



HAL
open science

Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)

Sylvie Poncelet

► **To cite this version:**

Sylvie Poncelet. Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943). Histoire. Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, 2020. Français. NNT : 2020PA01H046 . tel-03234780

HAL Id: tel-03234780

<https://theses.hal.science/tel-03234780>

Submitted on 4 Jun 2021

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

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

UNIVERSITE PARIS I PANTHÉON-SORBONNE
Ecole doctorale d'Histoire
Laboratoire de rattachement
Centre d'Histoire Sociale des mondes contemporains
CHS, UMR 8058

THÈSE

Pour l'obtention du titre de Docteur en Histoire
Présentée et soutenue publiquement
le 14 septembre 2020 par

Sylvie PONCELET

**Le dispensaire antituberculeux
ou la difficile émergence d'un établissement
prophylactique (1901-1943)**

Volume I

Sous la direction de Mme Isabelle LESPINET-MORET
Professeure à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Membres du Jury

Mme Judith RAINHORN, Professeure Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

M. Vincent VIET, Chercheur au CNRS-CERMES3

M. Yannick MAREC, Professeur émérite Université de Rouen Normandie

Mme Anne RASMUSSEN, Directrice d'études à l'EHESS

Mme Isabelle LESPINET-MORET, Professeure Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Résumé

Ce travail retrace, à partir d'archives, un épisode de l'histoire sociale de la santé, des pratiques médicales et des politiques sociales qui leurs sont attachés.

À la fin du XIX^e siècle, la mortalité due à la tuberculose est plus importante en France que dans la plupart des pays européens. En 1901, sous l'impulsion de la Commission Permanente contre la Tuberculose ouvrent les premiers dispensaires voués à la prophylaxie antituberculeuse à Paris et dans les grandes villes françaises. Calmette crée et dirige le dispensaire de Lille prototype du dispensaire « à la française ». Le manque d'homogénéité des actions des premiers dispensaires, la rivalité avec les acteurs des sanatoriums ou des hôpitaux ainsi que les craintes des médecins libéraux, freinent l'évolution du nombre des dispensaires. La loi Léon-Bourgeois est promulguée en 1916 sous la pression de personnalités comme le professeur Landouzy qui s'émeut du nombre des soldats tuberculeux réformés semeurs de bacilles dans la population. La mission Rockefeller apporte son soutien au Comité National d'Aide aux Anciens Militaires tuberculeux sous forme financière mais surtout en matière organisationnelle. La période de l'entre-deux-guerres est propice à l'apparition de lois sociales et à l'augmentation des financements publics destinés à la prophylaxie. Le nombre des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse augmente, pilotés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, tandis que la mortalité due à ce fléau social baisse régulièrement depuis le début du XX^e siècle jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale. L'antibiotique qui tue le bacille de la tuberculose est découvert en 1943.

Summary

This work traces, from the archives, an episode in the social history of health, medical practices and the social policies attached to them.

At the end of the 19th century, mortality figures due to tuberculosis were higher in France than in most European countries. In 1901, at the instigation of the Permanent Commission against Tuberculosis, the first dispensaries dedicated to anti-tuberculosis prophylaxis were opened in Paris and other major French cities. Calmette created and managed the Lille dispensary, a prototype of the "French-style". The lack of homogeneity in the actions of the first dispensaries, the rivalry with the actors of sanatoriums or hospitals, as well as the fears of private doctors, slowed down the evolution of the number of dispensaries. The Léon-Bourgeois law was promulgated in 1916 under pressure from personalities such as Professor Landouzy, who was moved by the number of reformed tuberculosis soldiers spreading bacilli amongst the civilian population. The Rockefeller Mission gave its support to the National Committee for Assistance to Former Military Tuberculosis Soldiers in the form of financial contributions but above all in organizational matters. The period between the two world wars was conducive to the emergence of social laws and an increase in public funding for prophylaxis. The number of social hygiene and tuberculosis preservation dispensaries increased, run by the National Tuberculosis Defence Committee, while mortality due to this social scourge declined steadily from the beginning of the 20th century until after the Second World War. The antibiotic capable of defeating the tuberculosis bacillus was discovered in 1943.

Mots-Clés : Santé publique, histoire de la médecine, politiques sociales, tuberculose, dispensaire, prophylaxie, vaccination, timbre antituberculeux.

Remerciements

Je remercie ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur patience tout au long des travaux de recherches et d'écriture de ce travail.

Je suis très reconnaissante à l'équipe du pôle d'enseignement à distance COMETE de l'Université Paris Nanterre qui offre la possibilité de suivre un parcours en licence à des personnes qui mènent une carrière professionnelle. C'est ainsi que j'ai pu commencer des études par passion pour l'Histoire et que j'ai fait la connaissance d'Isabelle Lespinet-Moret qui guida mes premières recherches pendant mes années de master.

Je remercie Catherine Omnès pour son aide dans la structuration initiale de ce travail.

Je remercie l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne qui a validé mon inscription en doctorat ainsi que l'équipe des professeurs du Centre d'Histoire Sociale des mondes contemporains, unité de recherche du CNRS et de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, pour leurs précieux conseils donnés lors des réunions de doctorants.

Je remercie Vincent Viet et Judith Rainhorn d'avoir accepté d'être membres de mon comité de suivi de thèse. Je les remercie pour leur investissement et leurs conseils qui m'ont été très précieux pour finaliser ce travail de thèse.

Je remercie Anne Rasmussen et Yannick Marec d'avoir accepté d'être membres de mon jury de thèse.

Je remercie Noémi Rubello, responsable administrative et scientifique de l'ED 113, pour sa disponibilité envers les thésards.

Je remercie les personnels des Archives Départementales de Seine-et-Marne à Dammarie-les-Lys, les personnels des Archives de l'AP-HP rue des Minimes à Paris et les personnels des Archives de l'Institut Pasteur à Paris, auprès desquels j'ai toujours trouvé un accueil chaleureux et bienveillant. J'ai une pensée toute particulière pour les bibliothécaires du Musée Social rue de Las-Cases à Paris, pour Anthony Lorry et ses collègues dont je n'oublierai pas le dynamisme et l'efficacité.

Je remercie de leur confiance Philippe Grandvoinet et Antony Kitts qui m'ont transmis leur thèse de doctorat quelques temps après leur soutenance et avant leur publication.

Je remercie Martial Gantelet proviseur adjoint du lycée Uruguay-France à Avon de 2014 à 2018, docteur en Histoire, pour ses conseils particulièrement bien ciblés et son intérêt pour mes travaux.

Je remercie Martine Hatton pour les conseils qu'elle m'a prodigués pendant mon parcours universitaire et pour son soutien sans faille.

Je remercie tout particulièrement Isabelle Lespinet-Moret, ma directrice de thèse, pour ses conseils et ses remarques toujours éclairantes. Je la remercie pour son soutien et la façon chaleureuse avec laquelle elle a mené son travail à mes côtés du master au doctorat.

Sommaire	4
Introduction	9
Première partie : Le dispensaire antituberculeux, une solution efficace face à la contagion (1900-1914)	29
Chapitre 1 Les acteurs de la lutte antituberculeuse désunis malgré l'urgence de la situation	33
1.1 Une inquiétante propagation de la tuberculose	33
1.1.1 Les statistiques alarmantes	33
1.1.2 Qui sont les responsables de la contagion tant redoutée ?	41
1.1.2.1 Les immigrants, une mauvaise piste	42
1.1.2.2 Les logements insalubres incriminés	43
1.2 Le dispensaire et le bureau de bienfaisance : de faux amis	46
1.2.1 A Paris, une coopération difficile	48
1.2.2 A Lyon et au Havre, une coexistence pacifique	52
1.2.3 Les prérogatives des bureaux de bienfaisance	57
1.3 Le corps médical divisé au sujet de la prophylaxie	59
1.3.1 Des scientifiques et les hygiénistes font progresser la recherche	59
1.3.2 Les experts internationaux se réunissent en congrès	62
1.3.3 Les médecins libéraux craignent de perdre la clientèle des tuberculeux	64
Chapitre 2 Hôpitaux et sanatoria versus dispensaires antituberculeux	
2.1 L'intégration des dispensaires par les hôpitaux <i>intramuros</i>	69
2.1.1 L'hôpital est un espace de contamination	70
2.1.2 Isoler les tuberculeux à l'hôpital, un impératif difficile à réaliser	75
2.1.3 Le dispensaire Léon-Bourgeois un système prometteur de lutte contre la tuberculose	77
2.2 Dispensaire antituberculeux et sanatorium, des unités complémentaires	80
2.2.1 Le sanatorium, une création suisse pour soigner les malades fortunés	81
2.2.2 Le sanatorium populaire : une alternative au dispensaire ?	86
2.3 Les combats de Léon Bourgeois en faveur de la prophylaxie	93
2.3.1 Léon Bourgeois et la Mutualité, une union contre la tuberculose	93
2.3.2 Une organisation privée levier des pouvoirs publics contre la tuberculose	99
Chapitre 3 La création des premiers dispensaires antituberculeux	103
3.1 Les premiers établissements trop vite créés et souvent mal équipés	104
3.1.1 Un dispensaire par arrondissement ouvre à Paris entre 1900 et 1904	104
3.1.2 Les carences des premiers dispensaires vite dénoncées	114
3.2 Le fonctionnement des premiers dispensaires	117
3.2.1 L'exemple des dispensaires de Nantes, Bordeaux et Lyon	117
3.2.2 L'activité chiffrée d'un dispensaire parisien	120
3.2.2.1 Les comptes du dispensaire Lalance de 1903 à 1908	121
3.2.2.2 L'analyse du nombre des consultants	123
3.3 Le dispensaire lillois produit de l'Institut Pasteur, une innovation prophylactique ?	129
3.3.1 Les conditions de l'ouverture de l'établissement lillois	130
3.3.2 Le fonctionnement du dispensaire « à la française »	137
3.3.3 Calmette, un pasteurien au service d'un Institut controversé	140
Conclusion de la première partie	145

Deuxième partie : Les freins et les impulsions de la lutte antituberculeuse (1914-1926)	147
Chapitre 4 Le bacille tue et la prophylaxie reste insuffisante	149
4.1 Les malades sont-ils les acteurs efficaces de la prophylaxie ?	149
4.1.1 Un malade informé de son état pour protéger son entourage	150
4.1.2 Les principaux lieux de contamination par le BK	156
4.2 Le tuberculeux, un professionnel contagieux ?	159
4.2.1 Les mesures prises par l'Administration pour lutter contre le BK	160
4.2.2 La tuberculose, une maladie professionnelle ?	164
4.2.3 Où sont les dispensaires avant 1914 ?	173
4.3 La mortalité tuberculeuse régresse mais reste une source d'inquiétude	176
4.3.1 Les arrondissements parisiens : une régression inégale	177
4.3.2 Lille et Lyon, des problématiques différentes	178
4.3.3 Une baisse régulière de la mortalité tuberculeuse depuis la fin du XIX ^e siècle	180
Chapitre 5 La guerre accroît les risques de contagion	185
5.1 Le début de la guerre modifie les principes de la prophylaxie	186
5.1.1 Des tuberculeux, semeurs de bacilles envoyés au combat	186
5.1.2 Les Comités d'assistance aux militaires tuberculeux en guerre contre le BK	191
5.1.3 Des dispensaires créés pendant le conflit malgré la mobilisation des soignants	195
5.2 La loi Léon-Bourgeois promeut en 1916 le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse	199
5.2.1 La loi décrit les acteurs et le fonctionnement du dispensaire	200
5.2.2 Les dispensaires peuvent adopter plusieurs formes juridiques	202
5.2.3 Les sources de financement des dispensaires	205
5.2.3.1 Des jeux pour financer l'installation des dispensaires	205
5.2.3.2 Les financements prévus par la loi Léon-Bourgeois	207
5.3 Les Américains réactivent en France la prophylaxie antituberculeuse	210
5.3.1 Les hésitations américaines, avant l'action, la réflexion	210
5.3.2 : La mission Rockefeller développe son programme avec science et méthode	216
Chapitre 6 Le lent accroissement du nombre des dispensaires (1919-1926)	221
6.1 Les dispensaires sur le territoire français, une répartition peu uniforme	222
6.1.1 Le nombre des dispensaires progresse entre 1918 et 1926	223
6.1.2 La transformation juridique des comités départementaux d'aide aux militaires	229
6.2 La création des dispensaires favorisée par le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT)	231
6.2.1 Le CNDT pointe les difficultés du département du Nord	231
6.2.2 La prophylaxie en Seine-et-Marne, du privé au public	236
6.2.3 Le département de la Seine de mieux en mieux équipé	243
6.2.4 Peut-on mesurer l'efficacité des premiers dispensaires ?	250
6.3 La formation indispensable d'un personnel très spécialisé	259
6.3.1 Les infirmières-visiteuses, chevilles ouvrières du dispensaire	260
6.3.1.1 Un nouveau métier qui attire peu de candidates dans les écoles	260
6.3.1.2 Le métier d'infirmière-visiteuse au cœur des dispensaires	266
6.3.2 Phtisiologie, une spécialité médicale émergente	273
Conclusion de la deuxième partie	281

Troisième partie : Le dispensaire à l'épreuve des savoirs et des techniques (1927-1943)	285
Chapitre 7 Des techniques médicales en constante évolution	287
7.1 De l'auscultation à la radiologie un long chemin pour trouver le BK	288
7.1.1 Le stéthoscope, l'instrument le plus ancien, le plus utilisé	288
7.1.2 La bactériologie : le diagnostic infailible de la tuberculose ?	290
7.1.3 La radiologie, une avancée scientifique majeure	301
7.2 Le pneumothorax, vers la guérison des tuberculeux ?	309
7.2.1 Une intervention redoutée par les patients	309
7.2.2 Les premiers résultats des premiers pneumothorax très discutés	310
7.3 Le B.C.G, vaccin miracle ou miroir aux alouettes ?	312
7.3.1 Le B.C.G : le produit d'une longue recherche	313
7.3.2 Les résultats encourageants des premières vaccinations	314
7.3.3 Le B.C.G plébiscité par le gouvernement français	320
Chapitre 8 L'activité des dispensaires permet-elle une diminution de la mortalité tuberculeuse ?	323
8.1 La couverture prophylactique des dispensaires est-elle satisfaisante ?	324
8.1.1 La diffusion des dispensaires antituberculeux entre les deux guerres	324
8.1.2 L'activité des dispensaires de l'OPHS du département de la Seine entre 1928 et 1938.	332
8.1.3 Les médecins indépendants collaborent-ils à l'action des dispensaires ?	344
8.2 La tuberculose tue inégalement par tranches d'âges et par sexes	346
8.2.1 La mortalité tuberculeuse chez les enfants de 0 à 9 ans	346
8.2.2 Les femmes surpassent les hommes entre 10 et 24 ans	351
8.2.3 La mortalité tuberculeuse masculine dépasse la mortalité tuberculeuse féminine à partir de l'âge de 25 ans	353
8.3 Les variations de la mortalité tuberculeuse pendant la Deuxième Guerre mondiale	356
8.3.1 La mortalité tuberculeuse augmente globalement entre 1936 et 1941	357
8.3.2 Comment évaluer l'efficacité de la prophylactique des dispensaires ?	364
Chapitre 9 Education et propagande en faveur des dispensaires antituberculeux	
9.1 : La mission d'éducation des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse	367
9.1.1 : Sur du papier, la diffusion de la propagande antituberculeuse est plus large	370
9.1.2 : Le cinéma pour combattre le BK	376
9.2 La propagande pour les dispensaires via les timbres antituberculeux	379
9.2.1 Les timbres au service de la prophylaxie	379
9.2.2 La vente des timbres antituberculeux collecte des fonds	387
9.2.2.1 Les fruits de la campagne Seine-et-Marnaise	388
9.2.2.2 Les fruits de la campagne dans le département de l'Aube	392
9.2.2.3 Les fruits de la campagne dans le département de la Seine-Inférieure	394
9.2.3 Les enfants, premières cibles de la vente du timbre antituberculeux	396
9.3 L'action des organismes internationaux pour la prophylaxie	398
9.3.1 Les organismes internationaux avant et après la création de la SDN	398
9.3.2 La mortalité tuberculeuse des principaux pays européens, de l'Australie et du Japon entre 1925 et 1940	403

Conclusion de la troisième partie	408
Conclusion générale	410
Sources	418
Bibliographie	426
Table des annexes	
Annexe 1 : Table des abréviations.	434
Annexe 2 : Extrait du Journal Officiel du mardi 18 avril 1916. Loi instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.	435
Annexe 3 : Circulaire au sujet de l'application de la loi du 15 avril 1916 créant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du 31 juillet 1917.	438
Annexe 4 : Biographie de Léon Bourgeois	
Annexe 5 : Biographie d'Albert Calmette.	
Table des illustrations et des tableaux	451
Table des cartes	454

Introduction

La phthisie, terme utilisé au début du XX^e siècle pour désigner la tuberculose pulmonaire, est une maladie contagieuse responsable d'une mortalité élevée jusqu'au milieu du XX^e siècle. Cette maladie est évoquée dans des romans par des auteurs comme Emile Zola ou Victor Hugo qui décrivent la misère des plus pauvres. Dans son œuvre *Les Misérables* Victor Hugo propose au lecteur le regard de monsieur Madeleine, nom sous lequel se cache Jean Valjean, ancien bagnard devenu chef d'entreprise et maire bienfaisant dans sa commune, sur Fantine la jeune mère célibataire trompée, déchue et malade qui cherche à protéger son enfant Cosette confiée aux époux Thénardier.

« Il fit quelques observations sur une porte qui fermait mal, et dont le bruit pouvait réveiller la malade, puis il entra dans la chambre de Fantine et s'approcha du lit et entr'ouvrit les rideaux. Elle dormait. Son souffle sortait de sa poitrine avec ce bruit tragique qui est propre à ces maladies, et qui navre les pauvres mères lorsqu'elles veillent la nuit près de leur enfant condamné et endormi. Mais cette respiration pénible troublait à peine une sorte de sérénité ineffable, répandue sur son visage, qui la transfigurait dans son sommeil. Sa pâleur était devenue de la blancheur ; ses joues étaient vermeilles. Ses longs cils blonds, la seule beauté qui lui fût restée de sa virginité et de sa jeunesse, palpitaient tout en demeurant clos et baissés. Toute sa personne tremblait de je ne sais quel déploiement d'ailes prêtes à s'entr'ouvrir et à l'emporter, qu'on sentait frémir, mais qu'on ne voyait pas. A la voir ainsi, on n'eût jamais pu croire que c'était là une malade presque désespérée¹. »

Victor Hugo n'écrit pas le nom de la maladie qui tue lentement Fantine. Il dépeint des symptômes du mal : une respiration difficile, la grande pâleur de la malade et sa mort annoncée par des médecins impuissants.

La tuberculose est-elle aujourd'hui le mauvais souvenir du fléau qui terrifie les populations jusqu'à la fin des années 1960 ? La lutte contre la peste blanche, l'autre nom donné à cette maladie, signe-t-elle la puissance de la science médicale face à des fléaux sanitaires ancestraux ? Les enfants élevés en France jusqu'au début des années 1970, se souviennent que la poliomyélite² et la tuberculose font l'objet d'une surveillance médicale étroite au sein des écoles et de vaccinations qui sont des actes préventifs proposés dans des dispensaires d'hygiène sociale³. Cette thèse propose de retracer l'histoire de ces dispensaires.

¹Victor Hugo, *Les Misérables*, Bibliothèque de la Pléiade, Editions Gallimard, 1951, p.297-298.

Le roman de Victor Hugo paraît en 1862. L'action se déroule entre 1815 à la bataille de Waterloo et 1832, année pendant laquelle l'insurrection républicaine de juin tente de renverser la Monarchie de Juillet.

²« La poliomyélite est une maladie très contagieuse qui envahit le système nerveux et peut entraîner des paralysies irréversibles. Depuis les années 1960, cette maladie peut être prévenue grâce à des vaccins efficaces. Avant l'ère vaccinale, la polio était l'un des fléaux les plus terribles de l'enfance et touchait 600 000 enfants par an dans le monde. » In site Internet <https://www.pasteur.fr> consulté le 29 avril 2017.

³Les personnes nées pendant les années 1950 ont le souvenir des tests régulièrement effectués à l'école primaire pour vérifier leur immunité face à la tuberculose après la vaccination au B.C.G. Les familles

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*,

Thèse soutenue en 2020.

Elle succède à un travail de master⁴ centré sur le combat contre la tuberculose livré par Léon Bourgeois (1851-1925) qui devient délégué permanent de la France à la Société des Nations et le premier président du Conseil de la SDN (Société des Nations). Il reçoit le prix Nobel de la paix en 1921 et œuvre au sein de la Mutualité française et plus largement sur le plan international. L'histoire de la vie personnelle, politique et sociale de Léon Bourgeois conduit, comme par évidence, à l'étude des dispensaires antituberculeux souvent présentés par les historiens comme une création née pendant la Première Guerre mondiale sous l'impulsion financière et les recommandations méthodologiques de membres de la fondation américaine Rockefeller⁵. Ce travail s'attache à chercher les origines des premiers dispensaires antituberculeux qui fonctionnent en France dès les premières années du XX^e siècle, fruit de la volonté et de l'action des progrès scientifiques et d'une communauté d'hommes issus de milieux et de formations différentes qui ont voulu adapter des politiques sociales dont les objectifs visent à trouver des réponses aux fléaux sociaux sévissant à cette époque et protéger leurs semblables d'une contagion mortelle.

Dès le XVII^e siècle, les scientifiques sont capables grâce au microscope, d'identifier les microorganismes responsables des maladies infectieuses. Les mesures prophylactiques demeurent les seules ressources dont disposent les médecins et les pouvoirs publics pour limiter la contagion, par conséquent le nombre de malades et la mortalité. Les modes de transmission des microbes semblent constituer des sujets de divisions au sein du corps médical. Deux axes stratégiques permettent de comprendre les méthodes préconisées par les contagionnistes et par les anticontagionnistes. Les anticontagionnistes, encore appelés infectionnistes, estiment qu'il y a transmission de la maladie de proche en proche. Conscients de leur incapacité à soigner les malades, ils utilisent des méthodes de prévention et mettent au jour l'étiologie sociale des maladies causées par l'insalubrité de l'habitat. Ils édifient la notion d'hygiène publique, annoncée par le chimiste Antoine-Laurent Lavoisier⁶ (1743-1794) à la fin du XVIII^e siècle dans son mémoire consacré au renouvellement de l'air des salles de spectacles, comme le rappelle Gérard Jorland⁷ dans son livre *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*. Dès le XVIII^e siècle, l'air est pointé comme le vecteur de la transmission des maladies précise Georges Vigarello dans son ouvrage *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge*⁸. Pour limiter la contagion, l'air doit circuler notamment dans les espaces collectifs (navires, prisons, hôpitaux)

pouvaient se faire suivre médicalement dans le dispensaire du quartier pour quelques francs, dans des locaux au confort spartiate d'une hygiène stricte.

⁴Sylvie Poncelet, *Léon Bourgeois, Mutualité et lutte contre la tuberculose*, Mémoire de master 2, parcours en histoire économique et sociale, année 2009, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, sous la direction d'Isabelle Lespinet-Moret.

⁵Ludovic Tournes, *Sciences de l'homme et politique, les fondations philanthropiques américaines en France au XX^e*. Editions des Classiques Garnier, 2011. En 1880, Rockefeller est au sommet de sa réussite financière mais aussi de son impopularité. Il donne environ 10% de ses revenus à des œuvres charitables. La fondation Rockefeller entreprend en France et aux États-Unis une action d'envergure contre la tuberculose en 1917.

⁶Antoine Laurent Lavoisier est considéré comme le fondateur de la chimie moderne. Il effectue une analyse de l'air, identifie l'oxygène de l'azote. <https://www.larousse.fr> site consulté en février 2009.

⁷Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Gallimard, 2010, p. 12.

⁸Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge*, Editions du Seuil, Paris, 1993, p.178-279.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

où l'imprégnation miasmique⁹ est importante. Les premiers ventilateurs sont mis en service entre 1744 et 1755 pour brasser l'air et tenter de dissiper les émanations malsaines.

Les médecins contagionnistes choisissent d'isoler les malades contagieux pour protéger les personnes saines. Leurs méthodes complètent les mesures prophylactiques des anticontagionnistes par des actions de police sanitaire, chargée de la chasse aux microbes sur le territoire national et de la surveillance de la population dont la protection est élevée au rang de devoir national gouvernemental.

Les anticontagionnistes sont, semble-t-il, les précurseurs du mouvement hygiéniste. Déjà en 1776, l'Académie de Médecine est à l'origine d'une enquête pour cerner l'origine des épidémies, prémices d'un état hygiéniste qui cherche à changer l'homme par une action bien calculée sur l'environnement de l'individu¹⁰. Les pauvres et les indigents constituent une population à haut risque en matière de contagion tuberculeuse, beaucoup vivent dans des taudis et ont très difficilement accès aux soins. Sous Napoléon III, des moyens financiers sont destinés à venir en aide aux plus démunis. Le budget des indigents est géré par l'administration des hôpitaux et des hospices¹¹. Parallèlement, l'Assistance Publique créée en 1849, est chargée du recensement des pauvres tous les trois ans afin d'assurer la répartition des ressources des bureaux de bienfaisance fondés avec la loi du 27/11/1796. Ils assurent dans les villes, tout au long du XIX^e siècle, à la suite de l'Agence de secours, une assistance matérielle et médicale aux plus nécessiteux¹² dont le nombre augmente notamment dans les grandes villes.

En effet, l'industrialisation au cours du XIX^e siècle dans les pays de l'Europe occidentale engendre des conditions de vie difficile pour les ouvriers entraînant une surmortalité de la population ouvrière, provoque des grèves et alimente les débats autour de l'intervention de l'État¹³. La liste des nuisances contre

⁹Le dictionnaire Larousse précise que le terme miasme est d'origine grecque et signifie souillure. La définition du mot miasme est : « Emanation malsaine considérée dans l'antiquité comme une source de maladie infectieuse. »

¹⁰Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé, op.cit.*, p.180.

¹¹Thomas Le Roux, *Le laboratoire des pollutions industrielles, Paris, 1770-1830*, Albin Michel, Paris, 2011, p.28 à 49. Sur le sujet des hôpitaux et des hospices confère :

Catherine Duprat, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cours du premier XIX^e siècle*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 1996 -97.

Catherine Maurer, *Un siècle de charité organisée en Alsace. La Fédération de Charité-Caritas d'Alsace 1903-2003*, Strasbourg, Éditions du Signe, 2003.

Mathilde Rossigneux-Méheust, *Vivre, vieillir et mourir en institution au XIX^e siècle : genèse d'une relation d'assistance*, Thèse d'Histoire sous la direction de Dominique Kalifa, Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2015.

Axelle Brodiez-Dolino, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRD Editions, 2013.

Yannick Marec, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Presses universitaires de Rennes, 2006.

Yannick Marec, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, Paris, La Documentation française/Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2002.

¹²Confère la thèse d'Antony Kitts, « Bons » ou « mauvais » pauvres ? *Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIX^e siècle*, soutenue en 2016 sous la direction de Yannick Marec.

¹³Isabelle Lespinet-Moret, « La Troisième République face à la question sociale », *Tous républicains*, Direction Robert Belot, Armand Colin, Recherches, 2011, p.233-248.

Serenella Nonnis Vigilante, « Idéologie et projet politique, Les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880) », in Patrice Bourdelais (dir), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Editions Belin, 2001, p. 241 -266.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

l'environnement urbain s'allonge dès la fin du XVIII^e siècle, résultant des révolutions industrielles comme le souligne Thomas Leroux dans son ouvrage *Le laboratoire des pollutions industrielles*¹⁴. L'auteur, dans la seconde partie de son livre, liste les nuisances qui s'intensifient dès la fin du XVIII^e siècle avec les révolutions industrielles. Il souligne les difficultés et les ambivalences des arbitrages menés par les autorités chargées des affaires sanitaires, entre le laisser-faire indispensable à la liberté d'entreprendre et la lutte contre les méfaits des fabriques installées dans les villes. Les vapeurs sulfureuses, acides ou chlorées, les fumées noires et épaisses, les mauvaises odeurs dont se plaignent les citoyens, constituent-elles des dangers pour la santé des ouvriers et pour celle du voisinage ? Ce débat oppose les architectes, les fonctionnaires de police, les chimistes, et les médecins. Un décret de loi de 1810 permet de classer les établissements dangereux en trois classes ; la première regroupe les plus insalubres qui doivent être repoussés hors des villes, la seconde classe compte des industries pour lesquelles les émissions d'odeurs, de fumées ou encore de macération des eaux sont règlementées, dans la troisième classe, les fabriques sont soumises à une autorisation de fonctionnement. Comme Gérard Jorland¹⁵, Thomas Le Roux revient sur l'historique de la création du Conseil de salubrité de Paris créé en 1802, Conseil renommé Conseil d'hygiène publique et de salubrité. Une commission d'hygiène et de salubrité publique est instaurée dans chaque arrondissement. Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité sert de modèle aux grandes villes de province comme Nantes, Lyon, Marseille, Lille Strasbourg, Troyes, Bordeaux, Rouen et Toulouse. Thomas Le Roux souligne en outre les oscillations du conseil de salubrité, présidé à partir de 1817 par le préfet de police, entre deux positions. D'une part, une attitude rigoureuse face aux dangers potentiels de l'industrialisation est soutenue par des personnages tels qu'Alexandre Parent-Duchâtel, médecin spécialisé dans l'hygiène publique, qui mène de nombreuses enquêtes fondées sur l'utilisation des statistiques pour évaluer la dangerosité des vapeurs, des fumées et autres rejets. D'autre part, une attitude tolérante vis-à-vis des nuisances industrielles, au cours des premières décennies du fonctionnement du conseil de salubrité, ancrée sur la nécessité du développement salvateur des progrès de l'industrie et de la société. La constitution du conseil de salubrité parisien, laisse la possibilité d'une double activité pour certains de ses membres, tel Jean-Pierre Darcet, qui dirige des fabriques productrices ou utilisatrices de produits chimiques, classées comme polluantes. Certains médecins, tel François-Emmanuel Fodéré¹⁶, contestent l'insuffisance des mesures de surveillance prises dans les manufactures parisiennes et notamment concernant la santé des personnels œuvrant dans établissements classés dangereux. L'impact des maladies soupçonnées de prendre leur origine dans une activité professionnelle est minimisé « au profit d'un discours sur l'augmentation des salaires ou la réduction du temps de

¹⁴Thomas Le Roux, *Le laboratoire des pollutions industrielles*, op.cit., p.28-49.

¹⁵Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e s*, op.cit.

¹⁶François-Emmanuel Fodéré (1764-1835) est un médecin français. « Il est considéré comme le père de la médecine légale. En 1798 il publie un traité *de médecine légale et d'hygiène publique* en six volumes, puis publie à la suite d'une épidémie de typhus un traité en 4 volumes intitulé *Leçons sur les épidémies et l'hygiène publique*. » site internet www.universalis.fr/encyclopedie, notice de Thomas Leroux, consulté en mars 2018.

travail¹⁷. » Les militaires sont pourtant lourdement frappés par la maladie ; dès le milieu du XIX^e siècle, le taux de mortalité en temps de paix est le double dans les casernes que chez les civils du même âge, à tel point que la fièvre typhoïde¹⁸ et la tuberculose sont répertoriées comme maladies professionnelles des militaires¹⁹. Mais qu'est-ce qu'une maladie professionnelle ? Y a-t-il des professions plus exposées que d'autres à la contagion tuberculeuse ? Quels sont les critères pour déterminer qu'une maladie soit classée ou non parmi les pathologies dues à l'exercice d'un métier ? Judith Rainhorn signe un livre paru en 2019 intitulé *Blanc de plomb, Histoire d'un poison légal*²⁰, dans lequel elle retrace les méfaits du blanc de céruse, utilisé dans l'industrie et responsable d'une pathologie liée à l'exposition au plomb : le saturnisme.

Le conseil de salubrité génère le mouvement hygiéniste²¹ explique Thomas Leroux. Afin de permettre une ventilation et une aération de la ville, les hygiénistes décident dans le cadre de cette mission d'augmenter la hauteur des cheminées d'usine pour éviter que les vapeurs toxiques ne gênent les habitations voisines. Mais les dispositifs mis au point par les hygiénistes se révèlent compliqués, coûteux, imparfaits, parfois inefficaces ; l'exhaussement des cheminées charge l'atmosphère de carbone et de mercure, particulièrement polluants. Les actions sur l'environnement sont élargies au XIX^e siècle par la volonté héritée des Lumières de transformer les comportements.

En 1865, l'enseignement de l'hygiène au sein de l'école publique, dispensé par un médecin, est rendu obligatoire. Les enfants sains issus des milieux défavorisés sont envoyés dans des colonies de vacances²² gratuites situées en campagne ou sur le littoral pour échapper à la contamination tuberculeuse. Laura Lee Downs²³ retrace l'histoire des colonies de vacances de 1880 à nos jours et explique comment les municipalités organisent des séjours pour les jeunes citadins afin de les protéger des miasmes des villes industrielles et des ravages causés par la tuberculose. Laura Lee Downs évoque également la place des organisations catholiques qui voient dans les colonies de vacances conduites par des prêtres une manière de contrecarrer la radicalisation de la politique républicaine face aux pouvoirs religieux.

Le mouvement d'industrialisation des techniques de production qui s'accroît au cours des années 1870 nécessite une main-d'œuvre plus importante et génère de nouveaux flux migratoires. Les immigrants importent-ils des maladies sur le territoire national ? Judith Rainhorn dans sa thèse de

¹⁷Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France, op.cit.*, p.508.

¹⁸Anne Rasmussen, professeure d'histoire de la médecine et de la santé à EHESS, In site Internet <https://www.universalis.fr/encyclopedie/vaccination-antityphoïdique> consulté en mai 2019. « Au XIX^e siècle, la fièvre typhoïde a été une maladie endémique en Europe, touchant les populations aux conditions de vie précaires (on la surnommait la maladie des mains sales) elle accompagnait les armées en campagne comme un mal inévitable. Dans la seconde moitié du siècle, son caractère contagieux et son mode de transmission par les eaux souillées et les matières fécales contaminées étaient soulignés. Son agent pathogène, *Samonella typhi* a été identifié par Karl Joseph Eberth en 1879. »

¹⁹Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France, op.cit.*, p.54.

²⁰Judith Rainhorn, *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2019.

²¹Sur l'hygiénisme et les hygiénistes, confère Patrice Bourdelais (dir), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Editions Belin, 2001.

²²Les premières colonies de vacances sont installées en Suisse par un pasteur protestant en 1870. En France, c'est au début des années 1880 que les Républicains instaurent l'Ecole laïque et obligatoire avec les lois Jules Ferry et les premières colonies de vacances apparaissent dans notre pays. In site internet www.colonie-evasoleil.com consulté en mars 2018.

²³Laura Lee Downs, *Histoire des colonies de vacances de 1880 à nos jours*, Perrin, Paris, 2009.

doctorat explique que « l'essentiel de la croissance industrielle se fait dans la seconde moitié du XIX^e siècle dans les arrondissements périphériques et plus particulièrement dans la partie orientale de la capitale dans les XII^e, XVIII^e, XIX^e et XX^e arrondissements dans lesquels viennent s'implanter la plupart des grands établissements ²⁴. » Les conséquences d'un tel développement en termes de pollution et d'émigration d'une main d'œuvre étrangère sur le territoire français, ont-elles constitué des facteurs favorisant les modes de transmission des microbes, et augmenté les risques liés à la contagion en matière de tuberculose ? La main-d'œuvre ouvrière est indispensable à l'industrialisation des économies en Europe comme aux États-Unis. Une compétitivité s'installe entre les pays et les autorités françaises s'inquiètent du constat alarmiste de la dénatalité qui génère une diminution de la population française. Vincent Viet, dans son livre *Histoire des Français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours*²⁵ étudie la période qui s'étend de 1861 à 1880 marquée par une forte industrialisation. La chute annoncée de la natalité est compensée par une augmentation du nombre des étrangers sur le territoire français. Les étrangers constituent un groupe social qui connaît des difficultés d'intégration dans la société industrielle, comme la classe des ouvriers à laquelle ils appartiennent. Ils sont tenus à l'écart des mouvements ouvriers et des sociétés de secours mutuels.

La police des étrangers adopte une politique relativement libérale à l'encontre des migrants. En effet, la révolution pastorienne favorise les préconisations des infectionnistes convaincus de pouvoir limiter la mortalité due à certaines maladies contagieuses telle que la tuberculose. Ces médecins optent pour les mesures d'hygiène publique relatives notamment à la lutte contre la misère et à l'insalubrité de l'habitat, à l'assainissement des lieux de vie, de travail et des endroits publics. Ces mesures sont préférées à l'enfermement des étrangers suspects de contagiosité. L'isolement est le mode de défense contre les maladies infectieuses proposées par les médecins contagionnistes dont les arguments s'opposent aux mesures prophylactiques, des infectionnistes.

Les missions de l'hygiène publique sont transférées, sous l'influence des contagionnistes du ministère du Commerce et de l'Industrie à l'autorité du ministère de l'Intérieur au cours de l'année 1889²⁶. En janvier 1889, la direction du ministère de l'Intérieur devient la direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques. Trente ans plus tard, cette même direction est rattachée au ministère de la Santé. Malgré ces créations, l'État français ne parvient pas à imposer des lois capables de mettre en œuvre les idées défendues par les hygiénistes, notamment en matière de lutte contre la tuberculose qui prend un important retard en France, 50 ans en comparaison avec les actions menées en Angleterre ou en Allemagne, estime Gérard Jorland²⁷ en complément des travaux

²⁴Judith Rainhorn, *Des rives, des continents. Les migrants italiens à la Villette (Paris) et à East Harlem (New York) de 1880 aux années 1930. Intégration, mobilités et territoires urbains*, Thèse de doctorat dirigée par Jean-Luc Pinol, Université de Tours, 2001.

²⁵Vincent Viet, *Histoire des Français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours*, Perrin, Paris, 2004.

²⁶Catherine Rollet-Echalier, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, Volume 1, Institut national d'études démographiques, 1990, p.19. « En janvier 1889, la nouvelle Direction du ministère de l'Intérieur s'étoffe encore en devenant Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, par le transfert d'une partie des services sanitaires du ministère du Commerce et de l'Industrie au ministère de l'Intérieur (décret du 5 janvier 1889). Pour un temps, mais partiellement seulement, l'Assistance et l'Hygiène furent réunies. »

²⁷Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e s*, op.cit.

antérieurement effectués par Olivier Faure et Pierre Guillaume. La protection de la population en matière d'hygiène est placée au rang du devoir national gouvernemental. Le gouvernement finance-t-il les actions prophylactiques mises en œuvre ? Qui prend en charge cette organisation dont l'efficacité n'est optimum qu'à la condition d'être gérée sur le plan national, voire international ? Quels sont les véritables enjeux de la lutte antituberculeuse ?

Le dispensaire antituberculeux est un instrument de la prophylaxie dont le rôle et la structure évoluent avec le temps. La création de dispensaires pour dépister la tuberculose dès les premiers symptômes de la maladie constitue une action de protection des sujets sains²⁸, dans le cadre d'un contrat social solidariste, cher à Léon Bourgeois²⁹. Comment la philosophie solidariste a-t-elle favorisé l'installation des dispensaires antituberculeux en France ? Ce type d'établissement, né de la bienfaisance, est placé au même plan des préoccupations prophylactiques que la lutte contre la syphilis³⁰, une autre maladie meurtrière en ce début de XX^e siècle. Sexuellement transmissible, la syphilis est très surveillée dans la population des prostituées et des marins. La tuberculose et la syphilis semblent liées à la déchéance sociale véhiculée par les images sordides des prostituées dans les bas-fonds urbains et des tuberculeux mourant dans de sombres taudis. L'alcoolisme, qui déçoit les personnes dépendantes est souvent pointé par les médecins, par les hommes politiques comme le principal élément favorisant le développement de la tuberculose au sein des populations les plus démunies pour lesquelles l'accès aux soins médicaux est matériellement difficile. Les médecins du début du XX^e siècle allient les « trois fléaux sociaux » que sont l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis³¹. Antony Kitts dans sa thèse intitulée « *Bons* » ou « *mauvais* » *pauvres ? Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIX^e siècle*³², souligne que la pauvreté affecte une nouvelle catégorie de personnes avec le développement industriel des années 1820-1840. Ce « nouveau mal social » est popularisé sous le nom de paupérisme. Comment venir en aide aux

²⁸Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge*, op.cit. p. 275.

²⁹Confère : Marie-Claude Blais, *La solidarité, Histoire d'une idée*, Bibliothèque des idées, Editions Gallimard, 2007. Dans son livre, Marie-Claude Blais évoque la carrière politique de Léon Bourgeois et notamment la médiation entre les ouvriers et les employeurs des mines de Carmaux qu'il mène à bien, âgé de 32 ans. Il occupe déjà le poste de préfet du Tarn. C'est à cette occasion que Léon Bourgeois réfléchit à la construction d'une doctrine capable de contrer la montée du socialisme marxiste au sein des masses ouvrières. Marie-Claude Blais retrace ensuite l'historique de la notion de solidarité, développée avant Léon Bourgeois par Saint-Simon et Fourier au début du XIX^e siècle, puis par Charles Renouvier, Henri Marion, Emile Durkheim et enfin par Jean Izoulet qui considère que le rôle des élites est d'éduquer et d'élever les masses. Alfred Fouillée, principal inspirateur de Léon Bourgeois, note que l'acceptation de vivre en société crée des obligations. Léon Bourgeois ne semble pas avoir lu Pierre Leroux, saint-simonien et fondateur du journal *Le Globe* qui en 1840 énonce le principe de solidarité mutuelle unissant les hommes. Le solidarisme empreint de scientisme, compare la société à un organisme vivant dans lequel chaque organe est dépendant des autres.

³⁰ « Le germe responsable de la syphilis a été identifié en 1905. La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) soignée avec de la pénicilline. Elle a été responsable de grandes épidémies, surtout pendant les guerres. Cette maladie connaît une recrudescence depuis les années 2000 ». In site Internet www.artcat-sante.org consulté en avril 2017.

³¹Nathalie Vidal, « Phtisique ou tuberculeux ? Le discours lillois sur la tuberculose à la Belle Epoque (1895-1914) », *Revue du Nord*, 1994, p.98.

³²Antony Kitts a soutenu sa thèse en 2016 à Rouen sous la direction de Yannick Marec. Isabelle Lespinet-Moret membre du jury m'a permis de contacter Antony Kitts qui m'a fait parvenir l'intégralité de son travail en juillet 2018, ce dont je le remercie vivement. Antony Kitts rappelle que le mot pauvre vient du latin *pauper* qui peut être traduit par : « produisant peu, qui n'a pas de quoi subsister, mal pourvu du nécessaire. »

plus pauvres, fussent-ils déchués, alcooliques et malades ? Cette question est d'utilité publique car les maladies contagieuses aggravent la mortalité dans toute la population, y compris parmi les personnes qui ne sont pas prédisposées à la tuberculose, du fait de leur alcoolisme, d'un cadre de vie malsain ou d'une lourde hérédité, suivant les critères scientifiques développés au début du XX^e siècle.

La tuberculose est un mal bien identifié par les médecins depuis l'Antiquité comme une maladie du poumon « due à l'existence de petits foyers purulents baptisés tubercules par Galien³³. » En 1770, le médecin « Rozière de Chassagne, donne une description du mal dont la précision sera rarement surpassée³⁴. » Les détails donnés par Rozière de Chassagne dans son *Manuel des pulmoniques ou traité complet des maladies de la poitrine*, sont terrifiants et permettent de comprendre les raisons qui font que la tuberculose est surnommée la peste blanche, car comme la peste elle est contagieuse, mortelle et suscite une véritable terreur à la seule évocation de son nom. La population confond les premiers symptômes de la tuberculose avec d'autres pathologies pulmonaires et reconnaît les signes de la phtisie lorsqu'apparaissent les crises d'hémoptysie, c'est-à-dire de toux accompagnées de forts saignements. A ce stade la tuberculose est très contagieuse et ses ravages sont irréversibles. Depuis 1882, année de la découverte par le docteur allemand Robert Koch du bacille responsable de la tuberculose, les recherches effectuées sur la transmission de ce bacille démontrent en quoi cette maladie est très contagieuse et comment elle n'épargne aucune classe sociale. Les statistiques, notamment celles établies à Paris, quartiers par quartiers, maisons par maisons, mettent en lumière l'aspect social de ce fléau³⁵. Le bacille de Koch est à l'origine d'infection dans toutes les parties du corps humain. La tuberculose pulmonaire est la forme la plus répandue et la plus contagieuse de cette maladie. L'évaluation de l'influence de l'environnement naturel, de l'air notamment sur le développement de la maladie est une question à laquelle les réponses restent souvent imprécises.

Alors, comment combattre cette maladie déclarée curable par les sommités médicales du début du XX^e siècle, alors même qu'aucun traitement ne s'est révélé efficace pour la guérir ? L'effet antibiotique de la pénicilline est découvert en 1928 par Alexandre Fleming, biologiste et pharmacologue écossais. Mais le traitement par la pénicilline ne permet pas d'éradiquer le bacille de Koch. Le seul remède capable de guérir la tuberculose est un autre antibiotique, la streptomycine, dont l'action contre le bacille de Koch est découverte en 1943 par le professeur Selman Waksman (1888-1973)³⁶. L'efficacité thérapeutique de la streptomycine contre la tuberculose vaut à Selman Waksman le prix Nobel de médecine en 1952. Avant 1943, sans armes

³³Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Anthropos, 1994, p.200.

« Claude Galien est un médecin et physiologiste grec. Il est après Hippocrate la plus grande figure de la médecine antique. » Site Internet www.medarus.org consulté le 16 janvier 2020.

³⁴Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux 19^e et 20^e*, Aubier, 1986, p16.

³⁵Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Commission de la tuberculose, Masson et Cie, 1900.

³⁶Selman Abraham Waksman est un biochimiste américain d'origine russe. Emigré aux États-Unis, il effectue ses études dans le New-Jersey et devient professeur de microbiologie en 1930. Chargé d'étudier le processus de dégradation du bacille de la tuberculose dans le sol en vue de trouver un remède à ce qui était alors une maladie incurable, Waksman entreprend une étude systématique des micro-organismes terrestres qui l'amènera à isoler la streptomycine produite par un champignon. Notice de Samya Othman, <https://www.EncyclopaediaUniversalis> site internet consulté en mai 2012.

curatives efficaces, la prévention est le seul moyen d'empêcher le bacille d'être encore plus meurtrier. L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations est créée en 1921³⁷. Le rapport de cette organisation dénonce comme « non économique » la politique des pays négligeant la prévention au profit des seuls soins et recommande d'établir une assurance maladie obligatoire³⁸ souligne Iris Borowy dans un article intitulé « La Société des Nations, la crise des années 30 et la santé ». Les préconisations de l'Organisation d'Hygiène de la Sociétés des Nations ont-elles été suivies d'effet ?

La prophylaxie s'exerce à deux niveaux, d'une part l'étude de la transmission des microorganismes permet de mieux comprendre comment éviter d'être infecté par le bacille et d'autre part l'examen des facteurs favorisant la propagation des microbes préfigurent des actions correctrices dans l'environnement des populations concernées. Depuis sa création en 1829, la revue *Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale* constituent en France la revue officielle de l'hygiène publique dont le conseil de rédaction rassemble jusqu'en 1922, les plus grands noms de la médecine légale, notamment le professeur Paul Brouardel. Les pouvoirs publics, les municipalités, l'État et l'initiative privée souvent par vocation philanthropique, mènent contre les maladies infectieuses et surtout contre la tuberculose, de nombreuses actions. Ces diverses démarches sont-elles efficaces ? Dans son roman *La montagne magique* paru en 1931, l'écrivain Thomas Mann décrit la vie des malades atteints de tuberculose dans un sanatorium. Conçus sur le modèle des établissements fondés par les allemands Brehmer et Detweiller³⁹ comment les sanatoriums fonctionnent-ils ? Leur efficacité est-elle mesurable ? Le problème du rendement économique et social des sanatoriums est fondé sur l'incertitude à long terme de la guérison des malades soignés dans ces établissements. L'architecte et historien Philippe Grandvoinet soutient en 2010 sa thèse de doctorat intitulée *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique*. Philippe Grandvoinet s'attache aux aspects architecturaux des sanatoriums et cherche notamment à mettre en valeur les moyens utilisés pour créer une émulation des établissements sur les plans internationaux et nationaux afin d'attirer un nombre suffisant de malades pour assurer la rentabilité de ces établissements. Pourquoi, malgré la création de sanatoriums des alternatives à la cure sanatoriale sont-elles recensées au début du XX^e siècle⁴⁰ notamment avec la création de dispensaires antituberculeux ? Pourquoi un fort antagonisme a-t-il partagé les défenseurs de l'un et de l'autre type d'établissement ?

La tuberculose avant 1943 est une maladie incurable. Elle est pourtant présentée par les autorités politiques et médicales comme un mal évitable et guérissable. Est-ce pour ne pas provoquer de panique dans une population décimée par ce fléau qualifié de social car les victimes sont particulièrement nombreuses au sein

³⁷Confère la thèse d'Iris Borowy, *Coming to Terms With World Health : The League of Nations Health Organisation 1921-1946*, Peter Lang AG, 2009.

³⁸Iris Borowy, « La société des nations, la crise des années 30 et la santé », in *Les tribunes de la santé*, 2012/3 n°36, Presses de sciences PO.

³⁹ Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, op.cit.

⁴⁰Philippe Grandvoinet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique*, thèse soutenue en 2010 à l'Université de Saint-Quentin-En-Yvelines. Je remercie Philippe Grandvoinet de m'avoir autorisée à lire son travail avant sa publication et Isabelle Lespinet-Moret de me l'avoir transmis.

des classes les plus défavorisées ? Est-ce un double mensonge des autorités qui cherchent à apaiser les inquiétudes face à l'impuissance de la science en laquelle pourtant tous accordent tant d'espoir au début de ce XX^e siècle ?

Peu d'ouvrages sont exclusivement consacrés aux dispensaires antituberculeux. Ces établissements font souvent l'objet d'un chapitre ou d'un paragraphe inclus dans un sujet plus vaste. Paru en 1986, dans son livre *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux 19^e et 20^e siècles*, Pierre Guillaume⁴¹ offre une vision complète de la situation du phtisique face à la société et aux médecins. Il donne une place centrale aux infirmières-visiteuses au sein des actions menées dans le cadre des dispensaires antituberculeux et décrit les douleurs et les malheurs des tuberculeux à l'hôpital ou au sanatorium. Dominique Dessertine et Olivier Faure signent en 1988 un livre dont le titre est *Combattre la tuberculose*⁴². Ils étudient les moyens de lutte contre cette maladie et consacrent la première partie de leur ouvrage aux dispensaires installés dans les départements du Rhône, de l'Ain, de la Loire et de l'Isère de 1900 à 1940. Ils notent l'influence du dispensaire de type Calmette dans l'organisation des établissements prophylactiques ciblés et dégagent les différences qui tiennent à l'importance du rôle que conserve les médecins et les bureaux de bienfaisance non concurrencés par les médecins des dispensaires. Olivier Faure est l'auteur d'un ouvrage consacré à l'histoire sociale de la médecine dont le chapitre 11 s'intitule « tuberculose, syphilis et cancer de 1880 à 1940⁴³. » Olivier Faure démontre en quoi ces trois maladies constituent des fléaux sociaux, difficiles à diagnostiquer car elles sont souvent confondues dans leurs premiers symptômes avec d'autres infections. La publication de statistiques parfois trompeuses, étaye la dangerosité de la contagion tuberculeuse notamment dans des villes industrielles malsaines. Olivier Faure dresse un historique des premiers dispensaires antituberculeux ouverts à Lyon et à Lille. L'auteur distingue les rôles respectifs du dispensaire et du sanatorium et énonce les principes de la loi Léon-Bourgeois de 1916 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

En 1996, Lion Murard et Patrick Zylberman publient un ouvrage de 800 pages intitulé *L'Hygiène dans la République, La santé en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*⁴⁴. Ce travail constitue une base de réflexion sur les questionnements et les réalisations d'hygiénistes comme André-Justin Martin, de politiciens tels

⁴¹Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, op.cit.

Pierre Guillaume est un historien spécialiste d'histoire sociale en France, Canada et en Afrique. Il est professeur d'études politiques de Bordeaux en 1988 et la même année, Directeur de la Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.

⁴²Dominique Dessertine, Olivier Faure, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Presse Universitaire de Lyon, 1988.

Dominique Dessertine est docteur en histoire et ingénieure au Centre Pierre-Léon d'histoire économique et sociale de la région lyonnaise. Olivier Faure est professeur émérite d'histoire contemporaine, Histoire de la santé, des hôpitaux, du médicament et des médecines parallèles, Jean-Moulin Lyon III.

⁴³ Olivier Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, anthropos historiques, Economica, 1994.

⁴⁴Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République, La santé en France ou l'utopie contrariée*, Fayard, Paris, 1996. Lion Murard est un historien spécialiste d'histoire urbaine et chercheur au CNRS. Patrick Zylberman est professeur d'histoire de la santé à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Université Sorbonne. Il est membre du Haut Conseil de la Santé Publique et siège à la section X (santé et protection sociale) du Conseil supérieur de la Formation et de la Recherche stratégiques.

que Léon Bourgeois et montre la difficulté de mettre en place des mesures hygiénistes pour éviter les contagions des maladies infectieuses face aux réticences d'un certain nombre de médecins. La cinquième partie de cet ouvrage intitulé « Le sacrifice : la Belle Epoque face à la tuberculose » consacre une trentaine de pages au dispensaire antituberculeux de type Calmette. Les étapes de la création de cet établissement sont évoquées, ainsi que son fonctionnement avant le début du premier conflit mondial. La loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires est décrite dans ses principales finalités. Lion Murard et Patrick Zylberman signent par ailleurs un article dans la revue *Horizontes, Bragança Paulista* datée du mois de décembre 2004, intitulé « Heurs et malheurs de la santé publique en France (1848-1945) » dans lequel ils pointent les faiblesses françaises en matière d'organisation et de méthode concernant la politique sanitaire, dénoncées par les membres de la mission Rockefeller au début de la Grande Guerre. Ils valorisent amplement l'action de la fondation Rockefeller en France entre 1917 et 1922 et affirment sa position déterminante dans la multiplication des dispensaires antituberculeux jusque dans les années 1930 « qui doit tout ou presque aux *Rockefeller Médecins Men* ». Vincent Viet⁴⁵ publie son livre *La santé en guerre 1914-1918, Une politique pionnière en univers incertain* en 2015. Dans cet ouvrage de 650 pages, Vincent Viet rend hommage à Justin Godart⁴⁶, artisan de l'organisation des soins au sein de l'armée durant la Première Guerre mondiale. Au travers de nombreuses archives, il analyse le fonctionnement du service de soins des armées qui doit faire face à des milliers de blessés dès le début du conflit. Les soldats tuberculeux quant à eux sont soignés dans des hôpitaux sanitaires ou font un séjour dans les stations sanitaires en fonction de la gravité de leur état. Dans la *Revue d'Histoire de la Protection Sociale*⁴⁷ Vincent Viet signe un article intitulé « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France » dans lequel il rappelle les innovations du dispensaire type Calmette installé en 1901. Il précise le rôle des stations sanitaires mises en place pendant le conflit pour assurer une mission « d'éducation hygiénique » auprès des soldats démobilisés dépistés tuberculeux, avant leur retour au foyer ». Vincent Viet examine le rôle de la fondation Rockefeller dans la lutte contre la tuberculose en France pendant et après le premier conflit mondial avec une grande objectivité.

L'Ouest de la France est l'objet de nombreuses études menées à propos de la médecine et de la protection sociale. Yannick Marec⁴⁸ publie en 2005 *Ville en*

⁴⁵Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, Une politique pionnière en univers incertain*, Sciences PO, 2015. Vincent Viet est historien chercheur, ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

⁴⁶Justin Godart (1871-1956) avocat de formation, est député du Rhône de 1906 à 1926 et sénateur du Rhône de 1926 à 1940. Il est sous-secrétaire d'État du service de Santé militaire au Ministère de la Guerre de 1915 à 1920, puis ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale du 14 juin 1924 au 17 avril 1925. En 1924 il est un des chefs de file du Cartel des gauches dans la région lyonnaise. Il est ministre de la Santé Publique du 3 juin au 18 septembre 1932. In Jean Jolly, Extrait du « *Dictionnaire des Parlementaires français* ». Il est le fondateur en 1918 de la ligue contre le cancer qu'il dirige jusqu'en 1956. Justin Godart participe à la création de l'Organisation Internationale du Travail.

Confère : Isabelle Lespinet-Moret, Vincent Viet, *l'Organisation Internationale du Travail, Origine, développement, avenir*, La médiation de Justin Godart entre la France et l'OIT dans l'entre-deux-guerres, PUR, 2011.

⁴⁷Vincent Viet, « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », *Revue d'Histoire de la Protection Sociale* 2016/1, n°9, p.52-67.

⁴⁸Yannick Marec est professeur émérite des Universités en Histoire contemporaine à l'Université de Rouen Normandie, depuis septembre 2018.

crise ? *Les politiques municipales face aux pathologies urbaines*⁴⁹, et *Les hôpitaux de Rouen du Moyen Âge à nos jours, Dix siècles de protection sociale*. Puis en 2007 un ouvrage intitulé *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours*⁵⁰, dans lequel il dresse une biographie du docteur Gibert, créateur du premier bureau d'hygiène de France à la fin du XIX^e siècle. Le docteur Gibert est le partisan et l'artisan de l'installation de dispensaires, notamment dans la ville du Havre, pour diminuer le nombre des malades hospitalisés. Yannick Marec souligne les attitudes des médecins hospitaliers qui tentent de minimiser les services des dispensaires à une simple distribution de lait pour les enfants. La position des médecins est reprise dans le livre de Yannick Marec paru en 2009 intitulé *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien, Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles*, dans lequel l'auteur rappelle les peurs des médecins dès 1898, après la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite aux personnes privées de ressources, de voir diminuer le nombre « des clients payants qui seront soignés pour rien ⁵¹. » L'auteur cite également un article de la *Revue médicale de Normandie* qui fin 1908 s'inquiète des risques d'abus, de passe-droits et de favoritismes de personnes peu scrupuleuses qui viendraient prendre la place des plus nécessiteux pour obtenir des soins gratuits. Stéphane Henry soutient sa thèse de doctorat d'Histoire en 2009 intitulée : *La lutte contre la tuberculose en Haute-Normandie (1914-1939) : modèle sanitaire exemplaire ou vaste artifice médiatique ?* dans laquelle il explique les positionnements des médecins vis-à-vis des dispensaires. Dans son article au titre évocateur, « La médecine libérale et le dispensaire d'hygiène sociale, ou l'histoire d'une délicate cohabitation pour vaincre la tuberculose⁵² », l'auteur souligne que l'opposition des médecins libéraux se cristallise autour de l'émergence des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Il explique que le parcours du malade « le conduisait inexorablement à son rejet » et note que le tri effectué entre les enfants malades et les enfants sains s'apparente à des pratiques eugénistes. Le livre *Vaincre la tuberculose (1879-1939 : La Normandie en proie à la peste blanche*⁵³ est publié en 1998. Stéphane Henry trace les démarches des associations de luttes contre la tuberculose pour l'installation des premiers dispensaires antituberculeux dans la région du Havre et les protestations des habitants voisins qui craignent la contagion de ces malades indésirables dans leur quartier. L'auteur indique que l'arbitrage de ce problème est laissé au soin de l'administration hospitalière. Les infirmières-visiteuses offrent un champ d'études particulièrement bien couvert par Stéphane Henry, notamment dans un article documenté intitulé « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-

⁴⁹Yannick Marec, *Villes en crise ? Pathologies urbaines*, Paris, Editions Créaphis, 2005.

⁵⁰Yannick Marec, *Accueillir ou soigner, l'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours*, Publication des Universités de Rouen et du Havre, 2007.

⁵¹Yannick Marec, *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien, Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles*, Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2009, p.300.

⁵²Stéphane Henry, « La médecine libérale et le dispensaire d'hygiène sociale, ou l'histoire d'une délicate cohabitation pour vaincre la tuberculose », *Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale n°3*, Décembre 2010. Stéphane Henry a soutenu sa thèse de doctorat en 2009, intitulée *La lutte contre la tuberculose en Haute-Normandie (1914-1939), modèle sanitaire exemplaire ou vaste artifice médiatique ?* sous la direction de John Barzman, professeur émérite d'histoire contemporaine à l'Université du Havre.

⁵³Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939) : La Normandie en proie à la peste blanche*, Hachette, Paris, 1998.

guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux ⁵⁴» dans lequel l'auteur développe la progression du métier d'infirmière-visiteuses au sein des dispensaires et la formation de ces infirmières portée par des grands noms tel que Léonie Chaptal⁵⁵. La professionnalisation de ce métier n'est pas sans avoir nuit à l'image de ces personnels féminins. Dominique Dessertine⁵⁶ publie en 1995 un article intitulé « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930) » dans lequel elle aborde également la question relative au bénévolat ou à la professionnalisation de ce métier émergent avec les premiers dispensaires antituberculeux.

La prophylaxie antituberculeuse entre 1900 et 1943 est un sujet traité de manière partielle et locale par les différents ouvrages. La période la plus étudiée est celle de la Première Guerre mondiale. Le présent travail est innovant car il propose une étude de la lutte contre la tuberculose avant la Première Guerre mondiale jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale. Il offre de cette manière une vision complète de la création à la généralisation des dispensaires sur le territoire français en suivant les étapes d'une progression parfois ralentie par des acteurs ou des événements liés au contexte international, parfois accélérée notamment par une volonté politique. Sur le plan géographique, cette thèse s'appuie sur des données qui concernent l'ensemble des départements de la France métropolitaine et analyse l'évolution de dispensaires antituberculeux implantés dans plusieurs départements offrant une vision souvent contrastée des moyens et des actions menées sur le plan local.

Les sources imprimées qui étayent ce travail sont l'œuvre de personnalités des mondes politiques et médicaux. Le premier inspirateur de cette thèse est Léon Bourgeois qui débute sa carrière politique en 1877 date à laquelle il est nommé secrétaire général de la préfecture de la Marne, puis en 1880, sous-préfet de de Reims, en 1882, préfet du Tarn, en 1883, secrétaire général de la préfecture de la Marne. En 1885 il est nommé préfet de Haute Garonne, puis directeur des affaires communales et départementales au ministère de l'Intérieur. Il est nommé préfet de police de Paris en 1887 et commence en 1888 sa carrière de député radical socialiste de la Marne. En 1892, il est nommé ministre de la Justice dans le cabinet Ribot. En 1895, Léon Bourgeois est nommé président du Conseil et constitue un cabinet radical dans lequel neuf membres sur onze sont francs-maçons. En 1896, Léon Bourgeois et son cabinet sont contraints à la démission par le Sénat en désaccord avec le projet fiscal des radicaux. Léon Bourgeois est l'auteur de *Solidarité*⁵⁷ dans lequel les promoteurs de la Mutualité ont puisé des ressources idéologiques. La comparaison établie par Léon Bourgeois de la société composée sur le modèle d'un corps humain dont la bonne santé de tous les organes est vitale pour l'ensemble, est particulièrement

⁵⁴Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisation officiel et bénévolat officieux », *Revue Genre et Histoire*, Automne 2009.

⁵⁵Léonie Chaptal est née en 1873, elle est la petite fille de Jean-Antoine Chaptal (1756-1832), chimiste et homme politique français, ministre de l'Intérieur il œuvre contre la misère et les fléaux sociaux. In Evelyne Diebolt, « Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière », *Recherche en soins infirmiers* », 2012/2, n°109, p. 93-107.

⁵⁶Dominique Dessertine, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociales*, 1995.

⁵⁷Léon Bourgeois, *Solidarité*, Armand Colin, 57^{ème} édition, 1906.

adaptée au problème d'un fléau social qui détruit lentement les jeunes hommes et les jeunes femmes au péril de la Nation tout entière. Léon Bourgeois est aux avant-postes de la lutte antituberculeuse sur les plans nationaux et internationaux. Il participe à des banquets et des congrès, dirige des commissions et prononce des discours dont un certain nombre relatif à la prophylaxie antituberculeuse transcrits dans un livre intitulé *La politique de la prévoyance sociale*, qui comporte deux tomes⁵⁸. Léon Bourgeois a fait l'objet de recherches spécifiques pour la rédaction de ce travail et de mon master qui l'a précédé. Les ouvrages et discours de Léon Bourgeois ont offert des sources précieuses pour établir les conditions de l'établissement des premiers dispensaires antituberculeux. Léon Bourgeois, homme politique travaille pour lutter contre le fléau en collaboration avec des scientifiques, tel qu'Albert Calmette⁵⁹ dont la notoriété dépasse les frontières de la France et de l'Europe.

Albert Calmette (1863-1933) est élève de l'Ecole de médecine navale de Brest avant d'intégrer le service de santé de la Marine. Il participe à la campagne de Chine, puis à la campagne du Gabon-Congo. Il fonde et dirige l'Institut Pasteur à Saïgon (1891-1893). Il est chargé en 1895 d'organiser à Lille un institut de recherches microbiologiques. Il ouvre à Lille un dispensaire antituberculeux en 1901. Albert Calmette est l'auteur de plusieurs ouvrages consacrés aux dispensaires antituberculeux et notamment au dispensaire dont il est le fondateur et le directeur dans les premières années de son fonctionnement *Le dispensaire antituberculeux Emile Roux à Lille*. Il cosigne un livre intitulé *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, le préventorium Emile-Roux de Lille*⁶⁰. Ces ouvrages présentent un intérêt majeur pour renseigner le fonctionnement des dispensaires antituberculeux de leur conception à leur mise en pratique. Il convient toutefois de garder une analyse critique face aux affirmations d'Albert Calmette concernant les réalisations et les résultats du dispensaire lillois qui est l'objet de vives controverses, elles-mêmes sujettes à une mise en perspective du contexte médical de cette époque.

Concernant les politiques menées sur les plans urbain et départemental, Henri Sellier et Henri Rousselle conseillers généraux de la Seine, publient un rapport, intitulé *Rapport au nom de la troisième commission relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*⁶¹. Henri Sellier (1883-1943) est « employé dans une banque puis rédacteur au ministère du Travail. Il est syndicaliste, coopérateur, socialiste et conseiller général de la Seine de 1910 à 1941. Il fonde l'Office public des HBM de la Seine. Il est maire de Suresnes de 1919 à 1941, sénateur de 1935 à 1943. Il occupe les fonctions de ministre de la Santé publique de juin 1926 à juin 1937. Il est secrétaire général de l'Union amicale des maires de banlieue et de l'Union internationale des villes⁶². » Dans leur rapport, Sellier et Rousselle mettent en perspective les densités de la

⁵⁸ Léon Bourgeois, *La politique de prévoyance sociale, l'action*, Charpentier, Paris, 1919.

⁵⁹ In site Internet www.medarus.org consulté le 12 juin 2014.

⁶⁰ Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, le préventorium Emile-Roux de Lille, 1901-1903*, Imprimerie L. Danel, 1905.

⁶¹ Henri Sellier, Henri Rousselle, conseillers généraux de la Seine, *Rapport au nom de la troisième commission relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*, Imprimerie Municipale, Paris, 1920.

⁶² In site Internet maitron-en-ligne.univ-paris1.fr consulté le 25 avril 2019.

population observées dans le département de la Seine, avec les taux de mortalité tuberculeuse dans les années 1910. Ils retracent l'historique des actions antituberculeuses menées avant et pendant la Première Guerre mondiale et énoncent les conditions de la création de l'Office départemental d'hygiène sociale du département de la Seine et la place des dispensaires antituberculeux au sein de cette organisation. Le rapport fournit la liste des dispensaires dépendant de l'Office avec leurs adresses, les dates d'ouverture et un descriptif succinct de leurs activités. Ce rapport de près de 500 pages couvre l'intégralité de l'action des organisations de lutte antituberculeuse notamment celle des sanatoriums, des préventoriiums et des placements d'enfants à la campagne. Il propose de nombreuses données chiffrées dont un certain nombre tiré des annuaires statistiques de la France.

Ces annuaires constituent une source imprimée importante. Ils sont téléchargeables depuis le site Internet de la BNF, Gallica, dans leur intégralité. Ils fournissent une base de renseignements irremplaçables. Ce travail utilise les données des années 1908 à 1935, de façon continue de 1924 à 1935, ainsi que l'annuaire de l'année 1951. La deuxième partie de ces volumes intitulée « Territoire et Population – Etat des personnes », offre une sous-rubrique « Etat sanitaire et assistance » qui propose des tableaux relatifs aux décès suivant les causes principales et par département. La rubrique « Bureaux de bienfaisance et assistance médicales gratuite », ne fait aucune mention des données relatives aux dispensaires antituberculeux, devenus dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse à partir de 1916. Les chiffres publiés doivent toutefois faire l'objet de questionnement. En matière de décès par tuberculose, les années antérieures à une formation médicale généralisée des personnels soignants, laissent un doute sur les diagnostics des causes de la mortalité, sans omettre que la déclaration de la tuberculose ne devient obligatoire en France qu'en 1962. En 1926 un rapport⁶³ complet sur l'activité des dispensaires antituberculeux est signé de Marcel Moine⁶⁴ statisticien du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Marcel Moine est pendant l'entre-deux guerres le chef du service de la statistique du CNDT. En août 1918 il est attaché à la fondation Rockefeller au service statistiques dont il devient le directeur. Il restera au service du CNDT qui prend la relève de la fondation Rockefeller, avant d'intégrer en 1942 l'Institut National d'Hygiène. Il est membre du conseil de la société Statistique de Paris, lauréat de l'Académie des Sciences, de l'Académie de médecine. Décoré à plusieurs reprises, il est fait chevalier de la Légion d'Honneur et chevalier de l'Ordre de la Santé Publique et du Mérite Agricole. Son rapport comporte de nombreuses données chiffrées et une analyse menée par Marcel Moine avec rigueur et objectivité.

Les archives conservent de nombreux documents relatifs aux dispensaires antituberculeux notamment les archives de l'AP-HP installées rue des Minimes à Paris qui ont fourni pour la construction de ce travail outre une importante

⁶³Marcel Moine, *Rapport du service de la statistique, année 1926*, CNDT, Imprimerie administrative, Melun, 1926.

⁶⁴Marcel Moine Il est né dans la Vienne en 1889. Ses états de services pendant la Grande Guerre sont remarquables. Il subit de graves blessures à l'épaule gauche et au bras droit et un éclat d'obus lui a fait perdre la vue d'un œil. In Virginie De Luca Barrusse, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique dans la France de la première moitié du XX^e siècle », *Actes du XVII^e colloque international de l'AIDELF*, Ouagadougou, novembre 2012.

bibliothèque à thème médico-social, les rapports du dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris pour les cinq premières années de son fonctionnement. Les archives de l'École de médecine de Paris permettent de compléter l'étude du fonctionnement de dispensaires antituberculeux grâce à plusieurs rapports d'activité d'établissements parisiens, nantais et des dispensaires de l'Œuvre lilloise annexée à l'Institut Pasteur. Les archives de l'Institut Pasteur de Paris offrent des dossiers concernant la vie et la carrière des grandes personnalités qui ont contribué à la renommée de l'Institut telles que Louis Pasteur ou Albert Calmette. Des documents sont conservés concernant les œuvres de bienfaisances françaises et américaines pendant la Première Guerre mondiale ainsi que sur les comités d'assistance aux militaires tuberculeux. Les archives du CNDT (Comité National de Défense contre la Tuberculose) sont disponibles aux archives de l'Institut Pasteur. Ces archives sont classées par départements. Ce travail est centré principalement sur les départements du Nord, de la Seine et de la Seine-et-Marne. Le choix du département du Nord est lié à la personnalité du fondateur du dispensaire lillois, Albert Calmette, personnalité de la lutte antituberculeuse et de l'intérêt que constitue l'évolution de cet établissement dirigé par un pasteurien de premier rang. Le département de la Seine inclus Paris, capitale de la France dont la mortalité tuberculeuse au début du XX^e siècle constitue un facteur de développement de la lutte antituberculeuse bien documenté pour ce département. La Seine-et-Marne est le département le plus étendu de France. Il est proche du département de la Seine mais l'implantation puis le développement de la prophylaxie antituberculeuse sont tardifs comparés à la majeure partie des autres départements français. L'économie de la Seine-et-Marne est basée pour plus de la moitié sur des activités agricoles, pour lesquelles la population vit dans des zones rurales. L'activité industrielle est également importante et les villes abritent une main d'œuvre ouvrière qui s'intensifie au cours du XX^e siècle, ce qui offre des points de comparaisons intéressants avec le département de la Seine. Les Archives Départementales de Seine-et-Marne installée à Dammarie-les-Lys possèdent plusieurs boîtes consacrées à la lutte contre la tuberculose, classées par dates. Dans la rubrique Assistance et prévoyance sont groupés les documents relatifs à l'Office départemental d'hygiène sociale de Seine-et-Marne ainsi que des rapports d'activité des dispensaires antituberculeux installés dans ce département. Des correspondances instructives permettent de lier les documents des archives de l'Institut Pasteur de Paris avec les archives départementales concernant la Seine-et-Marne. Une boîte d'archives est consacrée aux campagnes du timbre antituberculeux dans ce département, comportant notamment les comptabilités de ces opérations.

