bien les sanatoriums suisses pour en avoir visité un certain nombre entre 1897 et 1899 ; il est probable que cette disposition lui avait été inspirée par les toitures des sanatoriums de Davos. La plupart des sanatoriums départementaux construits immédiatement après la Première Guerre Mondiale et jusqu'au début des années trente disposaient également de toitures traditionnelles à charpente couverte de tuiles ou d'ardoises[2720]. Il s'agissait généralement d'un choix par défaut (économie, sûreté, intégration au paysage), même si ces toitures étaient parfois revendiquées comme participant de l'esthétique globale du projet. L'architecte du sanatorium départemental du Petit-Arbois (Bouches-du-Rhône, 1936), Castel, rattachait ainsi la couverture de l'établissement en « tuiles rondes, avec bordure à génoise à trois rangs » à « la tradition provençale »[2721]. Traditionnelles dans leurs formes, ces toitures étaient parfois supportées par des charpentes en béton armé, comme celles des trois sanatoriums du plateau des Petites-Roches, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) ou le sanatorium départemental de l'Allier, à Rocles (1934, ill. 149)[2722].

En 1917, Garnier avait adopté la toiture-terrasse pour son projet de sanatorium franco-américain (ill. 338), choix qui procédait directement de la logique constructive du projet constitué de gradins successifs qui formaient autant de terrasses situées dans le prolongement des chambres. La toiture qui couvre le dernier niveau n'était que la systématisation d'un dispositif technique adopté dans les étages inférieurs. Ce projet ne fut d'ailleurs pas réalisé et ce mode de couverture sera mis en œuvre avec parcimonie dans les sanatoriums français de l'immédiat après-guerre. Dans un avant-projet de 1923 pour l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs), l'architecte Burcey prévoyait de couvrir les deux pavillons de cure, constitué d'un simple rez-de-chaussée, de toitures-terrasses (ill. 190). Ayant comme avantage de faciliter l'ajout d'un étage supplémentaire, cette disposition précédait de la même logique que celle adoptée en 1903 pour le sanatorium d'Oissel : en France en Suisse, le choix d'une toiture-terrasse n'était pas tant esthétique que technique, dans la mesure où il permettait d'anticiper l'extension des bâtiments. Le sanatorium des Tilleroyes proposait également un dispositif d'éclairage des chambres comparable à celui adopté en 1917 par Garnier pour son projet de sanatorium franco-américain : les galeries de cure étaient en effet couvertes d'un auvent de protection relativement bas permettant de ménager l'espace nécessaire pour placer, au-dessus, une fenêtre haute éclairant directement le dortoir des malades. Burcey dut finalement ajouter un étage à son projet initial, de sorte que la fenêtre haute éclairant les chambre ne fut maintenue qu'au premier étage (ill. 191-192). L'un des premiers établissements disposant effectivement d'une toiture terrasse est le sanatorium départemental de Ponteils (Gard, 1925, ill. 213-214). Pour l'architecte départemental du Gard, Raphel, plutôt adepte d'un langage régionaliste faisant appel aux matériaux locaux, la toiture-terrasse n'était sans doute qu'une solution technique permettant de faire l'économie de la charpente et de la couverture.

Les architectes qui firent le choix de toitures-terrasses pour leurs projets de sanatoriums eurent d'ailleurs les plus grandes difficultés à les faire accepter par le maître d'ouvrage et les commissions en charge des projets. Ces commissions mettaient fréquemment en avant la prétendue inadéquation de ces terrasses aux climats pluvieux de certaines régions françaises et les risques d'infiltrations qu'ils faisaient

[2719] Artaud 1914, p. 135.
[2720] Citons par exemple les sanatoriums de La Guiche (Saône-et-Loire, 1917), François Mercier (Allier, 1918), Guervénan (Finistère, 1917), Franconville (Val-d'Oise, 1924), etc. La prédominance des grandes toitures traditionnelles se retrouve tout au long des années trente, notamment dans les sanatoriums départementaux de Saint-Sever (Calvados, 1931), Parigné-Lévêque (Sarthe, 1932), Helfaut (Pas-de-Calais, 1932), les Petites-Roches (Isère, 1933), Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme, 1934), Felleries-Liessies (Nord, 1934), la Savoie (Ain, 1935), La Trouhaude (Côte-d'Or, 1937), de la Nouvielle (Landes, 1938), Roquefraîche (Vaucluse, 1938) ou Bergesserin (Saône-et-Loire, 1929-1946).
[2721] Castel, notice descriptive relative au sanatorium départ. sis aux Milles, s.d. [*ca.* 1930]. A.D. des Bouches-du-Rhône, 5 M 207.
[2722] Pierre Daumin (ingénieur ECP), *Le sanatorium Marcie Mercier à Rocles*, rapport d'avril 2003.

courir aux ouvrages. Pour le concours du sanatorium départemental du Maine-et-Loire (1931), les lauréats Crevel et Decaux avaient initialement prévu un édifice entièrement couvert de terrasses, sur le modèle de celles adoptées pour le sanatorium d'Aincourt dont ils avaient remporté le concours l'année précédente (ill. 440-444). La commission spéciale chargée d'étudier le projet fit alors valoir que « dans un climat comme [celui du Maine-et-Loire], c'est un mode de couverture qui n'est pas pratique » et demanda une modification des toitures : « le mode de couverture de l'édifice, à prévoir en ardoise, telles que l'exigent les conditions climatériques de l'Anjou, [...] permettra non seulement d'assurer une meilleure protection de l'édifice, mais encore d'aménager des mansardes pour le logement du personnel et de diminuer d'une façon appréciable le montant des dépenses»[2723]. Dans les projets successifs de 1932 et 1934, les architectes durent se résoudre à couvrir tous les bâtiments, même les galeries de cure, de toitures angevines en ardoise (ill. 272-273). Lors d'un projet d'extension du sanatorium départemental de Pignelin (Nièvre), en 1937, les arguments employés par les conseils généraux pour modifier les toitures terrasses proposées par l'architecte départemental, Jean Georges, étaient assez similaires, quoique formulés différemment : « Nous estimons, précisait le rapporteur du Conseil général, que les terrasses sont sujettes à des infiltrations donnant lieu à des dépenses d'entretien élevées »[2724], ce à quoi l'architecte rétorqua :

> [La toiture terrasse] *est une solution économique qui permet d'utiliser rationnellement la face supérieure des bâtiments ; de profiter de l'air, du calme, de la lumière dont on peut jouir sur un toit où règne une atmosphère de repos : tous les médecins en sont partisans et les solariums se répandent de plus en plus dans les hôpitaux cliniques, et maisons de convalescence. [...] La couverture en tuiles ou ardoises, oblige le constructeur à prévoir une importante et coûteuse charpente, alors que pour la terrasse, une pente de deux centimètres par mètre sur le dernier plancher suffit à l'écoulement des eaux.*[2725]

Visitant, en 1929, les sanatoriums suisses, Abraham et Le Même purent juger de la durabilité des toitures-terrasses des premiers établissements de Davos. Constatant que « ce procédé employé depuis 40 ans avait donné des résultats tels qu'il n'a jamais cessé d'être employé, y compris dans les établissements les plus récents »[2726], ils décidèrent de le généraliser dans leur projet de sanatorium à Plaine-Joux (1929). La toiture terrasse s'imposait alors progressivement dans l'esthétique sanatoriale véhiculée par les publications : en 1930, à l'occasion du concours « d'aménagement et de décoration des toitures terrasses » organisé par la Société des architectes modernes, l'exposition consacrée aux « immeubles collectifs et aux bâtiments publics », comprenait, outre l'hôtel de voyageurs, la maison à loyers, le consortium de presse, le bloc d'ateliers et le gratte-ciel : le sanatorium[2727]. Le premier sanatorium auquel Abraham et Le Même s'employèrent à couvrir d'une toiture-terrasse fut celui de Praz-Coutant dont la toiture « savoyarde » avait été détruite par un incendie en juin 1930 (ill. 351 et 354 haut). L'achèvement du sanatorium de Praz-Coutant (dont les travaux avaient été initiés en 1924 par les architectes Aristide Daniel et Lucien Bechmann) permit à Abraham et Le Même de prouver « la supériorité fonctionnelle de l'architecture moderne »[2728] qu'ils s'étaient efforcés de montrer dans leur projet pour Plaine-Joux en 1928. D'un point de vue pratique, la substitution d'une toiture-terrasse incombustible aux anciens combles permit d'augmenter le volume habitable de l'établissement et de créer une dizaine de chambres supplémentaires. Une seconde variante du projet de reconstruction prévoyait le remplacement de tous les combles – mêmes ceux épargnés par l'incendie – par une toiture terrasse qui aurait couvert tout l'établissement (ill. 354 bas).

La conception des toitures dans les établissements semble étroitement liée aux modes constructifs employés. Si les bâtiments d'hospitalisation étaient le plus souvent construits en maçonnerie de moellons, les galeries de cure étaient systématiquement construites – pour des raisons hygiéniques et techniques – en béton armé : les architectes devaient nécessairement adapter leurs choix constructifs aux dimensions et aux spécificités techniques des espaces. Cette dichotomie de matériaux et de formes est particulièrement

[2723] Conseil général du M.-et-L., séance du 29 octobre 1931, domaine de Boudré, projet de sana. A.D. du Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2724] Conseil général de la Nièvre, séance du 23 octobre 1937, sanatorium de Pignelin. A.D. de la Nièvre, 4 N 108.
[2725] *Ibidem.*
[2726] Rapport d'Abraham & Le Même 1929, *op. cit.*, p. 52.
[2727] S.a., « L'aménagement et la décoration des toitures-terrasses. Concours de la Société des architectes modernes », in *La Construction moderne*, 13 juillet 1930, p. 636.
[2728] Cité par Véry & Saddy 1988, p. 46.

explicite au sanatorium Marie Mercier, à Rocles (Allier, 1931, ill. 151) et à l'hôpital-sanatorium interdépartemental du Cluzeau, à Limoges (Haute-Vienne, 1934, ill. 430), dont les galeries étaient couvertes de toitures-terrasses et les bâtiments d'hospitalisation de toitures traditionnelles. Ce traitement différencié accentuait l'« instrumentalisation » des galeries de cure et leur dissymétrie fonctionnelle vis à vis du reste du bâtiment : les galeries, ainsi traitées, pouvaient s'apparenter à un outil spécifique de traitement, annexé à un bâtiment banalisé, de type hospitalier, dont elles déterminaient la vocation antituberculeuse. Il faut sans doute y voir un des symptômes de la « dilution » des aménagements spécifiques à l'architecture sanatoriale (voir p. 297) marquée par l'émergence de nouvelles méthodes de cure dès la fin des années vingt : cantonnées aux extrémités des bâtiments dont elles se distinguaient formellement et techniquement, les galeries de cure semblaient ainsi douées d'une autonomie fonctionnelle qui les isolait du reste de l'établissement. Ces dispositions semblent caractéristiques d'une interprétation "a minima" du programme sanatorial par certains concepteurs (médecins ou architectes) : le sanatorium était alors envisagé comme un bâtiment hospitalier doté de galeries de cure *ad hoc*, judicieusement placées et strictement conformes à la législation en vigueur. L'interprétation fonctionnelle qui en résulte est représentative de la production sanatoriale "ordinaire" de l'entre-deux-guerres. Il suffit, pour s'en convaincre, de comparer ces réalisations avec les établissements dont les espaces de cure étaient intimement liés à la structure même des bâtiments et à l'organisation des espaces, notamment des chambres. Les projets des architectes Abraham et Le Même incarnent avec forces cette conception de l'architecture sanatoriale que l'on pourrait qualifier d'"uniciste". Ils d'ailleurs les premiers à s'insurger contre une vision simpliste de l'architecte sanatoriale consistant à appliquer des formules toutes faites qui renouvelaient le thème de la « machine à guérir », promis à un bel avenir. Ils s'en expliquaient ainsi en 1934 dans *L'Architecture d'aujourd'hui* :

> *Les théories rationalistes à priori, à tendances mécanistes, qui faillirent stériliser l'architecture vivante d'après guerre, prétendirent faire de la maison "la machine à habiter". Le sanatorium devait être, bien mieux encore "la machine à guérir la tuberculose". Là, en effet, pas de tradition et, au moins pouvait-on l'espérer, une doctrine médicale ferme et impérative dont l'architecture devait être, et exclusivement, la traduction littérale dans le béton, le verre et le métal. La pratique du sanatorium nous apprend, au contraire, que, toute simpliste et morose qu'elle soit, l'idée de la machine à habiter est encore moins utopique que celle de la machine à guérir. En effet, en limitant l'homme à ses besoins matériels, en lui concédant même, une sorte de droit à une idéologie soigneusement standardisée, on peut dire que l'on sait, à peu près, comment il vit. On sait beaucoup moins bien comment il guérit[...]. Au fond, il y a un art de guérir comme il y a un art de bâtir et que, si l'un et l'autre utilisent, un peu plus chaque jour, la matière proprement scientifique, l'un et l'autre l'ordonnent en vertu de cet empirisme méthodique qui, seul conduit à des résultats adaptés et féconds. Nous savons que les médecins utiles à leurs malades ne nous contrediront pas.*[2729]

Pour Abraham et Le Même, le traitement des malades était trop complexe pour se contenter de transposer les modèles établis ; les sanatoriums du Plateau d'Assy témoignent de cette volonté d'expérimentation de dispositifs nouveaux. Limité aux galeries de cure, l'usage des toitures-terrasses et du béton armé prenait un caractère instrumental qui permit à beaucoup d'architectes de se dédouaner d'une réflexion plus aboutie sur la nature du traitement hygiéno-diététique et de ses conditions de mise en œuvre dans les sanatoriums de cure.

4.5.2. Terrasses-solariums et galeries de cure en toiture.

Pour les malades pulmonaires également atteints d'autres affections tuberculeuses (peau, os, articulations, etc.) la cure de soleil – ou héliothérapie – pouvait être pratiquée, à condition de prendre certaines précautions. La cure de soleil commençait par une exposition « progressive des extrémités inférieures », le thorax ne pouvant être exposé qu'au bout de quelques semaines d'accoutumance et pas plus de quelques minutes.[2730] Dès le début du siècle, certains sanatoriums pour malades pulmonaires de

[2729] Abraham & Le Même 1934, p. 70.
[2730] Rabine 1931, p. 21.

Davos étaient équipés de « solariums » (les galeries de cure collectives du sanatorium Schatzalp étaient dénommées ainsi) et l'architecte Quintus Miller voit dans le développement de l'héliothérapie une des raisons de la généralisation des galeries de cure individuelles dans les sanatoriums suisses[2731]. Eduard Neumann, médecin-directeur du sanatorium Schaptzalp, rappelait ainsi en 1917 que « ces vérandas spacieuses permett[aient] aussi aux patients de profiter des avantages de l'héliothérapie »[2732]. Aux Etats-Unis, Thomas Carrington mentionnait, parmi les établissements disposant de galeries de cure accessibles aux malades en toiture, le *Riverside Hospital* de New York (Dr H.M. Biggs, Westervelt & Austin architecte) et le *Tuberculosis Hospital* de Washington D.C. (Dr G.M. Kober, Miles Day & Brother architectes)[2733]. En France, le médecin Raymond Hervé* (1864-1937) était l'un des principaux partisans de l'association des cures hygiéno-diététique et d'héliothérapie pour les malades atteints d'affections tuberculeuses mixtes, ce traitement était pratiqué dans le sanatorium des Pins, qu'il avait fondé en 1900 à Lamotte-Beuvron (Loiret). Outre le pouvoir « d'exaltation de la vitalité de l'organisme », Hervé accordait au traitement solaire des vertus antalgiques et « détoxifiantes », en raison de la sudation intense qu'il provoquait[2734]. En 1913, à contre-courant des théories en vigueur, il recommandait l'association du pneumothorax artificiel (pratiqué en France depuis 1909) avec l'héliothérapie. En ouvrant, en 1917, un second établissement de cure à Villeneuve-les-Escaldes (Pyrénées-Orientales), situé à 1.400 mètres d'altitude et réservé à l'héliothérapie, Hervé donna une nouvelle impulsion à ses théories. Les Escaldes formaient une annexe du sanatorium des Pins et permettaient aux malades souffrant de tuberculoses mixtes (notamment de « formes pleurales, ganglionnaires ou fibreuse à évolution lente ou torpide ») de passer d'un établissement à l'autre et de bénéficier des bienfaits thérapeutiques des deux méthodes de cure[2735], tout en respectant les contre-indications habituelles qui excluaient d'office les malades souffrant de formes pulmonaires aiguës et de poussées évolutives fébriles[2736].

Pendant la guerre, nous l'avons déjà mentionné, l'héliothérapie était pratiquée dans certaines stations sanitaires : au soleil, à Gorbio (Alpes-Maritimes), ou artificiellement sous des lampes, à la station sanitaire des Roches (Puy-de-Dôme). Dans les années vingt, un grand nombre de sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires étaient équipés de ces lampes et, à Bligny, par exemple, « le service médical de chaque sanatorium [était] pourvu de lampes en quartz, à mercure, pour l'héliothérapie artificielle, par rayons U.V. quand le soleil fait défaut »[2737]. Elles étaient toutefois loin d'égaler les résultats obtenus avec le rayonnement solaire[2738]. Il n'est donc pas étonnant que beaucoup de sanatoriums, même pulmonaires, aient été équipés de solariums pour la pratique de l'héliothérapie. Les toitures-terrasses des premiers sanatoriums suisses n'étaient vraisemblablement pas utilisées comme terrasses d'héliothérapie, en raison de leur inaccessibilité durant les mois d'hiver lorsqu'elles étaient couvertes de neige. L'une des premières mentions d'une toiture terrasse conçue spécifiquement pour la cure date de 1913, dans un projet d'hôpital à gradins envisagé par le médecin allemand David Sarason et dont les toitures étaient aménagées en *Sonnenbäder* ou bains de soleil[2739] ; nous y reviendrons plus tard. Au sanatorium Lalance, à Lutterbach (Haut-Rhin, 1912), établissement privé pour enfants, les galeries de cure construites en 1922 sur toute la façade sud du bâtiment comportaient une toiture terrasse utilisée pour la cure d'héliothérapie[2740]. Dans le projet conçu par Garnier pour le sanatorium de l'Union hospitalière du Sud-Ouest, en 1923, la toiture du bâtiment formait, de la même façon, une vaste terrasse « utilisée comme solarium » et abritée, à ses deux

[2731] Miller 1991, p. 23.
[2732] Cité par Miller 1991, p. 23.
[2733] Carrington 1911, p. 75 et 95.
[2734] Chaumuzeau 2004/2, p. 22.
[2735] Chaumuzeau 2004/2, p. 23. Les premiers patients furent transférés de Lamotte-Beuvron en février 1918 et, par la suite, tous les malades atteints de tuberculose laryngée furent envoyés en hiver au sanatorium des Escaldes. L'héliothérapie ne cessa toutefois pas d'être pratiquée au sanatorium des Pins : elle consistait en une exposition totale et progressive de tout le corps, de 15 à 20 minutes les premières séances, jusqu'à quatre à six heures par jour au maximum, de façon à obtenir une pigmentation intense et homogène.
[2736] *Ibidem.*
[2737] Guinard 1925, p. 67. Des appareils à lampes de mercure étaient également présents dans les années trente au sanatorium de Brévannes (Administration de l'assistance publique de Paris 1937, p. 89)
[2738] Guinard 1925, p. 139.
[2739] Sarason 1913, planches hors texte 1 et 2.
[2740] Royer, visite des départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, juin-juillet 1927. Archives de l'Institut Pasteur, fonds du C.N.D.T., CNDT.DPT.58 Haut-Rhin.

extrémités, par de petits édicules donnant accès aux escaliers[2741]. En 1927, le médecin Alexandre Bruno en suggéra l'adoption au sanatorium de Plaine-Joux sur la base de considérations économiques : « à chaque étage, il faut des chambres au nord pour les visiteurs et pour les malades payant moins cher, lesquels pourraient aller faire leur cure sur le toit, ce dernier pourrait être plat avec une terrasse à l'italienne exposée au midi »[2742], disposition qui fut retenue pour le projet final. Abraham et Le Même le reproduisirent au sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, 1933) dont les malades logés au quatrième étage devaient effectuer leur cure dans la galerie aménagée en toiture terrasse. A la fin des années vingt, les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires disposant de galeries ou de solariums pour la cure d'héliothérapie en toiture se multiplièrent ; nous citerons par exemple le projet de solarium du sanatorium de La Guiche[2743] (Saône-et-Loire, 1930) ; le « solarium » de l'hôpital-sanatorium Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934, ill. 309) ou celui du sanatorium départemental de Colmar (Haut-Rhin,1934, ill. 331). Au pavillon des tuberculeux de l'hôpital de la Fraternité, à Roubaix (Nord, 1932), en plus des « terrasses », situées à l'avant des chambres des malades au rez-de-chaussée et au premier, la toiture terrasse du deuxième étage était aménagée pour pratiquer la « cure d'héliothérapie »[2744]. A l'hôpital-sanatorium du Cluzeau (Haute-Vienne, 1934), alors que le chantier était en voie d'achèvement, le comité interdépartemental demanda aux architectes Léon Saule* et Girardot l'installation de « solariums pour le traitement héliothérapique »[2745] sur les toitures-terrasses des galeries de cure (ill. 432). Dans le projet de Pingusson pour le sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1930), l'aile d'hospitalisation était protégée des vents d'ouest par une courte aile transversale s'avançant vers le sud et constituée de « solariums » superposés terminés par une rotonde vitrée (ill. 438 et plan 95-04D).

Il importe toutefois de distinguer les galeries pour la cure hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire, parfois placées sur la toiture terrasse de certains sanatoriums, des solariums pour la pratique de l'héliothérapie. Les premières étaient systématiquement couvertes par un auvent (souvent en béton armé) protégeant les malades du soleil, tel qu'on en trouve dans le projet de sanatorium pour la fondation Bellechance, à Riesenwald (Haut-Rhin, 1932), dans le projet de Bailly & Saacke pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, 1931) ou au sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, 1933). En 1936, le projet d'extension du sanatorium privé de Vion, à La Tour-du-Pin (Isère) prévoyait de disposer, au troisième et dernier étage de l'établissement, une toiture terrasse comprenant une galerie de cure et un solarium d'héliothérapie[2746]. Les galeries de cure en toiture pouvaient également être protégées par une sur-toiture, comme au sanatorium de la Croix-Rouge française au château d'Angeville, à Hauteville-Lompnès (Ain, 1921, ill. 123) ; dans l'extension du sanatorium de Sainte-Feyre (Creuse, 1928) ; dans le pavillon des femmes du sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère, 1924-1933) ou l'avant-projet du sanatorium de Felleries-Liessies (Nord, 1929, plan 59-03DG). Dans ce dernier projet, les galeries de cure étaient situées au dernier étage de chaque pavillon, sous une forte toiture ponctuée pavillons (ill. 291) mais, pour de la réalisation, l'architecte Gaillard opta pour une disposition similaire à celle d'Helfaut constituée de galeries de cure d'un seul niveau implantées latéralement et reliées aux pavillons par un passage couvert. La similitude entre les deux projets n'est pas fortuite car, outre la proximité géographique du Nord et du Pas-de-Calais, Gaillard avait été, de 1919 à 1922, chef d'agence chez Decaux, architecte du Pas-de-Calais et auteur du sanatorium d'Helfaut (1927-34).

Les solariums pour la pratique de l'héliothérapie, au contraire, étaient entièrement découverts pour garantir l'insolation maximale de toutes les parties du corps. Au pavillon des tuberculeux de Roubaix, par exemple, la section d'héliothérapie était située au dernier étage du bâtiment et se composait de 20 cabines

[2741] A.M. de Lyon, 1764 W 2.
[2742] Lettre du 1er octobre 1927 d'A. Bruno à Abraham & Le Même. A.D. de la Haute-Savoie, fonds Le Même.
[2743] Ce projet prévoyait la surélévation du pavillon existant devant la façade sud pour l'aménagement du bureau du médecin-directeur du sanatorium. L'architecte prévoyait également d'installer « sur son toit [...] une galerie de cure pour les grands malades soignés au 2e étage et d'un solarium, qui permettra de traiter par l'héliothérapie, ailleurs qu'au milieu de leurs camarades sur les cures, les malades atteints de péritonite, d'adénopathie ou d'arthrite tuberculeuse bénignes associées à leurs lésions pulmonaires ». Lettre du 8 août 1930 du médecin-directeur de La Guiche au préfet de Saône-et-Loire. A.D. de Saône-et-Loire, 1 X 34.
[2744] Poulain 1932, pl. 95-96.
[2745] Sanatorium du Cluzeau, rapport des architectes au président de l'entente interdép., 20-XII-1934. A.D. de la Haute-V., 1 X 154.
[2746] Lettre du 14 juin 1934 du Dr Evrot au Dr Boissel. Archives de l'Institut Pasteur, CNDT.DPT.34.Isère.

individuelles (10 pour chaque sexe, strictement séparées par un mur), cloisonnées sur trois côtés et entièrement ouvertes en façade sud et vers le ciel (plan 59-05). Cet aménagement permettait aux malades de pratiquer la cure, nus, sans que l'intimité de chacun ne soit troublée. Chaque solarium individuel disposait, au nord, d'une porte d'accès donnant sur un dégagement[2747]. Selon Jaquerod, de Leysin, « tous les malades se sentent attirés par le soleil [et] éprouvent un besoin naturel de ranimer leur corps anémié à la chaleur bienfaisante de ces rayons »[2748]. Pour des raisons thérapeutiques mais également pour permettre aux malades de profiter des bains de soleil, des solariums finirent par être installés dans la plupart des établissements hospitaliers de l'époque, sans pour autant que la cure d'héliothérapie y soit médicalement pratiquée. Exposés au Sud, les pignons de l'hôpital Saint-Charles, à Montpellier (Hérault, 1932-1935), étaient ainsi agrémentés de « solariums » situés dans le prolongement des « salles de réunion ou de récréation ». Devant certaines chambres de cet établissement, étaient également prévus des solariums « d'une saillie suffisante pour permettre l'installation d'une chaise longue »[2749].

Malgré ces diverses expériences, le tabou de l'exposition au soleil des tuberculeux pulmonaires restait vivace et la transformation des toitures-terrasses en solariums pour la pratique de l'héliothérapie posait quelques difficultés d'interprétation. En 1929, le médecin-directeur du sanatorium de Clavières dut expliquer la présence de solariums en toiture fans le projet d'extension de son établissement : « La terrasse-solarium a été improprement ainsi dénommée, car il n'a jamais été dans mes intentions de traiter mes malades par l'insolation, dont je n'ignore pas les effets nocifs dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. En fait, il s'agissait dans mon idée d'une promenade terrasse pour les hospitalisés »[2750]. En 1947, de la même façon le ministère de la santé émit quelques réserves quant au projet de construction d'un « solarium de 1.100 m^2 sur la toiture-terrasse » de l'hôpital-sanatorium de Bon-Accueil, à Montpellier (Hérault), jugé « peu indiqué pour des tuberculeux pulmonaires »[2751]. Nous ne sommes pas en mesure d'expliquer pourquoi certains établissements pour malades pulmonaires furent autorisés à créer des solariums et pas d'autres. Cette constatation confirme en tout cas l'absence de consensus s'agissant de la pratique de l'héliothérapie dans la cure de la tuberculose pulmonaire et des affections tuberculeuses mixtes.

4.5.3. Les établissements d'héliothérapie

La cure de soleil, ou héliothérapie, était, selon une majorité de médecins, réservée aux seuls tuberculeux extra-pulmonaires. Nous évoquerons ici les caractéristiques architecturales que les établissements d'héliothérapie avaient en commun avec les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, en particulier à la disposition à gradins. La cure d'héliothérapie était d'ailleurs, sur certains points, assez similaire à la cure hygiéno-diététique : dans les deux cas, les malades étaient traités sur des galeries de cure selon un protocole précisément élaboré par les médecins[2752]. Antoine Poncet, professeur à la clinique chirurgicale de Lyon, fut l'un des premiers, en 1892-1893, à mettre en avant les effets du soleil sur ces

[2747] Poulain 1932, pl. 95-96.
[2748] Jaquerod s.d., p. 94-95.
[2749] Administration des hospices de la ville de Montpellier, projet de construction d'un bâtiment à cinq cliniques et services généraux annexes. A.D. de l'Hérault, 1 X 337.
[2750] Lettre du 16 novembre 1929 du médecin-directeur de Clavières, Esnault, au préfet de la Mayenne. A.D. de la Mayenne, 4 N 181.
[2751] Ministère de la santé et de la population, C.H.R. de Montpellier, sanatorium de Bon-Accueil, agrandissement et transformations, 23 septembre 1947. A.D. de l'Hérault, 10 W 100.
[2752] Le « Règlement pour les malades en traitement » (1923) du sanatorium d'héliothérapie des Courmettes (Alpes-Maritimes) nous donne quelques indications sur les modalités de réalisation de la cure de soleil : « La cure d'air et de soleil : 1° La cure proprement dit se fait exclusivement sur les terrasses, ou solariums, aux heures prescrites [...] ; 2° Les malades valides habitant des chambres attenantes aux terrasses reçoivent pour la cure un lit de camp qu'ils doivent eux-mêmes installer et remettre en place. Il est interdit de rester assis sur ces lits de camp ; 3° Pour la cure solaire, sa durée, la partie du corps à exposer, variables suivant le cas et le degré d'entraînement, les malades doivent se conformer exactement aux prescriptions médicales transmises pas l'infirmière. Celle-ci désigne la place de chaque lit qui ne peut être changée sans son autorisation ; 4° Il est rappelé que les rayons solaires agissent même à travers les nuages et l'exposition doit se faire dans ce cas toutes les fois qu'elle n'est pas contre-indiquée par la température, suivant décision du médecin ; 5° En dehors de la cure solaire proprement dite, la cure de plein air, dans la position couchée, est imposée à tous les malades aux heures prescrites dans le règlement horaire ; 6° En cas de pluie ou de vent très violent interdisant le séjour sur les terrasses, le malade fait la cure sur son lit, dans sa chambre, les fenêtres grandes ouvertes ; 7° La cure, de 13 heures à 15 heures, se fait dans le silence absolu [...] ; 8° La cure d'air et de soleil est un élément capital du traitement. Tout malade qui ne s'y soumettrait pas resterait sans utilité au sanatorium et devra le quitter. Les sanctions contre les infractions au présent règlement sont : la réprimande du médecin-directeur, le renvoi. » A.D. d'Indre-et-Loire, 145 J 218.

affections[2753]. La pratique de l'héliothérapie en montagne se développa lorsque les médecins constatèrent qu'à une altitude de 1.800 mètres un individu recevait 75% de l'énergie solaire, contre 50% seulement au niveau de la mer[2754]. L'exposition des corps au rayonnement solaire visait à combattre la « carence solaire », qui se manifestait sous forme de « rachitisme, d'atonie musculaire, de spasmophilie et anémie »[2755]. Le rayonnement solaire, et en particulièrement la partie du spectre correspondant aux ultra-violets, activait la production de « vitamine de la peau irradiée », ou vitamine D. Ces mécanismes de bio-synthèse furent mis au jour après la Première Guerre Mondiale par le médecin Hutchinsky qui leur donna une large application en pédiatrie. Le rapport entre le rayonnement infra-rouge et le rayonnement ultra-violet étant très variable d'un endroit à l'autre, du fait de l'altitude, de l'humidité relative ou de la pureté de l'air. Piéry invoquait l'emploi de « soleils différents », c'est à dire de « spectres solaires de composition variée » pour expliquer les résultats parfois contradictoires obtenus par différents médecins avec ce traitement[2756]. L'héliothérapie était particulièrement indiquée pour la tuberculose ostéo-articulaire, la tuberculose de la peau, la tuberculose péritonéale et, dans certains cas, la tuberculose pulmonaire : « l'héliothérapie combinée avec l'aérothérapie et de bonnes conditions d'hygiène satisfont entièrement à cette condition fondamentale de tout traitement antituberculeux ; l'état général du malade s'améliore rapidement, le poids augmente, l'appétit revient, le taux d'hémoglobine s'élève »[2757], rapportait Piéry en 1934.

Le premier sanatorium d'héliothérapie fut ouvert en 1899 à Saint-Moritz, dans le canton suisse des Grisons, par le médecin Oscar Bernhardt (1861-1939). Il ajoutait aux traditionnelles cures d'air et de repos prescrites aux tuberculeux pulmonaires la cure de soleil qui cherchait à tirer profit des vertus antiseptiques du rayonnement solaire sur les plaies externes des tuberculeux osseux et articulaires : « Partant de l'expérience du paysan des Grisons qui, depuis toujours, conserve sa viande fraîche en l'exposant à la lumière et au soleil, j'ai essayé d'appliqué cet effet antiseptique de la lumière solaire sur les tissus vivant en exposant directement une plaie de laparotomie au soleil hivernal »[2758], expliquait-il en 1912. Il publia en 1917 un ouvrage intitulé *Sonnelichtbehandlung in der Chirurgie* (L'héliothérapie dans la chirurgie), comprenant notamment un projet d'agrandissement de sa clinique de Davos selon un dispositif à gradins :

> *L'héliothérapie réclame des bâtiments de forme particulière. Chaque rayon de lumière que nous envoie le ciel doit pouvoir être exploité. Une clinique d'ensoleillement doit être si possible bâtie à l'abri du vent, dans un site exempt de poussière et au calme, avec une façade complètement orientée au sud, de préférence sur une pente [...]. En implantant une telle clinique sur une pente, on obtient : premièrement, une insolation plus intense [...] ; deuxièmement, elle facilite l'étagement des galeries de cure et des balcons, ceux-ci devant être placés de manière à ce que chacun d'entre eux ne prive un autre de lumière. Ceci implique parfois une disposition à gradins.*[2759]

Le projet de Bernhard (nous n'avons pas d'information sur l'architecte ou l'ingénieur qui dessina le projet) se composait d'un bâtiment en arc de cercle, de forme convexe vers le Sud, comprenant cinq étages sur rez-de-chaussée. Les espaces de réception étaient situés au premier étage et les chambres étaient disposées dans les niveaux supérieurs, décalés les uns par rapport aux autres. Les chambres, profondes de 5,50 mètres, étaient ainsi précédées d'une galerie de deux mètres de large. Ces galeries étaient partiellement couvertes par une des voûtes adossées à la façade et portée par des colonnes qui divisent la galerie en autant de balcons individuels. La façade arrière était plane et verticale, l'épaisseur décroissante de chaque niveau étant compensée par des pièces de services placées au nord du couloir de distribution. Ce bâtiment ne fut pas réalisé mais le système à gradins, nous aurons l'occasion d'y revenir, fut adopté dans de nombreux établissements pratiquant la cure d'héliothérapie : en Suisse, au sanatorium La Moubra, à

[2753] Rabine 1931, p. 1.
[2754] *Idem*, p. 3.
[2755] *Idem*, p. 12.
[2756] Piéry 1934, p. 163.
[2757] *Idem*, p. 17.
[2758] O. Bernhardt, *Heliotherapie im Hochgebirge, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose*, Stuttgart, F. Enke, 1912, cité par Del Curto 2005 (traduction italienne) .
[2759] Cité par Miller 1991, p. 21-22.

Montana (R. von Muralt architecte, 1927-1928, ill. 83) ; en Allemagne, au sanatorium de Haardheim[2760] (G. Metzendorf et A.D.J. Schneider architectes, 1929, ill. 52) ; en Italie, à l'Institut d'héliothérapie du Lido à Venise (ill. 100), construit en 1924 selon un plan courbe très similaire à celui proposé par Bernhard[2761].

Mais ce sont surtout les travaux d'Auguste Rollier* (1874-1954) qui popularisèrent ces méthodes de cure. La « clinique manufacture » qu'il créa à Leysin permettait aux malades de pratiquer des activités rémunératrices pendant leur cure : fabrication de paniers et autres petits travaux peu fatigants. L'héliothérapie acquit une reconnaissance mondiale à la fin des années vingt avec la tenue de plusieurs conférences internationales : la *First International Conference of Lights and Heat in Medicine, Surgery and Hygiene*, en 1927, à Londres, suivie par une seconde conférence en 1928, à Lausanne. En France, le médecin Jean Saidman* (1897-1943) fonda en 1925 l'Institut d'actinologie avec l'ambition « d'appliquer les nouvelles découvertes dans le domaine des radiations et poursuivre, tant par le traitement que des recherches scientifiques, la mise au point de l'actinothérapie et les progrès de la polyradiothérapie »[2762]. Alors que l'héliothérapie faisait appel au rayonnement solaire global, l'actinothérapie mettait « en jeu des rayonnements émis par des sources artificielles, tirant leur énergie du courant électrique »[2763]. Au début des années trente, l'Institut d'actinologie organisa le premier Congrès international de la lumière, à Paris, suivi d'un second à Copenhague en 1934 ou 1935. Les méthodes développées par les médecins pour la mise en œuvre de ces thérapies particulières demandaient une instrumentation parfois complexe. L'héliothérapie laryngée, par exemple, était couramment pratiquée dans les établissements pour tuberculeux pulmonaires car l'infection du larynx et des cordes vocales étaient pour ces malades une complication fréquente[2764]. Dans les années trente, un grand nombre de brevets furent déposés dans ce domaine tel ceux de Saidman pour un « Solarium orientable pour héliothérapie et actinothérapie »[2765] (1930) ou un « Solarium perfectionné avec concentrateurs multiples »[2766] (1939), basés tous deux sur des mécanismes de miroirs articulés. Saidman fut également l'inventeur du sensitomètre qui permettait de déterminer le temps d'exposition optimal des malades au soleil, de la lampe à « arc polymétallique » génératrice de rayons ultra-violets ; il développera également l'utilisation des « lampes à étincelles », sources « d'ultra-violets

[2760] Poulain 1930, pl. 34-39
[2761] Moretti 1952, p. 456.
[2762] Journal officiel du 20 novembre 1925, cité par Bénézet 2006, p. 74.
[2763] Bénézet 2006, p. 74. En 1893, le médecin danois Niels Finsen mettait au point une méthode de traitement du lupus tuberculeux (affection de la peau) par la lumière. L'ensoleillement était irrégulier et faible dans ces régions septentrionales, il utilisait les radiations émies par un arc électrique, jetant ainsi les bases de l'actinothérapie.
[2764] « Cette technique, inspirée des travaux d'un médecin sanatorial autrichien, consistait, par un jeu de miroirs de dimensions et d'inclinaisons appropriées, à diriger les rayons lumineux sur le larynx (épiglotte et cordes vocales), région anatomiquement peu accessible à la vision directe. Elle visait à favoriser la cicatrisation et la guérison des tuberculoses laryngées vis-à-vis desquelles aucune forme de traitement efficace ne pouvait être proposée à cette époque. Elle utilisait soit la lumière solaire naturelle, lorsque les conditions météorologiques le permettaient, soit une lumière artificielle produite par une lampe à vapeur de mercure, dite lampe de Bach [...]. Elle pouvait être mise en œuvre par le malade lui-même après quelques jours d'apprentissage, ou par le médecin chez les patients malhabiles ou trop nerveux. Les séances pouvaient atteindre une heure matin et soir avec des résultats cliniques souvent très encourageants. » Chaumuzeau 2004/2, p. 23.
[2765] « L'objet de la présente invention est une terrasse d'exposition des malades au soleil, au solarium mobile sur un chemin de roulement de façon à pouvoir être sans cesse orienté face au soleil. Des dispositifs d'écrans réflecteurs et lentilles orientables permettant de diriger l'insolation et de régler son intensité conformément aux indications du praticien traitant. Certaines parois sont en verre argenté qui permet le passage des rayons ultra-violets, réfléchit les rayons calorifiques et [...] se comporte comme un miroir vis-à-vis des personnes placées à l'extérieur de la terrasse et les empêche de voir les malades. Le solarium [...] peut être placé sur le sol, mais on peut aussi, pour éviter l'ombrage des arbres et avoir une meilleure aération, le surélever. [...] La plateforme d'insolation [...] est montée au sommet d'une tour portant un chemin de roulement sur lequel la terrasse repose par l'intermédiaire de galets et d'un rail circulaire. La terrasse comprend deux ailes latérales sur lesquelles sont construits, au moyen de cloisons légères, des cabines, où le malades, étendu sur une chaise longue ou sur tout autre support convenable, est exposé aux rayons solaires. Ceux-ci peuvent être envoyés sur lui au moyen de réflecteurs ou miroirs [...] et filtrés par passage au travers d'écrans. » Ministère du commerce et de l'industrie, direction de la propriété industrielle, brevet n°680.179 délivré le 17.01.1030, demandé le 10 août 1929. Archives de l'Institut national de la propriété industrielle, Paris.
[2766] « L'application hygiéniste ou thérapeutique des rayons solaires concentrés nécessitait, jusqu'à ce jour, une inclinaison du lit supportant le sujet exposé. Il pouvait en résulter, pour le sujet, une position fatigante à la longue ou gênante à certaines heures. [...] La présente invention a pour but d'éviter l'inclinaison du malade par superposition de faisceaux de rayons solaires de directions différentes afin de couvrir, quelle que soit la hauteur du soleil, la majeure partie de la surface du corps. Ce résultat est obtenu en associant trois panneaux réfracteurs avec un dispositif réflecteur tournant autour d'un axe passant par le corps irradié. [...] Les panneaux [...] sont moulés en verre (ou matière plastique), ils sont transparents aux rayons solaires des longueurs d'ondes que l'on se propose d'utiliser. Les panneaux peuvent être de composition différente [...] contenant des oxydes de nickel ou de cobalt, afin que la concentration porte particulièrement sur la partie ultra-violette du spectre. Le malade peut être entouré d'une paroi filtrante constituée de verre [...] et reliée à un dispositif de ventilation ou d'assèchement, la température de l'air pouvant être réglée selon la saison ou l'intensité des rayons solaires reçus. » Ministère du commerce et de l'industrie, direction de la propriété industrielle, brevet n°852.893, délivré le 9 novembre 1939. Archives de l'Institut national de la propriété industrielle, Paris.

endo-cavitaires » pour le traitement des muqueuses[2767]. Après avoir déposé son brevet en 1929, Saidman entreprit la construction, la même année, d'un premier « solarium tournant » à Aix-les-Bains (Savoie) (cat. 73-01A). Le solarium était composé d'une base fixe et d'une longue cabine d'exposition mobile, tournant lentement sur un axe de façon à maintenir face au soleil la dizaine de malades qu'elle pouvait contenir. Ce premier solarium sera suivi d'un deuxième, construit en 1934, en Inde, pour le Maharadjah de Nawinagar, et d'un troisième, construit en 1934-1935, sur le même modèle, dans le parc du sanatorium héliothérapique de Vallauris (Alpes-Maritimes, cat. 06-12B)[2768].