L'histoire des dispensaires antituberculeux devenus dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse permet d'envisager des questionnements en matière d'histoire de la Santé publique dont les réponses se trouvent notamment dans les domaines de l'histoire politique et sociale et concerne le passage de la philanthropie à un système de prise en charge collective du traitement des fléaux sociaux tels que la tuberculose. Quelle est la place des dispensaires antituberculeux dans la lutte contre la tuberculose entre 1901, année de la création du premier dispensaire de ce type

et 1943, date de la découverte de la streptomycine ? Deux types d'établissement existent préalablement à l'ouverture des premiers dispensaires spécifiquement destinés à la lutte contre la tuberculose. Les hôpitaux ont pour vocation de soigner les personnes les plus démunies financièrement. Les malades sont installés dans de vastes salles contenant parfois plusieurs dizaines de lits. Ils restent ainsi, loin de leur famille attendant une issue à leur pathologie le plus souvent mortelle. Le système des sanatoriums de création plus récente que les hôpitaux permet l'accueil des tuberculeux disposant de moyens financiers suffisants, impliquant, là encore, un éloignement familial. Les sanatoriums offrent des soins à vocation curatives, les hôpitaux peuvent être assimilés dans le cas de la tuberculose à des centres de soins palliatifs.

L'organisation des services offerts dans les dispensaires est à plusieurs titres bien différente de celle proposée dans les hôpitaux et dans les sanatoriums. Le choix entre le développement d'une politique sanatoriale et l'extension du nombre des dispensaires antituberculeux reste un sujet de division parmi les scientifiques et les politiques. Pourquoi les représentants des organismes sanatoriaux et hospitaliers s'opposent-ils à la création de dispensaires ? Le dispensaire antituberculeux constitue-t-il une alternative efficace aux hospitalisations et aux cures sanatoriales ?

La lutte contre la tuberculose génère des pratiques quelques peu différentes dans les pays qui mènent ce combat. Le dispensaire antituberculeux est appelé « dispensaire de type français » en Allemagne et en Angleterre. Existe-t-il une spécificité française dans ce domaine ? Le dispensaire antituberculeux est-il une création française ? La prophylaxie est le fer de lance de l'armement antituberculeux et les dispensaires sont plébiscités notamment par les hommes politiques pour la faiblesse de leurs coûts d'installation et de fonctionnement. Cependant le nombre de ces unités implique une facture globale qui reste importante. Quelles sources de financement sont-elles disponibles pour installer puis assurer le fonctionnement des établissements prophylactiques ?

Ce travail se situe dans le cadre de recherches effectuées de la deuxième moitié du XIX^e siècle à la première moitié du XX^e siècle afin de situer l'évolution du rôle de l'État dans le traitement d'un fléau social tel que la tuberculose et de le préciser dans une période inscrite avant, pendant la Première Guerre mondiale jusqu'aux années de l'entre-deux-guerres pour finir dans les premières années de la Deuxième Guerre mondiale.

Ce travail est composé de trois parties qui suivent l'évolution chronologique des dispensaires. Patrice Bourdelais⁶⁵ indique que ces établissements existent dans l'Europe chrétienne depuis le XII^e siècle. La première partie précise le fonctionnement de dispensaires avant de constituer un moyen de lutte contre la tuberculose, puis examine le rôle du dispensaire et de son positionnement par rapport aux bureaux de bienfaisance. Les réponses à ces questions permettent peut-être de comprendre comment un tel établissement a pu être utilisé et adapté à la prophylaxie antituberculeuse. Le dispensaire antituberculeux pour être reconnu dans la population et par les médecins

⁶⁵Patrice Bourdelais, « Construire une histoire de la santé publique, Le dispensaire, forme historique d'intervention », introduction au séminaire Histoire, Santé publique, à l'EHESS, Paris, du 22 février 2019.

libéraux, doit se développer aux cotés des hôpitaux, des sanatoriums et être clairement perçu comme une unité prophylactique. Concrètement, l'organisation des dispensaires révèle des pratiques très différentes d'une région à l'autre voire d'un établissement à l'autre. Peut-on toutefois dégager de grandes tendances dans les actions menées par les dispensaires ? Que montrent les chiffres issus des statistiques en matière de mortalité tuberculeuse en France et dans les autres grands pays européens avant le début de la Première Guerre mondiale ? Comment les scientifiques et les médecins ordonnent-ils la chasse au bacille de Koch sur les plans nationaux et internationaux ?

La deuxième partie de ce travail propose dans un premier temps d'aborder le problème de la contagion dans les domaines de la vie privée et professionnelle de la population de grandes villes françaises. Les individus, par un comportement responsable peuvent-ils être des acteurs à part entière de la prophylaxie contre les maladies infectieuses et particulièrement contre la tuberculose ? Les taux de mortalité tuberculeuse enregistrés dans les annuaires statistiques de la France, corroborent-ils les inquiétudes des personnalités des mondes médicaux et politiques avant 1914 ? Les soldats mobilisés 1914 ont-ils subi des examens médicaux pour déterminer leur aptitude au combat, et la tuberculose a-t-elle été un facteur de réforme au moment de l'incorporation des recrues ? Les débuts du conflit ont-ils freiné l'installation des premiers dispensaires antituberculeux ? La loi sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse est nommée Léon-Bourgeois. Pourquoi la loi Léon-Bourgeois est-elle votée en 1916 pendant la Première Guerre mondiale ?

La présence de troupes alliées, notamment américaines, sur le sol français pendant le conflit, concentre l'attention des membres de la fondation Rockefeller sur les risques liés à la tuberculose. Pourquoi et comment la fondation Rockefeller décide-t-elle d'intervenir aux côtés des Français contre le bacille de Koch ? L'action de la fondation américaine prend fin quelques années après la guerre. Le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT) est l'héritier d'une prophylaxie qui dans les années 1920 dynamise la création de dispensaires sur le territoire français. Comment procède le (CNDT) compte tenu de la grande diversité des situations relevées dans les départements ? La loi Léon-Bourgeois et surtout son décret d'application paru une année plus tard, donnent sa première structure légale aux dispensaires antituberculeux qui se dotent d'un personnel qualifié. Quels sont les acteurs du dispensaire antituberculeux ? Que comporte les programmes de leurs formations ? La deuxième partie de ce travail rend compte des réponses disponibles à ces questions.

Le troisième volet de cette thèse débute par une étude des techniques médicales, des instruments utilisés dans le cadre de la prophylaxie antituberculeuse et pose la question de leur évolution dans la quarantaine d'années qui sépare 1900 de 1943, bornes chronologiques de ce travail. Le B.C.G (Bacille de Calmette et Guérin), est une invention française, plébiscitée activement par les gouvernements successifs qui suivent sa diffusion en France et dans de nombreux pays étrangers. La vaccination des nourrissons et des jeunes enfants grâce au B.C.G, donne une nouvelle dimension aux dispensaires qui se voient dotés de matériels plus performants et de personnels plus compétents. Quelle est toutefois la véritable vocation des dispensaires

antituberculeux avant que ne soit découvert l'antibiotique capable de vaincre la maladie ? Une des questions fondamentales de ce travail tient en la recherche d'une mesure de l'efficacité des actions prophylactiques mises en place au sein des dispensaires. La mortalité tuberculeuse baisse-t-elle entre les années 1900 et 1943 ? Peut-on établir une relation de causes à effets entre les variations des taux de mortalité observés et l'armement antituberculeux ? La France n'est pas isolée dans son combat contre le bacille de Koch. Faire connaître c'est aussi faire valoir la lutte contre la tuberculose. Comment les dispensaires assurent-ils une promotion de leurs actions, tant sur le plan national que sur le plan international ?

Première partie

Le dispensaire antituberculeux, une solution efficace face à la contagion (1900-1914)

Les maladies contagieuses comme le choléra⁶⁶ ou la variole⁶⁷ provoquent périodiquement des épidémies meurtrières jusqu'au début du XX^e siècle. Contrairement à la tuberculose maladie chronique qui évolue lentement, la variole et le choléra tuent les malades en quelques jours, voire quelques heures. L'étude de leurs modes de propagation mobilisent les scientifiques. Ces épidémies et leurs mortalités ont certainement masqué ou mis au second plan la mortalité tuberculeuse. C'est un médecin allemand, Robert Koch qui s'attache à isoler le micro-organisme responsable de la tuberculose en réponse aux découvertes de Pasteur relatives au choléra des poules et au charbon qui décimaient les troupeaux de moutons. Louis Pasteur en compétition en termes de popularité scientifique internationale avec Robert Koch, cherche à son tour à lutter contre une maladie humaine et dirige ses travaux contre une autre infection, la rage. Cette maladie a une durée d'incubation de plusieurs jours, ce qui laisse un temps d'action suffisamment long pour évaluer les effets d'un vaccin antirabique mis au point dans les laboratoires parisiens de l'Institut Pasteur⁶⁸. La première vaccination contre la rage administrée à Joseph Meister, jeune alsacien que les nombreuses morsures d'un chien certainement enragé vouaient à une mort certaine, est un succès. Joseph Meister survit à ses blessures et devient à l'âge adulte le gardien des bâtiments de l'Institut Pasteur, Institut qui connaît une renommée mondiale après avoir vacciné et guéri de nombreux malades issus de pays étrangers contaminés par la rage et venus se faire soigner à Paris. Pour combattre la tuberculose il n'y a ni vaccin, ni sérum, seule la prophylaxie protège de la contagion.

La première partie de ce travail développe la nécessité de protéger la population face à cette maladie infectieuse très contagieuse qui sévit particulièrement dans les grandes villes, plus meurtrière en France que dans les autres pays

⁶⁶Patrice Bourdelais, Michel Demonet, Jean-Yves Raulot, *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations*, 33^{ème} année, n°1, 1978. En France, les deux épidémies de choléra les plus meurtrières eurent lieu en 1832 et 1854. En avril 1832 « l'épidémie explose dans la Seine où l'on enterre six fois plus de morts qu'habituellement, s'étend aux départements contigus (Seine-et-Oise, Seine-et-Marne) où elle double la mortalité. » Les auteurs de cet article se livrent à une étude géographique en France de la mortalité cholérique pendant l'épidémie de 1832. En 1854 une nouvelle épidémie de choléra se manifeste au Havre et est annoncée dans la capitale début novembre. « Près d'un millier de décès s'ensuit jusqu'à la fin de l'année. La maladie ressurgit à la fin de l'hiver. En avril et mai, la mortalité s'accroît d'un tiers. »

⁶⁷Gérard Jorland, « La variole et la guerre de 1870 », *Les Tribunes de la santé* n°33, 2011/4. « Lorsque la France déclare la guerre à la Prusse le 19 juillet 1870, elle est en proie à une épidémie de variole. Quelques jours auparavant, de retour de Vienne, où il s'est pourtant fait vacciner, mais le vaccin n'a pas pris du tout, Pasteur se trouve bloqué à Strasbourg attendant une diminution de l'épidémie. A Paris, la variole est endémique depuis 1865, elle y fait en moyenne 700 décès par an, mais elle devient plus virulente à partir de décembre 1869, provoquant la mort de 4 200 personnes en juillet 1870. »

⁶⁸Annick Perrot, Maxime Schwartz, *Pasteur et Koch, Un duel de géants dans le monde des microbes*, Odile Jacob Sciences, 2014. Maxime Schwartz a été directeur général de l'Institut Pasteur.

européens. Les formes de la lutte contre la tuberculose soulèvent des débats et les méthodes envisagées connaissent des défenseurs et des détracteurs.

Les sanatoriums, premiers établissements de cure antituberculeuse, revendiquent leur action prophylactique. Les hôpitaux réagissent face à la mortalité tuberculeuse et créent dans l'enceinte de leurs bâtiments des dispensaires antituberculeux. Les débats sont nombreux et rudes autour des mesures les plus efficaces et notamment autour de la création dans les villes de dispensaires antituberculeux dont l'installation est âprement rejetée par de nombreux médecins généralistes.

Quand le dispensaire antituberculeux est-il né ? Le système de soins offert par des dispensaires existe-il avant que des établissements ne se spécialisent dans le traitement de la tuberculose ? Comment ces établissements sont-ils financés ? A quel public est-il destiné ?

Afin de mieux cerner le sens donné au mot dispensaire dans la communauté médicale, l'évolution de ce mot dans les dictionnaires médicaux parus entre 1793 et 1930 constitue un indice précieux. Cette recherche est menée à partir du site internet www.bium.univ-paris5.fr, *Bibliothèque Interuniversitaires de Santé de Paris*, qui propose une rubrique, *histoire de la santé* dans laquelle une bibliothèque numérique permet d'accéder à un grand nombre de dictionnaires et à des périodiques dont la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* exploitée pour cette étude.

La démarche suivie pour réaliser cette première partie a été de chercher l'existence d'établissements de soins nommés dispensaires, avant la création des dispensaires antituberculeux. La distinction entre les actions parallèles des bureaux de bienfaisance et celles des dispensaires conduit à des comparaisons et aussi à mettre en évidence des complémentarités. Les archives départementales⁶⁹ consultées ne font généralement état de dispensaires que dans les premières décennies du XX^e siècle. Les revues médicales de l'époque, plus complètes en la matière, sont disponibles à la BNF, au CEDIAS Musée Sociale, rue de Las Cases à Paris, aux archives de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris (APHP), rue des Minimes à Paris et aux archives de l'Ecole de médecine de Paris.

Sur les sujets concernant la lutte contre la maladie et le rôle des institutions privées et publiques, les ouvrages d'Olivier Faure et Dominique Dessertine parus entre les années 1980 et 2000 offrent de grands apports. Les écrits de Yannick Marec concernant les alternatives à l'hospitalisation du Moyen Âge à nos jours, constituent une source de réflexions précieuse à ce travail, complétés par l'article de Pierre Guillaume sur le recours aux structures de proximité paru dans le second numéro de *la Revue d'histoire de la protection sociale* en 2009. Les écrits de Lion Murard et Patrick Zylberman sur l'hygiène et la lutte contre la tuberculose, offrent une vision souvent très détaillée de la situation sanitaire de la France en la matière aux XIX^e et XX^e siècles. Plus récemment, Antony Kitts dans sa thèse de doctorat soutenue en 2016, étudie en profondeur les modes de fonctionnement des bureaux de bienfaisance entre 1796 et 1914. Il insiste sur une distinction qui s'opère au XIX^e siècle entre les « bons pauvres », c'est-à-dire

⁶⁹Les archives départementales de Seine-et-Marne et les archives départementales de la Seine ont été consultées pour étayer ce travail.

ceux qui méritent le soutien de la société, honnêtes, respectueux des règles sociales et les « mauvais pauvres », ivrognes, paresseux, fainéant⁷⁰.

Pourquoi le nombre des dispensaires antituberculeux est-il si faible au regard des besoins prophylactiques jusqu'au début de la Première Guerre mondiale ? Quelles difficultés le dispensaire rencontre-t-il et comment cet établissement se construit-il ? Après de quels acteurs le système de la défense prophylactique trouve-t-il des défenseurs actifs qui poussent à l'extension du nombre des établissements ?

⁷⁰Antony Kitts, Thèse de doctorat dirigée par Yannick Marec, « Bons » ou « mauvais » pauvres ? *Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIX^e siècle*, op.cit., p.44. Cette distinction entre le « bon » et le « mauvais » pauvre n'est pas sans rappeler le livre de Michel Mollat, *Pauvres au Moyen Âge*, paru en 2006.

Chapitre 1

Les acteurs de la lutte antituberculeuse désunis malgré l'urgence de la situation

1.1 Une inquiétante propagation de la tuberculose

Les calculs relatifs aux statistiques sont anciens puisque les premiers comptages de bétails datent des premières civilisations Paléolithique⁷¹. Les traces de recensements sont trouvées en Chine, en Egypte et à Rome. En 1662, l'anglais John Graunt (1620-1674) publie *Natural and Political Observations Made upon the Bills of Mortality* afin de surveiller les épidémies de peste. Il élabore des tableaux dans lesquels il classe les décès par paroisse sur plusieurs décennies. La méthode de Graunt est reprise en 1802 par Laplace (1749-1827) qui mène des recherches dans le domaine des probabilités. En 1693, Edmond Halley établit une table de mortalité à partir des travaux de John Graunt. Halley réalise une estimation des degrés de la mortalité du genre humain et écrit un essai pour l'établissement de rentes viagères⁷².

L'infirmière anglaise Florence Nightingale⁷³ dans les années 1850, utilise des diagrammes circulaires pour illustrer les causes de mortalité à Londres dans les hôpitaux comparés aux taux de mortalité à domicile. En France, le Bureau de la statistique générale créé en 1833 devient un service du ministère du Commerce en 1840 sous le nom de statistique générale de la France dont Alexandre Moreau de Jonnés⁷⁴ est responsable. Ces services sont les ancêtres de l'INSEE actuel.

1.1.1 Les statistiques alarmantes

L'Association française pour l'avancement des sciences (AFAS) est créée en 1872 par les médecins Claude Bernard⁷⁵ (1813-1878) et Paul Broca⁷⁶ (1824-1880). Elle est destinée à mettre en contact les chercheurs dans de nombreux domaines. Le congrès de l'AFAS se tient à Nantes le 20 août 1875 sur le thème de la mortalité par phtisie pulmonaire. Le constat est dressé, à l'issue de ce congrès, de l'étendue géographique de la maladie.

⁷¹Site Internet <https://www.math93.com>, consulté le 22 avril 2018.

⁷²Jacques Dupâquier, « La table de mortalité d'Edmond Halley », *Annales de démographie historique*, 1976, p.485-503.

⁷³Florence Nightingale (1820-1910) est une infirmière anglaise. Elle crée une école d'infirmière dans les années 1860 et un système de soins à domicile. Site Internet www.medarus.org consulté le 15 mars 2017.

⁷⁴Alexandre Moreau de Jonnés (1778-1870) est un « officier militaire et haut-fonctionnaire français. Statisticien, il est responsable de la statistique générale nationale jusqu'en 1851. » In site Internet <https://data.bnf.fr>, consulté en mars 2017.

⁷⁵Médecin et physiologiste français, Claude Bernard est « le précurseur de la médecine expérimentale et le grand théoricien de la médecine, celui qui à l'époque de Pasteur l'a établie sur des bases scientifiques. » in www.medarus.org, site Internet consulté le 10/02/2016.

⁷⁶Paul Broca est « un pionnier de l'exploration du cerveau humain, découvreur des localisations cérébrales (aire de Broca), fondateur de l'anthropologie d'où allait jaillir nos actuelles sciences humaines. C'était par ailleurs un humaniste qui accordait la primauté à ce que nous appelons désormais le social et la convivialité. » in www.medarus.org, site Internet consulté le 10/02/2016.

« La phtisie pulmonaire règne partout mais surtout dans les milieux urbains. L'industrie dépeuple les campagnes au profit des villes. Les capitales à forte densité de population telles que Londres et Paris comptent le plus grand nombre de phtisies pulmonaires⁷⁷. »

En 1898, le docteur Louis de Grand Rivière souligne que :

« La tuberculose cause des ravages dans l'humanité sans distinction de races, d'individus, de pays de climat. Elle fauche plus dans les pays civilisés que dans les pays sauvages et primitifs. Ce phénomène est attribué à l'encombrement des villes, au surmenage intellectuel et physique et à la misère des classes laborieuses, autant de critères qui, selon les théories souvent développées à la fin du XIX^e siècle, prédisposent à l'éclosion du mal⁷⁸. »

La tuberculose est une maladie commune à l'homme et aux animaux. Elle peut envahir toutes les parties du corps : os, jointures, cerveau, intestins, reins. Mais le plus souvent, elle atteint les poumons et s'appelle maladie des poitrinaires ou encore phtisie pulmonaire. Les scientifiques qui l'étudient, constatent que, d'une manière générale, le bacille se développe mieux à l'obscurité qu'au jour. Il se présente sous forme de petits bâtonnets de 3 à 4 microns de long. Très résistants ils sont détruits par la chaleur humide et la lumière solaire⁷⁹.

La comptabilité de la mortalité due à la tuberculose commence en France avec les premières statistiques générales des décès, établies en 1886 pour les villes de plus de 5 000 habitants et en 1906 pour l'ensemble du pays⁸⁰. Sur les 580 000 décès recensés chaque année dans notre pays, plus de 140 000 sont occasionnés par la tuberculose, écrit en 1896 le docteur Arthur Armaingaud (1842-1935)⁸¹ qui déclare cependant en 1906 que les statistiques paraissent si incomplètes et si fragmentaires, qu'il est impossible de dire avec une approximation suffisante combien il meurt annuellement de tuberculeux en France. Toutefois, on s'accorde sur l'estimation avancée en 1898 dans son

⁷⁷Lecadre, docteur, *La mortalité par phtisie pulmonaire*, Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, Secrétariat de l'association, Paris 1875, p.1-3.

⁷⁸ Louis Grand Rivière, *La lutte contre la tuberculose, Chez le malade, dans la famille, dans la société*, Etude de médecine philanthropique, A. Maloine éditeur, Paris, 1898, p.5 et 6.

⁷⁹Nicole Girard-Mangin, docteur, *Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuse au début du XX^e siècle*, Masson et Cie, Paris, 1913, p. 18-20.

⁸⁰Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République, La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918, op.cit.*, p. 481.

⁸¹Armaingaud, *Moyens de prévenir la contagion de la tuberculose*, Ligue préventive contre la phtisie pulmonaire et autres tuberculoses, Bordeaux, 1896, p.3.

Arthur-Antoine Armaingaud est docteur en médecine de la faculté de Paris, professeur du cours municipal d'hygiène de la ville de Bordeaux fondé par lui en 1872. Il est membre du conseil d'hygiène du département de la Gironde. Le congrès international d'hygiène de Genève en 1882 le charge du rapport général sur la question des hospices et sanatoriums maritimes pour enfants scrofuleux et rachitiques. Il crée à Arcachon puis à Banuy-sur-mer dans les Pyrénées Orientales, des hospices pour enfants en vue de lutter contre la phtisie. Il développe des instructions populaires d'hygiène et milite dès 1872 pour l'organisation d'une médecine publique. Une biographie d'Antoine-Arthur Armaingaud est accessible sur le site Internet Patrimoine Aquitain de l'Education : <http://patrimoine-aquitain-education.fr>, consulté en septembre 2010.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

rapport à l'Académie par Joseph Grancher⁸² (1843-1907), de 150 000 décès⁸³. Ainsi, Léon Bourgeois (1851-1925) sénateur de la Marne, lors de sa conférence faite au Musée Social le 6 novembre 1905⁸⁴, rappelle dans son discours les 150 000 victimes annuelles sur le territoire français emportées par la tuberculose. Entre 100 000 et 200 000 morts par an, le nombre des décès par tuberculose est volontairement et involontairement erroné au sentiment d'Emile Duclaux (1840-1904), directeur de l'Institut Pasteur à partir de l'année 1895. Le nombre des victimes de la tuberculose est difficile à chiffrer⁸⁵, toutefois cette maladie est reconnue par les médecins, les hommes politiques, les mutualistes comme le fléau social du début du XX^e siècle.

Les pandémies de choléra masquent la mortalité tuberculeuse en 1832 et 1892⁸⁶. Le chiffre de 150 000 morts par an est validé en 1900 par le professeur Paul Brouardel (1837-1906)⁸⁷ à partir d'une extrapolation des statistiques de la mortalité tuberculeuse dans les villes de plus de 5 000 habitants. Cette évaluation n'a jamais été ni recoupée, ni actualisée⁸⁸. Une étude des chiffres livrés par les statistiques permet de mieux appréhender les régions, les villes dans lesquelles le taux de mortalité tuberculeuse est le plus élevé, afin de cerner les causes de la prolifération de cette maladie au sein de divers profils de populations.

L'observation de la mortalité et la recherche des causes de la maladie sont actives dès le milieu du XIX^e siècle. Le médecin Louis René Villermé (1782-1863) publie en 1832 une étude statistique détaillée sur les causes et les conséquences du manque d'hygiène dues à la misère et à l'indigence. Il est l'auteur en 1840 d'un livre en deux tomes intitulé *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* dans les principales villes productrices en France. Il décrit les conditions de travail des ouvriers, leurs conditions de vie, leurs logements, leur alimentation. Mais il faut attendre le troisième quart du XIX^e siècle pour que des médecins et autres scientifiques, des hommes politiques s'attachent à dénombrer avec une

⁸²Jacques-Joseph Grancher est un médecin français dont les travaux ont pour objet l'étude de la tuberculose. Il est un collaborateur de Louis Pasteur. Membre de l'Académie de médecine en 1892, il livre un combat pour obtenir la déclaration obligatoire de la tuberculose. En 1903, il crée l'Œuvre Grancher, dont les actions visent à la préservation de l'enfance contre la tuberculose. In site Internet <http://www.pasteur.fr> consulté en novembre 2010.

⁸³Lion Murard, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République*, op.cit., p.482.

⁸⁴Léon Bourgeois, « La tuberculose et la mutualité », Conférence faite au Musée Social le 6 novembre 1905, *La politique de la prévoyance sociale, T2, L'action*, p.127.

⁸⁵Arlette Mouret, « La légende des 150 000 décès tuberculeux par an », *Annales de démographie historique 1996*, p.61-84.

L'article d'Arlette Mouret au titre évocateur, débute par la phrase suivante : « Rien ne frappe mieux l'esprit du peuple que des chiffres. » L'auteure développe l'idée que l'affirmation des 150 000 morts par tuberculose par an, ne se fonde pas sur des données statistiques connues. « La mortalité tuberculeuse est une réalité non saisissable en raison des lacunes de la statistique. La première statistique générale des décès établie en 1886, ne concerne que les villes de plus de 5 000 habitants, excluant ainsi la France rurale, soit plus de 60% de la population. D'autre part, l'incertitude des diagnostics de la pathologie respiratoire, l'imprécision ou l'absence fréquente des certificats de décès, la dissimulation (réelle ou supposée) du diagnostic de tuberculose, font de ces données lacunaires des documents incertains et peu fiables. »

⁸⁶Gérard Jorland, *Une société à soigner*, op.cit., p. 103.

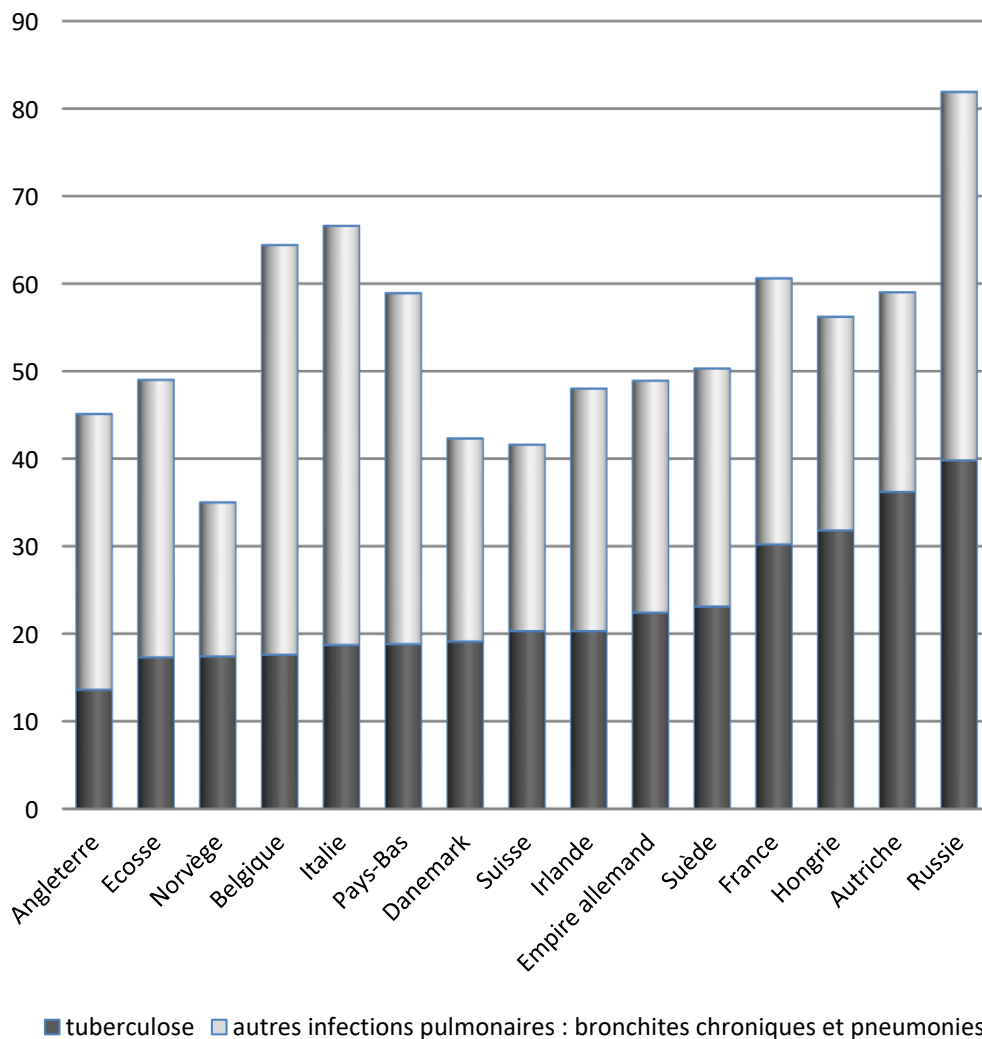
⁸⁷Paul Brouardel est médecin légiste et titulaire de la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris. Doyen de la même faculté, membre de l'Académie de médecine, il s'occupe tout au long de sa carrière des problèmes de santé publique. <http://WWW2.biusante.parisdescartes.fr>. Site Internet consulté en juin 2010.

⁸⁸Gérard Jorland, *Une société à soigner*, op.cit., p. 197-198.

précision affichée, la mortalité par tuberculose en France évaluée aux plans national, départemental et communal.

Des mesures urgentes s'imposent aux hommes politiques. La Commission de la tuberculose est instituée le 22 novembre 1899 par le président du Conseil Pierre Waldeck-Rousseau (1846-1903). La première Commission est présidée par Jules Siegfried dont le nom est évoqué à propos du dispensaire installé au Havre. Le vice-président est le professeur Paul Brouardel (1837-1906), doyen de la Faculté de médecine de Paris. La Commission a pour mission de donner les moyens nécessaires pour mener diverses enquêtes dans la lutte contre la tuberculose. Dans le premier rapport de la Commission de la tuberculose, le professeur Brouardel, présente un exposé de la question. Il produit le tableau de la mortalité tuberculeuse dans les nations européennes, communiqué par l'Office impérial de santé d'Allemagne lors du congrès de la tuberculose tenu à Berlin en mai 1899⁸⁹.

Figure 1
Mortalité par phthisie pulmonaire et maladies inflammatoires des poumons dans les nations habitant l'Europe : décès pour 10 000 habitants⁹⁰



⁸⁹Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Commission de la tuberculose, Masson et Cie, Paris, 1900, p.28.

⁹⁰ *Ibid.*

Le constat s'impose que la France se situe en mauvaise place de ce classement morbide. Cela inquiète particulièrement les hommes politiques. La protection du territoire national est en effet garantie, dans une analyse militariste, par un grand nombre d'hommes en bonne santé, incorporables dans une armée plus puissante que celle d'un éventuel agresseur.

Les données du tableau qui permettent de construire cette représentation sont produites par le professeur Brouardel. La partie basse plus foncée des barres représentées sur ce graphique, correspond à la mortalité tuberculeuse comptabilisée dans 15 pays européens. La France est placée en douzième position des pays dans lesquels la mortalité est la plus importante. La France enregistre deux fois plus de décès par tuberculose que l'Angleterre. En ce qui concerne l'ensemble des infections pulmonaires à savoir tuberculose, bronchites chroniques et pneumonies, la France occupe la quatrième plus mauvaise place derrière la Russie, l'Italie et la Belgique.

L'inquiétude liée à ces résultats est aggravée par le constat d'une diminution de la mortalité par tuberculose en Allemagne. De 1886 à 1900, cette mortalité a baissé de plus de 30%. En 1900, ce pays perd 6 000 tuberculeux de moins qu'en 1893 et 18 000 de moins qu'en 1886⁹¹, précise le docteur Armaingaud, élu président de la Ligue française contre la tuberculose. Le combat contre ce fléau au XIX^e siècle est un enjeu de santé publique, une nécessité pour conserver force et vitalité à la population française, dont le nombre élevé constitue une véritable force. La défaite de la France contre la Prusse en 1870, laisse au début de la Troisième République, un goût amer et l'envie d'une revanche face à l'Allemagne qui a développé un système éducatif capable d'insuffler à sa jeunesse des convictions patriotiques profondes. Le chancelier allemand Bismarck⁹² a instauré dans son pays, une protection des ouvriers de l'industrie en matière d'accidents du travail, de retraite et de maladies. Ainsi, outre une puissance militaire, l'Allemagne est devenue à son tour une puissance industrielle, capable de concurrencer l'Angleterre et la France, grâce notamment à une main d'œuvre éduquée et soignée.

Sur le plan national, le professeur Brouardel publie en 1900 les chiffres de la mortalité moyenne par tuberculose et bronchite chronique de 1888 à 1897.

La mortalité moyenne par tuberculose et bronchite chronique en France est, d'après les données chiffrées de 43,8 pour 10 000 habitants. Ce tableau montre une mortalité plus sévère dans les grandes agglomérations (49.9 pour 10 000 habitants) que dans les petites villes (33.8 pour 10 000 habitants).

⁹¹Armaingaud, docteur, *De la décroissance de la mortalité par tuberculose en Allemagne, ses causes réelles*, deuxième édition, Imprimerie G. Gounouilhou, Bordeaux, 1904, p.8.

⁹²Confère Kott Sandrine, *L'État social allemand. Représentations et pratiques*, Paris, Berlin, 1995.

Serge Berstein, *Histoire de l'unification allemande*, Flammarion, Paris, 2003. « Otto von Bismarck est duc de Lauenbourg et prince de Bismarck. Il est né le 1 avril 1815 et mort le 30 juillet 1898. C'est un homme d'État prussien puis allemand. Il est ministre-président de la Prusse de 1862 à 1890 puis premier chancelier de l'Empire allemand en 1871 fonction qu'il occupe jusqu'en 1890. Il joue un rôle déterminant dans l'unification allemande. » C'est dans le but de renforcer la cohésion entre le peuple et l'État que Bismarck est à l'origine des lois sociales allemandes.

Figure 2

Mortalité moyenne par tuberculose et bronchite chronique de 1888 à 1897⁹³

Tranches de population pour les 622 villes recensées :	Nombre d'habitants Population	Pour 10 000 habitants		Décès par tuberculose et bronchite chronique ajoutées	
		Tuberculose	Bronchites	Nombre	Pour 10 000 habitants
31 villes de plus de 50 000 habitants	5 775 646	41,3	8,6	28 826,7	49,9
197 villes de 10 000 à 50 000 habitants	3 803 478	30,1	9,7	15 159,3	39,8
305 villes de 5 000 à 10 000 habitants	2 095 356	26,7	9,0	7 501,8	35,7
89 villes de moins de 5 000 habitants	309 045	21,5	8,7	1 026,5	33,8
Totaux Moyennes	11 983 525	34,8	9,0	52 514,3	43,8

Toutefois, la réalité des chiffres semble difficile à cerner avec précision. Les statistiques paraissent si incomplètes et si fragmentaires, qu'il est impossible de dire avec une approximation suffisante combien il meurt annuellement de tuberculeux en France, écrit le docteur Armaingaud en 1906. L'estimation avancée en 1898 dans son rapport à l'Académie par Joseph Grancher, de 150 000 décès⁹⁴ semble vaguement convenable. En 1905, toutefois, le professeur Albert Robin (1847-1943), discute le chiffre de 150 000 morts par an dus à la tuberculose, soit en moyenne, 38.2 morts pour 10 000 habitants. Il pense que le chiffre de 83 000, soit 21.3 morts pour 10 000 habitants, est plus proche de la vérité. Cette même année, le ministère de l'Intérieur fait établir les statistiques dans toutes les villes de moins de 5 000 habitants. Le résultat indique une mortalité de 32 à 34 pour 10 000 habitants pour toutes les villes françaises, de 5 000 habitants et au-dessus. A la demande de l'Académie de médecine et de la Commission permanente de la tuberculose, cette statistique est étendue à partir de 1906, à toutes les communes de France et collectée au ministère de l'intérieur.

« Voici les chiffres collationnés par le Ministère de l'Intérieur :

1906 87 091 décès par tuberculose soit 22.1 pour 10 000 habitants

1907 91 048 décès par tuberculose soit 23 pour 10 000 habitants

1908 88 412 décès par tuberculose soit 22.5 pour 10 000 habitants⁹⁵. »

Des observations plus affinées permettent de constater que le nombre des décès par tuberculose est fortement corrélé avec le nombre d'habitants vivants dans une même commune ; moins la densité de population est élevée, plus le nombre

⁹³ Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, op.cit., p.6.

⁹⁴Lion Murard Lion, Patrick Zylberman, *L'hygiène dans la République*, op.cit., p. 482.

⁹⁵Nicole Girard-Mangin, docteur, *Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuses au début du XX^e siècle*, op.cit., p. 25-26.

Nicole Girard-Mangin (1878-1919) est la seule femme médecin qui sert dans l'armée française au service de santé pendant la guerre 1914-1918. Elle représente la France au congrès de Vienne en 1910 et dirige en 1914 le dispensaire antituberculeux du professeur Robin à Beaujon. Elle publie un guide antituberculeux paru en 1914.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

de décès moyen par tuberculose est faible. Toutefois, dans de nombreuses municipalités, les déclarations de décès sont faites par des particuliers et les indications sont données par des fonctionnaires sans compétence médicale. Pour obtenir une meilleure fiabilité des chiffres collectés par le ministère de l'Intérieur, un certificat médical signé du médecin traitant ou d'un médecin de l'état civil aurait été nécessaire⁹⁶.

L'annuaire de la statistique générale de la France pour l'année 1909 indique les chiffres des décès par tuberculose pulmonaire, pour les départements français. Les chiffres concernant la Seine et les départements voisins sont isolés. Ces données sont livrées en valeurs absolues dans le tableau ci-dessous :

Figure 3 - Etat sanitaire de la France
Extraits du tableau I.-Décès suivant les causes, par départements, pour certaines maladies en 1909 ⁹⁷:

Départements	Fièvre tyroïde	Variole	Rougeole	Scarlatine	Coqueluche	Diphthérie et croup	Grippe	Tuberculose des poumons	Tuberculose des méninges	Autres tuberculoses	Cancer	Méningites simples	Bronchites aiguës	Bronchites chroniques	Pneumonie	Diadhée
Loiret	22	..	11	4	13	8	79	453	45	74	442	115	80	90	229	253
Seine	312	7	662	321	374	309	306	14879	1414	1299	4527	1630	672	1394	2704	3121
Seine-Inférieure	127	..	86	33	72	90	182	2019	228	206	1146	481	221	301	637	1937
Seine-et-Marne	16	..	17	11	42	24	71	544	55	62	437	149	102	180	226	293
Seine-et-Oise	68	3	64	34	40	48	170	1996	197	289	863	440	239	273	913	661
Marne	35	..	7	5	44	23	118	713	56	114	492	214	192	153	450	485

Ces chiffres montrent une nouvelle fois, l'importance du nombre des décès dus à la tuberculose, pulmonaire d'une part, toutes formes confondues d'autre part.

Cette maladie est celle qui tue le plus de personnes pour l'année 1909, dans le département de la Seine, ainsi que dans les départements voisins. En 1913, le docteur Nicole Girard-Mangin note à propos de la mortalité constatée en Seine-et-Marne :

« A Fontainebleau, ville bien placée, sans misère, le chiffre des décès de la tuberculose n'a pas varié depuis 30 ans. Il est passé de 23 pour 100 000 habitants à 20.32 actuellement. [...] Dans la riche vallée du Morin en Seine-et-Marne, la tuberculose a augmenté depuis la création du chemin de fer qui amène chaque été les parisiens dont le nombre double ou triple la population. Beaucoup viennent s'y reposer, s'y soigner, y mourir⁹⁸. »

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Statistique générale de la France, Annuaire, vingt-neuvième volume*, Imprimerie Nationale, Paris, 1909.

⁹⁸ Nicole Girard Mangin, *Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuses au début du XX^e siècle*, *op.cit.*, p.29.

D'après les chiffres des morts dues à la tuberculose, le nombre des décès imputables au cancer vient en seconde place de la mortalité causée par des maladies. La lutte contre le cancer est intense dès le début des années 1900. La mortalité moyenne par tuberculose et bronchite chronique réunies s'élève à 54,6 décès pour 10 000 habitants dans le département de la Seine avec un pic de 57,9 pour la ville de Paris. Pour analyser ce chiffre, le professeur Brouardel s'appuie sur la statistique calculée par la ville de Paris, quartier par quartier, depuis l'année 1894. La carte présentée ci-dessous, montre la mortalité par tuberculose répartie dans les 20 quartiers de Paris de 1892 à 1896.

« Si on prend la question pour la période 1881-1896, on voit que dans le 14^e arrondissement, 10 000 habitants comptent chaque année 80 décès par tuberculose, tandis que dans le 8^e arrondissement un même groupe n'en perd que 22, soit quatre fois moins⁹⁹. »

Carte 1- La tuberculose à Paris entre 1886 et 1890¹⁰⁰



Les arrondissements les plus exposés à la mortalité par tuberculose sont les XIV^e, XV^e, XVIII^e, XIX^e et XX^e, arrondissements des périphéries nord et sud de Paris, dans lesquels les chiffres voisinent ou dépassent les 70 morts pour 10 000 habitants. Les V^e et XI^e arrondissements plus centraux sont également très touchés par la tuberculose. Les XII^e et XIII^e arrondissements situés en périphérie sud de Paris ont une mortalité de 60 pour 10 000 habitants, comme les III^e et X^e situés dans la partie est de Paris. Les arrondissements situés en périphérie ouest de Paris, les XVI^e et XVII^e arrondissements, ainsi que les arrondissements du

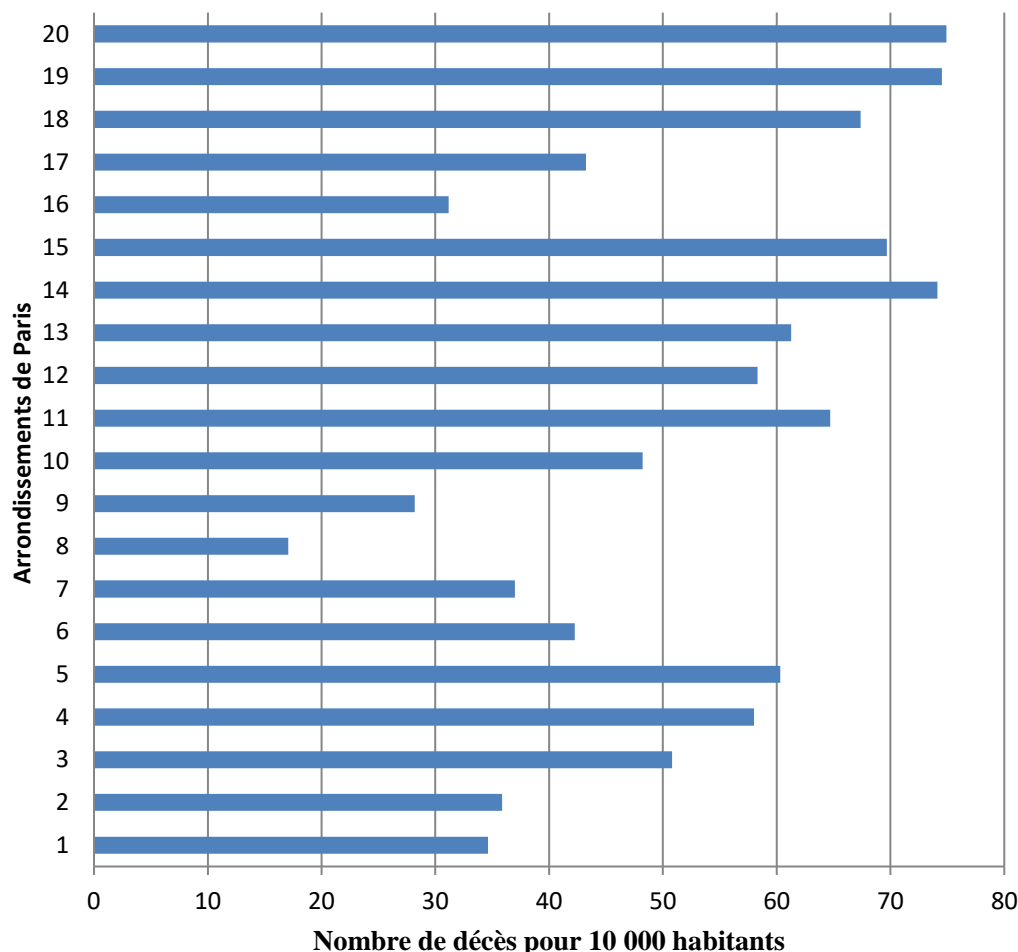
⁹⁹ Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, op.cit., p.14-17.

¹⁰⁰Jean Luc Pinol, Maurice Garden, *Atlas des parisiens de la Révolution à nos jours*, Parigramme, 2009, p.61.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

centre ouest parisien ont une mortalité tuberculeuse plus basse comme en témoigne le graphique suivant :

Figure 4 - Moyenne des décès pour 10 000 habitants par tuberculose et bronchite chronique par arrondissements de Paris¹⁰¹



Le problème de connaître la mortalité liée spécifiquement à la tuberculose est difficile à résoudre dans la mesure où d'une part, la déclaration de décès par tuberculose n'est pas obligatoire et que d'autre part les médecins hésitent à prononcer le nom de cette maladie afin de ne pas porter préjudice aux membres de la famille du défunt.

1.1.2 Qui sont les responsables de la contagion tant redoutée ?

Est-il possible d'identifier les modes de contagion tuberculeuse ? La réponse à cette question permet certainement de mieux cibler les actions prophylactiques. L'importance de ce sujet a été le thème de la thèse de médecine de Georges Bourgeois, fils de Léon Bourgeois.

¹⁰¹ Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre op.cit.*, p.16.

1.1.2.1 Les immigrants, une mauvaise piste

En 1904, Georges Bourgeois intitule sa thèse de doctorat en médecine : *Exode rural et tuberculose*. Le docteur Georges Bourgeois analyse la part prise dans chaque arrondissement de Paris par les immigrants et par les indigènes dans la mortalité par tuberculose pulmonaire. Les immigrants sont les personnes venues habiter Paris contrairement à celles qui y sont nées¹⁰².

« Dans tous, mais particulièrement dans les X^e, XIV^e, X^e, XVII^e, XIX^e et X^e arrondissements, dans lesquels d'ailleurs la mortalité est la plus considérable, il existe une supériorité évidente pour les immigrants. Cette constatation n'est pas faite pour nous surprendre car ces quartiers sont ceux où les habitants sont les plus pauvres et les plus mal logés¹⁰³. »

Georges Bourgeois analyse l'influence des gros foyers tuberculeux sur leur voisinage immédiat. Il prolonge son analyse sur des régions territorialement plus éloignées de ces centres de contamination sévère. Dans le département de la Seine, où la mortalité moyenne par tuberculose est de 57,4, on constate une répartition irrégulière dans les villes ; elle se monte à 167,8 pour 10 000 à Nanterre et descend à 26,7 à Joinville-le-Pont. Ces différences sont explicables notamment par le fait que Paris exporte ses phtisiques. Nanterre, par exemple, compte 100 décès de phtisiques dans la maison des vieillards où l'on recueille des malheureux hospitalisés par la ville de Paris. Gentilly dénombre 68,3 décès en moyenne par phtisie, mais 50 sont relevés parmi les hospitalisés de Bicêtre. Ainsi, on établit administrativement que Paris charge certaines localités de la banlieue de plus de 300 tuberculeux. Par ailleurs, Paris envoie des tuberculeux qui augmentent la mortalité des villes d'autres départements, comme Berck-sur-Mer, dans l'actuel département du Nord-Pas-de-Calais, ou Brévannes¹⁰⁴ commune située dans le département du Val-de-Marne. La chasse aux individus porteurs de microbes fonde les actions prophylactiques des contagionnistes¹⁰⁵ qui suspectent notamment les travailleurs immigrants sur le territoire français d'importer des maladies. La main-d'œuvre ouvrière est indispensable à l'industrialisation des économies en Europe comme aux États-Unis. Une recherche de compétitivité s'installe entre les pays. Les autorités s'inquiètent de la diminution de la population française et intensifient l'ouverture des frontières aux migrants prêts à travailler. Le recours à l'immigration est enregistré sur le

¹⁰²Georges Bourgeois, *Exode rural et tuberculose*, thèse de doctorat en médecine, Félix Alcan, Paris, 1904, p.6.

¹⁰³*Ibid.* p.43.

¹⁰⁴Paul Brouardel, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre op.cit.*, p.8-9.

¹⁰⁵Le débat entre les contagionnistes et les anti contagionnistes est fondé principalement sur la nécessité de placer les individus porteurs de maladies infectieuses contagieuses en quarantaine. Cette position est défendue par les médecins contagionnistes.

Gérard Fabre *Epidémies et Contagions, L'imaginaire du mal en Occident*, Presse Universitaire de France, 1997. « Lors de la conférence internationale de Paris en 1905, les représentants de la Grande-Bretagne et des pays nord-européens défendent la théorie miasmatique (anti contagionniste) et refusent de renforcer les mesures de quarantaine comme le proposent les représentants de certains pays de sud de l'Europe, acquis aux idées contagionnistes. Avec la caution du mouvement hygiéniste, le gouvernement britannique se met à abolir progressivement certaines dispositions quaranténaires. A la suite de la Grande-Bretagne et de certains pays du nord de l'Europe, la France adopte à son tour une politique de relâchement des quarantaines. »

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

territoire français sur lequel le nombre des étrangers passe de 379 000 en 1851 à 2 890 000 en 1931 soit 7,6 fois plus¹⁰⁶.

La loi du 8 août 1893, relative au séjour des étrangers en France, offre une protection à la main d'œuvre française contre la concurrence de la main d'œuvre immigrée. Cette protection constitue un véritable enjeu de police intérieure, mais les mesures déployées dans la loi de 1893 sont insuffisamment appliquées par les inspecteurs du travail et n'ont pas connu l'effet escompté. Ainsi, de 1924 à 1930, la Société Générale de l'Immigration recrute 400 000 travailleurs étrangers portant à quelques 3 millions d'étrangers soit 7% de la population totale le nombre des immigrés, souvent logés dans des baraquements de fortune et travaillant dans des conditions particulièrement pénibles. Les immigrés sont semble-t-il plus nombreux que la moyenne de la population d'origine française à être atteints de maladies vénériennes, de troubles mentaux, d'affections respiratoires et de tuberculose.

Le débat entre les infectionnistes (anti contagionnistes) et les contagionnistes est relancé pour justifier les raisons d'un tel constat. Les contrôles aux frontières sont jugés insuffisants et suspectés de laisser migrer sur le territoire français des étrangers porteurs de germes pathogènes. Toutefois, les rapports des inspecteurs du travail font ressortir que la plupart des maladies sont contractées en France et sont souvent d'origines autochtones ou acclimatée¹⁰⁷, ce qui discrédite la thèse d'une importation du bacille de Koch par le biais de l'immigration. La police des étrangers adopte une politique relativement libérale à l'encontre des migrants. Les mesures d'hygiène publiques, de lutte contre l'insalubrité de l'habitat, d'assainissement des lieux de vie et de travail, sont préférées à l'enfermement dans des lazarets¹⁰⁸ des étrangers contagieux. L'isolement est le mode de défense contre les maladies infectieuses et notamment contre la tuberculose, préconisé par les médecins contagionnistes dont les arguments s'opposent aux mesures prophylactiques défendues par les infectionnistes. Les étrangers sont mal intégrés dans la société industrielle, tenus à l'écart des mouvements ouvriers et de la direction et de l'administration des sociétés de secours mutuels¹⁰⁹.

1.1.2.2 Les logements insalubres incriminés

Le combat contre la tuberculose est-il un enjeu d'ordre public ou privé ? Ce débat divise la société du début du XX^e siècle. Les foyers d'infections tuberculeuses que constituent les taudis dans les grandes villes, sont difficiles à maîtrisés, en France particulièrement.

Jules Siegfried¹¹⁰ est convaincu que l'habitation, au point de vue de l'hygiène, comme de la moralité, doit être la première des préoccupations de ceux qui ont à

¹⁰⁶ Vincent Viet, *Histoire des Français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours*, Perrin, Paris, 2004, p.10-17.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.100-120.

¹⁰⁸ « Lors de la conquête de Jérusalem, les croisés donnèrent le nom d'hôpital de Saint-Lazare à celui qu'ils consacraient aux malades dont l'affection était susceptible de se communiquer : telle fut l'origine du mot lazaret. Sous Louis VIII, on bâtit des lazarets pour lépreux. » Des lazarets furent ensuite établis pour les personnes atteintes de maladies vénériennes et de la peste. In *Encyclopédie moderne, tome 15*, P. Duménil éditeur, Paris, 1842.

¹⁰⁹ Vincent Viet, *Histoire des Français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours*, *op.cit.*, p.69-70.

¹¹⁰ Site internet <http://www.assemblee-nationale.fr> consulté en mai 2012. « Siegfried Jules : Né à Mulhouse (Haut-Rhin), il travaille dans le commerce dès sa jeunesse, fonde une maison au Havre en 1862. Il est élu à Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

cœur le progrès social¹¹¹. A ce titre, la loi du 30 novembre 1894 dite loi Siegfried, encourage la création des habitations à bon marché (HBM). Cette loi doit permettre de lutter contre les dégâts sanitaires causés par l'insalubrité de l'habitat ouvrier, déplorée essentiellement en milieu urbain. Le taudis est un logement misérable et malpropre¹¹². Il est caractérisé par la surpopulation dans un espace confiné où l'on cuisine, mange et dort, où les détritiques constituent un milieu de culture pour le bacille de Koch.

« Certains pessimistes se demandent si la guérison du phthisique est désirable et vraiment utile à lui-même et à la société ? Le tuberculeux sera toujours un faible, dans un état d'infériorité marquée, doué d'une résistance très amoindrie. La rechute sera facile. Grâce à des précautions, la guérison peut être définitive. [...] Il serait odieux et cruel que l'État ne favorisât pas de tout son pouvoir un pareil résultat qui augmente sa force vive et diminue ses charges¹¹³. »

Les lois municipales du 5 avril 1884, confèrent aux maires des pouvoirs considérables¹¹⁴. Les administrations placées sous l'autorité du maire ont la charge d'assurer la protection de la santé publique. Elles ont besoin d'être sans cesse renseignées sur les modifications survenues dans l'aménagement et l'état de toutes les maisons de la ville. Des fiches et des dossiers permettent d'identifier les lieux infectés par les maladies telles que la variole, la diphtérie¹¹⁵, la fièvre typhoïde et la tuberculose¹¹⁶. Le docteur André-Justin Martin¹¹⁷,

l'Assemblée Nationale ou à la chambre des députés de 1885 à 1922. Il est ministre du Commerce, de l'Industrie et des Colonies du 11 janvier au 30 mars 1893. Comme maire du Havre, Jules Siegfried dote sa ville du premier bureau d'hygiène qui existe en France, vingt-trois ans avant que la loi de 1902 sur la protection de la santé publique en fait obligation pour les villes de plus de 20 000 habitants. Dans le domaine social, son activité parlementaire est étroitement liée à son action municipale et nationale. A son initiative, une société française d'habitations à bon marché est créée et reconnue d'utilité publique en 1890. La loi Siegfried sur les habitations à bon marché est votée le 30 novembre 1894. Dans le domaine de l'hygiène et de l'urbanisme, Jules Siegfried a une action déterminante. Pour la première fois en 1889 à l'initiative d'un comité présidé par Jules Siegfried, une exposition universelle, celle de Paris, accueille une exposition d'économie sociale qui donne naissance au Musée Social fondé par le comte de Chambren en 1894 et dont Jules Siegfried préside le comité de direction jusqu'à sa mort. »

¹¹¹Jules Siegfried, Commission de la tuberculose, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Masson et Cie Editeurs, 1900, p.34.

¹¹² Dictionnaire *Le petit Larousse*, Edition 2000.

¹¹³Louis Grand Rivière, docteur, *La lutte contre la tuberculose*, Maloine, Paris, 1898, p.33-34.

¹¹⁴ Lion Murard, Patrick Zylberman, « Les bureaux municipaux d'hygiène en France (1879-1919) », *Experts et notables*, Genèses, 1993, p. 53.

¹¹⁵Yannick Marec, (sous la direction de), *Les hôpitaux de Rouen, du Moyen âge à nos jours, Dix siècles de protection sociale*, Editions PTC, 2005, p.66. « A partir de 1865, diphtérie et rougeole sont les premiers facteurs de mortalité infantile. Emile Roux présente au Congrès de Budapest ses travaux sur un sérum anti diphtérique qui permis de faire régresser les épidémies de diphtérie. »

¹¹⁶Patrice Bourdelais, Yankel Fijalkow, « Les grandes villes françaises et la loi de 1902 », in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Volume n°10, 2004, p.105-116.

¹¹⁷« Les capitales politiques et scientifiques hébergent ces événements qui se multiplient au tournant du XX^e siècle et qui essaient dans un processus de spécialisation. On trouve ainsi des congrès de la tuberculose, des congrès d'hygiène scolaire ou des congrès de technique sanitaire. Dans ces derniers, on y célèbre généralement les grands noms de la spécialité, véritables commis voyageurs de l'assainissement que sont l'ingénieur français Durand-Claye, le médecin turinois Pagliani, ou encore le Dr André-Justin Martin, inspecteur général de service d'assainissement et de salubrité de l'habitation de Paris (1892-1907), grand connaisseur des mesures pratiquées dans toute l'Europe depuis sa thèse sur *l'Administration sanitaire civile à l'étranger* en 1883. » In Stéphane Frioux, Patrick Fournier, Sophie Chauveau, *Hygiène et santé en Europe : de la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre Mondiale*, Edition SEDES, 2011.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation de la ville de Paris, expose en 1896, dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, les efforts réalisés cette même année grâce à l'appui du conseil municipal. La prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles comprend deux sortes de mesures. Une partie de ces mesures sont d'application immédiate. Elles consistent à donner une information officielle, à procéder à une déclaration des cas de maladies, à la vaccination, à l'isolement et la désinfection sous toutes ses formes. Les autres mesures dont l'application peut être différées, visent l'assainissement des habitations, la salubrité locale, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

Ainsi, certaines villes, les plus grandes, mettent des moyens techniques à la disposition de la population pour lutter contre les maladies infectieuses. Le service municipal de désinfection de la ville de Paris propose 8 étuves situées dans 4 stations de désinfection réparties dans différents arrondissements de la capitale. Les opérations de désinfection pratiquées en cours de maladie classées par nature de maladie indiquent les données suivantes¹¹⁸ :

Figure 5- Désinfections effectuées dans la ville de Paris, classées par maladies

Maladies	1893	1894	1895
Fièvre typhoïde	3 078	6 434	3 602
Variole	3 399	3 579	1 204
Rougeole	2 996	2851	2633
Scarlatine	2 694	5 469	8336
Coqueluche	575	364	771
Diphtérie-croup	4 354	5 049	5 869
Diarrhées	311	535	667
Tuberculose	8 128	7 514	9 925
Infections puerpérales	302	275	294
Erysipèle	1188	688	544
Divers	7 634	5 457	4 801
Totaux	34 659	38215	38 646

Le nombre des désinfections en cas de tuberculose constitue la donnée la plus élevée des maladies inventoriées dans le tableau ci-dessus. Elles représentent en pourcentage des totaux : 23.50% en 1893, 19.80% en 1894 et 25.70% en 1895. Dans son rapport présenté au nom de la Commission de la tuberculose inaugurée en 1900, le professeur Brouardel souligne que la mortalité due à la tuberculose est plus importante en France que dans les autres pays. L'Angleterre a renforcé la prophylaxie en matière de salubrité des logements et des ateliers. Des lois ont permis la réparation voire la démolition des maisons insalubres.

« (En France) les règles de prophylaxie sont mal appliquées. Par des mesures sanitaires bien coordonnées, la Grande-Bretagne en 30 ans a diminué sa mortalité tuberculeuse de 5%¹¹⁹. »

Pourquoi les règles de prophylaxie sont-elles mal appliquées, en France ? Sont-elles mal connues de la population ? Quels organismes sont-ils chargés de les

¹¹⁸A.J. Martin, « Prophylaxie sanitaire à Paris », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°18, Paris, 1896, p.110.

¹¹⁹ Louis Grand Rivière, *La lutte contre la tuberculose*, op.cit., p.360.

faire connaître ? La France a pourtant une certaine avance en matière scientifique depuis la moitié du XIX^e siècle.

1.2 Le dispensaire et le bureau de bienfaisance : de faux amis

Le bureau de bienfaisance remplace en 1796 le bureau de charité dont les ressources sont aléatoires. L'organisation des bureaux de bienfaisance dans le cadre communal date du Directoire en novembre 1796¹²⁰. Le bureau de bienfaisance doit gérer l'ensemble des problèmes sociaux et sanitaires. Il bénéficie des revenus de la taxe des pauvres destinés à venir en aide aux indigents, par des subventions municipales et des droits reçus des spectacles¹²¹.

Figure 6- Nombre de bureaux de bienfaisance et d'indigents secourus en France (1833-1871)¹²²

Années	1833	1847	1871
Nombre de bureaux de bienfaisance	6 275	9 336	13 367
Nombre des indigents secourus	695 932	1 329 659	1 608 129
Moyenne des indigents secourus par bureaux	111	142	120
Nombre des indigents secourus par rapport à la population totale (taux pour 1 000 habitants)	21,2	37	41

Le nombre des indigents secourus par les bureaux de bienfaisance en France entre l'année 1833 et 1871 a pratiquement doublé de même que le nombre des bureaux.

A l'origine Paris comporte 48 bureaux de bienfaisance, soit un bureau par section qui divise alors la capitale. Avec l'apparition des 12 arrondissements en 1795¹²³, nouvelle subdivision parisienne, douze bureaux de bienfaisance sont dénombrés à Paris. Ces 12 bureaux de bienfaisance ne font l'objet d'un texte réglementaire que tardivement, dans les années 1880¹²⁴. En 1895 les bureaux de bienfaisance ont des annexes, les dispensaires, réservés aux services médicaux et pharmaceutiques. Le dispensaire est donc initialement un établissement lié au fonctionnement du bureau de bienfaisance. Mais il s'en détache par la suite et les deux établissements cherchent à trouver leur place respective et propre à chacun d'eux, à délimiter le territoire de leurs aides aux plus démunis de la société¹²⁵.

¹²⁰Patrice Bourdelais, Construire une histoire de la santé publique, Le dispensaire, forme historique d'intervention, séminaire Histoire santé publique du 22 février 2019, à l'EHESS, Paris.

¹²¹Anthony Kitts, « Bons » ou « mauvais » pauvres ? *Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientales au XIX^e siècle*, op.cit., p.197.

¹²²Conseil supérieur de l'Assistance Publique. Dépôts de mendicité. Rapports et projet de résolution, Fascicule n°19.1889, p.26-27, in Antony Kitts, « Bons » ou « mauvais » pauvres ? *Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientales au XIX^e siècle* op.cit., p.373.

¹²³ En 1789, pour élire les représentants du Tiers États aux États généraux, Paris est divisé en 60 districts, réduits à 48 en 1790. En 1795, les 48 sections sont regroupées par 4 et donnent naissance à 12 subdivisions. Ce découpage est maintenu jusqu'en 1860 date à laquelle des communes limitrophes de Paris deviennent des arrondissements parisiens portant à 20 le nombre des arrondissements de Paris. Site Internet www.paris-atlas.fr consulté le 30 juin 2017.

¹²⁴Yannick Marec, « L'organisation administrative de l'Assistance publique de Paris au XIX^e », *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, sous la direction de Francis Démiér et Claire Barillé, Action artistique de la ville de Paris, 2007, p. 303.

¹²⁵Confère Catherine Duprat, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté*, op.cit.

Catherine Maurer, *Un siècle de charité organisée en Alsace*, op.cit.

Mathilde Rousigneux-Méheust, *Vivre, vieillir et mourir en institution au XIX^e siècle*, op.cit.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Le terme dispensaire tire son origine latine du verbe *dispensare* qui signifie distribuer. Le mot anglais pour traduire dispensaire est *dispensary*. L'origine des premiers dispensaires remonte au XII^e siècle. Ce sont des institutions tenues par des religieuses dans l'Europe chrétienne, qui viennent au secours des indigents et des pauvres¹²⁶. Le XIX^e siècle héritier de la Révolution française, tente de substituer la prise en charge de l'aide aux pauvres des services de la charité chrétienne à ceux de la Nation. La tâche est lourde de conséquences financières. Le gouvernement reporte le poids de cette organisation sur les municipalités qui s'appuient à leur tour sur les structures traditionnelles à savoir, les structures religieuses¹²⁷. Les notices des dictionnaires jusqu'au début du XIX^e siècle, définissent le dispensaire comme un lieu où l'on prépare des médicaments. Le dispensaire désigne en effet fréquemment une pharmacopée mais aussi un livre qui traite de la composition des remèdes¹²⁸. Puis, la définition du mot dispensaire prend une nouvelle dimension. En effet, à partir de 1814 il désigne également un établissement créé par la Société Philanthropique de Paris en 1780 afin de venir en aide aux indigents, « cette classe d'hommes laborieux qui, sans être réduits à l'indigence, ne peuvent supporter les dépenses ordinaires d'une maladie, et répugnent à se séparer de leur famille pour entrer dans les hôpitaux¹²⁹. »

L'assemblée générale de la Société Philanthropique qui siège à Paris fête en 1880 le centenaire de sa fondation. Le rapport de cette assemblée propose à cette occasion, un historique de la société qui se décrit dans les cinq premières années de sa création de la manière suivante :

« La société philanthropique est l'œuvre de plusieurs personnes qui, animées par le goût de la bienfaisance, s'occupent à secourir par le concours de leur fortune ou de leurs lumières la vertu indigente et souffrante¹³⁰. »

L'année 1812 est financièrement très prospère pour la société qui reçoit des souscriptions de montants importants de personnalités tels que le ministre de l'Intérieur dont la participation à cette œuvre philanthropique prend certainement valeur d'exemple. Les fourneaux économiques au nombre de 35, distribuent des soupes à la population indigente et cinq dispensaires soignent des malades issus des milieux les plus pauvres. Le rapport de la Société Philanthropique indique que les dispensaires fournissent une alternative aux secours médicaux distribués par l'Assistance Publique dans les établissements hospitaliers en procurant des aides médicales directement au domicile des personnes les plus démunies.

¹²⁶Patrice Bourdelais, Construire une histoire de la santé publique, Le dispensaire, forme historique d'intervention, séminaire du 22 février 2019.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸Lavoisien, *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chimie, d'histoire naturelle et de physique*, 1793, p.187.

¹²⁹ Panckoucke, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1814, p.506.

La définition du dictionnaire de médecine Adelin, Béclart, Biette en 21 volumes paru en 1823, indique que les dispensaires sont des établissements philanthropiques destinés à secourir des malades qui ne peuvent ou ne doivent pas entrer dans les hôpitaux et hospices.

¹³⁰Haussonville, vicomte de, *Notice historique et rapport lus à l'assemblée générale de la Société philanthropique, centenaire de la société 1780-1880*, Imprimerie Withensheim, Paris, 1880, p.4.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

« Le système du traitement à domicile, a donc été inauguré par la Société Philanthropique¹³¹. »

1.2.1 A Paris, une coopération difficile

La société Philanthropique est fondée à Paris en 1780. C'est une association laïque, reconnue d'utilité publique depuis 1839 qui se définit de manière très ouverte sur les malheurs touchant le plus grand nombre d'individus.

« De même que notre Société distribue des secours à tous les indigents sans distinction de culte, de même elle admet dans son sein et dans le comité qui dirige son action, des hommes qui appartiennent à des croyances religieuses diverses, amis qui se réunissent et s'entendent sur le terrain de la charité¹³². »

Le rapport d'activité de la Société Philanthropique pour l'année 1880 présenté par le Vicomte d'Haussonville¹³³, indique que le fonctionnement des six premiers dispensaires de Paris a causé une dépense de 27 359 francs et a permis de soigner 972 malades, ce qui constitue, d'après le rapport de la Société, un chiffre peu élevé. Sur ces 972 malades, 585 ont été soignés au dispensaire et 387 à domicile. Le rapport souligne ainsi la différence du traitement dans les établissements hospitaliers administrés par l'Assistance Publique, où les malades sont soignés à l'hôpital, tandis que les dispensaires, pour limiter les frais et éviter d'isoler les malades loin de leur famille pendant la durée du traitement, prodiguent les soins au domicile même du malade, à chaque fois que cela est possible.

Figure 7-Le rapport de la Société Philanthropique présente l'état des dépenses pour 1879¹³⁴

Eléments	Montants
Service des fourneaux	116 344,47
Service des dispensaires.....	27 357,56
Hospitalité de nuit	67 407,22
Distribution de primes d'encouragements.	4 300,00
Capitalisation du don de M.F.Nast.....	520,75
Dépenses générales.....	7 164,30
Total	223 094,40

¹³¹ *Ibid.*, p.28.

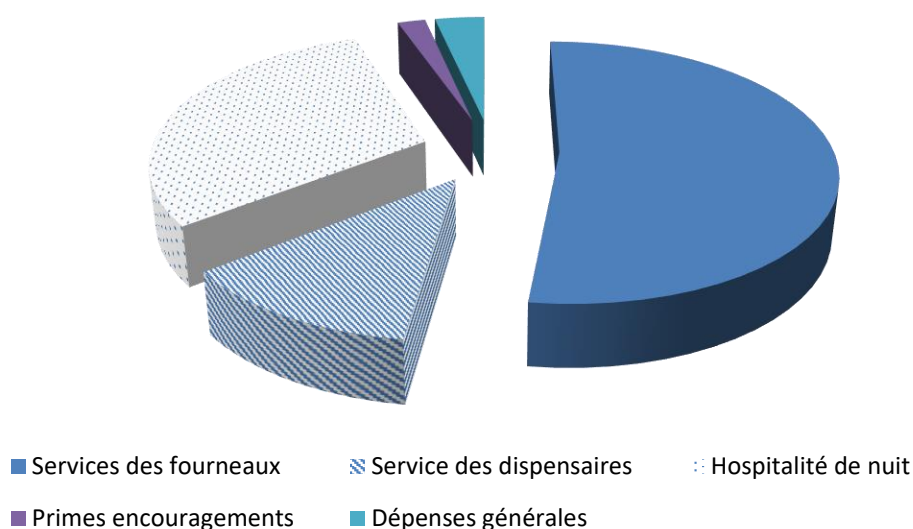
¹³² *Ibid.*, p.5.

¹³³ Paul-Gabriel Othenin de Cléron, comte d'Haussonville (1843-1924) est un homme politique français. Il est député de centre-droit il représente le département de Seine-et-Marne de 1871 à 1877. In Edgar Bourloton et Gaston Cougny, *Dictionnaire des parlementaires français*, 1889-1891.

Il publie de nombreux ouvrages dont *Les Etablissements pénitentiaires en France et aux colonies* paru en 1875, *La vie et les salaires à Paris* paru en 1883, *Etudes sociales, Misères et remèdes* paru en 1886, *Etudes sociales. Socialisme et charité* paru en 1895, *Salaires et misères de femmes* paru en 1900, *Assistance publique et bienfaisance privée* paru en 1901, *Le travail des femmes à domicile* paru en 1909, *Paris charitable en bienfaisant* paru en 1912.

¹³⁴ Haussonville, vicomte de, *Notice historique et rapport lus à l'assemblée générale de la Société philanthropique, centenaire de la société 1780-1880, op.cit.*, p.41.

Ventilation des dépenses de la Société Philanthropique en 1879



La plus grande partie des dépenses, plus de 50 %, est liée au fonctionnement des fourneaux, c'est-à-dire à l'aide alimentaire apportée aux plus pauvres. L'hospitalité de nuit représente 30 % de l'utilisation des aides aux indigents distribuées par la Société Philanthropique. La dépense relative au service des dispensaires représente 13 % du total des dépenses engagées par la Société Philanthropique pour l'année 1879. A partir de 1880, le nombre des dispensaires parisiens augmente. On en compte 15 en 1883, dont l'activité est résumée dans le tableau ci-après.

**Figure 8-
Mouvement général des dispensaires de la Société Philanthropique 1883-1884**¹³⁵

Arrondissements	Dispensaires	Malades soignés	Nombre de journées de traitements	Consultations libres	Dépenses
I, II	17 rue d'Orléans St-Honoré	155	7 330	182	2 555.71
III, X	3 rue de Bondy	118	5 779	528	3 551.82
IV	7 rue Poulletier	59	3 454	146	1 669.89
V, XIII, XIV	255 rue Saint-Jacques	474	14 953	1 148	5 923.88
VI	120 rue du Cherche-Midi				
VII *	9 Passage Landrieux	271	15 417	336	6 281.57
VIII, IX	10 rue Cambacérès				
XI	144 Boulevard Voltaire	146	11 685	40	5 355.97
XII	36 rue du Rendez-Vous	139	7 009	1 075	4 641.08
XV *	223 rue Lecourbe	103	2 938	1 015	1 627.71
XVI	80 rue Boileau				
XVIII *	44 rue Labat	108	8 279	59	2 553.67
XIX	166 rue de Crimée				
XX *	142 rue Oberkampf	81	3 196	21	1 920.36
	29 rue de Fontarabie				
		*Nouvelle	création	Pas de chiffre	disponible

¹³⁵Decambre, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* publié sous la direction de M. Amédée Dechambre, série 1, tome 31, 1884, p.423.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 8b- Nombre de malades soignés dans les dispensaires d'arrondissements parisiens en 1883-1884

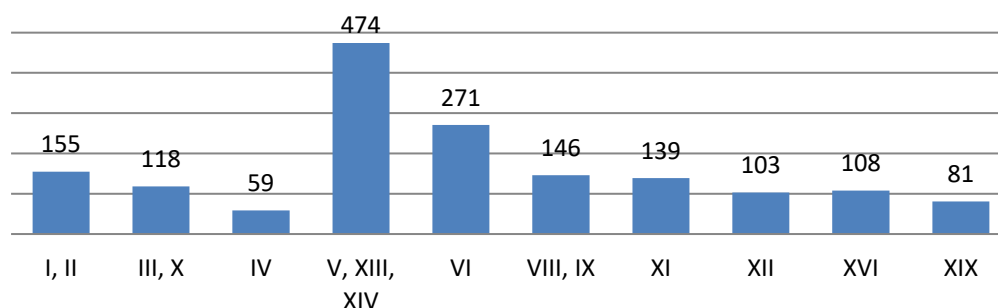
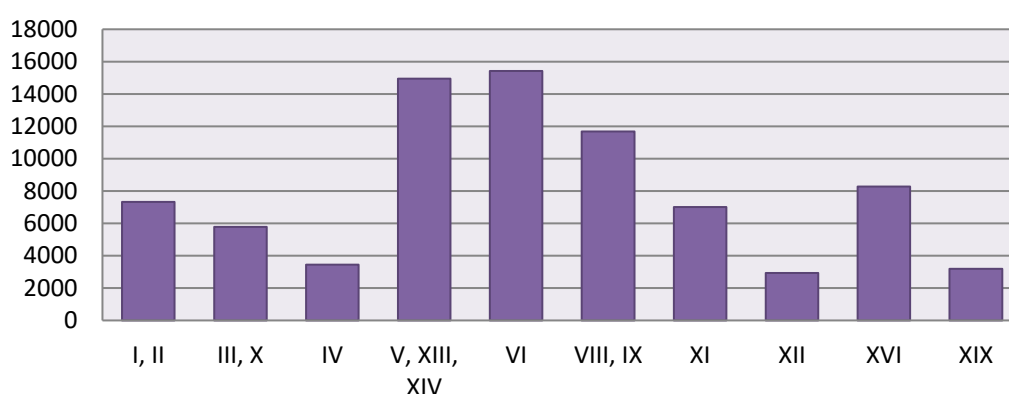


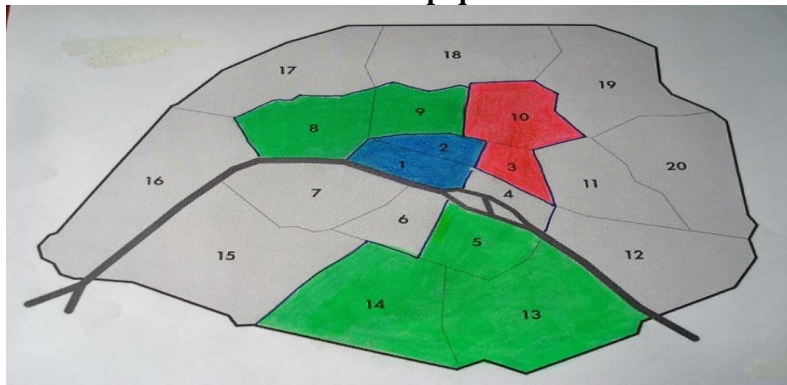
Figure 8t- Nombre de journées de traitements dans les dispensaires d'arrondissements parisiens en 1883 à 1884.



Paradoxalement, malgré sa faible couverture territoriale, le VI^e arrondissement affiche un nombre de malades soignés beaucoup plus important que la moyenne des autres arrondissements. A ce stade de l'étude des conclusions sont difficiles à tirer avec précisions, car ce nombre peut provenir d'une population plus élevée que dans les autres arrondissements. Les actions du dispensaire de cet arrondissement sont-elles plus nombreuses, mieux gérées, plus efficaces et donc attirent-elles un nombre de malades plus important ? Seules des suppositions peuvent être envisagées sur les commentaires relatifs à ces données. Le total des journées de traitements dans les dispensaires d'arrondissements parisiens est logiquement fortement corrélé avec le nombre des malades soignés dans ces dispensaires. Toutefois le VI^e arrondissement et le XVI^e arrondissement utilisent un nombre de journées de soins plus important que le chiffre attendu compte tenu du nombre de malades soignés.

La carte des arrondissements de Paris présentée ci-dessous montre la disparité de la couverture territoriale des différents dispensaires qui fonctionnent en 1883-1884. L'établissement situé rue Saint-Jacques pour les V^e, XIII^e et XIV^e arrondissements et ceux situés rue Lecourbe dans le XV^e et rue Cambacérés pour les VIII^e et IX^e arrondissements, ont une charge plus importante que les établissements situés rue Poulletier dans le IV^e arrondissement ou encore celui situé rue du Cherche-Midi dans le VI^e arrondissement.

Carte 2
Carte des arrondissements de Paris représentant la couverture des dispensaires de la Société Philanthropique 1883-1884.



Cette carte est établie à partir des données du tableau intitulé Mouvement général des dispensaires de la Société Philanthropique 1883-1884 ¹³⁶.

En 1884, le nombre des dispensaires de la société philanthropique augmente :

« Les douze arrondissements de Paris fournissaient une population de 700 000 âmes. Avec les récentes additions, le nombre des dispensaires est aujourd’hui de seize, pour une population d’environ 2 millions d’habitants. L’accroissement proportionnel du nombre de ces établissements est donc considérable, et il est d’autant plus à remarquer qu’il marche de front, d’une part, avec l’institution des soins à domicile et une organisation plus efficace des bureaux de bienfaisance, laissant moins à faire à la charité privée ; d’autre part, avec l’exigence d’une foule de sociétés mutuelles dans lesquelles, moyennant de faibles rétributions mensuelles, les soins médicaux sont assurés aux participants¹³⁷. »

Les six premiers dispensaires parisiens, créés par la Société Philanthropique, fonctionnent, d’après l’article de l’encyclopédie médicale de 1884, en bonne entente avec les bureaux de bienfaisance voisins. Ces dispensaires disposent chacun des services d’un médecin et d’un chirurgien et d’au moins deux médecins et deux chirurgiens adjoints, d’un chirurgien-dentiste et de cinq ou six pharmaciens dont les officines sont situées dans les quartiers desservis par ces dispensaires subventionnés par les dons des souscripteurs. Ces derniers reçoivent, moyennant le paiement annuel d’une somme de 30 francs, une carte dont ils peuvent disposer en faveur d’un malade de leur choix. Les médecins ou les chirurgiens ne visitent que les malades porteurs de cette carte. Sur leur ordonnance, les pharmaciens délivrent gratuitement les médicaments nécessaires. Cette même carte peut, après la guérison ou le décès d’un premier malade, être prêtée à un second et ainsi de suite pendant tout au long de l’année¹³⁸. C’est donc par l’intermédiaire d’une carte que le bienfaiteur désigne

¹³⁶ Decambre, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, op.cit., p.423.

¹³⁷ *Ibid.*, p.419.

¹³⁸ P.H Nysten, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l’art vétérinaires*, 10^{ème} édition, entièrement refondue par E. Littré, 1855, p. 411.

aux responsables médicaux du dispensaire, la personne qui mérite¹³⁹ son soutien. La transmission après la guérison ou la mort d'une personne secourue à un autre bénéficiaire permet de limiter le nombre des individus assistés à celui des bienfaiteurs, et de réaliser un équilibre entre les dons reçus et les dépenses occasionnées par les soins offerts gratuitement à ceux qui n'auraient pas les possibilités de les financer par leurs propres moyens.

En 1884 la situation évolue puisque 16 dispensaires de la Société Philanthropique sont répartis dans les vingt arrondissements parisiens. La Société philanthropique, comme l'Assistance Publique, pense créer des dispensaires spéciaux pour les enfants. Ainsi, le 16 mai 1883, un dispensaire pour enfants est installé par les services de l'Assistance Publique, rue de Crimée dans le quartier de la Villette, à l'intérieur d'un dispensaire général. Ce dispensaire est dirigé par le professeur Lannelongue, personnage dont le nom reste lié à la lutte contre la tuberculose¹⁴⁰.

Le fonctionnement des dispensaires associés à un bureau de bienfaisance est quelque peu différent puisque le local est alors fourni par la mairie. Le médecin s'y rend à jour et heures fixes. Le dispensaire est pourvu d'une petite pharmacie contenant les médicaments les plus fréquemment utilisés¹⁴¹. A Paris, l'Œuvre Philanthropique installe des dispensaires en harmonie apparente avec les autres organismes offrant des soins aux populations indigentes et notamment les bureaux de bienfaisance. Cette bonne entente n'est pas la règle dans toutes les villes de France.

1.2.2 A Lyon et au Havre, une coexistence pacifique

L'Œuvre du dispensaire général de Lyon¹⁴² est fondée en 1818 à l'initiative de 5 jeunes médecins lyonnais¹⁴³, sur le modèle du *General Dispensary* anglais, signalé en France par des émissaires de l'Académie des sciences chargés de visiter les établissements charitables anglais¹⁴⁴. Installé rue Molière, c'est une œuvre privée dont le but est de soigner gratuitement les malades indigents, à domicile ou à des consultations spéciales¹⁴⁵, et de leur fournir, toujours gratuitement les médicaments nécessaires à leurs soins. Plus que des soins rationnels, c'est le maintien des malades à domicile qui constitue le but principal de l'action du dispensaire, afin de préserver et renforcer des liens

¹³⁹ Le mérite est lié aux conditions de vie qui devront être jugée saine, sans excès ni débauche.

¹⁴⁰ Jean Jolly, *Dictionnaire des Parlementaires français, 1960-1977* : Lannelongue Odilon-Marc (1840-1911) est chirurgien du bureau central des hôpitaux en 1867, puis attaché à l'hôpital Bicêtre, puis à l'hôpital Trousseau. Il est ensuite chirurgien aux Enfants-malades et professeur de clinique chirurgicale infantile en 1884. Il est élu sénateur du Gers en 1906. Par sa formation, il s'intéresse principalement aux problèmes de la santé publique et de la population. Il est inquiet de la dépopulation qui lui apparaît comme une véritable maladie sociale.

¹⁴¹ Victor Turquan, *Petit manuel de l'Assistance Publique, des hospices, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale, Exécution de la loi du 15 juillet 1893*, Paul Dupont Editeur, Paris, 1894, p.30.

¹⁴² Stéphane Frioux, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, Paris, PUF, 2013

¹⁴³ Patrice Bourdelais, Construire une histoire de la santé publique, Le dispensaire, forme historique d'intervention, séminaire du 22 février 2019.

¹⁴⁴ Paul Rougier, avocat, professeur à la Faculté de Droit de Lyon, *L'assistance des indigents à domicile, les œuvres d'initiative privée, le dispensaire général de Lyon*, Guillaumin et Cie, Paris, 1888, p. 21. L'auteur ne signale pas l'existence à Paris des dispensaires de la Société Philanthropique, créés dès 1780. On peut deviner à ce stade un antagonisme entre les dirigeants des dispensaires parisiens et lyonnais.

¹⁴⁵ *Congrès de l'AHS à Lyon, 13-16 mai 1907, bulletin N°9 bis*, Imprimerie Réunies, 1907, p. 349.

familiaux distendus par une hospitalisation pendant laquelle le malade est séparé des siens. La crainte de désunir des familles est liée à la peur de voir s'installer l'immoralité à savoir la prostitution ou l'alcoolisme, au sein du foyer déstructuré par la maladie¹⁴⁶.

« Cette dualité dans les objectifs explique à la fois les limites et la dérive dont le dispensaire est la victime. La charité privée n'est guère motivée par ce genre de secours et le nombre de souscripteurs toujours faible, borne l'action de l'œuvre¹⁴⁷. »

Ceci explique certainement pourquoi, le maire de Lyon devient à la création de l'Œuvre du dispensaire général, son premier président, entraînant à sa suite, les dons des notables de la ville issus de la magistrature, du barreau, du commerce, de la Science et de la médecine.

« Les soins à domicile se prêtent moins que la pratique médicale hospitalière au développement de la science, aux brillants succès de la chimie, les soins médicaux donnés aux indigents dans leurs demeures sont obscurs, à peine connus, trop peu appréciés¹⁴⁸. »

Toutefois, les donateurs méconnaissent les activités liées à l'assistance médicale des indigents à leurs domiciles. Aussi, en 1867 la Société de médecine lyonnaise organise une étude comparative de l'assistance hospitalière et de l'assistance à domicile dans les grandes villes. Cette étude permet de divulguer la pratique des dispensaires voués aux soins des indigents à domicile, dans des villes comme Lyon et Paris, où la concentration de la population ouvrière est importante et augmente les risques d'épidémies, d'accidents, de chômage.

Les dispensaires reçoivent des subventions municipales qui soulignent l'intérêt des édiles pour les manifestations d'ordre privé montrant de la bienveillance envers les populations indigentes. Il convient à cet égard de distinguer l'action des dispensaires soutenue par les dons privés de celle des bureaux de bienfaisance, entièrement financée par les municipalités. Sous Napoléon III, le budget des indigents est géré par l'administration des hôpitaux et hospices¹⁴⁹. La rigueur de l'hiver 1848-1849 augmente considérablement le nombre des indigents :

« Un Parisien sur 5 (243 761) s'inscrit sur les listes des indigents des Bureaux de Bienfaisance¹⁵⁰. »

¹⁴⁶Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Folio essais, 1995, p. 347.

Ce système s'oppose au système anglais de la « *workhouse* », c'est-à-dire sur le travail obligatoire dans des conditions souvent inhumaines pièce maîtresse des *poor laws*, c'est-à-dire de la charité légalisée. Dans ce système très dur, les indigents ont l'obligation de travailler, enfermés dans des établissements où les conditions de vie sont proches du système carcéral.

¹⁴⁷Olivier Faure, Dominique Dessertine, *La maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940)*, Racines mutualistes, Mutualité française, Paris, 1994, p.23.

¹⁴⁸ Paul Rougier, *L'assistance des indigents à domicile*, op.cit., p. 4 et 5.

¹⁴⁹ Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, op.cit., p. 197-198.

¹⁵⁰Christian Felkay, « Les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux parisiens de 1796 à 1860 », *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, sous la direction de Francis Démier et Claire Barillé, Action artistique de la ville de Paris, 2007, p.175.

L'Assistance Publique créée en 1849 est chargée du recensement des pauvres tous les trois ans afin d'assurer la répartition des ressources des bureaux de bienfaisance fondés avec la loi du 27/11/1796. Ils assurent dans les villes tout au long du XIX^e siècle, à la suite de l'Agence de secours, une assistance matérielle et médicale aux plus démunis. Afin de délester les hôpitaux un service de traitement des malades indigents à domicile est créé par un arrêté du 20 avril 1853 dans le département de la Seine¹⁵¹.

« Le Bureau de bienfaisance, œuvre toute municipale, n'avait jamais cessé d'exister à côté du dispensaire [...] En vertu de son règlement, le Bureau de bienfaisance rend aux indigents indisposés, et dans leur domicile, les premiers secours médico-pharmaceutiques gratuits, destinés à empêcher une simple indisposition de dégénérer en une véritable maladie. Mais dès qu'un médecin reconnaît qu'il a affaire à une maladie sérieuse, il doit conseiller au malade d'entrer dans l'un des hôpitaux de l'agglomération lyonnaise, et cesser ses visites¹⁵². »

En 1870, le constat est fait que les bureaux de bienfaisance lyonnais étendent leurs actions au-delà d'une médecine que nous qualifierions aujourd'hui d'urgentiste. Mais des plaintes suggèrent que les médecins créent des habitudes d'assistance exagérées et traitent complètement à domicile leurs malades indigents, provoquant une importante dilatation des frais de fonctionnement des bureaux de bienfaisance. Une tentative de collaboration entre le dispensaire général et les bureaux de bienfaisance est juridiquement formalisée à Lyon en 1875, donnant au dispensaire, en plus de sa mission privée de délivrer des soins à domicile, la gestion d'une pharmacie commune aux deux types d'établissements, en précisant le rôle de chacun :

« Les soins donnés aux malades indigents par cet établissement de bienfaisance (le Dispensaire général) comportent le traitement complet à domicile et pour toute nature de maladie ; Les secours apportés en pareils cas par le Bureau de Bienfaisance dans les soins aux malades se réduiraient à trois visites¹⁵³. »

Ce projet soulève les protestations véhémentes des pharmaciens qui travaillaient avec les bureaux de bienfaisance. Une polémique s'en suit et aboutit à un rejet du projet et à l'autonomie financière du dispensaire, désormais privé des subventions municipales. A Lyon toutefois¹⁵⁴, à la fin du second Empire, les deux tiers des soins à domicile sont dispensés par des sociétés charitables et des

¹⁵¹ Gérard Jorland, *Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle, op.cit.*, p. 197-198. La direction de l'assistance et l'hygiène publique est créée au sein du ministère de l'Intérieur en 1889. Trente ans plus tard, cette même direction est rattachée au ministère de la Santé. Malgré l'ensemble de ces mesures, la France prend un important retard dans le domaine de l'aide sociale, 50 ans environ, si on les compare aux actions menées en Allemagne et en Angleterre.

¹⁵² Paul Rougier, *L'assistance des indigents à domicile, op.cit.*, p.26.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 29.

¹⁵⁴ Stéphane Frioux, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement, op.cit.*

comités de paroisse qui s'occupent des trois-quarts des malades¹⁵⁵. Le système des cartes décrit au paragraphe précédent fonctionne de la même manière à Lyon. Le Dispensaire Général de Lyon distribue 1 000 cartes par an en 1871¹⁵⁶.

Après Paris et Lyon, c'est au Havre qu'un dispensaire est signalé. La ville du Havre connaît un fort taux d'industrialisation au milieu du XIX^e siècle et voit se développer un nombre d'épidémies, notamment chez les enfants, accru par la pauvreté et la misère des populations ouvrières installées non seulement dans la ville, mais aussi dans la campagne environnante. Le dispensaire du Havre est cité en exemple par les autorités ministérielles comme l'indique une circulaire datée du 25 janvier 1881 adressée par le ministre de l'Intérieur aux préfets des départements, à propos de l'intérêt de la création de dispensaires pour les enfants malades, sur le modèle de celui qui fonctionne au Havre. Cette circulaire précise l'objet des établissements tels que les dispensaires.

« Le dispensaire est un établissement destiné à traiter les malades dans un milieu approprié à cet usage mais sans les hospitaliser [...] Cette institution ne s'applique dès lors qu'au cas où le malade peut être sans inconvénient transporté au dispensaire, puis ramené dans sa famille. [...] On obtiendrait ainsi tout d'abord ce double résultat de maintenir autant que possible l'enfant dans sa famille, et de laisser libres, à l'hôpital, des lits pour les enfants dont l'état comporte nécessairement l'hospitalisation. [...] Le traitement au dispensaire aurait de plus, pour heureuse conséquence, de soustraire l'enfant aux chances de contagion qu'entraîne le séjour à l'hôpital, à toutes les influences nuisibles qu'engendre toujours plus ou moins l'agglomération permanente de malades sur un point déterminé [...] La journée au dispensaire revient à 22 centimes, au lieu de 1fr 50c à 2francs que coûte la journée d'hôpital¹⁵⁷. »

Soigner à moindre coûts et à leur domicile les malades dont l'immobilisation dans un hôpital ne s'impose pas, telle est donc la vocation des dispensaires. Le financement de ces établissements est dans un premier temps, de nature privée et dépend de la générosité des gestes de bienfaisance guidés par la philanthropie. Ainsi, le dispensaire pour enfants malades du Havre a vu le jour grâce au don généreux d'un montant de 40 000 francs à la ville de madame Dollfus. La ville bénéficie en outre de l'impulsion novatrice de son maire Jules Siegfried (1837-1922) et du docteur Joseph Henry Gibert (1829-1899) qui administre au Havre, le premier dispensaire pour enfants malades dès 1875. Depuis son installation au Havre, le docteur Gibert¹⁵⁸ a été frappé par les

¹⁵⁵Olivier Faure, « La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie et société*, 1984, 3^{ème} année, n°4, p.599.

¹⁵⁶ *Ibid.*

¹⁵⁷ *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°3, 1881, p.172-173.

¹⁵⁸ Le docteur Gibert (1829-1899) est un médecin français né en Suisse. Il épouse en 1861 Fanny Dollfus, fille d'un industriel de Mulhouse. Installé au Havre depuis 1860, il soigne Félix Faure et devient son ami. Il crée en 1875 un dispensaire pour enfants malades. En 1882, il est promu officier de la Légion d'Honneur en récompense à son dévouement pendant l'épidémie de choléra au Havre.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

mauvaises conditions régnant en ville et l'importance de la mortalité infantile. Il crée le premier bureau d'hygiène de France¹⁵⁹.

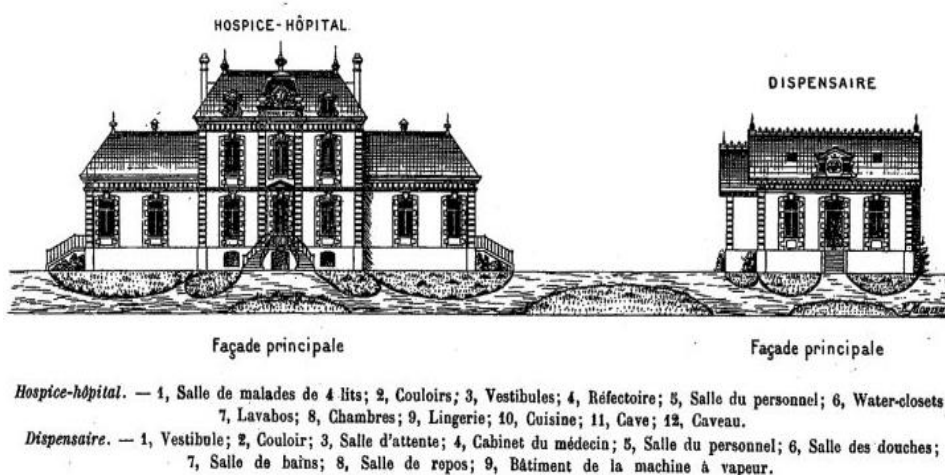
La commune de Saint-Romain de Colbosc, située dans le département de la Seine-Inférieure à une vingtaine de kilomètres de la ville du Havre, est le chef-lieu d'un canton rural qui dispose depuis 1890 d'un petit hôpital-dispensaire.

« Il est intéressant de signaler une commune rurale qui a essayé d'organiser son assistance publique [...] Saint-Romain de Colbosc a depuis longtemps un bureau de bienfaisance qui jouit d'un revenu de 5 000 francs. Il lui manquait un petit établissement hospitalier, et grâce à diverses libéralités, on a pu dépenser 24 000 francs pour en construire un, en réservant une dotation de près de 3 000 francs de rentes¹⁶⁰. »

La *Revue d'hygiène et de police sanitaire* de 1891 publie cette représentation de l'hôpital-dispensaire de Saint-Romain de Colbosc, qui semble bien illustrer à la fois le lien de coopération entre les deux établissements situés l'un à côté de l'autre, tout en conservant à chacun sa spécificité ; l'hôpital est plus important au plan architectural, car il est destiné à l'hébergement des malades, tandis que le dispensaire, plus petit, moins coûteux, est un lieu de passage pour des malades capables de regagner leur domicile après avoir reçu des soins.

« Mais ce qui distingue particulièrement l'hôpital de Saint-Romain de Colbosc, c'est qu'on y a joint un petit dispensaire où peuvent venir tous les habitants du canton et qui, les jours de marché surtout, est très fréquenté par la population indigente. Ce petit dispensaire, bien qu'annexé à l'hôpital, en est séparé par une cinquantaine de mètres ; les consultants ne sauraient ainsi troubler les malades de l'infirmerie¹⁶¹. »

Figure 9- Un Petit Hôpital-Dispensaire¹⁶²



¹⁵⁹ Yannick Marec, *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Âge à nos jours*, op.cit., p. 357.

¹⁶⁰ Henri Napias, docteur, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°13, 1891, p. 575.

¹⁶¹ *Ibid.*, p.579.

¹⁶² *Ibid.*, p.575.

« Au point de vue de l'Assistance publique, nous en sommes encore en France aux errements du Moyen Âge, l'aumône banale et l'hôpital. Il y a mieux à faire. Le docteur Gilbert cite entre autres les dispensaires créés à Clermont-Ferrand, à Rouen, à Mulhouse, à Strasbourg sur le modèle de celui du Havre, et celui que la ville de Paris construit pour les enfants. Une ville est favorisée quand elle peut compter à la fois un maire éclairé et actif comme Jules Siegfried, un hygiéniste et un philanthrope comme M. Gilbert et des bienfaiteurs magnifiques comme Madame Dollfus¹⁶³. »

Lyon et Le Havre sont donc deux villes pionnières en matière de création de dispensaires. L'installation des dispensaires lyonnais semble avoir été contrainte par l'action des bureaux de bienfaisance et des pharmaciens qui n'ont pas voulu laisser s'implanter d'autres établissements chargés de soins auprès des personnes les plus démunies dans le périmètre de leurs activités, à moins que des accords de bonne entente ne soient établis entre eux. C'est à la condition de ce respect que le nombre des dispensaires lyonnais peut s'accroître au fil des années.

1.2.3 Les prérogatives des bureaux de bienfaisance

Les lois et règlements offrent des bases juridiques à l'installation d'établissements de soins ou de prophylaxie ouverts au service des plus démunis. Des mesures liées à l'hygiène publique sont prises au sein des municipalités à l'appui notamment de la loi de 1810 relatives aux fabriques polluantes et dangereuses. En effet, les vapeurs sulfureuses, acides ou chlorées, les fumées noires et épaisses, les mauvaises odeurs font l'objet de plaintes des riverains et des voisins des établissements industriels¹⁶⁴. Les hygiénistes, ont tenté, sans réel succès, d'éloigner ces établissements des centres urbains habités. Les circulaires du 15 août 1854 et du 22 août 1855 parues au Bulletin Officiel du ministère de l'Intérieur, permettent aux communes d'organiser librement des systèmes de médecine gratuite¹⁶⁵. Des secours à domicile sont accordés aux personnes inscrites par les communes organisatrices de ces secours, avec un faible soutien financier du département et des subventions de l'État. La coopération entre la générosité privée et l'action publique par le biais des bureaux de bienfaisance en matière de création de dispensaire est confirmée en 1887. Le dictionnaire de Paul Labarthe donne la définition suivante du mot dispensaire :

« Il (le dispensaire) sert aussi à désigner les établissements de bienfaisance, créés par les bureaux de bienfaisance, où l'on donne gratuitement aux indigents des soins médicaux et des médicaments, et les cliniques spéciales dans lesquelles, en dehors de toute intervention

¹⁶³ *Revue d'hygiène et de police sanitaire* n°6, 1884, p.166.

¹⁶⁴ Thomas Le Roux, *Le laboratoire des pollutions industrielles*, op.cit., p.28-49.

¹⁶⁵ « Le bureau de bienfaisance est, dès son origine, placé sous la tutelle municipale, mais il faut se garder d'y voir seulement une volonté de municipaliser les secours à domicile, dans la mesure où dès le 28 mars 1805, la nomination des membres de la commission administrative de chaque bureau de bienfaisance revient au ministre de l'Intérieur sur avis du Préfet ». Antony Kitts, « Bons » ou « mauvais » pauvres, op.cit., p.195.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

administrative, et à leurs frais, des médecins donnent gratuitement ou à peu près, des consultations et des médicaments aux malades indigents¹⁶⁶. »

Jusqu'en 1889, le rôle de l'État reste discret, les collectivités locales sont mises à contributions pour assurer la charge et la responsabilité de l'aide médicale. Ultérieurement, les collectivités locales sont apparemment confirmées dans l'exercice de responsabilités qui se sont diversifiées et précisées, mais la tutelle de l'État s'est alourdie indique Pierre Guillaume dans son article paru dans la *Revue d'histoire de la protection sociale* en 2009¹⁶⁷. En effet, la loi sur l'assistance médicale gratuite est adoptée le 15 juillet 1893. Elle accélère le processus de l'aide aux indigents. Dès son premier article la loi stipule que :

« Tout Français malade privé de ressources reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine¹⁶⁸. »

La loi du 15 juillet 1893, oblige les communes, les départements et l'État à assister les personnes privées de ressources. Elle donne préférence aux secours à domicile¹⁶⁹ puisque on peut lire à l'article 3 :

« Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins. Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué. »

La loi prévoit d'utiliser les services des bureaux de bienfaisance pour assurer les soins à domicile. L'article 10 précise que :

« Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale. La commission administrative du bureau d'assistance est formée par les commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement

¹⁶⁶Paul Labarthe, *Dictionnaire populaire de médecine usuelle, tome 1*, Marpon et Flammarion, 1887, p. 630. La notice de ce dictionnaire précise également qu'on donne le nom de dispensaire de salubrité à un service spécial de la préfecture de police qui a pour objet de soumettre les filles publiques à des visites corporelles, pour s'assurer qu'elles ne sont pas atteintes de maladies vénériennes. Ce service est fait par des médecins spéciaux.

¹⁶⁷ Pierre Guillaume, « Le recours aux structures de proximité : une constante de l'aide aux plus démunis, du XVIII^e au XX^e siècles », *Revue d'histoire de la protection sociale* n°2, décembre 2009, p.32-44.

¹⁶⁸ *JO du 18 juillet 1893*, loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite.

¹⁶⁹ Olivier Faure, « La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie et société*, 1984, n°4, p.593-608.

quand il n'existe pas d'hospice dans la commune. A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance [...] possède tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance. »

Les secours à domicile restent assurés par les bureaux de bienfaisance, ainsi statue le législateur, car le dispensaire n'est pas suffisamment implanté et encore trop lié au bureau de bienfaisance pour pouvoir concurrencer ce dernier. Sa spécificité ne s'est pas encore imposée aux autorités politiques et médicales. Toutefois, le besoin d'une action prophylactique est pressant et peut laisser une place plus importante aux dispensaires en ce début du XX^e siècle.

1.3 Le corps médical divisé au sujet de la prophylactiques

La communauté médicale est composée de plusieurs divisions. Les chercheurs, les scientifiques du mouvement hygiéniste sont à l'origine des découvertes qui permettent de mieux connaître la maladie, ses causes, son mode de transmission. Les médecins confrontés chaque jour à des malades et à leurs familles, n'ont aucune solution à leur apporter puisqu'aucun médicament n'existe pour soigner la tuberculose.

1.3.1 Des scientifiques et les hygiénistes font progresser la recherche

Au début du XIX^e siècle, Théophile René Laënnec (1781-1826), médecin et auteur d'un traité de *l'Auscultation médicale*, met au point le stéthoscope, appareil qui améliore considérablement l'auscultation pulmonaire. Sans croire personnellement à la transmission des maladies d'une personne à une autre, autrement dit par contagion, Laënnec rapporte que dans certains pays, la phtisie, nom donné au XIX^e siècle à la tuberculose, passe pour être contagieuse et transmissible. On brûle les vêtements et les matelas des malades après leur mort. En 1782, le roi de Naples rend un édit ordonnant des mesures prophylactiques sévères pour éviter la contagion de la phtisie. La nature de la tuberculose et ses modes de transmission opposent les scientifiques. Les défenseurs de la contagion se heurtent aux médecins qui argumentent en faveur d'une maladie héréditaire aggravée par l'alcoolisme et surtout la misère qui sévit au sein des populations les plus démunies. Ce débat est partiellement tranché par le médecin militaire Jean-Antoine Villemin (1827-1892) qui débute en 1863 ses travaux sur la tuberculose. Villemin annonce le 5 décembre 1865 à l'Académie de médecine dans une note intitulée *Cause et nature de la tuberculose*, que cette maladie est inoculable et contagieuse¹⁷⁰. Il a démontré par l'expérience à partir de moyens matériels sommaires que les lésions tuberculeuses humaines sont reproductibles chez les animaux par inoculation de tissu altéré.

Cette même année 1865, Louis Pasteur (1822-1895)¹⁷¹ découvre, au fil de ses recherches, que les maladies contagieuses sont l'œuvre de micro-organismes. Il

¹⁷⁰ *Ibid.*, p.9.

¹⁷¹ Louis Pasteur est né à Dole (Franche-Comté) en 1822. « Elève de l'École normale, illustre chimiste, il créa la pasteurisation et la méthode pasteurienne. Professeur à la Faculté de Strasbourg en 1852, il est doyen de la Faculté de médecine en 1865. »
Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

identifie en 1880 le staphylocoque, le streptocoque, le bacille du choléra des poules et en 1881, le pneumocoque. Il préconise les mesures concernant l'antisepsie, c'est-à-dire l'ensemble des méthodes traitant et prévenant l'infection, et l'asepsie qui regroupe les méthodes de protection contre les contaminations microbiennes. Pasteur met au point en 1881 les vaccins contre le choléra des poules, le charbon et en 1881 la vaccination contre la rage¹⁷². La révolution pasteurienne offre un vrai départ à la lutte contre la tuberculose, menée désormais avec des arguments démontrés scientifiquement.

Robert Koch (1843-1910)¹⁷³ médecin allemand, entreprend de s'attaquer aux maladies infectieuses. En 1882 il publie la découverte du bacille agent de la tuberculose désormais connu sous le nom de bacille de Koch. Il découvre la tuberculine¹⁷⁴ qu'il conçoit comme le remède spécifique de la tuberculose. Koch à la suite d'accidents mortels survenus chez des patients vaccinés, devient méfiant vis-à-vis de la vaccination antituberculeuse, ce qui suscite de vives controverses entre Louis Pasteur et lui. La tuberculine reste néanmoins un moyen de dépistage de la tuberculose par cuti-réaction et par intradermo-réaction¹⁷⁵.

Les découvertes des scientifiques permettent donc d'affirmer après 1882 que la tuberculose est d'origine microbienne et qu'elle est transmissible non seulement d'un individu à un autre, mais également des animaux vers l'homme. Aucun vaccin n'est encore mis au point à la fin du XIX^e siècle pour éradiquer ce fléau, seule la prophylaxie est reconnue utile pour lutter contre la prolifération de la tuberculose. Dès 1888, des instructions sont données au Congrès pour l'étude de la tuberculose. Le médecin doit révéler son état au malade et à sa famille afin que des règles prophylactiques soient appliquées au plus vite pour opposer une barrière à la contagion¹⁷⁶.

Le professeur Brouardel relaie l'idée que la tuberculose est une maladie évitable et même curable, à condition que des précautions soient prises. Il reprend les conclusions du professeur Letulle¹⁷⁷ de l'hôpital Saint-Antoine à Paris et du

Faculté de Lille en 1854 et directeur des études scientifiques à l'Ecole Normale de 1857 à 1867. Il est professeur de chimie à la Sorbonne de 1867 à 1875 et élu à l'Académie de Sciences en 1862. Il dirigea l'Institut Pasteur, établissement fondé par souscription publique. Pasteur fut élu à l'Académie française en 1881 en remplacement d'Emile Litté et fut reçu par Ernest Renan. En 1856 la Société royale de Londres lui décerna la médaille Rumford, en 1874 la médaille Copley et le nomma membre étranger en 1869. La Faculté de médecine de Bonn lui donna en 1868 la diplôme de docteur, qu'il renvoya au moment de la guerre de 1870. A sa mort en 1895, le gouvernement lui fit voter des funérailles nationales et il fut enterré à l'Institut Pasteur. » In site Internet www.academei-francaise.fr consulté le 03/10/2016.

¹⁷² Albert Delaunay, Claude Ménard, « Notice Pasteur », *Encyclopédie Universalis*, 2006.

¹⁷³ Robert Koch est un médecin allemand, lauréat du prix Nobel en 1905. Il effectue des recherches sur le bacille de la tuberculose, qu'il isole en 1882. In site Internet www.medarus.org consulté le 10/10/2016.

¹⁷⁴ *Larousse Médical* : Tuberculine : Produit concentré à chaud, de la filtration d'une culture de bacilles tuberculeux (bacilles de Koch), utilisé pour rechercher la pénétration du bacille dans l'organisme.

¹⁷⁵ Jean Bretey, « Notice Koch Robert », *Encyclopédie Universalis*, 2006.

¹⁷⁶ Alliance d'hygiène sociale, 4^e congrès à Lyon 13-16 mai 1907, bulletin n°9 bis, Imprimeries réunies, Lyon, p.72.

¹⁷⁷ René Magnon, *La revue de l'infirmière, Vol.58, n°147*, janvier-février 2009, p.45. « Professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, Maurice Letulle fut le premier président du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières créé en 1922. Il fut aussi l'un des pionniers de l'enseignement infirmier. Né en 1853, Maurice Letulle est un phthisiologue parisien. Il fonde en 1918 avec l'américain Livingstone Farrand, le Comité franco-américain de lutte contre la tuberculose qu'il préside et dont l'action s'associe à celles de ses confrères et amis réputés, notamment Albert Calmette, Léon Bernard, Georges Küss, Edouard Rist et Emile Sergent. »

docteur Natalis Guillot¹⁷⁸ de l'hôpital Bicêtre, qui dans les années 1850 constatent :

« ...que des lésions tuberculeuses anciennes et cicatrisées sont trouvées chez les vieillards hospitalisés, dans une proportion de 60%. A la morgue, lorsqu'un individu est âgé de plus de trois ans et qu'il a séjourné quelques années à Paris, on trouve des lésions tuberculeuses anciennes, cicatrisées dans les poumons de la moitié des sujets¹⁷⁹. »

Cette constatation constitue peut-être un des éléments du choix de développer les dispensaires antituberculeux en France.

La lutte contre la tuberculose est ouverte dans le monde entier. Le corps médical professe la même doctrine : la tuberculose est évitable, elle est curable. Il faut éduquer les populations grâce à des notions claires. Le Congrès de la tuberculose à Berlin en 1899¹⁸⁰ dans cet esprit d'éducation, fonde un prix pour l'auteur du meilleur ouvrage sur la tuberculose. Le docteur new-yorkais Sigard-Adolphus Knopf, spécialiste de la lutte antituberculeuse, gagne ce prix. Il écrit :

« Pour lutter avec succès contre la tuberculose, il est besoin de l'action commune d'un gouvernement sage, de médecins bien instruits et d'un peuple intelligent¹⁸¹. »

La méthode la plus efficace contre la propagation de la tuberculose semble être l'information, l'éducation de la population. Les plus éminents spécialistes en matière de lutte contre la tuberculose professent les conseils de prophylaxie et utilisent la pédagogie en expliquant l'origine du mal. Ainsi lors de la conférence de l'Alliance de Hygiène Sociale (AHS) de 1906, le professeur Albert Calmette (1863-1933) expose des conseils en matière de défense contre la tuberculose. Il décrit en des termes adaptés à la compréhension du plus grand nombre, les modes de transmission de cette maladie.

« Il paraît démontré aujourd'hui que les poussières infectées sont dangereuses, non pas parce que nous les inhalons, non parce que nous les respirons, mais parce que nous les avalons avec notre salive [...] Les bacilles ainsi ingérés ont passé successivement à travers la muqueuse de l'intestin, puis vont se distribuer dans tout notre système lymphatique jusqu'au poumon où ils sont arrêtés par des vaisseaux capillaires extrêmement fins, qui les retiennent. [...] Si le tuberculeux ne crache pas mais avale ses crachats, il voit sa maladie s'aggraver constamment avec

¹⁷⁸Raymond Gervais, *Histoire de l'hôpital Necker : 1778-1885*, Hachette/BNF, 2016. « Natalis Guillot était né à Paris en 1804. Reçu docteur en 1828 il vécut une existence modeste et indépendante de ce que sa situation lui permettait. Agrégé en 1837 il est médecin des hôpitaux en 1837. Il consacra sa vie à l'enseignement et au travail. »

¹⁷⁹ Louis Grand -Rivière, *La lutte contre la tuberculose*, *op.cit.*, p.363.

¹⁸⁰Anne Rasmussen Anne, « Jalons pour une histoire des congrès internationaux au XIX^e siècle : régulation scientifique et propagande intellectuelle », *Relations internationales*, 62, 1990, p. 115-133.

¹⁸¹ S.A. Knopf, *La tuberculose considérée comme maladie du peuple, des moyens de la combattre*, traduit et annoté par le docteur Sersiron, C. Naud, Paris, 1902, p. 2.

une très grande rapidité. [...] Le tuberculeux qui crache, par contre, a les plus grandes chances de guérir, mais aussi il a les plus grandes chances d'infecter son entourage et de se réinfecter lui-même, parce qu'il sème partout autour de lui une grande abondance de microbes et que ces microbes peuvent être avalés à l'état de poussières sèches ou humides en même temps que les aliments¹⁸². »

Les explications du professeur Calmette sont reprises, l'année suivante au quatrième congrès de l'AHS tenu à Lyon du 13 au 16 mai 1907. L'attention est portée plus particulièrement sur la sensibilité à l'infection des nourrissons et des enfants soit par l'ingestion de lait contaminé, soit par les crachats et les poussières du milieu familial. Les enfants mettent facilement leurs mains ou des objets souillés à leur bouche. Ils sont ainsi très exposés à la contamination qui se produit surtout, comme le démontre le professeur Calmette, par voie digestive¹⁸³. Le professeur lyonnais Jules Courmont¹⁸⁴ (1865-1917) considère lors de ce même congrès, que le principal danger de propagation de la tuberculose est le tuberculeux lui-même, véritable foyer permanent de contagion virulente pour son entourage. Le professeur Courmont émet le vœu que l'initiative privée et les pouvoirs publics développent le plus possible des institutions de prophylaxie directe, visant à détruire les bacilles tuberculeux ou à en empêcher la propagation dans la famille, à l'atelier, à l'hôpital¹⁸⁵. Le vœu du professeur Courmont ne fait pas l'unanimité des espoirs de la profession médicale.

1.3.2 Les experts internationaux se réunissent en congrès

Dès 1867, les experts internationaux se réunissent à Paris pour étudier les méfaits de la tuberculose¹⁸⁶. Débute alors une série de congrès internationaux qui montrent le besoin d'une organisation centrale pour notamment diffuser les résultats des dernières recherches scientifiques afin d'armer les médecins et leur permettre de lutter efficacement contre la maladie. La diffusion des informations entre les experts est ainsi bien facilitée et peut s'établir d'un congrès à l'autre, voire occasionner des relations entre les représentants de deux pays étrangers dans l'intervalle qui sépare deux congrès. En 1888 puis en 1899 se tiennent à Berlin les Congrès internationaux contre la tuberculose. Le choix de la capitale allemande s'explique certainement par la nationalité du médecin qui isole en 1882 le micro-organisme responsable de la tuberculose, Robert Koch qui reçoit le prix Nobel de médecine en 1905. Le Congrès international de la tuberculose de l'année 1901 a lieu à Londres. En

¹⁸² Albert Calmette, *La défense contre la tuberculose dans la famille*, Conférence de l'AHS à Nancy, 1906, p.387.

¹⁸³ Alliance d'hygiène sociale, 4^{ème} congrès tenu à Lyon 13-16 mai 1907, *op.cit.*, p.338.

¹⁸⁴ « Bactériologiste et hygiéniste, Jules Courmont est médecin des hôpitaux de Lyon en 1896. Professeur d'hygiène à la Faculté mixte de Lyon, il est le créateur de l'Institut d'hygiène, de l'Institut de bactériologie de Lyon, de l'inspection départementale du Rhône en 1914 et du Musée de l'hygiène. Conseiller d'Edouard Herriot, il fut l'inspirateur de l'Hôpital Herriot dont il avait puisé les idées pour la construction lors de nombreux voyages à l'étranger. » in site Internet www.idref.fr consulté le 02/04/2017.

¹⁸⁵ Alliance d'hygiène sociale, 4^{ème} congrès tenu à Lyon 13-16 mai 1907, *op.cit.*, p.365.

¹⁸⁶ Anne Rasmussen, « Jalons pour une histoire des congrès internationaux au XIX^e siècle », *op.cit.* Serenella Nonnis Vigilante, « Idéologie et projet politique, Les congrès internationaux », *op.cit.*

1902, le Bureau central pour la prévention de la tuberculose est créé à Berlin. Cette institution prend fin avec le début de la Première Guerre mondiale. Le Congrès international de la tuberculose de 1905 a lieu à Paris, il *s'est occupé tout spécialement des questions qui se rattachent à la prophylaxie individuelle et sociale contre la tuberculose* expliquent dans leurs *Notes et Impressions* les docteurs Hermann Legrand et A.Valassopoulo délégués par la Ligue égyptienne contre la tuberculose et par l'Ordre des médecins d'Alexandrie¹⁸⁷.

« Le Congrès n'a pas négligé certes les questions qui envisagent la tuberculose au point de vue strictement médical : biologie du bacille, diagnostic de la maladie par les diverses méthodes que le laboratoire met actuellement à la disposition du praticien (radiographie, sérodiagnostic, etc., le traitement par divers sérums, médicaments, médications marines, cure d'altitude, etc.)¹⁸⁸ »

Legrand et Valassopoulo relatent les espoirs que suscitent les déclarations de médecins qui travaillent sur des moyens de guérir la tuberculose. Ils restent toutefois très méfiants quant à la réalisation dans un futur proche de ces découvertes qui pourtant rassurent la partie de l'auditoire composée de personnes étrangères à la médecine. Ils retiennent toutefois les déclarations optimistes du professeur Behring¹⁸⁹. Le professeur Grancher expose pendant le Congrès de 1905 les objectifs de *l'Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose* qu'il a fondée en 1903.

Les scientifiques présents au Congrès de 1905 ont proclamé l'unicité des tuberculoses bovine et humaine.

Une suite d'interventions expose les modes de contagions de la tuberculose et en particulier concernant les enfants.

« La contagion à l'école peut venir des maîtres a dit M. Méry, dans son rapport sur cette question. La présence de maîtres présentant des lésions ouvertes et contagieuses est certainement la cause la plus fréquente de la contagion scolaire. La contagion peut venir aussi des élèves, mais ce mode de transmission paraît plus rare, ou parce que les enfants ne savent pas cracher ou parce que leurs lésions sont fermées ou latentes, et non contagieuses¹⁹⁰. »

¹⁸⁷Hermann Legrand médecin sanitaire de France en Orient, Chirurgien de l'Hôpital Européen, A. Valassopoulo, médecin en chef de l'hôpital Hellénique d'Alexandrie, « La tuberculose », Paris 1905, *Notes et impressions*, Paris, G. Steinheil, Editeur, 1905.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p.3.

¹⁸⁹Emil Adolph von Behring (1854-1917) est un médecin et bactériologiste allemand, lauréat du prix Nobel en 1901. En 1888 il travaille comme assistant de Robert Koch à l'Institut d'hygiène de Berlin. Il dirige ses recherches sur la diphtérie, très liées aux travaux de Pasteur, Koch, Ehrlich, Löffler, Le Roux, Yersin qui construisent la base de notre connaissance de l'immunologie des maladies bactériennes. In site Internet www.medarus.org consulté le 30/12/2018.

¹⁹⁰Hermann Legrand médecin sanitaire de France en Orient, Chirurgien de l'Hôpital Européen, A. Valassopoulo, médecin en chef de l'hôpital Hellénique d'Alexandrie, *La tuberculose*, *op.cit.*, p. 7.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

La contagion des enfants par leurs instituteurs et leurs professeurs, appelée contagion scolaire constitue une information qui justifie la prise de mesures des instituteurs en faveur de la création du sanatorium de Sainte-Feyre dès 1906.

Le délégué allemand M. Fraenkel, explicite les rôles attribués aux dispensaires et aux sanatoriums en matière de prophylaxie antituberculeuse. Les autres thèmes abordés pendant ce congrès traitent de la tuberculose et de l'habitation et de la tuberculose en Egypte et dans les pays chauds en général.

La 9^{ème} Conférence internationale contre la tuberculose se tient à Bruxelles en 1910. Le rapport est rédigé par le professeur Landouzy¹⁹¹. Les thèmes traités sont *Les voies conceptionnelles et transplacentaires de pénétration de la Tuberculose et Les Prédispositions à la Tuberculose*¹⁹². Le rapport propose une synthèse des travaux concernant les modes de transmission de la tuberculose. Landouzy s'appuie notamment sur les travaux des spécialistes réalisés en France, en Allemagne, en Angleterre, son rapport est écrit dans un langage technique difficilement accessible à des profanes en matière médicale.

1.3.3 Les médecins libéraux craignent de perdre la clientèle des tuberculeux

Depuis le 30 novembre 1851 le médecin est tenu de déclarer à l'autorité publique les maladies épidémiques suivantes : fièvres typhoïdes, typhus, variole, scarlatine, diphtérie, suette miliaire¹⁹³, choléra, infections puerpérales¹⁹⁴, ophtalmies des nouveaux nés, peste, fièvre jaune, dysenterie épidémique. La tuberculose ne figure pas dans la liste des maladies pour laquelle une déclaration obligatoire doit être établie par le médecin. Cette absence semble justifiée par la discrétion médicale qui entoure la tuberculose pour sauvegarder la réputation de la famille dont un membre est malade, pour épargner le malade pour lequel le diagnostic tuberculeux est synonyme d'une agonie lente et douloureuse et enfin pour éviter une panique dans la population face aux difficultés rencontrées pour se protéger contre le fléau.

Les conséquences de la loi du 15 juillet 1893 sur l'organisation naissante d'un véritable système de soins aux plus démunis, créent des réactions chez les médecins privés. La loi est généralement bien accueillie car elle permet de décharger les médecins d'une tâche que les praticiens remplissent

¹⁹¹Louis Landouzy est né à Reims en 1845 et mort à Paris en 1917. « Il est médecin et neurologue, fils du médecin Hector Landouzy. Il est médecin des hôpitaux en 1883 à l'hôpital Tenon, puis à l'hôpital Laënnec. Doyen de la Faculté de médecine de 1908 à 1917, il s'intéresse principalement à la tuberculose. Louis Landouzy a fondé le sanatorium de Bligny et se charge de la direction du dispensaire antituberculeux Léon-Bourgeois. Il obtient que les phtisiques qu'il appelle « les blessés de la tuberculose » aient les mêmes droits à la réforme que les blessés de la Grande Guerre. ». In site Internet <https://cths.fr> du Comité des travaux historiques et scientifiques consulté le 15/11/2010.

¹⁹²Louis Landouzy, *Rapport à la IX^e conférence internationale contre la tuberculose*, Bruxelles 1910, Masson et Cie Editeurs, Paris, 1910.

¹⁹³Dictionnaire *Petit Larousse*, La suette miliaire est une maladie contagieuse, virale ou bactérienne, caractérisée par une fièvre, des sueurs et une éruption cutanée.

¹⁹⁴Scarlett Beauvalet, « La tragédie des maternités hospitalières au XIX^e siècle et les projets de réaménagement », *Spirale*, ERES, 2012. Les fièvres puerpérales surviennent quelques jours après l'accouchement et causent une mortalité importante chez les femmes avec un taux moyen de 5.7% dans la décennie 1860-1870, particulièrement meurtrière. La fièvre puerpérale est combattue efficacement grâce à l'application des règles de l'asepsie et de l'antisepsie mises en place dans les hôpitaux au début du XX^e siècle.

bénévolement auprès de leurs patients les plus pauvres. Mais les soins prodigués gratuitement dans les dispensaires les inquiètent particulièrement, car les modalités d'application de la loi élargissent la catégorie des indigents à celles des privés de ressources¹⁹⁵. Aussi, certains médecins, soucieux de préserver leur clientèle privée, s'indignent et soutiennent que les dispensaires ne doivent être créés qu'à la seule initiative privée et qu'ils ne doivent avoir comme objet que la seule distribution de lait à destination des enfants. Ces mêmes médecins s'opposent à la participation des bureaux de bienfaisance, organes municipaux, en matière de financement pour la création et le fonctionnement des dispensaires qu'ils considèrent comme des menaces vis-à-vis de l'institution hospitalière conçue comme la structure essentielle de développement des nouvelles thérapies et de la médicalisation de la société¹⁹⁶.

Est-ce le fait d'une représentation importante de médecins à la chambre des députés qui freine l'évolution légale du système des dispensaires ? Le projet de la loi du 15 juillet 1893, propose pourtant la création obligatoire de dispensaires pour faciliter l'assistance à domicile. L'assemblée des députés reconnaît d'autre part les éléments suivants :

« Les dispensaires peuvent rendre les plus grands services à très peu de frais. [...] Un infirmier ou une infirmière suffit pour la garde et l'entretien du dispensaire. En créant un grand nombre de ces établissements, création qui peut se faire pour ainsi dire sans dépense, on restreindra beaucoup le nombre d'hospitalisations et on développera singulièrement les heureux effets de la loi¹⁹⁷. »

En 1895, seuls 47 départements ont organisé les services d'aide aux indigents. Les difficultés viennent des réticences des communes, des conflits notamment avec les syndicats de médecins qui préfèrent la rétribution à la visite au système de l'abonnement qui correspond à un forfait fixé pour un temps donné ou pour un nombre de malades suivis¹⁹⁸. Certains départements refusent cette aide pour ne pas créer de concurrence déloyale aux praticiens libéraux que l'on estime assez nombreux pour se partager gratuitement le service des pauvres¹⁹⁹. Toutefois, le dispensaire présente un autre intérêt, purement médical, centré sur l'apprentissage des étudiants en médecine, et plus généralement sur un approfondissement de la connaissance de certaines maladies. Les personnes soignées dans ces établissements offrent aux médecins un sujet d'études et d'expérimentations médicales. Cette population financièrement démunie n'a pas accès aux soins des médecins privés. Elle reçoit le gage de la manifestation

¹⁹⁵Yannick Marec, *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien, Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles*, Publications des universités de Rouen et du Havre, 2009, p. 300.

¹⁹⁶Yannick Marec, *Cahier du GRHis n°16*, PURH, 2005, p.131. Yannick Marec est l'auteur d'un ouvrage de 1362 pages, en deux volumes, intitulé *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927), Expériences locales et liaisons nationales*, La Documentation française et Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, Paris, 2002.

¹⁹⁷Victor Turquan, *Petit manuel de l'Assistance Publique, des hospices, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale*, op.cit., p.30.

¹⁹⁸Olivier Faure, *La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance*, op.cit. p.603.

¹⁹⁹Olivier Faure, Dominique Dessertine, *La maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940)*, op.cit., p.27.

bienveillante de médecins, d'hygiénistes et de philanthropes, qui se sentent récompensés par la seule reconnaissance de leurs malades les plus pauvres.

« Le dispensaire est en outre un moyen de créer en France cette polyclinique qui est si florissante en Allemagne et qui fournit à la fois l'instruction pratique aux étudiants chargés d'aller soigner chez eux les indigents sous la surveillance d'un professeur, en même temps que des soins et des remèdes à peu près gratuits au sein même de la famille²⁰⁰. »

A Paris, plusieurs médecins ont créé à leurs frais des dispensaires consacrés au traitement spécial de maladies. Les docteurs Sichel, Carron du Villars et Isidore Bourjot Saint-Hilaire ont ouvert un dispensaire consacré au traitement des yeux. Le médecin militaire Devergie, retraité des hôpitaux militaires de Paris, a créé le dispensaire philanthropique des maladies des voies urinaires et des organes de la génération en 1837, dans le double objectif de continuer ses recherches sur la cure du catarrhe chronique de la vessie, l'incontinence d'urine et la maladie syphilitique et d'être utile aux nombreux indigents atteints de maladies de voies urinaires²⁰¹. Mais le principal frein à la création des dispensaires antituberculeux, outre une certaine retenue de médecins soucieux de conserver une clientèle suffisante pour subvenir à leurs propres besoins, se situe sur le plan organisationnel. Les dispensaires, unités de soins de proximité, doivent être implantés de manière efficiente sur l'ensemble du territoire afin d'assurer, par un maillage territorial régulier, un service efficace à la population malade et, peut-être surtout, aux personnes encore saines, celles qui doivent être protégées de la contamination bacillaire. Avant tout le frein majeur réside peut-être dans cette question : comment convaincre malades et professionnels de la médecine de l'efficacité d'un établissement alors même que la tuberculose est un mal terrible, incurable dont malades, familles de malades et médecins hésitent à prononcer le nom ?

La mortalité tuberculeuse en France est importante et inquiétante comparée aux statistiques des pays tels que l'Angleterre ou l'Allemagne. Toutefois, les chiffres annoncés par les hygiénistes, souvent initiateurs des actions prophylactiques, sont contestés car ils font l'objet de calculs quelque peu approximatifs. Mais comment procéder autrement que par approximation dans la mesure où la tuberculose ne fait pas l'objet d'une déclaration obligatoire et systématique au grand regret des hygiénistes ? Les logements insalubres semblent constituer un foyer de développement particulièrement efficace pour le bacille de Koch, difficile à détruire dans les pièces sombres et mal aérées. Mais la crainte de la tuberculose n'a-t-elle pas favorisée, peut-être même servie de prétexte, à la destruction d'immeubles et de quartiers entiers dans la capitale française ?

²⁰⁰ *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°6, 1884, p. 166. Le docteur Gilbert avait fondé au Havre plusieurs années avant 1882, un dispensaire pour enfants malades. Le docteur Gibert énonce les villes de Clermont-Ferrand, Rouen, Mulhouse, Strasbourg et Paris, dans lesquelles un dispensaire pour enfants malades a été ouvert sur le modèle de celui du Havre.

Yannick Marec, « L'application des idées du docteur Gibert en Normandie à la fin du XIX^e siècle », *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Age à nos jours*, op.cit., p.353-365.

²⁰¹ Goeury-Duvivier, *Compte-rendu du dispensaire philanthropique des maladies des voies urinaires et organes de la génération, 1/09 1837 -1/03 1838*, Imprimerie de Ducessois, Paris, p. 5.

Les premiers dispensaires antituberculeux apparaissent en France avec la création de la Commission permanente contre la tuberculose. La volonté politique d'instaurer des unités prophylactiques semble affirmée avec d'autant plus de force que, à l'occasion de congrès internationaux, les experts relatent et diffusent les résultats de la lutte menée dans de nombreux pays. Les résultats obtenus par les premiers sanatoriums en termes de survie après une cure sanatoriale, ont-ils favorisé dans notre pays l'installation de mesures alternatives ?

Les premiers dispensaires installés en France métropolitaine doivent exister en parallèle avec des établissements plus anciens, bien implantés et mieux connus pour venir en aide aux plus démunis de la société. La coopération avec les bureaux de bienfaisance est irrégulière suivant les villes dans lesquelles sont fixés les dispensaires antituberculeux, conduisant dans certains cas les malades vers un parcours compliqué allant du médecin, au bureau de bienfaisance avant d'arriver au dispensaire puis de revenir finalement vers le médecin prescripteur.

Chapitre 2

Hôpitaux et sanatoria versus dispensaires antituberculeux

Au début de la III^e République, un véritable réseau d'établissements hospitaliers quadrille le pays. L'hôpital est le seul lieu de combat existant contre la tuberculose dans de nombreuses villes. Les personnels hospitaliers constituent une population à haut risque en matière de contamination par les maladies infectieuses et notamment par la tuberculose. Ce risque est reconnu unanimement, d'autant que ces personnels représentent un danger de contamination au sein de l'hôpital et dans la population entière. L'ouvrage de Claire Barillé et Francis Démier²⁰² *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle* est illustré de nombreuses photographies et constitue une somme de renseignements importante qui évoque les conditions de vie hospitalière des malades et des soignants exposés sans protection aux ravages de la contamination.

La cure sanatoriale dont le modèle est inspiré des établissements suisses et allemands est la seule alternative médicale proposée aux malades fortunés dans un premier temps puis aux tuberculeux des classes matériellement plus démunies. La thèse de Philippe Grandvoinet intitulée *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique* propose un historique très détaillé de ces établissements, ainsi qu'une description des conditions d'accueil des malades notamment en termes monétaires²⁰³. En effet, l'hôpital comme le sanatorium a des besoins financiers très importants aux plans de la construction puis du fonctionnement, car ces deux types d'établissement accueillent des malades et doivent assurer leur hébergement pendant des périodes souvent longues. L'installation de chambres destinées aux malades tuberculeux s'inscrit-elle dans l'architecture des nouveaux hôpitaux construits à cette époque ? Comment les sanatoriums se sont-ils démarqués des hôpitaux ? Comment enfin, les hôpitaux ont-ils envisagé la création des dispensaires antituberculeux dans un contexte médical qui ne propose pas de réelles solutions en termes de guérison aux malades de la tuberculose ?

La Mutualité compte au début du XX^e siècle un nombre d'adhérents en constante progression dont Patricia Toucas-Truyen fait état dans son livre *L'identité mutualiste*²⁰⁴. Le financement de la lutte antituberculeuse et particulièrement au niveau de la prophylaxie semble un domaine privilégié des objectifs mutualistes. Le solidarisme est une idéologie fondatrice de la Mutualité comme le décline Léon Bourgeois à maintes reprises dans ses discours. Marie-Claude Blais propose un texte qui explique clairement l'essence du solidarisme dans son livre *La solidarité, histoire d'une idée*²⁰⁵.

²⁰²Claire Barillé, Francis Démier, *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, op.cit.

²⁰³Philippe Grandvoinet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique*, op.cit.

²⁰⁴ Patricia Toucas-Truyen, *L'identité mutualiste*, Collection Contre Champ, 2001.

²⁰⁵ Marie-Claude Blais, *Solidarisme, histoire d'une idée*, Bibliothèque des idées, Editions Gallimard, 2007.

2.1 L'intégration des dispensaires par les hôpitaux *intramuros*

Le monde des soins est en mutation au début du XX^e siècle. L'hôpital est soumis à de nombreuses transformations. Le nombre des personnes hospitalisées augmente, notamment dans les hôpitaux parisiens avec la loi de 1898 sur la réparation des accidents du travail qui « instituent l'hôpital comme lieu d'accueil et de soins des accidentés²⁰⁶. » Isabelle Lespinet-Moret consacre à ce propos un chapitre intitulé « L'accueil des accidentés du travail par les hôpitaux parisiens autour de 1900 » dans l'ouvrage édité par la Ville de Paris sous la direction de Francis Demier, et de Claire Barillé au titre évocateur : *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*.

L'hôpital offre quelques unités de prévention antituberculeuses dont le fonctionnement est semblable à celui des dispensaires. Quel est le cheminement qui mène les responsables des établissements hospitaliers à créer des dispensaires au sein même des hôpitaux ?

2.1.1 L'hôpital est un espace de contamination

Le docteur Ernest Mosny (1861-1918) médecin à l'hôpital Saint-Antoine à Paris, s'interroge en 1904 sur la réalité de la contagion tuberculeuse dans les hôpitaux. Comment prouver cette contagion alors que la tuberculose est une maladie dont l'incubation très longue, peut durer jusqu'à plusieurs années²⁰⁷ ? Ernest Mosny s'appuie sur le *Rapport de la Commission de la tuberculose de l'Assistance Publique : moyens pratiques de combattre la propagation de la tuberculose*, dans lequel le professeur Landouzy signale en 1900 :

« En 1895 à Paris, pour une période de 10 ans s'étendant du 1^{er} janvier 1886 au 31 décembre 1895, la mortalité globale pour un personnel de 4 470 agents hospitaliers est de 599 décès dont 36% soit plus d'un tiers relevant de la tuberculoses²⁰⁸. »

Le docteur Georges dans son livre consacré à l'hospitalisation des tuberculeux, précise que :

« 58.55% des décès provenant soit de tuberculose explicitement diagnostiquée, soit d'affection de l'appareil respiratoire sont constatés au sein du personnel des hôpitaux de 1886 à 1895²⁰⁹. »

²⁰⁶Isabelle Lespinet-Moret, « L'accueil des accidentés du travail par les hôpitaux parisiens autour de 1900 », *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, op.cit., p.239-250.

²⁰⁷Ernest Mosny, « Hospitalisation des tuberculeux », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 4, n°2, Jean-Baptiste Baillière, 1904, p.16 -18.

²⁰⁸Louis Landouzy, « Réforme et protection du personnel hospitalisé, Rapport de la commission de la tuberculose », *Commission de la tuberculose, la Propagation de la tuberculose, moyens de la combattre*, Masson et Cie Editeur, Paris, 1900, p.141.

²⁰⁹P. Georges, docteur de la Faculté de médecine des hôpitaux de Paris, *Hospitalisation des tuberculeux, Le rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse*, C. Naud, Paris, 1904, p.81 à 82.

Le docteur Mosny estime que si on laissait à l'infection tuberculeuse « le temps de faire sa preuve », on constaterait que la phtisie est la fin habituelle des infirmiers et infirmières des hôpitaux français, et que « bien peu d'entre eux échappent à ses atteintes²¹⁰. » De fait, le personnel des hôpitaux subit les conséquences de la contagion tuberculeuse. Les surveillantes laïques sont décimées : à Necker, la moitié des surveillantes sont frappées par la phtisie ; « ce sont celles qui accomplissent leurs fonctions avec le plus de zèle qui sont atteintes » écrit Antonin Malfan (1828-1942), professeur de la faculté de médecine de Paris²¹¹. La tuberculose figure au rang des « maladies professionnelles » dès 1896²¹² au sein des hôpitaux parisiens. Le 31 mars, deux conseillers municipaux de la ville de Paris, messieurs Bompard et Clairin, déposent une proposition en vue de la mise à l'étude de moyens propres à empêcher la contagion de la tuberculose dans les hôpitaux²¹³. Afin de lutter contre cette infection, une des premières mesures préconisées consiste à mettre fin au surmenage des infirmières qui tient autant à la longueur des journées, qu'à l'augmentation croissante des malades. A Paris, en effet, l'Assistance Publique se doit de recueillir tous les malades :

« Les hôpitaux mettent les brancards dans les salles, ils en mettent dans les couloirs ; personne ne demeure à la porte. Nos infirmières ont dû au règlement du 1^{er} mai 1903 la limitation de la journée à 12 heures et quart, repas compris. C'est un point essentiel²¹⁴. »

L'Assistance Publique²¹⁵ reconnaît le risque professionnel et les devoirs de réparation et de prévention qui lui sont liés. Deux sortes de mesures sont prises : les premières à l'égard des agents malades dont le tiers est atteint de tuberculose, les secondes envers les agents en fonction. Les trois premiers mois de sa maladie, l'agent perçoit intégralement son salaire, puis la moitié les trois mois suivants. Un certain nombre d'infirmières bénéficie du traitement au sanatorium d'Hendaye²¹⁶, grâce à une allocation spéciale. Toutefois, la meilleure des politiques contre la tuberculose des personnels hospitaliers consiste, d'après

²¹⁰Ernest Mosny, « Hospitalisation des tuberculeux », *op.cit.*, p.19.

²¹¹André Mesureur, *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose, Congrès international de la tuberculose*, Berger-Levrault et Cie, Paris, 1905, p 9.

²¹²*Ibid.*, p.24.

²¹³*Ibid.*, p 6.

²¹⁴*Ibid.*

²¹⁵Site Internet <https://francearchives.fr> consulté le 09/10/2016. La loi du 10 janvier 1849 organise, structure et définit les missions de l'Assistance Publique dont la direction unique est confiée à un fonctionnaire placé sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et du préfet de la Seine. « Soutien de la politique de lutte contre la pauvreté, l'Assistance Publique est durant le XIX^e siècle, le lieu de recours de la population indigente parisienne, des jeunes enfants jusqu'aux vieillards. Dans ses bureaux de bienfaisance, présents au cœur de chaque arrondissement, elle distribue à la population des secours en nature (vivres, linge, combustibles) ou en argent. Ses hospices accueillent les malades incurables et tous ceux que l'indigence et la vieillesse mettent hors d'état de subvenir à leurs besoins. Dans ses hôpitaux elle soigne gratuitement les malades curables à faibles revenus. Durant toute la première moitié du XX^e siècle, l'hôpital étend son activité à une part croissante de la population : il accueille les bénéficiaires des régimes de prévoyance puis les salariés de l'industrie et du commerce protégés par des assurances sociales. »

²¹⁶André Mesureur, *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose, op.cit.*, p.25.

Mesureur (André) est secrétaire général adjoint du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. Il est docteur en droit. Il est le fils de Gustave Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance Publique de Paris. In Evelyne Diebolt, Nicole Fouché, « Devenir infirmière en France : une histoire atlantique ? 1854-1938 », *Sciences Humaines et Sociales*, 2011, p.180.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

le conseil d'administration de l'Assistance Publique, à protéger ceux qui ne sont pas encore atteints, ainsi que les malades non tuberculeux. Les mesures prises depuis 1898 visent à améliorer le recrutement des jeunes filles. La limite d'âge de 19 ans devient une prescription réglementaire, ce qui permet d'écarter les jeunes filles « non développées, mal faites pour supporter l'air malsain des salles²¹⁷. » De façon plus générale, une sélection sévère est opérée²¹⁸ lors du recrutement des personnes affectées au service des tuberculeux. Elles doivent être de constitution robuste et ne présenter aucun antécédent bronchitique ou pleurétique. Les personnels choisis doivent en outre recevoir une éducation hygiénique sérieuse. La formation des équipes médicales contribue à la lutte contre la tuberculose au sein des hôpitaux où séjournent un grand nombre de malades atteints à des stades souvent très avancés de la maladie, et donc extrêmement contagieux.