Nous ne savons pas s'il existait, en France, des établissements dédiés exclusivement à l'héliothérapie avant la Première Guerre Mondiale. Nous avons déjà mentionné le premier : le sanatorium des Escaldes (Pyrénées-Orientales), aménagé en 1917 par Raymond Hervé dans un ancien établissement thermal. En 1918, l'Office national des pupilles de l'école publique décida d'édification, à proximité de ce premier établissement, du sanatorium héliothérapique de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales), construit entre 1920 et 1924. Au sud des Alpes, le sanatorium des Courmettes, qualifié de « premier sanatorium d'héliothérapie en altitude de France », ouvrit ses portes en 1918 également. Il avait été aménagé dans un ancien château des comtes de Grasse, sur les plans de l'architecte Auguste Perret, par l'Œuvre du sanatorium d'Héliothérapie "Amiral de Coligny", affiliée au mouvement théosophique. Cet établissement, accueillait toutes les catégories d'enfants atteints de tuberculose, à l'exception des pulmonaires[2769]. Construit à 1.800 mètres d'altitude, le sanatorium héliothérapique de Font-Romeu était le plus élevé de France – et le restera. On y pratiquait les méthodes développées à Leysin par Rollier[2770]. Sa création avait été suggérée par le chirurgien Armand Bernard, qui en esquissa lui-même les plans[2771] avec l'aide de l'architecte Feine, chargé de sa construction. Le sanatorium présentait un dispositif que l'on pourrait qualifier de "faux gradins" dans la mesure où la structure porteuse du bâtiment était strictement verticale (sans doute réalisée en maçonnerie traditionnelle) : les "gradins" étaient en fait constitués par les balcons de largeur décroissante projetés en avant de la façade (ill. 232) selon un dispositif assez similaire à celui employé quelques années plus tard au sanatorium La Moubra, à Montana (Suisse, ill. 83). Ces balcons n'étaient pas non plus en porte-à-faux mais soutenus, au sud, par de fortes piles en maçonnerie. Lors de la surélévation du bâtiment, à la fin des années vingt, l'architecte substituera des colonnes creuses à ces gros piliers de façon à offrir, d'une part « un meilleur ensoleillement, d'autre part l'écoulement des eaux de la dernière terrasse »[2772]. La toiture qui couvrait à l'origine les galeries seront également remplacées par une terrasse à destination des chambres du troisième étage. La dalle de cette terrasse, échancrée au niveau de chaque point porteur, apportait également plus de lumière à la galerie du deuxième étage (ill. 233-235). Mais le sanatorium d'héliothérapie le plus emblématique de France était sans conteste l'Institut héliothérapique de Vallauris (Alpes-Maritime), construit sur l'initiative de Saidman pour le compte de l'Institut d'actinologie par l'architecte Pierre Souzy entre 1932 et 1935 (cat. 06-12A).

4.5.4. Le sanatorium à gradins : récurrence d'un « type » sanatorial.

> *L'insolation directe (héliothérapie)*, rappelait Victor Berger en 1929, *n'est pas un moyen de cure proprement dit, tout au moins dans la tuberculose pulmonaire, mais l'insolation est le plus puissant et plus sûr moyen bactéricide connu. Le bacille de Koch est détruit immanquablement en deux heures, au maximum, par la lumière solaire directe. La lumière diffuse diminue sa vitalité et assure à la longue (en quelques jours) sa*

[2767] Bénézet 2006, p. 73-74.
[2768] *Ibidem.*
[2769] L'établissement était géré par une œuvre affiliée, semble-t-il, au mouvement théosophique. Déclassé comme sanatorium d'héliothérapie, il fut fermé en 1930. Marro 2006, p. 50 ; S.a., « Un premier sanatorium d'altitude pour héliothérapie en France », in *La Presse médicale*, 20 août 1921, p.1203-1204.
[2770] Un rapport du conseil d'administration de 1924 précisait les liens entretenus avec Leysin : « Odeillo étant le premier centre d'héliothérapie en haute altitude créé en France, il était indispensable de s'inspirer des méthodes appliquées à Leysin. Dans ce but, une demande de stage pour les infirmières à été adressé au Dr Rollier », qui refusa, par mesure de réciprocité, la France n'acceptant pas d'infirmières suisses dans ces conditions. « Il a donc été décidé que les infirmières partiraient à tour de rôle, par deux, et s'installeraient à Leysin, ville d'où elles iraient visiter les établissements et en suivre les méthodes. On pourrait en outre en envoyer à Berck et à San Remo [...] où la méthode du Dr Rollier est en usage », p. 191. Archives des Pupilles de l'école publique, Paris.
[2771] Procès verbal du conseil d'administration de l'établissement héliothérapique d'Odeillo, 1923, p. 59. Archives des P.E.P., Paris.
[2772] *Idem*, p. 264.

destruction. Les rayons solaires doivent donc pouvoir pénétrer le plus abondamment possible dans tous les locaux où vivent les tuberculeux, mais leur admission doit pouvoir être réglée pour ne causer aucune gêne aux malades.[2773]

Connu depuis la fin du XIX[e] siècle, le pouvoir bactéricide de la lumière solaire était pris en compte avec le plus grand soin par les médecins et les architectes dans la conception des établissements de cure. En 1897, dans un projet de sanatorium à Kraainem (Belgique, ill. 103), l'architecte Paul Ankar avait proposé un bâtiment dont les galeries de cure du deuxième étage étaient construites en retrait par rapport à celles du premier[2774]. Les bâtiments à gradins n'avaient pas encore été théorisés mais cette disposition s'imposait d'elle-même, à petite échelle sur deux ou trois niveaux, en raison des impératifs d'exposition solaire des malades. Ainsi, en 1900, les transformations réalisées au sanatorium Vincent (ancien sanatorium Parmentier) de Berck (Nord), lui donnèrent, sur deux étages, ce profil à gradins qui allait devenir caractéristique des établissements pour tuberculeux osseux. Selon Gaétanne Genaille, Berck connaissait, depuis 1880 environ, un certain engouement pour les « terrasses » de cure qui agrémentaient un grand nombre de villas privées et d'établissements de tuberculeux[2775]. Mais ce n'est qu'à partir de 1902 que le système de constructions en terrasses superposées fut véritablement codifié, notamment par le médecin allemand David Sarason. Sarason en élabora les premiers principes, ainsi que l'argumentaire théorique, à l'occasion du concours international pour la construction du sanatorium Edouard VII, lancé en Angleterre en 1902[2776]. Lors de l'exposition organisée en octobre 1902 pour la première conférence internationale de la tuberculose, à Berlin, il présenta la maquette d'un hôpital conçu selon le « système à terrasses » (*Terrassen-System*) dont il se disait l'inventeur[2777]. La même année, il déposa un brevet international pour un « nouveau type de construction pour hôpitaux et sanatoriums », enregistré notamment à Paris[2778]. Si son projet pour le concours du sanatorium Edouard VII ne fut pas primé, il suscita un certain intérêt de la part des organisateurs et notamment d'Hermann Weber, membre de l'*Advisory Comitee* du concours. Aucun des trois projets primés à l'issue de ce concours ne fut d'ailleurs retenu pour l'exécution du sanatorium et, au moment de définir les nouvelles bases du projet, les architectes qui se virent finalement confiés sa réalisation, Percy Adams et Charles Holden, optèrent, selon Sarason, pour le « style en terrasses » (*Terrassenstil*) qu'il avait proposé en 1902[2779]. Construit entre 1903 et 1906, à Middlehurst, le sanatorium Edouard VII offre toutefois une expression architecturale moins marquée par le dispositif à gradins que dans les propres propositions de Sarason : le *Terrassenstil* se limite ici à d'étroits ressauts successifs à chaque étage (ill. 97). Le sanatorium de Middlehurst n'en constitue pas moins l'une des premières applications des principes prônés par Sarason. Cette filiation directe semble confirmée par le premier médecin-directeur de l'établissement, N. Bardswell, qui en décrivit précisément le fonctionnement dans un texte publié en 1913 en conclusion de l'ouvrage de Sarason *Das Freilufthaus* (L'immeuble de plein air)[2780]. Selon un aveu de Sarason, en 1902, « les plans étaient encore inaboutis et le système lui-même était limité dans ses applications »[2781]. Tirant vraisemblablement les enseignements pratiques de la construction du sanatorium Edouard VII, il révisa son système en 1906, modifiant l'organisation interne des plans (*die Gestaltung der Grundrisse*), les principes constructifs (*die Statik*), mais surtout l'usage qui pouvait en être fait. Sarason souhaita alors élargir l'emploi du « système à terrasses » conçu pour le concours de 1902 à d'autres programmes hospitaliers ainsi qu'au logement.

Pour ce faire, Sarason partait d'un constat simple : si les hôpitaux pavillonnaires assuraient une bonne ventilation des salles de malades, ils exigeaient des terrains de grandes dimensions, non seulement

[2773] Victor Berger, « Le sanatorium de Plaine-Joux-Mont-Blanc à Passy (Haute-Savoie) », in *L'Architecte*, août 1929, p. 57.
[2774] Loyer 1986, p. 422-423.
[2775] Genaille 2005, p. 69.
[2776] Sarason 1913, p. 9.
[2777] *Idem*, p. 5.
[2778] Brevet n°325.498, « Nouveau type de construction pour hôpitaux et sanatoriums », M. Sarason, 1902. Archives de l'I.N.P.I., Paris.
[2779] Sarason 1913, p. 117.
[2780] N. Bardswell, « Ein Freiluft-Sanatorium im Betriebe », in Sarason 1913, p. 115-122.
[2781] „Die Pläne waren noch sehr unvollkommen durchgearbeitet und das System selbst war in seiner Anwendbarkeit auf eng begrenzte Vorausetzung beschränkt." *Idem*, p. 5.

difficiles à trouver mais surtout trop coûteux pour les administrations hospitalières[2782]. Quand toutes ces conditions pouvaient être réunies, la « décentralisation » des services réalisée dans ces hôpitaux augmentait considérablement les coûts de fonctionnement (Sarason donnait à ce propos l'exemple du nouvel hôpital Virchow à Berlin). Pour réduire les frais de construction et de fonctionnement, Sarason plaidait en la faveur d'une « limitation de cette décentralisation car, expliquait-il, les coûts sont proportionnels [...] à l'étalement des bâtiments. Le type hospitalier à deux niveaux doit donc être remplacé, dans les hôpitaux de tailles moyenne et grande, par des bâtiments de trois voire quatre niveaux »[2783]. Il ne s'agissait toutefois pas de revenir au modèle ancien de l'hôpital dense, mal ventilé et dont les locaux restaient indéfiniment confinés. Le nouveau système de construction suggéré par Sarason conciliait densité et aération au moyen d'une formule simple: « Plus il y a de surface de contact [*direkte Berührungsfläche*] entre un bâtiment et son environnement extérieur, plus sa ventilation sera efficace et complète »[2784]. Le « système à terrasses » était donc un moyen concret d'augmenter la surface de contact superficielle (*Vergrosserung der Oberfläsche*) entre le bâtiment et le milieu environnant.

> *Ce système ne permet pas seulement d'augment la surface de contact du bâtiment avec l'extérieur,* argumentait Sarason, *il résout également un problème qui n'avait jusque là aucune solution satisfaisante : offrir à toutes les pièces d'un bâtiment de trois ou quatre étages un prolongement extérieur en plein air, sans pour autant réduire l'éclairage naturel et la ventilation de l'étage inférieur.*[2785]

Sarason cherchait une solution au problème de la construction hospitalière en générale ; celle qu'il avait mise au point s'appliquait particulièrement bien aux sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires. Outre sa participation au concours pour le sanatorium Edouard VII, en 1902, les plans qu'il présenta lors d'une conférence au XIV^{e} congrès international d'hygiène et de démographie, à Berlin en 1907, présentaient un pavillon hospitalier à terrasses et un sanatorium à terrasse ou un hôtel de cure[2786] (ill. 45). Pour Sarason, les galeries de cures collectives dissociées des chambres de malades étaient problématiques, à plus d'un titre : elles obligeaient les malades à d'incessants va-et-vient dans l'établissement et privaient de cure de plein air ceux qui ne pouvaient quitter leur lit. Mais le plus grave, à ses yeux, était que la cure était ainsi effectuée, à proprement parler, dans des « galeries » (*Hallen*), c'est à dire des espaces mi-clos. Cette configuration était imposée par la nécessité de protéger les malades des intempéries durant la cure ; elle résultait directement de la séparation entre les chambres et les espaces de cure. « Dans ces conditions, ajoutait-il, la cure de plein air, au sens propre du terme, ne peut être réalisée, même lorsqu'une partie de la toiture peut s'ouvrir ou lorsqu'elle est entièrement amovible »[2787]. Sarason déplorait également la surpopulation générale des galeries de cure, trop souvent insuffisantes pour le nombre de malades hospitalisés, ces derniers étant contraints de faire leur cure serrés les uns contre les autres, dans une atmosphère dont les qualités physico-chimiques étaient nécessairement dégradées. La construction des galeries de cure à l'avant des chambres, fréquemment réalisée dans les établissements suisses, n'apportait qu'une réponse partielle à ce problème car ces galeries assombrissaient les pièces situées à l'arrière et limitaient le renouvellement de l'air. Sarason citait à ce propos le professeur Rubner, selon qui, « dans une salle de malades, la lumière doit pouvoir pénétrer le moindre recoin ; la lumière garantit la propreté, et la propreté la santé »[2788]. Offrant un espace en plein air au devant de chaque chambre, le système de Sarason, convenait particulièrement bien aux malades graves, aux opérés, et aux tuberculeux : « ce que l'on essayait d'obtenir, de façon toujours

[2782] Sarason 1907, p. 3.
[2783] „Die Erreichung dieses Zieles kann nur gelingen durch Einschränkung der Dezentralisation, denn die Kosten des Krankenbettes und des Betriebes stehen (...) in direktem Verhältnis zur Ausdehnung der Gebäude. Der Zweigeschossige Bautypus müsste daher, bei mittleren und grossen Krankenhäusern, durch eine dreigeschossige, event. viergeschossige Bauart ersetzt werden." *Idem*, p. 6.
[2784] „Je mehr direkte Berührungsfläsche ein Gebäude mit der Aussenluft besitzt, um so rascher und vollständiger wird eine Durchlüftung erfolgen." *Ibidem*.
[2785] „Nicht nur die Aufgabe, die Berhürungsfläsche eines Hauses mit der Aussenluft zu vergrössern, war gelöst, sondern gleichzeitig auch das viel wichtigere und bisher in keiner Weise realisierbare Problem: aus jedem Zimmer jedes Stockwerkes eines drei- oder viergeschossigen Hauses einen unmittelbaren Austritt unter freien Himmel zu schaffen, ohne hierdurch die darunter befindliche Zimmer un Lichteinfall und Luftzugänglichkeit zu beschränken." *Idem*, p. 6.
[2786] Sarason 1907, p. 6.
[2787] „Infolgedessen kann eine Freilultkur in vollkommenem Sinne durch die Liegehallen nicht ermöglicht werden, selbst wenn einzelne Teile des Daches fensterartig zu öffnen sind, oder das Dach als Ganzes hebbar konstruirt wird." *Idem*, p. 8.
[2788] „Gerade bei krankenräumen ist direktes Sonnenlicht nicht zu entbehren. In einem Kranken saale muss das Licht den letzten Winkel zu erhellen imstande seine, Licht verbürgt Reinlichkeit, und Reinlichkeit Gesundheit." *Idem*, p. 9.

insuffisante et aux dépends de l'hygiène, avec les galeries de cure et les vérandas, pouvait être pleinement réalisé avec le système en terrasse »[2789]. Pour limiter le décalage des étages successifs, Sarason combina un retrait de 1,50 mètres avec un porte-à-faux d'un mètre, de façon à obtenir des galeries de 2,50 mètres de large en avant de chaque chambre. Ce dispositif fut intégré à tous ses plans types, quel qu'en soit le programme (hôpital, sanatorium, hôtel de cure, immeuble de logement). Par ce système, Sarason, conférait implicitement aux hôpitaux généraux les exigences d'exposition et le fonctionnement d'un sanatorium pour tuberculeux pulmonaires : par beau temps, les malades devaient migrer sur les terrasses et les salles ainsi vidées pouvaient être efficacement ventilées et nettoyées. En dédoublant le lieu de séjour des malades, ce dispositif augmentait considérablement la salubrité des pièces dont l'entretien n'était plus limité par leur présence constante. La conférence qu'il fit à Berlin en 1907 fut publiée sous la forme d'un fascicule intitulé : *Ein neues Bauprinzip für krankenanstalten und Wohnhäuser. Terrassen-System* (Un nouveau principe de construction pour hôpitaux et immeubles de logement. Le système à terrasses), qui comportait en annexe quatre plans types conçus selon ce principe : un pavillon de 100 lits, un hôpital général de 100 lits, un sanatorium de 44 lits, pouvant également faire office d'hôtel de cure ou d'immeuble de rapport, et un immeuble de logements ouvriers de cinq étages. Ces projets furent conçus en collaboration avec l'architecte Gustav Bähr et Sarason s'appuya sur l'expertise de l'entreprise berlinoise Lolat-Eisenbeton-Gesellschaft, spécialisée dans la construction en béton armé[2790] : en effet, le report des charges d'un étage sur l'autre, de même que le porte-à-faux des terrasses ne pouvaient être obtenus qu'au moyen d'une structure en béton armé. Sarason remporta avec on projet une médaille d'or au congrès international de la tuberculose de Washington, en 1908, et publia un ouvrage plus complet sur le sujet en 1913, dont le titre, *Das Freilufthaus*[2791], manifeste les nouvelles ambitions de ce dispositif, que Sarason souhaitait voir appliqué à tous les programmes hospitaliers ou d'habitation. Outre les publications de 1907 et 1913, Sarason diffusa ses travaux dans la presse spécialisée allemande, notamment dans la revue technique *Beton und Eisen* et dans la revue hospitalière *Zeitschrift für Krankenansltaten*[2792].

Le système préconisé par Sarason fut rapidement connu en France, notamment par l'intermédiaire du médecin Camille Savoire qui, après son voyage en Allemagne en 1902, fit plusieurs conférences sur l'architecture des sanatoriums allemands, dans lesquelles il mentionnait le système à gradins[2793]. En 1906, dans un ouvrage consacré à l'aménagement des hôpitaux et des sanatoriums, l'ingénieur André Turin présentait le « système à terrasses » de Sarason comme une alternative intéressante au bâtiment unique et au système pavillonnaire[2794]. En France, les architectes Henri Sauvage et Charles Sarazin s'intéressèrent à ce système dès 1909 et, dix ans après Sarason, ils déposèrent en 1912 le brevet d'un « système de construction » à gradins[2795]. Sauvage et Sarazin avaient conçu dès 1909 un projet de « maisons ouvrières » puis, en 1912, l'immeuble du 26, rue Vavin, à Paris, rare réalisation française mettant en œuvre ce système avant la guerre (ill. 391). Les propositions de Sarason, tout comme l'immeuble de la rue Vavin, avaient en commun l'emploi du béton armé dont dépendait la faisabilité, mais aussi la rentabilité économique, du projet. L'un et l'autre combinaient le retrait des étages et le porte-à-faux des terrasses de façon à en

[2789] „Was man in des Hallen und Veranden nur unzugänglich und auf Kosten der Hygienishce Qualität der Krankenräume zu rereichen vermochte, ist durch cas Terrassensystem in einer Vollkommenheit geschaffen worden (...)". *Idem*, p. 10.
[2790] „Technische Mitteilungen der Lolat-Eisenbeton-Gesellschaft in Berlin zum Bau eines Allgemeinen Krankenhauses für 100 Betten (Plan II) nach dem Terrassen-System von Dr. D. Sarason in Lolat-Eisenbeton-Ausführung", Sarason 1907, p. 19-20.
[2791] David Sarason, *Das Freilufthaus. Ein neues Bausystem für krankenanstalten und Wohngebäude*, München, Lehmann's Verl., 1913.
[2792] « Ein neuse Bausystem für Krankenanstalten und Wohnhäuser. Vortrag gehlaten auf dem XIV. Internationalen Hygienekongress zu Berlin 1908 (Referat) von Dr. med. D. Sarason, Berlin », in *Beton und Eisen*, 1908, p. 263-266 (cité par Minnaert 1993, p. 360, note 5) et « Freilufthäuser. Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude », in *Zeitschrift für Krankenanstalten*, 1909, n°12, p. 280 (cité par Châtelet 2008, p. 24, note 47).
[2793] Savoire 1903. Le brevet déposé par Sarason en 1902 à Paris visait peut-être à protéger son invention d'une diffusion incontrôlée.
[2794] Il le décrit comme « un bâtiment dont les étages, en retrait les uns sur les autres, ont comme cure d'air la terrasse couvrant le débordement de l'étage inférieur. Ce procédé, ajoutait-il, donne une très bonne aération mais présente des difficultés quant à l'aménagement et la distribution des étages. » Turin eut peut-être connaissance des travaux de Sarason par l'intermédiaire de Camille Savoire dont il mentionne les conférences de 1902. Turin 1906, p. 19-20.
[2795] Institut national de la propriété industrielle, brevet n°439.292 concernant « un système de construction, plus particulièrement applicable aux maisons élevées, caractérisée parle fait que les étages successifs sont en retrait les uns sur les autres de bas en haute de la façade, dans le but d'une part de créer dans une rue une section transversale présentant un cône d'air et de lumière très ouvert, et de rendre les habitations plus hygiéniques. » Cité par Minnaert 2002, p. 161.

augmenter la largeur et l'habitabilité. D'autres détails, comme l'articulation des façades au moyen d'avant-corps parfaitement verticaux et les jardinières formant garde-corps, autorisent à établir une filiation entre les principes développés par le médecin allemand et ceux mis en œuvre par Sauvage et Sarazin.

Cette réalisation ne doit toutefois pas masquer un fait : outre le sanatorium de Middlehurst, achevé en 1906, le « système à terrasses » de Sarason ne suscita, à notre connaissance, aucune réalisation sanatoriale jusqu'à la Première Guerre Mondiale. Le sanatorium de Nový Smokovec, situé dans les montagnes du Tatra, en Tchécosolvaquie, conçu en 1916 par l'architecte Michal Milan Harminc et réalisé entre 1917 et 1925, est l'un des rares établissements pour tuberculeux conçus selon ce modèle avant 1920 (ill. 107). De dimensions beaucoup plus importantes que les projets de Sarason, ce sanatorium disposait d'auvents fixes (en bois ou en métal) accrochés au garde-corps de chaque terrasse pour protéger les malades situés au-dessous des intempéries et du soleil. Les sanatoriums d'héliothérapie conçus à la fin de la guerre et au début des années vingt (sanatorium d'Oskar Bernhard à Davos, en 1917 ; sanatorium de Font-Romeu dans les Pyrénées, en 1918 ; sanatorium du Lido de Venise, 1923.), s'inspiraient manifestement des principes développés par Sarason avant la guerre.

En France, le projet de cette nature le plus significatif est le sanatorium franco-américain conçu par Tony Garnier, en 1917, à la demande du maire de Lyon, Edouard Herriot[2796]. Le programme comprenait près de 5.000 lits de tuberculeux pulmonaires répartis dans d'immenses sanatoriums de 600 ou 900 lits. Si certains éléments du projet (logements, centre administratif, établissement d'héliothérapie) proviennent directement de la *Cité industrielle* conçue par Garnier entre 1899 et 1904, les sanatoriums à proprement parler furent élaborés en 1917 spécifiquement pour ce projet. Si leur principale caractéristique architecturale est une coupe à gradins, il est difficile de prouver que Garnier s'inspira des propositions de Sarason. Nous n'émettrons ici que des hypothèses : Garnier avait en effet une bonne connaissance de l'architecture hospitalière allemande du début du siècle puisqu'il s'était rendu en Allemagne et au Danemark en 1909, avec Herriot et le professeur de médecine Jules Courmont, à l'occasion d'un voyage d'étude préparatoire à la construction du nouvel hôpital de Grange Blanche de Lyon, dont Garnier avait été chargé. Suite à ce voyage, un rapport fut publié sur les dispositifs architecturaux rencontrés dans les principaux hôpitaux et sanatoriums allemands et danois visités[2797]. Soit que les médecins rencontrés en Allemagne lui aient indiqué l'ouvrage de Sarason (*Ein neues Bauprinzip für krankenanstalten und Wohnhäuser - Terrassen-System*, publié en 1907), soit qu'il ait eu connaissance du sanatorium Edouard VII[2798] (inauguré en 1906), il est fort probable que Garnier connaissait, dès avant la guerre, des principes du « système en terrasse » défini par Sarason, également diffusé, nous l'avons dit, en France directement. L'installation d'un auvent de protection au-dessus des galeries de cure constituait toutefois une amélioration notable de ce modèle. La critique de Sarason sur les galeries de cure traditionnelles (relative à leur couverture, contrevenant aux principes mêmes de la cure en plein air) n'avait pas été suivie par ses confrères allemands. Imprégné des idées véhiculées par le courant hygiéniste, prônant l'exposition totale du corps à l'air et à la lumière, Sarason sous-estimait les réticences des phtisiologues à exposer leurs malades tuberculeux en plein soleil, sans protection, ne serait-ce que les parties supérieures du corps : thorax et tête. Les « terrasses » de cure prévues dans les plans types de Sarason étaient d'ailleurs parfaitement adaptées à l'héliothérapie (comme le prouvent les quelques réalisations que nous avons mentionnées), mais elles ne pouvaient convenir à la cure d'air définie par la méthode Brehmer-Dettweiler.

Le sanatorium conçu par Garnier en 1917 est composé de plusieurs bâtiments d'hospitalisation comprenant quatre ou six sections connectées entre elles de 150 lits chacune (ill. 338). Ces sections comptent trois étages en retrait les uns par rapport aux autres. Puisque la façade arrière des bâtiments reste verticale et que le couloir conserve une largeur identique à chaque niveau, la différence d'épaisseur des

[2796] Voir : Grandvoinnet 2008.

[2797] Edouard Herriot, *Rapport présenté au nom de la Commission lyonnaise chargée d'étudier plusieurs hôpitaux modernes de l'Allemagne et du Danemark, Plans de M. Tony Garnier*, Lyon, Imprimerie nouvelle lyonnaise, s.d. [*ca.* 1910].

[2798] Cette dernière hypothèse est fort probable si l'on considère que Herriot s'assura, pour « la création d'une station-sanatorium modèle » à Lyon, du soutien du Service de santé britannique, représenté par M. John Henry, qui disposait à Lyon d'un important hôpital provisoire. Lettre du 28 juillet 1917 de Herriot à John Henry. A.M. de Lyon, 985 W 071.

étages produite par les retraits successifs est compensée par une profondeur décroissante des chambres : elles comptent huit lits au rez-de-chaussée, six au premier étage et quatre au second. Les galeries de cure ont une largeur de 2,50 mètres à chaque étage. La particularité de la proposition de Garnier tient, nous l'avons dit, à l'auvent en ciment armé qui couvre les terrasses de cure à mi-hauteur d'étage. Ces auvents en béton armé, posés en porte-à-faux sur des consoles, protègent les malades des intempéries tandis que les fenêtres hautes placées au-dessus éclairent directement les chambres. La contrepartie à cette disposition est une importante hauteur sous plafond (5,20 mètres à chaque étage), nécessaire pour garantir une hauteur sous auvent de 2,50 mètres et des fenêtres supérieures de grandes dimensions. Si ce projet ne fut par réalisé, il fixait un dispositif répondant exactement, en coupe, aux exigences médicales en matière de cure de la tuberculose pulmonaire. Il fut publié pour la première fois en 1920 dans *Les grands travaux de la ville de Lyon*[2799]. En 1923, Garnier en proposera une version, limitée à 400 lits, pour le projet de sanatorium d'altitude de l'Union hospitalière du Sud-Est, à Saint-Hilaire-du-Touvet[2800] (Isère, cat. 38-05A), suivi, dans un second temps, d'une variante sans gradins (plan 38-05B).

Nous pouvons mentionner dans la même lignée le projet d'extension de l'ancienne station sanitaire des Roches, à Chamalières (Puy-de-Dôme), conçu en 1918 par le médecin-directeur de l'établissement, Chaussat, et l'architecte départemental du Puy-de-Dôme. Le programme prévoyait la construction de deux pavillons de cure « à chambres distinctes » de 50 lits chacun (voir p. 464)[2801]. Chaque pavillon comprenait un étage sur rez-de-chaussée ; les cinq travées centrale comptaient un étage de plus et formaient une sorte de pavillon axial (plan 63-02). Le projet fut plusieurs fois remanié au cours de l'année 1918 pour tenter d'en réduire les coûts et d'en augmenter la capacité : les chambres individuelles furent alors remplacées par des chambres à deux lits, les espaces collectifs du rez-de-chaussée (bibliothèque et vestibule) furent aménagés en dortoirs de six lits afin de loger au total 86 malades. Mais la caractéristique principale de ce projet, outre la proportion importante de chambres individuelles, est le décalage du premier étage par rapport au rez-de-chaussée. Au rez-de-chaussée, le bâtiment présentait une double épaisseur (les pièces exposées au Nord abritant le service médical et divers équipements) ; l'étage supérieur, moins profond, était constitué de chambres exposées au Sud, distribuées par un couloir au Nord. Les galeries étaient protégées par des auvents qui semblent portés par des colonnes en fonte. Faute de crédits et du fait de conditions climatiques jugées inadéquates, ce projet fut abandonné en 1920.

Un système proche de celui conçu par Garnier en 1917 fut envisagé, en 1922, par l'architecte des hospices de Besançon, Alphonse Burcey, pour l'hôpital-sanatorium des Tilleroyes (Doubs, ill. 190). Cet avant projet comprenait deux pavillons d'un seul niveau, disposant de 25 lits chacun, répartis dans des chambres de trois lits ou des dortoirs de six lits. Une galerie de cure était adossée à la façade sud, contre les chambres. Pour donner plus de lumière aux chambres, profondes de huit mètres, l'architecte avait prévu des fenêtres hautes éclairant les chambres par-dessus la galerie comme dans le projet de Garnier. Ce dispositif ne survivra toutefois pas à la modification du programme dont la capacité fut doublée en 1925, obligeant l'architecte à ajouter un étage à chaque pavillon. Plutôt que décaler le premier étage par rapport au rez-de-chaussée pour maintenir les fenêtres hautes, selon le modèle de Garnier, Burcey sacrifiera l'éclairage des chambres du rez-de-chaussée, adoptant un dispositif plus courant de « type Leysin », mais maintiendra, à l'étage, l'éclairage supérieur des chambres (ill. 191).

Le système « à terrasses » de Sarason eut donc un développement limité dans le domaine qui l'avait pourtant suscité en 1902 : les hôpitaux et les sanatoriums. En France, le système à gradins ne suscita un réel intérêt de la part des médecins et des architectes qu'au début des années trente. L'impulsion, une nouvelle fois, vient d'Allemagne où les idées de Sarason avaient été remises à l'honneur dès les années

[2799] Tony Garnier, *Les grands Travaux de la ville de Lyon : études, projets et travaux exécutés hôpitaux, écoles, postes, abattoirs, habitations en commun, stade, etc*., Lyon, Ch. Massin, s.d. [1920].
[2800] Dans le projet de Saint-Hilaire, « les terrasses [sont] en recul successif, c'est à dire que les deuxième est en retrait du premier, le troisième du deuxième, ceci de manière à ce que les galeries d'insolation en face de chaque chambre ne fassent pas d'ombre dans les chambres [du dessous] ». Lettre du 17 avril 1923 de Tony Garnier au président de l'U.H.S.E. Archives municipales de Lyon, 1764W2.
[2801] Extrait du procès verbal des délibérations du conseil général, session ordinaire du 29 août 1918, création dans la propriété des Roches d'un pavillon destiné à réaliser, après-guerre, avec les bâtiments actuels de la station sanitaire, le sanatorium public antituberculeux du Puy-de-Dôme. A.D. du Puy-de-Dôme, N 669.

vingt. C'est à un jeune architecte de Stuttgart, Richard Döcker* (1894-1968), que l'on doit cet essor. Esquissant, en 1925-1926, un projet d'extension hospitalière, Döcker s'intéressa à la disposition des terrasses de cure afin de pouvoir y déplacer directement les lits depuis les chambres. Cette idée prit forme à l'occasion du concours pour l'hôpital de Waiblingen, qu'il remporta avec un projet offrant des étages décalés en plan afin de pratiquer les cures de lumière, d'air et de soleil (*Licht-, Luft- und Sonnebehandlung*) qui, dans les hôpitaux généraux également, constituaient des adjuvants non négligeables au processus de guérison des malades[2802]. Comme dans les sanatoriums, toutes les chambres de l'hôpital de Waiblingen étaient situées en façade sud du bâtiment. Ce projet tenait effectivement compte du pouvoir bactéricide du rayonnement solaire : pour favoriser la pénétration du soleil au plus profond des pièces, l'étage supérieur était placé en retrait du rez-de-chaussée, permettant d'installer une rangée continue de fenêtres hautes entre l'auvent et la terrasse supérieure, selon le dispositif adopté par Garnier (ill. 57). La coupe de l'hôpital de Waiblingen, avec ses auvents en porte-à-faux au-dessus des galeries et l'absence de débord des galeries les unes sur les autres, est effectivement plus proche de Garnier que de Sarason (ill. 58). Contrairement à Garnier, toutefois, Döcker donna à chaque étage une largeur identique, la partie nord de l'étage supérieur étant appuyée sur des poteaux de béton armé situés hors œuvre. Contrairement aux recommandations techniques de Sarason et à la tradition constructive française, l'hôpital de Waiblingen ne fut pas construit en béton armé mais avec une ossature entièrement métallique (ill. 56). Les architectes français, malgré les incitations du ministère du travail et de l'hygiène, en 1929, à utiliser les prestations en natures allemandes, suivirent rarement cet exemple. La faute en revient sans doute aux autorités sanitaires françaises dont le modèle qu'elles s'efforcèrent de promouvoir – celui de Bligny – était plutôt représentatif des constructions en maçonnerie traditionnelle du début du siècle que des audaces de l'architecture métallique des années vingt et trente. La commission française des plans types aurait peut-être suscité un plus large usage des matériaux allemands si elle avait annexé, à ses recommandations techniques, des plans du type de Waiblingen, dont les photographies du chantier attestent de l'utilisation extensive du métal. Dans l'article qu'elle consacra à Waiblingen en 1932, la revue *L'Architecte* tira de cette réalisation des recommandations de portée générale :

> *Il est universellement admis aujourd'hui que les chambres de malades d'un hôpital doivent être aérées et ensoleillées au maximum ; cette exigence absolue commande non seulement leur emplacement dans le plan général, mais aussi leur agencement particulier. Il va de soi, par exemple, que les fenêtres s'ouvriront nécessairement du sol au plafond ; en outre, les chambres donneront de plain-pied sur une terrasse abritée par un auvent, de telle sorte que la coupe présentera les étages comme une série de cubes en retrait ouverts au midi. Le reste du bâtiment dépend de ces données essentielles et, par conséquent, la forme générale de l'immeuble.*[2803]

Dans la droite lignée du *Terrassensystem* de Sarason, Döcker publia en 1929 un ouvrage intitulé *Terrassentyp* (Type à terrasse), qui devait lui assurer une importante renommée en Allemagne et à l'étranger. Döcker connaissait les projets à gradins de Sarason et de Garnier : il les mentionne tous deux et en reproduit dans cet ouvrage les coupes types aux côtés de celles de ses propres projets (ill. 58). L'hôpital de Waiblingen ne comprenait que deux étages sur sous-sol et, pour renforcer la crédibilité du « type » qu'il proposait, Döcker ajouta les coupes types de bâtiments comprenant trois et quatre niveaux de « terrasses » superposées. Si l'essentiel de l'ouvrage est consacré au *Krankenhaus-Typ* (le type hospitalier), abondamment illustré par l'hôpital de Waiblingen, Döcker ne réduit pas le « type à terrasse » à cette seule catégorie de projets. Le sous-titre de l'ouvrage : « Krankenhaus, Erholungsheim, Hotel, Bürohaus, Einfamilienhaus, Siedlungshaus, Mietshaus und die Stadt » (hôpital, maison de convalescence, hôtel, bureaux, maison individuelle, logements collectifs, immeubles de rapport et la ville tout entière) révèle à lui seul l'ampleur de ses ambitions. Döcker, qui ne fut jamais spécialisé dans la construction hospitalière, consacra d'ailleurs l'essentiel de son activité d'architecte au logement, notamment populaire ; selon l'historienne Friedericke Mehlau-Wiebking, sa véritable « spécialité » était la construction en « *terrassierte*

[2802] Mehlau-Wiebking 1998, p. 121-122.
[2803] S.a., « Hôpital régional à Waiblingen (Allemagne, 1926) », *L'Architecte,* février 1932, p.16.

Baukörper »[2804] (bâtiments en terrasses), appliquée aux différents domaines de la construction et de l'urbanisme. C'est naturellement en Allemagne que le système à gradins eut la plus large diffusion, comme l'attestent les projets de *Tuberkulose-Kankenhaus* à Schwelm[2805] (1928), la clinique pédiatrique de la Croix-Rouge à Berlin-Lichterfelde[2806] (1928, ill. 51), le sanatorium de Marburg-an-der-Lahn[2807] (Werner Hebebrand et Willi Kleiertz architectes, 1930-193, ill. 47-50) ou le sanatorium de Haardheim (Mentzendorf et Schneider architectes, 1930, ill. 52) [2808].