En mars 1896, une discussion s'engage à l'Académie de médecine à propos de l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire. Le 27 avril, une commission est nommée par le directeur de l'Assistance Publique pour étudier la question. Les travaux de cette commission, dite Commission spéciale de la tuberculose durent six mois. Un rapport général est présenté par les professeurs Jacques-Joseph Grancher (1843-1907) et Léon-Henri Thoinot (1858-1915) secrétaires de la commission spéciale de la tuberculose²¹⁹. Grancher et Thoinot demandent²²⁰ que des quartiers spéciaux pour les malades tuberculeux soient créés afin d'isoler les tuberculeux des autres malades. Ces quartiers spéciaux doivent être entourés de jardins et nettement séparés des autres quartiers de l'hôpital. Sur la question de l'organisation pavillonnaire des hôpitaux, Francis Demier et Claire Barillé, maître de conférences à l'Université de Lille en Histoire et civilisations, expliquent que ce modèle de construction est inspiré des idées « aéristes » qui dès la fin du XVIII^e siècle proposent que les maladies contagieuses se transmettent par le vecteur de l'air. Aussi, des constructions dispersées en pavillons, reliées entre elles par des galeries, permettent d'éviter la contagion entre les malades²²¹. L'organisation de ces pavillons doit être confiée à un personnel instruit, discipliné et capable de comprendre, d'appliquer et de faire respecter les règlements d'hygiène appropriés à la tuberculose. Le rapport de Grancher et Thoinot est transmis à Jules Méline (1838-1925)²²², ministre de l'Agriculture, qui soutient une demande de subventions spéciales. Plusieurs points soulevés par les conclusions de la Commission spéciale de la tuberculose restent lettre morte et notamment celui concernant les mesures d'amélioration de la situation du personnel hospitalier. Les mesures d'antisepsie à l'intérieur des salles sont laissées aux soins du chef de service. Cette même année 1896, le plan de campagne de l'Assistance Publique à Paris, conçoit sinon

²¹⁷ *Ibid.*

²¹⁸ Ernest Mosny, *Hospitalisation des tuberculeux*, *op.cit.*, p.19-22.

²¹⁹ P. George, docteur de la Faculté de médecine des hôpitaux de Paris, *Hospitalisation des tuberculeux, Le rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse*, *op.cit.*, p.24.

²²⁰ Grancher, Thoinot, « Rapport de la Commission de la tuberculose, Isolement des tuberculeux », *Commission de la tuberculose, la Propagation de la tuberculose, moyens de la combattre*, Masson et Cie Editeur, Paris, 1900, p.133-135.

²²¹ Francis Démier, Claire Barillé, *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, *op.cit.*, p.16.

²²² André Mesureur, *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose, Congrès international de la tuberculose*, *op.cit.*, p.49-66.

l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, du moins l'installation de services dans lesquels les tuberculeux seraient provisoirement réunis et temporairement isolés des autres malades. La création d'hôpitaux spéciaux a été écartée autant à cause des dépenses qu'elle engendre, évaluées à 18 millions de francs, que de l'opposition probable des chefs de services spéciaux²²³.

« La situation lamentable de nos vieux bâtiments, de ces baraquements qui déshonoraient nos établissements, se compliquait de l'augmentation continue du nombre des malades et de l'encombrement inéluctable. C'était là en effet le problème essentiel, préalable à tout effort sérieux contre la tuberculose dans les services hospitaliers : il était inutile de songer à isoler les tuberculeux²²⁴. »

Toutefois, quelques lits pour les tuberculeux sont proposés dans les hôpitaux parisiens. Le 1^{er} décembre 1897, Félix Faure inaugure l'hôpital Boucicaut²²⁵ au 62 rue de la Convention, dans le quartier de Javel à Paris. Cet établissement construit grâce aux legs à l'Assistance Publique de madame veuve Marguerite Boucicaut (1816-1887), propriétaire du magasin le *Bon Marché*, possède 13 pavillons permettant l'isolement des tuberculeux. Il est complètement éloigné des usines et des maisons du voisinage, dans ce quartier encore peu peuplé. L'aération et la ventilation naturelle des salles sont obtenues grâce à un système de construction des voûtes favorisant l'élévation naturelle vers le sommet de l'air vicié, chaud et léger, sans rencontrer d'angles, mises au point par l'ingénieur Casimir Tollet²²⁶. L'hôpital Boucicaut est un établissement de médecine générale, initialement consacré au traitement de la tuberculose, d'une capacité de 206 lits, dont une partie est attribuée au personnel du *Bon Marché*. Le service de médecine est confié au docteur Maurice Letulle. Ce service intègre 21 lits réservés aux hommes phtisiques et 14 places sont attribuées aux femmes tuberculeuses. Quatre lits sont destinés aux malades pour lesquels existent un doute de contagion, et quatre autres aux contagieux non transportables²²⁷.

Au mois de décembre 1904, l'office antituberculeux Siegfried-Robin commence à fonctionner, installé dans un local de l'Assistance Publique à l'hôpital Beaujon et doté de fonds par Jules Siegfried²²⁸. Les dames assistantes sont formées par le docteur Nicole Girard-Mangin, femme médecin française spécialiste en matière de prophylaxie antituberculeuse²²⁹. Un enquêteur est

²²³ *Ibid.*

²²⁴ Grancher, Thoinot, « Rapport de la commission de la tuberculose », *Rapport de la Commission de la tuberculose, Isolement des tuberculeux, op.cit.*, p. 13. A propos des baraquements, voir le chapitre « Les hôpitaux-baraques », écrit par Anne-Marie Châtelet », *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens, op.cit.*, 2007, p.93-104.

²²⁵ André Mesureur, *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose, Congrès international de la tuberculose, op.cit.*, p.49-52.

²²⁶ Le système Tollet est utilisé dans la construction des hôpitaux de Bourges (1874-1879), de Saint-Denis (1880-1881), du Havre (1880-1882) d'Épernay (1892), du Mans (1891), des hôpitaux parisiens : Boucicaut, Bichat (1882) et Saint-Jacques (1884).

²²⁷ Site Internet www.archives.aphp.fr, consulté en juin 2013.

²²⁸ André Mesureur, *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris, op.cit.* p.65-66.

²²⁹ Site Internet www.defense.gouv.fr, consulté en octobre 2017. Nicole Mangin est née le 11 octobre 1878. Elle obtient à Paris une licence de sciences naturelles. Ce diplôme lui permet de commencer des études de médecine et d'être admise trois ans plus tard à l'externat des hôpitaux de Paris. Elle épouse en 1899 André Girard, un négociant en vin. Nicole Mangin-Girard reprend ses études de médecine et soutient en 1906 sa

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

appointé par le dispensaire. Des médecins spécialistes sont présents au dispensaire pour traiter les complications extra-pulmonaires. Les modes d'assistance sont réalisés par des accords spéciaux avec des œuvres diverses telles que La Société des visiteurs, la Société l'Abri, l'Office central des œuvres de bienfaisance, la Caisse des orphelins. Par des ententes d'échanges mutuels de malades, les tuberculeux sont envoyés dans des sanatoriums (Agincourt, Hyères, Hendaye), dans certains hospices et dans des colonies de vacances pour les enfants. Mais cette organisation manque d'une unité de direction.

La lutte contre la tuberculose constitue un souci tant pour le personnel hospitalier que pour les malades, les hôpitaux étant devenus des centres de contagion. Seul l'isolement des personnes porteuses de maladies telles que la tuberculose permet de ne pas contaminer les médecins, les infirmières et autres personnels.

« Dans chacun des hôpitaux parisiens Tenon, Laënnec et Lariboisière deux salles spécialement réservées aux phtisiques sont aménagées, une salle pour les hommes et une salle pour les femmes. Les murs de ces pièces sont enduits d'une peinture spéciale appelée ripolin qui permet un lavage très facile²³⁰. »

Mais seuls quelques hôpitaux sont conçus dans une optique hygiéniste. Dans la grande majorité des établissements, la situation en matière de contagion est critique, comme le souligne avec force et insistance, Léon Bourgeois qui, parallèlement à la présidence de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, est membre du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique à Paris. C'est à ce double titre qu'il remet en 1906, son rapport intitulé *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la tuberculose, le dispensaire, le quartier spécial, l'hôpital suburbain*. Léon Bourgeois proclame l'urgence de l'intervention dans les hôpitaux où les malades tuberculeux à Paris, comme en Province, sont mélangés avec les autres, séparés par un espace étroit dans les salles communes. Toutefois, un type d'hôpital « hygiéniste » existe dès le milieu du XIX^e siècle, comme le décrit Pierre-Louis Laget dans son chapitre intitulé : « L'architecture hospitalière à Paris depuis le projet modèle proposé par le chirurgien Tenon, jusqu'à l'inauguration du nouvel hôpital Beaujon (1788-1935) », issu de l'ouvrage *Les maux et les soins*²³¹. La structure de l'hôpital par pavillons isolés les uns des autres permet l'intégration d'unités supplémentaires voués aux soins des malades tuberculeux.

thèse intitulée *Les poisons cancéreux*. Professeur libre à la Sorbonne, elle gagne et notoriété grâce à ses travaux sur la prophylaxie antituberculeuse et devient rapidement une référence en matière de tuberculose et de maladies pulmonaires.

²³⁰Clément Pierrhugues, *Le phtisique parisien à l'hôpital*, Carré et Naud, Paris, 1898 p.22.

²³¹Pierre-Louis Laget, « L'architecture hospitalière à Paris depuis le projet modèle proposé par le chirurgien Tenon, jusqu'à l'inauguration du nouvel hôpital Beaujon (1788-1935) », *Les maux et les soins, op.cit.*, p. 75-86. « Ce serait l'hôpital Lariboisière construit sur les plans de Pierre Gauthier au milieu du XIX^e siècle qui présenterait aux yeux de ses contemporains le premier hôpital hygiéniste. Les pavillons au nombre de 10 rangés par 5 de chaque côté de la cour d'honneur, sont reliés par une galerie couverte. L'hôpital Tenon de l'architecte Etienne Billon est pourvu dès son ouverture en 1878 d'un pavillon pour y placer les varioleux. »

2.1.2 Isoler les tuberculeux à l'hôpital, un impératif difficile à réaliser

L'Assistance Publique s'est penchée sur le problème de l'isolement des tuberculeux depuis 1896 dans l'agglomération parisienne dont la forte densité augmente les risques de contamination. Léon Bourgeois propose la création à l'hôpital Laënnec d'un service de consultation pour tuberculeux et d'un dispensaire hospitalier antituberculeux. Afin de faciliter les relations entre le conseil de surveillance de l'Assistance Publique et la Commission permanente, Léon Bourgeois participe le 3 novembre 1904, à la constitution d'une commission mixte, dont les travaux, complétés par les conclusions de la sous-commission médicale de la Commission permanente, conduisent à des mesures prises au sein des hôpitaux. La commission mixte est composée de messieurs Voisin, Debove²³², Lefèvre et Navarre, représentants l'Assistance Publique, Brouardel, Grancher²³³ et Bouchard, membres de la Commission permanente de préservation ainsi que les docteurs Faisans, Barth et Siredey, membres de la Société médicale des hôpitaux, le docteur Walter, chirurgien des hôpitaux, les docteurs Georges Bourgeois (fils de Léon Bourgeois) et Camille Savoie²³⁴ qui en sont les secrétaires. Siègent en outre à cette commission mixte, messieurs Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'Intérieur et Gustave Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris. La commission mixte est présidée par Léon Bourgeois.

Des dispositions nouvelles sont appliquées par les unités soignantes de l'Assistance Publique afin d'équilibrer les mesures en faveur des malades tuberculeux et celles en faveur des malades non tuberculeux. Les patients atteints de tuberculose pulmonaire sont systématiquement isolés des autres malades. De manière plus générale, il s'agit de la défense de l'individu sain contre le milieu malsain et de l'isolement des malades contagieux, de l'examen des conditions de contagion directe, de l'établissement de règles de séparation des malades mais également des soignants intervenant dans les salles où séjournent des tuberculeux. Le diagnostic précoce reste toutefois difficile à réaliser. La contagion du milieu externe à l'hôpital suscite également les inquiétudes du voisinage des établissements hospitaliers.

²³²Maurice Debove est né en 1845 et mort en 1920. « Il est professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon, il est doyen de la Faculté de médecine de Paris et secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris de 1913 à 1920. Il a été un des premiers à prôner l'hygiène sociale, la lutte contre les grands fléaux comme la tuberculose, l'alcoolisme et la syphilis. » In site Internet www.idref.fr consulté le 10/12/2015.

²³³Jacques Joseph Grancher (1843-1907) « est professeur agrégé de médecine et médecin des hôpitaux en 1875, il dirige un service de médecine à l'hôpital Necker. Il participe en 1885 avec Louis Pasteur à la première vaccination contre la rage. Il est nommé cette même année professeur de clinique à la chaire des maladies de l'enfant de l'hôpital des enfants malades de Paris. Il est membre du directoire de l'Institut Pasteur. Il est un pionnier en ce qui concerne la prévention de la tuberculose infantile. Il fonde en 1903 l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, connue sous le nom de l'œuvre Grancher. » in site Internet www.fondation-grancher.org, consulté le 10/12/2015.

²³⁴Camille Savoie (1869-1951) est franc-maçon du Grand Orient de France. Médecin spécialiste de la tuberculose, Camille Savoie voyage en Europe à l'occasion de congrès médicaux. In www.directoirerectifiedefrance.org, site Internet consulté le 12/11/2018. Léon Bourgeois est lui aussi un franc-maçon actif au sein du Grand Orient de France.

« ... nourri de ce préjugé populaire qui ne tend à rien moins qu'à nous empêcher de créer des établissements spéciaux là où ils seraient les mieux placés... Or s'il est déplorable de constater qu'actuellement des tuberculeux circulent et entraînent les germes de contagion en tous lieux, il est beaucoup moins redoutable de voir ces mêmes tuberculeux retirés à l'écart, dans les limites d'un établissement où ils ne sont pas en contact direct avec le public... En propageant la crainte d'un danger sans réalité, on peut servir quelques intérêts particuliers ; on ne sert pas le bien public²³⁵. »

Des services spéciaux pour tuberculeux sont ouverts à l'hôpital Cochin²³⁶, à la Pitié et à Saint-Antoine²³⁷. A Necker²³⁸ et à Beaujon des boxes d'isolement sont créés dans les salles de médecine. Dans son rapport à l'Administration générale de l'Assistance Publique de Paris, Léon Bourgeois rappelle que l'isolement des tuberculeux au sein des hôpitaux est une question récurrente qui se pose depuis 1896, sans qu'aucune mesure ne soit prise, malgré la demande pressante de la circulaire du Président du Conseil Emile Combes²³⁹ émise en 1904.

« Pour remédier à cette situation déplorable, pour obtenir l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, la Commission Permanente de la Tuberculose a, dans sa séance du 19 décembre 1903, voté les résolutions suivantes qui indiquent les moyens pratiques de combattre utilement, dans les hôpitaux le fléau de la tuberculose :

1° Dans tous les hôpitaux publics, les administrations compétentes doivent interdire toute relation directe ou indirecte entre les malades tuberculeux et les malades non-tuberculeux.

2° Les tuberculeux doivent être soignés dans des hôpitaux distincts qui leur seront exclusivement consacrés et ils ne seront pas admis dans les autres. Les villes qui possèdent plusieurs établissements hospitaliers seront invitées en conséquence à affecter immédiatement aux tuberculeux un ou plusieurs de ces établissements.

²³⁵Léon Bourgeois, *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la Tuberculose, le dispensaire, le quartier spécial, l'hôpital suburbain*, Berger-Levrault, Paris, 1906.

²³⁶ « Créé en 1780 par Jean-Denys Cochin, curé de la paroisse de Saint-Jacques-du-Haut-Pas, l'hospice Jacques qui deviendra Cochin en 1802, était à l'origine destiné aux pauvres et aux ouvriers du quartier. Le curé Cochin avait alors fait construire un petit établissement d'une quarantaine de lits. En 1900 il compte 457 lits. En 1902, l'hôpital Cochin fusionne avec son voisin Ricord, destiné aux maladies vénériennes. Les deux établissements sont reconstruits entre 1908 et 1926 pour donner naissance à l'hôpital actuel caractérisé par son modèle pavillonnaire en briques. », in site Internet <https://histoire.inserm.fr> consulté le 12/06/2017.

²³⁷ L'hôpital Saint-Antoine « figure parmi les cinq hôpitaux parisiens les plus importants au début du XX^e siècle avec Lariboisière, Tenon et l'Hôtel-Dieu. Il s'illustre par ses services de médecine, de chirurgie générale et sa maternité. Il remplit une mission majeure en matière de santé publique. » in site Internet <https://histoire.inserm.fr> consulté le 12/06/2017.

²³⁸ « A l'origine, madame Necker, épouse du directeur général des finances de Louis XVI, fonde l'hôpital Necker en 1778. C'est le premier hôpital parisien dans lequel les malades ont chacun un lit. En 1802, l'hôpital change de nom pour devenir l'hôpital des Enfants malades et compte 250 lits réservés aux enfants de moins de 15 ans. » in site Internet <https://histoire.inserm.fr> consulté le 12/06/2017.

²³⁹ Emile Combes (1835-1921) « Après des études de médecine, il ouvre un cabinet médical où il exerce jusqu'en 1885. Il est élu maire en 1876, puis conseiller général en 1879 et accède au Sénat en 1885. Il est continuellement réélu jusqu'en 1921. En 1893 et 1894, il préside le groupe de la Gauche démocratique, dont il est le fondateur. Ses préoccupations majeures sont l'enseignement et la laïcité. » in site Internet www.senat.fr consulté le 4 avril 2015.

3° Dans les villes où l'affectation aux tuberculeux d'un hôpital tout entier est impossible, des quartiers distincts leur seront exclusivement réservés.

4° Même dans le cas où l'on ne pourra faire ni hôpital, ni quartier spécial, les tuberculeux ne devront pas être soignés dans la même salle que les non tuberculeux.

J'adopte ces résolutions, et je vous prie de tenir la main à ce qu'on s'y conforme dans le plus bref délai possible²⁴⁰. »

Les 5 000 tuberculeux hospitalisés²⁴¹ constituent des risques graves de contamination vis-à-vis des autres malades et du personnel hospitalier, lorsqu'ils ne sont pas isolés dans des locaux spécialement conçus pour les recevoir. Mais deux années après la circulaire d'Emile Combes aucune mesure n'est prise pour éviter la contagion tuberculeuse hospitalière. Les hôpitaux se trouvent pour la plupart dans un état économiquement précaire. Les salles sont surchargées de malades et les locaux se révèlent non seulement insuffisants en termes de superficie, mais encore, ils sont dans un état souvent vétuste. Comment concilier les réalités des hôpitaux avec les recommandations de la Commission Permanente de la lutte contre la tuberculose ? Comment endiguer le risque majeur que l'hôpital fait courir à la population saine en soignant les malades contagieux dans les mêmes locaux que les autres, particulièrement dans le cas de la tuberculose si redoutablement contagieuse ?

2.1.3 Le dispensaire Léon-Bourgeois un système prometteur de lutte contre la tuberculose

Pour répondre à cette délicate problématique, Léon Bourgeois décrit une organisation hospitalière tripartite permettant au malade de trouver la place qui lui convient en fonction de l'évolution de son état. D'abord suivi et observé dans le service de consultation du dispensaire, il peut être placé si son état de santé s'aggrave dans une salle de l'hôpital dont dépend ce dispensaire ou bien transféré dans un hôpital situé en dehors de la ville pour bénéficier d'une cure d'air et des soins proches de ceux délivrés par les sanatoriums. Les relations entre le dispensaire, l'hôpital et l'établissement suburbain sont étroites pour permettre un fonctionnement fluide et efficace au profit des malades soignés. Cette conception des relations entre l'hôpital, le sanatorium et le dispensaire antituberculeux, de même que les relations qui unissent les membres d'une société sont des thèmes récurrents dans les écrits et les discours de Léon Bourgeois²⁴² qui est l'auteur d'un ouvrage intitulé *Solidarité*. Dans cet ouvrage, Léon Bourgeois expose les théories de la solidarité énoncées dans des domaines divers comme celui de la physiologie qui développe la notion de réciprocité entre les parties du corps. Avec le philosophe Emile Durkheim, Léon

²⁴⁰Léon Bourgeois, sénateur, *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la tuberculose, le dispensaire, le quartier spécial, l'hôpital suburbain*, op.cit., p.7.

²⁴¹Confère Claire Barillé, dont la thèse en doctorat d'histoire contemporaine, *Soigner et guérir : des hôpitaux pour les travailleurs parisiens dans le second XIX^e siècle*, a été soutenue en 2007 à Paris 10, sous la direction de Francis Démier.

²⁴²Sylvie Poncelet, *Léon Bourgeois, Mutualité et lutte contre la tuberculose*, Travail de master 1 d'histoire, sous la direction d'Isabelle Lespinet-Moret, Université Nanterre Paris 10, 2008.

Bourgeois évalue l'importance de l'association et de la coordination des efforts individuels dans les sociétés organiques.

« Les sociétés où la solidarité organique est prépondérante, sont constituées par un système d'organes différents dont chacun a un rôle spécial, et qui sont formés eux-mêmes de parties différenciées. Ces organes sont coordonnés et subordonnés les uns aux autres autour d'un même organe central qui exerce sur le reste de l'organisme une action modératrice. Cet organe lui-même n'a plus le même caractère que dans le cas précédent, car si les autres dépendent de lui, il en dépend à son tour²⁴³. »

Léon Bourgeois énonce les dépendances mais aussi les associations qui lient les hommes entre eux, qui disciplinent et organisent leurs actions de manière écrite-il que « le tout y existe pour les unités et les unités pour le tout ²⁴⁴. » C'est dans cet objectif que le dispensaire Léon-Bourgeois annexé à l'hôpital Laënnec ouvre ses portes en 1907. Il est inauguré le 12 décembre 1913.

Figure 10- Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois le 12 décembre 1913 ²⁴⁵



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

La photo présentée ci-dessus est prise devant le dispensaire Léon-Bourgeois, le jour de son inauguration. Une petite assemblée de personnes composée d'hommes, de femmes et d'enfants est visible sur ce cliché. Un autre

²⁴³Emile Durkheim, *De la division du travail social*, Presse Universitaires de France, Paris, 2013. In Emilien Ruiz, Maître de conférences à l'Université de Lille, *Emile Durkheim et la croissance de l'État à la Belle Époque*, site Internet, <https://compter.hypotheses.org> consulté le 13/11/2018.

²⁴⁴ Léon Bourgeois, *Solidarité*, op.cit., p.64.

²⁴⁵ Source BNF Gallica, inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois en 1913.

photographe est mêlé au groupe, deux gendarmes surveillent la situation. Un véhicule automobile semble arrivé sur les lieux, avec peut-être à son bord une personnalité politique de premier plan. En effet, Raymond Poincaré, président de la République en 1912, honore cette inauguration de sa présence²⁴⁶. Des drapeaux tricolores sont installés sur la façade du dispensaire, preuve de l'appui politique de l'État quant à l'ouverture d'établissements prophylactiques. La cérémonie inaugurale est ponctuée de discours et notamment celui de Gustave Mesureur qui déclare à propos de l'association des deux noms de Laënnec et de Bourgeois pour le premier dispensaire hospitalier français, appelé Léon-Bourgeois installé au sein de l'hôpital Laënnec :

« C'est parce que cette rencontre heureuse de la science médicale et de la science sociale s'est réalisée à l'Assistance Publique de Paris que nous pouvons inaugurer ce dispensaire²⁴⁷. »

Des modifications sont apportées à l'hôpital Laënnec afin de recevoir le dispensaire. La partie droite de l'hôpital est transformée par M. Belouet, architecte de l'Assistance Publique de Paris. Les trois médecins chargés des salles spéciales aux tuberculeux sont le professeur Landouzy et les docteurs Bernard et Rist. Ils sont assistés par 12 personnes, six assistants et six externes, un chef et deux adjoints de laboratoire trois infirmières et trois infirmières visiteuses²⁴⁸. Les consultations ont lieu tous les matins, y compris le dimanche et trois jours par semaine, l'après-midi. Les consultations sont accessibles à tous les tuberculeux indigents du département de la Seine. Lors de leurs enquêtes à domicile les infirmières visiteuses ont pour mission notamment le dépistage des faux pauvres, ceux qui cherchent à bénéficier des soins du dispensaire alors que leurs moyens financiers leur permettent de payer des consultations chez un médecin exerçant en privé. Deux services fonctionnent comportant l'un, celui du docteur Bernard, une salle de femmes, appelée salle Piorry²⁴⁹ comportant 25 lits, deux salles d'hommes : la salle Chomel de 27 lits et la salle Louis de 26 lits. Le service du docteur Rist comporte deux salles d'hommes la salle Broca de 28 lits et la salle Legroux de 27 lits et deux salles de femmes, la salle Monneret de 27 lits et la salle Claude-Bernard de 23 lits. Une salle de 27 lits, la salle Quesnay, est attachée à la clinique médicale de Laënnec. La crèche de ladite clinique comportant 18 lits et 18 berceaux ne doit admettre que des mères tuberculeuses avec leurs enfants ou des enfants tuberculeux allaités par leur mère²⁵⁰.

²⁴⁶*Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois*, République Française, Administration générale de l'Assistance Publique à Paris, Imprimé par les pupilles de la Seine, élèves de l'école d'Alembert, Montévrain, Seine-et-Marne, 1913, p.3-4. De nombreuses personnalités se trouvent dans la cour d'honneur de l'hôpital Laënnec, entre autres se trouve les noms de Paul Strauss, sénateur, vice- président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, de Léon Bourgeois, Paul Ranson, sénateurs, de Gustave Mesureur, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, d'André Mesureur, chef de service de la direction, du professeur Landouzy. André Mesureur est le fils de Gustave Mesureur.

²⁴⁷ Gustave Mesureur, *Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois*, *op.cit.*, p. 10.

²⁴⁸ Léon Bernard, « Le dispensaire Léon- Bourgeois », *Revue d'hygiène et de police sanitaire* n°35, Masson, 1913, p.1476-1479.

²⁴⁹ Pierre-Adolphe Piorry (1794-1879) est médecin des hôpitaux. Professeur de pathologie médicale, il invente en 1826 le plessimètre qui est un instrument d'auscultation et publie en 1828 *De la percussion médicale*. Site Internet <https://www.widref.fr> consulté le 15/08/2016.

²⁵⁰ Gustave Mesureur, *Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois*, *op.cit.*

Ces salles sont réservées aux personnes en phase aiguë de la maladie, le plus souvent irrémédiablement atteintes. Les malades qui ne sont pas en période d'évolution aiguë, ceux qui ne sont pas obligés de garder le lit et peuvent bénéficier d'un séjour à la campagne de deux ou trois mois et qui peuvent voyager sans être transportés en brancard, sont accueillis à Brévannes²⁵¹. Un établissement de cure, encore nommé hôpital suburbain est ouvert dans cette commune située à une vingtaine de kilomètres à l'est de Paris et héberge 500 hommes et femmes.

La cure du dispensaire comprend l'assistance aux tuberculeux non hospitalisés à Laënnec ou à Brévannes. Le malade reçoit de la nourriture et des médicaments, il bénéficie d'une cure de repos et de la désinfection de son linge. Ces malades sont des tuberculeux qui pour diverses raisons ne peuvent pas ni s'éloigner de leur domicile, ni travailler.

« Ils viennent pour toute la journée au dispensaire, sûrs d'y trouver, étendus sur une chaise longue, une aération convenable, ainsi qu'une nourriture suffisante et rationnelle ; en plus on leur distribue des secours en argent lorsque leur situation le commande. Les malades ainsi soignés à la cure, sont suivis par des médecins ou leurs assistants et soumis aux divers traitements appropriés²⁵². »

Les médecins de l'Assistance, payés à la visite, reprochent au dispensaire Laënnec de leur faire de la concurrence. La solution consisterait en conséquence à choisir les médecins du dispensaire au sein des praticiens en activité dans l'Assistance Publique. Les pharmaciens se plaignent à leur tour d'être concurrencés par le dispensaire qui distribue des médicaments à une population indigente qui de toute manière est trop pauvre pour payer frais médicamenteux²⁵³.

Les dispensaires antituberculeux subissent l'animosité de nombreuses entités. Les hôpitaux désirent créer leurs propres structures prophylactiques, les médecins et les pharmaciens voient dans les dispensaires des établissements susceptibles de capter une part importante de leurs patientèles. Les sanatoriums vont à leur tour entrer en conflit avec les dispensaires antituberculeux sur la question de la prophylaxie qu'ils prétendent être plus compétents à prodiguer.

2.2 Dispensaire antituberculeux et sanatorium : des unités complémentaires

Des discussions nombreuses opposent les partisans de la cure sanatoriale et du dispensaire antituberculeux. Le séjour en sanatorium présente un coût élevé puisque les malades séjournent dans un centre fermé où ils suivent une cure de grand air, de soleil et reçoivent une nourriture abondante. Le

²⁵¹Le château de Brévannes dans le département du Val de Marne, est acheté en 1883 par l'Assistance Publique. Il est agrandi en 1886 et en 1891, un quartier est ouvert pour les malades chroniques. En 1907, un ensemble de bâtiments réservés aux malades tuberculeux est édifié par l'architecte Paul-Louis Renaud. Un sanatorium est construit en 1915.

²⁵²Léon Bernard, « Le dispensaire Léon Bourgeois », *Revue d'hygiène et de police sanitaire* n°35, *op.cit.*, p.1476-1479.

²⁵³Philippe Sauvan, *L'évolution du dispensaire antituberculeux*, Thèse de médecine, Montpellier, 1914, p. 62.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

dispensaire, centre de prophylaxie où les patients effectuent des visites, est d'un coût bien inférieur, mais sa légitimité est souvent remise en cause.

2.2.1 Le sanatorium une création suisse pour soigner les malades fortunés

Deux grands phthisiologues allemands les docteurs Hermann Brehmer (1826-1889) et Peter Dettweiler (1837-1904) ont préconisé et vulgarisé le traitement de la tuberculose par la cure hygiéno-diététique.

« Traiter l'état général des malades par une méthode hygiénique, telle est la raison d'être de ces établissements spéciaux, les sanatoriums²⁵⁴. »

L'origine du mot sanatorium est latine : *sanator*, celui qui guérit. Hermann Brehmer, qui possède une formation de botaniste est atteint de tuberculose alors qu'il est un jeune homme. Il guérit après un séjour dans l'Himalaya. Il fonde en 1859 le premier sanatorium à Goerbersdorf en Silésie, aujourd'hui située en Pologne. Convaincu des effets salvateurs du grand air en altitude sur les tuberculeux puisqu'il en bénéficia lui-même, il publie sa thèse de doctorat intitulée *La tuberculose est un mal curable*. Le thème du mal curable concernant la tuberculose est récurrent dans les écrits des précurseurs du sanatorium puis du dispensaire antituberculeux.

L'argument qui sous-tend que l'avance de l'Allemagne en matière de traitement de la tuberculose est dû à la création de l'assurance contre l'invalidité créée en 1891, à laquelle sont rattachés les soins des tuberculeux, se heurte aux dates de construction des premiers établissements allemands. Après le premier sanatorium installé en 1859 à Goerbersdorf petit village isolé dans une vallée de montagne, d'autres établissements sont ouverts : en 1873, celui de Reiboldgrün situé en Saxe, en 1881, celui de Saint-Blasien en Forêt-Noire. Le sanatorium de Falkenstein près de Francfort-sur-le-Mein, est construit avant 1883 et dirigé par le docteur Dettweiler, celui de Römpler est antérieur à 1887. Le sanatorium de la comtesse Pücker, à Goerbersdorf pour les malades payants et celui de Weicker pour les pauvres sont antérieurs à 1889. Les gros propriétaires de Francfort-sur-le-Mein ont confiance dans le succès du sanatorium de Falkenstein. Ils ont fourni les capitaux nécessaires à l'investissement en spécifiant qu'ils ne prélèveraient jamais sur les bénéfices plus de 1% d'intérêts. Les premiers sanatoriums sont donc à leur début des maisons de santé fermées, à l'usage des gens riches et dont les capitaux ont été investis dans un but lucratif²⁵⁵. Cependant, dès 1876, le premier sanatorium populaire allemand est ouvert à l'initiative de Brehmer et Dettweiler. La Suisse de son côté, attire de nombreux malades fortunés venus du monde entier pour bénéficier des soins du sanatorium du docteur Turban à Davos ouvert en 1887 et de celui de Leysin construit en 1891²⁵⁶.

En France, les premiers établissements de soins sont destinés aux enfants de familles indigentes, puis aux adultes aisés. C'est à Berck-sur-Mer dans le département du Pas-de-Calais, que le premier sanatorium maritime est créé en 1861.

²⁵⁴ Henri Grillot, docteur, *Lutte contre la tuberculose, le sanatorium français, sa possibilité, son organisation*, C Naud, Paris, 1901, p. 8.

²⁵⁵ A.C. Tartarin, docteur, *Tuberculose et sanatoriums*, C. Naud Editeur, Paris, 1902, p.6.

²⁵⁶ J.M. Durand, docteur, *Tuberculose et sanatorium*, G Gounouilhau, Bordeaux, 1902, p.9-10.

Figure 11- Sanatorium maritime de Berck-sur-Mer²⁵⁷



Cet établissement est financé par l'Assistance Publique de la ville de Paris pour soigner les enfants rachitiques et scrofuleux, atteints par la tuberculose ganglionnaire et cutanée. Les sanatoriums maritimes offrent aux enfants fragiles des traitements tant curatifs que préventifs notamment en matière de tuberculose pulmonaire à laquelle ils sont particulièrement exposés²⁵⁸. L'architecture du bâtiment construit en longueur en bordure de mer, permet aux enfants hébergés de bénéficier pleinement des bienfaits de l'air marin. Les nombreuses fenêtres offrent aux locataires une lumière bénéfique dans le traitement des maladies comme la tuberculose. En bordure du rez-de-chaussée du bâtiment central, « une galerie couverte appelée galerie de cure, est bien exposée au soleil et munie d'abris contre le vent, la pluie et les rayons du soleil²⁵⁹. »

En 1887, est fondé le sanatorium maritime d'Arcachon grâce aux efforts du professeur Armaingaud et au financement de la Ligue française contre la tuberculose. Il reçoit des enfants âgés de deux à seize ans.

A Pen Bron, en Loire-Inférieure, cette même année 1887, plusieurs places sont réservées aux enfants tuberculeux de Tours²⁶⁰. L'hôpital marin de Pen-Bron est créé par M. Pallu, inspecteur des Enfants Assistés de la Loire-Inférieure, grâce

²⁵⁷ <http://www.patrimoine.hautsdefrance.fr/dossier/hopitaux-marins-de-berck>, site consulté le 09/10/2017. Le dossier de ce site concerne l'histoire de la naissance du sanatorium de Berck-sur-mer en 1861 au déclin des établissements de cure sanatoriale avec l'apparition d'antibiotiques antituberculeux.

²⁵⁸ *Ibid.*

²⁵⁹ Philippe Grandvoininnet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique*, op.cit., p. 76.

²⁶⁰ Armande Le Roux, *Fonds de l'Union Départementale d'Assistance aux Tuberculeux*, Archives Départementales de Tours, 2006, p.9.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

au concours de quelques philanthropes qui ont pu acheter les maisons d'un vieil établissement de conserves de sardines²⁶¹.

Les sanatoriums de Banyuls-sur-Mer dans les Pyrénées Orientales, d'Hyères-Giens dans le Var, de Saint-Pol à Dunkerque ouvrent ensuite leurs portes. Le sanatorium de Saint-Trojan à l'Île d'Oléron, appartient à l'Œuvre privée des sanatoriums maritimes pour enfants. Il est inauguré en 1896 par le président Félix Faure. L'établissement d'Hendaye doit sa création à l'insuffisance des lits du sanatorium de Beck-sur-Mer. Appelé asile pour enfants de la Ville de Paris, il est inauguré le 1^{er} juillet 1899.

Le sanatorium marin de Roscoff est fondé en 1901 par la marquise de Kergariou qui reste frappée par le nombre important d'enfants mourant en bas âge. Elle décide de créer dans le centre le plus ravagé par la tuberculose, un établissement où les petits débiles, rachitiques, tuberculeux trouvent un milieu d'hygiène parfaite, une nourriture abondante et des soins appropriés à leur état. Les constructions sont très simples, seuls ont été cherchés l'air, la lumière et la propreté²⁶².

Des enfants malades de tuberculose sont donc accueillis depuis 1861 dans des sanatoriums marins financés par des œuvres philanthropiques ou par l'Assistance Publique de grandes villes françaises.

Figure 12- Le sanatorium marin de Roscoff. ²⁶³

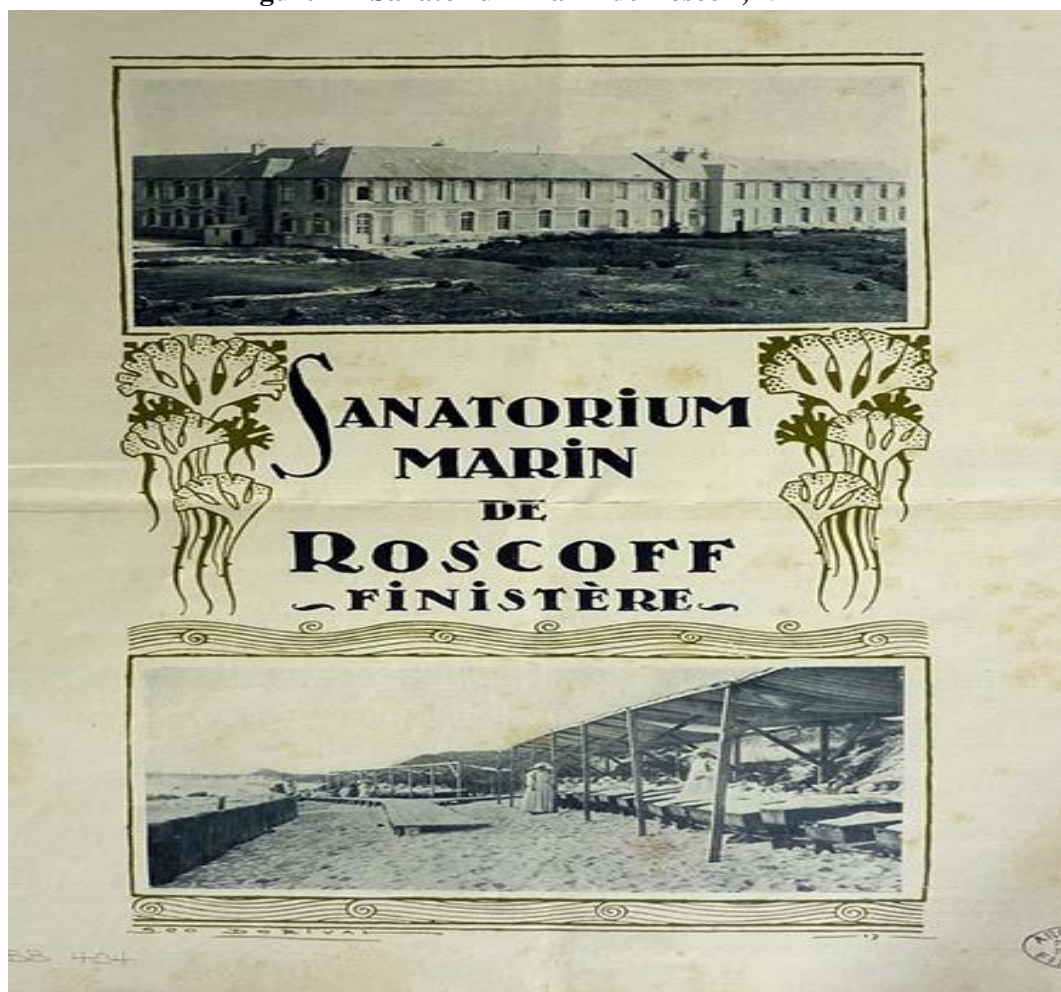


²⁶¹George Poix, *L'armement antituberculeux français*, publié par le comité national de défense contre la tuberculose, Masson et Cie, Paris, 1922, p.126.

²⁶²*Ibid.*, p. 83.

²⁶³<http://www.insitu.revues.org>, © HeSCO, Saint-Pol-de-Léon, site consulté en octobre 2017.

Figure 12 -Sanatorium marin de Roscoff, 1917²⁶⁴



Par ailleurs, jusqu'au XIX^e siècle, les tuberculeux adultes possédant des moyens financiers suffisants, fréquentent les établissements du littoral très prisés pour la douceur de leur climat. Les tuberculeux fortunés viennent s'y soigner et s'y reposer. Ils conservent leur entière liberté de mouvements et ne sont pas traités dans des établissements dits fermés, comme le sont les sanatoriums après la découverte du bacille de Koch en 1882, dans lesquels les malades ne sont pas libres de leurs sorties afin de préserver les populations saines des environs. Les villes du Sud de la France se voient concurrencées par les théories allemandes qui plébiscitent les bienfaits de l'air vivifiant des montagnes et des cures en altitude.

« C'est à Goebersdorf, au milieu des brumes froides de la Silésie, que Brehmer applique au traitement des tuberculeux la vie au grand air, l'exercice, l'hydrothérapie et la suralimentation. Chacune de nos villas, avec leur entourage de jardins et de verdure, tournées en plein midi, baignées de soleil et de lumière, suffisamment abritées de la poussière et

²⁶⁴ Sanatorium marin de Roscoff, 1917, Archives départementales du Finistère, Q4 BB 404.

Christel Douard, avec la collaboration de Valérie Guesnier, « Tuberculose et patrimoine : les établissements de Perharidy et du Laber à Roscoff (Finistère) », Site Internet *Revue des patrimoines* consulté en octobre 2017.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

des vents, ne réalise-t-elle pas le sanatorium idéal pour l'application continue d'une cure d'air et de repos ²⁶⁵ ? »

Le docteur Guiter vice-président de la société de médecine et d'hygiène de Cannes défend le doux climat des côtes françaises dans sa lettre ouverte au professeur Brouardel en 1899, à la veille du Congrès de la tuberculose qui se tint à Berlin au mois de mai 1899. La controverse concernant le meilleur site pour installer des sanatoriums est active. Le docteur Beauvallon, décrit les bienfaits du grand air en 1897 en ces termes :

« L'air des hautes montagnes jouit d'une pureté remarquable, puisque, à une altitude variant de 2 000 à 4 000 mètres, on ne trouve plus de bactéries dans un décimètre cube d'air et qu'à 560 mètres, on n'en trouve que 8...Toutefois, la montagne n'offre pas que des avantages : Tous les phtisiques ne peuvent supporter le climat d'altitude. Les contre-indications proviennent soit de l'état général du malade, soit de la forme même de la phtisie...D'une manière générale, la pureté de l'air, tant au point de vue des germes que des poussières est, avant toutes choses, recherchée pour les sanatoria ...La température, la pression barométrique, l'état du ciel, les différences de températures, la quantité d'eau tombée ont une influence à peine sensible sur l'état des malades. Au contraire, les vents ont une influence, surtout s'ils sont violents, ont une action défavorable ; les vents d'Est, secs et froids sont particulièrement à redouter²⁶⁶. »

Le professeur américain Knopf propose une définition du sanatorium qui paraît suffisamment large pour aplanir les discussions concernant le choix d'un lieu pour l'installation des sanatoriums. Un sanatorium est un établissement fermé où les malades atteints de tuberculose pulmonaire à divers degrés sont reçus pour se soumettre surtout au traitement hygiéno-diététique, sous la surveillance constante d'un médecin. Les climats des régions où l'on construit les sanatoria sont extrêmement variés, car on a reconnu qu'il n'y a pas de climats spécifiques, mais seulement des régions où le traitement hygiéno-diététique peut-être suivi plus avantageusement que dans d'autres. Le meilleur emplacement est celui où le malade peut séjourner le plus longtemps entièrement à l'air libre. L'établissement doit être fermé, aseptique et discipliné²⁶⁷.

La thèse de Philippe Grandvoininnet²⁶⁸ intitulée *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945)*, offre un historique très détaillé des premiers établissements ouverts en France. Les premiers sanatoriums consacrés aux soins des adultes tuberculeux sont donc ouverts en France, hors des zones du littoral. Ce sont des établissements privés qui disposent d'environ 350 lits. Le Comte Henri de

²⁶⁵ Guiter, docteur, *Lettre ouverte adressée au professeur Brouardel et aux membres de la délégation de l'Académie de médecine au congrès de Berlin*, Imprimerie Affichage Figère et Guiglion, Cannes, 1899, p 4-5.

²⁶⁶ Paul Beauvallon, *La phtisie, hygiène, cure, guérison*, Montgredien, Paris, 1897, p.251- 255.

²⁶⁷ S.A. Knopf, « Les sanatoria », *La lutte contre la tuberculose. Le sanatorium de Dugny (Seine)*, Imprimerie Gustave Picquoin, Paris, 1903, p.6 -14.

²⁶⁸ Philippe Grandvoininnet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945)*, op.cit.

Burnay, riche banquier d'origine portugaise, finance en 1890 la construction d'un sanatorium dans le massif du Canigou (Pyrénées-Orientales), sur les plans du sanatorium de Falkenstein. La station des Escales est un centre de haute altitude, située à 1 400 mètres. Elle comprend 70 chambres et est équipée du chauffage central. Quelques années plus tard, en 1895, une station de moyenne altitude, 520 mètres, est créée par le docteur Charles Sabourin (1849-1920), qui acquiert une grande notoriété grâce à ses travaux sur la pathologie pulmonaire. Il cherche à ouvrir un établissement dans un environnement où l'air pur, frais en été, peu humide en hiver puisse constituer un atout de guérison pour les malades tuberculeux en cure. Le sanatorium de Durtol qui compte 56 chambres, est inauguré à trois kilomètres de Clermont-Ferrand dans le Puy-de-Dôme. Il est équipé de sept vérandas ou galeries de cure.

Dès la fin du XIX^e siècle, se pose le problème de l'accès de cures sanatoriales ouvertes pour les classes populaires disposant de moyens financiers limités ou inexistantes.

2.2.2 Le sanatorium populaire : une alternative au dispensaire ?

L'article qui paraît dans *Le petit Parisien* daté du 28 décembre 1898, pose clairement le problème des soins aux tuberculeux indigents :

« Le sanatorium du Canigou, comme le sanatorium de Falkenstein, avaient malheureusement un caractère privé et ne recevaient que les malades riches. Il fallait de toute nécessité vulgariser l'Institution, la mettre à la portée des classes moins privilégiées : une telle œuvre méritait de tenter l'Assistance publique de nos grandes villes. C'est son honneur de l'avoir compris. Sans doute elle ne fait encore que de s'engager dans la voie indiquée, mais après Paris, Lyon, Nice, Besançon, Montpellier, il n'est pas douteux que nos grandes villes suivent le mouvement²⁶⁹. »

Outre l'Assistance Publique, des œuvres privées mettent leurs efforts au service de la lutte contre la tuberculose. Le docteur Frédéric Dumarest (1870-1951) conçoit dès 1895 un projet de sanatorium qu'il soumet à Félix Mangini (1836-1902), industriel lyonnais, réputé pour ses actions dans le domaine social. Félix Mangini fonde l'Œuvre lyonnaise des tuberculeux indigents²⁷⁰. Grâce aux dons collectés par l'Œuvre et à sa propre participation financière, le sanatorium Belligneux situé près de la commune de Lompnes non loin de Hauteville est inauguré le 23 août 1900, à 910 mètres d'altitude dans les montagnes du Bugey dans le département de l'Ain, à une soixantaine de kilomètres de Bourg-en-Bresse. Il est dirigé par le docteur Dumarest qui effectue deux séjours en Allemagne et un voyage en Suisse à la suite desquels, il publie un ouvrage intitulé *L'hospitalisation des tuberculeux à l'étranger, Etude critique pour servir à la création du Sanatorium d'Hauteville*. 130 lits sont proposés à des adultes tuberculeux des deux sexes. Aucun malade n'est reçu à titre gratuit, le principe

²⁶⁹ Jean Frolo, « La lutte contre la Tuberculose », *Le Petit Parisien*, le 28 décembre 1898, p.1.

²⁷⁰ Sur les politiques sanitaires lyonnaises, Confère : Stéphane Frioux, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente glorieuses*, P.U.F, Paris, 2013, p. 387.

de la gratuité ayant été écarté par les fondateurs. 85% des pensionnaires sont à la charge de particuliers, d'institutions d'assistance ou de collectivités. Mais personnellement ou indirectement, chaque pensionnaire verse une contribution journalière fixée à 13 francs en 1922²⁷¹.

Figure 13- Sanatorium Félix-Mangini à Hauteville dans le département de l'Ain²⁷²



Cette photographie représente le sanatorium Félix-Mangini construit à Hauteville dans le département de l'Ain. En médaillons figurent les portraits de Félix Dumarest et de Félix Mangini dont la collaboration permis la création de l'un des plus importants sanatoriums français en termes de lits disponibles. Le sanatorium est bâti autour d'une construction centrale. Des coursives protégées du vent, de la pluie et du soleil encadrent l'ensemble des bâtiments, permettant l'installation de nombreuses chaises longues pour le repos en plein air préconisé pour le traitement des tuberculeux en cure sanatoriale.

Une architecture propre aux sanatoriums est mise en œuvre suivant les principes hygiénistes. La région parisienne se dote elle aussi d'établissements spécialisés dans le traitement de la tuberculose. Le sanatorium de Villepinte dans le département de la Seine-Saint-Denis ouvre en 1881. L'Œuvre de Villepinte, créée par les religieuses de Marie-Auxiliatrice, finance et administre cet établissement qui compte 50 lits consacrés aux soins des jeunes filles poitrinaires²⁷³.

²⁷¹George Poix, *L'armement antituberculeux français*, op.cit., p.40-41.

²⁷²<http://www.patrimoines.ain.fr/n/sanatoriums-d-hauteville>, site consulté le 12 octobre 2017.

²⁷³Site Internet <http://www.association-de-villepinte.com>, consulté en avril 2011.

A Paris, le nombre de malades incite initiatives privées et administration publique à prendre des mesures pour soigner les tuberculeux du département de la Seine et des départements limitrophes. Dès 1892, l'Administration a choisi un emplacement pour installer un sanatorium sur le domaine de Verdonne, à Angicourt dans l'Oise, à 60 kilomètres de Paris²⁷⁴. Le sanatorium populaire d'Angicourt, appelé sanatorium Villemin, ouvre le 26 octobre 1900 et fonctionne en liaison avec les services de tuberculeux des hôpitaux de Paris, notamment avec ceux de Laënnec et le dispensaire Léon-Bourgeois créé en 1907. Le directeur de l'établissement est M. Monnier, le médecin chef le docteur Küss. Le sanatorium Villemin est réservé aux seuls indigents masculins parisiens de plus de 16 ans. L'initiative privée ne reste pas inactive face à la surmortalité parisienne imputable à la tuberculose.

En juin 1900 est créée la société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes issus des classes pauvres de Paris, société anonyme au capital de 300 000 francs qui achète le domaine de Bligny en vallée de Chevreuse. La société est transformée en association baptisée Œuvre des sanatoriums populaires de Paris, reconnue d'utilité publique en 1902. Le sanatorium de Bligny est inauguré en août 1903. Une souscription publique ouverte dans le *Figaro* par son directeur Gaston Calmette frère du professeur Albert Calmette, rapporte 159 406 francs. L'établissement accueille uniquement des hommes dans un premier temps. En 1904, le chiffre de cent malades est atteint. Le conseil d'administration est présidé par le Prince Auguste d'Arenberg qui s'adjoint un comité médical, un comité de patronage, parmi lequel figure le professeur Brouardel en 1903, et un bureau des dames patronnesses. Le professeur Louis Landouzy, doyen de la faculté de médecine et médecin de l'hôpital Laennec est un des membres fondateurs de Bligny et préside le comité médical de 1903 à 1917. Le sanatorium de Bligny accueille en priorité les malades de la Seine et de la Seine-et-Oise. Les places encore disponibles sont attribuées aux tuberculeux de la Seine-et-Marne et de l'Oise. Le docteur Louis Guinard (1864-1939) après avoir été médecin assistant du sanatorium de Davos, occupe le poste de médecin-directeur de 1903 à 1939. L'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris a pour règle, dès sa création, de laisser toute l'autorité au médecin-directeur tant sur le plan médical qu'au plan de la gestion de l'établissement. La durée du séjour sanatorial à Bligny est en moyenne de huit à neuf mois pour les hommes, de onze à douze mois pour les femmes. Les religieuses de Saint-Joseph de Cluny arrivent à Bligny le 3 juillet 1903. Elles avaient été sollicitées sur les conseils du professeur Calmette de l'Institut Pasteur de Lille et se chargent des malades alités et des travaux de tenue de la maison. Le 9 mai 1909, le sanatorium dit *du Petit Fontainebleau* comportant 108 lits réservés aux femmes, est inauguré²⁷⁵.

Le sanatorium de Chécy situé à 115 mètres d'altitude, est un établissement privé fondé en 1903, administré par la Ligue contre la tuberculose du Loiret. Il est bâti suivant les règles d'hygiène moderne, avec murs « ripolinés », coins ronds, salle de bains et galerie de cure. Il reçoit les malades masculins du Loiret pour un prix

²⁷⁴André Mesureur, *L'Œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose (1896-1905)*, Congrès international de la tuberculose 1905, Berger-Levrault et Cie, Paris, Nancy, 1905, p.35-47.

²⁷⁵Michel Boscus, docteur, responsable du sanatorium de Bligny de 1980 à 1997, *Bligny et son histoire, du sanatorium au centre médical d'aujourd'hui*, Imprimerie BPC, 2003, p. 1-33.

de journée de 10 francs par jour et de 12 francs par jour pour les malades venus d'autres départements.

Le sanatorium de Sainte-Feyre installé à une altitude de 490 mètres, dans le département de la Creuse est réservé exclusivement aux membres de l'enseignement primaire. Il est fondé en 1902 par l'Union nationale des Sociétés de Secours mutuels et des Associations amicales d'instituteurs et d'institutrices. Les mutualistes affiliés à l'Union, paient un prix de journée de 12 francs, les instituteurs qui ne sont pas mutualistes doivent s'acquitter d'une pension de 15 francs par jour²⁷⁶.

En 1922, le secrétaire adjoint du conseil de direction national de défense contre la tuberculose (CNDT) établit le constat suivant :

« Si on examine la situation des sanatoriums en France à la veille de la guerre, on constate qu'elle n'était pas plus brillante que celle des dispensaires ; on en comptait une douzaine, tant populaires que privés, comportant environ 1 200 lits pour tuberculeux pulmonaires adultes²⁷⁷. »

Ce constat de Georges Poix révèle une vision très pessimiste des installations antituberculeuses françaises avant 1914. Des études plus récentes, comme par exemple la thèse de Philippe Grandvoinet, dénombrent une dizaine de sanatoriums populaires en activité avant 1905 et près du double d'établissements pour malades payants²⁷⁸. Le problème reste celui des soins aux tuberculeux incapables de financer pour eux ou pour un membre de leur famille des soins dans un sanatorium payant. Toutefois, le lent démarrage des actions antituberculeuses tournées vers les populations indigentes en France explique peut-être que les établissements à vocation préventive et les unités de soins curatifs, essaient de conquérir un nombre de malades plus important au détriment les uns des autres. D'autant que le rôle de l'État dans le financement des aides publiques en matière d'assistance sociale ouvre de vifs débats parlementaires dans une Troisième République encore très jeune.

« En France, on ne naît pas assez et on meurt trop...L'État ne peut pas tout. Il faut que les initiatives individuelles s'éveillent et il faut lorsqu'elles se sont éveillées dans un grand nombre de foyers d'action et de lumière, qu'elles se répandent au dehors²⁷⁹. »

Outre l'action des collectivités publiques, la charité chrétienne héritée du Moyen Âge demeure une pratique courante. D'autre part, la Mutualité est une construction solide dont le nombre d'adhérents et par voie de conséquences, les ressources financières, ne cessent de progresser. Edouard Fuster, à propos de l'assurance sociale, de la Mutualité et de la tuberculose ouvrière, propose que

²⁷⁶George Poix, *L'armement antituberculeux français*, op.cit., p.74-75.

²⁷⁷ *Ibid.*, p.21.

²⁷⁸Philippe Grandvoinet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), Une architecture en quête de rendement*, op.cit., p.145. Philippe Grandvoinet note que la situation française semble assez comparable à celle de ses voisins Anglais et Italiens en matière de sanatoriums.

²⁷⁹ Waldeck-Rousseau, *L'action républicaine et sociale*, Charpentier, Paris, 1903, p.122.

les unions des mutualités s'abonnent aux établissements antituberculeux déjà existants pour en assurer le fonctionnement.

« Les unions des mutualités pourront provoquer la création de nouveaux établissements (antituberculeux) avec l'aide des communes, des départements et de l'État. Les mutualistes peuvent donc et doivent jouer le rôle d'organes de l'assurance sociale²⁸⁰. »

Puisque le problème est principalement d'origine financière, les partisans du dispensaire, mettent en avant le coût beaucoup moins élevé du fonctionnement de ce type d'établissement qui n'héberge pas les malades. Le professeur Landouzy lors de du Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale de 1913²⁸¹ justifie le budget minime d'installation des dispensaires par l'utilisation d'un local simple comportant peu d'installation matérielle. Il souligne toutefois l'importance d'assurer un programme de fonctionnement le plus uniforme possible aux dispensaires antituberculeux, notamment la désinfection des logements et le blanchissage du linge souillé des malades. Afin de n'inspirer aucune appréhension dans la population, Landouzy soumet le projet de rebaptiser les dispensaires antituberculeux, dont le vocable est trop connoté avec cette maladie qui continue à terrifier la population, en dispensaires d'hygiène sociale. Cette dénomination permet en outre d'élargir le champ d'action des dispensaires, notamment aux soins des enfants et des nourrissons. Le professeur Landouzy insiste sur la souplesse d'installation de ces structures adaptables à des besoins géographiques variables : un quartier, une collectivité, une commune ou un groupement de communes rurales, mais également à la facilité de modification de leur taille en extension ou à l'inverse en diminution suivant les besoins locaux²⁸².

Le sanatorium, outre les soins médicaux doit rémunérer un personnel plus nombreux et financer l'accueil des tuberculeux en séjour prolongé. Les soins sanatoriaux sont fondés sur trois axes : la cure d'air, la cure de repos et la suralimentation des malades. La cure hygiéno-diététique impose aux patients plusieurs repas par jour, riches en viande et autres substances d'origine animale comme le lait. D'autre part, une hygiène parfaite doit être instaurée, le linge des malades doit être régulièrement lavé et désinfecté dans des étuves. Une discipline sévère doit être respectée par les tuberculeux en cure qui doivent se tenir strictement aux consignes des médecins. La discipline est particulièrement curative, soutiennent les défenseurs du système sanatorial²⁸³. La capacité des

²⁸⁰Edouard Fuster, « Congrès international de la tuberculose », *Revue de la tuberculose, deuxième série, tome deuxième*, Masson, Paris, 1905 p.498.

Confère Vincent Viet, « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française dans la lutte contre la tuberculose. » *Les Etudes Sociales*, Edouard Fuster (1869-1935) et la construction de l'Etat social, dossier dirigé par Raymond Dartevelle, 2018.

²⁸¹L'Alliance d'hygiène sociale a pour but de provoquer, d'encourager et de soutenir toutes les initiatives qui permettent de rendre le corps plus sain et plus vigoureux. Jules Siegfried rappelait en ces termes en 1911 l'action de l'AHS « qui lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies vénériennes et les autres plaies populaires entretenues par l'ignorance des masses, l'apathie ou l'impuissance des pouvoirs publics. »

²⁸²Louis Landouzy, « L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education », *Alliance d'hygiène sociale, Congrès de Paris 14-15 Mai 1913*, Imprimerie moderne, Agen, p.153.

²⁸³Maurice Letulle, « Sanatoriums populaires pour tuberculeux adultes pauvres », *Commission de la tuberculose, moyens pratiques pour la combattre, 1900*, p.303.

malades à supporter cette discipline fait partie des critères utilisés par les médecins des dispensaires pour affecter un malade en sanatorium.

Seules les statistiques permettent à posteriori une évaluation des chances de guérison après un traitement sanatorial. Le Congrès international de la tuberculose qui se tient en 1905 est le théâtre de vives discussions. Lors de la séance du 3 octobre, le rapporteur allemand M. Bielefeld, indique les chiffres suivants :

« Les résultats de ces sacrifices (financiers) ont entièrement répondu à l'attente. D'après les contrôles annuels et malgré l'estimation la plus sévère, il s'est trouvé que sur 100 tuberculeux traités (en sanatoriums) pendant les années 1897, 1898, 1899 et 1900 il en restait respectivement 27, 31, 32 et 31 qui étaient encore suffisamment en état de travailler, au bout de cinq années, pour n'avoir pas eu besoin de rentes d'invalidité²⁸⁴. »

Le professeur français Camille Savoie estime que les sommes dépensées sont trop importantes au regard des résultats obtenus par les sanatoriums allemands, évalués non pas en termes économiques, c'est-à-dire basés sur la capacité de l'ouvrier à reprendre son travail mais sur des appréciations cliniques de l'état des tuberculeux. D'autre part, les sanatoriums ont des capacités d'accueil qui oscillent de 50, pour les unités les plus petites, à 300, pour les centres les plus importants. La moyenne des lits est de 150 par sanatorium. Le nombre de tuberculeux qui bénéficie d'une cure sanatoriale ne dépassent pas potentiellement 3 000 en France.

Le rapporteur allemand développe l'idée que les sanatoriums sont de véritables centres de prophylaxie grâce aux compétences de leur personnel médical et des tuberculeux guéris qui ont appris pendant la cure, puis enseignent à leur entourage les gestes pour éviter la propagation du bacille de Koch. Le rapporteur danois donne des chiffres encore plus édifiants pour démontrer l'efficacité des sanatoriums. Les tuberculeux traités dans les établissements danois, bien qu'à un stade de la maladie plus avancé sont encore aptes au travail à 49,5%, cinq ans après la fin de leur cure qui se prolonge sur six mois, admet le rapporteur danois. Le rapporteur danois remarque que : « La conception qui règne actuellement en France sur l'utilité respective des sanatoriums et des dispensaires semble tout à l'avantage des dispensaires²⁸⁵. »

Les défenseurs du dispensaire dénoncent les prétentions sanatoriales en matière d'actions prophylactiques et d'éducation hygiénique de la population. Une des missions des dispensaires c'est d'apprendre à devenir son propre médecin, puis le médecin des autres²⁸⁶. Le rôle du dispensaire n'est pas de guérir, mais d'empêcher la prolifération de la maladie et de surveiller l'état des malades afin de les guider vers des établissements mieux adaptés à l'évolution de leur mal : le sanatorium est destiné aux tuberculeux désignés comme

²⁸⁴Arloig, Brouardel, Chauveau, Cornil, Grancher, Lannelongue, Raymond, Richet, A. Fournier, Kelsch, Landouzy, *Revue de la tuberculose, deuxième série, deuxième tome, 1905*, p.494.

²⁸⁵*Ibid.*, p.510.

²⁸⁶Waldeck-Rousseau, *L'action républicaine et sociale*, Charpentier, Paris, 1903, p.99.

médicalement curables, et l'hôpital pour les malades devenus contagieux, souvent mourants et devant être impérativement isolés.

L'assistance matérielle, médicale ou pharmaceutique du dispensaire doit s'exercer dans les limites variables de l'environnement, notamment de l'action charitable. Le dispensaire doit s'attacher surtout à dépister les tuberculeux débutants. Enfin, contrairement au sanatorium, le dispensaire permet de surveiller la famille du malade par le biais de l'enquêteur social, puis de l'infirmière-visiteuse, qui se rend régulièrement au domicile du tuberculeux et détecte les premiers signes de la maladie chez un de ses proches.

Les sanatoriums populaires français sont critiqués par les rapporteurs français au congrès internationale de la tuberculose de Paris en 1905, Messieurs Courtois-Suffit et Laury. Les sanatoriums populaires sont ouverts, prétendent leurs détracteurs, aux populations les plus largement exposées à la maladie à cause de leurs mauvaises conditions de vie, voire de leurs mauvaises manières de vivre. Aussi, leur capacité de guérison ou de retour à une vie professionnelle est, selon eux, illusoire et, à leurs yeux, le traitement sanatorial s'apparente à de la charité coûteuse inutile.

Ces discussions semblent stériles à certains artisans de la lutte contre la tuberculose qui n'hésitent pas à faire appel à l'union des structures mises en place contre le fléau social. C'est le sens des propos tenus par le professeur Landouzy qui intervient au congrès de l'Alliance d'Hygiène Sociale (AHS) de Paris des 14 et 15 mai 1913 faisant suite à la demande de Calmette au Congrès international d'hygiène de Berlin en 1907. Albert Calmette proclame alors que la lutte antituberculeuse ne peut être efficace qu'à condition de porter à la fois sur la protection des sujets sains par des mesures prophylactiques et sur la guérison des malades par les soins assurés au dispensaire, au sanatorium et à l'hôpital. Landouzy lance un véritable appel à la coopération.

« Au lieu d'éparpiller leurs efforts, au lieu de combattre en ordre dispersé, ayant pour objet soit le traitement des tuberculeux par les sanatoriums ou les hôpitaux, soit la préservation des enfants par le placement familial, soit la propagande, l'éducation et l'assistance à domicile par les dispensaires ou les préventoriiums, il est indispensable que les œuvres antituberculeuses s'unissent en vue du seul but pratique qu'il s'agit de poursuivre obstinément et qui est de tarir les sources de contagion tuberculeuse²⁸⁷. »

Le problème du choix entre le dispensaire et le sanatorium populaire semble donc s'être atténué en 1913 et les deux structures coexistent, liées par leur complémentarité. Le rôle prophylactique qu'elles remplissent est un peu mieux connu au sein de la population des personnes démunies tant dans les agglomérations que dans les campagnes.

Reste entière la question du financement de la lutte contre la maladie qui, malgré un léger recul, continue de tuer et de contaminer au sein de toutes les classes sociales. Au Congrès de l'AHS de 1913 la proposition est émise d'inscrire la tuberculose, maladie curable, au rang des infections bénéficiant de l'assistance

²⁸⁷Louis Landouzy, *Alliance d'hygiène sociale, Congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education*, op.cit., p.149.

médicale gratuite. La loi serait modifiée de façon à procurer ses bénéfices aux tuberculeux indigents.

2.3 Les combats de Léon Bourgeois en faveur de la prophylaxie

Léon Bourgeois est un homme politique dont les actions contre la tuberculose s'exercent à de nombreux niveaux. Il est juriste de formation, et initié en 1882 à la loge maçonnique *La sincérité de Reims*. Léon Bourgeois est célèbre en ce début du XX^e siècle comme auteur en 1896 du livre au titre évocateur : *Solidarité*²⁸⁸. Dès le début de sa carrière politique, il est chargé d'actions à mener dans le domaine social et incarne le solidarisme sur le plan politique. Le 14 janvier 1889, sous-secrétaire d'État au ministère de l'Intérieur, il préside la première séance tenue par le comité consultatif d'hygiène publique de France. A l'ouverture de cette séance, il préconise des interventions de l'État visant à conseiller les organismes départementaux qui œuvrent pour l'hygiène publique et à organiser la cohésion des moyens d'actions. Il déclare alors que les interventions de l'État doivent s'appuyer sur la science seule capable de garantir des mesures sanitaires efficaces pour protéger la population. La motivation de Léon Bourgeois dans sa lutte contre la tuberculose ne faiblira pas jusqu'à sa mort en 1925. Il voit disparaître en 1903 sa belle-mère, puis sa fille âgée de 24 ans et son épouse, toutes trois victimes de la tuberculose. Léon Bourgeois s'inspire des termes utilisés par le professeur Landouzy qui évoque l'armement antituberculeux pour encourager la création de sanatoriums et de dispensaires antituberculeux. Léon Bourgeois tente de multiplier les actions, de trouver des financements pour alimenter la lutte antituberculeuse, il est très impliqué dans la croissance de la Mutualité tant sur le plan national qu'international et exhorte inlassablement les Sociétés de Secours Mutuel (SSM) à intervenir massivement dans le combat contre le fléau social²⁸⁹.

2.3.1 Bourgeois et la Mutualité, une union contre la tuberculose

La Mutualité républicaine constitue une pièce maîtresse dans le dispositif de la lutte contre la misère avec pour les plus pauvres les services de l'Assistance Publique. A propos de la Mutualité, Patricia Toucas-Truyen publie un ouvrage en 2001 intitulé *L'identité mutualiste*, dans lequel après avoir dressé un historique de la Mutualité, elle décrit le mouvement mutualiste français de 1898 à 1914 et souligne les spécificités de la Mutualité française²⁹⁰. Michel Dreyfus propose en collaboration avec Bernard Gibaud et André Guestin un livre dont le titre est *Démocratie, Solidarité et Mutualité, Autour de la loi de 1898*. Cet ouvrage est issu des travaux d'un colloque qui s'est tenu à l'Assemblée Nationale en 1998. Il traite des phases qui mènent à la loi de 1898, fondatrice en France des principes de la Mutualité²⁹¹.

Vincent Viet propose un article intitulé « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française

²⁸⁸Confère Marie-Claude Blais, *La solidarité, Histoire d'une idée, op.cit.*

²⁸⁹Confère Sylvie Poncelet, *Léon Bourgeois, Mutualité et lutte contre la tuberculose, op.cit.*

²⁹⁰Patricia Toucas-Truyen, *L'identité mutualiste, op.cit.*

²⁹¹Michel Dreyfus, Bernard. Gibaud, André. Gueslin, *Démocratie, Solidarité et Mutualité, Autour de la loi de 1898*, Editions Economica, 1999.

dans la lutte contre la tuberculose²⁹². » dans la revue *Les Etudes Sociales*, paru en 2018. Edouard Fuster est collaborateur de comités permanents des Congrès internationaux des accidents du travail et des assurances sociales en 1893 et 1895. Il est fondateur et secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale. Vincent Viet souligne qu'en Allemagne, l'assurance est obligatoire dès la fin du XIX^e siècle alors que la France et l'Italie optent pour l'assurance volontaire. « Le libre choix des intéressés avait ainsi pour revers de la médaille la bureaucratie et un contrôle démultiplié de l'État. Plus précisément en France les contrôles sont placés sous l'autorité du ministre du commerce. »

Des lois se suivent en 1889, 1898, 1904 et 1912 sur l'enfance assistée, en 1893 sur l'assistance médicale gratuite, en 1905 sur l'assistance aux vieillards, en 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et aux femmes en couches. La solidarité est la raison d'être des sociétés de secours mutuels : les SSM. Les hommes politiques du courant hygiéniste font appel à elles. Les hygiénistes répètent que la tuberculose est évitable mais aussi curable et qu'il importe que les hommes menacés par ce risque, non seulement pour leur vie, mais aussi pour celle de leur famille vivant de leur salaire aussi précaire soit-il, soient associés et s'éduquent l'un l'autre, dépistant chez l'un le mal qui se glisse en lui, contrôlant chez l'autre l'exacte application des mesures prescrites. Le secours de l'assurance mutuelle est indispensable à l'hygiéniste, puisque d'une part, elle lui offre un milieu où il peut pratiquer la prophylaxie antituberculeuse, et d'autre part, elle crée des ressources nécessaires en vue du secours envers ceux que la prophylaxie n'a pas pu préserver²⁹³.

Le 20 décembre 1901, Léon Bourgeois, dans son discours prononcé lors du banquet offert à Léopold Mabileau²⁹⁴, premier président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, annonce l'existence de 15 000 SSM, comprenant 2 600 000 membres. Le capital de la Mutualité suivant les chiffres que Jean Barberet, secrétaire au ministère de l'Intérieur chargé de la prévoyance, participant au Congrès de la Mutualité en 1901, communique à Léon Bourgeois, atteint 320 millions de francs. Le montant des cotisations s'élève à 42 millions de francs par an. Les dons et les legs destinés aux SSM s'élèvent à 4 ou 5 millions par an, 1 200 sociétés nouvelles ont été créées en 1901²⁹⁵. Ces avancées de la Mutualité ne parviennent toutefois pas à combler le retard français face aux chiffres de l'assurance allemande, institution d'État, qui quelques années avant la France, instaure un armement antituberculeux, suivant les propos du professeur Louis Landouzy, fondé sur la création de sanatoriums et à la même date, compte 18 millions d'adhérents alors que les *friendly societies* anglaises comptent 11 millions de membres inscrits. Léon Bourgeois incite à la propagande mutualiste afin que la Mutualité puisse se concevoir comme l'un des moyens les plus efficaces de transformation, par la justice et dans la paix de l'ensemble des relations sociales. Il invite les SSM à se mutualiser pour se donner plus de force, notamment pour installer un système de

²⁹²Vincent Viet, « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française dans la lutte contre la tuberculose. » *Les Etudes Sociales*, op.cit.

²⁹³Edouard Fuster, *Tuberculose et Mutualité*, Rapport au congrès d'hygiène sociale d'Arras, Imprimerie de l'Avenir de la mutualité, 1904, p.2.

²⁹⁴Léon Bourgeois, « La Mutualité : ses résultats, ses espérances », *La politique de la prévoyance sociale*, Tome 1, op.cit., p.143.

²⁹⁵*Ibid.*, p.146.

retraite accessible aux ouvriers urbains et ruraux.

Léon Bourgeois voit dans la Mutualité la seule institution capable de suppléer et d'alléger les responsabilités de l'État qui, en retour, reconnaissant, se doit d'encourager et de favoriser son développement²⁹⁶. Il centre le débat sur sa vision solidariste de la lutte contre tuberculose, mal social, parce qu'elle constitue un péril social.

« Cette maladie est un exemple frappant de la solidarité inéluctable qui fait retomber sur chacun de nous le mal des autres et qui nous oblige moralement et socialement à organiser en sens inverse, cette autre solidarité, volontaire et réfléchie, qui fera réagir sur tous le bien procuré à chacun de nous... Nous avons devant nous ce que j'ai appelé ailleurs un cas de risque mutuel entre l'individu et la société... A ce risque, il est nécessaire d'apporter le seul remède social véritable c'est à dire le remède de la prévoyance mutuelle et solidaire. A tout risque dit s'opposer une assurance, à tout risque mutuel et social, une assurance mutuelle et sociale²⁹⁷. »

Léon Bourgeois évoque dans son discours les travaux du Congrès International de la Tuberculose qui se tient à Paris en 1905, et l'espoir de faire reculer la maladie, de la rendre curable pour tous et notamment pour la classe laborieuse, à condition d'améliorer ses conditions de travail, de régler les problèmes d'hygiène sociale en matière d'habitation. Puis il énonce les règles de prophylaxie pour le petit enfant, pour l'écolier, pour le militaire, pour le travailleur qui de crainte de perdre son salaire, retarde la révélation de son état de santé²⁹⁸. Léon Bourgeois rappelle que la population des travailleurs d'où sont issus une partie des mutualistes est lourdement frappée par la maladie qui devient un adversaire de la Mutualité, en termes de coûts des dépenses de santé. Dans certaines régions industrielles, comme Lille ou Saint-Étienne, la part des frais des secours aux tuberculeux dans les frais de maladie des SSM, atteint le cinquième, voire le tiers, car le tuberculeux, une fois pris en traitement reste beaucoup plus longtemps à la charge des SSM qu'un malade ordinaire, soit une durée moyenne de vingt-deux jours, allant même jusqu'à vingt-six jours à Paris²⁹⁹.

« La tuberculose était bien une métaphore pour l'assurance sociale, car elle soulevait, à l'articulation du sanitaire et du social, la question systémique de la régulation et de la mutualisation des risques à l'intérieur d'une collectivité biologiquement solidaire mais socialement cloisonnée et inégalitaire. *L'assurance serait désormais indissociable ou au fondement même des politiques sociales* : « l'action de l'assurance peut s'exercer : d'abord, en vue de prévenir le risque ; puis quand le risque s'est produit,

²⁹⁶ *Ibid.*, p.147-156.

²⁹⁷ Léon Bourgeois, « La tuberculose et la mutualité », Conférence faite au Musée Social, 6 novembre 1905, *La politique de la prévoyance sociale, T2, L'action, op.cit.*, p.131.

²⁹⁸ *Ibid.*, p.127-178.

²⁹⁹ *Ibid.*, p.191.

en vue d'en atténuer les conséquences et d'en rendre la réparation moins onéreuse³⁰⁰. »

Voici, à titre d'exemple, les conditions financières à l'adhésion et en matière de remboursement offertes par quatre SSM du département de Seine-et-Marne entre 1899 et 1910. Le tableau présenté ci-dessous est une synthèse des documents consultés aux Archives Départementales de Seine-et-Marne.

Figure 14- Tableau comparatif des conditions d'admission et de cotisations dans les SSM³⁰¹

Nom de la SSM	Obligations financières de l'adhérent et obligations de la SSM en cas de maladie.
<p>Saint-Roch, Fontainebleau</p> <p>chiffres révisés au 25 mars 1909.</p>	<p>Le droit d'admission pour chaque membre est fixé à 5 francs de 16 à 25 ans, 10 francs de 25 à 30 ans et 15 francs de 30 à 36 ans.</p> <p>Les sociétaires participants s'engagent à payer une cotisation trimestrielle, soit 4 francs. Le recouvrement est fait à domicile, par des sociétaires collecteurs, au moyen d'une feuille à souche sur laquelle il inscrit les sommes versées, ainsi que sur le livret du sociétaire.</p> <p>Il est accordé à chaque membre participant malade, gardant la chambre, convalescent ou souffrant d'une blessure ou d'un mal apparent, une indemnité de :</p> <p>1 franc par jour pendant 90 jours, 75 centimes pendant la période des 30 jours suivants, 60 centimes pendant la deuxième période de 30 jours 50 centimes pendant la troisième période de 30 jours,</p> <p>plus les soins d'un médecin et les médicaments, sans que toutefois la dépense occasionnée par le sociétaire, pour la même maladie puisse dépasser 500 francs.</p> <p>Dans le cas où la maladie se prolongerait au-delà de 180 jours, sans interruption de 30 jours consécutifs de travail, elle serait considérée comme incurable et dans ce cas, l'administration conformément aux instructions de l'autorité supérieure, pourra accorder un secours éventuel qui sera déterminé chaque trimestre par le bureau de la société, selon les ressources de la caisse et la position du sociétaire.</p>
<p>Ouvriers et Ouvrières de l'usine de Cugny</p> <p>chiffres arrêtés le 1 février 1899</p>	<p>Les membres participants doivent en entrant payer un droit d'admission fixé à 5 francs. La cotisation des membres participants est fixée à 1 franc par mois, la cotisation des membres honoraires ne pourra être inférieure à 5 francs par mois.</p> <p>La société s'engage à payer aux membres participants :</p> <p>pour les 15 premiers jours de maladie : 1 franc par jour, pour la deuxième quinzaine, 2 francs par jours. pour le deuxième mois, le malade touchera également 2 francs par jour.</p> <p>Passé ce délai, la société, ne voulant pas abandonner ses malades, continuera de payer les frais de médecins et de médicaments et donnera un secours proportionné aux ressources de sa caisse. Aucun secours n'est dû pour les maladies causées par la débauche ou l'intempérance, ni pour les blessures reçues dans une rixe.</p>
<p>La Grande Paroisse numéro 155</p> <p>chiffres arrêtés le 13 juillet 1910</p>	<p>Tout sociétaire entrant à la société à l'âge de 13 ans ne paie pas de droit d'admission, à 16 ans il paiera 5 francs, de 25 à 30 ans, il paiera 8 francs et de 30 à 40 ans, il paiera 12 francs.</p> <p>Les sociétaires s'engagent à payer entre les mains des administrateurs ou syndics-receveurs une cotisation fixée à 1 franc par mois pour un sociétaire de 13 à 16 ans et à 1,50 franc pour tout autre sociétaire.</p> <p>Néanmoins, les jeunes soldats, membres de la société ne seront pas passibles de cet article ; ils ne perdront pas leurs droits aux bénéfices de l'association, aucune indemnité ne leur sera allouée pendant le séjour sous les drapeaux ; mais à leur retour, ils reprennent leur place dans les rangs des sociétaires sans avoir à supporter les charges d'une nouvelle admission. Cependant, le jeune soldat devra être valide et bien portant, produire un certificat d'un médecin désigné par le Bureau constatant qu'il n'est atteint d'aucune maladie et fournir un certificat de bonne conduite.</p>

³⁰⁰Vincent Viet, « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française dans la lutte contre la tuberculose. » *Les Etudes Sociales, op.cit.*

³⁰¹Archives départementales de Seine-et-Marne, boîtes : Xp1233, Xp 1246 SSM, *Statut par commune.*

<p>La Solidarité</p> <p>chiffres arrêtés le 25 juillet 1908</p>	<p>Nul sociétaire ne peut être admis avant 16 ans révolus. Les femmes peuvent faire partie de la société.</p> <p>Pour être admis à titre de membre participant, il faut être présenté par deux membres de la société, avoir été reconnu valide par un médecin désigné ou agréé par la société.</p> <p>Les collecteurs sont seuls chargés du recouvrement du droit d'admission, des cotisations trimestrielles et des amendes. Les collecteurs sont également chargés de remplir et de délivrer aux malades les feuilles de maladie.</p> <p>Les sociétaires participants doivent payer une cotisation annuelle de 6 francs qui sera recouvrée chaque trimestre, à leur domicile, par les sociétaires collecteurs. Ils seront en outre tenus de payer un droit d'admission fixé ainsi qu'il suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> de 16 à 25 ans : 1 franc, de 25 à 30 ans : 2 francs, de 30 à 35 ans : 3 francs, de 35 à 40 ans : 4 francs, de 40 à 45 ans : 6 francs, de 45 à 50 ans : 8 francs. <p>La société s'engage à payer aux membres participants, en cas de maladie, la mensualité suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> première dizaine de maladie, 1 franc par jour deuxième dizaine de maladie, 1, 25 francs par jour troisième dizaine de maladie, 1 franc 50 par jour quatrième dizaine de maladie, 1,75 franc par jour cinquième dizaine de maladie, 2 francs par jour <p>Après les 50 jours de maladie, 50 centimes par jour pendant 90 jours. Il n'est accordé de secours que trois mois après son admission à la société.</p>
--	---

De manière générale, le tuberculeux est considéré par les SSM au même titre qu'un malade incurable puisque les droits de l'adhérent malade sont considérablement réduits, voire amenés à zéro en cas de maladie incurable, comme pour le tuberculeux dont le temps des soins dépasse souvent plusieurs mois. Toutefois, le tuberculeux peut bénéficier de secours résiduels éventuels après la durée maximale de soins couverts par la société. Le montant de ces secours supplémentaires est proportionné aux ressources de la caisse et reste très fluctuant.

Afin de mieux illustrer ce propos concernant le fonctionnement des SSM, la vie de sociétaire d'un adhérent sur une période de 53 ans est observable à partir de la découverte sur la brocante installée dans la ville de Nemours en mai 2015, du livret de membre participant à la société de secours mutuels d'œuilly dans le département de la Marne. Ce livret appartient à Louis Auguste Colin et porte le matricule n°14. Il est ouvert en avril 1884 et fermé au décès de Louis Colin en février 1937. Ce document trace donc une vie de sociétaire qui verse des cotisations annuelles dont les montants sont les suivants par période de cotisations :

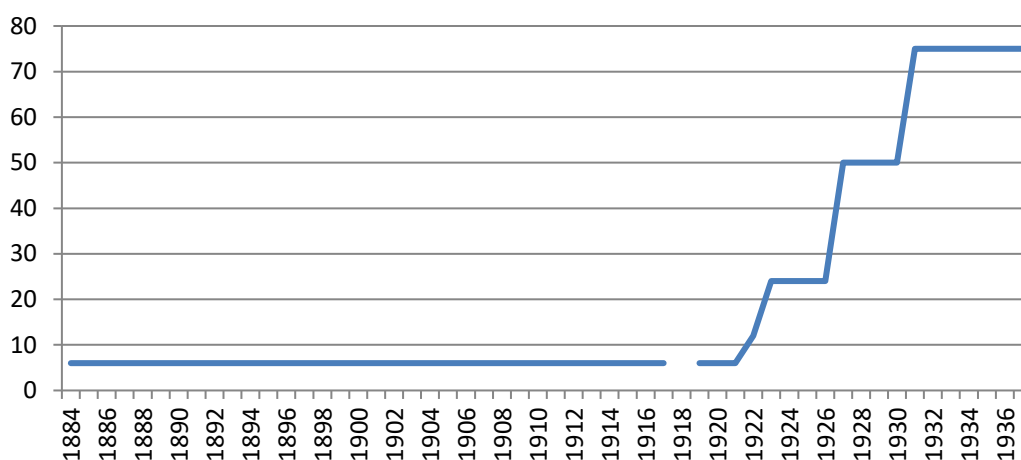
- 6 francs de 1884 jusqu'en 1921
- 12 francs en 1922,
- 24 francs de 1923 à 1926,
- 50 francs de 1927 à 1930
- 75 francs de 1931 à 1937.

Les augmentations entre 1920 et 1927 sont notamment dues à la situation inflationniste issue de la guerre qui perdure après la fin des hostilités. En 1928 le franc est considérablement dévalué, c'est le franc Poincaré qui précède la crise financière de 1929.

Afin de permettre une meilleure lisibilité de ces chiffres voici les salaires moyens des professions masculines dans quatre départements dont la Marne dans laquelle se situe la commune d'œuilly. Le salaire journalier ordinaire comparé des professions masculines s'établit de la façon suivante :

« Départements	1911	1924	1925 ³⁰²
Nord	4.90	23.6	24.75
Marne	5.18	25.15	25.25
Seine	7.35	30.50	33.40
Seine-et-Marne	6.24	27.20	27.60
Moyenne nationale	4.77	21.65	23.25 »

Figure 15- Cotisation annuelle en francs de la SSM d'œuilly



En ce qui concerne les remboursements pour maladie, le carnet de Louis Colin fournit les informations suivantes : le sociétaire est malade du 10 octobre 1912 au 26 novembre 1912. Il est indemnisé de la manière suivante :

- 1 franc par jour du 10 octobre au 20 octobre inclus soit 11 jours.
- 1 franc par jour pendant 7 jours du 21 au 26 octobre 1912
- un franc par jour pendant 7 du 27 octobre au 3 novembre 1912.
- 0.5 franc par jours de sa maladie du 4 novembre au 10 novembre 1912, soit 7 jours et donc 3.5 francs
- pour les 7 jours suivants du 11 novembre au 17 novembre 1912 il perçoit 3.50 francs.
- 4 francs pour 8 journées de maladie, accordées du 18 novembre au 26 novembre 1912.

En résumé, Louis Colin perçoit donc un franc par jour pendant les 25 premiers jours de sa maladie. Il perçoit ensuite 0.5 francs par jour pendant 18 jours. Il a donc reçu 34 francs pour cette maladie ce qui correspond à 5.7 années de cotisations pour ce membre de SSM.

³⁰²Annuaire statistique 1925, ministère du Travail de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, p.265. Les salaires journaliers les plus bas sont enregistrés en Basse Vendée avec 3.72F en 1911, 16.20F en 1925 et 18.50F en 1925.

Louis Colin reçoit en 1927 12 francs pour frais d'opération, pour cette année 1927, 12 francs constituent un peu plus d'un trimestre de cotisations.

Cet exemple éclaire certainement les difficultés de gestion des SSM. Les adhérents doivent être très nombreux afin que les cotisations des bien-portants couvrent les dépenses de maladies. Toutefois la masse d'argent des cotisations ne reste pas inerte dans les caisses des SSM car des placements fructueux génèrent des intérêts substantiels. Mais aucun régime particulier n'est prévu pour les maladies de longue durée telle que la tuberculose dont les temps de traitement atteignent trois à quatre mois pour les cures sanatoriales et doivent souvent être renouvelés.

Léon Bourgeois dénonce quelques pratiques des SSM, qui, sous couvert de bonne gestion financière, plafonnent à quatre-vingts le nombre de jours par an pendant lesquels l'indemnité de maladie peut être versée, ce qui en cas de tuberculose peut s'avérer insuffisant. Les SSM filtrent les demandes d'adhésion au moyen d'une visite médicale préalable, après laquelle, les entrées des personnes diagnostiquées tuberculeuses sont rejetées.

« Dans l'impossibilité où elles se trouvaient d'évaluer correctement le risque tuberculeux, ces sociétés étaient donc amenées à sélectionner leurs adhérents atteints pour limiter leurs charges, ce qui n'était guère aisé compte tenu de la difficulté à poser un diagnostic fiable sur une maladie aux multiples états. Mais la sélection des malades ne faisait que déplacer le problème vers l'assistance, que la Mutualité était censée contenir. Quant à sacrifier ou à diminuer la couverture des autres risques si le coût des secours aux tuberculeux venait à franchir un seuil critique (estimé, selon les calculs d'Albert Calmette, au cinquième de leurs recettes³⁰³), la mesure heurtait les valeurs d'équité et de fraternité des SSM.³⁰⁴

La Mutualité est une organisation privée qui a pris de l'ampleur en relation avec le solidarisme largement théorisé par Léon Bourgeois. L'État va-t-il proposer des solutions pour lutter contre la tuberculose, notamment en termes de prophylaxie comme le demandent les plus hautes instances médicales ?

2.3.2 Une organisation privée levier des pouvoirs publics contre la tuberculose

La France a pris un grand retard dans la lutte contre la tuberculose au regard des résultats enregistrés par les principaux pays européens. La lutte contre les taudis et l'assainissement des villes ont permis à l'Angleterre de réduire sa mortalité tuberculeuse. En Allemagne, dès 1883, l'empereur Guillaume donne les moyens aux tuberculeux des classes pauvres de bénéficier des soins sanatoriaux avec la création des assurances ouvrières³⁰⁵.

³⁰³ Albert Calmette, « Les Sociétés de secours mutuels et la lutte contre la tuberculose », *Presse médicale*, 25-28 mars 1903.

³⁰⁴ Vincent Viet, « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française dans la lutte contre la tuberculose. » *Les Etudes Sociales*, *op.cit.*

³⁰⁵ Sandrine Kott, *L'État social allemand. Représentations et pratiques*, *op.cit.*

Jacques Brasseul, « Genèse de l'État-providence et naissance de la social-démocratie : Bismarck et Bernstein », *Tribunes de la santé* n°34, 2012.

Le système du dispensaire est déjà installé dans les villes françaises, tandis que la prophylaxie antituberculeuse balbutie en ce début du XX^e siècle. C'est pourquoi le 22 novembre 1899, Pierre Waldeck-Rousseau, alors président du Conseil institue une grande Commission contre la tuberculose sous la présidence de Jules Siegfried. Les membres de la Commission préconisent la création de dispensaires spécialement conçus pour la lutte contre la tuberculose. Jules Siegfried annonce ce projet dans une allocution prononcée le 22 février 1900 lors de la séance inaugurale de la Commission, alors même que le dispensaire antituberculeux n'a pas fait ses preuves³⁰⁶. Le docteur Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, soutient la thèse qu'au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux aille consulter le médecin et soit acculé au chômage, il est nécessaire d'aller à lui et de lui prêter assistance avant même qu'il puisse s'apercevoir qu'il est gravement atteint³⁰⁷. La Commission termine ses travaux le 4 juillet 1900 et vote des conclusions qui servent de base à l'application de mesures prophylactiques appropriées. Paul Dislère, un des vice-présidents de la Commission de la tuberculose inaugurée en 1900, déclare :

« La commission (de la tuberculose) terminait ses travaux en insistant notamment sur la nécessité d'installer dans les villes des dispensaires pour la guérison des maladies du poumon. C'étaient les termes employés : il faut bien quelquefois farder un peu la vérité. Ce que l'on visait surtout, c'était l'application avec persévérance des règles de la prophylaxie, pour diminuer le nombre des contaminations. A côté des mesures à employer pour guérir la tuberculose, car la tuberculose est curable, il fallait adopter d'autres mesures pour la combattre préventivement, car c'est une maladie évitable. Il est bon de rappeler ces deux principes, le plus souvent possible³⁰⁸. »

A la suite d'un congrès à Bruxelles, le président du Conseil des ministres, le docteur Combes, ministre de l'Intérieur, mécontent des conclusions soutenues par des personnalités ayant pris une part active aux travaux de la commission de la tuberculose créée en 1900 par Pierre Waldeck-Rousseau, dissout cette commission et la remplace en août 1903, par la Commission permanente de préservation contre la tuberculose. Le Journal Officiel du 12 juillet 1903 publie un arrêté ministériel dont les termes sont les suivants :

« Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des cultes
Considérant qu'au moment où l'initiative privée multiplie ses efforts pour combattre la tuberculose, il est expédient d'établir un conseil permanent ayant pour mission d'éclairer la Gouvernement sur les moyens de la prévenir : Arrête,

³⁰⁶ Waldeck-Rousseau, « La tuberculose », *Action Républicaine et sociale*, op.cit., p 86.

³⁰⁷ Paul Strauss, *La croisade sanitaire*, Bibliothèque Charpentier, Paris 1902, p. 116 -117.

³⁰⁸ Paul Dislère, *Les dispensaires antituberculeux. Assemblée générale des Dames patronnesses du 9 janvier 1903*, Œuvre de la tuberculose humaine, société philanthropique des dispensaires antituberculeux français, Paris, p.6. Paul Dislère (1840-1928) polytechnicien, ingénieur naval est élu en 1896 président de l'Association française pour l'avancement des sciences, puis président de la section de l'intérieur du Conseil d'Etat de 1898 à 1910.

Article premier : Il est institué près du ministère de l'Intérieur une commission chargée de prendre l'initiative auprès du Gouvernement des mesures administratives et législatives propres à prévenir l'extension de la tuberculose. Cette prendra le nom de Commission permanente de préservation contre la Tuberculose.

Faite à Paris le 11 juillet 1903, Emile Combes³⁰⁹. »

La commission est présidée par Léon Bourgeois.

Le travail est réparti en huit sous-commissions : l'éducation, l'alimentation, le milieu personnel, le milieu collectif, le travail, la défense sociale, les voies et les moyens. La commission est composée de personnalités très éclectiques choisies parmi les professeurs de la Faculté de médecine, de l'Institut Pasteur, des hôpitaux, des grands établissements d'enseignement supérieur, des représentants des grandes administrations, des ministères, des assemblées parlementaires, du Conseil d'État, des organisations médicales professionnelles, des mutualités, en un mot, de tous les organismes sociaux nationaux, le tout constituant un ensemble de compétences susceptibles de collaborer utilement à l'organisation de la lutte contre la tuberculose³¹⁰. Léon Bourgeois prononce son discours inaugural le 24 octobre 1903, et place la lutte contre la tuberculose au plan d'un devoir qui incombe à l'ensemble de la société.

« La lutte contre la tuberculose prend le caractère d'un devoir social, devient une œuvre obligatoire vraiment digne d'une société démocratique et républicaine où les citoyens sont conscients de leurs obligations ou de leurs devoirs autant que de leurs droits.

S'il y a un devoir social, une question se pose : peut-on laisser seulement à l'initiative privée, à l'action individuelle souvent admirable, le soin de soutenir la lutte ? Quel plan de défense devons-nous adopter ? Il ne m'appartient pas de le déterminer, même dans ses grandes lignes. Je voudrais seulement constater la nécessité d'organiser un véritable système social de préservation contre la tuberculose et soumettre à votre examen une méthode de travail qui nous permette d'aboutir le plus sûrement à l'établissement rationnel de ce système³¹¹. »

La présidence de la commission, organisme privé, est donc confiée à un homme politique, est-ce un trait d'union entre les actions des domaines privés et publics ?

D'autre part, l'Association centrale française contre la tuberculose est créée en 1902. Elle est fondée par les professeurs Brouardel et Landouzy promoteurs de la lutte antituberculeuse. Le professeur Landouzy préside l'association dont le but est de grouper les œuvres qui s'occupent de combattre la tuberculose, d'offrir

³⁰⁹*Recueil des travaux de la commission permanente de la prévention contre la tuberculose, tome premier (1903-1905)*, Melun Imprimerie administrative, document BNF, côte Te 777 806.

³¹⁰Camille Savoie, « Les origines de la lutte antituberculeuse en France », *Revue Médico-Sociale*, janvier 1935, p. 41-55.

³¹¹Léon Bourgeois, « La tuberculose, péril national », *La politique et la prévoyance sociale T2, op.cit.*, p. 71-79.

un concours à ces œuvres tout en leur laissant leur autonomie budgétaire et décisionnelle. L'association propose en outre de favoriser la propagande antituberculeuse et d'instruire, pour les inciter à la création d'œuvres nouvelles, les individus et les collectivités dans les domaines de la prophylaxie. Enfin, l'association crée un office de renseignements sur les questions antituberculeuses chargé en outre d'entretenir des communications avec la Commission permanente de la tuberculose au ministère de l'Intérieur et avec l'Association internationale contre la tuberculose. La Commission permanente contre la tuberculose se destine à être le centre vers lequel convergent toutes les actions menées dans la lutte contre la maladie.

Le professeur Brouardel préside également la Fédération antituberculeuse française, institution privée instituée en 1903. Son but est d'organiser les actions de toutes les œuvres antituberculeuses françaises en préservant leur nom et leur autonomie. La Fédération mobilise ses moyens pour faire connaître les œuvres tant auprès du public parisien que provincial et pour permettre aux utilisateurs de trier les œuvres sérieuses des affairistes masqués derrière de faux élans philanthropiques dénoncés par la Commission d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris.

Les hôpitaux demeurent des lieux dans lesquels l'asepsie est encore mal développée jusque dans les années qui suivent la Première Guerre mondiale. Les espaces dans lesquels sont installés les dispensaires créés au sein des établissements hospitaliers sont soigneusement séparés des chambres de séjour des autres malades. Mais cette séparation est-elle suffisante pour éviter tous les risques de contamination ?

Les sanatoriums sont des centres de soins situés en dehors des villes, dans la campagne, en montagne ou le long du littoral. Leur fonctionnement implique l'isolement des malades vis-à-vis de la population afin d'éviter les risques de contamination. Les sanatoriums ne peuvent donc pas accueillir des consultants venus en externe pour un dépistage de la tuberculose. Les soins sanatoriaux sont longs et coûteux dans la mesure où les patients restent hébergés pendant plusieurs semaines. Les frais de lingerie et de blanchisserie sont particulièrement lourds car les opérations de nettoyage des vêtements et du linge des tuberculeux doivent être répétées souvent pour être efficaces.

La Mutualité proche de l'idéologie solidariste de Léon Bourgeois, évite toutefois l'adhésion des tuberculeux et plus généralement des personnes dont les comportements ne justifient pas une vie saine. Le budget des SSM est abondé par les cotisations d'adhérents dont le nombre augmente au début du XX^e siècle, mais qui doit faire face à des dépenses alourdies par les traitements des malades tuberculeux.

Chapitre 3

La création des premiers dispensaires antituberculeux

Au début du XX^e siècle, la lutte antituberculeuse est principalement axée autour des soins hospitaliers et des cures sanatoriales. L'ouvrage de Yannick Marec³¹² : *Accueillir ou soigner, l'hôpital et ses alternatives du Moyen Age à nos jours*, illustre la problématique liée à l'isolement des malades en milieu hospitalier et la nécessité d'une structure de soins périphérique à l'hôpital. Yvonne Knibiehler signe un article intitulé « La lutte antituberculeuse instrument de médicalisation des classes populaires (1870-1930) » dans lequel elle note une lente évolution de la prise en compte par les médecins d'une prophylaxie directement liée à la tuberculose. « Très répandue, mais rarement foudroyante (pour l'individu comme pour la collectivité) elle est le type même de la « maladie sociale » que les mesures les plus sévères d'hygiène publique (déclaration, isolement, désinfection) ne suffisent pas à enrayer³¹³. »

Le Congrès international de la tuberculose qui se tient à Paris en 1905, est le théâtre de nombreuses controverses qui opposent les acteurs de la prophylaxie antituberculeuse. Le rapport entre les sommes dépensées et les résultats mesurés en termes de survies des malades tuberculeux bénéficiaires d'une cure en sanatorium ne semble pas convaincre tous les acteurs de la lutte contre la tuberculose. Les moyens financiers mis en œuvre doivent-ils être d'origine privée ou publique ? Cette question reste un point majeur de discussion. L'État intervient en dotant la lutte antituberculeuse d'une Commission permanente contre la tuberculose, dont le statut est de type associatif mais qui est dirigée par un homme politique de premier plan en la personne de Léon Bourgeois. Le choix de Léon Bourgeois pour diriger la Commission Permanente est semble-t-il fortement lié à l'esprit du solidarisme qui anime cet homme politique. Tous les membres de la société sont dépendants les uns des autres comme le sont les organes du corps humains, ce qui implique que pour un bon fonctionnement de l'ensemble, aucun des éléments ou aucun groupe social ne doit être oublié dans le traitement des affaires politiques.

Avant la création de la Commission permanente contre la tuberculose, un dispensaire antituberculeux et de préservation sociale est recensé dans le III^e arrondissement parisien, au 44 rue de Poitou. Il propose des traitements gratuits pour tous les tuberculeux indigents de Paris³¹⁴, et des soins pour les maladies de poitrine, larynx, peau, syphilis. Ce dispensaire, affilié par la suite à l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, fonctionne depuis 1898. Cet établissement semble donc être le précurseur dans le domaine de la prophylaxie antituberculeuse parisienne, même si la tuberculose n'est pas la seule maladie ciblée par ce dispensaire. Les créations de dispensaires antituberculeux s'enchaînent dans la

³¹²Yannick Marec, *Accueillir ou soigner, l'hôpital et ses alternatives du Moyen Age à nos jours*, Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2007.

³¹³Yvonne Knibiehler, « La lutte antituberculeuse instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 1979, p. 322.

³¹⁴Confère : Christian Topalov, *Philanthropes en 1900. Londres, New-York, Paris, Genève*, Créaphis, 2019.

France entière, plus largement à Paris puis dans les grandes villes, à partir de l'année 1900, date à laquelle la Commission de lutte contre la tuberculose semble exercer un rôle influent dans le déploiement de centres prophylactiques. Le dispensaire antituberculeux, dès sa création ne semble pas être une alternative aux soins hospitaliers et aux cures sanatoriales, mais il est destiné à une mission beaucoup plus large, celle de structurer les mesures prophylactiques et curatives prodiguées par les différents établissements.

3.1 Les premiers établissements trop vite créés et souvent mal équipés

Paris est une grande ville où la tuberculose sévit en particulier dans les quartiers pauvres où la population indigente vit entassée dans des taudis propices à la propagation des maladies infectieuses³¹⁵.

3.1.1 Un dispensaire par arrondissement ouvre à Paris entre 1900 et 1904

A partir de l'année 1900, de nombreux dispensaires à vocation spécifiquement antituberculeuse, fleurissent dans les arrondissements de la capitale. Il paraît utile de cerner avec le maximum de précision, les premiers établissements ouverts à Paris afin de distinguer leur origine, les moyens dont ils disposent, les soins prodigués aux tuberculeux.

Le tableau ci-dessous liste les premiers dispensaires antituberculeux mis en fonction dans les arrondissements parisiens entre 1900 et 1903. Sont ainsi ciblées toutes les premières créations de dispensaires antituberculeux dans Paris, lieu d'influence de la Commission permanente contre la tuberculose dont les travaux se déroulent dans la capitale.

Les œuvres sont des organisations religieuses ou laïques qui ont pour mission de venir en aide à certaines catégories de personnes. Leur but est religieux, humanitaire ou philanthropique. Un certain nombre d'œuvres sont à l'origine de la fondation des premiers dispensaires antituberculeux ouverts dans les arrondissements parisiens dans la période ciblée.

L'Œuvre Générale des Dispensaires Antituberculeux est fondée par Léon Bonnet qui en 1900 installe rue Saint-Lazare une clinique gratuite pour les travailleurs du quartier sous le nom de dispensaire antituberculeux. Les résultats de ce dispensaire éveillent l'intérêt des sommités médicales et politiques. En juin 1900, l'Œuvre Générale des Dispensaires Antituberculeux est constituée sous l'égide de personnalités telles que Brouardel, Landouzy, Grancher, Lannelongue, Chantemesse, Emile Roux, Léon Bourgeois, Charles Dupuy, Henri Brisson, dont la plupart travaille au sein de la Commission de la tuberculose présidée alors par Jules Siegfried. Fin avril 1900, le dispensaire de la rue Saint-Lazare est transféré à Montmartre, dans des locaux plus grands³¹⁶.

³¹⁵Confère : Jean-Luc Pinol, Maurice Garden, *Atlas des parisiens de la Révolution à nos jours*, Parigramme, 2009.

³¹⁶Gustave Rouannet, *Réunion tenue le 19 janvier 1902 à la mairie du XVIII^e arrondissement, sous la présidence du Président du Conseil des ministres, Waldeck-Rousseau*, Œuvre générale des dispensaires antituberculeux, Archives de l'École de Médecine de Paris, côte 27919 (2), p.15.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 16- Les premiers dispensaires antituberculeux ouverts à Paris entre 1900 et 1903, classés par arrondissement³¹⁷ :

Arrondissements	Adresse du dispensaire	Année ouverture	Organisme responsable
I	Dispensaire antituberculeux du Louvre, 21 rue Saint-Roch Dispensaire antituberculeux 11 rue Bailly	1903 Oct.1903	OGDA Léon Bonnet Employés des postes
II	Dispensaire antituberculeux 220 rue de Valois	Oct. 1903	Employés des postes
III	Dispensaire antituberculeux du Temple	1903	OGDA Léon Bonnet
IV	Dispensaire antituberculeux de l'Hôtel de Ville	1903	OGDA Léon Bonnet
V	Dispensaire antituberculeux du Panthéon	1903	OGDA Léon Bonnet
VI			
VII			
VIII	Dispensaire antituberculeux des VIII et XVII	Voir XVII arrondissement	
IX	Dispensaire antituberculeux de St-Lazare 28 rue St-Lazare Dispensaire antituberculeux de la rue de Bellefond Dispensaire antituberculeux de la rue Condorcet	Janv.1900 Mars 1901 1903	OGDA Léon Bonnet OTH S. Bernheim OAP C. Simionesco
X	Dispensaire antituberculeux, rue de Dunkerque	1903	
XI	Dispensaire antituberculeux de Popincourt Dispensaire antituberculeux rue du commandant Lamy	1903 1902	OGDA Léon Bonnet Enseig.prim. Seine
XII	Dispensaire antituberculeux de Reuilly Dispensaire antituberculeux du XIIe	1903 Mai 1902	OGDA Léon Bonnet OTH S. Bernheim
XIII	Dispensaire antituberculeux des Gobelins, 10 rue Fontaine-à-Mulard	Juin 1902	OGDA Léon Bonnet
XIV	Dispensaire antituberculeux de Plaisance, 10 rue Schomer Dispensaire antituberculeux, 23 rue Guillemillot	Juin 1902 1900	OGDA Léon Bonnet OTA L. Chaptal
XV	Dispensaire antituberculeux de Vaugirard, rue Lecourbe Dispensaire antituberculeux dirigé par le doct. Boureille	Mai 1902 1903	OGDA Léon Bonnet OMA
XVI			
XVII	Dispensaire antitub. des Batignolles, 10 rue des Apennins Dispensaire antituberculeux 54 bis rue Boursault	1903 Avril 1902	OGDA Léon Bonnet DA des VIII et XVII
XVIII	Dispensaire antitub. de Montmartre, 115 rue Marcadet	Avril 1901	OGDA Léon Bonnet
XIX	Dispensaire antituberculeux 26 bis rue de l'Argonne Dispensaire antituberculeux, 9 rue Mathis	1903 1903	OTA L. Chaptal
XX	Dispensaire antitub. des Buttes-Chaumont, 91 rue Manin Dispensaire antitub. des Tourelles, 6passage des Tourelles Dispensaire antitub. Jouyve-Taniès 190 rue des Pyrénées	1903 1903 1903	OGDA Léon Bonnet ODT Municipalité de Paris

Légende des sigles des œuvres fondatrices des premiers dispensaires antituberculeux parisiens :

OGDA : Œuvre Général des Dispensaires Antituberculeux

OTH : Œuvre de la Tuberculose Humaine

OAP : Œuvre Antituberculeuse de Paris

ODT : Œuvre du Dispensaire des Tourelles

OMA : Œuvre Médico-sociale Antituberculeuse

OTA : Œuvre des Tuberculeux Adultes

Albert Calmette que ses recherches pour lutter contre la tuberculose ont déjà rendu célèbre écrit :

« Il existe à Paris, en plein Montmartre, rue Marcadet³¹⁸, depuis quelques semaines, un dispensaire créé par le docteur Bonnet et dont le budget est alimenté par un généreux industriel du quartier. L'Œuvre de la Tuberculose humaine vient également d'en instituer un autre sous les

³¹⁷Armement antituberculeux de la France, Organisation départementale de la Seine, Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, CNDT, Masson et Cie, Paris 1922.

³¹⁸En fait, le dispensaire est établi au 115 rue Marcadet, selon le discours prononcé par Gustave Rouannet lors de la conférence du 19/01/1902 citée ci-dessus.

auspices d'un Comité de Médecins. De son côté, à Liège, mon ami le docteur Malvoz, Directeur du laboratoire provincial de bactériologie, entreprenait une campagne dans le même but, et grâce au concours d'un riche philanthrope belge, il parvenait dès le mois de juillet 1900 à ouvrir un premier dispensaire dans les locaux disponibles de son laboratoire. Quelques mois après, d'autres institutions semblables se créaient à Verviers, à Huy, à Mons³¹⁹. »

Le dispensaire antituberculeux du docteur Bonnet a pour but de préserver les nouvelles victimes potentielles de la tuberculose, et d'améliorer l'état des malades curables, au tout premier stade de la maladie, en employant un moyen simple, économique et rapide, suivant les expressions du docteur Bonnet. Léon Bonnet observe que les campagnes de préventions conçues à partir de conférences, de brochures et d'affiches, touchent principalement les personnes instruites déjà converties aux méthodes de prévention. Il crée le dispensaire antituberculeux, pour activer la prévention et la guérison de la tuberculose pulmonaire pour les personnes moins instruites et donc plus vulnérables. Une éducation antituberculeuse, des soins, des désinfections et des médicaments sont donnés gratuitement, ainsi qu'une assistance alimentaire prodiguée sous forme de sérum musculaire³²⁰.

Léon Bonnet fonde et préside l'Œuvre Générale des Dispensaires Antituberculeux et des cures d'air populaires de Paris et de la Province. L'Œuvre possède des établissements philanthropiques à Paris et en Province.

« Léon Bonnet réalisa un établissement vaste et simple à la fois. Des médecins dévoués auscultent les malades, les examinent aux rayons X et établissent le traitement d'urgence pour lequel des médicaments sont distribués au dispensaire dans la mesure des ressources³²¹. »

L'action du docteur Bonnet est suivie quelques semaines plus tard par la création de l'un de ses confrères qui à son tour fonde une œuvre de prophylaxie antituberculeuse. L'œuvre de la Tuberculose Humaine est une société philanthropique fondée en 1901 par le docteur Samuel Bernheim. Elle a pour but de faciliter la création des œuvres antituberculeuses, dispensaires mais également sanatorium, cures d'air, colonies de vacances. Elle a pour vocation

³¹⁹Albert Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur d'Hygiène et de Bactériologie de la faculté de Médecine, *Le dispensaire antituberculeux Emile Roux à Lille*, 1901, Archives de l'Institut Pasteur de Paris côte 27919 (29).

³²⁰Léon Bonnet, *Réunion tenue le 19 janvier 1902 à la mairie du XVIII^e arrondissement, op.cit., p.22*. L'assistance alimentaire sous forme de sérum musculaire est une thérapie utilisée contre la tuberculose appelée zomothérapie. Le sérum musculaire est obtenu à partir de jus de viande crue ou de suc musculaire. Il permet de nourrir les malades tuberculeux en état de sous nutrition. La consommation de grande quantité de viande rouge crue, particulièrement recommandée à cette époque dans les soins aux tuberculeux, génère de la répugnance chez les patients et est très difficilement acceptée par les enfants. Les travaux de Richet et Héricourt en 1899, ont permis de mettre au point ce sérum obtenu par pressage de la viande quelques heures après l'abattage de l'animal. Ces informations sont issues du livre de Daniel Schimann, interne de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine, intitulé *Etude clinique et thérapeutique de la zomothérapie dans le traitement de la tuberculose et des états de dénutrition*, Imprimerie E. Arrault, Tours, 1913.

³²¹Philippe Sauvan, *L'évolution du dispensaire antituberculeux, Thèse de médecine*, le 25 novembre 1914, Montpellier, 1914, p.49. Philippe Sauvan écrit que peu soutenu, à peu près sans ressources, Léon Bonnet dut fermer un à un ses établissements.

d'organiser des actions de préservation, d'hygiène sociale, de combattre les logements insalubres. Le docteur Samuel Bernheim organise à Paris le dispensaire de la rue de Bellefond dans le IX^e arrondissement qui entre en fonction en mars 1901. Dès la première année, ce dispensaire donne 7 500 consultations, distribue des médicaments, des aliments et des secours en espèces.

« Dans les premiers mois de 1901, M. le conseiller municipal Colly obtenait la fondation du dispensaire modèle du XII^e arrondissement, qui put s'élever sur un terrain donné par la ville, grâce à une somme de 30 000 francs prélevée sur le pari-mutuel³²². »

Le 13 mai 1902, l'Œuvre de la Tuberculose Humaine est à l'origine de l'ouverture d'un nouvel établissement. Le dispensaire du XII^e arrondissement est inauguré avec une grande publicité par Alexandre Millerand alors ministre du Commerce. Les deux principales œuvres en termes de nombre de dispensaires fondés sont celles des docteurs Bonnet et Bernheim.

Des œuvres moins importantes sont créées. Elles complètent le dispositif de prophylaxie antituberculeuse qui s'installe rapidement dans la capitale. Les informations concernant ces dispensaires sont publiées dans un ouvrage intitulé *Armement antituberculeux de la France*, Organisation départementale de la Seine, Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine et publié par le Comité National de Défense contre la Tuberculose en 1922³²³.

L'Œuvre Antituberculeuse de Paris est fondée en 1902. Son président-fondateur, le docteur Constantin Simionesco ouvre un dispensaire antituberculeux en 1903 rue Condorcet dans le IX^e arrondissement de Paris.

Puis, l'Œuvre Médicosociale Antituberculeuse fonde un dispensaire dans le XV^e arrondissement, ouvert en 1903 et dirigé par le docteur Boureille. Cet établissement a pour vocation de rechercher des tuberculeux indigents, d'assister le malade et de préserver son entourage. Grâce à une subvention de la ville de Paris, un laboratoire spécialement installé pour les recherches bactériologiques, les analyses d'urine et l'examen du sang est annexé au dispensaire qui est désinfecté chaque semaine dans les étuves municipales. Il est destiné aux malades qui ne peuvent pas bénéficier des soins sanatoriaux. À côté des consultations, le docteur Boureille a créé des colonies et des demi-colonies de vacances, c'est-à-dire des séjours de quelques jours à la campagne, au grand-air, loin de l'air vicié des grands centres urbains, afin de préserver de la tuberculose les enfants sains issus de familles démunies.

Cette année 1903, l'Œuvre du Dispensaire des Tourelles installe un dispensaire dans le passage des Tourelles dans le XX^e arrondissement. Il est subventionné par le conseil municipal de Paris et affilié à la Fédération antituberculeuse³²⁴ présidée par le professeur Brouardel. Son action vise à assister les tuberculeux adultes indigents et à répandre l'éducation antituberculeuse dans la population ouvrière. Il distribue aux indigents des médicaments, des bons de pains et de viande, des objets de literie, des vêtements et des crachoirs.

³²²Paul Dislère, *Les dispensaires antituberculeux, Assemblée générale des Dames patronnesses, janvier 1903, op.cit.*, p.24.

³²³*Armement antituberculeux de la France, op.cit.*

³²⁴Archives de l'École de Médecine de Paris, côte n° 58641 (25).

Depuis le mois de juin 1894, l'Œuvre des Tuberculeux Adultes exerce des actions contre la maladie. En 1900, Léonie Chaptal³²⁵, fondatrice de l'Œuvre, est installée dans le quartier de Plaisance³²⁶ dans lequel son frère est vicaire de la paroisse de l'église Notre-Dame-du-Travail. Devant les ravages causés par la tuberculose dans ce quartier, Léonie Chaptal fonde en 1894 un dispensaire rue Vercingétorix et propose une fusion des deux dispensaires en 1901. L'Œuvre des Tuberculeux adultes est reconnue d'utilité publique et a pour but de créer et d'entretenir des dispensaires et des sanatoriums pour les tuberculeux adultes âgés de 16 ans au moins, indigents et pour leurs familles, sans distinction de sexe, de nationalité ni de domicile. Entre 1900 et 1903, l'Œuvre ouvre deux dispensaires, un dans le XIX^e situé au 26 bis rue de l'Argonne, et un dans le XIV^e au 23 rue Guillemillot³²⁷. Ces dispensaires offrent des consultations gratuites, des soins à domicile prodigués par une infirmière, une inspection des logements, des désinfections de locaux et du linge contaminés. Une buanderie à vapeur est annexée au dispensaire de la rue Guillemillot pour désinfecter gratuitement le linge des tuberculeux indigents. Deux chauffes par semaines permettent de traiter environ 1 000 kg de linge et de venir en aide à 50 familles³²⁸. Léonie Chaptal fonde en 1903 l'Œuvre des cures d'air préventive, destinée à faire profiter aux familles ouvrières des journées au grand air dans les bois de Clamart.

Les œuvres sont financées par les dons de leurs membres. Les notables, les hommes politiques, des scientifiques figurent souvent sur la liste des membres fondateurs des œuvres, offrant une carte de visite ainsi que des gages de sérieux et de moralité aux futurs membres -donateurs.

Une loi de 1901 a permis d'organiser le fonctionnement des associations. Elles peuvent bénéficier de legs et d'héritages qui permettent d'augmenter leur patrimoine immobilier. Ce sont des institutions privées qui reçoivent des subventions publiques lorsqu'elles sont reconnues d'utilité publique. L'association nommée *Dispensaire Antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements* a pour but de fournir aux indigents domiciliés dans ces arrondissements et atteints de tuberculose des soins gratuits, de leur donner des conseils d'hygiène et si nécessaire un supplément alimentaire. Le dispensaire ouvre en avril 1902, 54 bis rue Boursault dans le XVII^e. Il reçoit le patronage médical des professeurs Landouzy, Letulle, Calmette ainsi que de M.Sersillon, secrétaire général de la Fédération antituberculeuse française. Le président du Conseil d'administration de l'association est Auguste Lalance, trésorier de la Fédération antituberculeuse française. Parmi les autres membres de ce conseil figurent le maire du XVII^e arrondissement, des conseillers municipaux et des personnels de la préfecture de la Seine. L'établissement est reconnu d'utilité

³²⁵Léonie Chaptal (1876-1937) est la petite-fille du chimiste et savant Chaptal. Poussée par sa foi chrétienne, femme de caractère, d'action et de conviction elle est le précurseur de l'infirmière moderne et œuvre en matière d'assistance sociale en France.

³²⁶Jean-Louis Robert, « Plaisance près Montparnasse. Quartier parisien, 1840-1985 », *Revue d'histoire du XIX^e siècle* n° 48, 2014. Jean Louis Robert décrit dans son ouvrage le quartier de Plaisance au XX^e siècle comme un quartier populaire, pauvre, où les maisons insalubres abritent une population composée de migrants venus des provinces à Paris. La tuberculose prolifère alimentée par le chômage, l'alcoolisme et la prostitution.

³²⁷Yvonne Knibiehler, « La lutte antituberculeuse instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930), in *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, op.cit.

³²⁸ Dehau, Ledoux-Lebard, *La lutte antituberculeuse en France*, Masson et Cie, Paris, 1906, p.102.

publique et assure le traitement gratuit des enfants et des adultes des deux sexes, le placement des enfants à la campagne, la désinfection du linge et des logements. Il distribue gratuitement des œufs, du lait, de la poudre de viande et des médicaments. Ce dispensaire assure ses fonctions entre deux arrondissements parisiens dont les caractéristiques sont très différentes. Une documentation détaille le fonctionnement de cet établissement. Ce fascicule édite un rapport chaque année de 1903 à 1917 dont les exemplaires sont disponibles à la BNF. Le VIII^e, qui a beaucoup de logements bien aérés et salubres, présente pour 100 000 habitants une mortalité annuelle de :

- « 19.9 pour le quartier du Roule
- 17.7 pour le quartier de l'Europe
- 10.8 pour le quartier des Champs-Élysées

Dans le XVII^e arrondissement, pour le même nombre d'habitants, les chiffres sont les suivants :

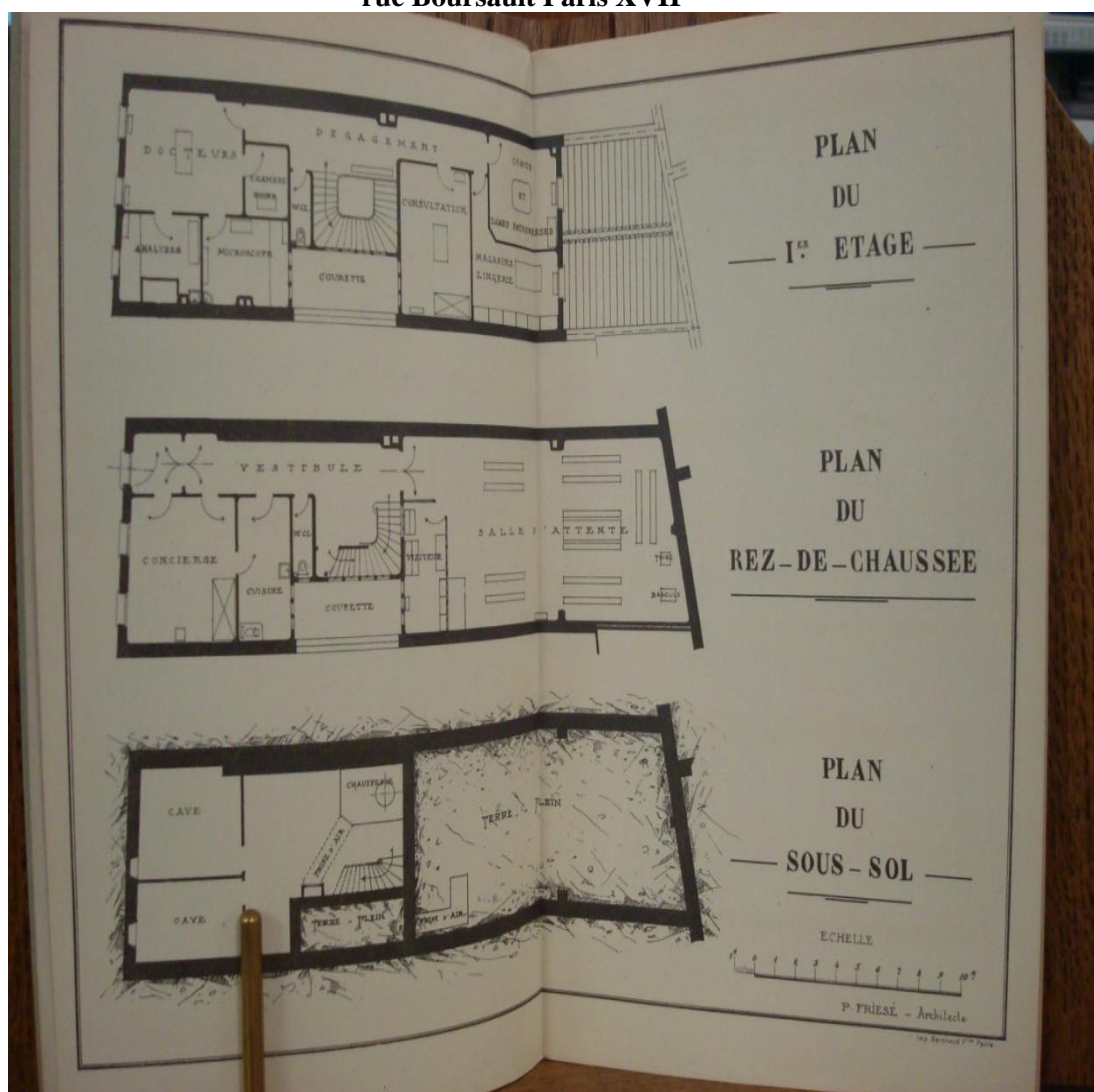
- 39.7 pour le quartier des Ternes
- 30.9 pour le quartier de Monceau
- 41.9 pour le quartier des Batignolles
- 60.9 pour le quartier des Epinettes³²⁹. »

Ainsi pour le même nombre d'habitants, il y a aux Epinettes près de six fois plus de décès par tuberculose qu'aux Champs Élysées. En 1903, ce dispensaire reçoit 33 000 francs de subvention sur les fonds du Pari Mutuel attribuée par le ministère de l'Agriculture et 13 000 francs du ministère de l'Intérieur. Il reçoit en outre environ 18 000 francs de dons et perçoit 5 800 francs de cotisations.

Voici le plan du dispensaire qui montre que l'établissement utilise deux des étages de l'immeuble, avec au rez-de-chaussée la salle d'attente. Au premier étage se trouve une salle pour le comité et les dames patronnesses, un magasin et une lingerie, une salle de consultation, une chambre noire, une salle de microscope et une salle d'analyse, un bureau des docteurs. Cet établissement est confortablement installé puisqu'il laisse un espace conséquent pour la salle d'attente et des locaux suffisants qui permettent l'installation de tout le matériel nécessaire au bon fonctionnement d'un établissement prophylactique. Le dispensaire des VIII^e et XVII^e arrondissements dispose de moyens matériels qui semblent importants, certainement supérieurs à la moyenne des établissements parisiens ouverts au début du XX^e siècle.

³²⁹*Rapport du 16 mars au 30 septembre 1903*, Dispensaire Antituberculeux des VIII^e et XVII^e Arrondissements, Imprimerie Chaix, Paris, 1903.

Figure 17- Dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissement, rue Boursault Paris XVII^e³³⁰



Les données chiffrées suivantes concernent l'activité de ce dispensaire, dont voici une synthèse pour l'année 1903 :

Figure 18-

Mouvements du dispensaire des VIII ^e et XVII ^e arrondissements de Paris du mois de mars au mois de septembre 1903												
Mois	Consultants				Reconnus tuberculeux				Éliminés non tuberculeux			
	H	F	E	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total
Mars	26	29	1	56	12	11	0	23	14	18	1	33
Avril	31	34	19	84	23	15	6	44	8	19	13	40
Mai	39	27	15	81	27	13	3	43	12	14	12	38
Juin	37	38	28	103	27	24	6	57	10	14	22	46
Juillet	47	29	20	96	23	17	9	49	24	12	11	47
Août	14	7	4	25	9	4	2	15	5	3	2	10
Septembre	16	17	10	43	10	12	6	28	6	5	4	15
Octobre												
Novembre												
Décembre												
	210	181	97	488	131	96	32	259	79	85	65	229

³³⁰ *Dispensaire antituberculeux VIII^e et XVII^e arrondissements Rapport 1904*, Imprimerie Chain, Paris 1905, Archives de l'APHP côte 822Foss501.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

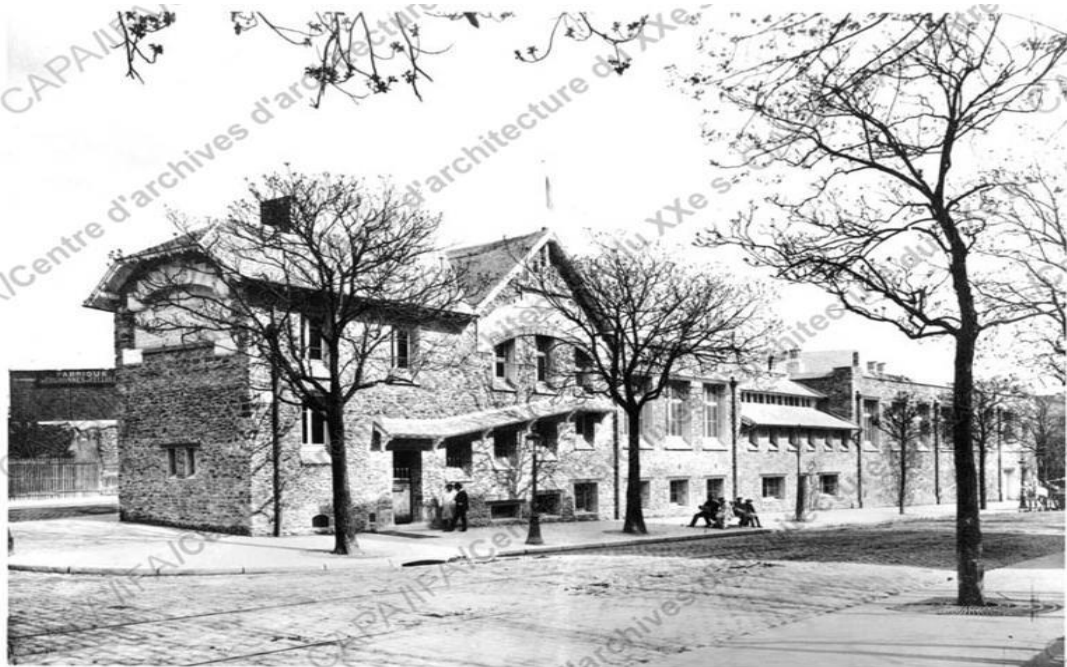
53% des personnes qui ont consulté le dispensaire entre les mois de mars et septembre 1903 ont été déclarées tuberculeuses, soit plus de la moitié des consultants. La répartition par sexe montre que 62% des hommes consultants sont déclarés tuberculeux contre 53% des femmes et 33% des enfants. Les éliminés non tuberculeux ont subi un examen médical préventif.

Les municipalités peuvent être à l'origine de la fondation de dispensaire. Ainsi, le Conseil municipal de Paris, rapporte au nom de la 5^e commission, la création d'un dispensaire antituberculeux rendue possible grâce aux libéralités de mesdames Jouye-Rouve et Taniès qui lèguent leur fortune à la Ville de Paris.

« Les fonds à provenir des dons de nos deux donatrices suffiront à assurer, sur un terrain appartenant à la Ville et situé dans le 20^e arrondissement rue de Juillet, la construction, l'installation et le fonctionnement de ce dispensaire en attendant que d'autres ressources provenant de l'initiative privée en favorisent le développement³³¹ ».

Le dispensaire Jouye-Rouve-Taniès est construit entre 1903 et 1904 et est situé 190 rue des Pyrénées dans le XX^e arrondissement, un des plus ravagés par la tuberculose. Il assiste et traite les tuberculeux enfants à partir de l'âge de 7 ans et les adultes des deux sexes. Il distribue des médicaments gratuitement. Il offre aux tuberculeux pauvres reconnus curables, le repos dans un milieu aéré, éclairé et chauffé convenablement et un repas³³². Des galeries de repos sont ouvertes et à ce titre cet établissement diffère des autres dispensaires antituberculeux qui ne proposent pas de lieux de repos aux malades qui les fréquentent. Ces galeries de repos bien aérées font référence aux galeries des sanatoriums.

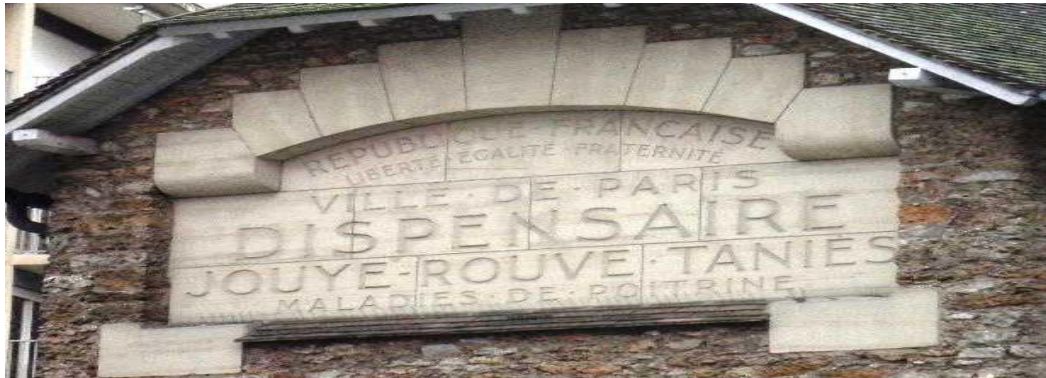
Figures 19- Dispensaire Jouye Rouve et Taniès³³³



³³¹ Ambroise Rendu, Conseil municipal de Paris, 1902. Archives de l'École de médecine de Paris, côte n° 110135 (97).

³³² *Ibid.*

³³³ Fonds Bonnier-Louis (1856-1946) 1903-1904 rue des Pyrénées Paris XX^e, Cliché A. Chevojon et Dujour, Objet BONLO-C-1903-1. Dossier 035 Ifa 508.



Le fronton du dispensaire Jouye-Rouve-Tanies dont voici une photo possède en son entête la devise de la République Française : LIBERTE-EGALITE-FRATERNITE. Cette inscription indique la volonté de montrer une implication qui va au-delà de l'effort philanthropique des généreux donateurs dont les noms figurent en larges lettres, et de la ville de Paris, mais encore une manifestation d'un élan national, épaulé par des institutions gouvernementales pour lutter contre les « maladies de poitrine ». Le terme de « poitrinaire » se disait d'une personne atteinte d'une affection pulmonaire, en particulier de la tuberculose³³⁴. Les mots « maladie de poitrine » évitent l'écriture du nom d'une maladie qui effraie la population : la peste blanche, la tuberculose.

« Le dispensaire occupe 800 mètres carrés dans un angle aigu formé par la réunion de la rue de Stendhal à la rue des Pyrénées. L'immeuble ne comprend qu'un étage consacré au public et recouvert de terrasses plantées. Les enfants qui viennent au dispensaire soit comme malades, soit amenés par leurs parents en traitement, trouvent grâce à ces terrasses, des espaces libres et surveillés.

Le dispensaire comprend outre les salles d'attente et de déshabillage, outre le cabinet de consultation, une chambre de radiologie, un réfectoire, des cabines de bains et de bains- douche³³⁵. »

Les fonds dont dispose ce dispensaire ont permis l'acquisition d'un appareil de radiologie, appareillage très couteux en 1903. D'autre part, l'architecture de ce dispensaire est semble-t-il novatrice par rapport à la structure pavillonnaire choisie pour la construction des hôpitaux parisiens depuis le XIX^e siècle³³⁶. Le dispensaire Jouye-Rouve-Tanies est constitué d'un bâtiment comportant deux étages dont un « recouvert de terrasses plantées » ouvert au public. Les architectes n'ont pas choisi une structure à plusieurs bâtiments, est-ce une réelle innovation, ou bien l'utilisation optimale d'un espace plus réduit offert par la géographie du terrain utilisé pour la construction de ce dispensaire ?

Un dispensaire antituberculeux ouvre en 1903 au 9 rue Mathis dans le XIX^e arrondissement et a pour vocation l'assistance et le traitement des malades enfants et adultes. Cette même année, un établissement est inauguré rue de

³³⁴Le Petit Larousse, édition 2000.

³³⁵Dehau, Ledoux-Lebard, *La lutte antituberculeuse en France*, op.cit., p.106.

³³⁶Pierre-Louis Laget, « L'architecture hospitalière à Paris depuis le projet modèle proposé par le chirurgien Tenon, jusqu'à l'inauguration du nouvel hôpital Beaujon (1788-1935) », *Les maux et les soins*, op.cit.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

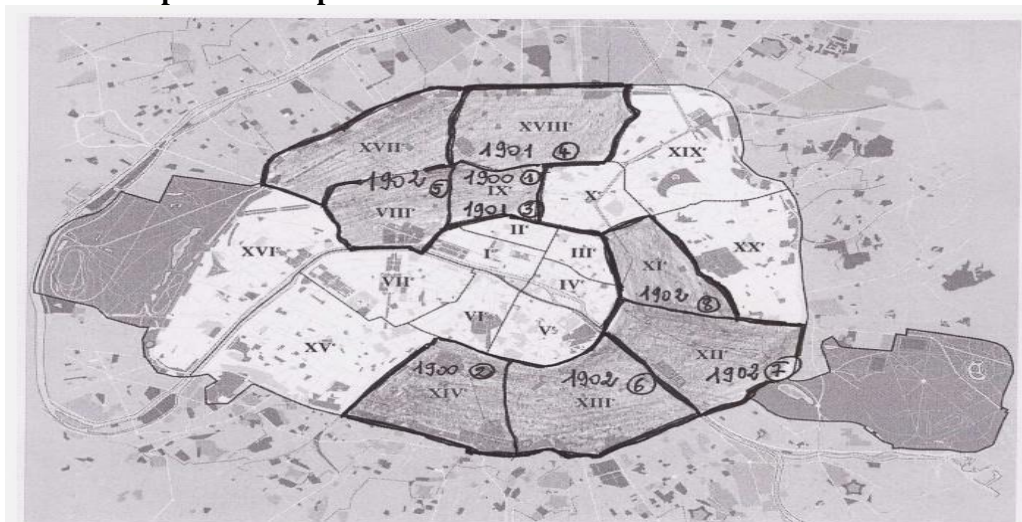
Dunkerque dans le X^e arrondissement. Il offre des soins gratuits aux malades tuberculeux ainsi que des secours en médicaments, aliments et espèces. L'origine des fonds qui ont permis l'ouverture de ces établissements ainsi que la forme de l'organisation qui les administre restent aujourd'hui inconnues.

Les dispensaires antituberculeux des I^{er} et II^e arrondissements dépendent à la fois de l'Œuvre de la Tuberculose Humaine et de la Société d'Assistance Mutuelle et de l'Union et la Fraternité des Postes et Télégraphes. Ils sont installés 11 rue Bailly et 22 rue de Valois. Ils ouvrent en octobre 1903 et sont réservés aux personnes, hommes, femmes et enfants, qui habitent ou qui travaillent dans ces arrondissements et dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir aux frais liés au traitement de la maladie.

Le dispensaire de la Société Antituberculeuse de l'Enseignement Primaire de la Seine est situé rue du commandant Lamy dans le XI^e arrondissement. Il ouvre en 1902 et offre des soins gratuits à tous les fonctionnaires actifs ou retraités de l'enseignement primaire public et au personnel enseignant et technique des écoles professionnelles de la Seine. Il propose des services en matière de désinfection de locaux contaminés et de prophylaxie.

Pour conclure sur les ouvertures des premiers dispensaires antituberculeux parisiens, les observations présentées permettent d'effectuer quelques remarques. La carte ci-dessous indique que les arrondissements de Paris les premiers dotés d'un dispensaire antituberculeux sont situés dans les quartiers les plus éloignés du centre au nord et au sud de la capitale. Ces arrondissements excentrés sont les plus pauvres et les plus touchés par la tuberculose, ce qui tend à montrer que les installations de dispensaires ne se sont pas faites de manière désordonnée, mais en fonction des besoins les plus forts en matière de prophylaxie.

Carte 3 - Carte des arrondissements de Paris indiquant l'année d'ouverture des premiers dispensaires antituberculeux entre 1900 et 1902.



Après l'étude des dispensaires ouverts à Paris entre 1900 et 1903 un tableau permet de récapituler le nombre des dispensaires antituberculeux ouverts dans cette période, classés dans l'ordre décroissant des arrondissements dans lesquels la mortalité tuberculeuse est la plus importante. La première ligne du

tableau liste les arrondissements, la deuxième ligne indique le nombre de dispensaires antituberculeux ouverts dans l'arrondissement entre 1900 et 1903 :

Nombre de dispensaires ouverts entre 1900 et 1903 par arrondissements à Paris :

Arrondissements	XIV	XX	XIX	XV	XVIII	XI	XIII	IV	V	XII	III	X	XVII	II	VII	VI	I	XVI	IX	VIII
Nombre	2	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	0	0	2	0	3	1

Trois arrondissements ne sont pas pourvus de dispensaires antituberculeux en 1903. Les premiers établissements ouverts ont permis d'apporter des soins en priorité aux quartiers de Paris les plus touchés par la tuberculose à savoir les XI^e, XIV^e, XV^e, XVIII^e, XIX^e et XX^e arrondissements, comme l'avait observé le docteur Georges Bourgeois. A ce titre, les IX^e et XX^e comptent chacun trois dispensaires. Les quartiers les plus épargnés sont également dotés de dispensaires très rapidement, les œuvres et associations diverses permettent la création d'établissements dont la vocation est de secourir, d'informer, de soigner les tuberculeux indigents ainsi que leurs familles. La désinfection des habitations et du linge sont des actions de prophylaxie antituberculeuse importantes.

3.1.2 Les carences des premiers dispensaires vite dénoncées

Le fonctionnement des premiers dispensaires antituberculeux est très différent d'un établissement à l'autre. Les financements ne sont pas assurés par les mêmes entités. La majorité des dispensaires offre ses soins à un public de personnes indigentes ou très démunies tant sur le plan financier que culturel. Toutefois, la distribution d'aides alimentaires ou en logement n'est pas assurée par tous les établissements. La désinfection du linge des malades tuberculeux n'est prise en charge que par quelques dispensaires. Cette opération nécessite un dispositif dont l'organisation pour être efficace est lourde et implique de nombreuses précautions dans la manipulation du linge infecté. Elle constitue une action prophylactique primordiale pour limiter la propagation de microbes. Les soins à domicile qui caractérisent l'action des dispensaires ne sont pas effectués par tous les établissements et lorsqu'ils le sont, les missions des visiteurs à domicile varient de l'information, à la surveillance médicale, à la recherche systématique des malades potentiels au sein des familles. Enfin, tous les dispensaires ne constituent pas des centres de diagnostics antituberculeux. Dans certains cas, le dépistage est effectué par le bureau de bienfaisance. Le médecin du dispensaire se charge alors du suivi du malade et de sa famille. Toutefois, des similitudes apparaissent dans le fonctionnement des premiers dispensaires antituberculeux. Tous proposent en effet des consultations effectuées à des jours et heures affichés et communiqués dans des plaquettes de propagande. Un enseignement prophylactique est diffusé dans les dispensaires ouverts principalement à l'usage de consultants issus de la classe ouvrière.

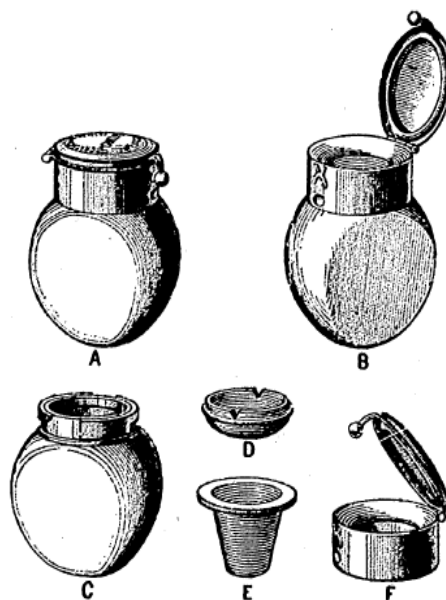
Mais surtout, tous les dispensaires distribuent des crachoirs de poche aux malades. Cet accessoire est un élément fondamental de la lutte contre la propagation antituberculeuse en ce début du XX^e siècle. Les personnels des dispensaires enseignent aux malades la façon d'éviter que leurs expectorations dont la charge bacillaire est importante, ne pulvérisent dans l'air un microbe actif capable de contaminer les personnes saines côtoyant de près ou de loin les tuberculeux. Le professeur Calmette démontre en outre que le malade qui ingère

ses crachats infectés, surinfecte son propre organisme. Le crachoir de poche est donc doublement utile en protégeant le malade de la surinfection et son entourage de la primo-infection.

Figure 20- Crachoir fermé et crachoir de poche modèle du docteur Guelpa

Crachoir fermé ³³⁷

Crachoir de poche modèle du docteur Guelpa ³³⁸



A : Crachoir fermé

B : Crachoir ouvert

C,D,E,F : pièces qui composent le crachoir démonté

D : Pièce de caoutchouc qui assure la fermeture hermétique du couvercle

E : Entonnoir en caoutchouc qui empêche le liquide contenu en C de s'écouler au dehors quand le crachoir est renversé (système de l'encrier inversable)]

Comme en témoignent les chiffres des mouvements enregistrés dans le dispensaire du VIII^e et XVII^e arrondissement parisien³³⁹, les dispensaires antituberculeux créés connaissent rapidement un certain succès de fréquentation. Toutefois, les premiers dispensaires ne font pas l'unanimité dans l'opinion publique, comme le révèle ces phrases issues d'un ouvrage paru en 1906 concernant la lutte antituberculeuse en France.

« Ces institutions qui ne sont pas exception, donnent l'illusion d'œuvres humanitaires et ne sont en réalité que des centres de compétitions ou d'intérêts : nous les appellerions volontiers des dispensaires-réclames,

³³⁷ Pièce issue de la collection privée de Myriam Laurent, demeurant à Féricy, en Seine-et-Marne.

³³⁸ Weill-Mantou, docteur, *Guerre à la tuberculose*, Librairie Armand Colin, Paris, 1902, p. 12.

Le crachoir de poche ou le crachoir fixe installé dans les lieux publics, semble le moyen le plus sûr pour éviter que les expectorations des tuberculeux ne viennent infecter l'air, l'eau, la nourriture...