S'il ne fut pas traduit en français, *Terrassentyp* reçut de ce côté du Rhin un accueil enthousiaste, accentué par la publication, dans plusieurs revues[2809], de l'hôpital de Waiblingen, parfois assimilé – à tors – à un sanatorium[2810]. L'influence du *Terrassentyp* en France, peut être mesuré à l'aune des projets de sanatoriums adoptant le « système à gradins » après 1929. Nous n'avons trouvé, avant cette date, aucun sanatorium édifié selon ce modèle (excepté, peut-être, le sanatorium héliothérapique de Font-Romeu qui présentait, nous l'avons dit, un profil en "faux-gradins" fait de porte-à-faux de largeur décroissante) et quelques rares projets, non réalisés, de sanatorium pour malades pulmonaires (ceux de Garnier en 1917 et 1923, celui des Roches en 1920). Entre 1929 et 1936, les projets mais aussi les réalisations de ce genre se multiplièrent en France, parmi lesquels nous citerons, par ordre chronologique : l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1929-1932) ; les sanatoriums départementaux de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1929-1933) ; le sanatorium Guébriant, au Plateau d'Assy (Haute-Savoie, 1929-1933) ; le sanatorium départemental d'Aincourt (Val-d'Oise, 1930-1933) ; l'extension du sanatorium départemental Xavier Arnozan, à Pessac (Gironde, 1931-1934) ; l'hôpital-sanatorium Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1932-1935) ; l'hôpital Pasteur et le pavillon des tuberculeux de Colmar (Haut-Rhin, 1931-1936). Nous pourrions encore ajouter les projets non réalisés de Compiègne (Oise, 1930, P. Tournon et H. Chapon architectes)[2811], de Versailles (Yvelines, 1930, Bailly & Saacke architectes), de Boudré (Maine-et-Loire, 1931, Crevel et Decaux architectes) et de Riesenwald (Haut-Rhin, 1932, Dieterle & Rubinstein architectes). Réalisés ou non, tous ces projets furent conçus entre 1929 et 1932. A partir de 1930, les projets présentant à gradins étaient presque systématiquement affiliés par les commentateurs au « type en terrasse » de Döcker ; ce fut notamment le cas des sanatoriums de Bodiffé[2812], du projet de Pingusson pour Aincourt[2813] et de l'hôpital-sanatorium de Niort, dont les pavillons apportaient, selon *L'Architecture d'aujourd'hui*, « au système en terrasses, suivi depuis Garnier et plus particulièrement, depuis la construction de l'hôpital de Waiblingen par R. Döcker, [...] une variation vivante »[2814]. L'intérêt suscité en 1929 par *Terrassentyp* fut renouvelé en 1930 par un projet de l'architecte Marcel Breuer (1902-1981) pour un hôpital de 1.100 lits comprenant une dizaine de niveaux superposés en gradins, avec d'impressionnants "contre-gradins" en façade arrière (ill. 53). Ce projet, qui poussait à l'extrême les principes développés par Döcker, fit sensation lors de sa présentation, en 1930, dans la section allemande du Salon de la société des artistes décorateurs à Paris et fut publié, la même année, dans les revues *L'Architecture* et *L'Architecture vivante*[2815]. Dans le chapitre qu'il consacrait aux « solutions exceptionnelles » propres à l'architecture sanatoriale, Rideau présentait ce projet

[2804] Mehlau-Wiebking 1998, p. 37.
[2805] W. Piesbergen, H. Lützenkirchen, « Das Tuberkulose-Kankenhaus des Kreises Schwelm », in *Zeitschrift für das gesamten Krankenhauswesen*, 3 décembre 1929, p. 715-718.
[2806] Felix Grüneisen, « Die Kinderklinike des Rittberghauses vom Roten Kreuz in Berlin-Lichterfelde», in *Zeitschrift für das gesamten Krankenhauswesen*, 12 mars 1929, p. 147-149.
[2807] Werner Hebebrand, Willi Kleiertz, « Neubau des Tuberkulosekrankenhauses der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau in Marburg a. d. Lahn », in *Zeitschrift für das gesamten Krankenhauswesen*, 29 avril 1930, p. 241-245.
[2808] Dally 1931, p. 25
[2809] Le projet de Döcker fut notamment publié dans l'ouvrage de Gabriel Guévrékian, *Hôtels et sanatoria*, Paris, Ed. de Bonadona, s.d. [1929], pl. 17-19, et dans la revue *L'Architecte* (S.a., « Hôpital régional à Waiblingen (Allemagne, 1926) », février 1932, p.16).
[2810] Notamment dans *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1932, n°3, p. 37.
[2811] S.a., « Sanatorium à Compiègne. P. Tournon et H. Chapon architectes », in *Encyclopédie de l'architecture*, tome 1 (Hôpitaux, sanatoria, n°1), planche 75.
[2812] Selon *L'Architecture d'aujourd'hui* : cette réalisation « suit étroitement les principes du "type en terrasse" de Richard Doecker ». S.a., « Les sanatoriums de Bodiffé en Plemet », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 75.
[2813] Une note de la rédaction de *L'Architecture d'aujourd'hui* précisait, dans l'article de Pingusson : « Le système adopté par M. Pingusson est particulièrement intéressant. Il est maintenant classique et, à titre d'exemple, nous mettons en parallèle la coupe d'un sanatorium réalisé par le professeur Döcker ». Pingusson 1932, p. 37.
[2814] S.a., « L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9.
[2815] Le projet de Marcel Breuer fut notamment publié dans l'ouvrage de Gabriel Guévrékian, *Hôtels et sanatoria*, Paris, Ed. de Bonadona, s.d. [1929], pl. 11 ; dans les revues *L'architecture* (S.a., « Le Salon des Décorateurs », 1930, vol XLII, n°7, p. 229-230) et *L'Architecture vivante* (automne-hiver 1930, référence mentionnée par Martin Rideau 1932, p. 70).

comme « le plus représentatif de ces conceptions, qui resteront toujours sur le papier »[2816]. Comme la proposition de Breuer, mais dans un registre strictement sanatorial, le projet de l'architecte italien Nicola Visontai, publié en 1934 dans *L'Architecture d'Aujourd'hui*[2817], repoussait également les limites du système à gradins : conçu pour les Alpes italiennes, le projet se composait d'un bâtiment adossé à un flanc de montagne très abrupte et dont chacun des 32 étages accueillait, alternativement, des galeries de cure et des chambres des malades (ill. 102) . Haut d'une centaine de mètres, ce bâtiment devait abriter 1.250 malades dans deux ailes symétriques, une pour chaque sexe. Bénéficiant d'une situation topographique exceptionnelle, le bâtiment était réduit à une façade sud peu épaisse, dont les niveaux, placés en retraits les uns des autres, s'ouvraient largement aux bienfaits de l'air et du soleil.

Qualifié de « classique » dès 1932 dans l'*Architecture d'aujourd'hui*, le système à gradins devint incontournable en matière de sanatoriums, comme l'attestent quelques concours d'établissements départementaux. En 1930, le concours pour le sanatorium départemental de Seine-et-Oise, à Aincourt, fut remporté par les architectes Crevel et Decaux avec un projet à gradins, très similaire d'ailleurs, à celui présenté pour le même concours par Pingusson (plans 95-04E). En 1932, le projet lauréat du concours pour la reconstruction de l'hôpital Bodélio de Lorient, conçu par Maurice Puteaux, comprenait un hôpital-sanatorium dont le retrait de chaque étage, en gradins, était fortement exprimé[2818]. Pour le sanatorium de Bodiffé, le comité médical en charge du projet avait imposé la disposition des galeries de cure en avant des chambres, incitant les architectes Tournon & Feine à adopter une disposition en gradins afin de maintenir « l'ensoleillement direct de celles-ci »[2819]. Pour les sanatoriums départementaux de Boudré (Maine-et-Loire, 1931) et de Savenay (Loire-Atlantique, 1931), le « programme technique de construction » recommandait de « grouper les chambres selon un rez-de-chaussée et un étage, le premier étant en retrait sur le rez-de-chaussée, ainsi que cela se pratique dans les constructions actuelles »[2820]. Etonnamment, ces derniers programmes demandaient que « l'espace libre résultant de ce retrait ne soit pas accessible des chambres du premier étage » : l'espace résultant du retrait du premier étage ne devait donc pas servir de galeries de cure, placées latéralement dans le prolongement des ailes d'hospitalisation. Seules les chambres d'isolés devaient avoir un accès direct à cette terrasse. Le programme ne donnait pas plus d'explications sur ce point et semblait reproduire formellement, sans réellement en comprendre les avantages pratiques et hygiéniques, un dispositif en usage dans les « constructions actuelles »[2821]. Les programme de Boudré et de Savenay sont la parfaite illustration d'un conflit typologique entre un modèle « officiel », validé par la pratique et recommandé par les autorités sanitaires (les galeries de cure d'extrémités) et ce que nous pourrions définir comme une "mode" architecturale, initiée par quelques projets et soutenue par une forte médiatisation (le système à gradins). Ces deux systèmes étant incompatibles, le programme de Boudré et Savenay produit un dispositif pour ainsi dire "bâtard", croisement improbable de deux branches distinctes, naturellement sans descendance. Ces deux projets, du reste, ne furent pas réalisés, ce qui, outre les difficultés administratives et financières qu'ils rencontrèrent, s'explique peut-être pas la faiblesse initiale du programme et des propositions. Pour le concours de Boudré, l'architecte départemental du Morbihan, Bardet, proposa un système à gradins semble-t-il plus affirmé que celui du projet lauréat de Crevel et Decaux. Il le justifiait en ces termes :

> *Afin de pouvoir éclairer et aérer directement les chambres dont la hauteur est de quatre mètres, le plafond de la galerie de cure est à 2,50 mètres de hauteur ; cette disposition permet de ménager au-dessus des plafonds des cures une fenêtre qui prend jour directement sur toute la largeur des façades et sur une hauteur d'un mètre. [...] Il nous a paru logique, en raison de l'insuffisance du terrain fixé pour la composition, de situer les galeries de cure devant les chambres. [...] Ces galeries ne pouvaient se placer dans le prolongement longitudinal des pavillons des malades, sous peine de sortir du terrain imposé ; elles ne pouvaient être*

[2816] Rideau 1932, p. 70. Selon lui, ce projet est l'œuvre conjointe de Marcel Breuer et Gustav Hassenpflug.
[2817] Posener 1934/3, p. 78.
[2818] Hourlier 1932.
[2819] S.a., « Les sanatoriums de Bodiffé en Plemet », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 75.
[2820] Programme technique de construction d'un sana. de 200 lits, bâtiments hospitaliers, s.d. [*ca.* 1931], A.D. de la Loire-Atl., 1 X 584.
[2821] *Ibidem.*

prévues devant les pavillons des malades, même à une certaine distance car elles auraient totalement masqué la vue des chambres.[2822]

Le projet de Bardet fut éliminé car le programme du concours excluait formellement de disposer les galeries de cure en avant des chambres, comme le permettait logiquement le système à gradins. La même année, Bardet se vit toutefois confier la conception de l'hôpital-sanatorium de Savenay (Loire-Atlantique), dont le programme n'était que la réplique de celui de Boudré. Poursuivant la démarche entamée à Boudré, Bardet visita notamment, pour se documenter, le chantier du sanatorium à gradins de Bodiffé-en-Plemet (Côtes-du-Nord, ill. 178-181)[2823].

La disposition des étages en gradins peut s'apparenter à une astuce architecturale permettant de palier l'obscurcissement des chambres lorsqu'elles étaient précédées de galeries de cure, individuelles ou collectives. Rideau accusait toutefois cette disposition « de nuire à l'aération et à l'insolation de la chambre [...], de rendre cette chambre triste, de lui donner une apparence obscure et une vision extérieure médiocre »[2824]. Les premières réalisations convaincantes apparurent, en France, au début des années trente. A cet égard, le sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, 1933) apparaît comme l'aboutissement de principes esquissés quelques années auparavant, notamment dans les projets des architectes Abraham et Le Même. Dans le projet du sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1928-1929), conçu par ces architectes, les extrémités est et ouest du bâtiment étaient réduites de la largeur d'une chambre d'étage en chaque étage (ill. 356). Cette réduction de la façade sud du sanatorium permettait de placer de « vastes terrasses communes, pour les accompagnants et les malades chirurgicaux non logés au midi »[2825]. Ces gradins n'avaient par pour but de favoriser l'ensoleillement et la ventilation des chambres mais, outre leur dimension utilitaire, d'affiner la silhouette du bâtiment, qui prenait ainsi des allures de paquebot, voire de montagne ou de ziggourat, sur le modèle, peut-être, des projets pour l'hôtel Babylone d'Adolf Loos (1923), ou ceux pour le *Giant Hotel* ou l'immeuble *Métropolis* (1927-1928), à Paris, conçus peu avant Plaine-Joux par Henri Sauvage[2826]. Au sanatorium du Roc-des-Fiz (1929-1932), Abraham et Le Même adoptèrent, pour les pavillons latéraux, le système des fenêtres hautes placées au-dessus des auvents de protection des cures (ill. 366). Dans le bâtiment central, les chambres des malades placées au-dessus du réfectoire disposaient d'un profil en terrasses successives (ill. 368). Ce système, utilisé ponctuellement à Plaine-Joux et au Roc-des-Fiz, fut systématisé dans le sanatorium Guébriant qui présentait une succession de retraits, méthodiquement agencés du rez-de-chaussée jusqu'au cinquième étage. Il s'agissait pour les architectes de transposer dans de ce nouvel établissement « le principe utilisé dans les pavillons du Roc-des-Fiz », composé d'une « large imposte » située au-dessus des auvents de cure afin d'assurer « une ventilation et surtout un ensoleillement parfaits »[2827]. « La difficulté résultant de cette disposition était de trouver l'utilisation rationnelle et économique de chaque étage, malgré leur largeur décroissante »[2828]. Pour utiliser la grande épaisseur du bâtiment dans les premiers niveaux, les architectes y placèrent, jusqu'au deuxième étage des locaux de service à usage du personnel, desservis par un couloir distinct, doublant celui des malades. Au troisième étage, la largeur du bâtiment est réduite à un couloir et à une série de chambres au sud, tandis qu'au quatrième étage, les chambres sont « encore semblables à celles du reste du bâtiment mais elles n'ont pas de galerie de cure ; elles sont destinées aux malades convalescentes qui iront faire leur cure sous un auvent spécialement réservé à cet usage » et situé au cinquième et dernier étage.

L'hôpital Louis Pasteur de Colmar (Haut-Rhin) est une autre réalisation emblématique de ce système, bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler d'un sanatorium. L'architecte William Vetter* (1902-1986) avait initialement conçu un plan pavillonnaire, dont l'exécution fut jugée trop onéreuse par l'administration hospitalière. En janvier 1931, après avoir rencontré le professeur Louis Martin qui

[2822] Nous n'avons pas retrouvé les plans de ce projet. Boudré, projet de concours éliminé de J. Bardet. A.D. de Maine-et-Loire, 48 α 20.
[2823] Hôpital hospice de Savenay, Extrait du registre des délibérations de la commission administrative, séance du 10 septembre 1932, A.D. de la Loire-Atlantique, 1 X 584.
[2824] Rideau 1932, p. 85.
[2825] Berger 1929, p. 63-64.
[2826] Concernant ces projets, voir : Minnaert 2002, p. 206-211.
[2827] S.a., « Village-sanatorium Guébriant », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, avril 1933, n°3, p. 3.
[2828] *Ibidem.*

influença peut-être ses choix, il proposa un projet modifié avec « terrasse-balcon devant chaque salle »[2829] qui avait l'avantage de regrouper tous les services dans un même bâtiment pour un prix inférieur au précédent projet pavillonnaire (ill. 326). Le projet répondait au désir, formulé par les médecins, « que chaque chambre ait devant elle une galerie de cure sur laquelle les malades puissent être transportés à l'air et au soleil, au besoin sur leur lit même, qui devait facilement pouvoir être transporté sur cette galerie »[2830]. La thèse de Sarason, qui estimait en 1906 que le système à gradins constituait une alternative économique et hygiénique à l'hôpital pavillonnaire, prenait ici tout son sens. L'hôpital de Colmar est le plus grand établissement à gradins construit en France. Cette disposition était tellement associée aux établissements de tuberculeux que l'hôpital fut parfois assimilé, comme l'hôpital de Waiblingen quelques années plus tôt, à un sanatorium[2831]. Le bâtiment est précédé d'un pavillon de tuberculeux de deux étages sur rez-de-chaussée également disposés en gradins. Pour le critique d'architecture Julius Posener, le système à gradins permettait de « sortir du système à pavillons, impraticable pour un grand organisme hospitalier, mais en garder les avantages : tel était le programme des recherches qui ont abouti au bâtiment en longueur, d'une longueur modérée (six étages), et dont les étages forment des gradins (voir le livre *Terrassentyp* de Richard Doecker). La terrasse fleurie devant toutes les chambres remplace le gazon »[2832]. Cette formule fut réalisée pour la première fois dans un grand hôpital à Colmar et, ajoutait Posener, « désormais, on opposera au plan en hauteur, non pas le système en pavillons, mais le type en longueur »[2833].

En évoquant la naissance du « type en longueur », Posener mettait le doigt sur l'une des principales difficultés posées aux architectes par le système à gradins : celle d'intégrer les espaces autres que les chambres dans une trame constructive conçue dans la seule otique d'apporter air et lumière aux chambres de malades. L'insertion des espaces collectifs dans le système articulé de la façade à gradins provoquait une perturbation de ce « type en longueur », dédié tout entier aux chambres et à la cure d'air. Au sanatorium Guébriant, la salle à manger des malades était intégrée au rez-de-chaussée du bâtiment et devait se plier à l'échelle des chambres (hauteur, profondeur, éclairage). Le choix le plus rationnel et le plus conforme à la logique de ce système était sans doute celui adopté par Crevel et Decaux au sanatorium d'Aincourt, consistant à extraire du bâtiment d'hospitalisation ces éléments de programme (salle à manger et cuisine, d'un côté ; service médical, de l'autre) pour les disposer dans des pavillons distincts, annexés au bâtiment à gradins. Une vue aérienne de ces pavillons rend compte de l'efficacité de cette disposition (ill. 444). Le pavillon construit par Expert au sanatorium Xavier Arnozan, à Pessac (Gironde, 1931), offre sans doute le seul exemple de construction à gradins, spécifiquement adaptée aux chambres individuelles. L'aile des dortoirs présente dans ce projet une disposition classique, « en longueur », formée de trois niveaux de chambres communes placés en retrait les uns par rapport aux autres (ill. 224 haut). Dans l'aile ouest, les chambres individuelles conservent la même orientation que les dortoirs mais, aux retraits successifs des étages, s'ajoutent les redents formés, en plan, par chaque chambre vis-à-vis de ses voisines (ill. 223, plan 33-06). Cette proposition, qui combine les gradins et le plan à redent, fait peut-être référence au projet de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1929). Elle est également proche de celle formulée, en 1932, par un élève de l'Ecole nationale des arts décoratifs, Beugnet, publiée dans *L'Architecture d'aujourd'hui*[2834] (ill. 115-116).

Pour des raisons médicales, nous l'avons vu, les sanatoriums à gradins pratiquant l'héliothérapie se distinguaient nettement de ceux réservés aux tuberculeux pulmonaires : dans les établissements d'héliothérapie, en effet, les terrasses étaient entièrement découvertes, tandis que dans les établissements pour pulmonaires, les malades étaient protégés sous des auvents de façon à maintenir la cure dans l'ombre, tout en laissant largement pénétrer la lumière dans les chambres situées à l'arrière[2835]. Initiée par Garnier en 1917, reproduite par Döcker à l'hôpital de Waiblingen en 1926 et dans les schémas publiés dans *Terrassentyp* en 1929, cette disposition à auvents fut scrupuleusement respectée dans la totalité des

[2829] S.a., *Mémoire hospitalière. L'hôpital Louis Pasteur, 60 ans déjà*, Société d'hôpital des hôpitaux civils de Colmar, 1997, p. 88.
[2830] Vetter 1939.
[2831] Notamment dans un numéro spécial de la revue espagnole : *Revista national de Arquitectura*, n°126, juin 1952, p. 36.
[2832] Posener 1934, p. 9.
[2833] *Ibidem.*
[2834] S.a., « Ecole nationale des Arts Décoratifs. Projets de sanatoriums », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1932, n°3.
[2835] Carbonara 1954, p. 600.

sanatoriums à gradins pour tuberculeux pulmonaires réalisés au début des années trente en France. Le projet de sanatorium pour tuberculeux osseux de l'architecte Recorbet (1930, ill. 119) et le sanatorium de Vallauris (Alpes-Maritimes, 1936, cat. 06-12A) présentaient, au contraire, toutes les caractéristiques des établissements d'héliothérapie avec des galeries entièrement découvertes. Les établissements dont les galeries de cure n'étaient en fait constituées que de terrasses découvertes pouvaient toutefois être équipés de protection amovibles, comme les stores à projection du sanatorium de Marburg-an-der-Lahn en Allemagne[2836] (ill. 50) ou ceux du sanatorium hélio-marin de Haut-Lévêque, à Pessac (Gironde, 1930, ill. 220) : si le soleil était une composante active du traitement donné aux malades osseux, ils devaient également s'en protéger aux heures les plus chaudes de la journée. Le soleil, nous l'avons dit, jouait un rôle paradoxal dans les établissements pour tuberculeux pulmonaires : contrairement aux malades extra-pulmonaires, les poitrinaires étaient en effet contagieux et l'un des moyens les plus sûrs de détruire le bacille de Koch consistait, outre les systèmes de désinfection dont nous avons parlé, à les exposer au rayonnement solaire, notamment aux ultra-violets. L'exposition directe des malades au soleil était toutefois contre-indiquée. Placées entre les auvents de protection et l'étage supérieur, les fenêtres hautes éclairaient l'intérieur des chambres de façon directe et intense. Cela intéressait au premier chef les médecins dans la mesure ou l'action bactéricide de la lumière directe était beaucoup plus forte que celle de la luminosité diffuse apportée par le « type de Leysin » (galeries au devant des chambres).

Au sanatorium Guébriant, l'action bactéricide exercée quotidiennement sur les parois (sol et murs) des chambres était explicitée par une photographie publiée dans la revue *L'Architecte* en 1933, montrant plus particulièrement « le fonctionnement de l'imposte » : bien visible sur la photographie, « un rayon de soleil désinfecte la chambre en la parcourant dans la journée »[2837] (ill. 364). Formant un bandeau vitré sur toute la largeur de la chambre, cette imposte laissait passer un rayon lumineux dont la largeur variait selon la hauteur du soleil dans le ciel : au cours de la journée, ce rayon parcourait les murs et le plancher, avec une amplitude toutefois variable selon l'époque de l'année. La désinfection méticuleuse de chaque centimètre carré de l'espace intérieur des chambres était ainsi laissée à l'action du soleil, sans autre intervention manuelle que celle consistant à désinfecter périodiquement les zones qu'il ne pouvait atteindre. La lumière réfléchie par la face supérieure des auvents, diffusée au travers des fenêtres hautes, assurait garantissait l'asepsie du plafond. Les auvents étaient également inclinés vers l'arrière de façon à faciliter la pénétration des rayons dans les chambres : en hiver, lorsque le soleil est bas, les auvents de protection des cures faisaient ainsi très peu obstacle au rayonnement solaire qui pénétrait amplement par les portes fenêtres donnant accès à la terrasse et les fenêtres hautes. Avec ce dispositif, Abraham et Le Même réalisaient l'une des trois conditions qui, selon Fournez et Küss, en 1917, « font d'un sanatorium, au point de vue matériel, un bon instrument de cure antituberculeuse », à savoir la « possibilité de réaliser sans efforts et sans difficultés, automatiquement pour ainsi dire, l'asepsie permanente de toutes les parties du sanatorium »[2838].

4.5.5. Spécificités constructives du système à gradins.

Le système à gradins imposait des dispositions constructives particulières. Pour donner plus de crédibilité à ses propositions, Sarason s'était associé, dès 1907, nous l'avons vu, à une entreprise berlinoise spécialisée dans la construction en béton armé. S'il ne paraissait pas impossible de construire un bâtiment à gradins avec un autre procédé, le béton armé présentait les meilleures garanties de stabilité et d'économie. Dans leur projet pour l'hôpital-sanatorium à Versailles, les architectes Bailly et Saacke expliquaient ainsi que « la disposition adoptée de terrasses abritées précédant les chambres de malades et l'obligation d'avoir des jours directs pour celles-ci conduit à un retrait d'étage. D'où la réalisation de la construction en béton-armé nécessaire pour la portée des murs de l'étage supérieur et des marquises »[2839]. Ils prévoyaient

[2836] *Idem*, p. 602.
[2837] S.a., « Village-sanatorium « Guébriant » à Passy. Architectes : Abraham et Le Même », in L'Architecte, février 1933, p. 17.
[2838] U.I.M.M. 1917, p. 23.
[2839] A.M. de Versailles, 5 M 2387.

également des « planchers en béton armé, système Graux, d'épaisseur utile pour contenir les poutres sans aucune saillie dans les pièces ».

D'un point de vue constructif, les bâtiments à gradins se divisent en deux groupes : le premier est formé des projets dont les retraits au Sud sont compensé, au Nord, au moyen de retraits inverses formant débord ; le second groupe les projets dont la façade nord reste strictement verticale, indépendamment des retraits au sud. Le premier dispositif est brillamment représenté par l'hôpital de Colmar (Haut-Rhin, 1936), l'extension du sanatorium Xavier Arnozan à Pessac (Gironde), le projet de Bailly & Saacke pour l'hôpital-sanatorium de la Versailles (Yvelines, second projet de 1932), le sanatorium de Bodiffé (Côtes-d'Armor, 1933) et, en Allemagne, par le projet d'hôpital de Breuer (1930). A Colmar, de la même façon, les six étages du bâtiment principal sont construits « en ponts superposés en gradins, entre les piliers verticaux des ailes de service. La disposition a été choisie pour assurer la même largeur aux différents étages d'un hôpital général et pour donner, en même temps, à chaque dortoir sa terrasse » [2840] (ill. 326). A Bodiffé, « la construction est composée d'une suite de travées de 10,50 mètres de longueur entre des pans de béton. Cette longueur est franchie par des poutres à échelle [sortes de poutres ajourées] auxquelles sont suspendus, par l'intermédiaire d'aiguilles pendantes, les planchers de façon à supprimer toute saillie dans les plafonds des chambres de malades. La partie basse de ces poutres porte les auvents. Leurs vides sont les fenêtres servant à l'ensoleillement des pièces »[2841]. Selon ce dispositif, la façade sud de chaque étage, placé en retrait par rapport au précédent, était formée d'une poutre porteuse, occupant toute la hauteur de l'étage, et dont les vides permettaient de disposer les fenêtres et porte-fenêtres donnant accès aux terrasses. Ces poutres reposaient latéralement sur les refends transversaux. Ce système n'était pas novateur et l'entreprise *Lolat-Eisenbeton-Geselschaft*, dont Sarason s'était assuré la collaboration en 1907, le recommandait déjà. Il avait surtout l'avantage d'assurer à chaque pan de terrasse en retrait une totale indépendance vis-à-vis de celles situées au-dessous et au-dessus : en effet, les étages n'étaient pas posés le uns sur les autres mais étaient accrochés aux murs mitoyens par l'intermédiaire de ces poutres[2842], limitant fortement les risques de désordres structurels, liés par exemple au tassement différentiel des niveaux. La façade nord pouvait quant à elle être constituée de redents successifs en encorbellement (hôpital de Colmar) ou d'un unique encorbellement portant plusieurs niveaux (sanatorium de Bodiffé, ill. 179). Les pavillons du sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1933) et l'hôpital-sanatorium de Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1932-1935), disposaient de "contre-gradins" appuyés sur une série de poteaux placés hors oeuvre au-delà de la façade nord, reprenant les dispositions adoptées à l'hôpital de Waiblingen et au sanatorium de Marburg (ill. 48). A Aincourt et Lorient, une ultime file de poteaux en béton armé venait soutenir le contre-gradin du premier étage tandis que celui du second était placé en porte-à-faux (ill. 441). Les projets de Pingusson pour le sanatorium d'Aincourt (Val-d'Oise, 1930), d'Expert pour un pavillon du sanatorium Xavier Arnozan (Gironde, 1931) et de Bailly & Saacke pour l'hôpital-sanatorium de Versailles (Yvelines, version de 1932) adoptaient un dispositif similaire. Dans ce dernier projet, l'utilisation de poteaux extérieurs à la structure du bâtiment avait été rendue nécessaire par la densification imposée aux architectes : répartis dans six pavillons à gradins dans le projet du concours, les 240 lits prévus par le programme durent être regroupés dans un bâtiment unique composé de deux ailes de cure, disposée en gradins successifs. Plus élevés d'un étage que les premiers pavillons, ces ailes accusaient dorénavant un retrait arrière trop important pour être supporté par un simple porte-à-faux (comme c'était le cas dans la première version du projet). Les architectes surent néanmoins tirer profit de cette nouvelle contrainte en installant les galeries de cure d'été entre la façade nord et les poteaux isolés supportant les retraits supérieurs, selon le dispositif également adopté à Marburg (ill. 48).

Le second système, constitué d'une façade arrière verticale, est moins fréquent car il substituait aux contraintes structurelles des contraintes de plan. Nous le trouvons, par exemple, dans le sanatorium

[2840] S.a., « L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 28.
[2841] S.a., « Les sanatoriums de Bodiffé en Plemet », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 77.
[2842] „Die Frontwände werden in armierten Beton hergestellt und tragen von Quermauer zu Quermauer frei, so dass sich jedes Abfanden dreselben durch hohe Unterzüge erübrigt, und diese Wände auch in gar keinem konstruktiven Zusamenhange mit den darunter befindlichen Decken stehen." Sarason 1907, p. 19.

Guébriant (Haute-Savoie, 1933) et, avec moins d'emphase, dans le premier projet des architectes Bailly et Saacke pour l'hôpital-sanatorium de la Versailles (Yvelines, 1931) ou l'hôpital-sanatorium de Niort (Deux-Sèvres, 1936). Ce dispositif avait l'avantage de ne pas obliger l'architecte à mettre en place une structure spécifique pour reprendre les étages en débord sur la façade nord. La contrepartie de cette simplification structurelle était une relative complexification des aménagements intérieurs, qu'il fallait aménager en fonction de la largeur décroissante des niveaux. A l'hôpital-sanatorium de Niort, Laborie tira parti de cette contrainte en organisant les chambres en fonction de la profondeur dont il disposait : celles du rez-de-chaussée abritent trois lits placés perpendiculairement aux cloisons mitoyennes, la profondeur diminuant, les chambres du premier étage n'en comptent plus que deux et celles du deuxième étage un seul[2843] (plan 79-01). La construction des établissements à gradins était, certes, plus complexe que d'autres systèmes, mais les statistiques du ministère de la santé publique semblent contredire ceux qui la jugeaient prohibitif : le prix de revient par lits s'élevait à 37.000 francs à Niort, 50.000 à Aincourt, 52.000 à Bodiffé et 70.000 à Guébriant, alors que le prix moyen des établissements subventionnés par l'Etat entre 1928 et 1933, tous types confondus, était de 50.000 francs par lit[2844]. En France, le système à gradins ne fut mis en œuvre que dans une dizaine de sanatoriums (établissements d'héliothérapie inclus). Les conditions que nous avons décrites (popularité subite du système à partir de 1929, suivie d'un certain désintérêt) nous autorisent à y voir une sorte de "mode architecturale", apparue lorsque les conditions étaient propices, et qui suscita un enthousiasme aussi bref qu'intense. L'un des derniers établissements construits, en France, avec ce système fut le sanatorium héliothérapique de Valauris (Alpes-Maritimes, 1936). Après la Seconde Guerre Mondiale, l'inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris, Besson, recommandait encore l'usage de gradins car il jugeait « souhaitable que la chambre ou le dortoir [fussent] en communication directe avec une terrasse ou un balcon de cure »[2845] ; mais cette architecture était profondément ancrée dans l'esthétique du début des années trente et aucun architecte français ne jugea opportun de réitérer cette expérience.

Pour compléter l'efficacité du système, les dalles des galeries de cure pouvaient être construites en « béton translucide » (avec incrustation de pavés de verre traversant toute l'épaisseur de la dalle) dans le but d'augmenter la luminosité des galeries et des chambres situées au-dessous. En 1928, l'architecte départemental de l'Hérault, Février, choisit d'adopter ce système pour la réalisation de nouvelles galeries de cure sur toute la façade sud de l'hôpital-sanatorium de Bon-Accueil, à Montpellier. Dans ce projet, la galerie du deuxième étage devait ainsi être munie « sur toute sa longueur et sur une bande de 1,50 mètres [de large] de pavés *Chochon* en verre »[2846]. Ce système fut également employé à l'hôpital-sanatorium Bodélio, à Lorient (Morbihan, 1935), en complément des gradins, et à l'hôpital Saint-Charles de Montpellier (Hérault, 1935), dont les terrasses situées devant certaines chambres étaient « dallées en verre pour laisser passer la lumière aux étages inférieurs »[2847]. Une autre alternative, plus efficace, sans doute, que les pavés de verre, consistait à scander la façade sud de balcons de cure individuels, sur le modèle du sanatorium Martel de Janville, construit par les architectes Abraham et Le Même au Plateau d'Assy (Haute-Savoie, 1937). A l'hôpital-sanatorium de la cité sanitaire de Clairvivre (Dordogne, 1933), Pierre Forestier « a trouvé un excellent moyen de remplacer ce type [à gradins] qui comporte plusieurs inconvénients (grande surface, construction plus compliquée) et de réaliser une disposition de sanatorium d'un type

[2843] « Dans les pavillons de Niort [...] la largeur différente des trois étages ne paraît nullement gênante, au contraire elle rend possible la création de différents types de chambres. [...] Le premier étage est conçu d'après le schéma devenu classique depuis quelques années : grandes portes-fenêtres jusqu'à une hauteur de 2,50 mètres, marquise en béton armé et, au-dessus, aune autre rangée de fenêtres, éclairant les parties reculées des dortoirs. Au système en terrasses, suivi depuis Garnier et, plus particulièrement, depuis la construction de l'hôpital de Waiblingen par Richard Doecker, les pavillons de Niort apportent une variation vivante. » S.a., *« L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 28.

[2844] Le surcoût observé à Guébriant provient sans doute de son isolement, en altitude, qui complexifia et renchérit fortement le chantier. Ces prix ont été établis sur la base des statistiques publiées en 1933 : « J. Montigny demande à M. le ministre de la santé publique quel est le prix de revient, toutes dépenses réunies, des sanatoria qui ont bénéficié de subventions de l'Etat, depuis cinq ans » Question du 9 juin 1933. Réponse publiée dans le Journal officiel de la République française le 28 juin 1933. Santé publique n° 4.712.

[2845] Besson 1951, p. 228.

[2846] Hospices de la ville de Montpellier, sanatorium de Bon-Accueil, construction de deux galeries de cure, devis descriptif et conditions d'exécution des travaux, Février architecte, 1928. A.D. de l'Hérault, 1 X 441.

[2847] Administration des hospices de la ville de Montpellier, projet de construction d'un bâtiment à cinq cliniques et services généraux annexes. A.D. de l'Hérault, 1 X 337.

nouveau »[2848] : pour assurer l'exposition et la ventilation optimales des chambres, tout en leur donnant accès à un balcon de cure, ces balcons, groupés par deux comme à Martel de Janville, étaient de forme trapézoïdale de façon à réduire l'ombre portée sur le niveau inférieur. Au-dessus des portes-fenêtres ouvrant sur ces balcons, les chambres disposaient également d'impostes vitrées filantes (cat. 24-03B).

Peu de dispositions offraient aux chambres de malades, tout en facilitant l'accès aux galeries de cure, des conditions d'éclairage et de ventilation comparables à celles des bâtiments à gradins. Au vu de ces avantages, et en considérant que leur coût de construction n'était pas significativement plus élevé que d'autres dispositifs, on peut s'étonner du petit nombre de sanatoriums construits sur ce modèle en France. Deux raisons peuvent être avancées : la plus évidente tient à la diffusion massive de modèles plus profondément ancrés dans la "tradition" sanatoriale française et européenne, rattachés notamment aux établissements "historiques" du début du siècle, dont les sanatoriums d'Angicourt, de Hauteville et de Bligny étaient en France les meilleurs représentants. Outre que les dispositions qu'ils offraient bénéficiaient de l'expérience et du recul validés par les médecins, leur adoption était encouragée par les recommandations ministérielles. A partir de 1929, la pénurie de subventions et l'obligation de tenir les dépenses à un montant fixé d'avance par le ministère, ne favorisèrent l'innovation de la part des collectivités locales assurant la maîtrise d'ouvrages de ces projets : les implications financières étaient trop importantes (certains départements s'endettèrent sur trente ans) pour laisse la moindre place à l'incertitude. Si les projets d'Abraham et le Même purent confirmer la pertinence thérapeutique des systèmes à redents (Plaine-Joux) ou à gradins (Guébriant), le contexte économique et la prudence des administrations en limitaient la reproduction. Il fallut la volonté d'architectes chevronnés (tels Abraham &Le Même au Plateau d'Assy ou Feine & Tournon à Bodiffé) pour imposer, à force de persuasion, des dispositions sortant du cadre étroit de la production courante encouragée par les administrations et les commissions de contrôle, et que l'on pourrait ainsi qualifier d'"atypiques". Une seconde raison tient à la "dilution", déjà évoquée, des principes fondateurs de l'architecture sanatoriale dans les nouvelles méthodes de cure, notamment chirurgicales. Alors que les composantes hygiéno-diététique du traitement sanatorial prirent, de plus en plus au cours des années trente, une valeur d'adjuvant aux interventions chirurgicales, il pouvait paraître plus utile d'orienter les investissements vers des équipements médicaux de pointe et de plus en plus en coûteux que vers des aménagements spécifiques, tels ceux réalisés à Guébriant, non moins coûteux, mais dont l'utilité à court terme était difficile à évaluer. Ainsi, la notion de rendement thérapeutique qui, à la fin des années vingt, avait conduit à la sophistication constante des établissements, dans leurs dispositions architecturales et leurs aménagements matériels, provoquait-elle, à partir du milieu des années trente, un renversement de priorités et l'adoption de partis architecturaux moins élaborés, néanmoins suffisants pour mettre en oeuvre efficacement les nouvelles méthodes de cure. Ce renversement, à peine perceptible d'un projet à l'autre, constitue un mouvement de fond qui n'émergera réellement qu'après la Seconde Guerre Mondiale avec l'arrivée des antibiotiques et la consolidation du rôle de la chirurgie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

[2848] Posener 1934/2, p. 8

EPILOGUE : LE SOUFFLE COUPÉ DE L'ARCHITECTURE ANTITUBERCULEUSE (1945-1968)

La fin des années trente fut également marquée par la volonté d'élargir la vocation des sanatoriums à d'autres fonctions, telle la réadaptation des malades au travail[2849]. La question du travail des tuberculeux dans les sanatoriums avait été posée en France dès 1909, suite au voyage d'étude effectué par Dumarest dans les sanatoriums suisses et surtout anglais où le travail et le « réentrainement à l'effort » faisait intégralement partie du traitement[2850]. Cette conception de la cure antituberculeuse fut toutefois globalement rejetée en France. La fin des années trente vit également plusieurs propositions émerger, visant à donner un cadre légal aux autres composantes de l'armement antituberculeux, au premier rang desquels les préventoriums. Le projet de création d'un Institut national de la tuberculose[2851], en 1938, atteste de cette volonté de réforme de l'organisation antituberculeuse française.

L'entrée en guerre en 1939, puis la défaite et l'occupation, interrompirent brutalement les projets et chantiers en cours. A partir de 1940, les services sanitaires de l'Etat français prolongèrent toutefois la réflexion sur la réorganisation de la lutte contre la tuberculose. Le secrétariat d'Etat à la famille et à la santé procéda ainsi, en 1940-1941, à la révision de l'« enquête sur les sanatoria » menée en 1939[2852] et, en 1942, l'Institut national des assurances sociales réalisa une « Etude sur la législation et l'administration des sanatoriums dits "assimilés" ». Jugeant sévèrement la politique antituberculeuse menée dans les années trente, l'Institut préconisa de restreindre la place des établissements privés assimilés dans le système sanatorial public français : « les autorisations trop largement octroyées par l'Etat, les facilités accordées pour obtenir des subventions en vue de la construction d'établissements de plus en plus vastes, l'insuffisance de vues et d'une direction d'ensemble, et d'un plan sanitaire cohérent, aboutirent à des faillites, telle la cité sanitaire de Clairvivre »[2853]. Les premières réformes eurent lieu en 1943 : le comité

[2849] Voir la proposition de loi du 21 décembre 1938 sur la réadaptation des tuberculeux au travail. Documents parlementaires 21 décembre 1938. L'article prévoyait notamment : « La réadaptation des tuberculeux au travail est obligatoire dans tous les sanatoriums publics ou privés. Les frais de séjour du malade pendant la durée de cette réadaptation incombent aux organismes d'assistance qui ont contribué au payement des journées d'hospitalisation. L'Etat fournira aux établissements de cure les ressources nécessaires pour l'organisation de cette réadaptation ».

[2850] Voir à ce sujet : Dumarest, « La cure de travail chez les tuberculeux », in *Bulletin médical*, 24 novembre 1909. Si Dumarest émit des doutes quant à la valeur thérapeutique de cette méthode, elle fit école, et l'architecte Richter proposa en 1910 que le village sanatorium dont il avait conçu le projet soit en partie construit par les malades eux-mêmes (Richter 1910).

[2851] Un commission d'étude fut créée par arrêté du 10 août 1938 pour « rechercher et proposer toute mesure pour la réalisation et le fonctionnement de l'Institut national de la tuberculose ». Elle comprenait notamment Henri Sellier, Fernand Besançon et J. Evrot, devenu directeur du C.N.D.T. J.O. 11 août 1938.

[2852] Un questionnaire fut envoyé à chaque établissement afin de renseigner l'administration sur sanatorium situation, ses caractéristiques techniques, les malades accueillis, le personnel. Enquête sur les sanatoria, 1939-1941. A.D. d'Indre-et-Loire, 1 X 11.

[2853] Rapport de l'Institut national des assurances sociales, 1942.

technique des sanatoriums fut remplacé par une nouvelle structure aux pouvoirs plus étendus dénommée « Commission pour l'examen des projets de construction, d'agrandissement et d'aménagement des établissements de lutte antituberculeuse »[2854].

La même, le rapport de Paul Sifflet, intitulé *Etude critique de l'armement antituberculeux français à l'échelon départemental. Nécessité d'une concentration des moyens de lutte. Intérêt d'un plan d'action régional*, jetait les bases d'une réforme de l'organisation antituberculeuse française[2855]. Il constatait notamment le manque de « phtisiologues de secteur », de services hospitaliers centraux, de consultations hospitalières externes destinées à prendre en charge les traitements ambulatoires des tuberculeux, de sanatoriums « répartis géographiquement suivant les besoins des départements », d'établissement de post-cure et de centres de réadaptation. Il préconisait l'adoption d'un « plan d'action régional » groupant les centres de recherches et d'enseignements ainsi que les hôpitaux-sanatoriums dans les capitales régionales. Les établissements de soins (sanatoriums, préventoriums, maisons d'enfants, établissements de post-cure et de réadaptation) auraient été organisés à l'échelle de la région et non plus du département dans l'espoir d'optimiser les structures existantes, éviter les doublons et limiter les dépenses d'investissement et de fonctionnement[2856].