Un liquide antiseptique est introduit chaque matin au fond du crachoir qui est vidé en suivant un protocole très précis chaque soir. Le crachoir et son mode d'utilisation sont abondamment distribués dans les dispensaires antituberculeux. Dans les lieux publics l'installation de panneaux INTERDICTION DE CRACHER PAR TERRE ainsi de la présence de crachoirs ne sont pas des barrières pour empêcher les mauvaises habitudes des usagers des lieux publics, comme le constatent le docteur Decoudier et Madame Bilère directrice d'école dans l'ouvrage intitulé *Hygiène et tuberculose*, Librairie Générale de l'enseignement, Paris, 1903, p. 11.

³³⁹ *Rapport du 16 mars au 30 septembre 1903*, Dispensaire des VIII^e et XVII^e, *op.cit.*

parce que la réclame se fait pour tous. Elle se fait pour le médecin-directeur consacré spécialiste au cours de l'inauguration officielle ; pour les assistants que rend nombreux l'attrait d'un titre nouveau et le prestige d'une décoration rêvée et facilement accordée ; elle se fait enfin pour le parti politique qui domine dans le Conseil d'Administration et qui surveille jalousement son arme électorale de choix³⁴⁰. »

En mai 1903, le Conseil d'Hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris, nomme une Commission pour étudier l'opportunité d'une réglementation à appliquer aux dispensaires antituberculeux. Des médecins-inspecteurs des épidémies sont chargés par l'administration de visiter les dispensaires antituberculeux. Leurs comptes rendus sont transmis au rapporteur de la Commission. Les médecins inspecteurs dénombrent 20 dispensaires dont la fréquentation journalière s'établit de la façon suivante : « de 10 à 20 patients pour 4 dispensaires, de 20 à 30 patients pour 4 dispensaires, de 30 à 50 patients pour 5 dispensaires, de 50 à 80 patients pour 5 dispensaires, de 80 à plus de 100 patients pour 2 établissements³⁴¹. »

Les inspecteurs constatent que les heures d'ouverture des dispensaires, placées le plus souvent en soirée, sont calculées de manière à favoriser l'accès à la population ouvrière tributaire de ses horaires de travail. Les médecins-inspecteurs soulignent que 6 dispensaires sont enclavés dans des maisons à multiples locataires. Seuls 4 établissements offrent des toilettes à l'usage spécifique des consultants. Seuls 5 dispensaires sont pourvus de crachoirs, 7 établissements affichent des panneaux mentionnant une interdiction de cracher par terre, sans fournir de crachoirs. De manière générale, les inspecteurs constatent l'exiguïté des locaux et notamment des salles d'attente compte tenu du nombre important de patients qui s'accumulent au moment des consultations. La conclusion du rapport de la Commission du Conseil d'Hygiène publique et de salubrité de la ville est sans ambiguïté :

« A côté de quelques dispensaires hygiéniquement et parfois luxueusement organisés, il existe des installations sommaires, insuffisantes, médiocres, on pourrait presque dire mauvaises, dans lesquelles ne sont pas observées les mesures de propreté et d'hygiène indispensables à la salubrité, à la sécurité des malades consultant et des habitants de l'immeuble et du voisinage... A côté d'établissements convenablement installés et fonctionnant régulièrement, le Conseil ne saurait oublier qu'il peut s'édifier et qu'il se créera très probablement, si l'on n'y met obstacle, des soi-disant cliniques spéciales, des Instituts particuliers, ateliers d'exploitation et de réclame aussi dangereux pour les malades eux-mêmes que pour la salubrité publique³⁴². »

³⁴⁰Dehau, Ledoux-Lebard, *La lutte antituberculeuse en France*, Masson et Cie, Paris, 1906, p.95.

³⁴¹*Revue municipale du 08/08/1903*, Paris, p. 492 à 495.

³⁴² *Ibid.*

La Commission à la suite de ses travaux, fait adopter par le Conseil la proposition d'appliquer aux dispensaires antituberculeux la réglementation concernant les maisons de santé adoptée par le Conseil dans sa séance du 11 juin 1897. L'article 9 de cette réglementation spécifie les prescriptions d'hygiène que les établissements doivent offrir pour garantir la sécurité des patients. La Commission ne rédige pas de conditions particulières s'appliquant aux dispensaires antituberculeux alors même que les conditions de propagation du bacille de Koch imposent des mesures prophylactiques beaucoup plus strictes que celles utilisées contre d'autres maladies infectieuses.

Les actions menées contre la tuberculose sont nombreuses en ce début du XX^e siècle, mais elles sont mal, voire ne sont pas coordonnées. Les dispensaires fonctionnent de manières très différentes d'une ville à l'autre, d'un arrondissement à l'autre pour les municipalités importantes comme Paris, Lyon, Nantes ou Bordeaux.

3.2 : Le fonctionnement des premiers dispensaires

Les documents archivés donnent des chiffres sur les mouvements des malades dans le dispensaire, les objets ainsi que les aides distribués aux malades et à leurs familles. Les rapports d'activité des années 1903 à 1917 permettent une étude du fonctionnement des dispensaires nantais, bordelais, lyonnais et d'un dispensaire parisien.

3.2.1 L'exemple des dispensaires de Nantes, Bordeaux et Lyon

Après Paris, chronologiquement, c'est la ville de Nantes qui inaugure son premier dispensaire antituberculeux. La voie tracée par Léon Bonnet et Samuel Bernheim est suivie dans d'autres villes françaises. A Arras, médecins et notables organisent une souscription pour fonder un dispensaire.

A Nantes, un grand industriel philanthrope affecte une rente annuelle de 21 000 francs et permet au médecin, directeur du bureau d'Hygiène de cette ville, d'organiser un dispensaire. A Nantes du 1^{er} juin 1901 au 31 décembre 1903, 3 136 malades sont examinés au dispensaire³⁴³. 1 539 étaient atteints de tuberculose, 1 023 de tuberculose pulmonaire et 516 d'autres formes.

« Ce dispensaire est une œuvre libre de pure bienfaisance, il est destiné aux seuls indigents et a pour but de compléter les autres œuvres d'assistance dans la lutte contre la tuberculose³⁴⁴. »

Le dispensaire fournit aux malades indigents des crachoirs, des solutions désinfectantes. Il distribue des aliments à savoir du lait, des œufs, de la viande, principalement de la viande de cheval. Près de 15 000 kg de viande de cheval sont proposés entre juin 1901 et décembre 1903, soit environ 480 kg par mois.

³⁴³Bécigneul, docteur, *Rapport sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Nantes, fonctionnement du 1er juin 1901 au 31 décembre 1903*, Imprimerie R.Guistrhau, A.Dugan, Nantes, 1904, Archives de l'Ecole de Médecine, côte n° 132180.

³⁴⁴ *Ibid.*, p.5.

Enfin, le dispensaire procède à des opérations de désinfection dans les logements de malades. 1 226 malades sont assistés au dispensaire dans cette période, soit une moyenne mensuelle de 40 malades. La population totale de la ville de Nantes dans les années 1900 est d'environ 160 000 habitants.

Voici le résumé des opérations du dispensaire antituberculeux de Nantes du 1^{er} juin 1901 au 31 décembre 1903 :

**Figure 21-
Mouvements enregistrés au dispensaire de Nantes de juin 1901 à décembre 1903³⁴⁵**

Années	Malades nouveaux					Malades assistés au dispensaire				Décès des malades assistés				
	Total général	Non tuberculeux	Tuberculeux			Hommes	Femmes	Enfants	Total par année	Hommes	Femmes	Enfants	Total	
			pulmonaires	autres	Total									
1901 7 mois	701	344	295	62		357	87	62	49	198	16	10	2	28
1902	1239	366	436	237		673	203	144	102	449	57	35	11	103
1903	1196	687	292	217		509	296	173	110	579	52	31	9	92
Totaux	3136	1597	1023	516		1539				1226	125	76	22	223

49% des personnes ayant consulté le dispensaire ont été déclarées tuberculeuses. L'établissement traite en moyenne une centaine de patients par mois.

Le 21 février 1903, le Comité directeur de l'Œuvre des dispensaires antituberculeux de la ville de Bordeaux est constitué à l'initiative d'un médecin, adjoint au maire délégué à l'Hygiène et à l'Assistance publique. Cette œuvre est soutenue par les représentants religieux de confessions diverses comprenant l'Archevêque de Bordeaux, le Président du Consistoire protestant et le Grand Rabbin du Consistoire Israélite. Nombre de notables figurent parmi les membres d'honneur de l'œuvre, députés, sénateurs, professeurs de médecine au rang desquels le docteur Armaingaud, président de la Ligue contre la tuberculose, et directeur-fondateur du sanatorium marin d'Arcachon. La ville de Bordeaux cède un terrain sur lequel est construit, grâce aux fonds assemblés par une souscription publique et à un don anonyme de 7 500 francs, le dispensaire rue François-de-Sourdis. Cet établissement est inauguré le 22 décembre 1903. Un budget de 1 500 francs est annuellement affecté au dispensaire par la municipalité. La désinfection du linge n'est pas encore assurée dans ce dispensaire qui ne fournit pas non plus de médicaments. Les malades restent aux soins des médecins du bureau de bienfaisance. Les malades assistés reçoivent des bons de viande, de nourriture, exceptionnellement des secours de loyers. Des crachoirs sont largement distribués aux consultants, 886 crachoirs de poche et 895 crachoirs de nuit sont distribués de février 1903 à juillet 1905. Le tableau des mouvements du dispensaire établit pour la période du 1 juillet 1904 au 30 juin 1905 décrit avec une grande précision les aides distribuées aux personnes assistées par le dispensaire. La conclusion du médecin note que les consultants, notamment dans l'entourage de malades reconnus tuberculeux,

³⁴⁵ *Ibid.*

viennent plus pour être fixés sur leur état de santé que pour chercher des aides. Les statistiques établies par le dispensaire de Bordeaux permettent de suivre l'évolution de l'état de santé des malades. Le nombre important des décès parmi les tuberculeux suivis au dispensaire conduit le médecin à la conclusion que c'est surtout sur la préservation de la santé de l'entourage des malades que le dispensaire a un rôle véritablement efficace.

A Lyon, le dispensaire antituberculeux est ouvert dans un vaste bâtiment neuf en février 1903. Il est dirigé par les professeurs Saturnin Arloing³⁴⁶ et Jules Courmont. Cet établissement associe la bactériologie et l'hygiène³⁴⁷. Il est subventionné par la ville de Lyon pour 6 000 francs, tandis que le Bureau de bienfaisance reçoit 4 000 francs, et par les revenus propres de l'Institut bactériologique de Lyon, dont le dispensaire constitue une section à côté de la section sérothérapique qui développe les sérums antidiphtérique et antitétanique, et la section antirabique. La participation financière du bureau de bienfaisance montre les accords de fonctionnement entre les deux types d'établissements. Le dispensaire est doté en outre d'un atout important en matière de recherche bactériologique. Le maire de la ville de Lyon assure la présidence du conseil d'administration du dispensaire. Le dispensaire lyonnais³⁴⁸ est dépendant de la municipalité qui en finance en grande partie le fonctionnement, avec l'appui de dons privés. Les actions du dispensaire ciblent la clientèle indigente, assistée d'ordinaire par la ville et son bureau de bienfaisance.

Le rôle social de l'établissement s'articule autour des enquêteurs sociaux chargés de se rendre dans les familles, d'éduquer, de donner des conseils en matière d'hygiène. Lorsque qu'une personne est diagnostiquée tuberculeuse, l'enquêteur social est chargé d'accompagner le malade et sa famille, de déterminer le montant et la forme de l'aide attribuée. Cette mission du dispensaire est fondamentale dans la conception du dispensaire type Calmette encore appelé dispensaire de type français³⁴⁹.

A Lyon, les malades doivent suivre un parcours formé de plusieurs étapes. Ils consultent le médecin du bureau de bienfaisance qui adresse les patients détectés tuberculeux au dispensaire qui, à son tour, accueille les malades indigents. Plutôt que de thérapeutique, le dispensaire s'occupe de distribuer des aides en nature, de désinfecter discrètement les logements. Pour ce faire, trois visites médicales permettent d'ausculter les malades et d'effectuer une analyse des crachats. Les tuberculeux sont ensuite répartis entre malades bacillaires et malades non bacillaires.

« Des cahiers d'ordonnance du Bureau de bienfaisance sont à la disposition des docteurs du dispensaire qui envoient les malades chercher

³⁴⁶Saturnin Arloing (1846-1911) est vétérinaire et médecin. « En 1884, il publie des études comparatives de l'inoculabilité de la scrofule et de la tuberculose au lapin et au cobaye. Il continue ses travaux souvent avec Jules Courmont. Au congrès vétérinaire de 1885 il réclame la prohibition des viandes infectées. En 1895, il est nommé correspondant de l'Institut Pasteur. » In site Internet www.cths.fr Comité des travaux historiques et scientifiques, consulté en juin 2015.

³⁴⁷ Olivier Faure, Dominique Dessertine, *Combattre la tuberculose, op.cit.*, p.15.

³⁴⁸Confère : Stéphane Frioux, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, Paris, PUF, 2013.

³⁴⁹André Lesieur, Fernand Arloing, « Le dispensaire antituberculeux de Lyon », *Alliance d'hygiène sociale, congrès de Lyon, 13-16 mai 1907*, Imprimeries Réunies, Lyon, 1907, p.366.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

leurs remèdes dans les différents hôpitaux ou établissements qui leur sont indiqués, comme ils le faisaient auparavant, c'est-à-dire aux frais du Bureau de bienfaisance³⁵⁰. »

Le partage des tâches entre le dispensaire et le bureau de bienfaisance a pour conséquence un alourdissement du parcours de soins pour le tuberculeux. L'assistance matérielle est délivrée en bons de viande. La buanderie, équipée d'un matériel moderne et dotée d'une organisation efficace, assure le blanchiment de linge infecté, 1 503 pièces de linge en avril 1903, 1 523 en mai et 1 600 en juin. Le traitement de ce linge est effectué avec une grande attention afin de ne pas diffuser dans l'air les poussières nocives. Le tuberculeux et sa famille bénéficie en outre des services de l'installation hydrothérapique du dispensaire, à savoir, des bains et des douches froides tous les jours et des bains et des douches chaudes une fois par semaine. Les tuberculeux lyonnais sont dépistés dans un bureau de bienfaisance ce qui permet d'assister un plus grand de malades indigents, mais surtout de ne pas concurrencer les médecins libéraux.

D'autres grandes villes françaises disposent à leur tour des services d'un dispensaire antituberculeux. Celui de la ville de Nice fonctionne depuis le septembre 1903. A Marseille, Nice, Bordeaux, au Havre, à Poitiers, à Limoges, à Reims ouvrent des établissements chargés des soins des tuberculeux indigents. Le terme de dispensaire antituberculeux est adopté par l'ensemble de ces établissements. Albert Calmette aurait préféré le nom de préventorium, plus proche, selon lui de la mission fondamentale des dispensaires à savoir la prévention. Toutefois, les pratiques et les actions de ces établissements sont différentes. C'est ce que constate médecin lyonnais Jean Malherbe, dans sa thèse de médecine qui écrit :

« Le fonctionnement d'un dispensaire doit être laissé à l'initiative de ceux qui l'administre, et que pour atteindre le même but, les moyens devront être différents suivants les localités³⁵¹. »

3.2.2 L'activité chiffrée d'un dispensaire parisien

Les comptes rendus de fonctionnement du dispensaire parisien des VIII^e et XVII^e arrondissements ouverts depuis 1903 rue de Boursault à Paris, sont consultables pour une partie aux archives de l'APHP et pour une autre part aux archives de l'Ecole de médecine de Paris. Ce dispensaire est aussi connu sous le nom de Lalance, industriel alsacien installé à Paris et qui a financé une partie des frais de l'installation du dispensaire ainsi que de nombreuses actions de lutte contre la tuberculose.

³⁵⁰Jean Malherbe, « Travail du laboratoire d'hygiène », *Les dispensaires antituberculeux type Calmette : le dispensaire de Lyon*, Imprimerie R. Schneider, Thèse de médecine, Lyon, 1903, p.32.

³⁵¹ *Ibid.*, p.48.

3.2.2.1 Les comptes du dispensaire de 1903 à 1908

Les rapports de fonctionnement du dispensaire Lalance indiquent les montants des recettes et des dépenses. Le tableau suivant présente les éléments de fonctionnement pour les 5 premières années. Le premier tableau enregistre les recettes.

Figure 22-
Tableau récapitulatif des recettes de 1903 à 1908 au dispensaire Lalance à Paris³⁵²

	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Solde en caisse au 1/01		1 835	-771	-16 247	-32 645	-14 829
RECETTES						
Subventions sur les fonds du pari mutuel :						
Ministère de l'agriculture	35 000					
Ministère de l'Intérieur	15 000					
Subventions du Conseil Général		200	200	400	200	
Dons spéciaux					34 000	
Don spécial pour achat de terrain				38 000		
Don spécial pour secours de loyers		10 000		10	2 000	
Dons spéciaux pur colonies infantines		535				
Dons spéciaux pour enfants à la campagne			315	690	485	2 240
Dons spéciaux pour sanatoriums	426	3 115	3 904	2 882	1 873	2 222
Don municipalité du XVII			300	2 000	1 000	
Dons	19 275	4 087	4 432	1 268		
Cotisations	6 463	8 006	7 583	7 398	7 421	7 893
Intérêts		131				183
Total des recettes	76 164	27 909	15 962	36 401	14 335	12 538

L'installation du dispensaire est financée par des subventions sur les fonds du Pari Mutuel pour un montant de 50 000 francs en 1903 et l'acquisition du terrain est rendue possible à l'aide d'un don spécial de 38 000 francs versé en 1906. Les infrastructures du dispensaire, ses immobilisations sont donc financées par des subventions en provenance des ministères de l'Agriculture et de l'Intérieur qui gèrent tour à tour les fonds du Pari Mutuel, et d'un don spécial certainement versé par l'industriel Auguste Lalance.

Les dons et les cotisations des adhérents permettent de financer chaque année les frais de fonctionnement du dispensaire. Les cotisations sont relativement stables au cours de ces cinq années.

Le second tableau résume les dépenses qui se déclinent en deux catégories. En premier lieu les frais de premier établissement dont le montant total s'élève à 108 210 francs répartis principalement en 1903 puis en 1904 et 1906. Cette somme est largement couverte par les dons spéciaux et subventions diverses dont le montant total s'élève à 123 000 francs répartis entre 1903, 1904, 1905, 1906 et 1907.

La seconde catégorie concerne les frais de fonctionnement du dispensaire. Ces dépenses montrent les axes de l'activité du dispensaire. L'établissement fonctionne en location. Les montants des loyers baissent régulièrement au fil des années. Pour fonctionner le dispensaire a besoin d'eau, d'électricité de

³⁵²Dispensaire antituberculeux VIII^e et XVII^e arrondissements, Rapports de 1903 à 1908, Imprimerie Chain, Paris, Archives de l'AP-HP.

chauffage et doit engager des frais de blanchissage. Le personnel est composé d'enquêteurs dont les salaires sont stables et de médecins dont les honoraires connaissent eux aussi une certaine stabilité. Le dispensaire distribue de la nourriture et des médicaments ainsi que des imprimés de propagande en matière de prophylaxie.

Mais au travers des dépenses, force est de constater que le dispensaire n'est pas qu'un lieu de distribution de conseils, de nourritures et de médicaments. Il constitue un système d'orientation des consultants vers des sanatoriums pour les adultes dont la guérison est envisageable et à la campagne dans des familles d'accueil, pour les enfants sains qui doivent être protégés d'une contagion familiale. Le dispensaire finance une partie des frais de sanatoriums et de séjours à la campagne équilibrés par des dons spéciaux. Les dépenses liées au nettoyage augmentent très nettement en 1907 résultant soit d'une désinfection plus poussée des locaux, ou bien, du stockage par anticipation de produits utilisés l'année suivante. Les dépenses d'eau, de chauffage, de blanchissage se stabilisent et restent régulières sur les quatre dernières années envisagées. Les charges concernant le personnel et le matériel médical connaissent aussi une grande stabilité. Les frais liés à l'envoi de malades en sanatorium sont moins réguliers, fonction semble-t-il du nombre des personnes aidées par le dispensaire.

Figure 23- Récapitulatif des dépenses effectuées de 1903 à 1908 au dispensaire Lalance ³⁵³.

DÉPENSES	1 903	1 904	1 905	1 906	1 907	1 908
Premier établissement	56 803	4 431				
Coût du terrain				38 000		
Frais d'achat du terrain				2 000	1 220	
Construction	5 153	34	589			
Matériel						
Dépenses courantes						
Comm. sur cotisations encaissées					455	450
Loyers et contribuons	1 981	1 309	1 300	1 440	697	720
Eaux	104	24	26	42	27	54
Chauffage	755	691	931	386	858	760
Nettoyage et entretien	39	153	114	87	218	100
Blanchissage	13	20	49	42	49	50
Frais d'enquête				310	3	
Enquêteurs	1 371	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
Nourriture	1 550	3 416	2 299	2 617	2 280	1 672
Médicaments et						
produits pharmaceutiques	160	83	142	106	64	107
Honoraires des médecins	3 298	4 350	4 270	4 085	4 295	3 995
Sanatoriums	1 682	3 868	5 217	3 597	2 363	3 636
Exposition de la tuberculose			1 328			
Frais de bureaux et imprimés	759	1 350	1 379	1 060	1 149	1 175
Frais de conférences et 'assemblées	332			40	21	19
Intérêts	300		40	701	359	976
Commissions d'encaissements	29	712	314			
Enfants à la campagne			10 457	10 244	11 946	11 823
Colonies infantines		5 822				
Secours et loyers		1 217	2 556	3 091	1 961	1 438
Total dépenses	74 329	28 680	32 210	69 046	29 164	28 175
Solde en caisse au 31/12	1 835	-771	-16 247	-32 645	-14 829	-30 466

Les soldes disponibles en caisse montrent des déficits constants à partir de l'année 1904. Ces déficits fluctuent du simple au double. Pour l'année 1906,

³⁵³ *Dispensaire antituberculeux VIII^e et XVII^e arrondissements, Rapports de 1903 à 1908, op.cit.*

l'acquisition d'un terrain pour 38 000 francs contribue à augmenter fortement le montant des dépenses. Cet investissement est exceptionnel et n'est pas reconduit sur d'autres immobilisations les années suivantes.

3.2.2.2 L'analyse du nombre des consultants

Les rapports d'activité du dispensaire livrent dans le détail le nombre des consultants par année et par mois, puis leur ventilation en consultants reconnus tuberculeux et non tuberculeux. Une analyse de ces données porte sur les années allant de 1903 à 1910 et permet un aperçu de l'activité du dispensaire. Les colonnes H recensent le nombre des hommes, la colonne F, le nombre des femmes et la colonne E, le nombre des enfants.

Figure 24-

Mouvements du dispensaire des VIII et XVIIème arrondissements de Paris												
par mois pendant l'année 1904												
Mois	Consultants				Reconnus tuberculeux				Éliminés non tuberculeux			
	H	F	E	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total
Janvier	53	28	61	142	49	26	36	111	4	2	25	31
Février	39	51	60	150	37	42	49	128	2	9	11	22
Mars	15	23	31	69	10	18	23	51	5	5	8	18
Avril	26	33	24	83	20	19	19	58	6	14	5	25
Mai	26	31	25	82	17	17	14	48	9	14	11	34
Juin	32	28	43	103	25	22	39	86	7	6	4	17
Juillet	10	20	28	58	6	16	20	42	4	4	8	16
Août	13	18	23	54	10	14	15	39	3	4	8	15
Septembre	21	12	21	54	18	8	16	42	3	4	5	12
Octobre	20	13	14	47	17	3	10	30	3	10	4	17
Novembre	15	15	12	42	9	6	4	19	6	9	8	23
Décembre	19	15	25	59	17	11	10	38	2	4	15	21
	289	287	367	943	235	202	255	692	54	85	112	251

En 1904, 73,4 % des consultants de ce dispensaire sont reconnus tuberculeux, avec une très forte proportion d'hommes puisque 81,3% des consultants masculins sont reconnus tuberculeux. Pour les femmes le pourcentage des reconnues tuberculeuses s'élève à 70,4% et à 69,5% pour les enfants.

Figure 25-

Mouvement du Dispensaire des VIII et XVII arrondissements par mois pendant l'année 1905												
Mois	Consultants				Reconnus tuberculeux				Éliminés non tuberculeux			
	H	F	E	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total
Janvier	39	35	29	103	33	31	25	89	6	4	4	14
Février	36	26	32	94	30	16	23	69	6	10	9	25
Mars	28	28	23	79	15	15	17	47	13	13	6	32
Avril	24	18	21	63	15	11	14	40	9	7	7	23
Mai	36	39	39	114	22	21	26	69	14	18	13	45
Juin	28	24	49	101	22	12	39	73	6	12	10	28
Juillet	21	22	27	70	14	13	14	41	7	9	13	29
Août	16	12	21	49	11	5	12	28	5	7	9	21
Septembre	10	14	20	44	8	5	15	28	2	9	5	16
Octobre	16	23	21	60	5	10	8	23	11	13	13	37
Novembre	21	11	8	40	16	7	8	31	5	4		9
Décembre	14	10	14	38	12	6	12	30	2	4	2	8
	289	262	304	855	203	152	213	568	86	110	91	287

En 1905, le nombre des consultants a baissé par rapport à l'année précédente de 10%. 66,4% des consultants pour cette année 1905 sont reconnus

tuberculeux, avec une proportion de 66,4% pour les hommes, 58% pour les femmes et 70% chez les enfants. Le pourcentage des hommes consultants reconnus tuberculeux est en baisse de 15% par rapport à l'année précédente. Le nombre des consultants est plus élevé pour les mois de janvier et février 1904 et 1905 comparé aux autres mois de l'année. Puis ce sont les mois de mai et juin qui enregistrent un nouveau pic du nombre des consultants.

Figure 26-

Mouvements du dispensaire des VIII et XVIIème arrondissements de Paris par mois pendant l'année 1906												
Mois	Consultants				Reconnus tuberculeux				Éliminés non tuberculeux			
	H	F	E	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total
Janvier	30	27	30	87	24	23	24	71	6	4	6	16
Février	18	18	21	57	14	12	17	43	4	6	4	14
Mars	20	18	31	69	8	11	21	40	12	7	10	29
Avril	17	24	16	57	13	12	14	39	4	12	2	18
Mai	30	24	30	84	21	10	23	54	9	14	7	30
Juin	20	18	41	79	14	11	27	52	6	7	14	27
Juillet	15	14	35	64	11	6	21	38	4	8	14	26
Août	19	21	14	54	15	10	7	32	4	11	7	22
Septembre	23	14	13	50	16	10	10	36	7	4	3	14
Octobre	12	12	14	38	11	9	8	28	1	3	6	10
Novembre	16	16	13	45	13	9	9	31	3	7	4	14
Décembre	9	8	7	24	7	4	4	15	2	4	3	9
	229	214	265	708	167	127	185	479	62	87	80	229

En 1906, une nouvelle baisse de fréquentation de ce dispensaire est notable en effet, le nombre de consultants perd 18% par rapport à l'année précédente et ainsi 25% par rapport à l'année 1904. Le pourcentage des hommes consultants reconnus tuberculeux est de 73%, de 59,4% pour les femmes.

Figure 27-

Mouvement du Dispensaire des VIII et XVII arrondissements par mois pendant l'année 1907															
Mois	Consultants					Reconnus tuberculeux					Éliminés non tuberculeux				
	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total
Janvier	14	17	24	30	85	11	15	17	16	59	3	2	7	14	26
Février	8	11	19	9	47	7	7	15	6	35	1	4	4	3	12
Mars	8	11	11	23	53	6	8	5	20	39	2	3	6	3	14
Avril	7	11	26	13	57	4	4	21	9	38	3	7	5	4	19
Mai	16	17	32	25	90	11	9	24	24	68	5	8	8	1	22
Juin	15	10	39	31	95	13	9	27	27	76	2	1	12	4	19
Juillet	10	11	26	20	67	9	8	19	9	45	1	3	7	11	22
Août	15	9	6	13	43	14	4	5	7	30	1	5	1	6	13
Septembre	6	7	14	14	41	4	5	9	7	25	2	2	5	7	16
Octobre	5	8	11	9	33	2	2	8	8	20	3	6	3	1	13
Novembre	8	6	13	7	34	7	2	10	4	23	1	4	3	3	11
Décembre	6	9	7	9	31	4	5	6	6	21	2	4	1	3	10
	118	127	228	228	676	92	78	166	143	479	26	49	62	60	197

Les enfants sont partagés à partir de 1907 en enfants de sexe masculin (EM) et enfants de sexe féminin (EF). 72,8% des jeunes garçons ayant consultés le dispensaire en 1906 sont reconnus tuberculeux contre 62,7% de jeunes filles. En ce qui concerne les adultes, 78% des hommes sont reconnus tuberculeux et

61,4% des femmes. Le nombre de consultants à ce dispensaire baisse de près de 5% par rapport à l'année précédente.

Figure 28-

Mouvement du Dispensaire des VIII et XVII arrondissements par mois pendant l'année 1908															
Mois	Consultants					Reconnus tuberculeux					Éliminés non tuberculeux				
	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total
Janvier	22	21	9	9	61	21	16	8	8	53	1	5	1	1	8
Février	15	20	11	12	58	11	14	7	7	39	4	6	4	5	19
Mars	20	13	19	13	65	13	8	16	9	46	7	5	3	4	19
Avril	13	12	6	14	45	10	8	4	13	35	3	4	2	1	10
Mai	30	16	23	21	90	16	11	22	21	70	14	5	1	0	20
Juin	16	13	20	23	72	10	9	16	22	57	6	4	4	1	15
Juillet	11	20	29	24	84	9	10	23	20	62	2	10	6	4	22
Août	11	9		5	25	5	3		2	10	6	6	0	3	15
Septembre	12	11	4	5	32	9	6	1	3	19	3	5	3	2	13
Octobre	11	18	4	9	42	10	9	1	5	25	1	9	3	4	17
Novembre	10	9	7	8	34	5	8	5	3	21	5	1	2	5	13
Décembre	7	9	5	1	22	4	5	2	1	12	3	4	3	0	10
	178	171	137	137	630	123	107	105	114	449	55	64	32	30	181

L'année 1908 montre une certaine constante par rapport à l'année précédente. Une baisse de fréquentation de 6.8% est notable. Le nombre des hommes détectés tuberculeux est en baisse soit 69,1% des hommes qui ont consulté le dispensaire contre 78% en 1907. 62,6% des femmes sont détectées tuberculeuses contre 61,4% l'année précédente. Les pics de consultants sont enregistrés pendant les mois de mai, juin et juillet pour les années 1906, 1907 et 1908.

Le rapport du dispensaire Lalance n'est pas disponible pour l'année 1909. Il n'est disponible ni aux archives de l'APHP, ni aux archives de l'École de médecine de Paris auprès desquelles sont visibles les rapports du dispensaire de 1903 à 1908, puis de 1909 à 1911 et enfin pour l'année 1917.

Figure 29-

Mouvement du Dispensaire des VIII et XVII arrondissements par mois pendant l'année 1910															
Mois	Consultants					Reconnus tuberculeux					Éliminés non tuberculeux				
	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total
Janvier	17	17	11	10	55	17	16	10	10	53	0	1	1	0	2
Février	5	12	15	10	42	4	11	12	10	37	1	1	3	0	5
Mars	9	14	5	9	37	9	11	3	5	28	0	3	2	4	9
Avril	17	13	6	10	46	14	10	6	10	40	3	3	0	0	6
Mai	6	5	2	7	20	6	4	2	5	17	0	1	0	2	3
Juin	9	11	16	19	55	8	7	15	18	48	1	4	1	1	7
Juillet	6	8	10	14	38	5	7	10	9	31	1	1	0	5	7
Août	14	6	13	12	45	12	5	12	8	37	2	1	1	4	8
Septembre	8	3	3	2	16	6	3	3	2	14	2	0	0	0	2
Octobre	4	2	4	6	16	4	2	3	5	14	0	0	1	1	2
Novembre	4	6	4	1	15	4	6	4	1	15	0	0	0	0	0
Décembre	4	7	9	5	25	4	6	9	5	24	0	1	0	0	1
	103	104	98	98	410	93	88	89	88	358	10	16	9	17	52

L'année 1910 enregistre un fort mouvement de recul du nombre des consultants au dispensaire Lalance soit 25% de moins que l'année précédente et presque

60% de moins comparé à l'année 1904. Mais 90% des hommes ayant consultés sont détectés tuberculeux ainsi que 89% des femmes. Les personnes qui consultent le dispensaire semblent de mieux en mieux ciblées en amont. En outre, le travail des visiteurs est bien adapté à leur mission de dépistage des tuberculeux potentiels.

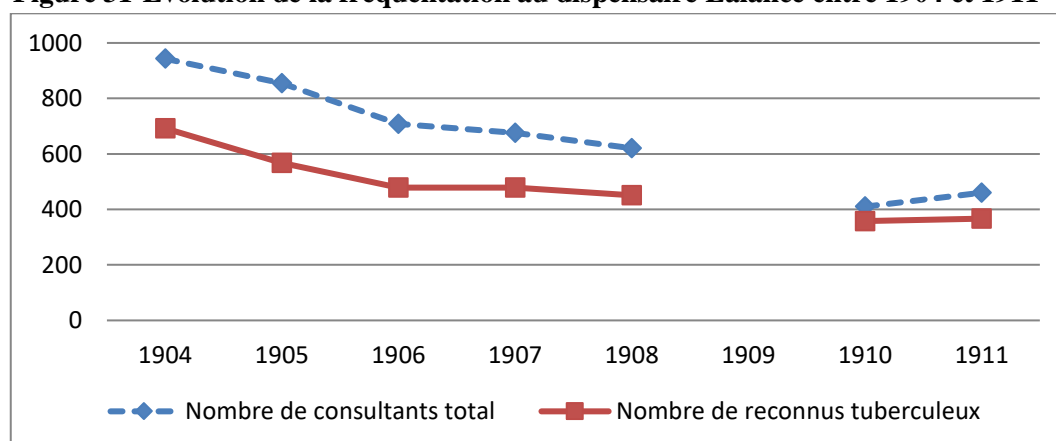
Figure 30-

Mouvement du Dispensaire des VIII et XVII arrondissements par mois pendant l'année 1911															
Mois	Consultants					Reconnus tuberculeux					Éliminés non tuberculeux				
	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total	H	F	EM	EF	Total
Janvier	13	15	13	15	56	12	15	13	15	55	1	0	0	0	1
Février	6	13	12	7	38	2	10	12	7	31	4	3	0	0	7
Mars	12	10	6	10	38	10	10	6	10	36	2	0	0	0	2
Avril	10	12	11	4	37	9	11	10	4	34	1	1	1	0	3
Mai	7	7	2	5	21	6	6	2	5	19	1	1	0	0	2
Juin	12	12	31	16	71	10	10	23	13	56	2	2	8	3	15
Juillet	3	9	20	36	68	3	8	9	16	36	0	1	11	20	32
Août	5	6	14	12	37	5	4	7	5	21	0	2	7	7	16
Septembre	6	4	2	6	18	6	3	1	6	16	0	1	1	0	2
Octobre	4	14	8	6	32	4	13	7	4	28	0	1	1	2	4
Novembre	6	10	4	3	23	5	6	3	2	16	1	4	1	1	7
Décembre	8	5	2	6	21	6	5	2	6	19	2	0	0	0	2
	92	117	125	125	460	78	101	95	93	367	14	16	30	33	93

L'année 1911 révèle une certaine stabilité des chiffres par rapport à l'année 1910. Le nombre des consultants par mois est plus homogène que dans les années 1904 à 1908 avec un mois de juin qui enregistre un mouvement plus important.

Le graphique suivant permet de visualiser les courbes d'évolution du nombre de consultants total par année, ainsi que le nombre des consultants déclarés tuberculeux pour chaque année étudiée.

Figure 31-Evolution de la fréquentation au dispensaire Lalance entre 1904 et 1911³⁵⁴



L'évolution des consultants au dispensaire antituberculeux Lalance entre 1904 et 1911 est en régression avec une forte diminution entre 1904 et 1906, suivie

³⁵⁴ *Dispensaire antituberculeux VIII^e et XVII^e arrondissements, Rapports de 1903 à 1911, op.cit.*

d'une diminution plus faible entre 1907 et 1908. Les chiffres semblent stabilisés à partir de 1908. Les consultants de ce dispensaire sont essentiellement issus des deux quartiers concernés, à savoir les VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris, dans la mesure où les autres arrondissements sont eux-mêmes équipés d'une installation prophylactique et que chaque établissement effectue un tri des consultants de manière à s'assurer de la légitimité géographique de leur démarche. Le nombre des tuberculeux détectés est fortement corrélé avec le nombre des consultants par années. Les médecins du dispensaire Lalance effectuent chaque fin d'année des statistiques pour évaluer le nombre des tuberculeux par âge et par sexe. Les graphiques mettent en perspective les données du dispensaire pour les années comprises entre 1904 et 1908.

Figure 32- Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1904³⁵⁵.

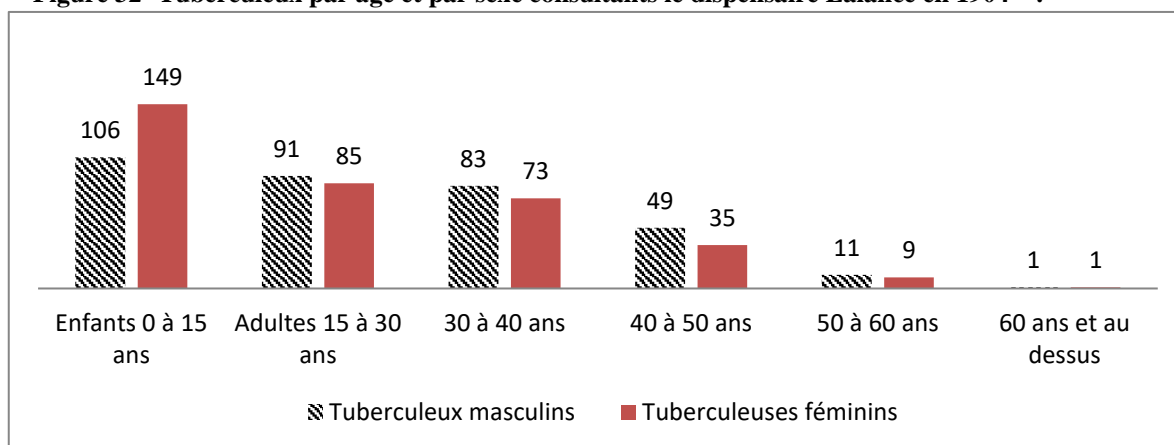
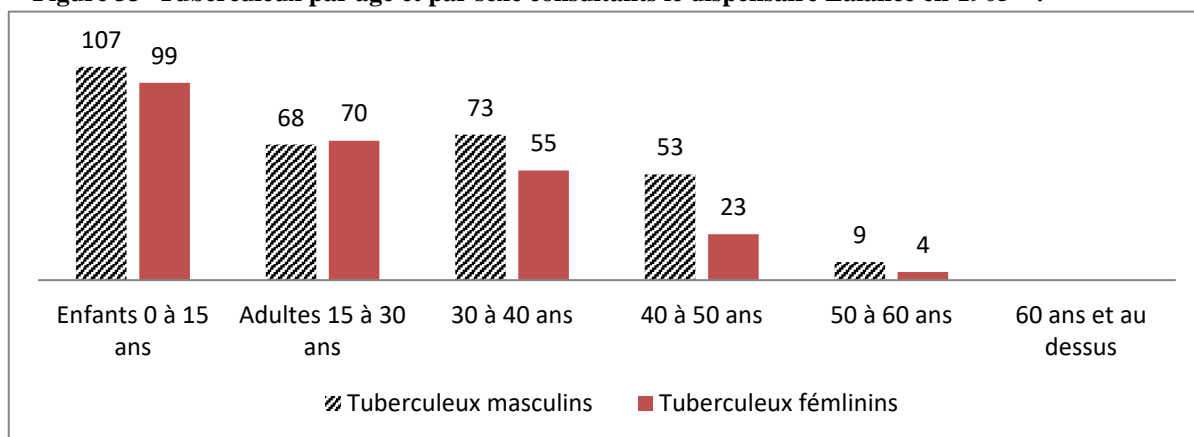


Figure 33- Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1905³⁵⁶.

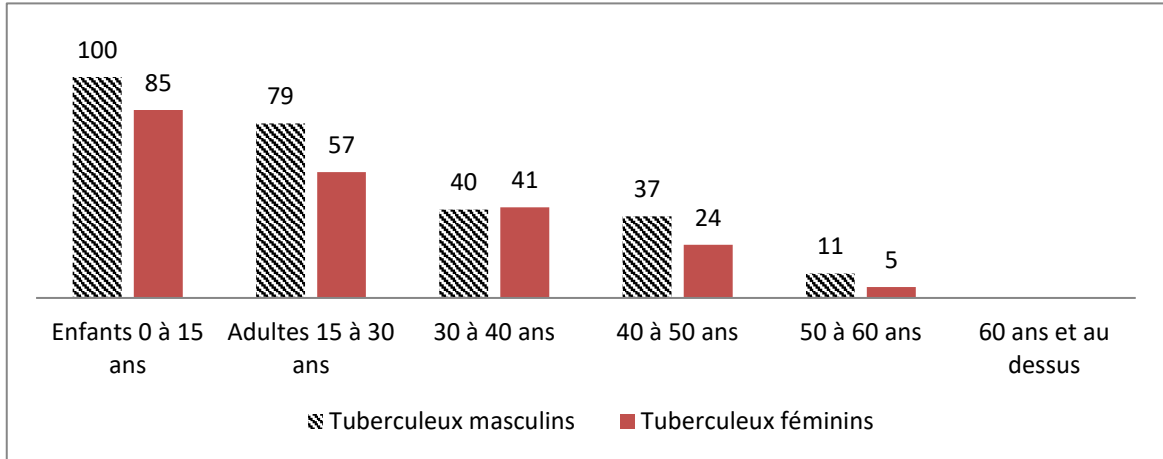


Pour les deux premières années de fonctionnement, les tuberculeux diagnostiqués sont principalement situés dans les tranches d'âge les plus jeunes avec une forte représentation des enfants de 0 à 15 ans, puis de façon presque équivalente dans les deux tranches d'âge suivante de 15 à 30 ans puis de 30 à 40 ans. Les hommes sont plus touchés que les femmes sauf en 1904 où 149 jeunes filles sont détectées tuberculeuses au dispensaire Lalance.

³⁵⁵ *Ibid.*

³⁵⁶ *Ibid.*

Figure 34- Tuberculeux par âge et par sexe consultant le dispensaire Lalance en 1906³⁵⁷.



Pour l'année 1906, la tranche d'âge la plus affectée par la tuberculose au dispensaire Lalance est celle des enfants de 0 à 15 ans. Les hommes de 15 à 30 ans sont également fortement atteints. Les chiffres baissent pour les femmes entre 15 et 30 ans puis, sur les autres tranches d'âges.

Figure 35- Tuberculeux par âge et par sexe consultant le dispensaire Lalance en 1907³⁵⁸.

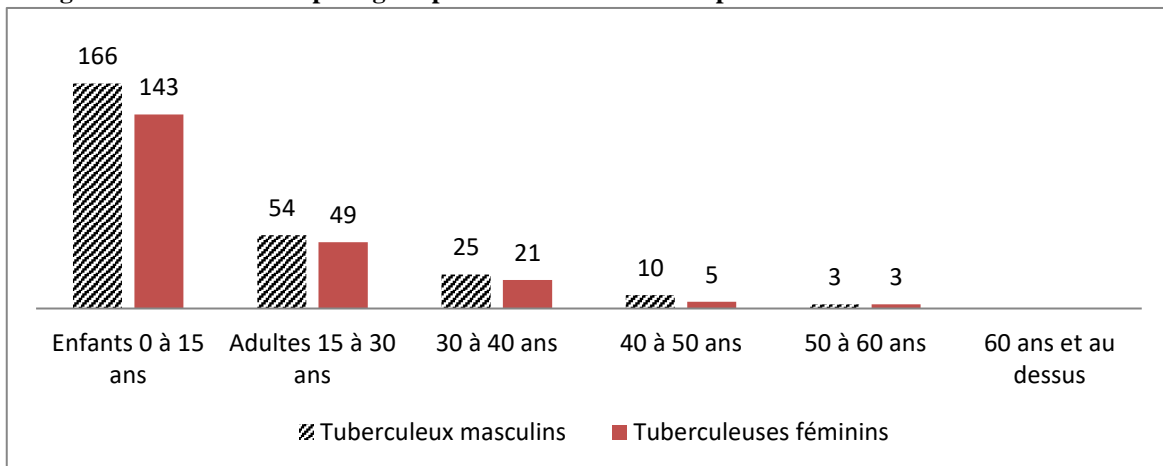
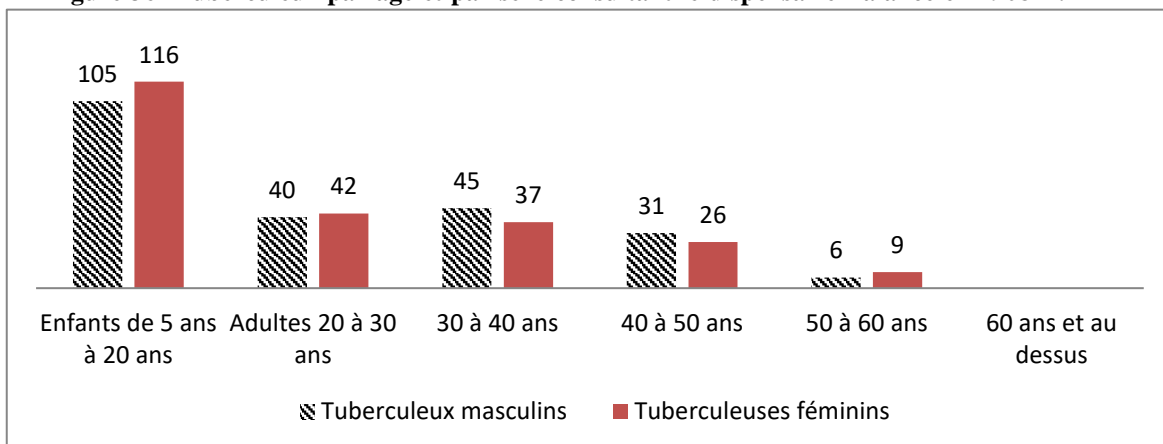


Figure 36- Tuberculeux par âge et par sexe consultant le dispensaire Lalance en 1908³⁵⁹.



³⁵⁷ *Ibid.*

³⁵⁸ *Ibid.*

³⁵⁹ *Ibid.*

Dans son rapport le docteur Georges Lévy, médecin du dispensaire Lalance, conclut que dès 1908, les malades moins atteints, c'est-à-dire à un stade moins avancé de la maladie, consultent le dispensaire car l'établissement est plus connu et que les malades soignés précédemment au dispensaire amènent d'autres malades. Cette constatation donne bon espoir au docteur Lévy dans la lutte entreprise contre la tuberculose³⁶⁰.

Sur ces 5 années d'observations, la tranche d'âge de la population la plus touchée par la tuberculose dans les VIII^e et XVII^e arrondissements parisiens est celle des enfants de 0 à 15 ans puis des jeunes adultes de 15 à 30 ans.

La situation de l'infection tuberculeuse par tranches d'âges ne peut pas être généralisée sur la France entière à partir de l'exemple d'un seul dispensaire. Toutefois, les données recueillies sur le dispensaire Lalande offrent une vision du fonctionnement de cette unité prophylactique, comme par exemple le nombre de consultants par mois pour évaluer le degré de fréquentation de cet établissement et si possible de tenter d'estimer son efficacité en matière de détection de la maladie.

3.3 Le dispensaire lillois produit de l'Institut Pasteur, une innovation prophylactique ?

André Mesureur, membre de la Commission de préservation contre la tuberculose, constate que la lutte contre la tuberculose manque de cohésion. L'image des dispensaires est entachée par les établissements mal dirigés, mal gérés et quelquefois ne respectant pas les règles d'hygiène élémentaires.

« L'œuvre des dispensaires antituberculeux- je ne parle que de ceux qui sont sérieux, et non pas des autres, trop nombreux à Paris- cette œuvre, dis-je est complexe. Il faut non seulement soigner le malade, mais le nourrir, le blanchir, assurer la vie de sa famille, éloigner ses enfants d'un milieu contaminé³⁶¹. »

La diversité des modes de fonctionnement des premiers dispensaires est importante et ces établissements éprouvent des difficultés à trouver des financements pour s'installer, puis pour fonctionner et à s'intégrer entre les hôpitaux en pleine renaissance et les sanatoriums nouvellement aménagés sur le marché des établissements de soins.

Existe-t-il en ce début du XX^e siècle, un ou des modèles d'établissements sur lesquels les dispensaires pourraient trouver un *modus vivendi* efficace contre la prolifération du bacille de Koch ?

L'établissement lillois grâce à la personnalité de son créateur et directeur Albert Calmette, spécialiste mondialement reconnu de la lutte antituberculeuse, est perçu dans le monde entier comme le *dispensaire à la française* et préfigure le prototype du centre de prophylaxie antituberculeuse. Le dispensaire lyonnais est défini par son directeur le professeur Courmont, figure emblématique de la lutte

³⁶⁰ Dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements 54 bis rue Boursault Paris XVII^e, *Rapport Sixième Année 1908*, Archives de l'Ecole de médecine de Paris.

³⁶¹ André Mesureur, *Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome quatrième, 1911-1913*, Melun, 1917, p. 154.

antituberculeuse en France, comme un établissement de type Calmette, comportant toutefois quelques différences de fonctionnement avec ce modèle.

3.3.1 Les conditions de l'ouverture de l'établissement lillois

Certains dispensaires de grandes villes françaises sont affiliés à l'Œuvre Générale des Dispensaires Antituberculeux fondée par le docteur Léon Bonnet : le dispensaire de Nantes ouvert en Juin 1901, le dispensaire de Nancy, ouvert en Janvier 1902, celui de Reims, ouvert également en Janvier 1902 ainsi que les dispensaires d'Angoulême, de Dijon, de Lyon, de Bordeaux, de Marseille, de Rouen, d'Arras et de Saint-Etienne.

Les dispensaires antituberculeux de Nice, de Saint-Denis et le dispensaire de l'Union antituberculeuse des mutualités et des sociétés de prévoyance sont affiliés à l'Œuvre de la tuberculose humaine. Toutefois, le premier des dispensaires ouvert en province est celui de Lille.

Le dispensaire antituberculeux de Lille est organisé en 1901 par le professeur Albert Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille³⁶².

« Le nombre des ouvriers tuberculeux dans les grandes villes manufacturières comme Lille, Roubaix, Tourcoing par exemple, est tellement considérable qu'il ne sera probablement jamais possible d'assurer à chacun d'eux un séjour de trois ou quatre mois dans un sanatorium. Dans la seule ville de Lille, qui compte 220 000 habitants, il existe environ 6 000 tuberculeux indigents, presque tous à la charge du Bureau de bienfaisance. Chaque année il en meurt 1 000 à 1 200. Les malades sèment autour d'eux la contagion et la misère. Les œuvres de charité privées sont impuissantes à la secourir et le Bureau de bienfaisance lui-même ne peut pas les assister autrement que tous les autres indigents dont il a la charge ; il leur distribue du pain, quelquefois des secours de loyer, du lait ou du bouillon ; il leur assure les médicaments et des soins médicaux, mais son intervention n'est pas adaptée aux besoins de chaque malade ou de chaque famille³⁶³. »

Le bureau de bienfaisance est dans l'incapacité de subvenir aux besoins de tous les indigents. A partir de ces observations, Calmette conçoit et crée une organisation spécialement conçue pour la lutte contre la tuberculose dans les milieux populaires. Le dispensaire doit dans un premier temps adapter la propagande antituberculeuse aux personnes les plus défavorisées de la société,

³⁶²Bernard Noël, *La vie et l'œuvre d'Albert Calmette, 1863-1933*, Albin Michel, 1961, p.109 à 113.

Louis Pasteur et Emile Roux confient à Albert Calmette le soin de créer une annexe de l'Institut Pasteur à Lille. Calmette arrive à Lille en janvier 1895. Après des séjours prolongés en Indochine, il craint le climat pluvieux et gris du nord de la France. Cependant, il trouve dès son arrivée à Lille, « un accueil plein de cordialité de la part d'hommes animés d'un remarquable esprit d'initiative et de progrès social. » Dès janvier 1895, une souscription est ouverte et recueille 250 000 francs or. La ville offre un terrain de près d'un hectare, boulevard Louis-XIV, elle souscrit 500 000 francs et s'engage à fournir une subvention annuelle importante. Les travaux commencent en novembre 1895. Les industriels du Nord veulent récompenser l'apport d'une découverte de Calmette concernant l'emploi d'un ferment à la saccharification de l'amidon des grains. Ils versent à Calmette une somme de 300 000 francs.

³⁶³ Albert Calmette, *Le dispensaire antituberculeux*, *op.cit.*, p.1.

donner des consultations gratuites, des conseils de prophylaxie pour les familles, assurer la distribution de crachoirs, d'antiseptiques et d'aliments tels que de la viande et du lait.

Le conseil municipal de Lille tient à la disposition de Calmette un terrain, situé boulevard Louis-XIV, afin d'y construire le premier dispensaire modèle, à côté de l'Institut Pasteur. Ce dispensaire, cinq ans après sa construction deviendra la propriété de la municipalité lilloise. Les frais de fonctionnement du dispensaire Emile-Roux sont financés par des sommes souscrites auprès de donateurs. L'établissement est autonome et surveille un nombre déterminé et limité de tuberculeux fixé à 1 000 par an.

L'aide d'urgence aux familles indigentes est, par nécessité vitale d'abord alimentaire. Le dispensaire fonctionne à Lille à côté du bureau de bienfaisance de manière autonome, mais sans chercher à le concurrencer, ou à le remplacer. Les aides distribuées par le dispensaire sont attribuées en tenant compte des œuvres charitables en place, parfois depuis quelques décennies. Aussi, en 1903, le dispensaire lillois supprime la distribution de pains qui s'obtiennent facilement auprès de la charité privée. A partir de 1904, l'aide alimentaire est fonction de la catégorie dans laquelle les assistés sont classés aux vues de leurs ressources disponibles³⁶⁴.

« Première catégorie : 30 litres de lait, 4kgs de viande, 100kgs de charbon, loyer

Deuxième catégorie : 30 litres de lait, 4 kg de viande, 60 œufs

Troisième catégorie : 30 litres de lait et 60 œufs

La surveillance de la fraîcheur des aliments distribués est effectuée par des analyses dans les laboratoires de l'Institut Pasteur de Lille, de manière très stricte³⁶⁵. »

Le dispensaire antituberculeux de Lille porte le nom d'Emile Roux, pasteurien de la première heure, il est le maître et l'ami d'Albert Calmette. Le dispensaire Emile-Roux fonctionne depuis le 1^{er} février 1901.

« J'étais donc locataire à bail pour cinq ans d'un terrain appartenant à la Ville, sur lequel je pouvais édifier, avec l'argent de la Ville, organiser sous ma responsabilité exclusive et diriger à mon gré ces 5 années, l'œuvre dont j'avais conçu le plan³⁶⁶. »

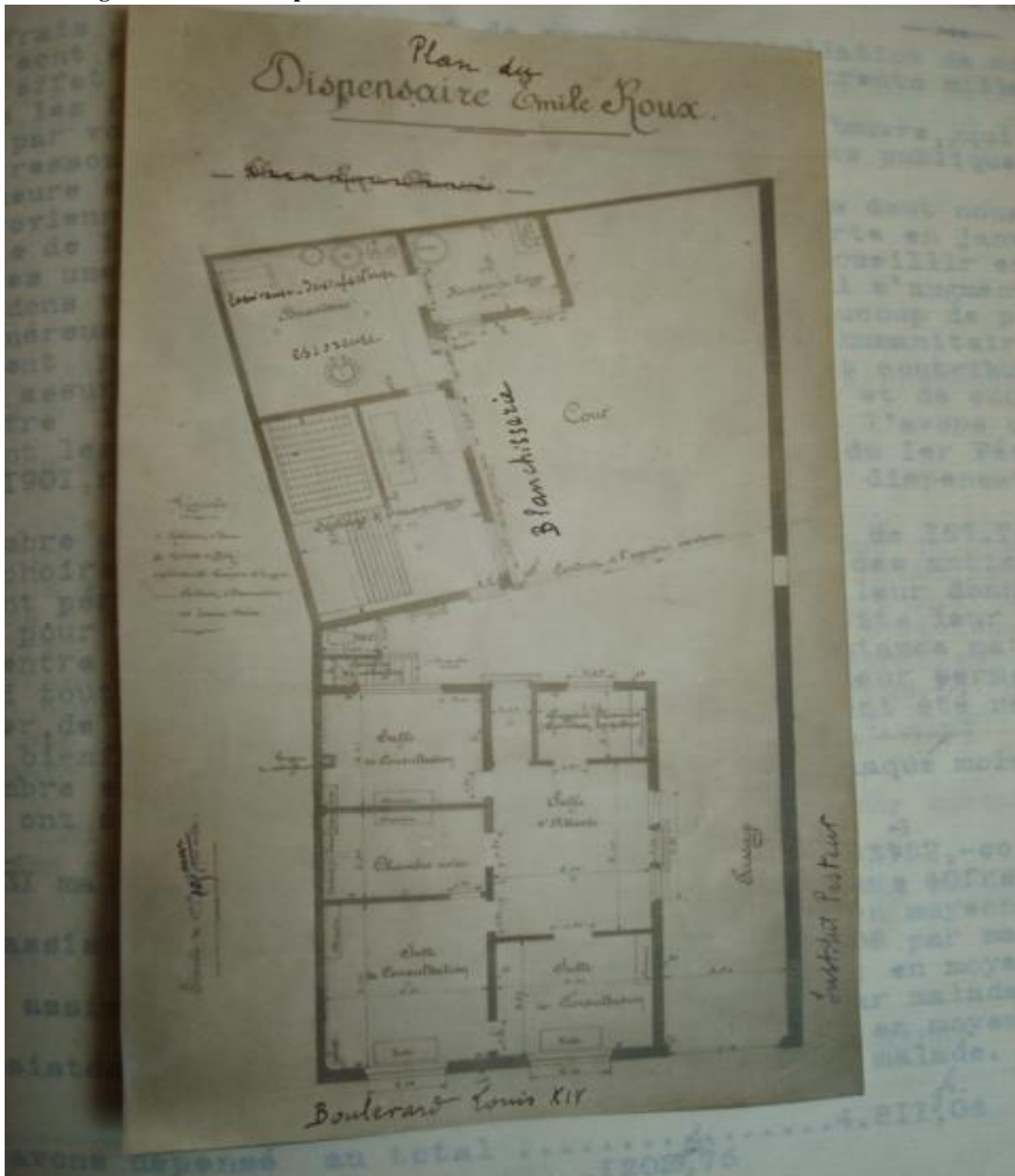
Le plan du dispensaire Emile-Roux montre que cet établissement dispose d'une Blanchisserie dont la surface est importante et de trois chambres de consultations. Les plans de ce dispensaire sont l'œuvre d'un architecte.

³⁶⁴ *Ibid.*, p.29

³⁶⁵ *Ibid.*

³⁶⁶ *Ibid.*, p.2.

Figure 37- Plan du dispensaire Emile-Roux de Lille ³⁶⁷



Le dispensaire se doit de veiller à la non-prolifération des bacilles de Koch. Aussi, la buanderie permet de désinfecter le linge de la plupart des malades tuberculeux. Cette pièce possède des portes extérieures indépendantes pour permettre d'assurer séparément la réception et la distribution du linge. Calmette considère que ce mode d'assistance est un des plus importants du point de vue

³⁶⁷ *Ibid.*

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

prophylactique. Les services du préventorium prévoient également un nettoyage complet de la chambre du malade à son domicile.

Figure 38- Préventorium Emile-Roux de Lille : La blanchisserie³⁶⁸



Figure 39- Préventorium Emile-Roux de Lille : Le séchoir³⁶⁹



Albert Calmette dresse un aperçu des quatre premiers mois de fonctionnement du dispensaire de Lille, du 1^{er} février 1901 au 1^{er} juin 1901. Sur les 458 malades reçus en consultations, 157 sont reconnus tuberculeux et parmi eux, 67 ont un

³⁶⁸ Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Le préventorium Emile-Roux de Lille, 1901-1903*, *op.cit.*, p. 20-30.

³⁶⁹ *Ibid.*

besoin urgent d'assistance matérielle pour se loger, se vêtir et se nourrir. Pendant cette période le tableau suivant indique le nombre et le coût des malades assistés chaque mois :

Mois	Nombre de malades assistés	Coût total ³⁷⁰
Février	31	1 253,52 francs
Mars	53	957,99 francs
Avril	59	1 359,00 francs
Mai	52	1 240,53 francs

Soit un total de 195 malades assistés en 4 mois et une moyenne mensuelle de 49 malades. La population de la ville de Lille au début des années 1900 est d'environ 220 000 habitants.

Le dispensaire Emile-Roux de Lille publie des statistiques précises des mouvements des consultants. Ainsi, pour les années 1901, 1902 et 1903 cumulées, une analyse montre pour chaque mois le nombre des nouveaux consultants et parmi eux, le nombre et le pourcentage de malades reconnus tuberculeux :

Figure 40- Nouveaux consultants et nouveaux tuberculeux par mois cumulés de 1901 à 1903³⁷¹

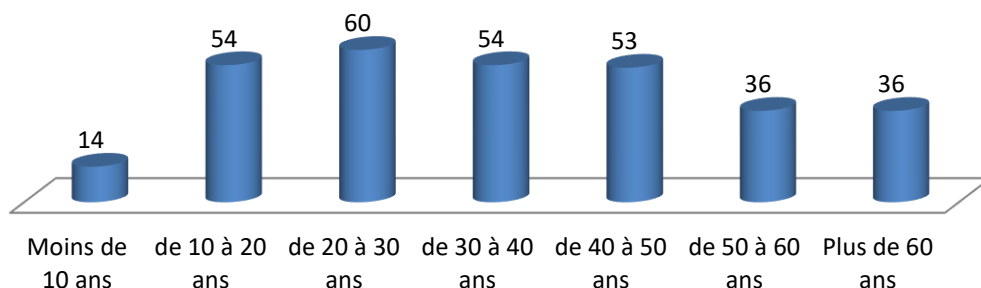
Mois	Années 1901-1902-1903 cumulées		
	Nombre global des nouveaux consultants	Nombre des malades reconnus tuberculeux	% de nouveaux tuberculeux
Janvier	96	39	41
Février	197	111	56
Mars	193	92	48
Avril	113	51	45
Mai	126	62	49
Juin	125	75	60
Juillet	137	82	60
Août	108	61	56
Septembre	99	54	55
Octobre	89	46	52
Novembre	83	55	66
Décembre	94	52	55
Total	1 460	780	53

Sur les trois années recensées, le nombre moyen de malades reçus est de 47 par mois. Entre 1901 et 1903, 53% des nouveaux consultants sont déclarés tuberculeux par les médecins du dispensaire lillois qui affinent ces statistiques par tranches d'âge de la population observée. Ainsi, les totaux de 1 460 nouveaux consultants et celui des 780 nouveaux malades tuberculeux de cette période sont ventilés de la manière suivante :

³⁷⁰Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, le préventorium Emile-Roux de Lille, son organisation, son fonctionnement 1901-1903*, Imprimerie Danel, Lille, 1905, p.48.

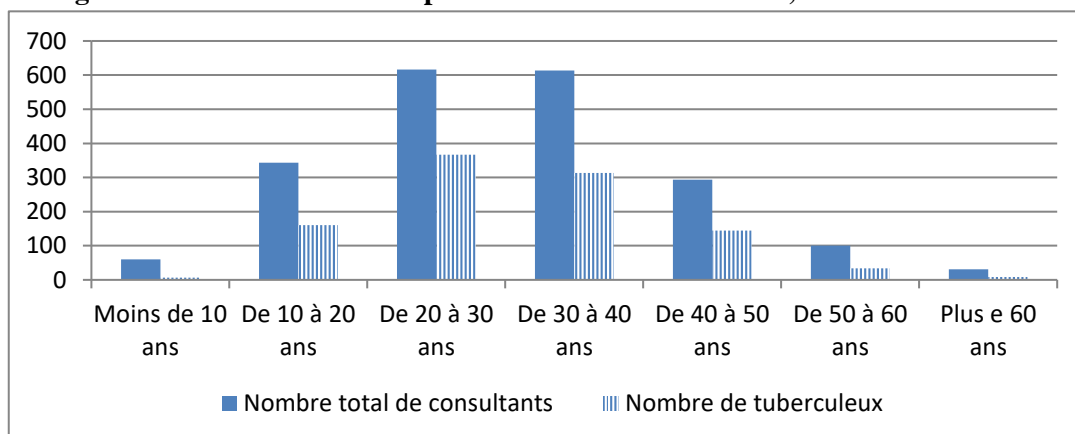
³⁷¹*Ibid.*

Figure 41- Pourcentage des malades reconnus tuberculeux par tranches d'âges au dispensaire de Lille entre 1901 et 1903³⁷².



La tranche d'âge de 20 à 30 ans connaît le plus fort taux de malades consultants déclarés tuberculeux. Les consultants âgés de 10 à 50 ans sont déclarés à plus de 50% tuberculeux dans le dispensaire lillois de 1901 à 1903. Albert Calmette procède scientifiquement, dès le début du fonctionnement du dispensaire Emile-Roux, à des relevés précis concernant l'âge, le sexe, l'état des consultants. De 1901 à 1904, le dispensaire Emile-Roux a examiné plus de 2 000 ouvriers. La classe d'âge la plus touchée par la maladie est celle des 20 à 24 ans, comme l'indique le graphique ci-dessous :

Figure 42- Mouvement du Dispensaire Emile-Roux de Lille, de 1901 à 1904³⁷³



Les statistiques établies à Lille fournissent en outre une répartition du nombre des tuberculeux par profession, classées par secteur et détaillées de façon très pointue.

« Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, l'alcoolisme ne se retrouve que dans une proportion assez faible : 17,78% ; 15,32% en 1903 ; 17,53% en 1901-1902. L'alcoolisme paternel ou maternel se rencontre dans 26,08%³⁷⁴. »

Les analyses des résultats concernant la relation entre la tuberculose et l'alcoolisme démentent partiellement l'idée que *l'alcoolisme fait le lit de la*

³⁷² *Ibid.*

³⁷³ *Ibid.*, p.49.

³⁷⁴ *Ibid.*, p.46.

*tuberculose*³⁷⁵, argument largement développé par les médecins depuis le XIX^e siècle et qui noircit l'image des malades atteints de tuberculose³⁷⁶. Albert Calmette est assisté dans ses travaux par le docteur Désiré Verhaeghe pendant une dizaine d'années. En 1889, Verhaeghe présente une thèse de doctorat sur l'alcoolisme dont le contenu social et politique³⁷⁷ qui coûte un refus du jury à la première présentation de cette thèse, a certainement influencé Calmette.

Le dispensaire Emile-Roux de Lille ainsi que son directeur Albert Calmette sont l'objet de nombreuses critiques adressées indirectement à l'Institut Pasteur dont la puissance effraie les médecins libéraux.

Une comparaison entre le dispensaire Emile-Roux et celui du docteur Bonnet ouvert dans le XVIII^e arrondissement de Paris, cherche à montrer que ce dernier est beaucoup plus rentable.

« La population du XVIII^e arrondissement et la population de Lille indiquée par Calmette sont sensiblement égales à 200 000 habitants. Sur ce chiffre, la moyenne des consultants à Lille est de 1 000 par an, tandis qu'à Montmartre, elle est de 4 à 5 000. En outre l'installation Emile-Roux a coûté 30 000 francs, et celle du docteur Bonnet 5 000 francs. Le budget annuel pour le millier de consultant lillois est évalué à 40 000 francs. Pour les milliers de consultants parisiens, l'évaluation est de 30 000 francs³⁷⁸. »

Une autre comparaison est menée en 1903 entre le fonctionnement du dispensaire de Lille et celui de Lyon. A Lille, le dispensaire diagnostique lui-même les tuberculeux, mais il limite le nombre des patients à 200 tuberculeux à la fois, limitation qui semble ne pas être admise dans les dispensaires lyonnais.

Le nombre des tuberculeux suivis et aidés par le dispensaire lillois est bien inférieur au nombre des malades accueillis dans un dispensaire parisien organisé par le docteur Bonnet pour un budget plus important. Au-delà de la critique formulée envers les dispensaires de type Calmette, l'hypothèse est suggérée que les malades reçus au dispensaire lillois sont mieux ciblés, peut-être mieux triés à Lille que dans d'autres villes et que les moyens techniques mis à la disposition des médecins exerçant à Lille sont plus complets et plus récents, compte tenu de la qualité de spécialiste mondialement reconnue du docteur Calmette.

³⁷⁵Louis Landouzy, *Commission de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, 1900, p.283 Des mesures pour lutter contre l'alcoolisme sont préconisées par la Commission : expliquer les dangers de l'alcool, organisation par les pouvoirs publics d'une éducation antialcoolique dans les écoles, les administrations, l'armée, la marine, limiter le nombre de cabarets, supprimer le privilège des bouilleurs de crus.

³⁷⁶Louis Grand Rivière, *Lutte contre la tuberculose*, Editeur Maloine, Paris, 1898, p.26 à 29. Le docteur Louis Grand Rivière indique que les causes qui prédisposent à la phtisie outre l'hérédité sont la mauvaise alimentation due à la qualité des aliments, l'alcoolisme, le surmenage physique, la misère, la densité de population.

³⁷⁷In site Internet : maitron.univ-paris1.fr consulté en janvier 2020.

³⁷⁸Philippe Sauvan, *L'évolution du dispensaire antituberculeux*, *Thèse de médecine*, le 25 novembre 1914, Montpellier, 1914, p. 51.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

3.3.2 Le fonctionnement du dispensaire « à la française »

Les dispensaires ont pour objectif de précéder et de compléter l'organisation sanatoriale. En amont d'une cure en sanatorium qui dure de trois à quatre mois, et qui se révèle onéreuse, le dispensaire permet d'opérer des choix efficaces de malades en sélectionnant ceux qui présentent les meilleures chances de guérison. Des campagnes de propagande font connaître les dispensaires, qui distribuent gratuitement des conseils d'hygiène imprimés sur des affiches ou dans des fascicules, des crachoirs, des antiseptiques et des bons alimentaires aux populations sensibles. Albert Calmette soutient la thèse qu'il ne faut pas attendre la venue spontanée à la consultation médicale des ouvriers tuberculeux.

« Au lieu d'attendre que l'ouvrier tuberculeux aille consulter le médecin et soit acculer 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 atteint³⁷⁹. »

Le dispensaire antituberculeux est typiquement un lieu de prophylaxie. Il permet de surveiller le malade et d'assister sa famille pendant toutes les phases de soins antérieures et postérieures au traitement sanatorial. Albert Calmette choisit, dans un premier temps le nom de préventorium pour désigner les dispensaires spécialement affectés à la lutte sociale contre la tuberculose. Le mot préventorium est mieux adapté, selon Calmette, à sa mission de prévention. Finalement, Calmette se plie au terme de dispensaire et les préventoriums sont destinés à recevoir plus spécialement des enfants qui présentent des symptômes de la maladie à son stade le plus précoce.

A Lille sont admises au dispensaire les personnes habitant la ville ou ses faubourgs immédiats. Dans les premières semaines de fonctionnement du dispensaire, des médecins assurent bénévolement des consultations gratuites. Le travail bénévole des médecins ne perdure pas. Au dispensaire Emile-Roux, l'assistance matérielle est réalisée sous plusieurs formes : l'alimentation, le logement, la literie et le blanchissage du linge auquel Albert Calmette accorde une importance toute particulière. Une soixantaine de familles viennent chaque semaine déposer leur linge sale dans des sacs de grosse toile numérotés fournis à cet usage.

Le placement des tuberculeux, c'est-à-dire leur affectation en sanatorium, à l'hôpital ou à leur domicile, est une autre fonction assurée par le dispensaire. Dans le projet initial du préventorium de Lille, Calmette imagine de placer les tuberculeux non bacillaires, c'est-à-dire ceux qui au premier stade de la maladie n'expectorent pas de bacilles, dans des familles d'accueil bénévoles à la campagne. Le placement en famille reçoit l'appellation significative de sanatorium de fortune et est rapidement abandonné car il ne présente pas toutes les garanties de soins aux tuberculeux. Faute de sanatoriums populaires, le tuberculeux indigent doit être maintenu à son domicile, sous la surveillance du

³⁷⁹ Albert Calmette, « Dispensaires pour tuberculeux », *Commission de la tuberculose, la propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, 1900, p.377.

personnel du dispensaire. L'efficacité du fonctionnement du dispensaire, repose sur les qualités, notamment sur l'investissement humain du personnel de l'établissement.

« Chaque matin de dix à onze heures, deux médecins consultants sont en permanence au Dispensaire. Ils examinent les nouveaux venus et les malades assistés qu'il y a lieu de suivre³⁸⁰. »

Le personnel médical du dispensaire est constitué à ses débuts de tous les médecins qui acceptent de prêter leurs concours gratuitement. Puis, l'affluence des malades rend nécessaire la présence d'un personnel fixe et rétribué. En 1905, un médecin-directeur est chargé de la répartition des tuberculeux en trois catégories, de l'assistance et de la surveillance des personnes assistées au dispensaire. Trois assistants sont chargés du service courant des consultations données aux nouveaux patients et aux personnes dites non assistées. Chaque médecin reçoit pour chaque consultation un jeton de présence d'égale valeur. Le médecin-directeur bénéficie d'une allocation annuelle supplémentaire en rémunération des travaux de statistiques dont il est chargé³⁸¹.

Chaque nouveau consultant répond à des questions précisant son identité, ses antécédents héréditaires, le niveau de ses ressources financières. Un examen bactériologique des crachats recueillis la veille permet le diagnostic de la tuberculose. Si ce premier examen se révèle positif, le malade qui se déclare sans ressources et sans médecin traitant, est muni d'un numéro d'ordre et d'une carte d'admission au dispensaire, au dos de laquelle figurent les dates des futurs rendez-vous. Une seconde visite est fixée au cours de laquelle un dossier clinique est complété, après un examen médical attentif. Ce dossier, structuré de manière identique pour chaque malade est renseigné chaque mois. Une nouvelle feuille vient ainsi constater les améliorations ou au contraire la dégradation de l'état du malade. Des visites au domicile du tuberculeux sont effectuées par un personnage clé du dispositif des soins au dispensaire. Albert Calmette donne une description de l'enquêteur-ouvrier choisit à Lille pour les débuts du fonctionnement du dispensaire Emile-Roux en 1901 :

« Les enquêtes à domicile sont effectuées par un ASSISTANT OUVRIER attaché au dispensaire et spécialement instruit en vue des importants services qu'il doit rendre. Nous avons choisi à Lille pour remplir ces fonctions, un ancien ouvrier peigneur de lin, secrétaire d'une société de secours mutuel, parlant également bien la langue flamande et le français, connaissant à fond les besoins de la classe populaire à laquelle il appartient, capable de se mettre à la portée des malades auxquels il devra expliquer et commenter toutes les recommandations et les prescriptions qui leur auront été faites.

³⁸⁰Albert Calmette, *Le Dispensaire antituberculeux à Lille*, Archives de l'Institut Pasteur, document cote 27919 (29), p.3.

³⁸¹Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse*, op.cit., p.24.

Le choix de cet enquêteur est extrêmement important. Il doit être intelligent et actif, avoir une physionomie avenante, parler avec assez d'autorité pour en imposer aux malades, s'intéresser à leurs misères physiques ou morales, devenir pour autant que possible, leur confident et leur ami, aussi être le collaborateur dévoué des médecins et la cheville ouvrière de l'œuvre. Ces enquêteurs devront, autant que possible, être des hommes du peuple, intelligents, capables d'initiative, d'autorité, et mutuellistes convaincus... L'enquêteur des préventoriums se présentera dans les familles pauvres en camarade compatissant et dévoué ; il causera amicalement avec les parents du malade, il s'inquiétera de ses besoins, de sa manière de vivre, de ses habitudes, de ses ressources ; il visitera son logement ; il s'informerait de ses conditions hygiéniques d'existence et des œuvres qui s'intéressent à lui³⁸². »

L'assistant ouvrier³⁸³ est chargé d'établir un dossier social comportant les renseignements collectés sur le malade. Il vient chercher à son domicile le tuberculeux qui oublie le jour et l'heure de son rendez-vous au dispensaire. Chaque semaine, il visite les malades de manière inopinée. Ces visites sont souvent ressenties comme intrusives par les malades et leurs familles. L'enquêteur doit apprendre au tuberculeux les gestes permettant de ne pas contaminer ses proches et les autres personnes de son entourage privé et professionnel, mais également les précautions d'utilisation du produit antiseptique et des crachoirs afin de ne pas se surinfecter lui-même, en avalant ses crachats infectés³⁸⁴. Les observations et les recherches d'Albert Calmette le conduisent à la conclusion que le bacille de Koch est dans un premier temps ingéré, puis qu'il circule dans l'organisme avant de se loger dans une partie du corps, le plus souvent dans les fines alvéoles pulmonaires qui l'emprisonnent et dans lesquelles il prolifère.

L'image de l'assistant ouvrier est idéalisée par Albert Calmette. Ce modèle d'assistant est issu des sociétés de secours mutuel (SSM) dont la vie communautaire est empreinte des notions de solidarité, de convivialité, de valeurs chrétiennes, chères aux premiers dirigeants de la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Les SSM sont aussi des organisations privées qui requièrent une gestion minutieuse de la liste de leurs membres et des cotisations

³⁸² Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, op.cit.*, p.13.

³⁸³ Confère : Eric Geerkens, Nicolas Hatzfeld, Isabelle Lespinet-Moret, Xavier Vigna (dir.), *Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine, Entre pratiques scientifiques et passions politiques*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2019.

³⁸⁴ Lors de la conférence de l'Alliance de Hygiène Sociale (AHS) de 1906, le professeur Albert Calmette expose des conseils en matière de défense contre la tuberculose. Il décrit en des termes adaptés à la compréhension du plus grand nombre, les modes de transmission de cette maladie.

« Il paraît démontré aujourd'hui que les poussières infectées sont dangereuses, non pas parce que nous les inhalons, non parce que nous les respirons, mais parce que nous les avalons avec notre salive. » Albert Calmette souligne le dilemme du malade contraint de cracher pour éviter la surinfection de son propre organisme. « Le tuberculeux qui crache, par contre, a les plus grandes chances de guérir, mais aussi il a les plus grandes chances d'infecter son entourage et de se réinfecter lui-même, parce qu'il sème partout autour de lui une grande abondance de microbes et que ces microbes peuvent être avalés à l'état de poussières sèches ou humides en même temps que les aliments. » *La défense contre la tuberculose dans la famille*, Conférence de l'AHS à Nancy, 1906, p.387.

perçues. Aussi, les visites au domicile des adhérents des SSM sont régulières, pour notamment percevoir le montant périodique de l'adhésion et vérifier le mode de vie de l'adhérent et de sa famille. L'alcoolisme et les vies dissolues sont ainsi pourchassés par des enquêteurs devenus des dénonciateurs de mauvaises conduites. Au dispensaire, la dénomination d'assistant-ouvrier ou bien de moniteur social, permet de dissimuler le rôle d'observateur, voire de rapporteur qu'il doit exercer auprès des familles assistées, aidées mais aussi surveillées³⁸⁵. Pourquoi Albert Calmette décrit-il le personnage qu'il définit lui-même comme la clé de réussite de l'action des dispensaires, de manière aussi utopique ? Un ouvrier qui serait capable de comprendre, de défendre à la fois les intérêts médicaux et financiers des malades indigents d'une part, des médecins et des conseils d'administration des dispensaires antituberculeux d'autre part semble bien difficile à trouver dans chacun des établissements préconisés. Albert Calmette tient à préciser que l'enquêteur des dispensaires ne doit pas ressembler à certains enquêteurs administratifs de bureau de bienfaisance qui ne voient dans les personnes aidées que des êtres *suspects ou tarés* et se conduisent avec des manières policières sur un ton arrogant ou dédaigneux. Cette réflexion montre le questionnement de Calmette face aux enquêteurs chargés d'effectuer le lien entre la population et le dispensaire. Il souligne la défiance des personnes issues de milieux pauvres vis-à-vis des *bourgeois en redingote, ou de la femme du monde, ou des prêtres et des pasteurs*, pour étayer l'action d'un assistant-ouvrier.

Albert Calmette lorsqu'il expose le fonctionnement du dispensaire antituberculeux a-t-il le recul nécessaire sur les conditions d'existence des individus les plus démunis ? La vie qu'il mène depuis son enfance, lui a-t-elle permis de connaître les réalités des classes ouvrières en France ? Albert Calmette est-il un savant loin des réalités sociales ?

3.3.3 Calmette un pasteurien au service d'un Institut controversé

Une autobiographie manuscrite d'Albert Calmette est consultable aux archives de l'Institut Pasteur à Paris. Elle se compose de 26 feuillets rédigés en 1932 d'une écriture serrée, quelques mois avant sa mort.

Né le 12 juillet 1863, il évoque son enfance niçoise, fils d'un père chef de cabinet du préfet, sa mère meurt de tuberculose alors qu'il n'a que deux ans. Il est élevé par sa belle-mère à laquelle il voue une grande affection.

« C'est elle qui m'a élevé. J'étais de constitution très délicate ; elle m'a entouré de soins, m'a appris à lire et à écrire. Sa bonté et son dévouement étaient sans bornes. Elle s'est appliquée à former mon intelligence et si j'ai

³⁸⁵Confère : Dominique Dessertine, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France, (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2-3, 1995.

Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie, entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre&Histoire*, Automne 2009.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

trouvé du bonheur dans la vie en essayant de faire le bien autour de moi, c'est à elle que j'en suis redevable³⁸⁶. »

Âgé de 7 ans, pendant la guerre de 1870, il passe son temps libre à faire de la charpie pour les blessés. Il a deux frères, Emile, son aîné de douze ans et Gaston, plus âgé de cinq ans dont il évoque la mort tragique en 1914 qui lui cause un immense chagrin³⁸⁷. Rêvant de devenir marin, il entre à l'école de médecine navale de Brest en 1881 et devient aide-médecin de la marine en 1883. Il participe aux campagnes de Chine (1883-1885), du Gabon-Congo de 1886 à 1887. Il séjourne à Saint-Pierre Miquelon, à Terre-Neuve. Il travaille à l'Institut Pasteur en 1890 et est affecté à Saïgon pour la création et la direction d'une antenne de l'Institut dans cette colonie française. Il est de retour à l'Institut Pasteur de Paris de 1893 à 1894.

« C'est alors que dans les premiers jours de décembre 1894 une délégation du conseil Municipal de Lille vint rendre visite à Monsieur Pasteur, pour le prier de donner son assentiment à la création dans cette ville où il avait été le premier doyen de la faculté des sciences, d'un laboratoire portant son nom et où serait préparé le sérum antidiphthérique pour la région du Nord. Il me fut prié par M. René Vallery-Radot (gendre de Louis Pasteur) de venir le voir et me proposa de me désigner pour créer et diriger ce nouvel institut. Je ne me sentais aucun goût pour cet exil dans un pays où je ne connaissais personne, ni pour une fonction qui devait entraîner l'abandon de ma carrière militaire et coloniale, alors que celle-ci s'annonçait plutôt brillante. Mais je n'avais rien à refuser à Monsieur Pasteur, ni à mon maître Roux. J'acceptai donc à titre provisoire la mission qu'il s'agissait de me confier et me rendis d'abord à Lille pour prendre contact avec la Municipalité et élaborer un programme d'action dans le sens que celle-ci avait envisagé³⁸⁸. »

Albert Calmette est accueilli à Lille par l'élite politique et industrielle locale. Il est charmé par leur convivialité, leur *remarquable intelligence et leur haute culture*. Il propose de créer sous le vocable de Pasteur, un centre de recherches relatives aux applications de la microbiologie à la médecine et à l'hygiène, aux industries de fermentation et à l'agriculture³⁸⁹. Il forme quelques élèves dont Camille Guérin. Calmette est récompensé et honoré par les industriels du Nord pour les travaux et les applications qui en découlent qu'il mène au sein de l'antenne de l'Institut Pasteur de Lille. En 1899 à la Commission de la tuberculose il expose un

³⁸⁶Autobiographie manuscrite d'Albert Calmette rédigée en 1932, Archives de l'Institut Pasteur, référence 28 431 CAL. p.1.

³⁸⁷Gaston Calmette, directeur du journal Le Figaro, est assassiné par madame Caillaux le 17 mars 1914. Madame Caillaux, épouse du ministre Joseph Caillaux ne supportait pas les révélations médiatiques concernant sa vie extraconjugale.

³⁸⁸Autobiographie manuscrite d'Albert Calmette rédigée en 1932, *op.cit.*

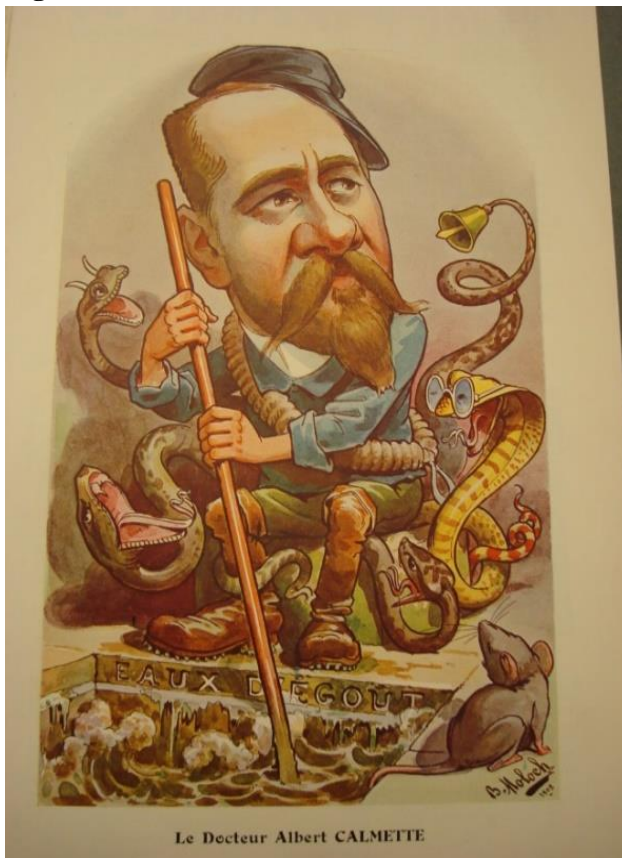
³⁸⁹La société industrielle de Nord de la France décerne à Calmette une médaille d'or de la Fondation Kuhlmann pour les services rendus à la Science et à l'Industrie. Calmette est convié à la distribution des récompenses offertes par la société à la séance solennelle du 16 janvier 1897. Boîte d'archives CAL.A2 de l'Institut Pasteur de Paris, Fonds Albert Calmette.

plan de lutte sociale contre cette maladie par la création de dispensaire spécial de prophylaxie. C'est à la demande des élites locales du Nord que Calmette décide de créer en 1901 le dispensaire antituberculeux de Lille. Il est aidé par la presse locale, sollicitée semble-t-il par le directeur du Figaro, Gaston Calmette, le frère d'Albert.

« Grâce à une souscription publique organisée par la presse locale, je pus bientôt après, dès 1901, réaliser ce plan d'action pour la mise en place du dispensaire Emile-Roux qui fut le prototype des institutions de ce genre. Celles-ci se sont multipliées depuis dans tous les pays du monde. Elles sont en quelque sorte les pivots de la prophylaxie antituberculeuse³⁹⁰. »

En 1903, il crée la Ligue de Nord contre la Tuberculose. Cette même année voit la construction du sanatorium de Montigny-en-Ostrevent près de Douai.

Figure 43- Le docteur Albert Calmette³⁹¹



Albert Calmette est un médecin militaire qui a connu la vie aventureuse d'un pionnier scientifique dans les colonies françaises. Il met un point un sérum antivenimeux et manipule quotidiennement des serpents volumineux et dangereux. Une caricature de Calmette trouvée dans le dossier CAL A1 des archives de l'Institut Pasteur de Paris, montre Calmette aux prises avec un serpent à sonnette en référence à ses recherches sur les sérums antivenimeux. Calmette est représenté avec un racloir en train semble-il de sonder ou de remuer les eaux des égouts

sous le regard intéressé d'un rat. Il est vêtu de la tenue des égoutiers, c'est-à-dire des bottes qui montent jusque le dessus du genou, une casquette et une blouse de travail. Cette caricature est une allusion aux travaux de Calmette

³⁹⁰ Autobiographie manuscrite d'Albert Calmette rédigée en 1932, *op.cit.* p.19.

³⁹¹ Dans le cadre de ses recherches sur les sérums antivenimeux, Calmette possède à l'Institut Pasteur des spécimens de reptiles dont les escapades incontrôlées dans les égouts de Paris affolèrent quelquefois la population du quartier et le personnel de l'Institut Pasteur à Paris.

concernant l'assainissement des égouts³⁹². En France, comme à l'étranger, en raison de l'extension des établissements industriels, de l'accroissement des populations urbaines, les hygiénistes condamnent les procédés d'évacuation des déchets. Calmette travaille à l'épuration des eaux polluées par les déchets industriels. Pendant dix ans, entre 1905 et 1914, il multiplie les expériences en collaboration avec ses confrères anglais et américains. Emile Roux salue les résultats de cet énorme travail qui « a fait surgir en France une industrie sanitaire nouvelle ». Calmette a contribué à l'assainissement des villes, des rivières polluées et à la protection des eaux de source.

A quarante ans, Albert Calmette a vécu plusieurs années outre-mer ou bien concentré sur ses recherches dans le cercle très fermé de ses collaborateurs et amis pasturiens des laboratoires de l'Institut Pasteur à Paris. Il semble par conséquent que sa représentation de l'ouvrier-assistant n'ait pas de réalité dans ses rencontres quotidiennes. Toutefois, depuis 1898, Calmette participe aux travaux de la Commission de la lutte contre la tuberculose, en collaboration avec d'autres savants, des médecins, des hommes politiques, des dirigeants de sociétés de secours mutuel, qui ont pu lui faire part de leurs expériences et de leurs visions de la vie des classes sociales les plus défavorisées. Néanmoins cette remarque du corps médical lillois émanant du docteur Coppens en 1903 à propos du directeur de l'Institut Pasteur de Lille, n'est pas sans poser quelques questions :

« Nous n'avons aucune animosité contre le directeur de l'Institut Pasteur de Lille. Si nous n'avons eu que de rares rapports avec lui, toujours ces rapports ont été empreints, de part et d'autre, de la plus parfaite courtoisie³⁹³. »

Albert Calmette est toutefois lucide sur les difficultés du combat mené contre la tuberculose et de l'importance de structures prophylactiques telles que le dispensaire antituberculeux dont il cherche à déterminer un fonctionnement efficient et cohérent. Aucun médicament n'est délivré au préventorium Emile-Roux car, déclare Calmette, aucun n'est vraiment efficace. Calmette craint par ailleurs qu'une distribution médicamenteuse au sein d'une annexe de l'Institut Pasteur n'éveille des soupçons d'expérimentation d'un nouveau remède découvert à l'Institut. Cette méfiance laisse penser que les rapports entre le pasteurien et les médecins locaux ne sont pas des meilleurs et qu'une certaine défiance s'est installée entre les praticiens et les savants de l'Institut Pasteur.

Ainsi, lors du Congrès international de la tuberculose de Paris, en 1905, les scientifiques et les médecins français se livrent une bataille. Les rapporteurs français, messieurs Courtois-Suffit, directeur d'un dispensaire parisien et Laury, avec l'appui du docteur Boureille directeur d'un autre dispensaire parisien, adressent leurs critiques, jugées sévères par d'autres rapporteurs français, aux dispensaires antituberculeux de type Calmette dont ils dénoncent le coût élevé

³⁹²Noël Bernard, *La vie et l'œuvre d'Albert Calmette (1863-1933)*, Editions Albin Michel, Paris, 1961, p.136-138.

³⁹³A. Coppens, docteur, « Le conflit entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical », Extrait des *Annales de la Policlinique de Lille*, N°2, Février 1901, Imprimerie Massart, Lille, 1901, p 15.

pour un service *douteux*³⁹⁴. Le professeur Savoie reproche aux dispensaires de type Calmette de se désintéresser du traitement du malade. Il suggère une vision plus large de l'action des dispensaires et propose un modèle nommé Siegfried-Robin, qui intègre une cuisine populaire, un atelier de repos, une cure d'air et un office de travail. Le tuberculeux devenu contagieux, dans l'optique de Savoie, doit être isolé dans un hôpital.

« Il n'offre en effet qu'un palliatif momentané ; son rôle prophylactique propre est restreint, les dépenses qu'il consacre à des secours en nature, toujours insuffisantes, sont illusoires. Le dispensaire dit être le poste de secours du sanatorium, et n'exister qu'autant qu'il peut évacuer ses clients³⁹⁵. »

Léonie Chaptal, fondatrice de deux dispensaires et le professeur Landouzy, tentent d'apaiser les débats et de modérer les propos de Courtois-Suffit et Laury. Ils argumentent en faveur d'un budget maîtrisé qui permet de réduire les coûts de fonctionnement du dispensaire antituberculeux.

Ces discussions ne prennent pas leur source en 1905 au Congrès international contre la tuberculose à Paris. Dès l'installation du dispensaire antituberculeux de Lille, en 1901, un conflit éclate entre l'Institut Pasteur et le corps médical du département du Nord. La première critique des médecins porte sur la souscription ouverte au public pour financer le dispensaire. Cette souscription est concomitante avec celle engagée pour la création d'un sanatorium populaire. Les fonds espérés pour le sanatorium sont ainsi plus lents à abonder les caisses de l'établissement de soins, au désespoir affiché des membres du corps médical. Toutefois, les médecins sont conscients de l'importance de la prophylaxie antituberculeuse, mais s'opposent, par principe à l'annexion à l'Institut Pasteur de futurs dispensaires préconisés dans le département³⁹⁶. Les personnels du monde médical provincial se sentent écartés du centre décisionnaire parisien sur le plan politique et sur le plan scientifique. Dans le département du Nord, Albert Calmette est perçu comme un membre de l'Institut parisien dont l'objectif principal reste la promotion de cet établissement. D'autre part, le corps médical lillois reproche à Calmette de détourner les fonds publics alloués à l'Institut Pasteur pour effectuer des travaux dans le domaine de la microbiologie, au profit d'activités telles que des enquêtes, de la délivrance de bons alimentaires et de *peser les malades*. La crainte la plus forte des médecins est de voir l'Institut Pasteur s'ingérer dans les activités de la médecine privée et de limiter l'indépendance des médecins. Ils craignent de voir diminuer leur clientèle des patients tuberculeux et de leurs familles dans un premier temps, et pour le futur de manière plus général, des personnes atteintes de maladies transmissibles qui seraient prises en charge à leur tour par l'Institut Pasteur et les médecins formés par lui. La peur du manque-à-gagner présent et futur, pousse le corps médical à se révolter contre le système des dispensaires antituberculeux.

³⁹⁴ *Revue de la Tuberculose*, 1905, *op.cit.* p.512.

³⁹⁵ *Ibid.*

³⁹⁶ A. Coppens, docteur, « Le conflit entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical », Extrait des *Annales de la Policlinique de Lille*, *op.cit.* p.9.

Conclusion de la première partie

Les dispensaires sont initialement le fruit d'œuvres philanthropiques, souvent dirigées par des médecins. Les municipalités apportent généralement une aide financière sous formes de subventions, mais aussi de prêts voire de dons de terrains ou de bâtiments affectés à l'installation de dispensaires. Les œuvres les plus importantes comptent dans leur conseil d'administration des membres éminents de la lutte contre la tuberculose, tels que les professeurs Brouardel, Landouzy, Letulle à Paris, le professeur Calmette à Lille, le professeur Courmont à Lyon ou le professeur Armaingaud à Bordeaux. Quelques établissements créés et dirigés par des associations financées par des fonds privés sont recensés. Ils bénéficient de subventions en provenance par exemple les sociétés de secours mutuels.

Le système du dispensaire antituberculeux trouve un défenseur convaincu sur le plan politique. Le solidarisme est porté par Léon Bourgeois dans ses discours, dans ses écrits et dans ses actions. Député radical depuis 1889 il est ensuite élu sénateur de la gauche démocratique en 1905 jusqu'en 1924. Il ne parvient pas à faire voter une loi sur les dispensaires antituberculeux dont le projet est porté devant l'Assemblée depuis 1910. Ce texte législatif est fondamental pour articuler les moyens de l'action prophylactique contre la tuberculose. Léon Bourgeois agit au plan national et international dans des domaines diversifiés car outre ses combats politiques, il mène des actions d'envergure dans l'univers de la Mutualité. Il est élu président de l'Alliance d'Hygiène Sociale en 1907.

Le dispensaire antituberculeux ne peut pas exister sans la présence d'un personnel médical compétent. La phtisiologie est une spécialité médicale émergente qui paraît de manière presque concomitante avec l'amorce la professionnalisation des soins infirmiers³⁹⁷. Le phtisiologue est un médecin qui travaille principalement au sein d'un hôpital, d'un dispensaire ou d'un sanatorium. Il est, comme ses confrères, tenu au secret médical mais considère primordiale la déclaration des maladies infectieuses telles que la syphilis et la tuberculose³⁹⁸. Les médecins libéraux montrent généralement une grande méfiance vis-à-vis des premiers dispensaires qu'ils redoutent comme des capteurs de leur clientèle composée des malades tuberculeux et de leur famille. L'Institut Pasteur et les pasteuriens qui le représente au rang desquels Albert Calmette est une figure emblématique, fait planer la crainte de voir l'ensemble des malades atteints de pathologies infectieuses se tourner vers les antennes locales de cet institut qui mène pour se faire connaître une politique efficace en matière de communication aux plans national et international.

Face aux bureaux de bienfaisance qui veulent garder leurs prérogatives en termes de soins à domicile, aux hôpitaux qui connaissent de profondes transformations au début au XX^e siècle et aux sanatoriums qui cherchent à s'imposer en matière de prophylaxie antituberculeuse, force est de constater la lente et difficile implantation des dispensaires antituberculeux sur le territoire

³⁹⁷Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie, entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *op.cit.*

³⁹⁸Robert A. Nye, « Médecins, éthique médicale et État en France 1747-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1.

français entre 1900 et 1914. Est-ce le résultat d'une faible fréquentation des malades ? Outre les difficultés des tuberculeux à reconnaître puis à admettre les symptômes de la maladie dès le début de l'infection, d'autres explications permettent de justifier ce constat. En effet, les dispensaires sont conçus pour être des instruments de prophylaxie où le malade ne reçoit pas toujours de consultations, de soins, ni de médicaments.

« Le plus grave reproche est qu'au préventorium, on distribue surtout de bonnes paroles, alors que le malade attend un conseil d'ordre thérapeutique et des médicaments. Grâce à cette conception, le malade se trouve renvoyé du dispensaire, où on lui enseigne la prophylaxie, et où on lui donne quelques secours, à son médecin qui établit le traitement et formule quelques prescriptions que le bureau de bienfaisance exécutera. Ainsi ballotté, le malade sera mal surveillé, peu à peu, il se découragera et abandonnera le dispensaire³⁹⁹. »

Ce jeu de piste médical, difficile à vivre pour les malades, n'est pas le seul écueil sur lequel risque d'échouer le tuberculeux. Certains établissements cherchent à prendre une autorité morale sur ces patients en grande difficulté et souvent en grande détresse. Le tuberculeux peut se trouver lié par les bienfaits du dispensaire et devient dépendant de l'assistance et des personnes distribuant la charité offerte en vertu d'une volonté divine, quelques soient les confessions religieuses impliquées. Ce qui n'est pas le cas des dispensaires dont le financement n'est pas issu d'œuvre de charité. Ainsi, le préventorium de Lille a comme règle d'apporter le maximum de secours aux moins malades et aux plus démunis⁴⁰⁰. Mais d'autres critiques viennent entacher l'action de ces derniers établissements. Les médecins libéraux reprochent au dispensaire de Lille de se livrer à des expériences sur les malades afin de tester des substances étudiées dans les laboratoires de l'Institut Pasteur. Albert Calmette nie farouchement ces faits puisqu'il se prévaut de ne donner aucun médicament aux consultants du dispensaire antituberculeux Emile-Roux de Lille, car aucune médication n'est efficace contre la tuberculose.

³⁹⁹Philippe Sauvan, *L'évolution du dispensaire antituberculeux*, op.cit., p.39 à 41.

⁴⁰⁰ *Ibid.*

Deuxième partie

Les freins et les impulsions de la lutte antituberculeuse (1914-1926)

Alors même que la France a élaboré un système d'assistance développé pour la protection des enfants et des adolescents principalement dans les hôpitaux marins et par le biais des œuvres scolaires, l'action française contre la tuberculose doit être complétée⁴⁰¹. Lorsqu'une maladie ne peut pas être éradiquée grâce aux moyens thérapeutiques, la prophylaxie est l'arme majeure dont dispose pouvoirs publics et organismes privés pour tenter d'endiguer la propagation du mal et calmer l'anxiété des populations. Les autorités politiques, médicales et mutualistes construisent leurs discours autour d'arguments en faveur du développement des mesures de prévention antituberculeuse : la tuberculose est une maladie évitable. Pour tenter de conjurer les effets d'une panique dans la population à la seule évocation de son nom et pour encourager les individus à se livrer à la prévention, la maladie est déclarée curable. Le malade a pour devoir de se conduire quotidiennement de manière contrôlée, d'avoir un mode de vie entièrement tourné vers des actions prophylactiques pour ne pas contaminer son entourage familial, professionnel, amical, mais aussi les personnes croisées dans les lieux publics comme les transports en commun par exemple. Patrice Bourdelais⁴⁰² dans son livre *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, explique que les médecins hygiénistes développent la prévention des maladies contagieuses en adoptant des mesures d'hygiène et de salubrité. Ces mesures ne sont efficaces que dans la mesure où les individus adoptent un comportement conforme aux nouveaux enseignements médicaux. Dans le cas de la tuberculose, ces préconisations sont fondamentales puisque les tuberculeux constituent, suivant les considérations de l'époque, des dangers pour la survie de la société.

Dès 1900, les dispensaires antituberculeux apparaissent sur le territoire français. L'appel lancé par les membres de la Commission de la lutte contre la tuberculose est entendu et donne lieu à la création d'une quarantaine d'établissements dont les organismes fondateurs et les modes de fonctionnement offrent des caractéristiques nombreuses et des différences importantes. Le dispensaire antituberculeux Emile-Roux à Lille est créé, organisé et dirigé pendant les premières années de son activité par le professeur Albert Calmette, membre de la Commission permanente de la tuberculose. Calmette souhaite voir ouvrir dans les grandes villes industrielles un dispensaire antituberculeux affecté à l'éducation hygiénique et à l'assistance à domicile des ouvriers. La création de dispensaires dans le projet initial d'Albert Calmette, permet d'attendre que les pouvoirs publics, le gouvernement, les grandes administrations départementales et communales, mettent en fonction des sanatoriums populaires et de doter la France d'assurance contre la maladie sur le modèle allemand. C'est ce que suggère en mai 1900, le docteur Napias directeur de l'Administration générale de

⁴⁰¹ S.A. Knopf, *Les sanatoria, La lutte contre la tuberculose, op.cit.*, p. 72.

⁴⁰² Patrice Bourdelais, *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, La Martinière, Paris, 2003.

l'Assistance publique dans son rapport écrit à la suite du Congrès international des accidents du travail qui vient de se tenir à Paris, « comme souvent sur les questions de de protection des travailleurs, le cas allemand est étudié et admiré en raison de son avance dans le domaine⁴⁰³. »

Le souhait d'Albert Calmette de voir s'ouvrir des dispensaires antituberculeux sur l'ensemble du territoire français se concrétise-t-il avant le début des hostilités en 1914 ? Est-il possible d'évaluer l'impact des premiers dispensaires sur la mortalité tuberculeuse ? La Première Guerre mondiale, provoque une diffusion accrue du BK (bacille de Koch) dans les populations militaires et civiles. Les inquiétudes des pouvoirs publics conduisent au vote d'une loi concernant les dispensaires antituberculeux en 1916. Cette loi est suivie en 1919 d'une loi concernant les sanatoriums. Les sources des archives de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris (APHP) situées rue des Minimes à Paris, complétées par les documents consultés aux archives de l'Ecole de médecine de Paris qui conservent en outre de nombreuses thèses de médecins, permettent d'étudier ces questions. Les annuaires statistiques de la France offrent des moyens de comparer la mortalité par années, par causes et par départements à partir de 1900. Ces documents sont en accès libre téléchargeables depuis le site de la BNF Gallica.

Les bornes chronologiques de cette deuxième partie sont 1914-1926. Elles se justifient pour le point de départ, 1914, par le commencement du conflit qui engendre des modifications dans l'approche prophylactique antituberculeuse développée depuis 1900 sur le territoire français. Toutefois, la situation relevée en 1914 est héritière des facteurs liés notamment à la vie quotidienne dans les domaines privés et professionnels des français depuis la fin des années 1880⁴⁰⁴. Aussi le chapitre 4 de ce travail propose-t-il de dresser une situation avant le début du conflit, entre la création des premiers dispensaires et les premiers jours de la guerre. La deuxième borne, 1926, correspond à l'observation d'une augmentation importante des crédits budgétaires de l'État en faveur de la lutte contre la tuberculose entre 1920 et 1932, point développé en introduction du chapitre 6 de ce travail. Ces interventions financières de l'État sont à mettre en perspective avec une découverte scientifique majeure dont l'application se généralise à partir de l'année 1926. Peut-on considérer que l'intervention massive des fonds publics dans la lutte antituberculeuse a permis de réels progrès en termes d'efficacité et de baisse de la mortalité tuberculeuse ? Un rapport du service de la statistique émis par le CNDT en 1926, est très riche d'informations sur l'activité de la lutte antituberculeuse en France, notamment concernant l'activité des dispensaires antituberculeux.

⁴⁰³Isabelle Lespinet-Moret, « L'accueil des accidentés du travail par les hôpitaux parisiens autour de 1900 », *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, op.cit., p.249.

⁴⁰⁴Confère : Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918*, Sciences Po, Les Presses, 2015.

Chapitre 4

Le bacille tue et la prophylaxie reste insuffisante

Les mesures à prendre pour contenir la contagion tuberculeuse sans médicaments véritablement efficaces contre cette maladie, sont cernées et décrites par les hygiénistes, les médecins, les sociologues. Mais les financements nécessaires à de telles mesures, l'organisation générale des structures mises en place sont trop importantes pour être prises en charge par la seule intervention des œuvres privées. Les discussions soulevées par le financement de la prophylaxie antituberculeuse sont d'autant plus vives que les chiffres de la mortalité due à cette maladie connaissent une inflexion sensible dès la fin du XIX^e siècle.

La reconnaissance de maladies professionnelles occasionne de vifs débats opposants notamment les employeurs et le monde médical. Paul-André Rosental⁴⁰⁵ propose une étude sur la distinction entre la silicose et la tuberculose chez les ouvriers soumis aux poussières, notamment les mineurs. Catherine Omnès⁴⁰⁶ évoque les risques professionnels rencontrés par les ouvrières dans le cadre du travail en usine. Tout récemment, Judith Rainhorn⁴⁰⁷ étudie les circonstances et les conséquences du saturnisme, maladie consécutive à une exposition au plomb contenu dans le blanc de céruse exploitée dans l'industrie. Les industriels livrent un véritable combat contre la reconnaissance des maladies professionnelles et préfèrent incriminer les maladies dues aux mauvaises habitudes des ouvriers faisant état de l'alcoolisme par exemple facilement rendu responsable de la tuberculose. La maladie est lourde de conséquences financières pour les employeurs dont l'activité industrielle est jugée responsable de pathologie constatée chez leurs salariés.

Les soins en sanatoriums, les mesures prophylactiques enseignées par les enquêteurs-sociaux et par les infirmières-visiteuses au service des dispensaires antituberculeux, les soins prodigués par les médecins et les aides apportées aux familles des malades indigents ont-ils permis de diminuer de manière aussi rapide la mortalité tuberculeuse ?

4.1 Les malades sont-ils les acteurs efficaces de la prophylaxie ?

Les découvertes des scientifiques ont démontré que la tuberculose est une maladie contagieuse qui se propage facilement d'une personne à une autre. Le malade constitue donc un danger, une menace pour son entourage. En 1888 le congrès de la tuberculose rappelle les modes de contamination de la maladie provoquée par le bacille découvert en 1882 par le docteur Robert Koch. Déjà,

⁴⁰⁵Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, La Documentation française.

⁴⁰⁶Catherine Omnès, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel », *Connaissance de l'emploi*, n°42, 2014.

⁴⁰⁷Judith Rainhorn, *Blanc de plomb, Histoire d'un poison légal*, Paris, Les Presses de Sciences Po, coll. « Académique », 2009.

l'usage du crachoir est préconisé non seulement dans les hôpitaux et dans les habitations privées, mais également dans les établissements publics et autres lieux de réunion⁴⁰⁸. Au congrès international de la lutte contre la tuberculose qui se tient à Paris en 1905 les mesures collectives recommandées visent en priorité l'habitat. Les mesures individuelles cherchant à éviter la contamination d'individu à individu reposent sur la responsabilité personnelle, tant celle des malades que celle des individus sains. L'alcoolisme, fléau social qui dévore la population ouvrière (on parle d'éthylisme mondain pour la bourgeoisie), est dénoncé comme un facteur aggravant de risque de développer la tuberculose⁴⁰⁹ qui reste considérée comme une maladie de l'insalubrité, touchant en priorité les personnes les plus démunies de la société.

4.1.1 Un malade informé de son état pour protéger son entourage

Lors de la conférence de l'Alliance de Hygiène Sociale (AHS) de 1906, le professeur Albert Calmette expose des conseils en matière de défense contre la tuberculose.

« Le tuberculeux qui crache, par contre, a les plus grandes chances de guérir, mais aussi il a les plus grandes chances d'infecter son entourage et de se réinfecter lui-même, parce qu'il sème partout autour de lui une grande abondance de microbes et que ces microbes peuvent être avalés à l'état de poussières sèches ou humides en même temps que les aliments⁴¹⁰. »

Au congrès de Berlin de 1899 le docteur Sigard Adolphus Knopf (1857-1940) né en Allemagne, spécialiste New-Yorkais de la lutte antituberculeuse, montre l'importance de l'éducation de la population et du monde médical dans une lutte efficace contre la maladie, appuyée voire guidée, par les pouvoirs publics, sans lesquels aucune action construite et suivie ne semble vraiment possible⁴¹¹. Or justement, le rôle majeur du dispensaire est d'informer les malades et les individus sains des risques et des modes de contamination par le bacille de Koch. C'est ainsi que la population devient intelligente lorsqu'elle a la capacité de gérer par elle-même la non-diffusion du bacille d'un individu à un autre, de prévenir la contagion par des actes simples de la vie quotidienne et de préserver les personnes saines, notamment les enfants, contre les ravages de la tuberculose. Les dispensaires antituberculeux commencent à fonctionner en France à partir des années 1900.

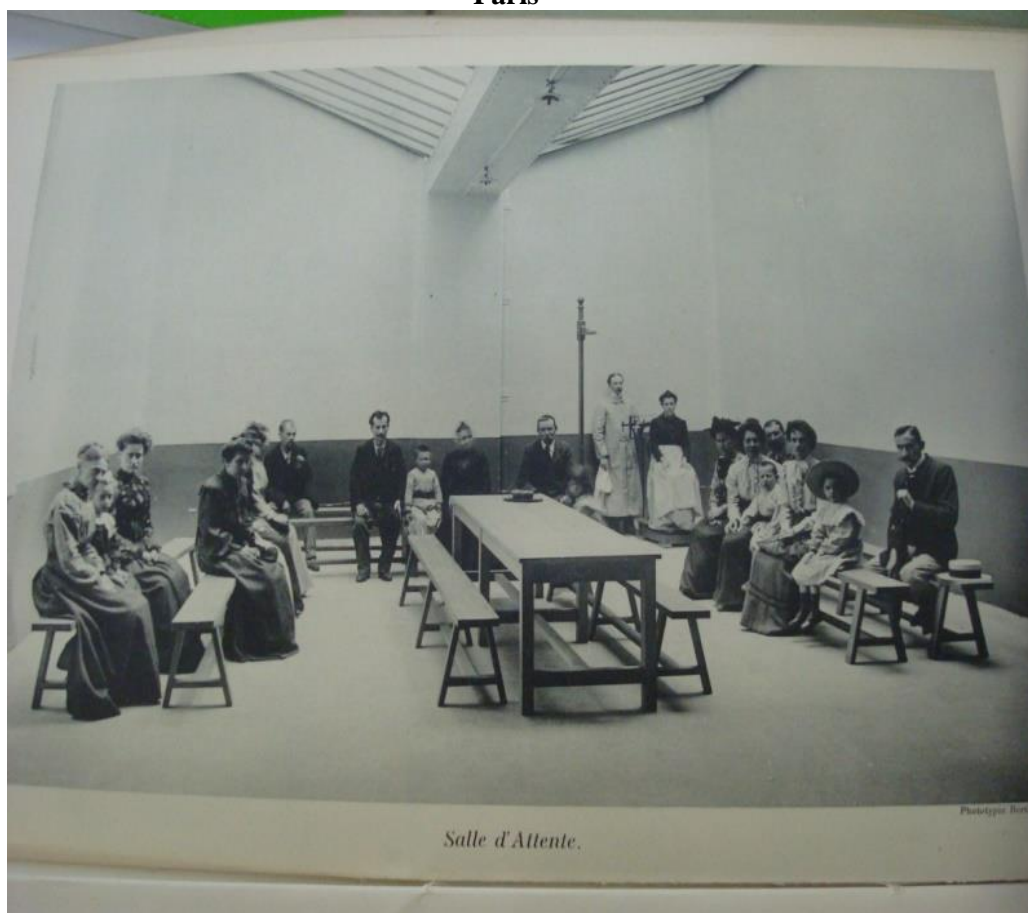
⁴⁰⁸Arthur Armaingaud, *Moyens de prévenir la contagion de la tuberculose, Instructions rédigées par le Congrès de la tuberculose*, Ligue préventive contre la phthisie pulmonaire et autres tuberculoses, Bordeaux, 1896, p.7.

⁴⁰⁹François Guillaume, *Découvrir la lutte antituberculeuse entre 1880 et 1950*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, le 27 mars 2002.

⁴¹⁰Albert Calmette, *La défense contre la tuberculose dans la famille*, Conférence de l'AHS à Nancy, 1906, p.387.

⁴¹¹S.A. Knopf, *La tuberculose considérée comme maladie du peuple, des moyens de la combattre*, traduit et annoté par le docteur Georges Sersiron, C. Naud, Paris, 1902, p.3.

Figure 44 - Dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris⁴¹²



Cette photo date de 1906 et montre la salle d'attente du dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris situé 54 bis rue Boursault. 22 personnes sont présentes, 11 femmes, 6 hommes et 5 enfants âgés de 5 à 10 ans. La pièce est meublée simplement de bancs, d'une table en son centre. Elle est dotée d'une toise et d'un pèse-personne⁴¹³ sur lequel une femme est assise. L'homme qui se tient derrière paraît être un assistant chargé d'effectuer les mesures pendant le temps d'attente des patients. La salle est très haute de plafond, ce qui confère à chaque personne présente dans cet endroit un confortable volume d'air respirable. La pièce est bien éclairée par une verrière, et deux plafonniers munis d'ampoules électriques. Les personnes photographiées sur ce cliché semblent appartenir à la classe sociale moyenne. Les femmes portent des robes avec une courte traîne, les chemisiers sont agrémentés de smocks. Les hommes portent une cravate sur une chemise à col cassé et des pantalons ajustés. Les visages sont graves et peu souriants. Les clichés du dispensaire lillois, pris à peu près à la même date dévoilent une population différente, plus populaire.

⁴¹²Rapport troisième année, dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements, Imprimerie Chaix, Paris 1906.

⁴¹³« La perte de poids fait partie des signes classiques de la tuberculose. La malnutrition constitue d'ailleurs un facteur de risque de cette maladie ». Site Internet www.SPLF.fr Société de Pneumologie de Langue Française, consulté en juin 2017. La surveillance systématique du poids des patients qui consultent les dispensaires antituberculeux permet d'évaluer la diminution du poids au fur et à mesure des visites ou au contraire une reprise pondérale qui pourrait être un signe de l'amélioration de la santé du patient.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 45- Le préventorium Emile-Roux de Lille⁴¹⁴



Cette photo date de 1905 et montre la salle d'attente du préventorium (premier nom donné par Albert Calmette au dispensaire antituberculeux) de Lille. Pour l'instant la salle est vide. Un crachoir est installé à l'entrée ainsi que des affiches d'hygiène et notamment celles liées aux méfaits de l'alcoolisme. Ce qui surprend c'est la relative promiscuité des patients assis autour de la table dans cette salle, plutôt petite mais bien éclairée. Les murs sont recouverts de peinture et le sol est carrelé, ce qui permet un nettoyage humide plus performant à l'aide d'un balai muni de franges appelé balai Faubert.

Les patients attendent devant la porte d'entrée du préventorium Emile-Roux de Lille. Une trentaine de personnes sont visibles sur le cliché ci-après, à savoir, 16 femmes, 3 enfants et 10 hommes. Les visages sont fermés, sans sourire malgré ou bien à cause de la présence du photographe. Les costumes sont ceux de gens sans grands moyens financiers, les femmes portent des jupes ou des robes coupées dans des tissus grossiers et les hommes sont vêtus de leur costume « du dimanche » avec une chemise blanche. Les trois enfants sont un garçon et une fille d'une dizaine d'années et un bébé d'un an environ.

⁴¹⁴ Albert Calmette, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, Le préventorium Emile-Roux de Lille, son organisation, son fonctionnement, op.cit.*, p. 28.

Figure 46- Le préventorium Emile-Roux de Lille⁴¹⁵



Au premier rang, une femme tient une laitière et une autre porte une bouteille, semble-t-il pour apporter du lait et lui faire administrer un traitement contre le BK au sein du dispensaire antituberculeux. En effet, le dispensaire lillois propose « une laiterie pour la réception, la stérilisation et la distribution du lait aux malades⁴¹⁶. » Toutefois, à propos de la contamination tuberculeuse par le lait, les scientifiques s'opposent, quelquefois avec virulence.

La tuberculose frappe les humains et les animaux. Peut-on conclure, par voie de conséquence, que les produits issus des cheptels bovins, ovins et porcins présentent un risque majeur de contamination pour l'homme ? En fait, la consommation de viande, de lait et de produits laitiers issus d'animaux malades, constitue un danger dont la réalité reste encore mal évaluée même après la mise en évidence du bacille responsable de la tuberculose. La consommation de lait et de produits laitiers est déjà sujette à controverses au début du XX^e siècle. En 1866, Jean-Antoine Villemin injecte de la matière tuberculeuse d'un homme, d'une vache et d'un lapin à d'autres lapins. Il réussit, à chaque fois à reproduire la tuberculose⁴¹⁷. Les expériences d'Auguste Chauveau⁴¹⁸ (1827-1917), professeur à l'école vétérinaire de Lyon, confirment en 1868 les résultats de Villemin⁴¹⁹. Cette constatation suggère que les produits laitiers doivent faire l'objet d'une attention toute particulière des nourrices car les jeunes enfants dont la base de l'alimentation est le lait, sont très sensibles à la contamination tuberculeuse. 2 000 enfants tuberculeux âgés de moins de deux ans meurent

⁴¹⁵ *Ibid.*, p.29.

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 8.

⁴¹⁷ Paul Garnault, *Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine*, Institut international de bibliographie, Paris, 1902, p.163.

⁴¹⁸ Jacqueline Brossolet, *Encyclopédie Universalis*, « Auguste Chauveau est un vétérinaire lyonnais. En 1883, il occupe la chaire d'anatomie et de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon. Son laboratoire devient un centre de recherches sur les maladies infectieuses, inspirées par les théories pasteuriennes. Il parle de la similitude des tuberculoses animales et humaines et la possibilité de leur transmission. Ses travaux sont à l'origine des règlements sanitaires et d'hygiène alimentaire. »

⁴¹⁹ *Ibid.*

chaque année à Paris⁴²⁰ constate Arthur Armaingaud après le Congrès de la tuberculose de 1888. Toutefois, l'identité entre la tuberculose humaine et la tuberculose animale et donc la contagion de l'animal vers l'homme, n'est pas reconnue par l'ensemble du monde scientifique. Robert Koch, lui-même, déclare en 1901 lors du congrès de la tuberculose de Londres que la tuberculose humaine diffère de la tuberculose bovine, que la propagation de la tuberculose par le lait ou la chair animale est faible et qu'aucune mesure n'est à prévoir en matière de consommation de viande et de lait⁴²¹.

La controverse à propos de la contagion de l'animal à l'homme est pourtant partiellement levée avec les travaux d'Edmond Nocard⁴²² (1850-1903), vétérinaire et biologiste, qui travaille dès 1883 sur la culture du bacille tuberculeux et obtient en 1889, lors du premier congrès de la tuberculose, que cette maladie soit déclarée contagieuse et que des mesures prophylactiques soient instaurées⁴²³. Notamment, il démontre et tente de convaincre le monde scientifique que l'utilisation de la tuberculine de Robert Koch pourrait jeter les bases d'une prophylaxie sanitaire chez les bovins. En janvier 1902, il écrit dans les annales de l'Institut Pasteur :

« Les injections de tuberculines employées méthodiquement pourront dénoncer l'existence de lésions tuberculeuses chez les animaux les mieux portants en apparence. Tout laitier nourrisseur intelligent, soucieux de ses propres intérêts, devrait n'accepter que des animaux ayant subi victorieusement l'épreuve de la tuberculine⁴²⁴. »

La tuberculine est un extrait des cultures de bacille tuberculeux en milieu glyciné. Koch s'inocule dans les années 1890 sa tuberculine avec un courage que l'on admire beaucoup « sur le coup » mais qui passe par la suite pour un acte purement mercantile destiné à lancer commercialement son produit. Koch sait pour l'avoir expérimenté sur plusieurs animaux que la tuberculine déclenche une réaction très forte chez les sujets atteints de tuberculose, alors que cette réaction est presque nulle chez les individus indemnes⁴²⁵.

Le pourcentage des animaux tuberculeux dans le cheptel bovin français est difficile à établir compte tenu de statistiques incomplètes et des différences importantes du nombre des animaux contaminés suivant les lieux étudiés.

⁴²⁰Arthur Armaingaud, *Moyens de prévenir la contagion de la tuberculose*, Ligue préventive contre la phthisie pulmonaire et autres tuberculoses, Bordeaux, *op.cit.*, p.9.

⁴²¹Georges Theves, « L'inspection des viandes au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle, reflet des sciences appliquées », *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, n° 1, Luxembourg, 2002.

⁴²²Edmond Nocard est né en 1850 à Provins dans le département de la Seine-et-Marne. « Il intègre l'école vétérinaire d'Alfort comme étudiant puis comme enseignant. Il est initié aux méthodes pasteuriennes dans le laboratoire de Louis Pasteur à l'École Normale Supérieure rue d'Ulm ; Ses travaux sont particulièrement innovants dans le domaine des techniques opératoires ou de l'anesthésie du cheval. Il étudie également tous les champs de la microbiologie et contribue à l'amélioration du diagnostic d'un grand nombre de maladies animales notamment la fièvre charbonneuse, la tuberculose, la morve etc. » Site Internet www.archives.seine-et-marne.fr consulté le 12/11/2017.

⁴²³<http://www.pasteur.fr>, Site consulté le 23 mars 2017.

⁴²⁴F. Crémont, Médecin vétérinaire, *Contribution à la lutte antituberculeuse par l'action combinée de la tuberculination et de la mutualité*, Imprimerie du Progrès Agricole, Amiens, 1905, p.6.

⁴²⁵Paul Garnault, docteur, *Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine*, *op.cit.*, p.368.

« On peut poser en principe qu'en 1902, dans un rayon de plusieurs centaines de kilomètres autour de Paris, et dans la plupart des grandes villes françaises, tous les laits provenant de troupeaux sont contaminés par le bacille de la tuberculose⁴²⁶. »

Edmond Nocard affirme que faire bouillir le lait avant de le consommer, sous quelques formes que ce soit, est le plus sûr moyen de se mettre à l'abri du danger⁴²⁷. Malgré tout, Il n'est pas certain que le lait issu de vaches tuberculeuses, même stérilisé soit sans danger. Il renfermerait des toxines qui résistent à l'ébullition et qui en font un poison dangereux⁴²⁸ pour les personnes déjà infectées par le bacille de Koch. Edmond Nocard participe aux travaux de la Commission de la Tuberculose en 1900. Sa publication expose que la tuberculose animale possède une part de responsabilité, petite mais indéniable, dans la propagation de la tuberculose humaine par l'usage alimentaire de la viande et du lait des animaux tuberculeux⁴²⁹. Les viandes contaminées ne semblent cependant pas responsables de contagion tuberculeuse lorsqu'elles sont consommées après une cuisson complète. Mais sur ce point, les vétérinaires se montrent encore très partagés sur la question de la contagion de l'animal à l'homme. Les observations d'Edmond Nocard contredisent les conclusions des docteurs Chauveau et Toussaint qui proposent la nécessité de saisie totale des viandes, si limitées que soient les lésions tuberculeuses, lors des congrès vétérinaires de Bruxelles en 1883, de Paris en 1889 et aux congrès de la tuberculose de Paris en 1888 et 1891⁴³⁰. Jean-Ernest Darbot (1841-1921) est un vétérinaire, élu sénateur de la Haute-Marne de 1888 à 1920. La loi Darbot⁴³¹ de 1899 institue la tuberculination obligatoire des étables où un animal malade a été détecté. Les animaux présumés malades ne peuvent être vendus qu'à la boucherie. La loi Darbot est combattue par les marchands de bétail qui l'accusent de détruire le commerce des vaches laitières⁴³². Finalement, un arrêté du 26 septembre 1896 prescrit la saisie totale des viandes provenant d'animaux tuberculeux dans les cas les plus sévères de contamination⁴³³. Dans tous les autres cas, la viande d'un animal peut être mise en vente après saisie et destruction des organes tuberculeux⁴³⁴. L'évaluation de la gravité de l'état sanitaire des viandes de boucherie doit être la mission d'inspecteurs spécialisés,

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 391 à 395.

⁴²⁷ Edmond Nocard, « Animaux tuberculeux, cohabitation, viandes, lait », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre, op.cit.*, p. 265 à 277.

⁴²⁸ Paul Garnault *Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine, op.cit.*, p.291 à 295.

⁴²⁹ *Ibid.*, p.402.

⁴³⁰ *Ibid.*

⁴³¹ Jean Ernest Darbot est médecin-vétérinaire. Sénateur de la Haute-Marne, il est inscrit au groupe de la gauche démocratique en 1888. Il est chargé en 1889 de rapporter la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés relative à l'inspection sanitaire des viandes fraîches abattues avant leur entrée en France. Il est nommé rapporteur d'une proposition de loi qu'il a déposée tendant à modifier la loi du 31 juillet 1895 sur la police sanitaire des animaux. En 1899 sa proposition de loi sanitaire est adoptée. Il déclare « Cette loi réalise un réel progrès dans notre législation sanitaire et répond tout à la fois aux exigences de l'élevage et à celles du commerce du bétail. » Site internet <https://senat.fr> consulté en juin 2017.

⁴³² Pierre-Olivier Fanica, *Le lait, la vache et le citoyen, du XVIIIe au XXe siècle*, Editions Quae, Versailles, 2008, p. 250.

⁴³³ Jacqueline Brossolet, Nocard-Edmond, (1850-1903), site Internet <http://www.universalis.fr> consulté le 23 mars 2017.

⁴³⁴ Edmond Nocard, « Animaux tuberculeux, cohabitation, viandes, lait », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre, op.cit.*, p. 425.

seuls capables de rendre des conclusions fiables. Edmond Nocard évoque l'insuffisance du nombre des inspecteurs des viandes de boucherie qui n'existent que dans un petit nombre de grandes villes. L'abattage des bêtes, non surveillé, engendre le mélange de viscères provenant d'animaux sains avec celles d'animaux tuberculeux pour la fabrication de saucissons ou de pâtés dont la consommation devient dangereuse pour les humains. Seules des inspections sérieuses des animaux entiers, munis des leurs viscères, garantit une véritable hygiène sanitaire en matière de viande de boucherie⁴³⁵.

4.1.2 Les principaux lieux de contamination par le BK

« La société a la générosité de conserver le tuberculeux dans son sein au lieu de le rejeter comme un paria, il a lui l'obligation par devoir, par gratitude, de diminuer autant qu'il le peut les chances de dangers qu'il fait courir à ses semblables⁴³⁶. »

Cette citation du docteur Louis Grand Rivière en 1898 donne le ton de la méfiance envers des malades pointés par la science comme des individus extrêmement contagieux et donc dangereux pour l'ensemble de la société. Dès 1888, des instructions sont données au Congrès pour l'étude de la tuberculose afin que le médecin révèle son état au malade et à sa famille. Ainsi, les règles prophylactiques sont appliquées au plus vite pour opposer une barrière à la contagion⁴³⁷. Un phtisique, à quelque période de la maladie qu'il se trouve, doit savoir que son crachat peut propager le germe de sa maladie s'il n'est pas rendu inoffensif avant de se dessécher. Le malade par conséquent a le devoir de prendre des précautions indispensables. Il doit par exemple toujours cracher dans un crachoir⁴³⁸. André Mesureur, chef du cabinet du directeur de l'Assistance Publique à Paris, rédige des notices destinées aux tuberculeux. Il explique que, le malade doit, à domicile, ne cracher que dans un crachoir toujours pourvu d'une certaine quantité de solution antiseptique, il doit au dehors, à défaut de crachoir, ne cracher que dans son mouchoir.

« Tout crachat tombé sur le sol (parquet, tapis, paillason, trottoir, voiture, wagon, etc..) répand la tuberculose. Autant de crachats évités, autant de tuberculoses évitées⁴³⁹. »

⁴³⁵Ministère de l'Agriculture de l'Agroalimentaire et de la Forêt, Direction générale de l'alimentation, le 29/06/2012. Site Internet www.agriculture.gouv consulté le 22/11/2018.

« Depuis quelques années, les autorités sanitaires françaises observent une augmentation progressive du nombre des cas de tuberculose bovine passé d'une cinquantaine à une centaine par an localisés en Côte d'Or, en Dordogne, en Camargue et dans le Sud-Ouest. Les hommes sont moins sensibles à la souche de tuberculose qui touche les bovins. Ils se contaminent principalement par l'ingestion de produits contaminés (lait, viande mal cuite) dans les pays où la prévalence est importante, ce qui n'est pas le cas en France. La grande majorité des cas humains détectés ces dernières années sont dus à la contamination à l'étranger par des souches exotiques qui sévissent dans des pays où la maladie est mal contrôlée. »

⁴³⁶ Louis Grand Rivière, *La lutte contre la tuberculose, chez le malade, dans la famille, dans la société*, A. Maloine, Paris, 1898, p.65.

⁴³⁷ *Ibid.*, p.72.

⁴³⁸S.A. Knopf, *La tuberculose considérée comme maladie du peuple*, op.cit., p.5.

⁴³⁹André Mesureur, Congrès international de la tuberculose de 1905, *L'œuvre de l'assistance publique à Paris*

Le contenu du crachoir doit être impérativement vidé dans les latrines ou bien jeté au feu dans un sachet de taffetas gommé, puis le récipient plongé dans de l'eau bouillante additionnée de carbonate de soude. La salive constitue un vecteur important de propagation du bacille de Koch. Le docteur Armaingaud émet des suggestions afin de faciliter la désinfection des lieux occupés par des tuberculeux.

« Les chambres d'hôtels, les maisons louées meublées, les chalets, les villas occupés par des phtisiques dans les villes d'eaux et les stations hivernales devraient être tapissés et meublés de telle manière que la désinfection y soit facile et complète après le départ de chaque malade ou après son décès⁴⁴⁰. »

Cracher par terre dans la rue, dans les lieux publics, dans les transports en commun, à l'atelier, est dangereux puisque c'est un acte contaminant lorsque le responsable de cette action est infecté par le bacille tuberculeux. Le Congrès pour l'étude de la tuberculose de l'année 1888 met en garde la population contre les crachats des phtisiques pulvérisés par le balayage et l'époussetage⁴⁴¹. La dessiccation des crachats tuberculeux entraîne une dispersion de poussières infectées dans l'air ou se mêle à la poussière des trottoirs dans les villes ou à la boue dans les campagnes. Dans les agglomérations urbaines, tous les facteurs de risques de voir les poussières contaminées infecter les voies respiratoires et la salive des personnes saines, sont étudiés et listés. A titre d'exemple, les traînes des robes portées par les femmes constituent de véritables dangers d'infection lorsqu'elles sont secouées ou brossées dans les appartements, le lendemain de sorties en ville. Les bacilles apportés au domicile, risquent de se propager dans l'air et contaminer les habitants des appartements et des maisons. « Il n'en faut pas davantage pour déclarer les robes à traîne insalubres et dangereuses pour la santé⁴⁴² » suggère avec ironie le docteur américain S.A Knopf.

Pour toutes ces raisons, le phtisique se doit de protéger sa famille et prendre des précautions telles que ne pas mélanger son linge avec celui des personnes saines⁴⁴³, ne pas laisser d'autres que lui utiliser sa vaisselle et ses couverts, éviter les contacts buccaux.

Dans certains cas, le domicile, lieu de séjour et de repos pour les personnes malades et pour les individus sains, devient également un lieu de travail. Le *sweating-system*, terminologie anglaise qui signifie littéralement, « système qui fait suer », désigne la surexploitation des ouvriers, et plus généralement des

contre la tuberculose (1896-1905), Berger-Levrault, Editeurs, Paris 1905, p.8. André Mesureur est le co-auteur du *Mémento de l'infirmière et de l'infirmier* paru aux éditions Vigot Frères, Paris, 1914.

⁴⁴⁰ Arthur Armaingaud, *Moyens de prévenir la contagion de la tuberculose*, op.cit., p.7.

⁴⁴¹ Louis Grand Rivière, *La lutte contre la tuberculose, Chez le malade*, op.cit., p.72.

⁴⁴² S.A. Knopf, *La tuberculose considérée comme maladie du peuple*, op.cit., p.35.

⁴⁴³ Le bacille de Koch est très résistant. Le linge des malades tuberculeux doit être lavé à part et à température suffisamment élevée de manière à ne pas contaminer le linge des personnes saines. Ceci explique l'importance de l'activité des blanchisseries au sein des dispensaires antituberculeux.

ouvrières qui travaillent à domicile⁴⁴⁴. Ce travail est rémunéré à la pièce pour un salaire de misère. Le *sweating-system* constitue un facteur important de contamination. Il trouve logement dans des hôtels meublés délabrés, refuges de la déchéance et foyers d'infection tuberculeuse⁴⁴⁵. Le docteur Lucien Graux lors du congrès de l'association des ingénieurs, architectes et hygiénistes municipaux tenu à Lyon en 1907, déclare que les ouvriers du *sweating-system* sont une proie indiquée pour la tuberculose et les maladies contagieuses. L'insalubrité des lieux, le manque d'air et de lumière, la promiscuité entre personnes saines et malades, sont des causes du développement des grandes épidémies⁴⁴⁶. Ces observations sont vérifiées dans les grandes agglomérations et les capitales comme Paris. Le travail à domicile existe également en province et concerne principalement les travaux liés à la lingerie. Les maladies telles que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose circulent des logements insalubres où sont cousues, brodées ou réparées les pièces de lingerie vers les habitations des bourgeois qui commandent ces travaux. Le travail à domicile, outre le problème des maladies contagieuses, connaît ses détracteurs qui voient dans le *sweating-system* une concurrence nuisible à l'industrie textile naissante. Ses défenseurs reconnaissent que des mesures sanitaires doivent garantir la santé des salariés à domicile et ainsi celle de leurs clients, mais ils soutiennent que le travail à domicile procure un revenu à une population laissée inoccupée par l'industrie en milieu urbain et par la grande dispersion démographique dans les campagnes. Emile Cheysson⁴⁴⁷ quant à lui, voit dans le *sweating-system*, une façon pour les patrons de l'industrie de détourner les règlements de l'inspection du travail.

« La loi du 2 décembre 1892 et celle du 2 juin 1893 ont excepté de l'inspection du travail, à laquelle sont soumis tous les grands ateliers, les établissements où ne sont employés que les membres de la famille, sous l'autorité du père, de la mère ou du tuteur. Elles ont ainsi, sans le vouloir, aggravé le *sweating-system*, en multipliant les ateliers de famille⁴⁴⁸. »

Emile Cheysson propose que les lois sanitaires du 15 février 1902 et du 24 juin 1903 sur l'hygiène et la sécurité du travail, soit appliquées aux ateliers familiaux. Il cite en exemple l'inauguration à Paris, passage Melun, d'une grande maison construite au début des années 1900, grâce aux dons généreux de la Société philanthropique. « Des logements économiques et confortables jouxtent des ateliers clairs et commodes d'accès dans lesquels la tuberculose ne peut pas

⁴⁴⁴Confère : Colette Avrane, *Ouvrières à domicile. Le combat pour un salaire minimum sous la Troisième République*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Pour une histoire du travail », Rennes, 2013.

⁴⁴⁵George Mény, *La lutte contre le sweating-system, thèse pour le doctorat*, 1910, p.106.

⁴⁴⁶*Ibid.*, p.110.

⁴⁴⁷Emile Cheysson (1836-1910) est un polytechnicien qui termine sa carrière comme Inspecteur général des ponts et chaussées. Il est professeur d'économie politique et sociale à l'École libre des sciences politiques, c'est un partisan convaincu de l'initiative privée. Il collabore avec Le Play pour l'organisation de l'exposition universelle de 1867. Il est l'un des fondateurs du Musée Social. Il publie des centaines d'articles et de brochures, en particulier sur les problèmes de logement populaire. Site internet www.annales.org/archives consulté le 09/03/2017. Cf. Antoine Savoye, « Les continuateurs de Le Play et l'enseignement de la science sociale », *Communications*, 54, 1992 p.53-75.

⁴⁴⁸Emile Cheysson, *Le sweating-system*, tiré à part, archives du CEDIAS-Musée social, cote 1943441 2/81, 1909, p.6 à 11.

s'installer⁴⁴⁹. »

Le malade tuberculeux doit aussi prendre de nombreuses précautions pour ne pas contaminer non seulement les lieux privés, mais aussi les endroits où circule un public parfois nombreux. Les chemins de fer, avec les gares et les wagons des trains, sont des lieux de passage dans lesquels se côtoient les voyageurs et les personnels des compagnies exploitantes. « Le grand public est un personnage dont l'éducation hygiénique est tout entière à faire » déplorent les docteurs Galippe et Letulle⁴⁵⁰ dans un ouvrage qui traite de la prophylaxie antituberculeuse dans les chemins de fer. Une observation est décrite dans *La Gazette des Hôpitaux* du 14 novembre 1903. Le chef de la Compagnie des Chemins de fer du Nord note qu'en une demi-heure, le 18 octobre, 940 personnes sont passées devant des crachoirs, 41 ont craché et seulement 3 personnes ont utilisé les crachoirs. Le lendemain 860 voyageurs ont circulé, 19 ont craché par terre et deux dans les récipients.

« On voit par ces chiffres qu'il faudra encore bien du temps avant qu'une crainte salutaire de la poussière de crachats ait pénétré dans l'esprit des masses⁴⁵¹. »

La question de la lutte contre la tuberculose dans les chemins de fer a, plus qu'aucune autre, besoin de l'aide de la masse du public pour triompher des lenteurs administratives⁴⁵². La désinfection des wagons est une tâche difficile. Le balayage humide est préconisé ainsi que la suppression des tapis et capitonnage à l'intérieur des wagons. Le tuberculeux vit à son domicile entouré de sa famille, quelquefois y travaille, se déplace dans des transports en commun qui représentent autant de lieux de contamination potentielle, mais il fréquente surtout un grand nombre de personnes à l'occasion de son activité professionnelle.

4.2 Le tuberculeux, un professionnel contagieux ?

« A mal social, il faut opposer un remède social ; à l'hygiène individuelle doit s'unir l'hygiène sociale, dictée, imposée et surveillée par les pouvoirs publics⁴⁵³. »

La citation de Louis Grand Rivière indique les liens étroits qui doivent unir les acteurs qui œuvrent en matière d'hygiène publique avec les personnalités du combat mené contre la tuberculose. Cette union doit interpeller les pouvoirs publics dont les actions sont attendues tant au niveau juridique que financier. Les bureaux, les ateliers, les chantiers, généralement les lieux de travail sont désignés comme des terrains d'échanges bacillaires, qui favorisent d'autant

⁴⁴⁹Emile Cheysson, *Le sweating-system*, *op.cit.*

⁴⁵⁰Galippe, Letulle, « Prophylaxie de la tuberculose dans les chemins de fer », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, *op.cit.* p.219.

⁴⁵¹Decoudier, docteur, Bilière, *Hygiène et Tuberculose à l'usage des écoles et des familles*, Librairie générale de l'enseignement, Paris, 1903, p.11.

⁴⁵²Galippe, Letulle, « Prophylaxie de la tuberculose dans les chemins de fer », *op.cit.* p.219.

⁴⁵³Louis Grand Rivière, *La lutte contre la tuberculose, Chez le malade*, *op.cit.*, p.87.

mieux la contamination qu'ils sont clos, ou qu'ils abritent les populations laborieuses pendant un long temps.

« Partout où l'État possède une action directe sur les collectivités, partout où il choisit un personnel, il doit constituer un livret sanitaire pour chaque personne qu'il emploie, instruit, protège ou rétribue⁴⁵⁴. »

4.2.1 Les mesures prises par l'Administration pour lutter contre le BK

Le livret sanitaire constitue le dossier de santé de son possesseur et contient à son intention une notice d'hygiène professionnelle et prophylactique bien adaptée à ses fonctions spéciales⁴⁵⁵. Il est un outil pour connaître les foyers locaux d'infection tuberculeuse et devrait permettre de diriger une lutte efficace. L'utilisation efficiente du livret sanitaire en matière de lutte contre la tuberculose est entravée, tant que la déclaration de la tuberculose n'est pas rendue obligatoire. L'inscription ou non de la maladie dans le livret sanitaire résulte du seul choix d'un médecin et ne garantit en aucune façon une crédibilité suffisante du livret en matière de lutte contre la tuberculose au sein des collectivités publiques⁴⁵⁶.

Des plaquettes de consignes pour éviter la contagion tuberculeuse sont distribuées aux instituteurs, militaires, postiers, percepteurs, personnels des tribunaux, des mairies, des préfectures, des commissariats de police, dans les prisons, les bureaux de bienfaisance, maisons de retraite, hôpitaux, dispensaires, crèches, asiles, dans les musées, les manufactures de l'État, à l'imprimerie nationale et aux ouvriers de l'État. Les consignes données sont toujours les mêmes ; des panneaux mentionnant une interdiction de cracher par terre sont posés et sont accompagnés de la mise en place de crachoirs hygiéniques. Des conférences populaires sont données et l'Administration procède à l'affichage de petites notices dans les lieux publics. Cracher par terre est interdit, mais pas sanctionné.

La propulsion de poussières dans l'air est évitée avec un balayage humide des sols. Crachoirs et balayages humides constituent les modes de défense essentielles et seuls disponibles pour lutter contre la propagation de la tuberculose au début du XX^e siècle. Ces fragiles protections sont proposées à tous les corps de fonctionnaires et de salariés de l'État, y compris à l'armée qui, par le nombre de personnes qu'elle intègre, constitue un foyer de contamination important.

Les hommes qui séjournent dans les casernes militaires, sur les bateaux, ont un taux de mortalité tuberculeuse important. Le professeur Maurice Letulle (1853-1929) dresse un état de la tuberculose dans l'armée française⁴⁵⁷. Il analyse le rapport du ministre de la guerre publié au journal officiel le 9 août 1898. La fièvre typhoïde tue de manière bien plus importante que la tuberculose au sein des

⁴⁵⁴Roux, Letulle, Prophylaxie générale de la tuberculose dans les collectivités, in *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre, op.cit.*, p. 168.