Les conséquences de la guerre et la réforme hospitalière de 1945.

A la Libération, la charte de 1943 fut, selon Thoillier, appliquée « dans la plus grande confusion »[2857], dans l'attente de statuer sur les orientations d'une nouvelle politique antituberculeuse. La réforme du système fut adoptée par l'ordonnance du 31 octobre 1945, relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose, mais les décrets d'applications se firent attendre jusqu'en 1948. L'ordonnance de 1945 faisait table rase du passé : elle abrogeait notamment les lois du 15 avril 1916 et du 7 septembre 1919[2858] à l'origine de l'« armement antituberculeux » élaboré durant l'entre-deux-guerres. Cette ordonnance réunissait dans un même texte toutes les normes relatives aux différentes catégories d'établissements antituberculeux : la direction et la coordination de l'action départementale fut confiée à des médecins phtisiologues départementaux et la création de centres départementaux de phtisiologie devait assurer le lien entre les établissements de dépistage et de soin[2859]. L'objectif de la nouvelle législation était ainsi clairement défini :

> *Plutôt que des créations spectaculaires et dispendieuses, cette ordonnance vise principalement un meilleur rendement de l'armement antituberculeux déjà édifié, une coordination plus étroite entre les divers rouages, un dépistage plus fructueux, une prophylaxie plus serrée, un traitement plus précoce et la prise en considération que la guérison du tuberculeux ne se juge pas seulement sur son état satisfaisant au sortir du sanatorium, mais sur la possibilité de le reclasser professionnellement ou de redevenir une valeur dans la société.*[2860]

L'époque qui avait vu la construction massive de nouvelles structures de soins semblait révolue. Poix, Bardin, Douady et Féret notaient ainsi en 1950 que, « jusqu'alors, les pouvoirs publics, en raison de l'insuffisance quantitative [des] organismes antituberculeux, s'étaient surtout préoccupés d'en accroître le

[2854] Cette commission fut chargée d'examiner « tous les projets [...] relevant de la direction de la santé et particulièrement des établissements de lutte antituberculeuse qui ne sont pas classés bâtiments civils ». Elle comptait parmi ses membres le directeur de la santé, l'inspecteur général de la santé, le médecin-directeur du sanatorium de Praz-Coutant, Davy, et les architectes Sage et Sainsaulieu. J.O. 14 septembre 1943, p. 2427.

[2855] Dans une thèse de médecine de 1943, Bidault envisageait de la même façon la régionalisation de la lutte contre la tuberculose avec la création de « centres régionaux, qui en plus de centres de thérapeutiques antituberculeuses, seraient chargés de l'observation des suspects et du classement médical des malades ». Les malades effectueraient une partie de leur traitement dans ces centres, conçus comme des « organismes d'observation, de sélection et de traitement », qui seraient créés dans chaque région et dans les départements fortement peuplés. Les malades curables seraient ensuite envoyés dans les sanatoriums et les autres dans les hôpitaux-sanatoriums départementaux. Bidault 1943, p. 25.

[2856] Sifflet 1943, p. 18.

[2857] Thoillier 1951.

[2858] Article 34 : « Sont abrogées toutes les dispositions antérieures contraires aux dispositions de la présente ordonnance, les lois des 15 avril 1916 et 7 septembre 1919 ». J.O. 19 octobre 1945, p. 6709-6710.

[2859] Article 19 : « Tout hôpital de chef-lieu de département doit comporter un centre de phtisiologie. Ce centre doit être doté de l'outillage nécessaire pour pratiquer les traitements médicaux et, éventuellement chirurgicaux, et comprendre des lits d'hospitalisation dont le nombre maximum sera fixé [...] par le ministère.», *ibidem.*

[2860] *Ibidem.*

nombre ; ils s'efforcent aujourd'hui moins de procéder à de nouvelles créations que d'assurer la coordination et le meilleur rendement des efforts existants »[2861]. Ce nouveau cadre législatif entra véritablement en vigueur en 1948 avec la publication d'une série de décrets et d'arrêtés relatifs « à la création, l'aménagement, le fonctionnement » des sanatoriums, des préventoriums, des aériums et des hôtels de cure[2862].

L'ordonnance de 1945 avait pris la mesure de la situation sanitaire du pays au sortir de la guerre : quatre années d'occupation, des déplacements massifs de populations, la déportation de dizaines de milliers d'individus civils et militaires, l'exil forcé des travailleurs du S.T.O. avaient augmenté l'incidence générale de la tuberculose en France. Le constat établit par Bezançon et Cavaillon en 1945 était sans ambiguïté : « Les conditions nées de la guerre et de l'occupation viennent de provoquer une grave recrudescence de la tuberculose. Il y a donc lieu de voir comment on peut adapter les diverses modalités de la lutte aux circonstances actuelles, et aussi de chercher à faire quelques réformes de base susceptibles d'entraîner, pour l'après-guerre, une amélioration persistante »[2863]. Grâce aux structures sanitaires mises en place dans l'entre-deux-guerres, les prisonniers, travailleurs et déportés tuberculeux purent trouver, dès leur rapatriement, un grand nombre de lits. Comme en 1919, les tuberculeux « de guerre » se trouvaient en concurrence avec les malades civils qui constituaient la principale clientèle des sanatoriums avant la guerre et dont le nombre avait para ailleurs augmenté. « Il ne saurait être question, estimaient Bezançon et Cavaillon en 1945, de construire de nouveaux sanatoriums ; il y a lieu de resserrer les lits, d'utiliser tous les espaces disponibles, d'être très sévère pour le recrutement des malades, d'adjoindre au sanatorium tout immeuble pouvant lui servir d'annexe »[2864].

Dès le début de la guerre, des baraquements avaient été installés dans les sanatoriums pour accueillir les malades évacués des régions envahies ou menacées. Au sanatorium départemental de Maubreuil, près de Nantes (Loire-Atlantique), deux baraquements de 45 lits chacun furent ainsi construits dès 1939 par l'inspection de l'hygiène afin de recevoir des évacués de la région parisienne[2865]. A la fin de la guerre, de nombreux baraquements provisoires furent également installés pour augmenter la capacité des sanatoriums : cette solution fut officiellement envisagée en 1945 par le ministère de la Santé, pour pallier les difficultés de transport qui compliquait fortement l'acheminement des malades jusqu'aux centres de cure. Ces baraquements auraient été construits dans les régions boisées, à partir de la matière première trouvée sur place, en prenant soin de leur donner « les qualités requises pour une installation sanatoriale »[2866]. Plusieurs sanatoriums allemands de Forêt-Noire, situés dans la zone d'occupation française, furent en outre réquisitionnés par le gouvernement dès 1945 pour faciliter le placement des malades rapatriés d'Allemagne. Les conditions d'installation et de fonctionnement de ces établissements provisoires mériteraient une recherche spécifique. La plupart s'adressaient aux prisonniers et déportés libérés en Allemagne par la 1ère armée française en 1944 et 1945. En plus des hôpitaux classiques, quelques établissements de tuberculeux furent ainsi créés en Allemagne pour les malades, français surtout, dont le rapatriement était difficilement envisageable en raison de l'encombrement des transports, mobilisés par les forces armées. Un premier sanatorium fut aménagé dans une maison de repos allemande : ouvert le 20 avril 1945, il accueillait 150 tuberculeux russes libérés du camp de concentration de Bergzabern. Les créations se multiplièrent ensuite : sanatorium *Libération*, ouvert le 6 mai à Badenweiler et réservé aux malades français ; sanatorium d'altitude *Bir Hakeim*, ouvert le 12 mai 1945 à Marzel, et doublé le 9 septembre par le sanatorium *Tunisie* ; sanatorium *Alsace*, installé le 20 mai dans le « somptueux sanatorium de Saint-Blasien » et réservé aux déportés ; hôpital-sanatorium *Délivrance*, ouvert le 22 mai à Fribourg pour les

[2861] Poix, Bardin, Douady, Féret, « Les sanatoriums français », in *La Presse médicale*, 15 mars 1950, cités par Besson 1951, p. 232.
[2862] Décret n°48-864 du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires ; décret n°48-865 du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des préventoriums ; décret n°48-866 du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums ; décret n°48-88 du 12 janvier 1948 relatif aux hôtels de cure pour tuberculeux.
[2863] Bezançon & Cavaillon 1945, p. 225.
[2864] *Ibidem.*
[2865] Lettre du 5 décembre 1939 du médecin directeur du sanatorium au Dr Evrot, Archives de l'Institut Pasteur, Fonds du C.N.D.T., C.N.D.T.DPT.41 Loire-Inférieure.
[2866] Bezançon & Cavaillon 1945, p. 225.

malades gravement atteints ; sanatorium *Léningrad*, ouvert le 24 mai à Hub et destiné aux déportés russes ; hôpital-sanatorium de Vaihingen, ouvert le 25 mai pour les Polonais et les ressortissant d'Europe centrale et pour lequel une galerie de cure fut immédiatement construite ; sanatorium *18 juin*, ouvert le 17 juillet à Todtmoos et réservé aux militaires tuberculeux français[2867]. Un sanatorium pour femmes, baptisé *Danièle Casanova*, fut également installé à Badenweiler à la même époque. Ces établissements devaient former un « cordon sanitaire » sur la frontière allemande de façon à « éviter une contamination tragique pour notre pays où déjà la tuberculose est le principal fléau social ». Outre la population des prisonniers, déportés et rapatriés (ou P.D.R.), ces établissements, réservés pour la plupart aux malades français, accueillaient également les malades civils qui ne trouvaient pas de place dans les sanatoriums français. Selon Pérus, en 1945, la "colonisation" française des sanatoriums allemands permettait de compléter avantageusement l'équipement antituberculeux national :

> *[...] dès l'origine, en l'esprit des organisateurs, était née l'idée qu'ils serviraient longtemps après le rapatriement des P.D.R., au traitement des malades venus de France, soulageant ainsi nos sanatoriums nationaux, insuffisants en quantité, parfois en équipement technique, et toujours, depuis la guerre, en ravitaillement alimentaire. Ils ont donc été choisis parmi les plus beaux du pays conquis, les plus proches de la France et les mieux équipés.*[2868]

Les sanatoriums français de la Forêt-Noire totalisaient 1.594 lits en novembre 1945, date à laquelle un plan d'extension de 300 lits était en cours de réalisation. Aménagés dans des sanatoriums allemands réquisitionnés, ils offraient, semble-t-il, de bonnes conditions de traitement aux malades[2869], leur permettant même de bénéficier de situations climatiques diverses (sanatoriums de plaine, de demi-altitude ou d'altitude) adaptées à leur état. Dès 1946, ils reçurent également des malades venus de France, à commencer par ceux de la Fondation santé des étudiants de France qui avait pu obtenir des autorités sanitaires trois petits établissements, dont un préventorium, dans le pays de Bade. Ces établissements furent réunis en 1949 en une seule formation de 180 lits installée dans le sanatorium de Saint-Blasien[2870]. Dénommé *Alsace* en mai 1945, il fut rebaptisé *Jacques-Arnaud*, en mémoire du médecin du sanatorium du Mont-Blanc, fusillé par l'occupant au Plateau d'Assy en 1944. Ce sanatorium sera transféré dans la région parisienne en 1950, dans un ancien internat à Bouffémont (Val-d'Oise).

Les sanatoriums réquisitionnés ne pouvaient offrir qu'une solution provisoire et sans doute, les malades avaient-ils quelque réticence à être hospitalisés en Allemagne, même à proximité de la frontière française. Plusieurs projets de sanatorium furent conçus en 1945 pour accueillir, d'urgence et en France, ces malades dans les meilleures conditions possibles. Au sanatorium départemental de la Seine, à Saint-Martin-du-Tertre (Val-d'Oise), les architectes Albenque & Gonnot furent sollicités pour transformer l'une des galeries de cure, située quelques dizaines de mètres en avant de l'établissement, en un petit service autonome de 100 lits réservé aux P.D.R.[2871] Au Plateau d'Assy, le ministère de la guerre demanda à Abraham & Le Même de concevoir un vaste projet de sanatorium de près de 800 lits pour les prisonniers, déportés et rapatriés. Les architectes envisagèrent plusieurs alternative, comprenant quatre à huit pavillons de cure disposés sur de vastes étendues à proximités des sanatoriums existants de la station (ill. 380-381, plans 74-18). Les bâtiments devaient être construits avec les matériaux disponibles sur place : maçonnerie de moellons et bois. Le projet fut finalement abandonné et l'on se contenta de trouver des places dans les établissements existants.

[2867] Pérus 1945.
[2868] *Ibidem.*
[2869] La description qu'en fait Pérus nous renseigne sur la qualité des installations techniques et médicales : « Tous sont dotés d'appareils de radioscopie et de radiographie : le moindre d'entre eux possède une installation tomographique dont nos médecins, les moins entraînés à son usage, ont vite compris la nécessité. Partout il y a des salles d'opération vastes, bien éclairées, largement pourvues en instrumentation de section d'adhérences pleurales et de tables pour interventions thoraciques orientables dans tous les sens. Tous les examens sont pratiqués sur place dans des locaux fort bien pourvus. Les malades sont logés dans des chambres de un à cinq lits, d'une netteté absolue, à larges baies d'ouvrant sur le meilleur point d'ensoleillement du lieu ; les galeries de cure sont attenantes aux bâtiments. Les salles de réfectoire, salons, salles de jeu et de spectacles sont spacieuses et agréables. Dans chaque sanatorium ont lieu toutes les semaines une séance de cinéma et deux concerts ». *Ibidem.*
[2870] Douady 1952,
[2871] Archives du C.H. de Carnelle, Saint-Martin-du-Tertre.

A la fin des années quarante et au début des années cinquante, alors que la situation héritée de la guerre était stabilisée, se posa la question de la création de nouveaux établissements de cure. Courcoux et Douady estimaient à ce propos, en 1954, que « les sanatoriums susceptibles d'être repris ne sont pas les plus modernes ; beaucoup d'entre eux offrent des installations périmées avec logement des malades en dortoirs ou tout au moins avec chambres à plusieurs lits. D'autres, mieux installés, sont éloignées de tout grand centre urbain, plus ou moins perdus dans la campagne ou à la montagne »[2872]. En France, peu de sanatoriums furent ainsi construits à neufs après la Seconde Guerre Mondiale : le sanatorium des lycéens et collégiens à Neufmoutiers-en-Brie (Val-de-Marne, Sainsaulieu architecte, 1949-1956, plans 77-05), le sanatorium de Beaurouvre (Auzolle, Vannier & Perrot arch., 1950-1954, plans 28-01) ou le sanatorium interdépartemental d'Osséja (Pyrénées-Orientales, Louis Arretche architecte, 1950-1967, plans 66-12), sont de rares exceptions. Les principales réalisations ex nihilo de cette époque se trouvent dans des zones jusqu'alors sous-équipées, essentiellement en dehors de la métropole : en Corse (sanatorium de Tattone, 1945-1960, plans 20-01), au Maroc (sanatorium de Bensmim, 1945-1954, plan 99-03), en Tunisie (projet de sanatorium à Zaghouan, 1948, plans 99-05), à la Réunion (sanatorium des Trois-Mares, au Tampon, 1960), à la Guadeloupe (sanatorium de Bouillante, 1968).

Le sanatorium dans l'ère de la « néo-phtisiologie ».

La découverte des premiers antibiotiques antituberculeux dans les années quarante constitue l'une des avancées médicales les plus marquantes du XX^{e} siècle. La tuberculose était jusqu'alors soignée de façon empirique dans les sanatoriums et les répercussions de ces nouveaux traitements furent autant médicales qu'architecturales : la prise en charge de la maladie s'en trouva définitivement bouleversée et les structures de soins spécialisées, construites à grand frais durant l'entre-deux-guerres, furent reconsidérées à la lumière de cette nouvelle donne thérapeutique. L'histoire des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires après la Seconde Guerre Mondiale est celle d'une longue et douloureuse reconversion, engagée dans les années soixante et qui, pour nombre d'établissements, n'a pas été résolue à ce jour.

La décennie comprise entre 1945 et 1955 constitue le véritable « âge d'or sanatorial ». En France, la morbidité et la mortalité tuberculeuses étaient encore supérieures à celles des autres pays européens et les établissements de cure sont saturés dès la Libération. Leur taux de remplissage atteignait encore 98,4% en 1950 et se maintiendra au-dessus de 90% jusqu'au début des années soixante. Les projets interrompus par la guerre furent alors achevés, l'extension ou la modernisation des anciens sanatoriums engagée et l'on décida d'édifier en urgence de nouveaux établissements pour les prisonniers de guerre et les déportés qui formaient un long cortège de malades en attente de placement. Pendant la Première Guerre Mondiale, le placement des « blessés du poumon » avait pâti du sous-équipement français en matière de sanatoriums, mais en 1945 la machine sanatoriale tourne à plein régime, disposant de près de 30.000 lits de tuberculeux[2873]. La législation antituberculeuse fut réformée dès octobre 1945[2874] pour renforcer la complémentarité des structures existantes et s'appuyer sur le vaste réseau d'établissements publics et privés constitué à grand renfort de subventions avant la guerre. Les sanatoriums conservèrent ainsi le rôle de premier plan qui leur avait été confié en 1919.

Cautionné par un demi-siècle de pratique médicale, ce dispositif fut ébranlé à la fin des années quarante par l'arrivée des premiers antibiotiques dans la pharmacopée antituberculeuse[2875]. Les succès

[2872] Courcoux & Douady 1954, p. 3.

[2873] On comptait exactement 38'526 lits de sanatorium en France en 1938, dont 26.016 pour tuberculeux pulmonaires (*Guy Renard*, 1954, n°23, p. 2). Suite à la fermeture de nombreux établissement pendant la guerre, ce chiffre tomba à 28'479 lits en activité en 1946 avant de remonter à 36.688 lits en 1953 puis 44.324 en 1955. Il y avait, au milieu des années cinquante, 32.267 lits dans les sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, répartis dans 190 établissements situés pour moitié en plaine et pour moitié dans les reliefs (entre 400 et 1400 mètres d'altitude). Francis Cioppani, *L'équipement de la France en sanatoriums, hôtels de cure et centres de post-cure. Essai de* bilan, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1958, p. 37.

[2874] Ordonnance n° 45-2575 du 31 octobre 1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose (Journal officiel de la République française du 1er novembre 1945), suivie par le décret du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires (Journal officiel de la République française de 12 juin 1948).

[2875] La streptomycine arriva sur le marché français en 1947. L'acide para-amino-salicylique (P.A.S.) fut découvert en 1949 et l'isoniazide en 1952. Cette dernière molécule, associée aux deux précédentes, améliora considérablement le traitement antibiotique de la tuberculose.

rencontrés lors des premiers essais étaient stupéfiants et laissaient entrevoir aux médecins l'éradication de la maladie en quelques années. Nombreux étaient ceux à annoncer, dès cette date, l'abandon à court terme des sanatoriums. Ces résultats furent toutefois rapidement contrariés par l'augmentation inattendue des échecs thérapeutiques, favorisés par une posologie tâtonnante et des traitements parfois insuffisants. Au début des années cinquante, les sanatoriums se remplirent à nouveau de tuberculeux : les « rechutards » prirent place aux côtés des « tubards » sur les galeries de cure. L'évolution rapide des méthodes de traitement et les résultats aléatoires obtenus avec ces nouvelles thérapies ne permettaient pas d'anticiper l'évolution, à moyen terme, de l'équipement antituberculeux. En 1947-1948, la caisse d'assurance maladie du Sud-Est de la France abandonna ainsi son projet de sanatorium interrégional à Briançon et le reprit dès 1950 en raison des doutes croissants sur l'efficacité des nouveaux traitements. Elle prit toutefois soin de donner à cet établissement « une orientation bien définie » afin d'« assurer son utilité incontestable même si les progrès thérapeutiques venaient encore réduire les indications de la cure climatique »[2876]. Les antibiotiques donnèrent surtout une nouvelle impulsion aux méthodes chirurgicales, pratiquées avant la guerre avec plus ou moins de succès : conjugués aux progrès de l'anesthésie, ils augmentaient considérablement la sécurité opératoire et permettaient d'étendre les indications de la chirurgie thoracique à un plus grand nombre de malades[2877]. Cette offensive chimique et chirurgicale ne remit pas immédiatement en question l'utilité des sanatoriums dont le statut avait été renforcé en 1948 avec la création des « Centres départementaux de phtisiologie » qui partageaient leurs compétences avec les anciens sanatoriums départementaux. Construits en grande majorité à neuf dans les années trente, les établissements de tuberculeux étaient à cette époque globalement mieux équipés que les hôpitaux généraux et constituaient le maillon fort du système sanitaire français. Si la traditionnelle cure hygiéno-diététique était peu à peu reléguée au second plan, l'aération des malades n'était pas abandonnée pour autant : déchargées d'un rôle activement thérapeutique, les longues séances d'immobilisation et de repos étaient encore considérées, dans les années cinquante, comme un adjuvant naturel au traitement antibiotique qui constituait lui-même l'étape préliminaire à toute intervention chirurgicale. Dorénavant, la principale préoccupation des médecins de sanatoriums était « de rendre opérable le plus grand nombre possible de malades » : la cure de repos, les antibiotiques et les interventions localisées formaient une nouvelle combinaison thérapeutique « destinée à faire franchir aux tuberculeux le seuil opératoire »[2878] et arrêter la progression de la maladie.

De l'héliotropisme au bloc chirurgical

En quelques années, le renforcement de la chirurgie au détriment de la cure d'air inversa la hiérarchie des usages spatiaux en vigueur dans les établissements, caractérisés jusque là par l'héliotropisme de la façade sud qui formait la zone thérapeutique active des bâtiments. Le replacement des salles d'opération (ingérées dès les années trente dans certains établissements) par de véritables blocs chirurgicaux, représente l'évolution la plus significative de l'architecture sanatoriale de l'après-guerre. Greffés habituellement à l'arrière des bâtiments, dans le prolongement des services médicaux existants, ces nouveaux services chirurgicaux devinrent le point de convergence de toutes les énergies et de toutes les attentes. A l'espace épuré et aérien des galeries de cure était ainsi substitué, dans l'esprit des malades, le bloc opératoire : boite complexe, opaque, constituée d'un enchevêtrement d'équipements. Le malades y subissait passivement l'intervention censée le tirer d'affaire : il n'y pénétrait qu'anesthésié et devait s'en remettre à la dextérité du chirurgien. Bien qu'immobilisé dans sa chaise longue, le tuberculeux était

[2876] Ouvert à la fin des années cinquante, le sanatorium Rhône-Azur de Briançon accueillait des tuberculeux mixtes, atteints de tuberculose pulmonaire et extra-pulmonaire (Archives départementales des Hautes-Alpes, 265 W 7676, sanatorium pour tuberculose mixte de Briançon, notice explicative, 15 juillet 1952).

[2877] Les interventions chirurgicales en matière de tuberculose pulmonaire se divisaient en deux catégories : les plus anciennes avaient été développées au début du siècle pour pallier les fréquents échecs du pneumothorax artificiel, expérimenté en France dès 1909 et qui, par l'insufflation d'air entre la plèvre et le poumon, visait à comprimer la partie malade du poumon de façon à étouffer les lésions actives et favoriser la cicatrisation. Les secondes, développées après la Seconde Guerre Mondiale, concernaient les opérations de résections et d'exérèse (ablation d'un ou de plusieurs lobes pulmonaires malades). Si l'amélioration des thérapies chimiques fit perdre de leur intérêt à ces interventions chirurgicales lourdes, la rivalité de type "chirurgie vs médecine " persistera jusque dans les années soixante. Je remercie le Dr. Jean-Paul Janssens, pneumologue à l'Université de Genève, pour ces précisions.

[2878] Max Denivelle, *Réflexions sur les nouveaux aspects de la vie des sanatoriums publics depuis la chirurgie de la tuberculose pulmonaire et les antibiotiques*, thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, 1951, p. 16.

auparavant acteur de sa guérison et trouvait une justification proprement thérapeutique dans chaque espace du sanatorium : la chambre pour le repos, la galerie pour les séances d'aération, le parc pour le réentrainement à l'effort. Alors que les galeries de cure affichaient la vocation thérapeutique des sanatoriums, le bloc chirurgical, dissimulé dans les entrailles de l'établissement ou accroché à lui sous la forme d'une unité autonome, ne laisse plus rien transparaître du processus thérapeutique. Le service chirurgical que l'architecte Pierre Forestier vient littéralement accrocher, en 1952, à l'aile nord d'un pavillon de cure du sanatorium de la Musse illustre l'autonomie fonctionnelle et constructive de ces nouveaux équipements. Le bloc ainsi greffé atteste du renversement à l'œuvre dans les anciens sanatoriums de cure.

Cette révolution thérapeutique provoqua un changement profond dans la conception de la cure sanatoriale, également perceptible au niveau de la psychologie des malades. Si la traditionnelle cure hygiéno-diététique offrait aux malades un pronostic incertain, les tuberculeux entraient au sanatorium après la guerre « sûrs d'être traités et presque certains [...] de leur prompte guérison »[2879] ; ceci d'autant plus facilement que la chirurgie thoracique avait, dans leur imagination et pour la simple raison que le chirurgien « voit et touche les lésions »[2880], une prise directe sur la maladie. La chirurgie, en somme, mettait la guérison à portée de main. Quant à la cure hygiéno-diététique, codifiée en une infinité de règles disciplinaires et d'interdits, sanctuarisée dans les galeries de cure, elle pouvait enfin disparaître au profit d'une thérapie plus tangible s'attaquant à la racine du mal. Les médecins s'adaptèrent eux-mêmes avec difficultés à ces évolutions. Nostalgiques, certains déplorèrent que « le caractère statique des hospitalisés, la prévision à longue échéance, [aient] fait place au renouvellement rapide des malades, aux traitements intensifs et de courte durée » dont les résultats étaient encourageants mais encore aléatoires. D'autres manifestèrent leur attachement à l'institution sanatoriale, incarnée dans la méthode thérapeutique et dans les établissements eux-mêmes : « ne les renversons pas, ne mutilons pas ces chères images », implorait en 1957 le professeur Moreau en évoquant ces sanatoriums si profondément inscrits dans la mémoire médicale et dans l'imaginaire des médecins comme des malades[2881]. Figure de proue de l'innovation médicale et modèle d'architecture hygiéniste pendant la première moitié du XX^{e} siècle, le sanatorium n'incarnait plus, à la fin des années cinquante, que l'inertie d'une génération de médecins attachés aux « vieilles méthodes » d'avant-guerre.

Que faire, dès lors, de ces galeries de cure dont la présence en façade sud des bâtiments exprimait la vocation antituberculeuse des sanatoriums? La question se posait non seulement pour les bâtiments existants mais aussi pour les derniers sanatoriums construits, en France, entre le milieu des années cinquante et la fin des années soixante. Conçus pour des régions qui n'avaient pas été équipées avant la guerre, notamment en outre-mer, ou pour traiter des affections tuberculeuses mixtes (pulmonaires et extra-pulmonaires), ces projets tardifs attestent de l'ambiguïté attachée aux galeries de cure à l'époque de la « néo-phtisiologie ». S'il était légitime de poser la question de leur usage, les galeries de cure restaient un attribut architectural essentiel à la définition typologique des sanatoriums.

En 1954, le programme du concours pour le sanatorium départemental de la Corse demandait ainsi aux concurrents deux variantes pour les galeries de cure : l'une sous forme de balcons placés en avant des chambres, l'autre sous forme de galeries latérales en prolongement du bâtiment d'hospitalisation. La multitude d'esquisses réalisées par l'architecte Henri Jacques Le Même pour ce concours confirme la difficulté de donner à ces galeries une place correspondant précisément à leur usage. Si l'emplacement des galeries dans les sanatoriums avait donné lieu, depuis le XIX^{e} siècle, à de nombreuses interprétations, au moins faisait-il l'objet d'un choix motivé, âprement défendu par les médecins et les architectes, de sorte qu'un projet audacieux servait fréquemment de manifeste en faveur d'une nouvelle interprétation de la cure antituberculeuse, voire même de manifeste architectural. Il suffit pour s'en convaincre de considérer le sanatorium Zonnestraal (Jan Duiker, 1928) aux Pays-Bas ou le sanatorium de Paimio (Alvar Aalto, 1929)

[2879] *Idem*, p. 12.
[2880] *Idem*, p.45.
[2881] Discours inaugural prononcé au Congrès des médecins de langue française de 1957, cité par Michel Couot, *Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et le problème de sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, Besançon, 1971, p. 3.

en Finlande. Pris entre des codes architecturaux figés et un programme médical hésitant, Le Même ne manfeste pas dans ce projet corse l'assurance exprimée dans les sanatoriums conçus avec Pol Abraham vingt ans auparavant[2882]. Alternativement placées aux deux derniers étages du bâtiment d'hospitalisation, à l'avant des chambres, de façon asymétrique à l'extrémité de la section des hommes et au-dessus de celle des femmes ou dans des ailes latérales posées sur pilotis, les galeries de cure s'apparentent ici à un motif architectural convenu mais dont l'architecte ne sait réellement que faire. En demandant aux concurrents deux variantes, le programme du concours réduisait implicitement les galeries de cure au rang d'accessoire, aisément déplaçable d'une partie à l'autre du bâtiment. Les concurrents se plièrent à cette exigence sans adapter le corps du bâtiment à l'une ou l'autre de ces dispositions. Alors qu'elles donnaient au sanatorium sa spécificité depuis la fin du XIX^{e} siècle, les galeries de cure cessent d'être un enjeu architectural au milieu des années cinquante. Dans le projet de l'architecte Jean Bossu pour ce même concours, les galeries de cure sont le support d'un motif qui font de la façade sud du bâtiment une surface plastique (ill. 176-177).

Dans le projet du sanatorium interdépartemental d'Osséja (Pyrénées-Orientales), conçu par l'architecte Louis Arretche en 1950, l'innovation principale consistait en une ossature métallique, préfabriquée en usine et devant assurer au bâtiment toute la flexibilité exigée par le renouvellement permanent des techniques médicales. Les galeries de cures qui couvraient, dans le projet initial, toute la façade sud du bâtiment, étaient partiellement suspendues aux poutres métalliques débordant de la toiture, à la manière d'une façade rideau[2883]. Assimilées ainsi à du second œuvre, les galeries ne font définitivement plus corps avec le bâtiment dont elles restent paradoxalement un attribut essentiel : tout sanatorium qui en serait dépourvu perdrait, symboliquement du moins, sa capacité à soigner. Le programme de l'établissement sera modifié en cours de chantier et l'on renoncera à un usage sanatorial : maintenues sous la forme de simples balcons, les galeries de cure avaient perdu leur vocation thérapeutique[2884].

Dans le sanatorium de la Réunion, ouvert en 1960, la désinvolture avec laquelle furent traitées les galeries de cure confirme le rôle accessoire qui leur est prêté. N'ayant pas intégré l'inversion due à l'implantation du bâtiment dans l'hémisphère sud (où la façade ensoleillée est celle exposée au Nord), les architectes disposèrent les chambres et les galeries de cure strictement au Sud, comme la règle l'exigeait, c'est-à-dire, dans le cas présent, sur la face ombragée de l'établissement (ill. 452). L'erreur sera constatée alors que le chantier était trop avancé pour faire machine arrière. Quant au sanatorium de Bouillante, à la Guadeloupe (Amarias et Roche architectes, 1950-1969), les galeries de cure qui ceinturent ses quatre faces n'ont plus aucune utilité thérapeutique lorsque le bâtiment est inauguré en 1969 (ill. 450-451). Vidés de leur substance, les anciens sanatoriums construits dans les années vingt et trente, comme ceux réalisés après la guerre, sont réduits dans les années soixante à de simples contenants, dont les galeries ne sont que les réminiscences de dispositifs obsolètes. Alors que de nouvelles thérapies remplacent les anciennes méthodes de cure, les formes architecturales qui les traduisent tardent à s'adapter, en raison de l'inertie propre au « type sanatorium ». Perpétuant l'identification de l'établissement à l'acception, pour ainsi dire « classique », de ces établissements, les galeries de cure persistent malgré l'abandon progressif de leur usage thérapeutique.

Les antibiotiques et la fin du programme sanatorial.

Le véritable tournant dans les méthodes de cure antituberculeuse date du milieu des années soixante et de l'apparition d'une seconde génération d'antibiotiques ouvrant la voie de la chimiothérapie moderne[2885]. Les résultats obtenus avec ces nouvelles molécules sont éloquents : « un traitement d'attaque de deux à trois mois en milieu spécialisé, suivi d'un traitement ambulatoire de neuf à quinze mois » suffisent dans la majorité des cas à redonner au malade son aptitude au travail[2886]. Non seulement la chirurgie est quasiment abandonnée, mais l'hospitalisation des malades en sanatorium qui, dix ans

[2882] Notamment le projet pour le sanatorium de Plaine-Joux (1928) et les sanatoriums du Roc-des-Fiz (1929), Guébriant (1930) et Martel de Janville (1932) au Plateau d'Assy (Haute-Savoie).
[2883] Blain, *L'Atelier de Montrouge (1958-1981) ; prolégomènes à une autre modernité*, thèse de doctorat, Université Paris VIII, 2001.
[2884] A son inauguration, en 1967, le bâtiment accueillait des enfants atteints d'asthme et de mucoviscidose
[2885] En particulier l'éthambutol (1961) et la rifampicine (1964).
[2886] Couot, *op. cit.*, p. 23.

auparavant, durait en moyenne neuf mois, est divisée par trois. Parallèlement, l'allègement des pathologies et l'efficacité accrue des thérapies permet aux malades d'achever leur traitement à domicile. Ce phénomène diminue encore la durée moyenne d'hospitalisation et accentue la désaffection des anciens sanatoriums[2887].

Considérant les aléas du traitement antibiotique et un éventuel retour massif des tuberculeux dans les sanatoriums, le ministère français de la Santé avait adopté une position prudente qui consistait à ne pas précipiter la réduction des capacités d'hospitalisation. En 1961, le quatrième plan d'équipement sanitaire prévoyait ainsi le maintien des établissements existants et leur conversion partielle en centres de réadaptation fonctionnelle pour malades en fin de cure. En 1968 toutefois, le ministère prit la mesure de l'irréversibilité de l'hémorragie qui vidait les sanatoriums de leurs tuberculeux en les autorisant à recevoir des malades atteints d'autres affections[2888]. Adopté en pleine contestation sociale et politique, le décret ministériel du 10 mai 1968 ouvrait les sanatoriums aux pathologies non tuberculeuses, mettant fin à un demi-siècle de spécificité sanatoriale et au cycle typologique qui avait attaché ces établissements, par leur architecture même, au traitement exclusif de la tuberculose. La réglementation régissant la conversion des établissements fut adoptée l'année suivante, et la loi hospitalière de 1970 entérina l'effondrement du modèle sanatorial : les termes « climatisme » et « sanatorium » furent expurgés du nouveau texte régissant le système hospitalier français[2889]. A partir de cette date, quinze années seront encore nécessaires pour mener à bien la conversion des 67.800 lits de sanatoriums, préventoriums, aériums et autres établissements de post-cure qui constituaient l'armement antituberculeux français. Beaucoup de ces établissements se tournèrent alors vers la « réhabilitation respiratoire » ouverte à toutes les formes de pathologie pulmonaires. Le déclassement administratif des sanatoriums faisait logiquement suite à leur obsolescence médicale : en 1968, ces établissements étaient réduits à l'état de potentielles coquilles vides dont la valeur économique justifiait seule le maintien d'une activité médicale. Le long processus de reconversion qui s'engageait ouvrait la porte à toutes les mutilations.

La qualité technique et spatiale de ces établissements n'était pourtant pas exclusivement liée au rôle qui leur avait été attribué dans la lutte contre la tuberculose. Etonnamment, le processus de reconversion qui les touchait validait *a posteriori* les qualités intrinsèques de cette architecture. Cette mise à nu est particulièrement claire dans le cas du sanatorium de Champcueil (Essonne) construit en 1935 par l'Assistance Publique de Paris et reconverti en service de gériatrie en 1963. Investis par de nouveaux pensionnaires dont la dégradation physique pouvait faire passer les anciens tuberculeux pour des biens portants, les bâtiments continuèrent à prodiguer leur action thérapeutique : les médecins relevèrent ainsi que, deux mois seulement après leur entrée dans l'ancien sanatorium, « les grabataires [étaient] debout, les incontinents [étaient] propres, et les délirants beaucoup plus présents ». Ils ne pouvaient expliquer ces « résultats stupéfiants » autrement que par « le miracle de l'aération, de l'espace, de l'ambiance et de la connaissance très grande, dans ces établissements, de la psychologie du malade »[2890]. Leurs confrères phtisiologues n'auraient pas renié ce discours en 1900. Attaqué dans sa matérialité, le sanatorium était finalement débarrassé de la mystique climatique qui en brouillait la lecture. Dépouillés de leurs attributs, détournés de leur tâche première, devenus vulnérables, ces établissements n'en continuaient pas moins à dispenser la « thérapie architecturale » pour laquelle ils avaient été conçus.

Si les années soixante marquent la fin du sanatorium en tant que programme sanitaire, la modernité dont il avait été investi contaminait au même moment d'autres programmes architecturaux. La spécificité du programme sanatorial avait été fondée sur deux éléments : l'utilisation de dispositifs

[2887] En Suisse par exemple, le traitement ambulatoire connut un essor prodigieux dès sa prise en charge par les assurances sociales en 1959 ; à tel point qu'en 1962, plus de la moitié des tuberculeux étaient soignés à domicile, contribuant à vider les sanatoriums de leurs pensionnaires. Des 155 sanatoriums en activité en Suisse en 1950, il n'en subsistait que 59 en 1960, 80% des sanatoriums privés ayant fermé leurs portes entre temps. F. Cardis, « La crise du sanatorium en Suisse », in *Revue médicale de la Suisse Romande*, novembre 1964, n°11, p. 828.

[2888] Le décret du 10 mai 1968 abrogea les articles 231 et 233 du Code de la santé publique, autorisant les sanatoriums d'adultes pour tuberculeux pulmonaires à recevoir, dans certaines conditions, des malades atteints d'autres affection à évolution prolongée et présentant une réaction tuberculinique positive.

[2889] Marie-Noëlle Dambron, *Evolution de l'armement antituberculeux français et problèmes posés par sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1985, p. 21.

[2890] Couot, *op. cit.*, p. 37.

architecturaux censés agir sur le biologique et la démocratisation de méthodes de cure autrefois réservées à une élite. Après la Seconde Guerre Mondiale, ces vecteurs de modernité sont réinvestis par le secteur des loisirs, dont les promoteurs revendiquent l'ouverture au plus grand nombre. Les stations de sports d'hiver sont sans doute le meilleur exemple de ce transfert de valeurs. Déterminée par le « mythe de la modernité » et celui de l'accès démocratique[2891], leur conception repose sur les acquis de l'architecture hygiéniste d'avant-guerre, dont les sanatoriums avaient été les meilleurs représentants. L'égalitarisme que promettait le sanatorium par le droit de chaque malade à disposer du soleil, de l'air pur et du paysage, préfigure le « droit à la vue » réclamé par les touristes dans les stations alpestres ou balnéaires. La construction, dans les années soixante et soixante-dix, de vastes ensembles de logements locatifs dans les stations de sports d'hiver, prolonge ainsi la réflexion menée dans les années trente sur la « cellule individuelle de cure » constituée dans les sanatoriums d'une chambre de malade précédée d'un balcon. Conçue sur la base d'un module unique, cette architecture plébiscite un rapport frontal avec son environnement dont chaque unité jouit équitablement. Impératif thérapeutique dans un cas, nécessité économique et touristique dans l'autre, cet héliotropisme assure enfin la cohérence morphologique des stations climatiques de cure et de sports d'hiver : multiplication d'unités identiques, orientation solaire, etc.

Les années soixante ont marqué la fin de l'association symbiotique entre thérapie et architecture dont les sanatoriums étaient une manifestation évidente. Elles ont également été le moment d'un transfert : alors que les galeries de cure des sanatoriums pointaient l'inadéquation entre programme et usage, ces mêmes galeries signifiaient l'avènement du tourisme de masse dans les stations balnéaires et de montagne. La perpétuation de ces valeurs solaires nous incite à reconsidérer la disqualification dont furent l'objet les sanatoriums : bien que transformés ou désaffectés, ces bâtiments témoignent aujourd'hui encore d'un rapport particulier entre l'architecture, le climat et le paysage ; problématique contemporaine s'il en est. L'entrée de ces établissements dans le champ patrimonial[2892] et l'intérêt suscité par différentes opérations de réhabilitation[2893] sont les derniers épisodes d'un processus de mutation initié dans les années soixante et toujours à l'œuvre[2894]. Au-delà des qualités architecturales des anciens établissements de cure, les conditions historiques et critiques de leur réévaluation sont donc au cœur de cette actualité sanatoriale.

[2891] Marc Chevallier, « Paroles de modernité. Pour une relecture culturelle de la station de sports d'hiver moderne », in *Revue de géographie alpine*, 1996, n°3, p. 29.

[2892] Le sanatorium départemental d'Aincourt (Crevel & Decaux architectes, 1930-1933), l'hôpital-sanatorium Sabourin à Clermont-Ferrand (A. Aubert architecte, 1931-1934) et le sanatorium Martel de Janville au Plateau d'Assy (Abraham & Le Même architectes, 1932-1937) ont été protégés au titre des monuments historiques respectivement en 1999, 2000 et 2006.

[2893] Citons, à titre d'exemple, la restauration des sanatoriums Zonnestraal (J. Duiker architecte) et de Paimio (A. Aalto architecte) et, en France, la réhabilitation des sanatoriums de Bodiffé-en-Plemet (Côtes-d'Armor, 1933) et Sabourin (Puy-de-Dôme, 1934). Voir également : Philippe Grandvoinnet, « Le sanatorium Martel de Janville : prescriptions pour un projet de sauvegarde », in B. Toulier, J.-B. Cremnitzer (dir.), *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*, Paris, Do.Co.Mo.Mo. International - Cité de l'architecture et du patrimoine, 2008, p. 90-95.

[2894] Il serait trop long de dresser l'inventaire des établissements mutilés ou détruits ces dernières années. Les sanatoriums les plus menacés sont aujourd'hui ceux de la station climatique de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) : deux d'entre eux ont été définitivement désaffectés en 2008 et 2009 (fig.13) et abandonnés aux pillards ; le troisième (celui des étudiants) sera désaffecté en 2011 et connaîtra vraisemblablement le même sort. La démolition des bâtiments a été actée par la préfecture de l'Isère.

CONCLUSION

« Organe antituberculeux rationnel », « instrument de cure » ou « maison scientifiquement agencée »[2895], le sanatorium reste toutefois ancré dans le XIX^e^ siècle. En raison d'exigences hygiéniques plus strictes que dans d'autres établissements de santé et parce que ces mesures d'hygiènes reposaient sur des dispositifs techniques innovants, le sanatorium fut considéré comme un programme « moderne » dès avant 1900. Bien que peu nombreux, les sanatoriums populaires français du début du XX^e^ siècle n'en étaient pas moins exemplaires, sans doute parce que leurs auteurs, avides d'innovations techniques et médicales mais dépourvus du nationalisme et de la germanophobie qui caractériseront l'entre-deux-guerres[2896], étaient allés puiser leurs références aux sources mêmes du mouvement sanatorial européen : en Suisse et en Allemagne. L'âge d'or du traitement hygiéno-diététique se situe à la charnière des XIX^e^ et XX^e^ siècles : il débute avec l'essor des sanatoriums populaires dans les années 1890 et s'achève, prématurément en France, avec la polémique issue du congrès allemand de la tuberculose en 1899 et la publication des premières statistiques médicales à long terme, jugées décevantes. Les partisans français du traitement sanatorial ne cesseront de faire référence à cette première époque, « classique », voire « mythique », du mouvement sanatorial européen.

En France, la Première Guerre Mondiale fut l'occasion de réévaluer la méthode hygiéno-diététique et son application dans les sanatoriums à l'aune de l'urgence sanitaire que constituait la prise en charge des malades. L'élan politique et populaire en faveur des militaires tuberculeux donna une nouvelle impulsion – certes tardive – au mouvement sanatorial français. Si le contexte avait dramatiquement changé, l'existence de modèles nationaux, peu nombreux mais largement diffusés avant la guerre, facilita l'adoption du sanatorium en tant qu'instrument de cure exclusif de la tuberculose pulmonaire. Les sanatoriums d'Angicourt, de Hauteville et de Bligny constituaient alors les repères les plus tangibles de l'archi-tecture sanatoriale française et serviront de base à l'élaboration des sanatoriums populaires des années vingt. Le cadre législatif et médical de cet équipement sanatorial fut donc bâti sur des acquis antérieurs à 1914.

Les conditions politiques, administratives et financières de ce programme sont d'une importance capitale car elles expliquent les orientations prises dès la fin de la guerre par l'Etat, les collectivités locales et les associations privées de lutte contre la tuberculose. En dépit d'un manque chronique de financements,

[2895] Landouzy et Brouardel, s.d. [*ca.* 1900], cités par Rodriguez-Bello 1938, p. 32.
[2896] L'Allemagne était notamment frappée d'ostracisme dans les instiutitions internationales. Voir page 217.

la machine administrative instituée en 1919-1920 réussit, bon gré mal gré, à édifier l'armement antituberculeux national envisagé pendant la guerre. La portée générale des textes réglementaires de 1919-1920 et les possiblités de dérogations introduites par le législateur devaient assurer l'intégration des structures antituberculeuses préexistantes et de celles créées pendant la guerre dans le nouvel armement antituberculeux national. Les textes ultérieurs seront l'occasion d'affiner ce cadre légal et d'imposer de nouveaux standards en matière d'aménagement et de prise en charge des malades. Les prescriptions en la matière sont d'ailleurs issues de textes de natures très diverses : en 1925, *La pratique des sanatoriums* de Guinard s'était imposé comme un manuel de référence et certaines de ses recommandations seront reprises en 1929 dans la *Note sur les sanatoria* du ministère du travail et de l'hygiène. Les établissements construits sont autant le reflet des conditions locales du projet que des contraintes réglementaires imposées par le ministère.

Ce cadre légal était toutefois suffisamment souple pour autoriser des variations dont la pertinence dépendait de la capacité des architectes à traduire les exigences d'usage – formulées ou non dans le programme – en dispositions spatiales, distributives et techniques. Cautionné médicalement par les médecins, le dispositif sanatorial devait encore faire la preuve de sa validité économique : si le « rendement médico-social » des sanatoriums dépendait en grande partie de leur gestion médicale et administrative, confiée aux seuls médecins-directeurs, il était du ressort des architectes de proposer des dispositions propres à l'améliorer. Les réalisations d'Abraham & Le Même au Plateau d'Assy ou les projets de Crevel & Decaux à Aincourt, Boudré et Thorenc sont autant de variations sur un même programme tentant d'apporter des solutions innovantes aux problèmes posés par l'hospitalisation des tuberculeux. Le choix d'un emplacement adéquat, la prise en compte de la discipline et de l'isolement des malades, les dispositions architecturales et techniques favorisant l'hygiène des malades et l'asepsie des espaces, procédaient d'une même quête de « rendement thérapeutique » dans les établissements de cure. Lors de la définition du programme, les théories médicales étaient ainsi mises à l'épreuve du projet architectural : le processus d'élaboration des établissements de cure consistait alors à traduire, dans un espace défini, les règles médicales énoncées par les médecins.

L'exigence de rendement visait autant l'efficacité thérapeutique que la réduction des coûts : on attendait des sanatoriums populaires qu'ils offrent des soins comparables à ceux prodigués dans les meilleurs établissements privés, mais au tarif pratiqué dans les hôpitaux généraux. La modernité du programme sanatorial réside aussi dans cette capacité à offrir au plus grand nombre des traitements réservés auparavant aux malades fortunés. La tâche des architectes prenait alors une dimension morale : « Le sanatorium, résumait Pingusson, est sans doute le type qui correspond aux besoins les plus généreux, les plus essentiels, les plus immédiatement impératifs, puisque de leur nombre, donc de leur prix, de leur rendement, dépend le salut d'un nombre immense d'être humains »[2897]. Pour les médecins, le défi était épistémologique et organisationnel : il s'agissait d'appliquer à la tuberculose – maladie sur laquelle ils n'avaient pas de prise directe – des outils techniques et des protocoles de traitement parfaitement calibrés, dont l'efficacité devait être quantifiée. Cette standardisation des procédures conditionne le passage d'une approche empirique de la maladie à une phtisiologie de masse, ambitionnée dans la loi de 1919. A la fin des années trente, il devenait toutefois « évident que le sanatorium moderne ne répond[ait] plus à la conception de ses initiateurs »[2898] : figé dans une conception héritée du XIX^{e} siècle, il était porteur d'une modernité en perte de vitesse que les médecins ne parvenaient plus à revivifier.

La rationalisation des méthodes de cure imposée par l'exigence de « rendement thérapeutique » tendait à instrumentaliser les équipements antituberculeux : au tournant du XX^{e} siècle, les médecins furent les premiers à utiliser l'image de la « machine » à guérir, bien avant que les théories rationalistes des années vingt n'eussent étendu cette conception à d'autres domaines de la production architecturale. Filant jusqu'au bout la métaphore mécaniste, Landouzy et Brouardel décrivaient en 1900 le sanatorium comme « une machine d'hygiène thérapeutique faite pour ouvrager [...] avec un maximum de rendement certaines

[2897] Pingusson 1932, p. 33.
[2898] Rodriguez-Bello 1938, p. 32.

catégories de tuberculeux curables »[2899]. Du côté des architectes, la caution apportée par les milieux politiques et l'enjeu sanitaire que constituait le programme sanatorial imposait de s'en tenir à l'essentiel : puisque l'hygiène l'exigeait, cette architecture pouvait sans crainte être dépouillée des « oripeaux » de la tradition ; mieux, la suppression des ornements et des décors devenait un critère objectif d'efficacité thérapeutique. S'il fallait sacrifier à la tradition sanatoriale – représentée par les équipements modèles construits autour de 1900 – au moins résultait-elle d'un « esprit moderne », certes daté, mais emprunt d'un idéal instrumental et rationnel. Le principe de « sincérité architecturale »[2900] exigeait de renoncer à toute volonté « esthétique », la seule esthétique acceptable étant celle issue du machinisme, d'où l'association fréquente des sanatoriums avec les objets incarnant l'excellence de cette culture technique, comme les avions et les paquebots[2901]. Conçu comme un « instrument rationnel », le sanatorium devait avait tout répondre à des usages précis ; toute sophistication inutile, toute disposition de plan dont la justification était autre que fonctionnelle, semblait contre-productive. Citant Paul Valéry, Martin Rideau rappelait que « tout ce qui est esthétique est douteux »[2902]. Formulée à l'attention des architectes, cette mise en garde se voulait fédératrice : le médecin et l'architecte étaient les deux visages d'un même Janus, seul technicien habilité à « ouvrager » les bâtiments comme les malades. Pour les médecins, le sanatorium n'avait pas d'autre identité que médicale et toute volonté de lui donner une autonomie formelle – la tentation d'une « esthétique » sanatoriale – ne pouvait que figer ce programme dans un état forcément incomplet, incapable de prendre en compte l'évolution continue des pratiques thérapeutiques.

Le projet sanatorial procédait ainsi d'un « bricolage » perpétuel, entendu au sens de Claude Lévi-Strauss comme le renouvellement incessant d'une boite à outils composée d'éléments hétéroclites[2903]. Médecins et architectes y puisaient les éléments nécessaires à l'élaboration d'un établissement de cure envisagé comme un instrument technique. Ces éléments n'avaient d'autre finalité que la production d'équipements sanitaires évalués à l'aune du seul rendement économique et thérapeutique. La cohérence du projet vis-à-vis d'une conception théorique ou esthétique de l'architecture passait ici au second plan. Le refus d'adopter des plans types, l'importance accordée à l'adaptation du bâti aux conditions locales (climatiques, géologiques, constructives) confirment la dimension artisanale du projet sanatorial. Il s'agissait à chaque fois de réaliser un instrument idéal ou, plus exactement, idéalement adapté aux conditions locales de la cure. Mêmes optimales pour un projet donné, les dispositions favorisant le rendement thérapeutique d'un établissement ne pouvaient être transposées à l'échelle de la production sanatoriale dans son ensemble. Paradoxalement, pour ces raisons d'adaptation au lieu et aux conditions locales de la cure, le passage d'une « phtisiologie de niches » (création non concertée de sanatoriums par les œuvres privées) à une « phtisiologie de masse » (prise en compte systématique par les administrations de la question sanatoriale) n'a pas été accompagné d'une standardisation – encore moins d'une industrialisation – de la production sanatoriale. L'emploi parcimonieux de modèles ne visait pas tant à optimiser les conditions de production, qu'à faciliter le traitement administratif des projets et à donner un semblant de cohérence typologique à cette production dont chaque nouvel exemple, sans réinventer le type, en offrait une variation chargée de sens. La diversité des réalisations ne provient pas des programmes – sensiblement identiques – mais de leur interprétation par les médecins et les architectes, et des choix de mise en œuvre selon les courants de pensées et les influences locales, nationales ou internationales. Ces variations ont été élaborées autour d'éléments architecturaux récurrents tels que la dichotomie Nord-sud divisant les établissements en deux zones distinctes ; la structuration longitudinale des bâtiments ;

[2899] Landouzy et Brouardel, s.d. [*ca.* 1900], cités par Rodriguez-Bello 1938, p. 32.
[2900] Dally 1931, p. 25.
[2901] Le plan général du sanatorium Sancellemoz (Haute-Savoie, 1931) était ainsi comparé « à celui d'un immense avion aux plans multiples développant aux maximum ses ailes pour recevoir mieux l'attaque de l'air qui est son soutien, ici celle bienfaisante du soleil » (*L'Architecture française* 1946, n°55-56, p. 62). Le pavillon des jeunes filles du sanatorium des étudiants présentait dans les années cinquante une « longue façade rectiligne avec les quatre ponts-promenade superposés de ses galeries de cure et terrasses superposées. Accoudées à leur bastingage, les jours de brume, les étudiants douées de quelque imagination doivent entendre les sirènes d'alarme des terre-neuviens égarés » (*Guy Renard*, juillet-août 1957, n°66, p. 2). S'agissant de la métaphore du paquebot, voir : Texier 2006.
[2902] Cité par Rideau 1932, p. 115.
[2903] Voir : Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, Paris, Plon, 1960, p. 27.

l'héliotropisme des espaces réservés aux malades, notamment des chambres et des galeries de cure ; le rapport des édifices au paysage et au climat, etc. La « tradition » sanatoriale et les contraintes légales et d'exposition formaient le cadre général du projet dans lequel les architectes étaient libres – sous la conduite des médecins – de proposer des variations pour satisfaire les conditions locales du projet. Le projet sanatorial est ainsi constitué d'une double trame articulant le fixe et le variable en fonction du contexte (social et économique autant que climatique et géographique) et de la volonté des acteurs du projet de l'inscrire dans une filiation ou d'innover.

Les sanatoriums ont été durablement ancrés dans l'imaginaire populaire et architectural à travers quelques bâtiments phares qui constituaient l'horizon d'un idéal sanitaire que s'efforçait d'atteindre chaque projet. Le sanatorium de Plaine-Joux (Haute-Savoie, 1929) illustre à la perfection la fascination que pouvait exercer un projet sur les médecins comme sur les architectes, pour qui le principal objectif était de perfectionner les modèles existants selon une échelle continue de progrès sanitaire et technique. A Plaine-Joux, comme dans les projets à gradins de Bodiffé, Aincourt et Guébriant, le perfectionnement ne concernait pas seulement quelques éléments du programme (chambres, cures ou services) mais résultait d'une refonte globale des dispositions en usage : les modèles en vigueur n'avaient donc rien d'exclusif et la validité d'une nouvelle proposition dépendait plus de sa capacité à constituer un instrument de cure efficace que de son ancrage dans une prétendue « tradition » sanatoriale. Le mode d'existence des sanatoriums était toutefois multiple et le « bricolage » opéré dans leur conception résulte d'une adaptation constante aux conditions locales du projet : l'emploi de matériaux et de motifs architecturaux issus des traditions locales et la transformation des bâtiments anciens contredisent l'image d'une production homogène et typique véhiculée par les publications et retenue par les historiens de l'architecture.

A la fois modernes et désuets dans leur programme, liés à la tradition mécaniste du XIX^{e} siècle autant qu'à un mode artisanal de production, emprunts de caractères « typiques » et d'une diversité intrinsèque, les sanatoriums procèdent d'une « architecture plurielle »[2904] dont la versatilité n'est pas exempte de constantes propre au « type » sanatorium. Au-delà de ces variations, la stabilité typologique des sanatoriums s'explique par leur ancrage dans une théorie médicale érigée en dogme : les contours de la méthode hygiéno-diététique étaient suffisamment flous pour résister à la plupart des critiques scientifiques et cette méthode ne perdra de sa substance qu'après la Seconde Guerre Mondiale pour finalement se dissoudre dans une sorte de climatisme touristique.

Latente, en France, dès les années trente, l'obsolescence des sanatoriums a été définitivement actée à la fin des années soixante. Le processus de reconversion engagé à cette époque procédait du même « bricolage » que celui qui avait présidé à leur conception, à la différence qu'il semblait dépourvu de finalité. De la simple reconversion administrative à la reconversion lourde modifiant l'organisation des bâtiments, de la démolition complète à la protection patrimoniale, les sanatoriums n'en finissent pas d'explorer tous les champs du possible : à défaut de pouvoir retrouver un usage climatique en phase avec leur conception initiale, les anciens établissements de cure sont le lieu d'une expérimentation des usages dont la position empirique n'est pas si éloignée de celle adoptée dans l'entre-deux-guerres. Estimant, en 1971, que le sanatorium avait « encore un rôle à jouer »[2905] dans le paysage sanitaire français, Couot ne s'imaginait sans doute pas que la formule serait encore valable quarante ans plus tard : si les anciens sanatoriums n'occupent plus aujourd'hui qu'un rôle mineur dans le paysage hospitalier français, leur place va croissante dans les politiques urbaine, économique et culturelle de nombreuses communes, *a fortiori* dans les anciennes stations climatiques dont le tissu bâti s'est construit ou réorganisé autour d'un noyau sanatorial structurant.

La situation actuelle des anciens sanatoriums de cure est problématique à plus d'un titre. L'absence de vision d'ensemble de la production sanatoriale française n'a pas permis, jusqu'à aujourd'hui, de considérer ces édifices à l'aune du corpus architectural auquel ils appartiennent. Le présent travail vise à combler, du moins partiellement, cette lacune. Les démolitions récentes (sanatoriums des Genévriers,

[2904] Curtis 2004, p. 9.
[2905] Couot 1971, p. 22.

d'Oissel, des Tilleroyes), comme celles programmées (sanatorium de Belligneux à Hauteville, sanatoriums des Petites-Roches et des étudiants à Saint-Hilaire-du-Touvet, sanatorium Rhône-Azur à Briançon), attestent de la difficulté à valoriser, d'un point de vue économique, architectural et culturel, le patrimoine sanatorial. Après quarante ans de reconversions successives, réalisées dans l'urgence et sans perspectives à long terme, la plupart des anciens sanatoriums sont en sursis : l'abandon de l'activité médicale et la désaffectation sont la voie de sortie la plus fréquente. Le classement de plusieurs de ces édifices au titre des monuments historiques[2906] a constitué une entrée timide des sanatoriums dans le champs patrimonial : ces mesures n'ont été adoptées que parce qu'un projet de réhabilitation, public ou privé, garantissait la pérennité des sites. Les bâtiments détruits – comme ceux menacés – n'étaient pas moins remarquables : Oissel était l'un des premiers sanatoriums populaires français, les Genévriers présentaient une rare disposition pavillonnaire, les Tilleroyes était un établissement particulièrement « typique » de la conception sanatoriale des annnées trente, Belligneux est l'une des premières applications du « système de Leysin » en France. La valeur patrimoniale des objets considérés dépend plus fréquement des opportunités de reconversion que de leurs caractéristiques techniques, architecturales et urbaines.

La situation est bien sûr variable d'un site à l'autre : bien que particulièrement riche, le patrimoine sanatorial de Briançon (Hautes-Alpes) reste dans l'ombre du patrimoine ancien, notamment lié à l'œuvre de Vauban, et la démolition probable du sanatorium Rhône-Azur ne suscite localement aucune réaction. Le Plateau d'Assy (Haute-Savoie) et Hauteville (Ain) doivent au contraire leur essor à l'installation des sanatoriums ; ils constituent l'essentiel du patrimoine bâti de ces localités dont l'histoire, au cours du XX^{e} siècle, est indissociable du mouvement sanatorial : au Plateau d'Assy, les sanatoriums ont été valorisés et intégrés de longue date au programme évènementiel de la ville (expositions, colloques, publications) ; à Hauteville, la communauté de communes envisage la création d'un musée consacré au climatisme et au traitement de la tuberculose. La situation est tout autre à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) : si la ville doit également son essor économique aux sanatoriums implantés dans les années vingt, la crise économique et identitaire résultant de leur fermeture provoque un refoulement de cette histoire sanatoriale : après démolition des bâtiments, la commune envisage de « renaturaliser » le site afin d'effacer toute trace de l'activité médicale. Si les établissements situés en milieu urbain ont été facilement réhabilités, ceux construits loin des centres importants, à la campagne ou en montagne, posent des difficultés de gestion que les petites communes ne sont pas en mesure de résoudre par leurs propres moyens. Les dimensions parfois gigantesques de ces bâtiments, le cararctère atypique de ces établissements hospitaliers non urbains, les difficultés techniques et financières posées par leur mise aux normes et l'image négative véhiculée par la tuberculose dans la mémoire collective – particulièrement forte aux abords des anciens sanatoriums – s'opposent fréquement à la définition de projets de réhabilitation.

Partant du postulat que la sélection patrimoniale peut s'appuyer sur une analyse contextuelle du bâti, nous avons cherché à définir le degré d'innovation apporté par chaque édifice au sein d'un corpus donné : sa valeur de « type », voire d'« archétype », son appartenance à une série, sa filiation par rapport à d'autres objets plus ou moins proches de lui dans le temps et dans l'espace. Situant chaque objet dans une histoire plus large que la sienne propre, ces éléments sont autant d'indicateurs qui permettent d'évaluer la production architecturale et d'orienter les choix en matière de conservation et de valorisation patrimoniale.

[2906] Les sanatoriums d'Aincourt (Val-d'Oise) et Sabourin (Puy-de-Dôme) ont été partiellement classés en 1999-2000 ; le sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie) a été inscrit à l'inventaire supplémentaire des Monuments historiques en 2006.

SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. ARCHIVES

Nous ne mentionnons ici que les lieux sources, sans préciser les côtes des documents consultés qui sont données, par projet, dans le catalogue joint en annexes. Toutes les archives départementales ayant été sollicitées, la liste ci-dessous ne comprend que les centres d'archives visités et ceux qui nous ont transmis des éléments (en italique).

1.1. Archives départementales

A.D. de l'Allier à Moulins.
A.D. des Hautes-Alpes à Gap.
A.D. des Alpes-Maritimes à Nice.
A.D. des Bouches-du-Rhône à Marseille.
A.D. du Calvados à Caen.
A.D. de la Corrèze à Tulle.
A.D. de la Côte-d'Or à Dijon.
A.D. du Doubs à Besançon.
A.D. du Gard à Nîmes.
A.D. de l'Hérault à Montpellier.
A.D. d'Indre-et-Loire à Tours.
A.D. de l'Isère à Grenoble.
A.D. des Landes à Mont-de-Marsan.
A.D. de la Loire à Saint-Etienne.
A.D. de la Haute-Loire au Puy-en-Velay.
A.D. de la Loire-Atlantique à Nantes.
A.D. du Lot à Cahors.
A.D. du Lot-et-Garonne à Agen.
A.D. de Maine-et-Loire à Angers.
A.D. de la Marne à Châlons-en-Champagne.
A.D. de la Mayenne à Laval.
A.D. du Morbihan à Vannes.
A.D. de la Moselle à Metz.
A.D. de la Nièvre à Nevers.
A.D. du Nord à Lille.
A.D. du Pas-de-Calais à Arras.
A.D. du Puy-de-Dôme à Clermont-Ferrand.
A.D. des Hautes-Pyrénées à Pau.
A.D. du Bas-Rhin à Strasbourg.
A.D. de la Saône-et-Loire à Mâcon.
A.D. de la Sarthe au Mans.
A.D. de la Savoie à Chambéry.
A.D. de la Haute-Savoie à Annecy.
A.D. de la Seine à Paris.
A.D. de la Seine-Maritime à Rouen.
A.D. de la Seine-et-Marne à Dammarie-les-Lys.
A.D. des Yvelines à Saint-Quentin-en-Yvelines.
A.D. de la Haute-Vienne à Limoges.
A.D. du Val-d'Oise à Cergy.

1.2. Autres archives publiques

Archives nationales : C.A.R.A.N., section des cartes et plan (fonds Paul Tournon), Paris ; Centre des archives contemporaines, Fontainebleau.

Archives de l'Institut français d'architecture, Paris : fonds Louis Arretche, Bétons-armés Hennebique, Roger Henri Expert, Pierre Forestier, André Lurçat, Auguste Perret, Georges Henri Pingusson, Joachim Richard,.

Archives de l'Institut Pasteur, fonds du Comité national de défense contre la tuberculose, Paris.

Archives du Centre Pompidou (fonds Abraham), Paris.

Archives de l'Ecole des beaux-arts, Paris.

Centre des archives historiques de la SNCF, Le Mans.

Archives de l'I.N.P.I., Paris.

Archives municipales de Nîmes, Grenoble et Lyon.

1.3. Archives hospitalières et privées

Ain : Archives du C.H. intercommunal d'Hauteville-Lompnès (anciens sanatoriums Belligneux et l'Albarine).

Aisne : *Archives du C.H. de Saint-Gobain (ancien sanatorium de Saint-Gobain).*

Allier : *Archives de l'hôpital Cœur de Bourbonnais à Rocles (anciens sanatoriums François et Marie Mercier).*

Bouches-du-Rhône : *Archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.*

Creuse : *Archives du C.H. de Sainte-Feyre.*

Finistère : *Archives du C.H. de Plougonven (ancien sanatorium de Guervénan).*

Rhône : Archives des Hospices civils de Lyon.

Sarthe : *Archives du centre médical F. Gallouedec à Parigné-Lévêque (ancien sanatorium de Parigné-Lévêque).*

Archives du Centre médical G. Coulon, Le Grand Lucé (ancien sanatorium du Grand Lucé) .

Haute-Savoie : Archives de l'Association des villages de santé de haute altitude (A.V.S.H.A., ancienne Association des villages sanatoriums de haute altitude) et archives du C.R.E.H.A. au Plateau d'Assy (Haute-Savoie).

Paris : Archives de la Fondation santé des étudiants de France (anciens sanatoriums de la F.S.E.F. : sanatoriums de Saint-Hilaire, Neufmoutiers-et-Brie, Vaux-le-Pénil, etc.).

Archives de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Archives des Pupilles de l'Ecole Publique (sanatorium héliothérapique de Font-Romeu), Paris.

Var : *Archives du C.H. intercommunal de Cavaillon-Lauris, (ancien sanatorium Roquefraîche).*

Val-d'Oise : Archives du C.H. de Carnelle (ancien sanatorium de Franconville), Saint-Martin-du-Tertre.

Guadeloupe : *Archives du C.H. Maurice Selebonne à Bouillante.*

1.4. Suisse et Allemagne

Archives du G.T.A., Ecole fédérale polytechnique de Zurich.

Archives de l'*Institut für Krankenhausbau, Technische Universität* de Berlin.

2. SOURCES IMPRIMÉES

2.1. Articles et ouvrages.

1876
« Établissement des Sanatoria dans les Pyrénées », in *La Nature*, 1876, quatrième année, p. 397.

18 janvier 1890
« Ecole des Beaux-Arts. Concours de 2e classe. Jugement du 3 janvier 1890 : un sanatorium, une chapelle funéraire, la porte d'une préfecture de police », in *La construction moderne*, 18 janvier 1890, p. 170-173.

9 juin 1894
« Bau eines Sanatoriums im Kanton Zürich », in *Schweizeriche Bauzeitung*, 9 juin 1894, vol 33-34, p. 154.

6 avril 1895
« Académie des Beaux-Arts. Concours du Grand Prix d'architecture. Un sanatorium dans une haute station alpestre », in *La Construction moderne*, 6 avril 1895, p. 316-317.

3 juin 1899
« Zürcherische Heilstätte für Lungenkranke in Wald. Architekten : Jung und Bridler in Winterthur », in *Schweizerische Bauzeitung*, 3 juin 1899, p. 198-199.

22 juillet 1899
« Projet de sanatorium », in *La Construction moderne*, 22 juillet 1899, t. 14, p. 509, pl. 98-99.

16 novembre 1901
« Sanatorium de Lay-Saint-Christophe », in *La Construction moderne*, 16 novembre 1901, n°46, p. 76-77, pl. 16-17.

1902
« Sanatorium von Carrières-sous-Bois bei Paris », in *Schweizerische Bauzeitung*, 1902, n°12, p. 128-129.

1902
« Concours pour l'érection d'un sanatorium de tuberculeux en Angleterre», in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1902, n°47, p. 285-286.

12 janvier 1902
« Sanatorium Schatzalp bei Davos : erbaut von Pfleghard & Häfeli, Architekten », in *Schweizerische Bauzeitung*, 12 janvier 1902, n°12, vol 39, p. 13-15.

3 janvier 1903
« The king's sanatorium. The three prize essays », in *The Lancet*, 3 janvier 1903, volume 1, p. 1-68.

4 juillet 1903
« Un sanatorium pour l'Angleterre », in *La Construction moderne*, 4 juillet 1903, p. 473-474.

16 décembre 1905
« Sanatorium de la Marlézière », in *La Construction Moderne*, 16 décembre 1905, p. 126-127, pl. 28.

14 avril 1906
« Sanatorium de Gorbio (Alpes-Maritimes) », in *La Construction moderne*, 14 avril 1906, p. 326-327.

1917
« Concours d'architectes salubristes (1916-1917) », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1917, n°39, p. 194-196.

23 février 1918
« Création de sanatoriums dans l'Afrique occidentale française », in *Paris médical*, 23 fév. 1918, n°8, p. 6-7.

novembre 1919
« Eure-et-Loire. L'œuvre antituberculeuse de la Commission Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine », in *Bulletin du C.N.D.T.*, novembre 1919, p. 19-23.

20 août 1921
« Un premier sanatorium d'altitude pour héliothérapie en France », in *La Presse médicale*, 20 août 1921, p.1203-1204.

1921
« Sanatorium antituberculeux et taxe sur le chiffre d'affaires », in *Paris médical*, 1921, p. 238.

1921
« Établissements publics et privés pour tuberculeux », in *Paris médical*, 1921, 295-296.

1926
« Suisse. Statistiques de lutte antituberculeuse », in *Bulletin de l'U.I.T.,* 1926, n°4, p. 70-77.

1927
« Suisse. Loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose », in *Bulletin de l'U.I.T.,* 1927, n°2, p. 97-133.

avril 1927
« Les livres. *La pratique des sanatoriums.* L. Guinard, 1926 », in *L'Architecte*, avril 1927, p. 28-30.

31 juillet 1929
« Le sanatorium de Saint-Gobain », in *La Presse médicale*, 31 juillet 1929, p. 1000.

1930
« Sanatorium à Compiègne. P. Tournon et H. Chapon architectes », in *Encyclopédie de l'architecture*, tome 1, 1930, (Hôpitaux, sanatoria, n°1), planche 75.

1930
« Etablissements de cure. Sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1930, n°52, p. 473.

15 avril 1930
« Concours pour l'édification de trois hôpitaux-sanatoriums », in *Bulletin de la société des architectes diplômés*, 15 avril 1930.

15 septembre 1930
« Concours. Avicourt [sic]. Hôpital-Sanatorium », in *L'Architecture*, vol. XLIII, n°7, 15 sept. 1930, p. 226.

7 février 1932
« Concours de la Ville de Versailles pour la construction d'un hôpital annexe de l'hôpital civil (Service des tuberculeux) », in *La Construction moderne*, 7 fév. 1932, p. 301 et suivantes.

1932
« France. Organisation de la campagne antituberculeuse », in *Bulletin de l'U.I.T.*, 1932, n°3, p. 255-261.

février 1932
« Hôpital régional à Waiblingen (Allemagne, 1926) », *L'Architecte,* février 1932, p.16, pl. 11-12.

mars 1932
« Sanatorium du Roc des Fiz (Haute-Savoie). Architectes : Pol Abraham et Henry Le Même », in *L'Architecte,* mars 1932, p. 18-22, pl. 13-16.

mars 1932
« L'architecte spécialiste », in *L'Architecte,* mars 1932, p.17.

mars 1932
« Projet de sanatorium. Michau et Faure architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 40.

mars 1932
« Sanatoriums italiens », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 41-43.

1933
« Village-sanatorium « Guébriant » (La Clairière) à Passy (Haute-Savoie) (1932). Architectes : Abraham et Le Même », in *L'Architecte,* 1933, p. 13-17, pl. 7-8.

février 1933
« Village-sanatorium « Guébriant » (La Clairière) à Passy (Haute-Savoie). Architectes : Pol Abraham et Henry Le Même », in *L'Architecte*, février 1933, p. 13-17, pl. 7-8.

mars 1933
P. M., « Hôpital-sanatorium Joffre à Champrosay », in *Le Bâtiment illustré*, n°3, mars 1933.

avril 1933
« Village-sanatorium Guébriant », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, avril 1933, n°3, p. 3-8.

avril 1933
« Le carreau de grès et la salubrité de la construction », in *La Technique sanitaire et municipale*, avr. 1933, p. 78.

1934
« L'hôpital de Niort. Laborie, architecte », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 26-32.

1934
« Sanatorium des femmes à Arnières (Eure) », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 71.

1934
« Les sanatoriums de Bodiffé en Plémet », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 75-77.

1934
« Sanatorium Chantoiseau à Briançon », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 83.

1934
« Le sanatorium départemental de Colmar », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 84.

1934
« Hôpital-sanatorium à Niort (Deux-Sèvres). André Laborie », in *L'Architecte,* 1934, p. 1-4, pl. 1.

15 janvier 1934
« Clichy. Construction d'un école de plein air », in *L'Architecture*, vol. 48, 15 janvier 1935, p. 9.

15 octobre 1934
« Concours. Thorenc (A.-M.). Edification de deux sanatoria », in *L'Architecture*, vol. 47, 15 oct. 1934, p. 155.

avril 1935
« France. Etat de la campagne antituberculeuse en 1933 », in *Bulletin de l'U.I.T.*, avril 1935, n°2, p. 131-141.

14 août 1935
« Inauguration officielle du sanatorium des étudiants de France », in *La Presse médicale*, 14 août 1935, n°65.

12 octobre 1935
« L'union internationale contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, 12 octobre 1935, p. 1593.

septembre 1936
« Le sanatorium départemental du Haut-Rhin (Colmar) », in *Béton-Armé*, n°343, septembre 1936, p. 1480-1491.

mai 1938
« Préventorium de Graucher [sic] », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mai 1938, n°5, p. 80.

mai 1938
« Salles de malades », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mai 1938, n°5, p. 82-84.

février-mars 1946
« Sanatorium des Genévriers à Lac-ou-Villiers, Doubs », in *L'Architecture française*, février-mars 1946, vol. 7, n°55-56, p. 68-70.

décembre 1956
« 16 novembre 1956. Le Président de la République inaugure le sanatorium des lycéens et collégiens à Neufmoutiers-en-Brie. Visite à Neufmoutiers », in *Guy Renard*, n°59, décembre 1956, p. 1-6.

Abraham & Le Même 1932/1
P. Abraham et H. J. Le Même, « Sanatorium en Haute-Savoie. P. Abraham et H. Le Même architectes », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 9-18.

Abraham & Le Même 1934
P. Abraham et H.J. Le Même, « Sanatoria », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, décembre 1934, n°9, p. 70.

Abraham 1938
P. Abraham, « La construction de sanatoriums d'altitude. Dix ans de réalisations et de recherches », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mai 1938, n°5, p. 66-69.

Amsler 1929
R. Amsler, *Sur la nécessité impérieuse d'organiser en Maine-et-Loire les possibilités réelles de l'hospitalisation sanatoriale des tuberculeux pulmonaires. Rapport dressé à la demande de MM. les membres de la municipalité d'Angers*, Angers, Imprimerie Siraudeau, 1929.

Anglade 1944
P. Anglade, *Le préventorium, indication et technique*, Paris, s.n., 1944.

Armaingaud 1919
Armaingaud, « Un exemple des procédés des Allemands dans la lutte contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, 10 juillet 1919, p. 539.

Armand-Delille 1928
P.-F. Armand-Delille, « L'organisation de la lutte antituberculeuse dans le département du Finistère et ses conséquences économiques et sociales », in *La Presse médicale*, 4 juillet 1928, p. 843-844.

Arnoult 1929
E. Arnoult, « Le sanatorium de l'Association métallurgique et minière contre la tuberculose à Saint-Hilaire-du-Touvet », in *La Presse médicale*, 30 octobre 1929, p. 1415-1416.

Artaud 1914
G. Artaud, *La lutte contre la tuberculose. Tuberculose et sanatoriums populaires (études)*, Paris, F. Alcan, 1914.

Assistance publique de Paris 1905
Administration générale de l'Assistance publique à Paris, *L'œuvre de l'Assistance publique à Paris contre la tuberculose (1896-1905)*, Congrès international de la tuberculose, Paris, Berger-Levrault, 1905.

Assistance publique de Paris 1937
Assistance publique de Paris, *L'administration générale de l'Assistance publique de Paris, 1920-1937*, Paris, imprimerie Georges Lang, 1937.

Association des infirmières visiteuse de France 1916
Association des infirmières visiteuse de France, *Inauguration des logements sanatoria : 4 rue du Château-des-Rentiers, dimanche 28 mai 1916*, Paris, Imprimerie Michau, 1916.

Baché 1934
Y. Baché, *Le sanatorium : son utilité dans la lutte antituberculeuse*, Bordeaux, s.n., 1934.

Bachmann 1934
E. Bachmann, « Rapport sur l'activité de la sous-commission pour l'étude de la question de la cure par le travail et de l'assistance post-sanatoriale », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1934, p. 385 et suivantes.

Badovici 1933
J. Badovici, *Hôpitaux, Sanatoria, Cliniques, Maisons de santé, Maisons de retraite*, Paris, Albert Morancé, collection de L'Architecture vivante, 1933.

Beaudoin 1932
E. Beaudoin, *« Les cités hospitalières », in L'Architecture d'aujourd'hui*, 1934, n°9, p. 34.

Beaulavon 1896
P. Beaulavon, *Les sanatoria pour phtisiques indigents à l'étranger*, Paris, Masson, 1896 (également publié dans la *Revue de la tuberculose*, 1896, n°4 et 1897, n°1).

Beaulavon 1896/2
Beaulavon, *Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria*, Paris, Battaille, 1896.

Belli 1913
C.M. Belli, *Costruzione degli ospedali-ospizi e stabilimenti affini*, Milan, Hoepli, 1913.

Bellouet 1896
H. Bellouet, « Le sanatorium de Ruppertshain pour les phtisiques nécessiteux », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1896, n°18, p. 216-223.

Bellouet 1901
H. Bellouet, « Le sanatorium d'Angicourt », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p.416-440.

Belot 1906
J. Belot, « Radiographie et radioscopie en clinique », in R*adium*, 1906, p. 139-143.

Berger 1929
V. Berger, « Le sanatorium de Plaine-Joux-Mont-Blanc à Passy (Haute-Savoie) », in *L'Architecte*, août 1929, p. 56-67.

Bergeron 1919
A. Bergeron, « La montagne dans la lutte contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, 21 août 1919, p. 649.

Berl 1936
L. Berl, *Importance de l'aménagement dans le rendement thérapeutique des sanatoriums*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de méd. de Paris, 1936.

Berlioz & Leriche 1902
F. Berlioz et L. Leriche, Conditions météorologiques nécessaires à l'installation d'un sanatorium, tiré à part du Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie, 6e session, Grenoble, Impr. Allier Frères, 1902.

Bernard 1918
L. Bernard, « L'œuvre des comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux », in *Le Paris médicale*, 1918, p. 8-12.

Bernard & Poix 1922
L. Bernard et G. Poix, « L'armement antituberculeux français », in *La Presse médicale*, 18 mars 1922.

Bernard 1932
L. Bernard, « Le sanatorium », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 5.

Bernard 1933
L. Bernard, « L'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux (rapport de la sous-commission d'assistance post-sanatoriale », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, 1933, p. 383-387.

Bernard 1935
L. Bernard, « L'utilisation des dispensaires pour le traitement des tuberculeux », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tub.*, 1935, n°1, p. 45.

Bernard 1945
E. Bernard, « Réadaptation au travail et reclassement professionnel des tuberculeux », in *La Presse médicale*, 24 février 1945, p. 101-102.

Bernheim 1896
S. Bernheim, *Etude climatologique et thérapeutique. Le sanatorium des tuberculeux*, Paris, Maloine, 1896.

Bernheim 1896/2
S. Bernheim, « Les sanatoria pour tuberculeux en France », in *Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie*, Clermond-Ferrand, 1896.

Berthet 1933
E. Berthet, « L'organisation de la lutte contre la tuberculose en Italie », in *Journal de médecine de Lyon*, 5 février 1933, p. 83-86.

Besson 1951
A. Besson, Inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris, *Questions d'hygiène et de techniques hospitalières de la construction et de l'aménagement des établissements hospitaliers*, Paris, Baillières et fils, 1951.

Bezançon & Bernard 1924
F. Bezançon, L. Bernard, « L'organisation antituberculeuse du département de la Seine », in *La Presse médicale*, 14 mai 1924, p. 809-814.

Bezançon & Cavaillon 1945
F. Bezançon, A. Cavaillon, « L'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse», in *La Presse médicale*, 28 avril 1945, p. 225-226.

Bidault 1943
P.J.M. Bidault, *Considérations sur l'organisation de la lutte antituberculeuse en France, vue spécialement pour les malades à ressources inexistantes ou très limitées*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Imprimerie R. Foulon, 1943.

Blondeau 1947
M. Blondeau, « Du sanatorium de repos au village sanatorium, centre complet de cure, de travail et de résidence familiale », in *La Presse médicale*, 11 janvier 1947, p. 26-27.

Blum 1928
P. Blum, « La santé des cheminots. L'hygiène sur le réseau d'Alsace et de Lorraine », in *La Vie saine*, 1928, n°64, p. 4-5.

Boening & Heisig 1936
H. Boening & F. Heisig, « Le centre de Stradtroda pour l'hospitalisation obligatoire des tuberculeux dans le cadre de la lutte antituberculeuse de l'Etat de Thuringe », in *Bulletin de l'U.I.T.*, juillet 1936, n°3, p. 311-331.

Bonnefous 1920
L. Bonnefous, *De l'hôpital de tuberculeux*, thèse pour le doctorat en médecine, Lyon, Gauthier et Laforet, 1920.

Borne 1898
L. Borne, *Etudes et documents sur la construction des hôpitaux*, Paris, Aubanier et C^{ie}, 1898.

Bourgeois 1937
P. Bourgeois, « L'organisation de la lutte antituberculeuse en U.R.S.S. », in *Revue de la tuberculose*, 1937, n°8, p. 935-957.

Bovet 1890
V. Bovet, « De l'antisepsie des matériaux de construction », in *Annales de micrographie*, Paris, 1890.

Brehmer 1860
H. Brehmer, « L'emploi en thérapeutique de pression atmosphérique diminuée », in *Revue d'hydrologie médicale française et étrangère*, 20 mai 1860 (compte rendu publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 31 août 1860, p. 570-571).

Brehmer 1885
H. Brehmer, *Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht*, Berlin, A. Hirschwald, 1885.

Brieger 1938
Brieger, « Rapport du Dr Brieger sur la Cité sanatoriale de Clairvivre (résumé) », in *Bulletin de l'Union internationale contre la tuberculose*, juillet 1938, n°3, p. 363-375.

Brouardel & Grancher 1899
P. Brouardel, J.J. Grancher, « Les sanatoria et leurs variétés nécessaires », in *Annales d'hygiène et de médecine légale*, juillet 1899, p. 5, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, n°21, p. 739.

Brouardel & Landouzy 1899/2
P. Brouardel et Landouzy, « Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose et le traitement des maladies du poumon », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1899, n°42, série n°3, p. 143-157.

Brouardel 1901
Brouardel, « La lutte internationale contre la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 731-743.

Broussais 1843
C. Broussais, « Influence du climat sur la phtisie pulmonaire », in *Gazette médicale de Paris*, 1843, série 2, n°11, p. 213-214 et 225.

Bruno 1925
A. Bruno, *Le rôle de la Mission Rockefeller dans l'organisation antituberculeuse en France, 1917 à 1923*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1925.

Brunon 1901
R. Brunon, « Les sanatoriums de fortune pour les tuberculeux pauvres », in *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2 avril 1901, p. 448, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 455.

Brunon 1920
R. Brunon, « Le sanatorium », in *La Presse médicale*, 28 janvier 1920, p. 126-129.

Burnand 1922
R. Burnand, « Une enquête sur les résultats éloignés de la cure sanatoriale », in *Paris médical*, 7 jan. 1922, p. 24-28.

Calmette 1901
A. Calmette, « Le dispensaire antituberculeux Emile Roux à Lille », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 577-589.

Calmette 1901/2
A. Calmette, « Placement des malades à la campagne ou en sanatoriums de fortune », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 590-591.

Calmette 1902
A. Calmette, « Conférence internationale de la tuberculose de Berlin du 21 au 26 octobre 1902 », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1902, n°24, p. 961-970.

Carbonara 1954
P. Carbonara, *Architettura pratica, sezione quarta : Ospedali e assistenza sanitaria*, Turin, Unione Tipografico, 1954, p. 585-613.

Cardis 1964
F. Cardis, « La crise du sanatorium en Suisse », in *Revue médicale de la Suisse*, année 84, 1964, p. 824-83.

Carrington 1911
T. S. Carington, *Tuberculosis hospital and sanatorium construction*, The National Association for the Study and Preservation of Tuberculosis, New York, 1911.

Carrington 1912
T.S. Carington, *Fresh air and how to use it*, New York, The National Association for the Study and Preservation of Tuberculosis, New York, 1912.

Carron de la Carrière 1899
G. Carron de la Carrière, *Compte-rendu du voyage de 1899 aux stations du centre et de l'Auvergne,* Paris, G. Carré et C. Naud, 1900.

Caufman 1925
M. Caufman, *L'hôpital-sanatorium. Etude médico-sociale*, thèse pour le doctorat en médecine, Toulouse, s.n., 1925.

Cayrel 1931
Cayrel, « les conceptions de l'Italie en fait de constructions sanatoriales », in *Paris médical*, n°42, 1931.

Cazot 1904
P. Cazot, « La prophylaxie de la tuberculose militaire par le camp-sanatorium », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1904, n°26, p. 302-307.

Clark 1830
J. Clark, *The influence of climate in the prevention and cure of chronic diseases, more particularly of the chest and digestive organs*, Londres, John Murray, 1830.

Clark 1835
J. Clark, *An inquiry into the causes, nature, prevention and treatment of tuberculous and scrofulous diseases in general*, Philadelphie, Carey, Lea and Blanchard, 1835.

Collet 1932
A.-R. Collet, *Le problème post-sanatorial. La cité sanitaire pour tuberculeux*, thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, Imprimerie de la d'Académie et de des Facultés, 1932.

Conférence de la tuberculose 1903
« Conférence internationale de Paris contre la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1903, n°25, p. 480.

Conférence de la tuberculose 1904
« Conférence internationale contre la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1904, n°26, p. 529-536.

Congrès de la tuberculose 1888
« Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1888, n°10, p. 722-726.

Congrès de la tuberculose 1891
« Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1891, n°13, p. 491-492.

Congrès de la tuberculose 1898
« IV^{e} Congrès pour l'étude de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1898, n°20, p. 765 et suivantes.

Congrès de la tuberculose 1899
« Revue des congrès. Congrès pour la lutte contre la tuberculose », in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899, série 3, tome 4, n°44, 1er juin 1899, p. 517-519 ; n°45, 4 juin 1899, p. 536-539 ; n°46, 8 juin 1899, p. 542-543 ; n°46, 15 juin 1899, p. 569-570 ; n°49, 18 juin 1899, p. 582-585; n°50, 22 juin 1899, p. 591-592 ; n°51, 25 juin 1899, p. 605-607 ; n°53, 2 juillet 1899, p. 630-636 ; n°55, 9 juillet 1899, p. 653-657.

Congrès de la tuberculose 1905
Congrès international de la tuberculose, Paris, Masson, 1905.

Corbaz 1901
Ch. Corbaz, *Sanatorium à pavillons détachés de Pomefan-sur-Tanay par Voury (Valais). Projet*, Montreux, imprimerie Nouvelle, 1901.

Courcoux, Chadourne & Berthet 1946.
A. Courcoux, P. Chadourne, Et. Berthet, « Un centre complet de cure de la tuberculose en Angleterre : Papworth village », in *La Presse médicale*, 8 juin 1946, n°26.

Courcoux & Douady 1954
A. Courcoux & D. Douady, « Un sanatorium Guy Renard est-il justifié ? », in *Guy Renard*, 1954, n°38, p. 3-7.

Courmont 1920
P. Courmont, « La pratique du pneumothorax artificiel », in *Journal de médecine de Lyon*, n°10, 5 juin 1920, p. 321-327.

Courmont 1927
P. Courmont, « Les dispensaires antituberculeux de l'Institut Bactériologique de Lyon. Leur histoire et leur action sur la diminution de la mortalité par tuberculose », in *Journal de médecine de Lyon*, n°174, 5 avril 1927, p. 155-163.

Courmont 1932
P. Courmont, « Evolution des idées médicales et sociales sur la tuberculose », in *Journal de médecine de Lyon*, 1932, p. 615-632.

Couteaux 1931
J. Couteaux, « Aux lisières de la forêt de Sénart. Le sana-torium de Champrosay », in *Le Petit Parisien*, 11 juillet 1931.

Couturaud 1954
M. Couturaud, « Sanatorium Guy Renard », in *Guy Renard*, n°38, novembre 1954, p. 1-8.

Dally 1931
Ph. Dally, « Esthétique hospitalière », in *L'Architecte*, avril 1931, p. 25-31.

Daremberg 1905
G. Daremberg, *Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire : pronostic, diagnostic, traitement*, Paris, Masson, 1905.

Davy 1925
P.-E. Davy, « Les villages sanatoriums de haute altitude », in *La Vie saine*, 1925, n° 22, p. 3-4.

Denivelle 1951
M. Denivelle, *Réflexions sur les nouveaux aspects de la vie des sanatoria publics depuis la chirurgie de la tuberculose pulmonaire et les antibiotiques*, thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, Imprimerie Nouvelle (Limoges), 1951.

Dettweiler 1899
Dr Dettweiler, « Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire et le traitement dans les sanatoriums. Congrès de la tuberculose, Berlin, 1899 », in *Revue d'hygiène et de police san*., 1899, n°21, p. 738.

Distel & Hegemann 1931
H. Distel & W. Hegemann, *Krankenhäuser*, Hellerau, J. Hegner, 1931.

Döcker 1929
R. Döcker, *Das Terrassentyp*, Stuttgart, Wedekind, 1929.

Dosquet 1930
Wilhelm Dosquet, *Das moderne Krankenhaus in baulicher, sozialer und therapeutischer Beziehung*, Berlin, Verlagsbuchhandlung von R. Schoetz, 1930.

Douady & Sage 1946
D. Douady, Jacques Sage, « La post-cure. Du sanatorium aux diverses formules de maisons de réadaptation », in *L'Architecture française,* février-mars 1946.

Douady 1952
D. Douady, *Les sanatoriums universitaires français*, Paris, Sanatorium des étudiants de France, 1952.

Drouineau 1893
G. Drouineau, « Congrès de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1893, n°15, p. 774-791.

Duballen & Richard 1923
F. Duballen & J. Richard, « Le rendement médical et le fonctionnement financier d'un sanatorium public», in *Paris médical*, 1923, p. 4-10.

Dubuisson 1932
P.-L. Dubuisson, « Sanatorium à Sancellemoz», in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 20-32.

Dujat 1838
Ch. Dujat, « De l'influence des climats sur la production et le traitement des affections tuberculeuses », in *Gazette médicale de Paris*, tome VI, 3 fév. 1838, n°5, p. 67-70.

Dumarest 1896
F. Dumarest, *Hauteville en Bugey. Station climatérique d'altitude. Projet d'un sanatorium*, Lyon, Imprimerie du Salut Public, 1896.

Dumarest 1897
F. Dumarest, *L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger*, Lyon, Alexandre Rey, 1897.

Dumarest & Bernard 1950
F. Dumarest, E. Bernard, « La climatologie du tuberculeux adulte », in *Revue de la tuberculose*, n°11, 1950, p. 950-957.

Dupouy 1883
Ed. Dupouy, « Soudan occidental. Le sanatorium de Kita », in *Archives de médecine navale*, 1883, n°40, p. 363-371.

Ecole spéciale d'architecture 1917
Ecole spéciale d'architecture, « Concours d'architecte salubriste (1916-1917) », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1917, n°39, p. 194-198.

Entente interdép. Haute-Vienne, Creuse, Corrèze 1940
Entente interdépartementale (Haute-Vienne, Creuse, Corrèze), *Sanatorium de Boulou-les-Roses, par Turennes (Corrèze)*, Limoges, Société des journaux et publications du Centre, 1940.

Exposition universelle internationale de 1900/1
Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, *Exposition universelle internationale de 1900 à Paris. Rapports du jury international*, volume XVI : économie sociale, hygiène, assistance publique, troisième partie, classes 109 à 111, Paris, Imprimerie nationale, 1902.

Exposition universelle internationale de 1900/2
Ministère du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, *Exposition universelle internationale de 1900 à Paris. Rapports du jury international*, volume XVI : économie sociale, hygiène, assistance publique, quatrième partie, classe 112, Paris, Imprimerie nationale, 1902.

Féret 1925
A. Féret, « Considérations sur le fonctionnement d'un sanatorium populaire », in *Bulletin du CNDT*, 1925, n°2, p.186-190.

Fitte 1935
R. E. Fitte, *Sanatorios de altitud*, Buenos Aires, Editorial Arte y Tecnica, 1935.

Fränkel 1905
B. Fränkel, *L'état de la lutte contre la tuberculose en Allemagne*. Mémoire présenté au Congrès international de la tuberculose, Paris 1905 par le Comité central allemand pour la création de sanatoriums pour tuberculeux, Berlin, Comité central allemand, 1905.

Gaussel 1909
A. Gaussel, *Traitement de la tuberculose pulmonaire*, Montpellier, Coulet et fils, 1909.

Graveraux 1924
Gravereaux, « Application de la loi du 7 septembre 1919 instituant des sanatoriums destinés au traitement de la tuberculose », in Ministère de l'intérieur, ministère du travail et de l'hygiène, administration pénitentiaire, *Rapport présenté par l'Inspection générale des services administratifs*, chapitre III., p. 33-82 , Melun, Imprimerie administrative 1924.

Grillot 1901
Henri Grillot, *Lutte contre la tuberculose ; le sanatorium français, sa possibilité, son organisation*, Paris, Naud, 1901.

Grober & Dietrich 1932
J. Grober, E.Dietrich, *Das deutsche Krankenhaus. Handbuch für Bau, Einrichtung und Betrieb der Krankenanstalten*, Jena, Gustav Fischer, 1932 (1ère édition : 1911 ; 2e édition : 1922).

Guévrékian 1929
Guévrékian, *Hôtels et sanatoria*, Répertoire de l'architecture moderne, Paris, Ed. de Bonadona, s.d. [1929].

Guillon 1920
A. Guillon, « L'état actuel de l'organisation de la lutte antituberculeuse en France», in *Bulletin du C.N.D.T.*, 1920, décembre, p. 203-216.

Guinard 1909
L. Guinard, « Les sanatoriums de Bligny. Discussion », in *Revue d'hygiène et de police san*., 1909, n°31, p. 611.

Guinard 1909/2
L. Guinard, « Les sanatoriums populaires, construction, installation, fonctionnement. Les sanatoriums de Bligny », in *Revue d'hyg. et de police sanitaire*, 1909, n°31, p. 1057-1079.

Guinard 1917
L. Guinard, « Notes et remarques sur les vingt-huit premiers mois de fonctionnement de l'hôpital complémentaire des sanatoriums de Bligny », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire,* 1917, n°39, p. 354-398.

Guinard 1925
L. Guinard, *La pratique des sanatoriums*, Paris, Masson, 1925.

Guinard 1926
L. Guinard, « Le sanatorium n'est pas un établissement insalubre. C'est au contraire, un établissement de salubrité », in *La Vie Saine*, 1926, n°45, p. 3.

Guinon 1919
L. Guinon, « Les infirmières visiteuses dans la lutte antituberculeuse », in *La Presse médicale*, 24 février 1919, p. 122-124.

Hamel 1906
Hamel, *Tüberkulose-Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, 5. Hefte, Deutsche Heilstätten für Lungenkranke, geschischtliche und statistiche Mitteilungen, Berlin, J. Springer, 1906.

Hassenpflug 1957
G. Hassenpflug, « Krankenhausbau», in *Handbuch moderner Architektur*, Berlin, Safari Verlag, 1957, p. 552-609.

Hazemann 1932
R.H. Hazemann, *La cité sanitaire des blessés du poumon*, Nancy-Paris-Strasbourg, Imprimerie Berger-Levrault, 1932.

Von Hayek 1936
H. von Hayek, « Traitement sanatorial et traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire », in *Bulletin de l'U.I.T.*, avril 1936, n°2, p. 155-173.

Helm 1930
Helm, « L'organisation de la lutte contre la tuberculose en Allemagne », in *Bulletin de l'U.I.T.*, 1930, n°2, p. 111-137.

Hettinger 1938
Ph. Hettinger, Article sans titre, in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mai 1938, n°5, p. 98.

Hourlier 1932
J.B. Hourlier, « Concours pour la construction d'hôpital et l'aménagement d'un hôpital en hospice », in *La Construction moderne*, 17 juillet 1932, p. 685-696.

Ichok 1928
G. Ichok, « L'assurance obligatoire contre la tuberculose en Italie », in *La Presse médicale*, 24 nov. 1928, p. 1503-1504.

Jaquerod
M. Jaquerod, *Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire*, Paris, Payot, s.d.

Jadot 1944
Christian Jadot, *Réflexions sur le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires (sanatorium de Boscamnant),* thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1944.

Juillerat & Bonnier 1905
Juillerat, Bonnier, *La tuberculose et l'habitation. Congrès international de la tuberculose*, Paris, Masson, 1905.

Karzewski 1932
J. Karzewski, « Projet pour chambres d'hôtel ou sanatoria », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 57.

Kaykili 1943
M. Kaykili, *Les sanatoria suisses et leurs méthodes actuelles de traitement avec l'infection tuberculeuse : définition, traitement et lutte*, Paris, R. Foulon, s.d. [*ca*. 1943].

Kelterborn 1897/1
J. Kelterborn, « Die Basler Heilstätte für Brustkranke in Davos : Architeckten : G. & J. Kelterborn », in *Schweizeriche Bauzeitung*, 3 janvier 1897, vol 29-30, p. 30-33.

Kelterborn 1897/2
J. Kelterborn, « Das projektierte aargauische Sanatorium für Lungenkranke auf der Barmelweid : Architekten : Kehrer & Knell in Zürich », in *Schweitzeriche Bauzeitung*, 19 mai 1897, vol 35-36, p. 217-218.

Knopf 1895
S.-A. Knopf, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*, thèse pour le doctorat de médecine, Paris, Georges Carré, 1895.

Knopf 1900
S.-A. Knopf, *Les sanatoria. Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire*, Paris, Carré et Naud, 1900.

Küss 1901
G. Küss, « Les sanatoriums populaires de répartition. Congrès de la tuberculose, Londres, 1901 », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 825-826.

Küss 1911
G. Küss, « Traitement de la tuberculose pulmonaire », in *Thérapeutique des maladies respiratoires*, Paris, Baillères, 1911, p. 870-871.

Lalesque 1901
Lalesque, « Le sanatorium populaire, œuvre de défense sociale ? », in *Journal de médecine de Bordeaux*, 9 juin 1901, p. 397, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, p. 753-754.

Lefol 1916
G. Lefol, *Hôpitaux. Maisons de santé. Maternités. Sanatoriums*, Paris, Librairie générale de l'architecture et des arts décoratifs, Ch. Massin, s.d. [1916].

Léon-Petit 1895
E.-P. Léon-Petit, *Le phtisique et son traitement hygiénique : sanatoria, hôpitaux spéciaux, cure d'air*, Paris, Alcan, 1895.

Le Page 1921
V. Le Page, « La lutte contre la tuberculose en Angleterre », in *Paris médical*, 1921, p. 8-10.

Le Page 1922
V. Le Page, « La lutte antituberculeuse dans le Finistère. Le sanatorium départemental de Plougonven », in *Paris médical*, 19 août 1922, n °33, p. 109-113.

Lépine 1923
J. Lépine, *Notice sur le projet de sanatorium public des Petites-Roches à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), rédigée au nom de la commission interdépartementale d'étude*, Lyon, s.n., 15 décembre 1923.

Lépine & Gouachon 1923
J. Lépine, A. Gouachon, *Projet de sanatorium public des Petites-Roches à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)*, Lyon, Imprimerie de M. Audin et Cie, 1923.

Letulle 1901
M. Letulle, « Le sanatorium populaire antituberculeux, œuvre de solidarité et de préservation sociale », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire,* 1901, n°23, p. 36-47.

Letulle 1920
M. Letulle, « Le rôle de la Croix-Rouge américaine dans la lutte contre la tuberculose en France, pendant la guerre », in *Bulletin du C.N.D.T.*, novembre 1920, p. 925-929.

Loir 1924
A. Loir, « La mer et les tuberculeux. Climats marins, climats maritimes », in *La Presse médicale*, 16 juillet 1924, p. 597-598.

Lombard 1835
H.C. Lombard, « Médecine. *A Treatise on Pulmonary Consumption* de James Clark », in *Bibliothèque universelle des sciences, belles lettres, et arts*, Paris, Imprimerie de la bibliothèque universelle, 1835, vol. 119, p. 178-192.

Louis 1837
Louis, « De l'influence des divers climats sur la naissance et la marche de la phtisie, introduction rédigée par M. Louis au nom d'une commission », in *Gazette médicale de Paris*, 21 janvier 1837, tome 5, n°3, p. 45-46.

Louis, Trousseau & Bouillaud 1857
Louis, Trousseau & Bouillaud, « De la cause immédiate et du remède spécifique de la tuberculose », in *Gazette hebdo-madaire de médecine et de chirurgie*, 1857, s. 1, t. 1, p. 523.

Lucien 1936
P. Lucien, « Le sanatorium du Bois de l'Ours à Briançon », in *La Presse médicale*, 29 jan. 1936, p. 181-182.

Lumière 1941
A. Lumière, *Sanatoriums*, Lyon, Labo. Lumière, s.d. [1941].

Lumière 1946
A. Lumière, *La tuberculose : maladie congénitale*, Paris, A. Michel, coll. Sciences d'aujourd'hui, 1946.

Magne 1922
H.M. Magne, *L'architecture*, collection « L'art français depuis vingt ans » dirigée par Léon Deshairs, Paris, Rieder, 1922.

Marty-Martineau 1896
E. Marty-Martineau, « Description du sanatorium type pour tuberculeux construit en France », in *L'indépendance médicale*, 25 mars 1893, n°13, p. 97-100.

Marcland 1919
R. Marcland, « L'assistance aux tuberculeux par la colonie sanatoriale d'habitations à bon marché », in *La Presse médicale*, 28 août 1919, p. 680-682.

Masson 1898
Masson, « IV^{e} Congrès pour l'étude de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police san*., 1898, n°20, p. 672.

Masson 1899
G. Masson, « Congrès antituberculeux de Berlin », in *Revue d'hygiène et de police san*., 1899, n°21, p. 288.

Meinel 1898
Meinel, *Denkschrift des geheimen Sanitätsraths Dr Meinel über Lungenheilstätten*, Metz, Drückerei der lothringer Zeitung, 1898.

Ménabréa 1932
A. Ménabréa, « Le soleil dans l'architecture », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, mars 1932, n°3, p. 6-8.

Ménard 1919
J.-P. Ménard, « Organisation antituberculeuse », in *La Presse médicale,* 10 mars 1919, p. 157-159.

De Méritens 1933
P. de Méritens, « Le sanatorium de Labruyère », in *Le Bâtiment illustré*, décembre 1933.

Moeller 1894
A. Moeller, *Les sanatoria pour le traitement de la phtisie*, Bruxelles, s.n., 1894.

Mouisset 1920
F. Mouisset, « Prophylaxie de la tuberculose et assistance des tuberculeux », in *Journal de nédecine de Lyon*, n°10, 5 juin 1920, p. 309-319.

Mouisset 1927
F. Mouisset, « Comité départemental du Rhône pour la lutte contre la tuberculose », in *Journal de médecine de Lyon*, n°174, 5 avril 1927, p. 165-170.

Mouriquant 1927
G. Mouriquant, « L'œuvre Grancher à Lyon », in *Journal de médecine de Lyon*, n°174, 5 avril 1927, p. 171-174.

Mosny 1901
E. Mosny, « La lutte contre la tuberculose, maladie populaire, par le sanatorium, établissement de cure d'air et école de prophylaxie », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 918-924.

Mosny 1901/2
E. Mosny, « Discussion de la communication de M. Bellouet sur Angicourt », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°23, p. 929-930.

Netter & Beaulavon 1898
Netter et Beaulavon, « Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoria », Rapport au congrès pour l'étude de la tuberculose, in *La presse médicale*, 3 août 1898, p. 97, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1898, n°20, p. 723.

Neufert 1938
E. Neufert, *Bau-Entwurfslehre. Handbuch für den Baufachmann, Bauherrn, Lehrenden un Lerneneden*, Berlin, Bauwelt-Verlag, 1938.

Nietner 1913
J. Nietner, *Deutsche Lungenheilstätten in Wort und Bild*, Halle, Marhold, 1913.

Noël-Augustin, 1934
G. Noël-Augustin, *Le sanatorium suburbain pour enfants de l'Assistance Publique de Paris,* Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Jouve & Cie, 1934.

Note sur les sanatoria 1929
Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, *Instructions concernant l'emploi des prestations en nature par les établissements d'assistance et les sanatoria*, [dite *Note sur les sanatoria*] s.n., 1929.

Orton 1844
Orton, « Observations sur l'influence du climat du Canada pour prévenir le développement et arrêter les progrès de la phtisie, par le Dr Orton », in *Gazette médicale de Paris*, 1844, série 2, n°12, p. 483.

Pannwitz 1899/1
G. Pannwitz (dir.), Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankeit. Berlin, 24. bis 27. Mai, 1899, Berlin, 1899.

Pannwitz 1899/2
G. Pannwitz, *Deutsche Industrie und Technik bei Einrichtung und Betrieb von Sanatorien und Krankenhäusern*, Berlin, Das Rothe Kreuz, 1899.

Pannwitz 1900
G. Pannwitz, L'industrie et l'art de l'ingénieur au service des sanatoriums et hôpitaux en Allemagne. Mémoire présenté au Congrès allemand pour la lutte contre la tuberculose. Berlin, 24-27 mai 1899, 2e édition présentée au Congrès d'hygiène de Paris 1900, Berlin, Verlag Das Rothe Kreuz, 1900.

Paschke 1963
H. Paschke, *Das neue Krankenhaus*, Jena, Gustav Fischer Verlag, 1963.

Pathault 1937
L. Pathault, *Naturisme. Une base, un programme. Cinquante ans de sanatorium comportent-ils des enseignements ? Lesquels ?* Paris, J.B. Baillière, collection *Hygiène et thérapeutique par les méthodes naturelles*, 1937.

Piéchaud & Bernard 1948
E. Piéchaud & S. Bernard, « Essai de détermination du nombre de lits nécessaires pour le traitement de la tuberculose pulmonaire dans u département », in *La Presse médicale*, n°10, 14 février 1948, p. 109.

Pingusson 1932
G.-H. Pingusson, « Projet de sanatorium », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1932, n°3, p. 33-37.

Pérus 1945
P. Pérus, « Organisation des sanatoriums français de la 1ère armée en Forêt-Noire », in *La Presse médicale*, 3 nov. 1945.

Peyret 1919
P. Peyret, « Héliothérapie, aérothérapie, dans les tuberculoses externes soit fermées, soit ouvertes », in *La Presse médicale*, 10 octobre 1919, p. 860-863.

Piéry 1934
M. Piéry, « Cures climatiques de la tuberculose pulmonaire », in *Le journal de médecine de Lyon*, 5 mars 1934, p. 161-167.

Pietra Santa 1861
P. de Pietra Santa, « Influence du climat d'Alger sur les infections chroniques de la poitrine », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1860, série 2, n°15, p. 43-70.

Plicque 1900
A.-F. Plicque, « Tuberculose », in *La grande encyclopédie*, Paris, Société anonyme de la Grande encyclopédie, 1885-1902, volume 31, s.d., [vers 1900], p. 448-454.

Plicque & Verhaeren, 1903
A.-F. Plicque & Verhaeren, *La cure de la tuberculose dans les sanatoriums français*, Paris, C. Naud, 1903.

Poix 1920
G. Poix, « La conférence internationale contre la tubercu-lose », in *Revue de la tuberculose*, n°6, déc. 1920, p. 429-436.

Poix 1922
G. Poix, « Phtisiologie sociale. Le placement des tuberculeux », in *La Presse médicale*, n°33, 22 avril 1922, p. 681-684.

Poix 1922/2
G. Poix, « Les sanatorium privés pour tuberculeux pu-lmonaires », in *Paris médical*, 7 jan. 1922, n°1, p. 9-10.

Poix 1926
G. Poix, « La lutte contre la tuberculose en Danemark et ses résultats », in *La Presse médicale*, n°16, 24 février 1926, p. 251-254.

Poix 1950
Poix, « L'Union internationale contre la tuberculose », in *La Presse médicale*, n°25, 22 avril 1950, p. 452-453.

Poix, Bardin, Douady & Féret 1950
G. Poix, Bardin, Douady & Féret, « Une enquête médicale dans les sanatoriums français », in *La Presse médicale*, n°33, 15 mars 1950, p. 271-272.

Portevin 1923
Portevin, « La construction et l'organisation des hôpitaux mo-dernes », in *La Construction moderne*, 22 juillet 1923, p. 511.

Posener 1934, p. 9.
J. Poesener, « Tendances dans la construction hospitalière », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, décembre 1934, n°9, p. 8-19.

Posener 1934/2
J. Posener, « Hôpital de la cité sanitaire de Clairvivre à Salagnac. Architecte: Pierre Forestier », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, décembre 1934, n°9, p. 46-47.

Posener 1934/3
J. Posener, « Projet de sanatorium dans les Alpes italiennes. Architecte N. Visontai », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, décembre 1934, n°9, p. 78.

Poulain 1930
R. Poulain, *Hôpitaux. Sanatoria*, Paris, Vincent Fréal et Cie, 1ère série, s.d. [1930].

Poulain 1932
R. Poulain, *Hôpitaux. Sanatoria*, Paris, Vincent Fréal et Cie, 2e série, s.d. [1932].

Rabine 1931
S. Rabine, *L'héliothérapie à la montagne et dans le sanatorium*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Librairie E. Le François, 1931.

Rehm 1922
P.-L. Rehm, *Nouvelle encyclopédie de médecine et d'hygiène*, tome 1, Paris, Librairie A. Quillet, 1922

Rey 1905
A. Rey, « Congrès international de la tuberculose », in *La Construction Moderne*, 30 sept. 1905, p. 625-626.

Rey 1905/2
A. Rey, « L'exposition de la tuberculose », in *La Construction Moderne*, 9 décembre 1905, p. 113-115.

Richter 1910
H. G. Richter, *Contribution à l'étude des sanatoria populaires. Le village-sanatorium*, Paris, Imprimerie de l'enseignement médico-mutuel international, 1910.

Rideau 1932
M. Rideau, *Le sanatorium. Sa conception architecturale. Son aménagement intérieur*, thèse pour le doctorat en médecine, Bordeaux, Imprimerie Brusau frères, 1932.

Rist 1927
E. Rist, *La tuberculose*, Paris, A. Colin, 1927 ; 2e édition : 1939 ; 3e édition entièrement refondue : 1954.

Ritter
H. Ritter, *Der Krankenhausbau der Gegenwart im In- und Ausland. Wirtschaft, Organisation, Technik*, Stuttgart, Julius Hoffman, 1954 (1èreédition : 1932 ; 2eédition : 1938).

Rivet 1919
L. Rivet, « L'hospitalisation et l'isolement des tuberculeux », in *La Presse médicale*, 7 juillet 1919, p. 377.

Rivet 1924
L. Rivet, « Projet de création d'un sanatorium universitaire », in *La Presse médicale*, 12 juillet 1924, p. 1179-1181.

Robin 1907
A. Robin, « Un essai d'organisation économique de la lutte contre la tuberculose. L'office antituberculeux », in *Bulletin de l'Académie de médecine*, tome LVII, séance du 23 avril 1907, p. 476 et suivantes.

Robin 1952
P. Robin (dir.), *Encyclopédie pratique du bâtiment et des travaux publics*, articles « Le sanatorium » et « Esthétique de l'architecture moderne », Paris, A. Quillet, 1953, p. 253-254 et 460-461 (2e édition : 1962).

Roblot 1903
A. Roblot, « Causeries d'hygiène. De quelques principes généraux pour la construction d'un sanatorium », in *La Construction moderne*, 26 sept. 1903, p. 619-620.

Rodriguez-Bello 1938
A. Rodriguez Bello, *Considération sur la conception actuelle du sanatorium*, Lyon, Bosc Frères, 1938.

Romme 1901
Romme, « Les sanatoriums populaires et le projet Guyesse », in *La presse médicale*, 4 mai 1901, p. 208, cité dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, p. 745-756.

Ronin & Greppo 1930
P. Ronin & L. Greppo, *La tuberculose, l'alcoolisme, le taudis vaincus : construire. Comment résoudre la crise du logement ?* St-Etienne, Librairie de la Tribune, 1930.

Ronzani 1942
E. Ronzani (dir.), *Trattato di igiene e tecnica ospedaliera*, Milano, Garzanti, 1942.

Roshem 1918
J. Roshem, « Le nouveau sanatorium de Bligny », in *Paris médical*, 20 juillet 1918, n°29, p. 288-289.

Roudière 1932
L. Roudière, *L'hôpital-sanatorium. Sa nécessité. Son but. Sa formule*, thèse pour le doctorat en médecine, Toulouse, Imprimerie toulousaine Lion et fils, 1932.

Rufenacht-Walters 1913
F. Rufenacht-Walters, *Sanatoria for the tuberculous*, Londres, George Allen & Comme, 1913.

Sabourin 1896
Ch. Sabourin, *Traitement rationnel de la phtisie*, Paris, Masson, 1896 (3e éd. : 1909, 4e éd. : 1913, 5e éd. : 1917).

Sage 1946
J. Sage, « Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires », in *L'Architecture française*, février/mars 1946, n°55-56, p. 3-21.

Sage 1946/2
J. Sage, « La cellule du malade », in *Techniques Hospitalières*, n°4, janvier 1946.

Sainsaulieu 1954
L. Sainsaulieu, « La construction des sanatoriums », in *Guy Renard*, n°38, novembre 1954, p. 5.

Sainsaulieu 1956
L. Sainsaulieu, « Neufmoutiers-en-Brie. Sanatorium-lycée prototype. Caractéristiques des nouvelles constructions », in *La revue de l'économie - La Vie collective*, vol. 22, n°246, janvier 1956, p. 77-81.

Sarason 1907
D. Sarason, *Ein neues Bauprinzip für krankenanstalten und Wohnhäuser. Terrassen-System.* Vortrag gehalten auf dem XIV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, Berlin, Imberg & Lefson, 1907.

Sarason 1913
D. Sarason, *Das Freilufthaus. Ein neues Bausystem für krankenanstalten und Wohngebäude*, München, J.F. Lehmann's Verlag, 1913.

Savoire 1903
C. Savoire, « La lutte antituberculeuse. Ses rapports avec l'art de l'architecte, de l'ingénieur et de l'industrie technique », in *Bulletin mensuel de la SADG*, 1903, p. 124-144.

Schachner, Schmieden & Winterstein 1930
R. Schachner, H. Schmieden & H. Winterstein, *Krankenhausbau*, Berlin, Julius Springer, 1930.

Schaerer 1930
M. Schaerer, *La construction des hôpitaux modernes et leurs installations*, Berne, Schaerer S.A., 1930.

Schmieden & Boethke 1905
H. Schmieden & Boethke, « Les sanatoria. Organisation et frais de construction », in B. Fränkel (dir.), *L'état de la lutte contre la tuberculose en Allemagne*, Berlin, Comité central allemand pour la création de sanatoriums pour tuberculeux, mémoire présenté au Congrès internationale de la tuberculose de Paris, 1905.

Schmitt 1903
E. Schmitt, « *Sonder- Heil- und Pflegeanstalten* », in J. Durm, H. Ende, E. Schmitt (dir.), *Handbuch der Architektur. Entwerfen, Anlage und Einrichtung des Gebäude*, Vierter Teil, 5. Halb-Band, 2. Heft : *Verschiedene Heil- und Pflegeanstalten*, Stuttgart, A. Bergsträsser, 1903, 2e éd., p. 107-125.

Schültzen & Schmieden 1899
Schültzen & H. Schmieden, « Construction, aménagement et fonctionnement des sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, n°21, p. 742-743.

Schwers 1931
H. Schwers, « Dans quel sens faut-il orienter la lutte médico-sociale contre la tuberculose ? », in *Le Journal de médecine de Lyon*, 1931, 12e année, p. 709-715.

Sersiron 1898
G. Sersiron, *Les phtisiques adultes et pauvres en France, en Suisse et en Allemagne*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1898.

Sersiron 1899
G. Sersiron, « Prix de revient, d'entretien et de fonctionnement d'un sanatorium pour la cure hygiénique des tuberculeux pauvres », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, n°21, p. 295-309.

Sersiron 1900
G. Sersiron, « La société des sanatoriums populaires pour les adultes tuberculeux de Paris », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1900, n°22, p. 324-327.

Serviel 1917
Serviel, *Rapport médical relatif à la création d'un sanatorium préventif contre la tuberculose*, Lorient, s.n., 1917.

Sifflet 1943
P. Sifflet, *Etude critique de l'armement antituberculeux français à l'échelon départemental. Nécessité d'une concentration des moyens de lutte. Intérêt d'un plan d'action régional*, Paris, Imprimerie Bourguignon, 1943.

Société des sanatoriums français 1896
Société des sanatoriums français, Clermont, Daux, 1896.

Société des sanatoria de France 1896
Société des sanatoria de France pour les tuberculeux, *Rapport du comité technique de la société française d'études*, Paris, Société française d'études, s.d. [1896].

Société de thérapeutique 1899
Société de thérapeutique, « Le traitement de la tuberculose dans les sanatoriums », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899, n°21, p. 766 (rapport de Legendre, « Considérations sur le rôle des sanatoriums », in *Bulletin général de thérapeut.*, 23 mai et 8 juin 1899).

Subercaze & Galup 1918
A. Subercaze & J. Galup, « Le travail de la terre dans un sanatorium militaire », in *Paris médical*, 1918, p. 74-78.

Tan-Ham-Loc 1942
Tan-Ham-Loc, *Le plan d'un sanatorium*, thèse pour le doctorat en médecine, Montpellier, La Charité, 1942.

Teissier 1922
P. Teissier, « La commission Rockefeller en France », in *Revue de la tuberculose*, n°6, déc. 1922, p. 565-572.

Thoillier 1947
H. Thoillier, *L'hôpital français*, Tourcoing, Imprimerie Georges frères, 1943, 2e édition : 1947, numéro spécial de *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*.

Thoillier 1950
H. Thoillier, « La couleur et la santé. Chromothérapie », in *Techniques hospitalières, sanitaires et sociales*, n°61, octobre 1950, p. 44-45.

Toutry 1932
R. Toutry, « Projet de sanatorium. Lurçat, architecte », in *L'Architecture d'aujourd'hui*, 1932, n°3, p. 39-40.

Troisier & Poix 1944
J. Troisier et G. Poix, « Les familles professionnelles et la lutte antituberculeuse. Le sanatorium professionnel », in *La Presse médicale*, 5 août 1944, p. 237-238.

Turban 1909
K. Turban, *Tüberkulose-Arbeiten, 1890-1909 aus Dr Turbans Sanatorium Davos*, Davos, Buchdrukerei Davos A.-G., 1909.

Turin 1906
Turin, *L'aménagement des établissements publics. Applica-tion aux sanatoriums et hôpitaux*, Paris, Dunod et Pinat, 1906.

U.I.M.M. 1917
Union des industries métallurgiques et minières, *Lutte contre la tuberculose, Commission d'études Organisation et fonctionnement des sanatoriums, Rapport de la sous-commission de la tuberculose*, s.l., s.n., juin 1917.

Vacher 1876
Léon Vacher, « Les cures d'air dans la phtisie pulmonaire », in *La Nature*, 1876, n°145, p. 234-235.

Vallin 1898
E. Vallin, « IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police san.*, 1898, n°20, p. 810-823.

Vallin 1898/2
E. Vallin, « L'hôpital des tuberculeux à Brompton », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1898, n°20, p. 933-935.

Vallin 1899
E. Vallin, « IVe Congrès pour l'étude de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police san.e*, 1898, n°21, p.734-744.

Vallin 1901
E. Vallin, « Congrès britannique pour la préservation de la tuberculose », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1901, n°23, p. 707- 732.

Vaucher 1919
Vaucher, « L'organisation et le fonctionnement des services d'hygiène en Alsace et Lorraine », in *Bulletin du C.N.D.T.*, novembre 1919, p. 14-19.

Vetter 1939
W. Vetter, *Hospices civils de Colmar*, Colmar, Editions Paul Hartmann, 1939.

Viborel 1950
L. Viborel, « L'animateur de l'action sanitaire et sociale. André Honnorat (1868-1950) », in *Techniques hospitalières*, n°61, octobre 1950, p. 23-24-

Villemin 1865
J. A. Villemin, « Cause et nature de la tuberculose, mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 5 décembre 1865 », in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1865, série 2, tome 2, p. 795-799.

Vitoux 1920
G. Vitoux, « La lutte contre la tuberculose et les sanatoriums », in *La Presse médicale*, 15 septembre 1920, p. 1221-1222.

Vitoux 1920/2
G. Vitoux, « Le groupe médical parlementaire et l'application de la loi sur les sanatoria », in *La Presse médicale*, 8 septembre 1920, p. 1179.

Vitoux 1924
G. Vitoux, « Le sanatorium des étudiants », in *La Presse médicale*, 22 octobre 1924, p. 1783-1784.

Vogler & Hassenpflug 1951
Vogler, Hassenpflug, *Handbuch für den neuen Krankenhausbau*, Munich, Urban und Schwarzenberg, 1951.

Walter 1945
J. Walter, *Renaissance de l'architecture médicale*, Paris, Imprimerie E. Desfossés, 1945.

Von Weltzien 1903
V. von Weltzien, « Lungenheilstäten », in J. Durm, Hermann E., E. Schmitt (dir.), *Handbuch der Architektur. Entwerfen, Anlage und Einrichtung des Gebäude*, Vierter Teil, 5. Halb-Band, 2. Heft : *Verschiedene Heil- und Pflegeanstalten*, Stuttgart, A. Bergsträsser, 1903, 2e édition, p. 126-187.

2.2. Documents parlementaires et Journal Officiel (PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE).

Documents parlementaires 21 juin 1901
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2464, séance du 21 juin 1901, rapport fait au nom de la commission d'hygiène publique sur les mesures à prendre pour arrêter les progrès de la tuberculose, par M. Amodru, p. 782-793.

J.O. 5 novembre 1903
Journal officiel de la République française, 5 no. 1903, partie non officielle, texte portant sur la création de la commission permanente de préservation de la tuberculose, p. 6709-6711.

Documents parlementaires 13 mars 1917
Documents parlementaires, chambre, annexe n°3119, séance du 13 mars 1917, Proposition de loi tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, présentée par MM. André Honnorat et Fernand Merlin, p. 366-367.

Documents parlementaires 26 juillet 1917
Documents parlementaires, Chambre, annexe n°3653, séance du 26 juillet 1917, p. 698-740. Rapport fait au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociales et de la commission de l'hygiène publique, exceptionnellement autorisées à se réunir pour examiner en commun la proposition de la loi de MM. André Honnorat et Fernand Merlin tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.

Documents parlementaires 21 janvier 1919
Documents parlementaires, Chambre, annexe n°5580, séance du 21 janvier 1919, Avis présenté au nom de la Commission du budget sur la proposition de loi de MM. André Honnorat et Fernand Merlin tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, par M. Bouffandeau, p. 116-118.

J.O. 7 mars 1919
Journal officiel de la République française du 7 mars 1919, chambre des députés, séance du 6 mars 1919, compte-rendu in extenso de la 48e séance, discussion de la proposition de loi de MM. A. Honnorat et F. Merlin tendant à instituer les sanatoriums [...], p. 1023-1031.

Documents parlementaires 27 juin 1919
Documents parlementaires, sénat, annexe n°305, séance du 27 juin 1919, rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la chambre des députés, tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, par M. Paul Strauss, p. 368-373.

Documents parlementaires 3 juillet 1919
Documents parlementaires, sénat, annexe n°319, séance du 3 juillet 1919, avis présenté par la commission des finances sur la proposition de loi, adoptée par la chambre des députés, tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, par M. Cazeneuve, sénateur, p. 643-644.

Documents parlementaires 11 juillet 1919
Documents parlementaires, sénat, séance du 11 juillet 1919, discussion d'une proposition de loi tendant à instituer les sanatoriums, p. 1120-1129.

Documents parlementaires 7 août 1919
Documents parlementaires, chambre, annexe n°6677, séance du 7 août 1919, rapport fait au nom des Commissions d'assurance et de prévoyance sociales et de l'hygiène publique, exceptionnellement autorisées à se réunir pour examiner en commun la proposition de loi, adoptée par la chambre des députés, adoptée avec modifications par le Sénat, tendant à instituer des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose pulmonaire et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, par M. André Honnorat, p. 2343-2346.

J.O. 9 septembre 1919
Journal officiel de la République française du 9 septembre 1919, Loi instituant des sanatoriums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et fixant les conditions d'entretien des malades dans ces établissements, p. 9729-9730.

J.O. 30 août 1919
Journal officiel de la République française du 30 août 1919, chambre des députés, séance du 29 août 1919, compte-rendu in extenso de la 48e séance, discussion de la proposition de loi de MM. André Honnorat et Fernand Merlin tendant à instituer les sanatoriums [...], p. 4065-4066.

J.O. 14 juillet 1920
Journal officiel de la République française du 14 juillet 1920, réponse n°4046 de M. le ministre de l'intérieur à la question du 2 juillet 1920 de M. Masson, député, concernant le décret d'application de la loi sur les sanatoriums, p. 10076-10077.

J.O. 15 août 1920
Journal officiel de la République française, 15 août 1920, décret du 10 août 1920 sur les conditions générales d'établissement des sanatoriums publics ou des sanatoriums assimilés aux sanatoriums publics, p. 12041-12043.

J.O. 11 novembre 1920
Journal officiel de la République française du 11 novembre 1920, arrêté du 10 novembre 1920 du ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale portant sur la nomination des membres du comité technique des sanatoriums, p. 18034.

Documents parlementaires 23 novembre 1920
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1661, séance du 23 novembre 1920, projet de loi portant ratification du décret du 12 juin 1920, portant application, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des dispositions de la loi du 7 septembre 1919 relative aux subventions de l'Etat à des sanatoriums publics, p. 294.

Documents parlementaires 2 décembre 1920
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1734, séance du 2 décembre 1920, proposition de résolution tendant à assurer la mise en application de la loi du 7 septembre 1919 relative aux sanatoriums, p. 368.

Documents parlementaires 22 décembre 1920
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1905, séance du 22 décembre 1920, rapport fait au nom de la commission de l'hygiène chargée d'examiner la proposition de résolution de M. Maurice de Rothschild et plusieurs de ses collègues, tendant à assurer la mise en application de la loi du 7 septembre 1919 relative aux sanatoriums, p. 653.

J.O. 29 novembre 1923
Journal officiel de la République française du 29 novembre 1923, décret du 20 novembre 1923 modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920, p. 11113.

Documents parlementaires 13 juillet 1924
Journal officiel de la République française, documents parlementaires, chambre, annexe n°321, séance du 13 juillet 1924, rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociales sur la proposition de loi tendant à étendre les dispositions de la loi du 7 septembre 1919 sur les sanatoriums aux établissements dits « préventoriums » et affectés au traitement de certaines formes curables de la tuberculose infantile, par M. Jules Burnet, p. 1202-1203.

J.O. 8 août 1924
Journal officiel de la République française du 8 août 1924, décret du 24 juillet 1924 modifiant les articles 13 et 14 du décret du 10 août 1920, p. 7252.

J.O. 22 octobre 1924
Journal officiel de la République française du 22 octobre 1924, décret du 14 octobre 1924 modifiant le chapitre II du décret du 10 août 1920, p. 9458-9459

J.O. 15 décembre 1927
Journal officiel de la République française du 15 décembre 1927, décret du 14 décembre 1927 modifiant les articles 8, 28, 29 et 87 du décret du 10 août 1920, p. 12827-12828.

Documents parlementaires 14 février 1930
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2905, séance du 14 février 1930, projet de loi tendant à modifier l'article 4 de la loi du 7.09.1919 sur les sanatoriums antituberculeux, présenté [...] par Louis Loucheur, ministre du travail de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, et par M. Henri Chéron, ministre des finances, p. 175.

J.O. 23 janvier 1931
Journal officiel de la République française du 23 janvier 1931, décret du 14 janvier 1931 modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920, p. 771.

J.O. 20 février 1931
Journal officiel de la République française du 20 février 1931, décret du 11 février 1931 modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920.

Documents parlementaires 26 juin 1931
Documents parlementaires, chambre, annexe n°5319, séance du 26 juin 1931, proposition de loi concernant les formalités édictées pour l'installation des sanatoriums publics, assimilés ou agréés, et pour le contrôle sanitaire des sanatoriums clandestins, présentés par MM. Antoine Borel et Jacquier, députés, p. 1103-1104.

Documents parlementaires 10 mars 1931
Documents parlementaires, chambre, annexe n°4745, séance du 10 mars 1931, proposition de loi (rectifiée) tendant à favoriser le développement de l'outillage sanitaire, présenté par Jean Montigny, député, p. 529.

Documents parlementaires 12 novembre 1931
Documents parlementaires, chambre, annexe n°5610, séance du 12 novembre 1921, Rapport fait au nom de la Commission de l'hygiène chargée d'examiner la proposition de loi de M. Jean Montigny tendant à favoriser le développement de l'outillage sanitaire, par M. Marcombes, p. 164-166.

Documents parlementaires 12 février 1932
Documents parlementaires, chambre, annexe n°6366, séance du 12 février 1932, rapport fait au nom de l'hygiène chargée d'examiner la proposition de loi de MM. Antoine Borel et Jacquier, concernant les formalités pour l'installation des sanatoriums publics, assimilés ou agréés, et pour le contrôle sanitaire des sanatoriums clandestins, par M. Louis Bonnefous, député, p. 215-216.

J.O. 7 juin 1932
Journal officiel de la République française 7 juin 1932, décret du 30 mai 1932 modifiant les articles 1, 3, 7 à 11, 37 à 40 du décret du 10 août 1920, p. 6215-6216.

J.O. 22 novembre 1935
Journal officiel de la République française du 22 novembre 1935, décret du 21 novembre 1935 modifiant le dernier paragraphe de l'article 27 du décret du 10 août 1920.

Documents parlementaires 2 juin 1936
Documents parlementaires, Sénat, annexe n°410, séance du 2 juin 1936, Rapport fait au nom de la commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales, chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, concernant les formalités pour l'installation des sanatoria publics, assimilés ou agréés, et pour le contrôle sanitaire des sanatoriums clandestins, par M. Gadaud, p. 200-202.

Documents parlementaires 7 août 1936
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1044, séance du 7 août 1936, rapport fait au nom de la commission de l'hygiène chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la chambre des députés, adoptée avec modifications par le sénat, concernant les modalités d'installation des sanatoriums publics, assimilés ou agréés, et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux, par M. Amédée Guy, député, p. 1641-1642.

J.O. 1er septembre 1936
Journal officiel de la République française du 1er septembre 1936, loi du 28 août 1936 concernant les modalités d'installation des sanatoria publics et assimilés ou agréés et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatériques de cure pour tuberculeux, p. 9314.

J.O. 10 novembre 1936
Journal officiel de la République française du 10 novembre 1936, décret du 29 octobre 1936 modifiant l'article 3 du décret du 10 août 1920, p. 11706-11707.

Documents parlementaires 11 février 1937
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1879, séance du 11 février 1937, proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à organiser d'une façon plus complète et plus efficace l'assistance, la protection et la réadaptation au travail des tuberculeux, p. 144-147.

J.O. 21 avril 1937
Journal officiel de la République française du 21 avril 1937, circulaire du ministère de la santé publique du 17 avril 1937 relative à l'agrément des préventoriums privés, p. 4502-4503.

J.O. 28 avril 1937
Journal officiel de la République française du 28 avril 1937, circulaire du ministère de la santé publique du 27 avril 1937 concernant la chirurgie thoracique dans les sana., p. 4765.

Documents parlementaires 8 juin 1937
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2555, séance du 8 juin 1937, rapport fait au nom de la commission d'hygiène chargée d'examiner la proposition de résolution (...) tendant à inviter le gouvernement à organiser d'une façon plus complète et plus efficace l'assistance, la protection et la réadaptation au travail des tuberculeux, par M. Georges Lévy, député, p. 702-705.

Documents parlementaires 21 décembre 1938
Documents parlementaires, chambre, annexe n°4616, séance du 21 déc. 1938, proposition de loi tendant à organiser obliga-toirement dans les sanatoriums publics ou privés la réada-ptation ou la rééducation du travail des malades, p. 868-870.

J.O. 29 juin 1938
Journal officiel de la République française du 29 juin 1938, décret du 17 juin 1938 relatif au fonctionnement et au contrôle des préventoriums, p. 7519.

J.O. 11 août 1938
Journal officiel de la République française du 11 août 1938, commission d'étude chargée de rechercher et de proposer toute mesure pour la réalisation et le fonctionnement de l'institut national de la tuberculose, 10 août 1938, p. 9583.

J.O. 14 février 1943
Journal officiel de l'Etat français du 14 février 1943, décret n°2184 du 3 août 1942 fixant les conditions de fonctionnement des préventoriums, p. 138 et suivantes.

J.O. 14 février 1943
Journal officiel de l'Etat français du 14 février 1943, loi n°1042 du 18 décembre 1942 relative au fonctionnement et au contrôle des préventoriums, des colonies sanitaires et des maisons de convalescence, p. 426.

J.O. 14 février 1943/2
Journal officiel de l'Etat français du 14 février 1943, loi n°38 du 1er février 1943 relative à la réorganisation et au rôle des dispensaires antituberculeux, p. 426 et suivantes.

J.O. 5 mai 1943
Journal officiel de l'Etat français du 5 mai 1943, arrêté du 28 avril 1943 relatif aux conditions d'agrément, d'aménagement et de fonctionnement des préventoriums, p. 1258-1259.

J.O. 14 septembre 1943
Journal officiel de l'Etat français du 14 septembre 1943, arrêté du 3 septembre 1942 relatif à la commission pour l'examen des projets de construction, d'agrandissement et d'aménagement des établissements lutte antituberculeuse, p. 2427-2428.

J.O. 19 octobre 1945
Journal officiel de la République française du 19 octobre 1945, ordonnance n°45-2444 du 19 octobre 1945 portant autorisation de participation financière de l'Etat dans une entreprise commerciale gérant un sanatorium d'altitude, p. 6709-6710.

Documents parlementaires 6 avril 1946
Documents parlementaires, chambre, annexe n°955, séance du 6 avril 1946, proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à réorganiser l lutte antituberculeuse et à multiplier les dispensaires d'hygiène sociale, p. 939.

Documents parlementaires 11 février 1947
Documents parlementaires, chambre, annexe n°1638, séance du 11 février 1947, proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à prévoir un statut légal pour les stations sanatoriales de cure pour tuberculose, p. 1300.

Documents parlementaires 12 décembre 1947
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2849, séance du 12 décembre 1947, rapport fait au nom de la commission de la famille, de la population et de la santé publique sur la proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à prévoir un statut légal pour les stations sanatoriales de cure pour tuberculose, p. 2270-2273.

Documents parlementaires 18 décembre 1947
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2929, séance du 18 décembre 1947, Proposition de loi modifiant le titre II de l'ordonnance du 31 octobre 1945, relative aux établissements de cure, p. 2327.

Documents parlementaires. 22 décembre 1947
Documents parlementaires, chambre, annexe n°2842, séance du 22 décembre 1947, proposition de loi portant organisation de la postcure et de la réadaptation professionnelle des tuberculeux, p. 2395-2397.

J.O. 11 janvier 1948
Journal officiel de la République française du 11 janvier 1948, décret n°48-88 du 12 janvier 1948 relatif aux hôtels de cure pour tuberculeux, p. 447.

J.O. 31 janvier 1948
Journal officiel de la République française du 31 janvier 1948, arrêté du 21 janvier 1948 relatif aux conditions d'aménagement et de fonctionnement des hôtels de cure, p. 1036-1037.

J.O. 26 mai 1948
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, , p. 5044-5047.

J.O. 26 mai 1948/2
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, décret n°48-865 du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des préventoriums, p. 5047-5050.

J.O. 26 mai 1948/3
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, décret n°48-866 du 24 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums, p. 5050.

J.O. 26 mai 1948/4
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, arrêté du 24 mai 1948 relatif aux conditions d'installation et de fonctionnement des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, p. 5050-5052.

J.O. 26 mai 1948/5
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, arrêté du 25 mai 1948 relatif aux conditions

d'installation et de fonctionnement des préventoriums, p. 5052-5054.

J.O. 26 mai 1948/6
Journal officiel de la République française du 26 mai 1948, arrêté du 25 mai 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement et la surveillance des aériums, p. 5054-5057.

J.O. 17 novembre 1948
Journal officiel de la République française du 17 novembre 1948, décret n°48-1737 du 12 novembre 1948 relatif à la création, l'aménagement, le fonctionnement des centres départementaux de phtisiologie, p. 11153-11154.

J.O. 31 juillet 1949
Journal officiel de la République française du 31 juillet 1949, arrêté du 22 juillet 1949 modifiant l'arrêté du 24 mai 1948 relatif aux conditions d'installation et de fonctionnement des sanatoriums pour tuberculeux pulmonaires, p. 7488.

Documents parlementaires 13 octobre 1949
Documents parlementaires, chambre, annexe n°8185, séance du 13 octobre 1949, proposition de résolution tendant à inviter le gouvernement à s'entourer de toutes informations relatives à la position et à l'état de la cité sanitaire de Clairvivre (Dordogne) et à prendre toutes mesures utiles afin de faire cesser la situation scandaleuse qui y a été créée, p. 1637-1638.

J.O. 8 janvier 1950
Journal officiel de la République française du 8 janvier 1950, décret n°50-21 du 6 janvier 1950 relatif à l'adaptation et à la réadaptation professionnelle des tuberculeux et à l'organisation des établissements post-cure, p. 313-315

J.O. 5 mars 1950
Journal officiel de la République française du 5 mars 1950, règlement intérieur type des sanatoriums publics pour tuberculose pulmonaire, 24 février 1950, p. 2531-2537.

J.O. 19 mai 1950
Journal officiel de la République française du 19 mai 1950, arrêté du 9 mai 1950 relatif aux conditions d'installation et de fonctionnement des centres départementaux de phtisiologie, p. 5535-5536.

J.O. 20 octobre 1950
Journal officiel de la République française, documents parlementaires, chambre, annexe n°11092, séance du 20 octobre 1950, Proposition de loi tendant à modifier l'ordonnance du 31 octobre 1945 sur la lutte antituberculeuse, p. 1838 et suivantes.

3. BIBLIOGRAPHIE

1997
Mémoire hospitalière. L'hôpital Pasteur, 60 ans déjà, H.S. n°2, Société d'hôpital des hôpitaux civils de Colmar, 1997.

Bach 2007
M.-C. Bach, *La véritable identité du sanatorium du Mont-Blanc de 1927 à 1980*, mémoire de maîtrise, Ecole nationale supérieure d'architecture de Versailles, 2007.

Beau 1980
A. Beau, *De la maison de campagne des jésuites aux hôpitaux Maringer, Villemin, Fournier*, Nancy, 1980.

Bénézet 2006
J.-P. Bénézet, « Le sanatorium héliothérapique de Vallauris», in *Bulletin du comité d'histoire de la sécurité sociale de la région PA.C.A.*, 2006, n°15-16, p. 71-102.

Berche 2007
P. Berche, *Une histoire des microbes*, Paris, Editions John Libbey Eurotexte, 2007.

Bordes 2006
P. Bordes, « Les sanatoriums départementaux de l'Allier», in *Bulletin du comité d'histoire de la sécurité sociale de la région P.A.C.A.*, 2006, n°15-16, p. 32-46.

Bozonnet 1992
J.-P. Bozonnet, *Des monts et des mythes, L'imaginaire social de la* montagne, Grenoble, P.U.G., 1992.

Bozonnet & Grunwald 2005
J.-P. Bozonnet et D. Grunwald, « Montagne et santé : un mythe qui ne manque pas l'air », in *L'Alpe*, n°27, printemps 2005, p. 6-11.

Braïda 2007
C. Braïda, *Le sanatorium du Grand Sancellemoz : un établissement médico-chirurgical*, mémoire de maîtrise, Ecole nationale supérieure d'archi. de Versailles, 2007.

Bretagnon 2004
S. Bretagnon (dir.), *Vaincre la tuberculose. Un fléau en Isère au XX^e siècle*, Grenoble, Musée des sciences médicales, CHU de Grenoble, 2004.

Brun 2004
C. Brun, *L'hôpital-sanatorium Sabourin à Clermont-Ferrand*, mémoire de DEA, Université de Genève, 2004.

Campbell 2005
M. Campbell, « What Tuberculosis did for Modernism : The Influence of a Curative Environment on Modernist Design and Architecture », in *Medical History*, 1^er octobre 2005, n° 49, p. 463-488.

Châtelet 1993
A.-M. Châtelet (dir.), *Paris à l'école, « qui a eu cette idée folle... »*, Paris, Picard-Pavillon de l'Arsenal, 1993.

Châtelet, Lerch & Luc 2003.
A.-M. Châtelet, D. Lerch, J.-N. Luc (dir.), *L'école de plein air. Une expérience pédagogique et architecturale dans l'Europe du XX^e siècle*, Paris, Ed. Recherche, 2003.

Châtelet 2007
A.-M. Châtelet, *Le souffle du plein air : L'influence du mouvement international des écoles de plein air sur l'archi-tecture scolaire du XX^e siècle*, HDR, Uni. Paris VIII, 2007.

Châtelet 2008
A.-M. Châtelet, « La naissance du sanatorium en Europe », in Toulier et Cremintzer (dir.), *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*, Paris, DoCoMoMo, 2008, p. 17-24.

Chaumont 1977
B. Chaumont, *Histoire d'un sanatorium. Evolution du sanatorium départemental de Clavières (Mayenne)*, thèse pour le doctorat en médecine, Angers, 1977.

Chaumuzeau 2004
J.-P. Chaumuzeau, « Le contexte sanatorial en France au début du XX^{e} siècle », in *Les Pins à Lamotte-Beuvron. Du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du G.R.A.H.S., septembre 2004, p. 3-10.

Chaumuzeau 2004/2
J.-P. Chaumuzeau, « L'œuvre scientifique du Dr Raymond Hervé », in *Les Pins à Lamotte-Beuvron. Du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du G.R.A.H.S., septembre 2004, p. 17-24.

Choay 1999
F. Choay, *L'allégorie du patrimoine*, Paris, Seuil, 1999.

Chrétien 1995
J. Chrétien, *La Tuberculose, parcours imagé*, s.l., éditions Hauts-de-France, 1995.

Cioppani 1958
F. Cioppani, *L'équipement de la France en sanatoriums, hôtels de cure et centres de post-cure. Essai de bilan*, thèse pour le doctorat en médecine, Lyon, 1958.

Cisternino 2005
A. Cisternino, *Pol Abraham, l'opera completa. 1891-1966*, Università di Firenze, dottorato di ricerca in storia dell'architecttura e dell'urbanistica, 2004.

Clairon et Rahili 1994
I. Clairon, S. Rahili, *Historique du sanatorium de Dreux à partir des archives et des malades survivants*, thèse pour le doctorat en médecine, Université F. Rabelais, Tours, 1994.

Clément 1940
R. Clément, « L'évolution du sanatorium », in *La Presse médicale*, 25-28 décembre 1940, p. 1083-108.

Cohen 1995
Jean-Louis *Cohen,* André *Lurçat* (1894-1970). *Auto-critique d'un moderne*, Paris/Liège, IFA/Mardaga, 1995.

Common 2007
L. Common, *Praz-Coutant : un village sanatorium au Plateau d'Assy (1924-1934)*, mémoire de maîtrise, Ecole nationale supérieure d'architecture de Versailles, 2007.

Condrau 2000
F. Condrau, *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal: Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert ;* Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2000.

Coucaud 2000
C. Coucaud, *Les préventoriums en France de 1900 à 1950. Le préventorium de Liancourt*, mémoire de maîtrise, Ecole d'architecture de Versailles, 2000.

Couot 1971
M. Couot, *Le sanatorium pour tuberculeux pulmonaires et le problème de sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, faculté de médecine de Besançon, 1971.

Corbin 1986
A. Corbin, *Le miasme et la jonquille*, Paris, Flammarion, 1986.

Cremnitzer 1998
J.-B. Cremnitzer, *L'architecture du sanatorium. Esquisse d'une typologie*, Université Paris I, D.E.A., 1998.

Cremnitzer 2005
J.-B.Cremnitzer, *Architecture et santé. Le temps du sanatorium en France et en Europe*, Paris, Picard, 2005.

Curtis 2004
W. Curtis, *L'architecture moderne depuis 1900*, Phaidon, 2004 (1ère édition anglaise en 1982).

Dagognet 1970
F. Dagognet, *Le catalogue de la vie. Etude méthodologique sur la taxinomie*, Paris, P.U.F., 1970.

Davy 1960
P.-E. Davy, « Naissance et vie d'une station d'altitude haut-savoyarde, Passy, 1924-1960 », in *Bulletin de la Société médicale de Passy*, 1960, n° 52, p. 335- 361.

Delachaux 1993
N. Delachaux, *Les sanatoria dans l'arc alpin : analyse des usages et reconversions d'un patrimoine urbain à la montagne : la chambre comme constante*, Mémoire de D.E.A., Lausanne, EPFL Section d'architecture, 1993.

Delarue 1972
J. Delarue, *La tuberculose*, Paris, Presses universitaires de France, 1972, 10^{e} édition (1ère éd. 1941).

Del Curto 2005
D. Del Curto, *Il sanatorio alpino e la cura della tuberculosi. Malattia, terapia e tipologia edilizia : i Sanatori Milanesi in Valtellina*, Politecnico di Milano, dottorato di ricerca in conservazione dei beni architettonici e ambientali, 2005.

Delétang 2004
H. Delétang, « La "station sanitaire" au sanatorium des Pins (1916-1918) », in *Les Pins à Lamotte-Beuvron, du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du G.R.A.H.S., *La Sologne et son passé*, n°35, 2004, p. 61-72.

Dambron 1985
M.-N. Dambron, *Evolution de l'armement antituberculeux français et problèmes posés par sa conversion*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1985.

Dessertine & Faure 1988
D. Dessertine et O. Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 1988.

Domin 2008
J.-P. Domin, *Une histoire économique de l'hôpital (XIX^{e}-XX^{e} siècles)*, t. 1 : Analyse rétrospective du développement hospi-talier, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité-Sociale, 2008.

Dubsay 2003
B. Dubsay, « Histoire et architecture des sanatoriums en Auvergne », in *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux*, n°109, 2003, p. 7-12.

Dumarest 1997
J. Dumarest, *Hauteville-Lompnès-en-Bugey. Station climatique d'altitude. Haut lieu de traitement de la tuberculose pulmonaire au XX^{e} siècle*, Hauteville-Lompnès, Nantua, Impremierie Roudil-Désigaux, 1997.

Durbec 2006
R. Durbec, « Le sanatorium Rhône-Azur à Briançon : de la réponse à un besoin à l'adaptation aux besoins », in *Bull. du comité d'histoire de la sécurité sociale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, 2006, n°15-16, p. 57-70.

Fanelli & Gargiani 2008
G. Fanelli & R. Gargiani, *Histoire de l'architecture moderne. Structure et revêtement*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2008.

Fournier 1936
M.-E. Fournier, *Le tuberculeux, le médecin et le législateur*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1936.

Fleck 1987
A. Fleck, *La vie et l'œuvre de Georges Küss (1867-1936)*, thèse pour le doctorat en médecine, Strasbourg, 1987.

Foltyn 1991
Ladislav Foltyn, *Slowakische Architecktur und die Tschechische Avantgarde. 1918-1939*, Dresde, Verlag der Kunst, 1991.

Foucault, Barret-Kriegel & Thalamy 1976
M. Foucault, B. Barret-Kriegel, A. Thalamy, *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Paris, Imprimerie de l'Institut de l'environnement, 1976.

Genaille 2005
G. Genaille, *Berck-sur-Mer. Première ville médicale de France. Un développement urbain et architectural au service de la santé ?* master d'histoire socio-culturelle, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2004-2005.

Girond 1948
J. Girond, *Aperçu d'ensemble sur la législation antituberculeuse*, thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Jouve & Cie, 1948.

Grandvoinnet 2004
Ph. Grandvoinnet, *Le sanatorium Martel de Janville (Haute-Savoie)*, mémoire de DEA, Institut d'architecture de l'Université de Genève, 2004.

Grandvoinnet 2006
Ph. Grandvoinnet, « Sanatorium Martel de Janville (1932-37). Esquisse du sanatorium en hauteur », in *eaV*, n°12, 2006, p. 20-31.

Grandvoinnet 2008
Ph. Grandvoinnet, « Le sanatorium franco-americain de Tony Garnier (1917) et ses modèles européens. La cité sanitaire comme complément de la ville industrielle », *IX*e *Confé-rence internationale d'histoire urbaine*, Lyon, 28 août 2008.

Grandvoinnet 2008/2
Ph. Grandvoinnet, « Architecture thérapeutique. Les ambitions du programme sanatorial français de 1919 », in *FabricA*, revue des doctorants de l'EnsaV, n°2, 2008, p. 50-67.

Grandvoinnet 2010
Philippe Grandvoinnet, « Le souffle coupé de l'architecture antituberculeuse (1945-1968) », in F. Beguin (dir.), *Actualité de la Modernité : les années soixante*, Versailles, EnsaV, à paraître en 2010.

Grellet & Kruse 1983
I. Grellet et C. Kruse, *Histoires de la tuberculose. Les fièvres de l'âme (1800-1940)*, Paris, Ramsay, 1983.

Gubler 1988
J. Gubler, *Nationalisme et internationalisme dans l'architecture de la Suisse*, Genève, L'Âge d'homme, 1975, 2e éd., 1988.

Guillaume 1986
P. Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Aubier, 1986.

Hähner-Rombach 2000
S. Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose : vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter beson-derer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart, Steiner, 2000.

Heller 1990
G. Heller, « Leysin et son passé médical », in *Gesnerus*, 1990, n°47, p. 329-244.

Hildebrand 1997
S. Hildebrand, *Die Beelitzer Heilstätten*, Branden-burgisches Landesmat für Denkmalpflege, Arbeitsheft n°7, Potsdam, Potsdamer Verlagsbuchhandlung, 1997.

Jandin 1999
S. Jandin, *Inventaire des archives du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, Histoire et métiers des archives, Université d'Angers, s.d. [1999].

Kübler 1997
K. Kübler, *Wider den hermetischen Zauber: Rationalistische Erneuerung alpiner Architektur um 1930. Rudolf Gaberel und Davos*, Desertina, Verlag Bundner Monatsblatt, 1997.

Kübler 1998
K. Kübler, « Die architektonische Moderne : formegewordene Hygiene », in Martin Tchanz (dir.), *Architektur im 20. Jahrhundert. Schweiz*, Boston, Prestel, 1998, p. 98-103.

Laget 2005
P.-L. Laget, « Le sanatorium familial de Montigny-en-Ostrevent (Nord). Echec d'une tentative de création d'un établissement antituberculeux modèle, de caractère national », *In Situ*, n°6, septembre 2005 (revue en ligne, sans pagination).

Laget 2006
P.-L. Laget, « La réception du modèle sanatorial germanique dans les milieux médicaux français », in Centre de recherche sur l'étude et l'histoire d'Assy, *Les quinze glorieuses de l'architecture sanatoriale*, Plateau d'Assy, 2006, p. 26-33.

Laget 2008
P.-L. Laget, « Genèse des hôpitaux marins en Europe », in B. Toulier et J.B. Cremintzer (dir.), *Histoire et réhabilitation des sanatoriums en Europe*, Paris, DoCoMoMo, 2008, p. 25-34.

Langerbeins 1979
I. Langerbeins, *Lungenheilanstalten in Deutschland (1854-1945)*, thèse de doctorat, Institut für Geschichte der Medizin der Universität zu Köln, 1979.

Laroze 2002
A. Laroze, *Du sanatorium à l'I.M.E. de Saint-Sever, reflets de notre histoire*, Saint-Sever, A. Laroze, 2002.

Laudinet 2000
C. A. Laudinet, *A l'université des neiges*, Grenoble, Editions de Belledonne, 2000.

Leroy 2002
R. Leroy, *Du sanatorium aux défis du futur. La Renaissance Sanitaire, une fondation hospitalière*, La Renaissance Sanitaire, Paris, 2002.

Ligné 2000
A. Ligné, « La lutte contre la tuberculose en Sarthe », in *La vie mancelle et sarthoise*, n°349, 2000, p. 35-38.

Loyer 1986
F. Loyer, *Paul Hankar. La naissance de l'Art nouveau*. Bruxelles, A.M.M., 1986.

Lüthi 2008
D. Lüthi, *Le compas et le bistouri. Une histoire de l'architecture médicale vaudoise*, thèse d'histoire de l'art, U.N.I.L., Lausanne, mai 2008.

Marro 2006
C. Marro, « Le sanatorium du Clergé de France à Thorenc », in *Bulletin du comité d'histoire de la sécurité sociale de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur*, n°15-16, 2006, p. 47-56.

Martin-Lalande 2004
J. Martin-Lalande, « Renouveau à Lamotte-Beuvron. Les travaux et les jours d'un sanatorium des Pins tout neuf (1954-1972) », in *Les Pins à Lamotte-Beuvron. Du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du G.R.A.H.S., septembre 2004, p. 145-164.

Mattonet 1991
T. Mattonet, *Lungenheilstätten der Schweiz 1860-1918*, thèse de doctorat en Médecine, Uni. de Cologne, 1991.

Mehlau-Wiebking 1989
Friederike Mehlau-Wiebking, *Richard Döcker. Eine Architekt im Aufbruch zur Moderne*, Braunschweig/Wiesbaden, Friedr. Viweg & Sohn, 1989.

Miller 1991
Q. Miller, *Le sanatorium, architecture d'un isolement sublime*, Lausanne, Ecole fédérale polytechnique, 1991.

Miller 1992
Q. Miller, « Das Sanatorium, ein Bautyp der Moderne », in *Bauwelt*, 1992, n°44.

Minnaert 2002
J.-B. Minnaert, *Henri Sauvage*, Paris, Editions Norma / IFA / Cité de l'architecture et du patrimoine, 2002.

Mistral 1947
O.-M. Mistral, *La tuberculose dans le monde.* Lausanne, Librairie Payot, 1947.

Moreau 2002
Pierre Moreau, *Clairvivre, une ville à la campagne*, Paris, Le Linteau, 2002.

Murard & Zylberman 1993
L. Murard, P. Zylberman, « Les *Rockefeller Medicine Men* en France », in Cohen & Damisch (dir.), *Américanisme et modernité, l'idéal américain dans l'architecture*, Paris, EHESS-Flammarion, 1993.

Naef 1991
A. P. Naef, « Le tuberculose – point de départ de la chirurgie thoracique », in *Gesnerus*, 1991, n°49, p. 477-483.

Namias 2005
O. Namias, « Quel avenir pour les sanatoriums européens? », in *Archiscopie*, février 2005, n° 47, p. 21-22.

Pageot 2007
F. Pageot, *La lutte contre la tuberculose. Un exemple d'initiative philanthropique en Lorraine. Le sanatorium de Lay-Saint-Christophe à l'aube du XX^{e} siècle*, thèse pour le doctorat en médecine, Nancy, novembre 2007.

Pawlowski 1967
Ch. Pawlowski, *Tony Garnier et les débuts de l'urbanisme fonctionnel en France*, Paris, Centre de recherche d'urbanisme, 1967.

Pelloux-Levêque 2004
L. Pelloux-Lévêque, *Le plateau des Petites-Roches au XX^{e} siècle : la population face à l'installation des sanatoriums*, mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine, Grenoble, Université Pierre Mendès-France, 2004.

Pétillot & Fessy 2004
Pétillot & Fessy, *Patrimoine hospitalier*, Paris, Scala, 2004.

Rebsamen & Stutz 1982
H.-P. Rebsamen & W. Stutz, « Davos », in *Inventar der neuen schweizer Architektur 1850-1920 (INSA)*, tome 3, Berne, S.H.A.S., 1982, p. 317-464.

Richardson 1998
Richardson (dir.), *English Hospitals 1660-1948. A Survey of their Architecture and Design*, Swindon, Royal Commission on the Historical Monuments of England, 1998.

Ritzmann 1998
I. Ritzmann, *Hausordnung und Liegekur. Vom Volkssanatorium zur Spezialklinik, 100 Jahre Zürcher Höhenklinik Wald*, Zurich, Chronos, 1998.

Seelinger 1991
W. Seelinger, *Die « Volksheilstätten-Bewegung » in Deutschland um 1900. Zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkülose*, s.l., Profil, 1991.

Siney-Lange 2006
Ch. Siney-Lange, *La politique médico-sociale de la MGEN. Soigner autrement? (1947-1991)*, thèse de doctorat, Paris, Université de Paris I, 2006.

Smith 1988
F. B. Smith, *The Retreat of Tuberculosis 1850-1950*, Londres / New York / Sydney, Croom Helm, 1988.

Sontag 2005
S. Sontag, *La maladie comme métaphore*, Paris, Bourgeois, 2005.

Tanguy 2004
Y. Tanguy, « Le sanatorium des Pins et la Fédération natio-nale des combattants prisonniers de guerre », in *Les Pins à Lamotte-Beuvron, du sanatorium au centre médical, de 1900 à nos jours*, Bulletin du G.R.A.H.S., n°35, 2004, 131-144.

Teller 1988
M. E. Teller, *The Tuberculosis Movement. A Public Health Campaign in the Progressive Era*, New-York-Westport-Londres, s.n., 1988.

Texier 2006
S. Texier, *Georges-Henri Pingusson, architecte, 1894-1978*, éd. Verdier, 2006.

Thiard 2007
H. Thiard, *Le développement du Plateau d'Assy entre 1919 et 1939. Entre Passy et les sanatoriums*, mémoire de maîtrise, Ecole nationale supérieure d'architecture de Versailles, 2007.

Vaj 2008
D. Vaj, « Une cité sanatoriale alpine, Sondalo en Valteline », *IX^{e} Conférence int. d'histoire urbaine*, Lyon, 28 août 2008.

Véry & Saddy 1988
F.Véry & P. Saddy, *Henry Jacques Le Même, architecte à Megève*, Paris, I.F.A.-Mardaga, 1988.

Vivier 2004
M. Vivier, *Maison d'enfants du Vercors*, Grenoble, Musée dauphinois - Patrimoie en Isère, 2004.

Warren 2006
P. Warren, « The Evolution of the Sanatorium : the First Half-Century, 1854-1904 », in *Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 2006, n°23(2), p. 457-476.

INDEX
DES NOMS DE PERSONNES ET DE LIEUX

A

ABRAHAM Paul & LE MÊME Henry Jacques, 10, 12, 246, 295, 321, 327, 328, 330, 331, 332, 354, 355, 356, 357, 359, 364, 367, 370, 371, 383, 384, 387, 391, 392, 394, 395, 396, 397, 415, 416, 432, 433, 434, 435, 437, 438, 440, 451, 456, 457, 458, 466, 467, 468, 476, 482, 484, 485, 487, 500, 502, 504, 505, 510, 514, 516, 518, 523, 525, 538
Alger (Algérie), 38, 39, 115, 165, 398, 531
Alland (Autriche), 50, 99
AMODRU Laurent, 34, 106, 108, 114, 194, 278, 337, 534
AMSLER, 249, 256, 257, 271, 291, 307, 309, 329, 330, 367, 391, 426, 459, 471, 475, 525
Angicourt (Oise), 50, 54, 72, 90, 94, 95, 96, 97, 106, 107, 109, 112, 113, 114, 115, 116, 122, 124, 125, 129, 135, 136, 140, 141, 142, 145, 146, 154, 163, 164, 165, 172, 192, 196, 205, 222, 246, 251, 264, 318, 340, 344, 352, 359, 366, 371, 393, 396, 411, 418, 420, 437, 445, 448, 472, 477, 505, 517, 526, 531
Arâches (Haute-Savoie), 188, 206, 272, 284, 285, 386, 394, 477
Arcachon (Charente-Maritime), 39, 87, 92, 93, 123, 251, 304, 307, 309
Argelès (Hautes-Pyrénées), 80, 81
ARMAINGAUD Antoine, 78, 92, 113, 119, 136, 526
Arnières-sur-Iton (Eure)
  La Musse, 283, 292, 387, 397, 418, 420, 423, 428, 429, 443, 445, 449, 457, 463, 465, 474, 479, 513
Arosa (Suisse), 59, 60, 70, 87, 97, 141, 189, 359, 394, 434, 460, 468
ARTAUD G., 21, 22, 26, 27, 30, 31, 51, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 108, 109, 122, 124, 125, 126, 128, 141, 143, 144, 198, 217, 244, 313, 314, 323, 344, 348, 378, 394, 464, 483, 526, 548
AUBERT Albéric, 357, 362, 368, 387, 395, 417, 421, 459, 516
Aurillac (Cantal), 211, 248, 387, 392
Avon (Seine-et-Marne), 73, 85, 88, 140, 162, 246, 352, 473

B

BACHÉ Yves, 34, 41, 45, 61, 65, 66, 74, 101, 119, 120, 121, 123, 135, 219, 220, 221, 292, 298, 319, 321, 324, 338, 339, 348, 526
BALLEY Félicien, 445, 478
BEAULAVON Paul, 14, 80, 98, 393, 526, 531
BEAUNIÉE Georges, 388, 391, 445
Beelitz (Allemagne), 52, 118, 328, 342, 356, 394, 427, 428
BELOUET Henri, 50, 94, 95, 96, 109, 112, 172, 318, 372, 393, 420, 526, 531
BENNET Harry, 34
Bergesserin (Saône-et-Loire), 275, 278, 282, 387, 418, 422, 445, 463, 465, 474, 479, 483
Berlin (Allemagne), 15, 22, 30, 40, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 66, 75, 99, 100, 103, 106, 113, 118, 120, 132, 133, 136, 138, 170, 214, 215, 216, 239, 307, 311, 350, 356, 394, 452, 482, 492, 493, 494, 498, 524, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 548
BERNHEIM Samuel, 14, 61, 69, 80, 81, 83, 86, 87, 312, 350, 393, 526
Besançon (Doubs)
  Les Tilleroyes, 261, 266, 267, 268, 270, 286, 287, 294, 379, 387, 443, 449, 477, 483, 496

BEZANÇON Fernand, 26, 191, 202, 205, 216, 266, 383, 509, 526, 527
Bligny (Essonne)
Despeaux-Rubod, 109, 110, 135, 168, 247, 344, 385, 411, 412, 418, 419, 420, 421, 429, 445, 446, 474, 479
Fontenay, 110, 144, 168, 369, 383, 420, 445, 461, 464, 476
Petit-Fontainebleau, 110, 168, 241, 344, 383, 384, 385, 411, 419, 445, 452
Bodiffé-en-Plemet (Côtes d'Armor), 247, 250, 282, 290, 292, 294, 387, 395, 426, 428, 451, 463, 476, 498, 499, 500, 503, 504, 505, 516, 520, 525
BODINGTON George, 32, 37, 42, 89
Boeschepe (Nord), 72, 318, 320
BOETHKE Julius, 51, 52, 76, 142, 170, 171, 303, 328, 329, 334, 342, 351, 353, 354, 356, 357, 358, 359, 361, 362, 364, 365, 366, 367, 371, 385, 421, 427, 452, 454, 472, 482, 533
BONNIER Louis, 28, 530
Boudré (Maine-et-Loire), 249, 291, 316, 328, 330, 358, 368, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 417, 418, 420, 422, 423, 424, 426, 429, 435, 436, 438, 440, 441, 445, 446, 450, 451, 459, 462, 466, 470, 471, 475, 476, 477, 481, 484, 498, 499, 500, 518, 548
BOURGEOIS Léon, 106, 130, 132, 180, 181, 191, 193, 202, 208, 215, 229, 264, 276, 527, 540
BOUVIER Victor, 158, 236, 237, 242, 354, 386
BREHMER Hermann, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 53, 56, 57, 61, 63, 64, 68, 69, 71, 73, 79, 90, 111, 325, 378, 495, 527
Brévannes (Val de Marne), 104, 115, 145, 172, 173, 174, 177, 182, 195, 268, 486
Briançon (Hautes-Alpes)
Bois-de-l'Ours, 279, 362, 439, 442
Chantoiseau, 279, 332, 468, 525
Rhône-Azur, 65, 334, 339, 380, 512, 538
BROUARDEL Paul, 29, 30, 32, 33, 52, 53, 54, 75, 80, 99, 100, 101, 104, 108, 118, 121, 123, 133, 171, 220, 378, 517, 518, 519, 527
BROUSSAIS Casimir, 38, 101, 173, 527
BRUNO Alexandre, 10, 211, 246, 298, 299, 330, 376, 396, 397, 466, 467, 487, 527, 548
BRUNON Raoul, 79, 105, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 151, 181, 202, 204, 268, 378, 527

C

Cambo (Pyrénées-Atlantiques), 156, 157, 165, 197, 251, 258, 309, 465
Carquefou (Loire-Atlantique), 247, 445
CARRINGTON Thomas S., 19, 244, 316, 318, 319, 331, 332, 486, 527
CASTEL Gaston, 190, 271, 295, 333, 351, 387, 388, 390, 398, 416, 417, 445, 474, 483
Chamalières (Puy-de-Dôme), 161, 189, 348, 464, 465, 486, 496
Champcueil (Essonne), 178, 264, 271, 289, 294, 334, 341, 432, 436, 445, 447, 449, 515
Champrosay (Essonne), 80, 164, 165, 178, 246, 264, 271, 278, 294, 318, 321, 331, 340, 341, 366, 399, 431, 434, 435, 436, 445, 449, 455, 456, 473, 478, 525, 528
Châteauneuf-la-Fôret (Indre et Loire), 205, 218, 219, 220, 221, 224, 245, 247, 250, 289, 298, 309, 321, 329, 330, 334, 340, 426, 449, 472
CHÂTELET Anne-Marie, 10, 12, 137, 140, 169, 229, 358, 494, 537, 548
Chécy (Loiret), 113, 115, 129, 142, 143, 145, 164, 178, 251, 307, 333, 344, 352, 421, 477
CHÉRIER Joseph, 60, 108, 344, 483
Cimiez (Alpes-Maritimes), 71, 115
CLARK James, 20, 35, 36, 42, 530
Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme)
Sabourin, 12, 14, 73, 80, 83, 87, 98, 283, 311, 328, 336, 338, 357, 362, 368, 371, 378, 387, 393, 417, 421, 434, 435, 454, 459, 462, 467, 487, 516, 532, 537
Clermont-sur-Sierre (Suisse), 60
Colmar (Haut-Rhin), 240, 264, 282, 294, 387, 445, 447, 453, 476, 477, 487, 498, 500, 501, 503, 525, 533, 537
CONDRAU Flurin, 11, 19, 42, 47, 48, 49, 51, 64, 65, 66, 75, 89, 145, 229, 303, 538
CORNET George, 30, 65
COTONI Joseph, 62, 66, 72, 88, 116, 117, 367
COURMONT Paul, 21, 27, 132, 231, 297, 382, 385, 386, 394, 428, 495, 528
CREVEL Edouard, 328, 333, 358, 368, 377, 387, 388, 390, 391, 392, 393, 417, 422, 424, 426, 435, 436, 439, 440, 445, 446, 451, 454, 462, 463, 471, 474, 481, 484, 498, 499, 501, 516, 518

D

DALLY Philippe, 399, 400, 408, 457, 458, 498, 519, 528
DAMBRON Marie-Noëlle, 12, 70, 515, 538
Davos (Suisse), 11, 12, 19, 42, 56, 57, 59, 60, 62, 71, 81, 83, 84, 85, 88, 90, 97, 127, 128, 139, 140, 141, 188, 240, 323, 352, 356, 357, 359, 367, 370, 393, 421, 434, 435, 455, 456, 457, 465, 482, 483, 484, 486, 489, 495, 524, 530, 533, 539, 540
DECAUX Paul, 289, 328, 358, 368, 377, 387, 388, 390, 391, 392, 393, 417, 422, 424, 426, 435, 436, 439, 440, 445, 446, 451, 454, 462, 463, 471, 474, 481, 484, 487, 498, 499, 501, 516, 518
DEL CURTO Davide, 19, 32, 40, 42, 51, 54, 103, 127, 132, 136, 143, 145, 226, 227, 228, 293, 343, 382, 413, 453, 474, 489, 538
DESSERTINE Dominique, 12, 27, 28, 67, 122, 149, 151, 156, 180, 196, 201, 217, 234, 236, 248, 256, 288, 303, 327, 334, 349, 380, 538
DETTWEILER Peter, 31, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 53, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 67, 70, 73, 79, 83, 94, 98, 99, 111, 127, 325, 348, 378, 385, 393, 420, 495, 528
Dijon (Côte d'Or)
La Trouhaude, 67, 243, 282, 445, 447, 481, 483
DOECKER Richard, 12, 50, 119, 169, 170, 392, 398, 452, 497, 498, 501, 504, 528, 540
DOUADY Daniel, 423, 455, 468, 508, 509, 510, 511, 528, 532
Dreux (Eure-et-Loire), 12, 182, 211, 218, 264, 271, 289, 292, 294, 333, 365, 388, 391, 392, 423, 425, 442, 445, 447, 453, 455, 461, 462, 469, 470, 471, 477, 538
DRIVER Carl, 46
DUBUISSON Paul-Louis, 333, 528
DUJAT Charles, 36, 37, 38, 40, 66, 67, 528
DUMAREST Frédéric, 14, 50, 58, 59, 69, 70, 71, 79, 80, 83, 88, 94, 95, 96, 97, 98, 109, 113, 125, 127, 128, 136, 141, 143, 144, 207, 231, 236, 247, 248, 250,

251, 312, 317, 323, 327, 334, 342, 343, 349, 370, 382, 385, 386, 394, 395, 400, 414, 432, 443, 448, 455, 460, 476, 507, 528, 529, 538, 548
DUPUY Pierre, 392, 393
Durtol (Puy-de-Dôme), 72, 87, 140, 246, 251, 352, 399, 467

E

Engayresque (Aveyron), 157, 197, 234, 247
Enval (Puy-de-Dôme)
  Etienne-Clémentel, 259, 282, 293, 294, 418, 433, 437, 438, 441, 462, 477, 483
  Les Graviers, 309, 317, 339, 443, 477
EXPERT Roger-Henri, 445, 462, 501, 503, 523

F

Falkenstein (Allemagne), 44, 45, 46, 47, 49, 63, 75, 76, 85, 87, 94, 95, 97, 110, 112, 127, 128, 139, 141, 170, 323, 349, 351, 352, 393
FAURE Olivier, 12, 27, 28, 67, 122, 149, 151, 156, 180, 196, 201, 217, 218, 234, 236, 248, 256, 288, 303, 327, 334, 349, 380, 392, 416, 417, 418, 434, 445, 448, 458, 459, 473, 481, 525, 538
FEINE Louis, 205, 209, 246, 374, 376, 393, 491, 499, 505
FOURNEZ Robert, 177, 192, 193, 210, 249, 259, 260, 274, 344, 348, 353, 358, 362, 385, 392, 411, 415, 416, 419, 420, 425, 428, 444, 445, 449, 450, 461, 470, 473, 478, 479, 502
Francfort-sur-le-Main (Allemagne), 44, 47, 49, 127

G

GAILLARD Roger, 262, 264, 287, 314, 315, 317, 318, 319, 321, 330, 331, 387, 438, 439, 445, 469, 471, 487
GALLOUEDEC François, 390, 524
Gap (Hautes-Alpes), 256, 523
GARNIER Tony, 85, 187, 248, 274, 394, 428, 441, 445, 448, 467, 470, 483, 486, 495, 496, 497, 498, 501, 504, 539, 540
GAUSSEL, 70, 71, 77, 210, 337, 349, 367, 378, 380, 396, 413, 472, 529
GENAY Ferdinand, 114, 141
GIROUD Robert, 241, 243, 453, 477
GODART Justin, 163, 283
Goerbersdorf (Allemagne), 40, 41, 42, 43, 44, 46, 54, 56, 73, 75, 85, 141, 320, 349, 393
Gorbio (Alpes-Maritimes), 88, 140, 165, 197, 241, 243, 251, 354, 411, 486, 524
GORY Auguste, 96, 107, 366, 368, 371
Grabowsee (Allemagne), 50, 54, 141, 170, 371
GRANCHER Jacques-Joseph, 34, 53, 54, 66, 78, 80, 98, 100, 101, 108, 109, 120, 121, 123, 130, 133, 216, 217, 218, 220, 278, 378, 479, 527, 531, 548
Grasse (Alpes-Maritimes), 165, 491
GRAVERAUX, 199, 203, 204, 205, 216, 223, 233, 234, 238, 239, 251, 252, 254, 258, 269, 281, 282, 284, 285, 287, 324, 338, 384, 529
GRILLOT Henri, 112, 529
Guéret (Creuse), 278, 479
GUERRAND R.H., 39
GUÉVRÉKIAN Gabriel, 498, 529
Guiche (Saône-et-Loire), 178, 184, 185, 234, 237, 242, 243, 244, 251, 386, 422, 423, 424, 443, 471, 478, 483, 487
GUILLOT Natalis, 33, 40
GUINARD Louis, 26, 66, 67, 78, 80, 90, 98, 105, 106, 109, 110, 111, 121, 122, 123, 124, 132, 136, 151, 154, 160, 167, 168, 185, 186, 191, 192, 197, 202, 205, 209, 212, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 241, 245, 258, 259, 260, 261, 303, 310, 321, 323, 324, 325, 326, 328, 333, 334, 335, 337, 338, 339, 340, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 353, 355, 357, 358, 360, 361, 362, 363, 365, 366, 368, 369, 370, 374, 377, 378, 379, 380, 382, 383, 384, 386, 387, 390, 394, 395, 398, 400, 410, 411, 412, 419, 420, 444, 445, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 460, 464, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 481, 486, 518, 524, 529, 547

H

HAEFELI Max, 57
HAINEZ Léonce, 72, 107, 318, 320
HALIPRÉ André, 88, 116
Hanovre (Allemagne), 47, 48
Hauteville (Ain)
  Albarine, 376, 524
  Bellecombe, 88, 140, 145, 156, 165, 198, 233, 234, 251, 275, 278, 313, 334, 411
  Belligneux, 140, 144, 145, 189, 207, 245, 246, 289, 299, 352, 376, 465, 524
  Mangini, 28, 88, 96, 97, 116, 164, 165, 241, 251, 253, 256, 334, 432, 442
Heiligenschwendi (Suisse), 50, 58, 59, 60, 95, 97, 122, 139, 141, 143, 448, 455
Helfaut (Pas-de-Calais), 206, 259, 276, 282, 288, 289, 292, 294, 306, 307, 317, 334, 370, 375, 387, 392, 393, 418, 426, 428, 443, 445, 446, 454, 478, 483, 487
HERRIOT Edouard, 187, 202, 248, 265, 286, 394, 428, 495
HILL-HASSAL Arthur, 33
Hohenhonnef, 75, 87, 94, 95, 112, 141, 143, 370, 393, 455
HOLSBOER Wilhelm Jan, 56, 57
HONNORAT, *67*, *115*, *146*, *149*, *150*, *151*, *152*, *153*, *154*, *155*, *157*, *158*, *160*, *161*, *163*, *164*, *166*, *175*, *181*, *184*, *191*, *193*, *194*, *195*, *196*, *197*, *198*, *200*, *201*, *203*, *204*, *205*, *208*, *215*, *216*, *231*, *232*, *234*, *235*, *251*, *254*, *257*, *261*, *262*, *267*, *268*, *269*, *272*, *273*, *274*, *276*, *278*, *280*, *283*, *284*, *291*, *297*, *303*, *304*, *305*, *306*, *307*, *323*, *335*, *337*, *338*, *340*, *344*, *346*, *359*, *361*, *363*, *364*, *375*, *376*, *379*, *380*, *381*, *383*, *386*, *388*, *399*, *400*, *466*, *473*, *533*, *534*

J

JACOBY Paul, 69, 460
JAQUEROD, 23, 24, 70, 488, 529
Job (Puy-de-Dôme)
  Les Mélèzes, 245, 247, 253, 256, 275, 317, 318

K

Kerpape-en-Ploemeur (Morbihan), 189, 251
KLEBS Edwin, 22
KNOPF S.A., 14, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 43, 45, 49, 50, 53, 70, 73, 76, 80, 81, 82, 83, 87, 102, 103, 111,

112, 113, 119, 130, 131, 320, 335, 337, 346, 393, 530
KOCH Robert, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 40, 44, 46, 53, 61, 68, 69, 78, 101, 118, 119, 125, 133, 262, 311, 347, 355, 357, 401, 405, 459, 491, 502, 547
KOHN Roger, 390, 391, 392, 445
KÜSS Georges, 22, 26, 72, 95, 96, 107, 108, 136, 154, 160, 177, 187, 191, 192, 202, 205, 220, 222, 248, 249, 259, 260, 312, 326, 344, 348, 353, 358, 361, 362, 383, 385, 394, 400, 411, 425, 444, 445, 449, 450, 461, 470, 472, 473, 478, 479, 502, 530, 539

L

La Chapelle-Saint-Mesmin (Loiret), 157, 159, 164, 197, 233, 234, 251, 289, 294, 386
La Marlézières (Loire-Atlantique), 114, 135, 423, 478, 548
La Nouvielle (Landes), 387, 418, 420, 445, 479, 483
La Tronche (Isère), 157, 198, 267, 387, 449, 548
LAENNEC René, 21, 22, 23, 35, 39, 78, 132, 173, 270, 333, 456
LAGET Pierre-Louis, 10, 39, 80, 120, 121, 124, 125, 135, 539, 548
LANDOUZY Louis, 3, 29, 31, 53, 54, 80, 99, 100, 118, 121, 125, 134, 150, 151, 165, 172, 177, 193, 195, 219, 244, 303, 517, 518, 519, 527
LANGERBEINS Ingeborg, 11, 19, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 74, 75, 133, 539
LANNELONGUE Odilon, 53, 80
Lauris (Vaucluse), 211, 294, 524
Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle), 12, 114, 128, 129, 141, 142, 165, 218, 317, 344, 352, 421, 524, 540, 548
Le Grau-du-Roi (Gard), 39, 294, 388
Le Mardor (Saône-et-Loire), 241, 247, 251, 440
Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme), 56, 57, 100
Le Montet (Allier), 157, 182, 184, 185, 187, 198, 205, 221, 242, 243, 244, 247, 248, 251, 253, 255, 257, 268, 272, 275, 284, 321, 333, 386, 449, 478, 481, 483
Le Perron (Rhône), 241, 243, 271, 293, 336, 361, 453, 477
LÉON-PETIT Ernest-Paulin, 14, 22, 33, 43, 44, 46, 47, 62, 63, 68, 69, 70, 72, 73, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 88, 98, 113, 126, 127, 317, 354, 369, 393, 456, 469, 530
LÉPINE J., 27, 274, 282, 308, 312, 313, 316, 318, 321, 336, 453, 530
Les Courmettes (Alpes-Maritimes), 251, 253, 488, 491
LETULLE Maurice, 33, 102, 113, 115, 121, 182, 190, 191, 196, 202, 208, 257, 315, 530
Leyden Ernst von, 46, 58, 66, 134
Leysin (Suisse), 57, 58, 79, 83, 85, 88, 97, 141, 190, 238, 394, 415, 457, 465, 476, 477, 479, 481, 490, 491, 496, 502, 539
Limoges (Indre et Loire)
  le Cluzeau, 245, 266, 271, 272, 278, 282, 289, 290, 294, 299, 335, 352, 363, 375, 387, 418, 424, 433, 442, 453, 458, 462, 465, 466, 470, 474, 477, 485, 487, 548
LOMBARD Antoine, 34, 35, 36, 68, 530
Lorient (Morbihan), 261, 271, 283, 307, 377, 388, 392, 425, 453, 474, 498, 499, 503, 504, 533
LOUIS Pierre, 3, 22, 28, 29, 38, 39, 40, 53, 57, 68, 98, 105, 109, 110, 115, 120, 121, 124, 132, 136, 151, 172, 202, 205, 209, 246, 269, 278, 283, 288, 303, 319, 333, 370, 380, 382, 383, 384, 388, 389, 392, 400, 433, 468, 500, 501, 511, 514, 523, 530, 535, 538, 548
LOUPPE Albert, 185, 186, 386
LURÇAT André, 10, 399, 467, 523, 533, 538
Lyon (Rhône), 12, 14, 27, 28, 50, 65, 92, 97, 111, 113, 115, 129, 132, 133, 145, 152, 166, 169, 173, 174, 175, 176, 180, 183, 185, 187, 197, 231, 243, 248, 253, 254, 264, 265, 271, 272, 274, 286, 297, 303, 336, 354, 361, 382, 386, 387, 394, 441, 448, 453, 487, 488, 495, 496, 523, 524, 526, 527, 528, 530, 531, 532, 533, 538, 539, 540, 547

M

MAC CORMAC Henri, 32
MAGNE Lucien, 109, 110, 351, 411, 412, 420, 444, 530
Malchow (Allemgne), 47, 70
MATTONET Thomas, 11, 19, 56, 57, 58, 60, 540
Meung-sur-Loire (Loiret), 87, 307
MEYER-AHRENS Conrad, 56
MILLER Quintus, 12, 19, 31, 56, 57, 128, 140, 486, 489, 540
MILLERAND Alexandre, 96, 107
Monbran (Lot-et-Garonne), 149, 158, 161, 233, 234, 247, 251, 386, 443
Montfaucon-du-Lot (Lot), 149, 154, 157, 159, 161, 163, 197, 233, 234, 238, 251, 344, 427, 449
Montpellier (Hérault)
  Bon Accueil, 105, 143, 144, 251, 345, 413, 443, 472
MÜLLER Armand, 387

N

Nantes (Loire-Atlantique), 260, 267, 268, 424, 451
Nîmes (Gard), 68, 92, 107, 115, 165, 197, 198, 264, 268, 387, 523
Niort (Deux-Sèvres), 264, 271, 294, 391, 431, 436, 453, 462, 476, 478, 498, 503, 504, 525
NOCARD Edmond, 53, 119

O

Oderberg (Allemagne), 48, 49, 170, 362, 363
Oissel (Seine-Maritime), 72, 115, 116, 117, 129, 141, 142, 143, 144, 145, 156, 164, 165, 184, 197, 234, 251, 344, 351, 352, 357, 367, 370, 420, 434, 477, 482, 483, 548
OPPLER Edwin, 43
Ormesson-sur-Marne (Val de Marne), 81, 113, 125, 135, 141, 247, 251
Osséja (Pyrénées-Orientales, 511, 514

P

PANNWITZ Gotthold, 19, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 58, 70, 75, 76, 99, 118, 119, 134, 170, 239, 303, 354, 355, 356, 372, 427, 531
Parigné-Lévêque (Sarthe), 282, 292, 352, 370, 387, 392, 422, 437, 441, 445, 446, 454, 470, 479, 483, 524
Paris
  Boucicaut, 102, 103, 173, 320, 335, 351

Hôpital Bicêtre, 33, 173, 174, 178
Hôpital de la Salpetrière, 33, 173
Hôpital Saint-Antoine, 33, 101, 103
PASTEUR Louis, 14, 22, 23, 101, 105, 107, 111, 132, 135, 175, 178, 185, 186, 187, 190, 191, 205, 207, 209, 210, 211, 213, 215, 217, 218, 221, 232, 234, 235, 238, 240, 246, 248, 250, 253, 256, 261, 273, 282, 289, 298, 308, 321, 330, 331, 332, 376, 381, 383, 389, 415, 417, 423, 425, 429, 436, 440, 449, 453, 455, 456, 461, 470, 473, 486, 487, 498, 500, 501, 509, 523, 537
Pau (Pyrénées-Atlantiques), 39, 71, 87, 100, 258, 264, 312, 523
Pessac (Gironde), 114, 145, 156, 445, 462, 474, 498, 501, 502, 503
PFLEGHARD Otto, 57, 421, 482, 524
PIETRA SANTA Prosper de, 38, 39, 81, 531
Pignelin (Nièvre) :, 144, 149, 157, 159, 162, 173, 197, 205, 206, 234, 238, 242, 248, 251, 253, 291, 298, 326, 384, 449, 477, 484
PINGUSSON Georges-Henri, 398, 399, 445, 446, 448, 463, 487, 498, 499, 503, 518, 523, 531, 540, 548
PIRQUET Clemens von, 26
Plateau d'Assy (Haute-Savoie)
Guébriant, 289, 294, 321, 327, 328, 331, 332, 333, 357, 387, 398, 423, 428, 437, 467, 481, 487, 498, 500, 501, 502, 504, 505, 514, 520, 525, 547
Martel-de-Janville, 10, 12, 286, 321, 327, 331, 356, 362, 371, 387, 393, 415, 416, 428, 432, 434, 436, 437, 438, 457, 458, 468, 504, 514, 516, 539
Plaine-Joux, 16, 188, 246, 298, 299, 327, 330, 357, 359, 376, 384, 392, 395, 396, 397, 398, 419, 434, 437, 441, 457, 458, 466, 467, 468, 481, 484, 487, 492, 500, 501, 505, 514, 520, 526
Praz-Coutant, 12, 294, 321, 393, 395, 468, 484, 508, 538
Roc-des-Fiz, 294, 295, 321, 328, 331, 387, 393, 395, 419, 423, 428, 435, 458, 500, 514
Sancellemoz, 12, 16, 320, 333, 395, 415, 433, 482, 519, 528, 537, 548
PLICQUE A.F., 66, 67, 68, 71, 90, 140, 304, 340, 424, 531
Plougonven (Finistère)
Guervénan, 162, 185, 186, 187, 205, 218, 234, 235, 242, 244, 263, 386, 419, 449, 452, 483, 524, 548
POIX Georges, 104, 105, 178, 208, 209, 214, 215, 221, 222, 227, 233, 255, 264, 266, 267, 268, 279, 280, 298, 312, 381, 508, 509, 526, 531, 532, 533
PONS Henry, 84, 93
Ponteils (Gard), 261, 370, 386, 387, 418, 445, 446, 450, 478, 483, 548
POSENER Julius, 499, 501, 505, 532
Pouancé (Maine-et-Loire), 243, 247, 249, 433
POULAIN Roger, 218, 259, 359, 361, 364, 375, 376, 385, 392, 410, 414, 417, 426, 450, 452, 453, 459, 467, 470, 472, 476, 478, 487, 488, 490, 532
PUTEAUX Maurice, 377, 383, 388, 499

R

RANKE Karl Ernst, 26
Reiboldsgrün (Allemagne), 46
RICHET Charles, 66, 193
RICHTER H.G., 56, 329, 343, 394, 507, 532
Riesenwald (Haut-Rhin), 240, 392, 398, 418, 487, 498
Ris-Orangis (Essonne), 157, 182, 191, 197, 241, 251, 278, 411
RIST Edouard, 216, 219, 220, 297, 323, 329, 386, 411, 430, 442, 532
Rocles (Allier), 275, 294, 481, 483, 485, 524
ROKITANSKY Carl, 40
ROLLIER Auguste, 394, 490, 491
RÖNTGEN Wilhelm, 25
RUFENACHT-WALTERS F., 99, 115, 532
Ruppertshain (Allemagne), 49, 50, 58, 60, 75, 86, 95, 97, 122, 127, 139, 141, 143, 342, 352, 371, 448, 455, 526

S

Saales (Bas-Rhin), 60, 72, 112, 145, 171, 239, 243, 326, 471
SABOURIN Charles, 12, 14, 73, 80, 83, 87, 98, 283, 311, 328, 336, 338, 357, 362, 368, 371, 378, 387, 393, 417, 421, 434, 435, 454, 459, 462, 467, 487, 516, 532, 537
SAGE Jacques, 508, 528, 532
SAIDMAN Jean, 490, 491
Sailly-lez-Lannoy (Nord), 294, 295, 420, 429, 445, 477
SAINSAULIEU Louis, 274, 333, 392, 428, 433, 445, 468, 470, 508, 511, 532
Saint-Blasien (Allemagne), 46, 97, 509, 510
Sainte-Feyre (Creuse), 115, 122, 135, 141, 142, 146, 165, 191, 196, 251, 277, 278, 280, 308, 344, 353, 411, 418, 427, 443, 468, 479, 487, 524
Saint-Gobain (Aisne), 278, 282, 289, 334, 358, 364, 436, 445, 453, 458, 463, 474, 479, 524, 525
Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère), 87, 164, 193, 219, 252, 254, 274, 279, 282, 286, 289, 292, 294, 311, 313, 325, 331, 333, 334, 336, 351, 381, 387, 392, 395, 415, 420, 428, 430, 438, 439, 441, 443, 455, 465, 468, 470, 477, 483, 487, 496, 516, 524, 526, 530
Saint-Jodard (Loire), 149, 154, 157, 159, 162, 163, 173, 184, 197, 233, 234, 236, 238, 239, 246, 251, 299, 386
Saint-Sever (Calvados), 212, 282, 294, 381, 383, 387, 395, 445, 446, 447, 453, 454, 457, 458, 475, 483, 539
Salagnac (Dordogne)
Clairvivre, 12, 293, 295, 317, 387, 469, 504, 507, 527, 532, 537, 540
SARASON David, 140, 471, 486, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 501, 502, 503, 532
SARRUT André, 388, 391, 392
SAULE Léon, 278, 386, 387, 445, 487
SAUNAL Camille, 62, 71, 83, 84, 128, 319
Savenay (Loire-Atlantique), 212, 260, 283, 286, 336, 358, 376, 383, 384, 387, 388, 392, 395, 418, 422, 423, 424, 445, 446, 462, 471, 475, 499, 500
SCHÖNLEIN Johann Lucas, 23, 35, 40, 43
SCHROETTER Hermann von, 31, 99
SÉE Germain, 22
SEELINGER Wolfgang, 11, 19, 46, 48, 49, 52, 53, 54, 125, 540
Séricourt (Seine et Marne), 247, 279, 445, 447, 478
SERSIRON Gilbert, 52, 61, 96, 98, 109, 113, 122, 125, 129, 134, 172, 394, 400, 533
Sète (Hérault), 39, 94

Smith F.B., 11, 19, 20, 27, 28, 32, 33, 35, 41, 64, 66, 103, 113, 133, 139, 208, 226, 229, 256, 303, 334, 338, 342, 386, 443, 540
SPENGLER Alexander, 56, 57
Strasbourg (Bas-Rhin), 24, 66, 99, 111, 239, 240, 433, 435, 441, 523, 529, 539, 548
Sutton Coldfield (Angleterre), 32, 37, 42

T

Tattone (Corse), 475, 511, 548
Thorenc (Alpes-Maritimes), 88, 140, 145, 279, 388, 390, 393, 418, 429, 447, 481, 518, 525, 539
TOURNON Paul, 246, 376, 393, 498, 499, 505, 523, 525
Tours (Indre-et-Loire)
  Le Jouteux, 182, 449
TOUSSAINT Henry, 22
Trespoey (Pyrénées-Atlantiques), 71, 73, 85, 87, 140, 141, 156, 157, 162, 165, 246, 251, 352, 473
TURBAN Karl, 26, 42, 57, 59, 60, 62, 74, 76, 98, 127, 139, 140, 141, 188, 222, 323, 357, 378, 456, 459, 482, 533
Turin (Italie), 32, 42, 118, 141, 143, 331, 359, 394, 421, 428, 494, 527, 533

V

VACHER Léon, 56, 57, 81, 393, 533
Vallauris (Alpes-Maritimes), 287, 491, 502, 537
Ventor Hospital *(Angleterre)*, 33
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), 80, 83, 85, 87, 140, 141, 246
Versailles (Yvelines), 12, 88, 113, 251, 260, 264, 267, 283, 321, 330, 373, 377, 384, 388, 389, 390, 391, 418, 431, 435, 436, 437, 438, 441, 445, 448, 466, 474, 487, 498, 503, 504, 525
VETTER William, 37, 240, 445, 500, 501, 533
VILLEMIN Jean-Antoine, 21, 22, 29, 30, 39, 40, 42, 44, 78, 105, 177, 267, 534, 537
Villepinte (Seine-Saint-Denis), 80, 125, 131, 135, 164, 246, 251, 255, 268
Villers-le-Lac (Doubs)
  Les Genévriers, 267, 328, 332, 392, 431, 435, 439, 440, 445, 447, 457, 458, 462, 463, 475, 481, 525
Villiers-sur-Marne (Aisne), 81, 94, 246, 247, 251, 283, 292, 375, 387, 418, 420, 426, 428, 429, 441, 445, 446, 456, 465, 474, 479

W

Wald (Suisse), 59, 60, 66, 76, 108, 112, 139, 143, 144, 394, 478, 483, 524, 540
WALTHER Otto, 66, 229
WELTZIEN Victor von, 49, 52, 60, 70, 72, 76, 89, 112, 114, 129, 170, 171, 326, 327, 421, 534
WOLFF Felix, 46, 49

Y

Yzeure (Allier), 244, 266, 275, 286, 335, 387, 432

Z

Zaghouan (Tunisie), 511

ABRÉVIATIONS, NOMENCLATURE ET REMERCIEMENTS

Liste des abréviations

A.D.	Archives départementales
A.M.	Archives municipales
A.M.G.	Assistance médicale gratuite
A.M.M.	Association métallurgique et minière contre la tuberculose
A.P.-H.P.	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
A.V.S.H.A.	Associations des villages sanatoriums de haute altitude
B.K.	bacille de Koch
C.A.A.M.T.	Comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux
C.D.D.T.	Comité départemental de défense contre la tuberculose
C.G.	Conseil général
C.H.	Centre hospitalier
C.N.D.T.	Comité national de défense contre la tuberculose
c.p.	carte postale
C.R.E.H.A.	Centre de recherche et d'étude sur l'histoire d'Assy
H.B.M.	Habitations à bon marché
H.C.L.	Hospices civils de Lyon
O.P.H.S.	Office public d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse de la Seine
P.E.P.	Pupilles de l'école publique
s.d.	sans date
U.H.S.E.	Union hospitalière du Sud-Est
U.I.M.M.	Union des industries métallurgiques et minières
U.I.T.	Union internationale contre la tuberculose

Nomenclature des bâtiments dans le texte.

Le nom de chaque établissement mentionné est suivi, entre parenthèses, du département français où il se situe et de sa date d'ouverture qui, pour des raisons de précision et d'uniformité, a été préférée à la date de conception, souvent difficile à déterminer avec exactitude. Lorsque deux dates sont mentionnées, la première est celle de la conception du projet, la seconde celle de l'ouverture du bâtiment aux malades. Pour faciliter la localisation des projets et des bâtiments réalisés, nous nous sommes efforcés d'utiliser les noms de départements en vigueur en 2010 (liste en page suivante) plutôt que ceux utilisés dans l'entre-deux-guerres ; nous avons donc utilisé « Seine-Maritime » à la place de « Seine-Inférieure », « Côtes-d'Armor » à la place de « Côtes-du-Nord », « Loire-Atlantique » à la place de « Loire-Inférieure », etc.

Renvois extérieurs au texte : notes de bas de page, illustrations, catalogue et plans.

Afin de ne pas alourdir les notes de bas de page, nous avons adopté le système de notation germanique qui consiste à désigner une publication par son auteur suivi de l'année d'édition et la page concernée (par exemple : Guinard 1925, p. 154). La référence complète de chaque ouvrage se trouve dans la bibliographie en fin de volume. Pour les publications anonymes, la référence complète est donnée à chaque fois.

Outre les notes de bas de page, trois types de renvois ont été insérés dans le texte.

La mention **[ill.]** renvoie aux illustrations situées en annexes et numérotées de 1 à 450. Pour des raisons de clarté, les illustrations sont classées géographiquement (par pays et, pour la France, par département et par commune) plutôt que thématiquement ou selon le fil du texte.

La mention **[cat.]** renvoie aux illustrations accompagnant les fiches signalétiques établies par projet et groupées dans le catalogue reproduit en annexes. Bien qu'il n'y ait pas de renvoi vers les notices du catalogue, le lecteur est invité à le consulter dès qu'il cherchera des informations complémentaires (commanditaire, architecte, médecin, statut, capacité, types de patients accueillis, historique succinct, etc.) et une vue de l'établissement en question. Les bâtiments sont classés dans l'ordre alphabétique des départements puis des communes.

La mention **[plan]** renvoie aux plans des projets et établissements intégrés au corpus et reproduits en annexes. Afin de facilité le passage de l'une à l'autre de ces annexes, la nomenclature des plans et celle du catalogue sont identiques, par exemple, pour le sanatorium Guébriant (Haute-Savoie, 1933) : cat. 74-07, plans 74-07, ill. 364.

Les astérisques (*) accolés aux noms de personnes renvoient aux notices biographiques situées en annexes.

Départements français selon la numérotation utilisée dans la nomenclature

01 Ain
02 Aisne
03 Allier
04 Alpes-de-H^te^-Provence
05 Hautes-Alpes
06 Alpes-Maritimes
07 Ardèche
08 Ardennes
09 Ariège
10 Aube
11 Aude
12 Aveyron
13 Bouches-du-Rhône
14 Calvados
15 Cantal
16 Charente
17 Charente-Marit.
18 Cher
19 Corrèze
20 Corse
21 Côte-d'Or
22 Côtes-d'Armor
23 Creuse
24 Dordogne
25 Doubs
26 Drôme
27 Eure
28 Eure-et-Loir
29 Finistère
30 Gard
31 Haute-Garonne
32 Gers
33 Gironde
34 Hérault
35 Ille-et-Vilaine
36 Indre
37 Indre-et-Loire
38 Isère
39 Jura
40 Landes
41 Loir-et-Cher
42 Loire
43 Haute-Loire
44 Loire-Atlantique
45 Loiret
46 Lot
47 Lot-et-Garonne
48 Lozère
49 Maine-et-Loire
50 Manche
51 Marne
52 Haute-Marne
53 Mayenne
54 Meurthe-et-Mos.
55 Meuse
56 Morbihan
57 Moselle
58 Nièvre
59 Nord
60 Oise
61 Orne
62 Pas-de-Calais
63 Puy-de-Dôme
64 Pyrénées-Atlantiques
65 Hautes-Pyrénées
66 Pyrénées-Orientales
67 Bas-Rhin
68 Haut-Rhin
69 Rhône
70 Haute-Saône
71 Saône-et-Loire
72 Sarthe
73 Savoie
74 Haute-Savoie
75 Paris
76 Seine-Maritime
77 Seine-et-Marne
78 Yvelines
79 Deux-Sèvres
80 Somme
81 Tarn
82 Tarn-et-Garonne
83 Var
84 Vaucluse
85 Vendée
86 Vienne
87 Haute-Vienne
88 Vosges
89 Yonne
90 Territ.-de-Belfort
91 Essonne
92 Hauts-de-Seine
93 Seine-Saint-Denis
94 Val-de-Marne
95 Val-d'Oise
971 Martinique
972 Guadeloupe
973 Guyane
974 Réunion

Ont été ajoutés :
00 Sites non identifiés
99 Anciennes colonies françaises

Remerciements

Je remercie en premier lieu mes deux directeurs de thèse, Anne-Marie Châtelet et Bruno Reichlin, pour leurs encouragements répétés et leurs conseils avisés durant ces cinq années de recherche.

Je remercie également Emilie Anstett Sinigaglia (Fondation santé des étudiants de France, Paris), Yves Baille (Hôpitaux de Marseille), Vincent Barras (Université de Lausanne), Alain Bled (Centre hospitalier de Carnelle, St-Martin-du-Tertre), Yves Bayard, Claudine Brun (Clermont-Ferrand),Véronique Borgeaud (Centre G. Pompidou, Paris), Jean-Charles Cappronnier (Archives nationales, Paris), Hervé Carluer (Centre hospitalier des Pays de Morlaix), Patrick Colo (Centre hospitalier de Ste-Feyre), Catherine Cornut (Université de Genève), Tahi Diallo (U.V.S.Q.), Jean Dumarest (Hauteville), Fabienne Drugeon (U.V.S.Q.), Christoph Frank (*Accademia di architettura di Mendrisio*), Karl Feltgen (Université de Rouen), Mathias Gardet (Université Paris-VIII), Patricia Gorin (Université de Genève), Franz Graf (E.P.F. Lausanne), Alberto Grimoldi (*Politecnico di Milano*), Roberto Gargiani (E.P.F. Lausanne), Andreas Hauser (Société d'histoire de l'art en Suisse), Stéphane Henry (Université du Havre), Anne-Marie Jäggi (*Technische Universität Berlin*), Jean-Paul Janssens (Université de Genève), Pierre-Louis Laget (D.R.A.C. Nord-Pas-de-Calais), Christophe Laurent (Clermont-Ferrand), Cyrille Marais (Centre hospitalier public d'Hauteville), Tullio C. Medici (Zurich), Emile Roegel (Université de Strasbourg), Marie-Dina Salvione (Montréal), Brigitte Schoendoerffer (Paris), Chrystelle Scafarto (U.V.S.Q.), Claudia Schülzky (Technische Universität Berlin), Michael Wiess (E.T.H. Zurich), Olivier Ragois (Archives de l'I.F.A. Paris), Charlotte Siney-Lange (Paris), Helen Wettstein (C.R.U.S., Genève), ainsi que toutes les personnes qui m'ont accueilli et guidé dans les archives départementales et municipales.

Je remercie enfin mes proches : ma mère et ma sœur pour leur soutien continu, ainsi que Luca.

Illustration de couverture : de gauche à droite et de bas en haut, les façades sud des sanatoriums du Dr Artaud (Aisne, 1900, non réalisé) ; d'Oissel (Seine-Maritime, 1904) ; d'Aubrac (Aveyron, 1902) ; de Lay-Saint-Christophe (Meurthe-et-Moselle, 1902) ; de la Tronche (Isère, 1917) ; de la Marlézières (Loire-Atlantique, 1905, non réalisé), du pavillon Taillefer de La Tronche (Isère, 1921) ; de Guervénan (Finistère, 1923) ; de Fermaincourt (Eure-et-Loire, 1921, non réalisé) ; d'Aincourt (Val-d'Oise, 1930, projet de Pingusson non réalisé) ; de Boudré (Maine-et-Loire, 1931, non réalisé) ; de Concoules (Gard, 1925) ; du Cluzeau (Indre-et-Loire, 1934) ; Grancher (Creuse, 1938-1950, non réalisé) ; Sancellemoz (Haute-Savoie, 1931) ; de Tattone (Corse, projet de Bossu non réalisé) ; de Neufmoutiers-et-Brie (Val-de-Marne, 1956). Montage : Philippe Grandvoinnet.