⁴⁵⁵ *Ibid.*

⁴⁵⁶ *Ibid.*

⁴⁵⁷Maurice Letulle « La tuberculose dans l'armée française », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre, op.cit.*, p.153.

armées françaises. Le professeur Letulle observe que la courbe de mortalité de l'armée due à toutes les formes de tuberculoses confondues entre 1872 et 1898 a baissé régulièrement : de 10.5 pour 10 000 personnes en 1875 à 4.5 en 1898⁴⁵⁸. Pour préserver les effectifs sains, les hommes suspects de tuberculose ne sont pas recrutés : les indices de suspicion, avant que n'interviennent des méthodes de détection plus élaborées, sont un thorax étroit et une peau blafarde. La loi du 1^{er} avril 1898 permet d'éliminer, au moment de l'engagement militaire, les hommes qui présentent le moindre risque de contagion tuberculeuse. Les militaires qui, malgré les précautions prises avant l'incorporation, développent la maladie demeurée latente pendant quelquefois plusieurs années, sont soit réformés temporaires, soit réformés de type n° 2, c'est-à-dire définitivement. L'enjeu en matière de santé publique est important ; 500 000 jeunes hommes, pour beaucoup issus des campagnes, séjournent dans des casernes situées en milieu urbain, sans hygiène antituberculeuse. Contaminés à l'armée, ils risquent à leur tour de contaminer leur entourage, resté dans les campagnes, moins touchées, semble-t-il, par la tuberculose que les moyennes ou les grandes villes. Les conclusions optimistes du professeur Letulle concernant le taux de contamination des soldats au sein de l'armée française sont semble-t-il contredites par une autre enquête menée en 1895.

Le sénateur Paul Strauss⁴⁵⁹ (1852-1943), président de la 47^{ème} section du congrès internationale de la tuberculose de Paris, et le professeur Louis Landouzy, lance une enquête publique dont le but est de s'interroger sur le problème de la contamination par la tuberculose dans les petites villes, bourgades et communes de France, de Corse et d'Algérie qui échappent à la statistique officielle. Cette enquête est effectuée sur la base de l'envoi de 9 900 circulaires dont les résultats sont ensuite analysés et permettent à Landouzy et Strauss de constater que la tuberculose gagne les villages.

« Cette conclusion s'imposait après dépouillement que nous fîmes mon collègue M.J Weill-Mantou et moi, des 1 054 lettres reçues en réponse aux 9 900 circulaires expédiées. L'analyse de ces 1 054 réponses, véritables cahiers généraux de la tuberculose, permet de faire ressortir l'opinion exprimée par nos correspondants, que la principale cause des endémies tuberculeuses des campagnes, c'est le retour au foyer natal des soldats envoyés, sans autres formes de procès, en congés temporaire ou définitif et des domestiques et des ouvriers revenant en invalidité tuberculeuses des villes tentaculaires⁴⁶⁰. »

Cette étude est initiée par un sénateur et constitue un pas important vers une

⁴⁵⁸ *Ibid.*

⁴⁵⁹ Paul Strauss (1852-1943) sénateur de la Seine de 1897 à 1936 inscrit au groupe démocratique il soutient la politique d'action républicaine et laïque, il est ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales du 15 janvier 1922 au 29 mars 1924 dans le deuxième cabinet Poincaré. Il préside notamment le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Il appartient à la Commission permanente de la tuberculose. Site Internet www.senat.fr consulté le 22/11/2018.

⁴⁶⁰ Louis Landouzy, Professeur, « Mesures de prophylaxie générale et de traitement applicables aux soldats de terre et de mer renvoyés par congé ou par réforme dans leurs foyers pour affections pulmonaires », *Tuberculosis*, Bulletin mensuel de l'association internationale contre la tuberculose, Vol.VI, n°4, avril 1907.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

amorce de prise en charge par l'État du problème de la mortalité tuberculeuse. Des mesures prophylactiques pour lutter contre la propagation de la tuberculose sont prises au sein de l'armée. Outre une sélection plus rigoureuse des nouvelles recrues, une alimentation renforcée, en viande notamment, est offerte aux nouveaux engagés dont les organismes encore très jeunes sont fragilisés pendant la période d'entraînement militaire. Cette mesure coûte deux millions de dépenses supplémentaires par an, note le professeur Letulle. Afin d'éviter la propagation du virus dans l'air, le balayage sec est interdit. Des consignes sont données afin que les planchers soient nettoyés avec de l'eau, que les chambres soient aérées méthodiquement. Le cubage d'air dont doit disposer chaque homme devrait être compris entre 12 et 17 m² et la distance entre deux lits doit être au moins de cinquante centimètres. Des crachoirs doivent être installés dans les casernes. Mais la lutte contre l'alcoolisme, ce fléau qui dégrade la santé dès le plus jeune âge et, comme le soutiennent les scientifiques, prédispose les sujets à la tuberculose, est difficile à installer au sein de l'armée⁴⁶¹.

Dans la marine, les statistiques de mortalité par tuberculose pour le personnel de la flotte, indiquent que les gabiers (matelots spécialisés dans les voiles et l'entretien des mâtures), les mécaniciens⁴⁶² et les chauffeurs⁴⁶³ paient le plus fort tribut à cette maladie. Les jeunes officiers et les aspirants, enrôlés dès l'âge de 14 ans, surmenés par un programme chargé, confinés pendant trois ou quatre ans dans des établissements encombrés, sont aussi très touchés par la tuberculose. Les mesures prophylactiques tiennent, là encore, dans une meilleure alimentation, une aération des locaux de travail et une incorporation plus tardive des jeunes recrues. Les mécaniciens n'embarquent non plus à 18 ans, mais à 21 ou 22 ans⁴⁶⁴.

De manière générale, les collectivités de personnes vivant ensemble, sont plus exposées que les ménages ordinaires. Le rapport rédigé en 1900 par la Commission de la tuberculose souligne l'importante mortalité dans les établissements pénitentiaires où la promiscuité entre les détenus et le manque d'hygiène augmentent considérablement les risques infectieux.

Le 11 mars 1913, une circulaire est adressée aux préfets de chaque département par le ministre des travaux publics, des postes et télégraphes. Elle annonce que la Chambre des députés a invité le gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour assurer l'assainissement à chaque changement d'occupant, de tous les locaux affectés par l'État dans les bâtiments publics pour les besoins du service aux logements de ses fonctionnaires ou agents. Le gouvernement a envisagé une série de mesures destinées à combattre la propagation de la tuberculose dans les administrations de l'État. Ces mesures tiennent en l'observation rigoureuse des mesures d'hygiène et de salubrité et de précautions dont l'application doit être la règle. Lessivage, réfection des peintures sont les mesures courantes.

⁴⁶¹Maurice Letulle, « La tuberculose dans l'armée française », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, op.cit., p.169.

⁴⁶²Le mécanicien en termes de marine est employé du service des travaux hydrauliques. <https://www.littre.org> site consulté le 22/11/2018.

⁴⁶³Le chauffeur est celui qui entretient le feu d'une forge, d'une machine à vapeur. <https://www.littre.org> site consulté le 22/11/2018.

⁴⁶⁴Vincent, docteur, « La tuberculose dans la marine », *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Commission de la tuberculose, Masson, Paris, 1900, p. 176 à 183.

« Mais si l'agent qui quitte le logement ou un membre de sa famille a été atteint de tuberculose ou d'une autre maladie transmissible, qu'il y ait eu ou non déclaration, il sera nécessaire de procéder à la désinfection complète du logement, de manière à ne livrer aux nouveaux occupants que des locaux ne présentant pas pour eux un véritable danger. La désinfection devra être opérée en se conformant aux indications du bureau d'hygiène institué dans un certain nombre de communes en exécution de l'article 19 de la loi du 15 février 1902 ou à défaut du médecin agréé de l'Administration. Les mêmes mesures de désinfection devront être prises pour les bureaux dans lesquels auront été employés avant la cessation de leurs fonctions les agents manifestement atteints de tuberculose⁴⁶⁵. »

Les termes de cette circulaire ministérielle révèlent la difficulté de l'Administration à faire respecter en son propre sein, les règles d'hygiène les plus élémentaires. Elle montre d'autre part que la tuberculose ne fait toujours pas l'objet d'une déclaration obligatoire à la veille de la Première Guerre mondiale.

Certaines maladies semblent étroitement liées avec la profession exercée par les ouvriers⁴⁶⁶. La classification de ces pathologies en maladies professionnelles est difficilement obtenue. Toutes les industries qui génèrent de la poussière ont une action néfaste sur les bronches des ouvriers qu'elles emploient. L'exposition à la poussière n'est pas la cause première cause des maladies pulmonaires, toutefois les poussières en général favorisent leur apparition⁴⁶⁷. La phtisie est fréquente chez les ouvriers qui inhalent des poussières.

« On distingue les poussières métalliques pour les aiguiseurs d'aiguilles, les tailleurs de limes..., des poussières végétales pour les meuniers, les boulangers, les professionnels du peignage, du cardage, du tissage du lin, du coton, du chanvre, des poussières animales liées au travail de la laine, du cuir, enfin, des poussières minérales dégagées par les fabriques de porcelaines, des faïences, des poteries, de chaux, de plâtre, de ciment, de verre⁴⁶⁸. »

Le port de masque, considéré comme gênant par les ouvriers, permettrait pourtant de limiter l'inhalation de poussières. L'installation de ventilateurs et d'aspirateurs qui renouvellent l'air et absorbent les poussières est un facteur important de diminution des maladies respiratoires⁴⁶⁹.

D'autres industries peuvent, sans poussières, prédisposer à la tuberculose les

⁴⁶⁵Archives Départementales de Seine-et-Marne, boîte d'archives M5212, *Hygiène publique, Inspection régionale, Instructions correspondances 1888-1924*.

⁴⁶⁶Confère : Catherine Omnès, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel », *Connaissance de l'emploi*, n°42, 2014.

Judith Rainhorn, *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*, Paris, Presses de Sciences Po, 2019.

⁴⁶⁷Paul Brouardel, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, série 3 n°29, J.B Baillière, Paris, 1893, p. 10 à 33.

⁴⁶⁸*Ibid.*

⁴⁶⁹*Ibid.*

ouvriers affaiblis par de mauvaises conditions de travail. Tous les ateliers où les règles les plus élémentaires d'hygiène ne sont pas respectées alimentent les statistiques de la mortalité et les ravages de la tuberculose parmi les ouvriers⁴⁷⁰. En effet, indépendamment des maladies dues aux poisons industriels, la mauvaise hygiène, encore dominante dans la plupart des métiers, est la cause de nombreuses affections auxquelles sont sujettes notamment les ouvrières du textile. Les principales maladies développées sont la chlorose⁴⁷¹, l'anémie⁴⁷² et la tuberculose, l'aération des usines reste défectueuse dans les manufactures du coton, du lin, de la soie, où la main d'œuvre est presque exclusivement féminine⁴⁷³. La loi de 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs, dans son décret du 10 mars 1894, prescrit des mesures pour favoriser la ventilation pendant la durée du travail au sein des petites industries et un renouvellement de l'air par ouverture des fenêtres pendant les heures de suspension du travail. Le contrôle de l'application de cette loi, pourtant bénéfique pour limiter la propagation de la tuberculose, est rendue difficile par le fait du grand nombre d'ateliers et du faible nombre d'inspecteurs et d'inspectrices chargés de ce service. La loi reste dans bien des cas inappliquée⁴⁷⁴.

4.2.2 La tuberculose, maladie professionnelle⁴⁷⁵ ?

Lors du Congrès internationale de la tuberculose de 1905 qui se tient à Paris, le rapporteur André Mesureur⁴⁷⁶ rappelle que la reconnaissance de la tuberculose comme « maladie professionnelle » des personnels hospitaliers est effective depuis 1896. Il liste les mesures prises pour faire diminuer la mortalité tuberculeuse des personnels et notamment des infirmières qui travaillent au contact de malades contagieux. Dans un premier temps, la longueur des journées de travail des infirmières est diminuée, mais André Mesureur souligne qu'en France, les malades ne sont pas laissés à la porte des hôpitaux ce qui ne contribue pas à soulager la charge de travail des personnels qui travaillent dans ces établissements.

« Il est aisé d'administrer un hôpital comme en Angleterre, lorsqu'on ferme les portes quand le nombre réglementaire des malades est atteint⁴⁷⁷. »

⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 70 à 71.

⁴⁷¹ La chlorose est une anémie due à un manque de fer.

⁴⁷² L'anémie est un manque de globules rouges.

⁴⁷³ Caroline Milhaud, *L'ouvrière en France, sa condition présente, les réformes nécessaires*, F. Alcan, 1900, p.40.

⁴⁷⁴ *Ibid.*, p.66 à 76.

⁴⁷⁵ Au sujet des maladies professionnelles, confère :

Judith Rainhorn, *Blanc de plomb, Histoire d'un poison légal*, *op.cit.*

Paul-André Rosental, *La silicose comme maladie professionnelle*, *op.cit.*

Catherine Omnès, *Les surintendantes d'usine*, *op.cit.*

Anne-Sophie Bruno, Éric Geerkens, Nicolas Hatzfeld, Catherine Omnès (dir.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e-20e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Pour une histoire du travail », 2011.

⁴⁷⁶ André Mesureur, Congrès international de la tuberculose 1905, Administration générale de l'Assistance publique à Paris, L'œuvre de l'Assistance publique contre la tuberculose (1896-1905), Berger-Levrault et Cie, p. XXIV.

⁴⁷⁷ *Ibid.*

Dès l'année 1896, la notion de risque professionnel est invoquée dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris. Il se précise en 1905.

« La notion de risque professionnel qu'on invoquait en 1896 se précise beaucoup mieux maintenant. Elle comporte des devoirs et l'Assistance publique est ainsi conduite à réparer, à prévenir, surtout les dommages subis par ses agents. Il est naturel de donner aux agents les moyens de se soigner. Un double service médical est organisé, un contrôle pour l'Administration, un traitement régulier pour les agents. Le salaire en argent est désormais acquis pendant la durée de la maladie, 3 mois pour la totalité du salaire, les 3 mois suivants pour la moitié (ces proportions sont à réduire de moitié pour les agents traités en salle. Ils n'ont en effet aucun frais d'entretien)⁴⁷⁸. »

Certaines infirmières sont envoyées à Hendaye où elles bénéficient d'une allocation spéciale et où le médecin en chef du sanatorium surveille leur traitement. Le sanatorium d'Angicourt et l'hospice de Brévannes sont également qualifiés pour recevoir des agents peu atteints pouvant continuer leur service mais obligés à un séjour au grand air⁴⁷⁹.

L'exemple des mesures prises par l'Assistance Publique de Paris dès 1896 montre comment un employeur peut agir au profit de ses salariés victimes d'une maladie contractée pendant son temps de travail, encore faut-il que l'employeur reconnaisse la notion même de maladie professionnelle. La première étape d'une telle reconnaissance consiste en une étude des maladies recensées par catégories de métier. Ainsi, lors de la conférence sur la tuberculose humaine en janvier 1902, le professeur Maurice Letulle diffuse le tableau suivant concernant les chiffres des maladies constatées dans différents métiers. Ces données indiquent le nombre des autres pathologies et celui de la phtisie pulmonaire. Le pourcentage calculé donne la part de la tuberculose dans le total des maladies relevées par professions pour Paris. Le professeur Letulle indique :

« Pour Paris, j'ai pu dresser la mortalité des hommes de 20 à 40 ans pour lesquels la profession est connue, pendant une période de 6 années allant de 1893 à 1898. Plus de la moitié meurent phtisiques⁴⁸⁰. »

Le professeur Letulle calcule le pourcentage des tuberculeux en pourcentage du total des maladies dont souffrent les ouvriers de différents corps de métiers à Paris entre les années 1893 et 1898.

⁴⁷⁸ *Ibid.*

⁴⁷⁹ *Ibid.*

⁴⁸⁰ Maurice Letulle, sous la présidence de M. Pinard, *Conférence sur la tuberculose humaine, Prophylaxie et traitement hygiénique dans les milieux ouvriers*, Alliance syndicale du commerce et de l'industrie, 1902.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 47- Tableau de la mortalité parisienne de 1893 à 1898⁴⁸¹

	Phthisie pulmonaire	Autres maladies	Total général	% de tuberculeux
CONSTRUCTION				25,66
Maçons	707	2 222	2 929	24,14
Couvreurs	503	1 187	1 690	29,76
Menuisiers	654	1 862	2 516	25,99
Serruriers	456	1 150	1 606	28,39
Peintres	479	2 064	2 543	18,84
Ebénistes	747	2 039	2 786	26,81
VETEMENTS				25,35
Tailleurs	530	1 798	2 328	22,77
Cordonniers	894	2 552	3 416	26,17
Tanneurs	236	634	870	27,13
ALIMENTATION				24,68
Bouchers	381	980	1 361	27,99
Boulangers	254	828	1 082	23,48
Fruitiers	321	1 110	1 431	22,43
Epiciers	130	394	524	24,81
TRANSPORTS				25,30
Charretiers	701	1 851	2 552	27,47
Cochers	866	3 122	3 988	21,72
Chemin de fer	349	1 140	1 489	23,44
Postes et télécom.	183	457	640	28,59
INDUSTRIE DU FER				29,24
Chaudronniers	420	1 105	1 525	27,54
Tourneurs	264	549	813	32,47
Machinistes (1)	1 817	4 738	6 555	27,72
DIVERS				23,56
Imprimeurs	909	1 861	2 770	32,82
Soierie (2)	92	346	438	21,00
Coiffeurs	204	509	713	28,61
Médecins et dentistes	59	441	500	11,80
(1) mécaniciens, forgerons, taillandiers.				
(2) Soieries, dentelles, passementerie...				

Maurice Letulle souligne la forte part que prend la mortalité tuberculeuse dans la mortalité due aux maladies. Ces observations ne montrent aucune influence des professions dans le taux de mortalité tuberculeuse car les écarts ne sont pas significatifs entre les différents métiers même si les médecins et les dentistes connaissent un taux de 11,80% alors que chez les imprimeurs le taux de 32,82% est remarquable. Autour de ces deux bornes, les taux sont sensiblement centrés autour de 25%.

La reconnaissance rapide de la tuberculose comme maladie professionnelle constitue un facteur fondamental de lutte contre cette maladie. Elle engage les employeurs et les ouvriers à prendre des mesures prophylactiques pour protéger de la contagion tuberculeuse les individus et les groupements d'individus au travail. Une première proposition de loi visant l'extension aux maladies d'origine professionnelle de la loi sur les accidents du travail est présentée le 3 juillet 1903 par, entre autres, Aristide Briand⁴⁸² et Alexandre Millerand⁴⁸³. La tuberculose n'est pas reconnue maladie professionnelle à cette date. Le 25 octobre 1921 paraît au *Journal Officiel* le décret qui étend la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail aux maladies d'origine professionnelle. La tuberculose ne

⁴⁸¹Maurice Letulle, *Rôle de la Mutualité dans la lutte contre la tuberculose en France, Conférence faite à la douzième assemblée générale, 1902*, BNF, côte T77e 670, p.4.

⁴⁸²Aristide Briand (1862-1932) est avocat. Il fonde avec Jean Jaurès le Parti Socialiste Français. Il est élu député en 1902 et le restera jusqu'à sa mort. Aristide Briand est vingt-trois fois ministre, onze fois président du Conseil et connaît une audience internationale à la tribune de la Société Des Nations. Il est rapporteur de la loi de séparation de l'Eglise et de l'État. *Encyclopédie Universalis*, notice Aristide Briand.

⁴⁸³Alexandre Millerand (1859-1943) est avocat. Il est élu député de la Seine en 1885 et sera réélu jusqu'en 1919. Il est nommé plusieurs fois ministre dans le cabinet Waldeck-Rousseau, il est ministre de la Guerre du 14 janvier 1914 au 12 janvier 1913 puis d'août 1914 à octobre 1915. Il s'intéresse à la condition ouvrière. Il est élu président de la République en 1920. En 1925 il est élu sénateur de la Seine, puis sénateur de l'Orne en 1927 jusqu'en 1936. In site Internet www.elysee.fr consulté le 23/11/2018.

figure pas dans cette liste, au grand damne des phthisiologues⁴⁸⁴. Les données suivantes sont publiées en 1905 par l'équipe du préventorium Emile-Roux de Lille dirigé par Albert Calmette. La région lilloise est à cette époque fortement industrialisée dans des secteurs tels que l'industrie textile ou la métallurgie. Les observations chiffrées sont énoncées sans autres commentaires concernant les taux de tuberculeux par professions que la réflexion ci-dessous :

« Nous retrouvons constamment l'influence prépondérante du surmenage physique et de l'alimentation insuffisante. 95,90% de nos tuberculeux avaient une durée de travail dépassant 8 heures par jour, et pour quelques-uns d'entre eux dépassent 12 et 13 heures. 76.67% se trouvaient non-seulement dans l'impossibilité de tenter la guérison par un semblant de suralimentation, mais, même, lorsqu'ils travaillaient, ils pouvaient à peine subvenir à leur entretien⁴⁸⁵. »

Les tableaux énoncent le nombre de consultants pour la seule année 1904 et le total des consultants au dispensaire Emile-Roux de Lille pour les années 1901, 1902 et 1903. Pour ces mêmes périodes, les colonnes suivantes précisent le nombre des consultants reconnus tuberculeux. Le premier tableau étudie les consultants, hommes et femmes qui travaillent dans l'industrie textile. 51.35 % des hommes de ce secteur industriel qui ont consulté le dispensaire sont reconnus tuberculeux et 57 % des femmes.

Figure 48- Les consultants et les consultants reconnus tuberculeux au dispensaire de Lille⁴⁸⁶

Industrie Textile Hommes	Répartition des consultants et des tuberculeux par profession						Industrie Textile Femmes	Répartition des consultants et des tuberculeux par profession					
	Consultants de 1901 à 1903			Reconnus tuberculeux de 1901 à 1903				Consultants de 1901 à 1903			Reconnus tuberculeux de 1901 à 1903		
	1904	à 1903	Total	1904	à 1903	Total		1904	à 1903	Total	1904	à 1903	Total
Apprêteur	1	0	1	1	0	1	Assembleuse	2	5	7	1	2	3
Bobineur	1	1	2	1	1	2	Basculeuse	0	1	1	0	0	0
Calendeur	1	0	1	0	0	0	Balayeuse	0	1	1	0	1	1
Contremaître de peignage	0	2	2	0	1	1	Bobineuse	5	16	21	2	10	12
Débourreur de coton	0	4	4	0	2	2	Bambrocheuse	6	13	19	4	8	12
Décolleur	0	1	1	0	0	0	Continueuse	2	8	10	1	6	7
Emballleur	4	4	8	1	2	3	Cannetière	0	2	2	0	2	2
Emoucheteur	0	2	2	0	0	0	Cardeuse de lin	3	1	4	2	0	2
Filtier	3	0	3	1	0	1	Cylindreuse	0	1	1	0	0	0
Fileur de coton	2	14	16	0	8	8	Dévideuse	11	26	37	9	13	22
Graisser de coton	1	4	5	0	2	2	Étirageuse	7	5	12	1	3	4
Glaceur de coton	2	6	8	1	2	3	Étaleuse de lin	2	2	4	1	1	2
Garçon de machine	5	1	6	1	1	2	Éplucheuse	2	3	5	1	1	2
Lustreur	1	1	2	1	1	2	Fileuse de lin	18	37	55	11	24	35
Journalier	0	1	1	0	0	0	Fileuse au sec	2	2	4	1	1	2
Magasinier	2	3	5	2	3	5	Gazeuse	1	4	5	1	2	3
Peigneur de lin	9	23	32	3	15	18	Lustreuse	0	2	2	0	1	1
Paqueteur	0	5	5	0	1	1	Magasinière	0	1	1	0	1	1
Règleur de cadre	0	3	3	0	1	1	Ourdisseuse	1	0	1	0	0	0
Rattacheur	3	12	15	3	10	13	Pelotonneuse	1	3	4	1	2	3
Surveillant de filature	0	8	8	0	4	4	Peigneuse de coton	1	7	8	0	4	4
Surveillant de tissage	0	1	1	0	0	0	Retordeuse	0	2	2	0	1	1
Tulliste	1	1	2	0	1	1	Soigneuse de coton	0	2	2	0	1	1
Teinturier	0	1	1	0	1	1	Tullière	1	0	1	1	0	1
Tordeur	0	1	1	0	1	1	Trilleuse	1	0	1	1	0	1
Tisserand	11	36	47	6	17	23	Tisserande	3	12	15	1	6	7
Vernisseur	0	1	1	0	0	0	Varouleuse	5	10	15	2	6	8
Varouleur au coton	0	2	2	0	0	0	Visiteuse de coton	0	2	2	0	1	1
Totaux	47	138	185	21	74	95	Totaux	74	168	242	41	97	138

⁴⁸⁴G. Ichok, docteur, « Les maladies professionnelles et la prophylaxie antituberculeuse », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° 38, série 4, Paris, 1922, p. 65 à 73.

⁴⁸⁵Albert Calmette, Théodore Woehrel, trésorier de la ligue du Nord contre la tuberculose, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, le préventorium Emile-Roux de Lille, son organisation, son fonctionnement*, op.cit., p.45.

⁴⁸⁶ *Ibid.*, p.54.

Le nombre des consultants par profession semble indiquer que dans certains corps de métier, la prévention est mieux intégrée, c'est le cas par exemple des peigneurs de lin où on compte 32 consultants entre 1901 et 1904, plus encore chez les tisserands où on compte 47 consultants pour la même période, 37 pour les dévideuses et 55 pour les fileuses de lin. Cette dernière catégorie atteint 64% de tuberculeux parmi les consultants entre l'année 1901 et 1904.

Après l'industrie textile, le secteur de l'habillement est observé au dispensaire Emile-Roux de Lille. 55 % des hommes qui ont consulté le dispensaire sont reconnus tuberculeux et 61.5% des femmes.

Figure 49- Répartition des consultants et des tuberculeux par professions (suite)⁴⁸⁷

Habillement	Consultants			Reconnus tuberculeux			Habillement	Consultants			Reconnus tuberculeux		
	de 1901			de 1901				de 1901			de 1901		
	1904	à 1903	Total	1904	à 1903	Total		1904	à 1903	Total	1904	à 1903	Total
Hommes						Femmes							
Apprêteur de chaussures	0	2	2	0	2	2	Blanchisseuse, repasse	6	11	17	4	8	12
Bourellier-sellier	1	3	4	1	3	4	Brodeuse	0	1	1	0	1	1
Cordonnier	8	33	41	4	15	19	Chaussonnière	1	0	1	1	0	1
Coupeur en confection	6	11	17	2	7	9	Chapelière	0	3	3	0	0	0
Corroyeur	0	3	3	0	2	2	Chamarreuse	1	7	8	0	4	4
Coupeur de tiges	1	4	5	0	2	2	Confectionneuse	2	6	8	2	2	4
Chapelier	1	0	1	0	0	0	Corsetière, lingère	0	90	90	0	61	61
Fourreur	0	1	1	0	1	1	Couturière à domicile	30	0	30	15	0	15
Galochier	1	0	1	1	0	1	Couturière à l'atelier	15	0	15	6	0	6
Piqueurs de chaussures	1	1	2	1	1	2	Epinglière	0	1	1	0	1	1
Presseur en confection	2	5	7	1	3	4	Fleuriste	1	1	2	1	0	1
Tondeur de drap	0	1	1	0	1	1	Giletère	2	10	12	2	6	8
Tailleur d'habit	3	17	20	1	10	11	Modiste	0	3	3	0	3	3
Totaux	24	81	105	11	47	58	Ouvrière en parapluie	0	1	1	0	1	1
							Totaux	58	134	192	31	87	118

L'étude de ces tableaux met en relief le nombre important des cordonniers et le des corsetières lingères qui ont consulté le dispensaire antituberculeux. En effet 41 cordonniers et 90 corsetières lingères se sont rendus pour un dépistage de la tuberculose. Ce nombre important est-il le fruit d'un travail ciblé des infirmières-visiteuses sur certaines catégories de professions remarquées pour leur taux important de tuberculeux ? Par exemple on constate que 68% des corsetières lingères sont déclarées tuberculeuses. Au sein des groupes professionnels, une information circule-t-elle au profit de la prophylaxie antituberculeuse ? Un « bouche à oreille » aurait-il pour conséquence une fréquentation importante des membres d'une même profession au dispensaire ?

⁴⁸⁷ *Ibid.*, p.53.

Figure 50- Répartition des consultants et des tuberculeux par professions (suite)⁴⁸⁸

PROFESSIONS	Consultants			Reconnus tuberculeux			PROFESSIONS	Consultants			Reconnus tuberculeux		
	1904	de 1901 à 1903	Total	1904	de 1901 à 1903	Total		1904	de 1901 à 1903	Total	1904	de 1901 à 1903	Total
Alimentation							Ouvriers du bois						
Hommes							Hommes						
Boulangier	1	3	4	1	1	2	Charpentiers menuisier	11	23	34	7	14	21
Boyaudier	2	0	2	1	0	1	Ebénistes	2	3	5	0	2	2
Cuisinier	1	0	1	1	0	1	Modeleur	0	3	3	0	0	0
Confiseur	4	1	5	0	1	1	Navettier	0	1	1	0	1	1
Charcutier	0	2	2	0	0	0	Tourneur en bois	1	2	3	1	1	2
Cabaretier	0	5	5	0	1	1	Toupilleur	0	1	1	0	1	1
Chicoretier	0	2	2	0	2	2	Tonnelier	1	3	4	1	1	2
Fondeur de cuivre	0	1	1	0	0	0	Totaux	15	36	51	9	20	29
Garçon brasseur	0	4	4	0	2	2							
Garçon de café	2	9	11	2	4	6	Femmes						
Porteur de pain	1	1	2	1	1	2	Cuisinière	1	6	7	0	2	2
Pâtissier	1	0	1	0	0	0	Chicoretère	0	1	1	0	1	1
Raffineur de sucre	1	0	1	0	0	0	Chocolatière	0	1	1	0	1	1
Tabletier	1	0	1	1	0	1	Totaux	1	8	9	0	4	4
Tireur de vin	1	1	2	0	1	1							
Totaux	15	29	44	7	13	20							

Figure 51- Répartition des consultants et des tuberculeux par professions (suite et fin)⁴⁸⁹

PROFESSIONS	Consultants			Reconnus tuberculeux		
	1904	de 1901 à 1903	Total	1904	de 1901 à 1903	Total
DIVERSES						
Hommes						
Batelier	2	0	2	1	0	1
Colporteur	1	0	1	1	0	1
Cordier	1	0	1		0	0
Camionneur	2	0	2	1	0	1
Chanteur ambulant	0	1	1	0	1	1
Cocher	0	1	1	0		0
Concierge	0	2	2	0	1	1
Coiffeur	0	4	4	0	2	2
Commissionnaire	6	4	10	2	3	5
Charbonnier	1	4	5	1	4	5
Domestique	4	4	8	1	1	2
Ecolier	25	31	56	2	11	13
Garçon d'écurie	0	2	2	0	1	1
Journalier	30	99	129	8	35	43
Marchand ambulant	11	26	37	6	13	19
Musicien	0	3	3	0	1	1
Retraité	0	1	1	0		0
Rémouleur	0	2	2	0	1	1
Verrier		1	1		1	1
Totaux	83	185	268	23	75	98
Femmes						
Batteuses d'ouate	0	1	1	0	1	1
Ecolière	22	33	55	1	10	11
Journalières	14	30	44	6	16	22
Marchande 4 saisons	2	7	9	1	2	3
Ménagère	79	175	254	29	83	112
Pieuse de linge	1	0	1	0	0	0
Savonnière	0	3	3	0	2	2
Servante	8	11	19	2	7	9
Totaux	126	260	386	39	121	160

⁴⁸⁸ *Ibid.*

⁴⁸⁹ *Ibid.*

Ce dernier tableau indique le nombre des ménagères et des journaliers qui ont consulté le dispensaire. Les chiffres de 129 journaliers et 254 ménagères laissent présumer que ces professions emploient de nombreux ouvriers qui travaillent dans des conditions précaires et font partie des salariés aux revenus les plus faibles et donc les plus exposés à la contagion tuberculeuse.

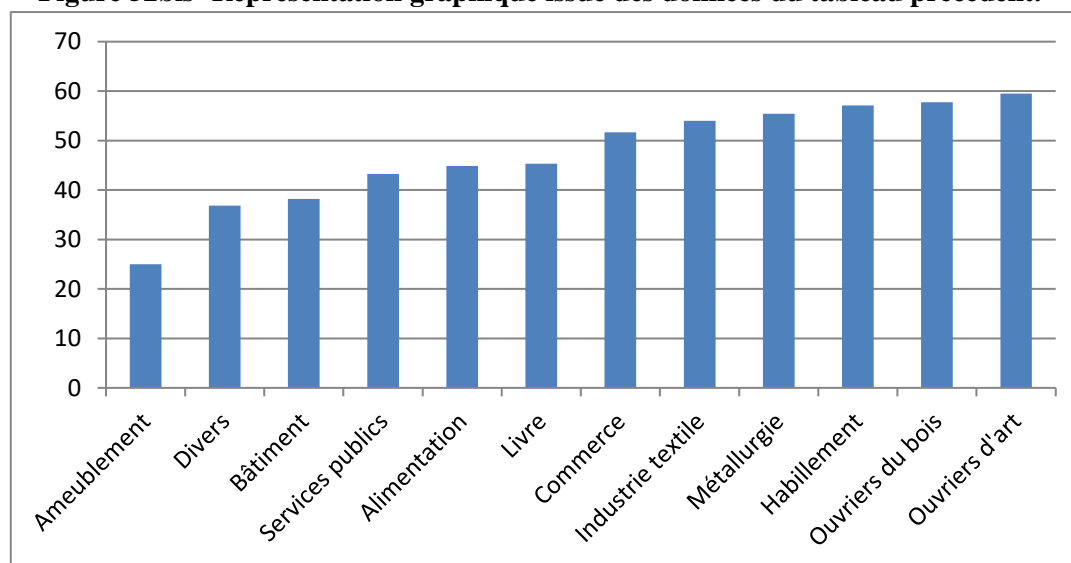
Le tableau suivant récapitule les données relevées dans les précédents tableaux en intégrant le pourcentage des consultants reconnus tuberculeux par catégories professionnelles pour les années 1901-1903 et pour l'année 1904.

Figure 52- Tableau récapitulatif des consultants reconnus tuberculeux par professions

Catégories Professionnelles	Consultants		Reconnus tuberculeux		% des consultants reconnus tuberculeux	
	de 1901 à 1903	1904	de 1901 à 1903	1904	1901-1903	1904
	Industrie textile	313	123	175	64	56
Habillement	222	88	140	45	63	51
Métallurgie	156	50	95	25	61	50
Commerce	63	26	36	12	57	46
Livre	66	23	34	9	52	39
Bâtiment	48	18	26	4	54	22
Ouvriers du bois	36	15	20	9	56	60
Alimentation	37	16	17	7	46	44
Services publics	32	12	17	4	53	33
Ameublement	12	5	6	0	50	0
Ouvriers d'art	7	6	6	2	86	33
Divers	445	209	196	62	44	30
Totaux	1437	591	768	243	53	41

Afin de clarifier ces nombreuses données chiffrées, le graphique suivant est composé avec les éléments du tableau récapitulatif des consultants au dispensaire Emile-Roux de Lille, reconnus tuberculeux par professions. La moyenne des pourcentages des années 1901-1903 et de l'année 1904 est calculée, puis les résultats obtenus sont classés du secteur professionnel le moins touché c'est à dire l'ameublement, vers le secteur le plus sensible à savoir les métiers des ouvriers d'art.

Figure 52bis- Représentation graphique issue des données du tableau précédent.



Plus de 50% des consultants sont reconnus tuberculeux dans les professions liées au commerce, à l'industrie textile, à la métallurgie, à l'habillement et au métier du bois. Certaines professions exposent plus que d'autres les ouvriers à la tuberculose ?

Le docteur René-Félix Martial⁴⁹⁰, né en 1873, publie en 1911 une étude sur les maladies professionnelles. Il compare la situation de la France avec celle de l'Allemagne, où, la détermination des maladies professionnelles est, conclut-il, facilitée par l'existence des caisses d'assurance maladies depuis 1898. Les caisses allemandes ont amassé de nombreux documents médicaux pour mettre en évidence l'origine des maladies contractées pendant le travail. Ainsi, la tuberculose est reconnue, par exemple, comme une maladie professionnelle pour les imprimeurs⁴⁹¹ et les blanchisseurs. Le docteur Martial tente de trouver une définition des maladies professionnelles. Il aboutit à la conclusion, à l'appui des résultats du Congrès des maladies professionnelles de Bruxelles en septembre 1910, que, sauf dans des cas rares, cette définition n'existe pas, qu'il n'y a aucun signe distinctif de la maladie professionnelle. De plus, « La loi de 1909 relative à la question cérusière, c'est-à-dire à l'intoxication des ouvriers manipulant le blanc de plomb, entre en contradiction avec l'esprit de celle votée sur les maladies professionnelles, inspirée de celle sur les accidents du travail en 1898, qui institue « une responsabilité sans faute » de l'employeur, ce qui naturalise le risque professionnel et « décharge les industriels⁴⁹². »

Toutefois, le docteur Martial souligne la proposition du docteur Delpout, délégué du syndicat des médecins de la Seine :

« Les maladies professionnelles sont des manifestations pathologiques survenant pendant ou à la suite de l'exercice plus ou moins prolongé d'une profession, du fait de la manipulation de substances nocives pour l'organisme, ou de l'obligation d'exercer ladite profession dans des conditions d'hygiène incompatibles avec le fonctionnement physiologique normal des différents organes⁴⁹³. »

Cette définition très ouverte laisse la possibilité d'inclure ou de ne pas inclure la tuberculose dans la famille des maladies professionnelles, en fonction des catégories de métiers, des matériaux utilisés, de la fréquence de la maladie observée chez les ouvriers des différents secteurs de l'activité économique.

Ainsi, la silicose⁴⁹⁴ est une affection des poumons qui provoque la lente dégradation de cet organe. La radiologie est le moyen le plus efficace pour diagnostiquer cette maladie, mais cet examen ne s'est diffusé que lentement après la Première Guerre mondiale. Comme la tuberculose la silicose est difficile

⁴⁹⁰René Félix Martial est un médecin français. « Dans l'entre-deux-guerres, il fut l'un des principaux experts en matière de sélection raciale sous le régime de Vichy. » Site Internet <https://data.bnf.fr> consulté le 23/11/2018.

⁴⁹¹La forte part de mortalité par tuberculose dans l'ensemble des maladies mortelles avait été observée par Maurice Letulle entre 1893 et 1898 chez les imprimeurs à Paris.

⁴⁹²Judith Rainhorn, *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal. op.cit.*

⁴⁹³René Martial, docteur, « Les maladies professionnelles et leur réparation », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°33, Masson, Paris, 1911, pages 737 à 747.

⁴⁹⁴La silicose est une maladie du poumon qui est due en majorité à une exposition professionnelle responsable d'accumulation de particules dans les poumons. Site Internet www.lesouffle.org consulté le 05/07/2015.

à diagnostiquer à cause notamment de la fréquente association de ces deux maladies.

« La fréquente coprésence de la tuberculose dans les poumons silicosés permet aux experts mandatés par les employeurs de suggérer que la silicose n'est qu'une complication de la tuberculose et de dégager ainsi la responsabilité légale et financière des entreprises⁴⁹⁵. »

Les mauvaises habitudes des mineurs sont alors pointées à savoir, l'alcoolisme, la mauvaise hygiène mais également les logements insalubres. La reconnaissance internationale de la silicose comme maladie professionnelle semble en bonne voie avec la création en 1919 de l'OIT⁴⁹⁶ (Organisation Internationale du Travail) et du BIT (Bureau International du Travail) en 1921. Ces organisations rassemblent les représentants des états, des employeurs, des syndicats. Toutefois, malgré les efforts d'un homme politique : Albert Thomas⁴⁹⁷ et d'un professeur de médecine Etienne Albert qui initie la CIPMT (Commission Internationale Permanente la Médecine du Travail) en 1929, les employeurs refusent de prendre en compte la silicose comme maladie professionnelle⁴⁹⁸. Pourtant, en 1928, une enquête de l'Institut d'hygiène industrielle montre l'ampleur de la mortalité due aux affections respiratoires chez les ouvriers et les employés dans l'industrie des pavés de gré.

« La tuberculose quelle que soit son importance, ne peut-être incriminée que dans un peu plus de la moitié des cas. Sa place est d'ordinaire exagérée par un cercle vicieux statistique faute d'une sensibilisation suffisante à la gravité du problème, les praticiens amalgament les pneumoconioses à la tuberculose, et en retour en sous-estiment l'ampleur⁴⁹⁹. »

⁴⁹⁵ Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *op.cit.*

⁴⁹⁶ « Fondée en 1919 par le syndicaliste français Albert Thomas, l'OIT dont le siège est à Genève, réunit les représentants des gouvernements, des travailleurs, dans une action commune pour protéger et promouvoir les droits de l'homme au travail. Le Bureau international du travail est le Secrétariat permanent de l'OIT. Dans la perspective du centenaire de l'OIT, le directeur général a proposé sept initiatives concernant la gouvernance, les normes, les entreprises, l'éradication de la pauvreté, le travail des femmes, les activités futures, l'initiative verte. » in site Internet <https://travail-emploi.gouv.fr> consulté le 04/12/2018.

⁴⁹⁷ Albert Thomas et le directeur général du Bureau International du Travail de 1919 à 1932. Né en 1878, il entre à l'Ecole Normale Supérieure en 1898. En 1904 il est chargé de la rubrique syndicale dans l'Humanité. Il est élu maire de la commune de Champigny et en 1910 et en 1914 il est élu député de la Seine, puis député du Tarn en 1919. Il est nommé ministre de l'Armement en 1916. A partir de l'année 1919, Albert Thomas se consacre entièrement à l'action du BIT. <https://travail-emploi.gouv.fr> consulté le 04/12/2018. Au sujet d'Albert Thomas, confère : Adeline Blaskiewicz, *Albert Thomas. Le socialisme en guerre 1914-1918*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2016.

⁴⁹⁸ Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *Revue française des affaires sociales, op.cit.*

⁴⁹⁹ F. Heim de Balsac, E. Agasse-Lafont, A. Feil, « La pneumoconiose professionnelle des carriers et piqueurs de gré », *Presse médicale*, 22 septembre 1928,

In Jean- Claude Devinck, Paul-André Rosental, « Une maladie sociale avec des aspects médicaux, La difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 2009/1, p.99-126. La pneumoconiose est une maladie pulmonaire causée par l'inhalation de poussières dangereuses.

Le médecin qui exerce au dispensaire antituberculeux de Bessèges dans les Cévennes, lié au syndicalisme chrétien-social, Jean Magnin (1978-1952) effectue avec le concours d'un radiologue de la ville d'Ales, M.Conrozier, l'examen de mineurs. Ils montrent par une série de clichés « qu'une apparence clinique normale peut masquer des images pulmonaires anormales⁵⁰⁰ » et en tirent arguments pour des mesures prophylactiques. Magnin et Conrozier cherchent à affirmer la spécificité de la silicose par rapport à la tuberculose notamment, et sa détection précoce grâce à des examens radiologiques. Malgré cette avancée majeure pour une reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle, de congrès nationaux en expertises internationales, la silicose reste jusqu'en 1945 une affection que les médecins continuent de lier étroitement à une tuberculose héréditaire affectant des ouvriers alcooliques et ce, malgré les conclusions dès le début du XX^e siècle du professeur Albert Calmette sur ces points.

La tuberculose n'est pas inscrite sur la liste des maladies pour lesquelles les médecins doivent faire une déclaration obligatoire. La tuberculose n'est pas non plus reconnue comme une maladie professionnelle et aucun médicament n'est efficace contre ce fléau. La seule parade reste la prophylaxie exercée notamment dans les dispensaires antituberculeux.

4.2.3 Où sont les dispensaires avant 1914 ?

Le dispensaire antituberculeux à la française est dupliqué dans nombre de pays étrangers et notamment dans les pays anglo-saxons qui l'exploitent avec succès et grâce à la déclaration obligatoire de la tuberculose voient la mortalité tuberculeuse en très nette régression.

« Le danger est national, le fardeau de la défense devrait aussi être national et il ne serait pas difficile de prouver par des chiffres imposants, que toute dépense, quelle que soit son énormité, inscrite au budget de la Santé publique, devient une économie.... En attendant que soit mis en branle un aussi puissant organisme, il faut courir au plus pressé et nous fortifier dans nos avant-postes. Nous le pouvons en multipliant dans nos villes aussi dans nos campagnes nos dispensaires de prophylaxie sociale et d'éducation populaire antituberculeuse, dont tous les pays civilisés nous empruntent aujourd'hui la formule si essentiellement pratique et si souple et dont l'immense utilité fait déjà largement ses preuves⁵⁰¹. »

Malgré ce plaidoyer du professeur Landouzy en faveur des dispensaires antituberculeux, le nombre des établissements ouverts en France métropolitaine avant la Première Guerre mondiale, demeure faible, comme en témoigne ci-

⁵⁰⁰André Feil, « Contribution à l'étude des pneumokonioses professionnelles, et La silicose pulmonaire », *La Presse médicale*, respectivement 12 juillet et 10 septembre 1930.

In Jean- Claude Devinck, Paul-André Rosental, « Une maladie sociale avec des aspects médicaux, La difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 2009/1, p.99-126.

⁵⁰¹Louis Landouzy, *Alliance d'hygiène sociale, Congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education*, Imprimerie moderne, Agen, p.150.

dessous, la liste établie par la Commission permanente de préservation contre la tuberculose en 1917 :

Figure 53- Liste des dispensaires antituberculeux établie par la Commission permanente de préservation contre la tuberculose (1911-1913) ⁵⁰²

Départements	Villes	Notes
Alpes Maritimes	Nice	Créé en 1907, 3 835 malades traités en 10 ans. Travaille en collaboration avec le bureau de bienfaisance et le bureau d'hygiène de la ville. Largement subventionné par la municipalité
Aube	Troyes	C'est un institut de prophylaxie sociale et le dispensaire antituberculeux de Troyes.
Bouches-du-Rhône	Marseille	Créé en 1903, Œuvre antituberculeuse de Marseille. En 1912, a donné 3 851 consultations à 175 tuberculeux anciens et 180 nouveaux. Le service du dispensaire est assuré par 8 médecins dont un pour les analyses bactériologiques. 241 malades reçoivent l'assistance alimentaire.
Côte-d'Or	Dijon	Fondé en 1903 par l'initiative privée, le dispensaire comprend une section de l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, une colonie de vacances, maintient plusieurs malades au sanatorium d'Hauteville (Ain)
Haute-Garonne	Toulouse	Dispensaire antituberculeux pour enfants qui donne 1 000 consultations par an, mais ne fonctionne que les 6 mois d'hiver. Le personnel comprend deux médecins.
Ille-et-Vilaine	Saint-Broladre	Attaché à l'orphelinat de Bellevue, le dispensaire est tenu par des franciscains.
Indre-et-Loire	Tours	Créé en 1909. 5 médecins prêtent gratuitement leur concours.
Marne	Reims	Dispensaire Calmette, créé en 1901. 8 médecins travaillent gratuitement ainsi qu'un interne des hôpitaux et un secrétaire enquêteur
Nord	Lille Cambrai Douai	Dispensaire Emile-Roux Dispensaire Paul Berbez Les frais d'installation du dispensaire d'hygiène sociale de Douai proviennent d'un don.
Oise	Clermont	Créé par la Société antituberculeuse de l'Oise, le service médical est assuré par les médecins de l'hôpital de Clermont.
Rhône	Lyon	Le dispensaire fondé par les professeurs Arloing et Courmont fonctionne depuis 1900. Il comprend 4 sections : traitement antirabique, fabrication de sérums thérapeutiques, diagnostics bactériologiques et dispensaire antituberculeux.

⁵⁰²Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose (1911-1913, Imprimerie administrative, Melun, 1917, p.326 à 340.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Seine Paris	Ier	Dispensaire des I et II arrondissements rue de Bailly et 2 rue de Valois
	IIle	Dispensaire antituberculeux et de préservation sociale 44 rue de Poitou
	Ve	Dispensaire antituberculeux des enfants des écoles du Vème arrondissement, 11 rue des Fossés-Saint-Jacques
	VIIe	Dispensaire Léon Bourgeois à l'hôpital Laënnec, 65 rue Vaneau
	VIIIe	Office antituberculeux Jacques Siegfried et Albert Robin à l'hôpital Beaujon, 208 rue de faubourg Saint-Honoré
	VIIIe et XVIIe	Dispensaire antituberculeux des VIIIe et XVIIe arrondissements, 54 bis rue Boursault.
	IXe	Dispensaire antituberculeux : -17 rue de la Tour d'Auvergne -25 rue de Maubeuge Dispensaire de l'œuvre antituberculeuse de Paris, -53 rue Condorcet Dispensaire antituberculeux -60 rue de Dunkerque
	Xe	35 rue de Bichat
	XIe	Dispensaire antituberculeux du XIe arrondissement -21 rue Saint-Maur Dispensaire antituberculeux Omer-Talon Dispensaire de la société antituberculeuse de l'enseignement primaire de la Seine, -5 rue du Commandant Lamy
	Seine Paris	XIIe
XIIIe		Dispensaire antituberculeux des mutualistes, fondation Loubet -182 rue du Château des Rentiers
XIVe		Œuvre des tuberculeux adultes, -66 rue Vercingétorix -23 rue Guilleminot -7 rue Félix David -26 bis rue de l'Argonne Dispensaire préventorium 23 rue d'Alembert
XVe		Dispensaire antituberculeux des XVe et XVIe -29 rue Mademoiselle -6 rue Letellier Œuvre de tuberculeux pauvres, préventorium antituberculeux -63 boulevard Garibaldi

Banlieue	XVIIe	Dispensaire antituberculeux des VIII et XVII Dispensaire antituberculeux -50 avenue de Clichy
	XIXe	-26bis rue de l'Argonne -9 rue Mathis
	XXe	Dispensaire Jouye-Rouve-Taniès, sanatorium antituberculeux -190 rue des Pyrénées -6 passage des tourelles
	Saint-Denis	Dispensaire antituberculeux « Humanité » -31 boulevard Carnot
	Saint-Ouen	Œuvre privée : 9 rue de Toul Dispensaire antituberculeux 5 rue du Progrès

Jusqu'en 1913, le nombre des dispensaires antituberculeux est donc de 28 à Paris, 2 en banlieue et 13 répartis dans les autres départements métropolitains, soit un total de 43 établissements. Paris demeure ainsi la capitale des dispensaires antituberculeux avec un établissement par arrondissement sauf dans le deuxième et dans le quatrième. L'annuaire statistique de la France de l'année 1913 indique que la population de la municipalité de Paris compte en 1911 un nombre d'habitants de 2 833 331, alors que le total de la population française à la même date est de 39 602 258⁵⁰³ personnes. Ramené en pourcentage, Paris accueille dans ses murs 7,15% du total de la population française. Les parisiens économiquement les plus démunis vivent dans des conditions d'insalubrité propice à la diffusion de la tuberculose. Le déploiement d'un système prophylactique antituberculeux est encore à l'état embryonnaire jusqu'en 1914, preuve semble-t-il que les freins à son expansion aient été plus opérants que les forces qui ont poussé à son développement et notamment en matière de financement.

Après une quinzaine d'années de fonctionnement, le nombre peu élevé des dispensaires et de sanatoriums installés en France ne permet pas d'affirmer qu'une baisse de la mortalité tuberculeuse puisse être attribuée à la lutte contre cette maladie.

4.3 La mortalité tuberculeuse régresse mais reste une source d'inquiétude

Les annuaires statistiques de la France ne fournissent pas les données de la mortalité par tranches d'âge, par sexe et par maladie avant la Première Guerre mondiale. Toutefois, un document du Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT) établit en 1926 une série de statistiques et notamment les chiffres de la mortalité tuberculeuse dans les 20 arrondissements parisiens pour les années 1901 et 1913. Une représentation graphique de ces données montre que la mortalité tuberculeuse baisse dans tous les arrondissements parisiens entre 1901 et 1913.

⁵⁰³ *Annuaire statistique de la France, année 1913, Volume 33*, ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, Imprimerie Nationale, Paris, 1914.

4.3.1 Les arrondissements parisiens : une régression inégale

Les habitants de Paris les plus démunis, logeant dans des taudis, mal nourris, sont particulièrement vulnérables face à la contagion tuberculeuse et contribuent à la diffusion de la maladie dans leurs réseaux familiaux, amicaux, professionnels et par la voie des espaces publics.

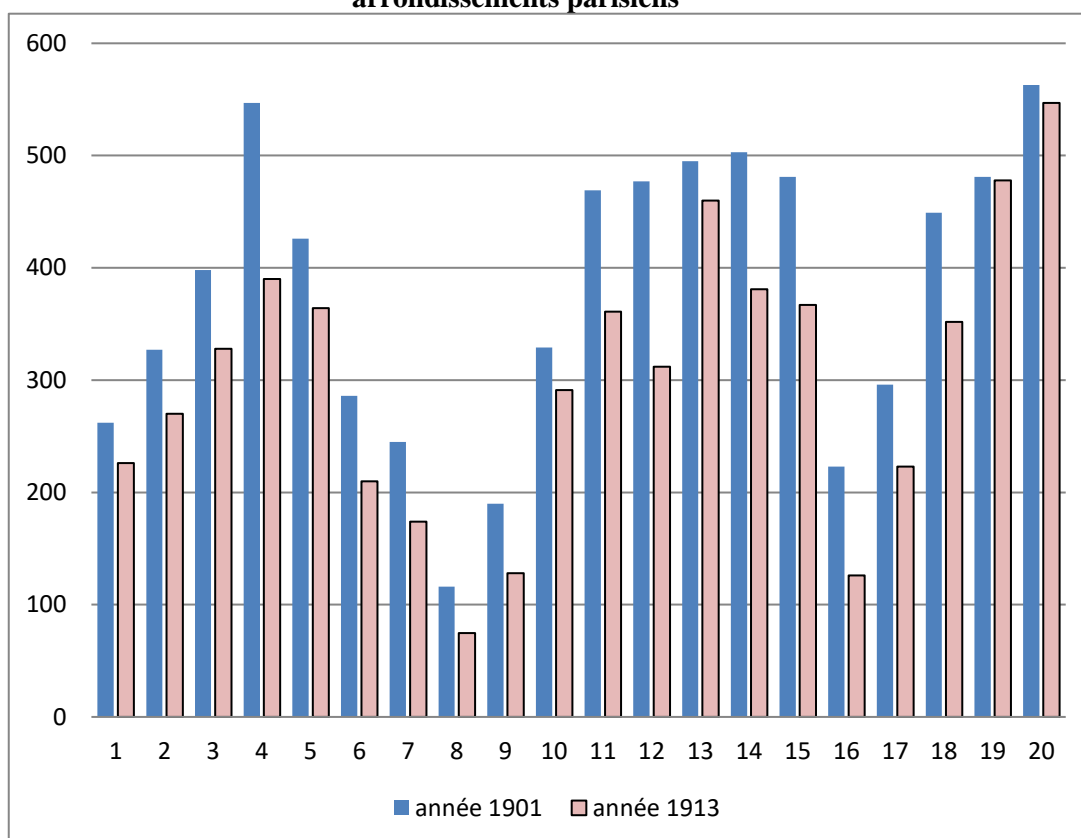
Figure 54-
Population recensée dans les arrondissements parisiens au 7/03/1926

Arrondissements parisiens	Population totale recensée	Taux de mortalité tubercul. pour 100000 habitants		% de variation
		année 1901	année 1913	
1 arr	46 373,00	262,00	226,00	-13,74
2 arr	47 817,00	327,00	270,00	-17,43
3 arr	74 389,00	398,00	328,00	-17,59
4 arr	86 832,00	547,00	390,00	-28,70
5 arr	126 468,00	426,00	364,00	-14,55
6 arr	100 523,00	286,00	210,00	-26,57
7 arr	110 684,00	245,00	174,00	-28,98
8 arr	92 027,00	116,00	74,70	-35,60
9 arr	106 894,00	190,00	128,00	-32,63
10 arr	138 364,00	329,00	291,00	-11,55
11 arr	223 821,00	469,00	361,00	-23,03
12 arr	153 493,00	477,00	312,00	-34,59
13 arr	155 907,00	495,00	460,00	-7,07
14 arr	171 385,00	503,00	381,00	-24,25
15 arr	232 329,00	481,00	367,00	-23,70
16 arr	167 618,00	223,00	126,00	-43,50
17 arr	218 823,00	296,00	223,00	-24,66
18 arr	278 892,00	449,00	352,00	-21,60
19 arr	158 358,00	481,00	478,00	-0,62
20 arr	186 392,00	563,00	547,00	-2,84
Total population	2 877 389,00			

Les 20 arrondissements de la capitale ne subissent pas tous les effets du BK en termes de mortalité de manière équivalente. La représentation graphique présente ci-dessous, la mortalité pour 100 000 habitants, pour chacun des 20 arrondissements parisiens en 1901 et en 1913. Le graphe est établi à partir des données chiffrées qui précèdent la représentation. Ces données sont issues du *Rapport du service de la statistique* publié en 1926 par le CNDT. La lecture de ce graphique montre que dans tous les arrondissements parisiens, la mortalité tuberculeuse est en baisse entre l'année 1901 et l'année 1913. Toutefois, si la baisse est importante pour certains arrondissements, elle est faible voire quasi nulle pour d'autres.

La baisse moyenne sur la population parisienne de la mortalité tuberculeuse enregistrée entre 1901 et 1913 est de 21,66% suivant les chiffres proposés dans le tableau précédent. La mortalité tuberculeuse par arrondissement recoupe exactement la carte du Paris populaire.

Figure 55-Mortalité tuberculeuse pour 100 000 habitants dans les 20 arrondissements parisiens ⁵⁰⁴



Les baisses les plus importantes sont enregistrées dans le XIV^e arrondissement (43.5% de baisse), les VIII^e et IX^e arrondissements (respectivement 35.6% et 32.63 % de baisse). Le XVII^e arrondissement dont la prophylaxie antituberculeuse est assurée par le dispensaire Lalance, comme le VIII^e arrondissement, voit la mortalité tuberculeuse baisser dans ce qui est la moyenne des diminutions enregistrées dans l'ensemble des arrondissements parisiens, soit 24%. Les baisses les moins sensibles sont notables dans le XIII^e et les XIX^e et XX^e arrondissements.

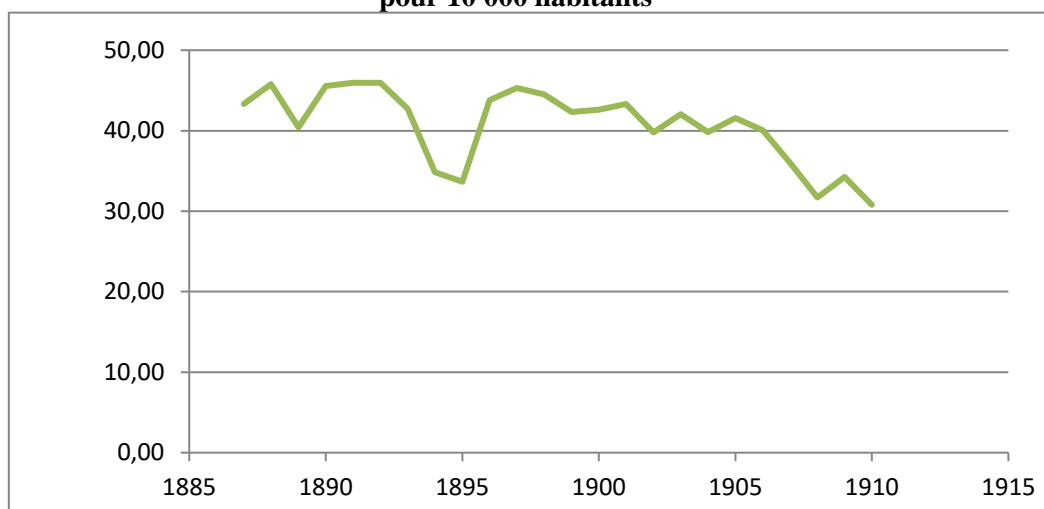
Ces baisses de mortalité tuberculeuse sont-elles enregistrées dans d'autres villes que Paris ? Auquel cas, a-t-on constaté une baisse généralisée de la mortalité tuberculeuse sur le territoire français ?

4.3.2 Lille et Lyon, des problématiques différentes

Les statistiques montrent en effet une régression régulière de la mortalité par tuberculose et bronchite chronique à Lille entre les années 1885-1910. Le nombre de morts diminue de façon significative et régulière à partir de 1903 comme l'indique les chiffres issus des statistiques de la Ligue antituberculeuse du département du Nord.

⁵⁰⁴Rapport du service de la statistique, année 1926, Comité National de Défense contre la Tuberculose, Imprimerie administrative, Melun, 1928, p. 80 d'après le tableau N.

Figure 56- Mortalité tuberculeuse et bronchite chronique à Lille entre 1885 et 1910 pour 10 000 habitants⁵⁰⁵



La représentation de la mortalité par tuberculose et bronchite chronique pour 10 000 habitants est explicite. Les statistiques établies au sujet des malades assistés par le dispensaire lillois Emile-Roux indiquent trois degrés de la maladie, qui correspondent aux états suivants :

« Premier degré : Maladie légère s'étendant au plus à un lobe ou à deux demi-lobes pulmonaires.

Deuxième degré : Maladie légère plus étendue qu'au premier degré, mais ne dépassant pas le volume de deux lobes pulmonaires ou maladie grave ne s'étendant pas au-delà du volume d'un lobe.

Troisième degré : Tous les états de maladie dépassant le deuxième degré⁵⁰⁶. »

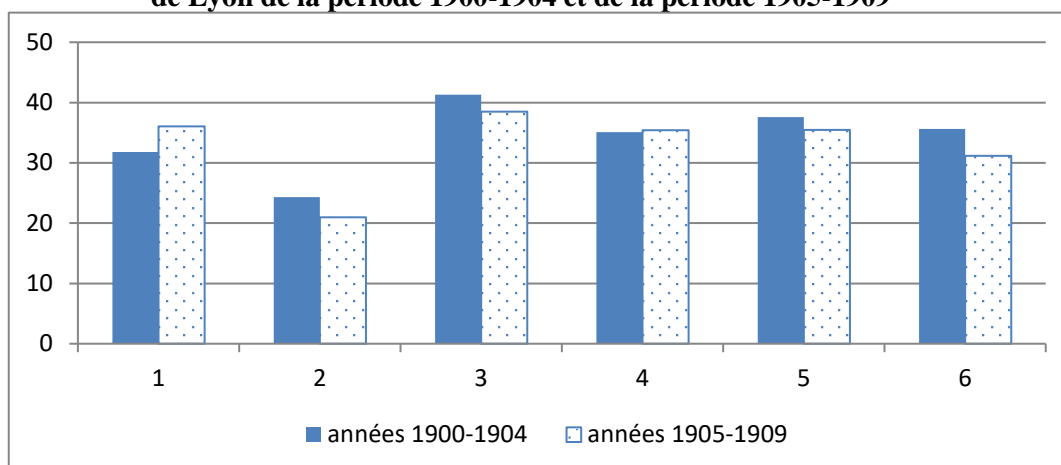
Le professeur Landouzy souligne l'effet bénéfique sur la mortalité dans les villes telles que Lille ou Lyon de la propagande et de l'influence éducative des dispensaires antituberculeux installés dans ces communes. Il indique les chiffres des statistiques du bureau municipal d'hygiène de Lille : avant 1901 on enregistre 1 000 à 1 100 décès par tuberculose par an, en 1907, 860 pour une population de 205 025 habitants, en 1911, 704 décès pour 217 807 habitants⁵⁰⁷. Les statistiques en provenance de la ville de Lyon qui dès l'année 1901 ouvre un dispensaire antituberculeux au service des populations indigentes sont plus difficilement analysables car elles sont moins harmonieuses d'un arrondissement à l'autre.

⁵⁰⁵Statistiques du département du Nord, établies par la Ligue du département du Nord, Boîte d'archives CNDT.DPT 50, Archives de l'Institut Pasteur de Paris.

⁵⁰⁶ Morin, docteur, président de la commission médicale de Leysin, *Rapport sur les sanatoriums de Leysin du 1^{er} mai 1903 au 30 avril 1904, Montreux, 1904*, p.4, archives de l'École de médecine de Paris, côte n°58641.

⁵⁰⁷Louis Landouzy, *Alliance d'hygiène sociale, Congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Éducation*, Imprimerie moderne, Agen, p.153.

Figure 57- Mortalité par tuberculose dans chacun des 6 arrondissements de la ville de Lyon de la période 1900-1904 et de la période 1905-1909 ⁵⁰⁸



Les statistiques des arrondissements lyonnais indiquent une légère régression de la mortalité tuberculeuse dans les II^e, III^e, V^e et VI^e arrondissements, alors que les chiffres sont en augmentation importante dans le 1^{er} arrondissement et en légère hausse dans le IV^e arrondissement.

« Il est bien évident que cette mainmise sur un certain nombre de tuberculeux ne peut avoir qu'une influence favorable sur leur état d'abord : l'éducation du malade, les conseils pour la direction de la cure, la désinfection des crachats, la désinfection du linge et sur la santé de leur entourage : la désinfection des logements en cours de la maladie et après décès, surveillance de la famille, placement des enfants, etc. Les dispensaires ne connaissent pas la moitié des décès par tuberculose de la ville. Quelle proportion de tuberculeux malades connaissent-ils ?⁵⁰⁹ »

Cette citation du professeur Landouzy montre que la difficulté est majeure quant à l'évaluation statistique de l'efficacité de l'activité des dispensaires dans les dix premières années de leur fonctionnement. D'autant que d'autres données viennent compliquer la tâche des analystes.

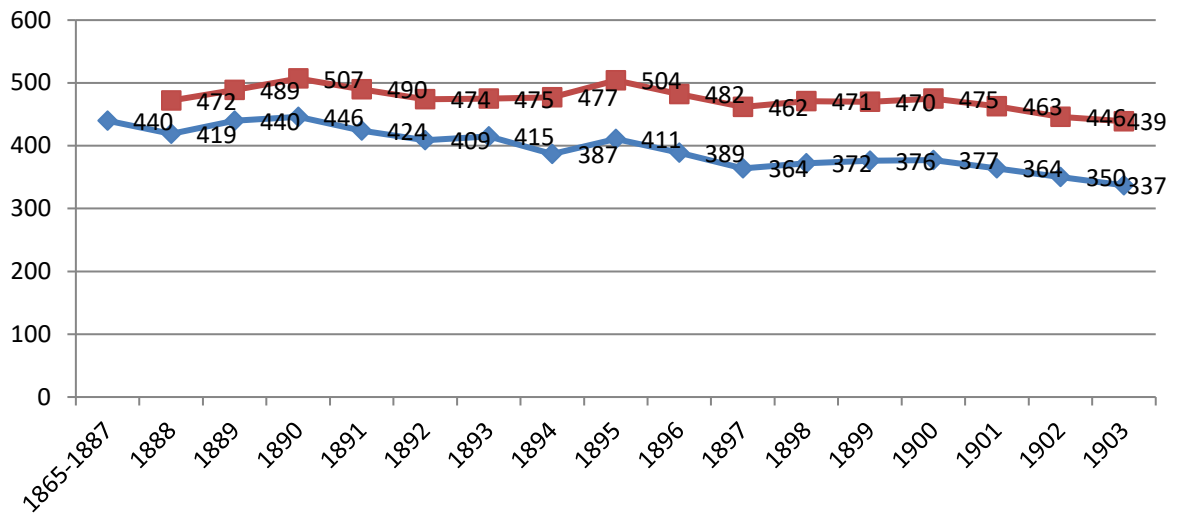
4.3.3 La baisse régulière de la mortalité tuberculeuse depuis la fin du XIX^e siècle

Le taux de mortalité tuberculeuse semble avoir régressé avant que l'action des premiers dispensaires ne soit probante. Ainsi, le nombre de morts pour 100 000 habitants pour la ville de Paris entre 1887 et 1903, baisse régulièrement, comme le montre le graphique ci-dessous dans lequel La courbe supérieure indique la mortalité toutes formes de tuberculoses confondues. La courbe inférieure est celle des chiffres de la mortalité de la tuberculose pulmonaire.

⁵⁰⁸Suzanne Delaye, Rôle des dispensaires, Etude spéciale pour le VI^e arrondissement, *Thèse présentée à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon*, Bosc Frères et M. Riou, 1935, p.49.

⁵⁰⁹ *Ibid.*, p.54.

Figure 58- Nombre de morts pour 100 000 habitants à Paris par tuberculose de 1887 à 1903⁵¹⁰



Les rapporteurs indiquent qu'excepté les pics de 1890 et 1895 liés à la grippe⁵¹¹ qui sévit ces années-là, la décroissance régulière de la mortalité tuberculeuse à Paris est constatée. Les membres de la Commission de lutte contre la tuberculose analysent cette régression mais ne l'attribuent pas aux mesures spécialement dirigées contre la tuberculose, trop récentes pour donner des résultats aussi immédiatement lisibles. Ils attribuent cette diminution aux mesures d'assainissement prises dans la ville de Paris, l'élargissement des voies et de façon plus générale, les actions menées en faveur de la lutte contre les taudis. Ces résultats sont constatés dans plusieurs grandes villes de France dans lesquelles des mesures d'hygiène ont été prises, comme à Lyon. Toutefois, le travail d'assainissement des villes est loin d'être terminé et les quartiers insalubres, foyers de contagion tuberculeuse sont encore nombreux suivant les relevés effectués par les municipalités secondées par les dispensaires, comme ce fut le cas à Paris, par exemple⁵¹². Les rapporteurs de la Commission de lutte contre la tuberculose évoquent également l'éducation en matière d'hygiène, reçue par la population depuis 1888. Une population éduquée est mieux à même de comprendre les règles d'hygiène, comme l'interdiction de cracher par terre qui semble mieux appliquée par une population mieux avertie, selon les membres de la Commission⁵¹³.

⁵¹⁰Recueil des travaux de la commission contre la tuberculose, T2 (1906-1907), Melun, p.162.

⁵¹¹Victor Turquan, « Statistiques des épidémies de grippe de 1890 et 1892 en France », *Journal de la société statistique de Paris*, tome 34, 1893, p.63. « D'après nos calculs, l'épidémie de grippe ou d'influenza qui semble avoir coïncidé avec l'aggravation de toutes autres maladies, paraît avoir enlevé 20 000 personnes pendant l'épidémie de 1889 et 40 000 pendant le commencement de l'épidémie de 1890. L'épidémie s'est abattue sur Paris, où la mortalité de décembre 1889 a été presque aussi considérable que celle de janvier 1890, puis sur les villes de province où le mois de janvier a été le plus éprouvé. Enfin, dans les campagnes, l'épidémie a exercé ses ravages de janvier à mars. »

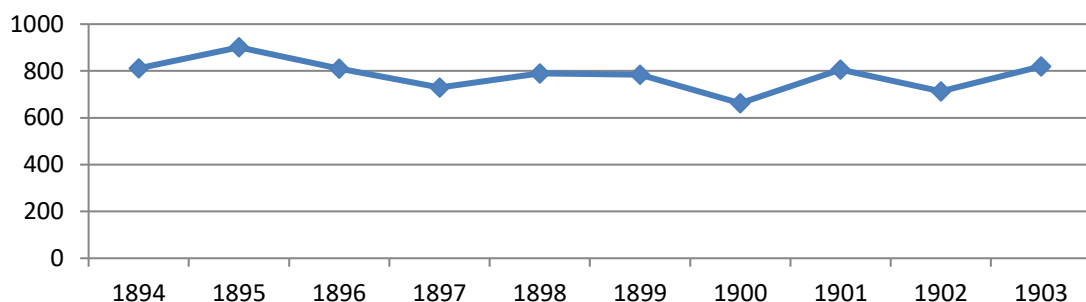
⁵¹²Alliance d'hygiène sociale, *Congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education*, Imprimerie moderne, Agen, p. 147.

⁵¹³« Gazette des Hôpitaux », *Hygiène et Tuberculose à l'usage des écoles et des familles*, Librairie générale de l'enseignement, Paris, 1903, p.11.

En conclusion, les membres de la Commission mettent en parallèle la baisse générale de la mortalité avec celle de la mortalité tuberculeuse à Paris. Six graphiques sont établis et montrent la décroissance régulière de la tuberculose dans la capitale. Le premier et le sixième de ces graphiques sont reproduits ci-dessus et retracent l'évolution du nombre de morts à Paris par tuberculose toutes formes confondues et par tuberculose pulmonaire entre 1887 et 1903. Le second graphique donne les chiffres des tuberculoses y compris les cas non formellement définis, le troisième indique les chiffres de la mortalité par bronchite chronique⁵¹⁴, le quatrième agrège les données de la tuberculose et de la bronchite chronique, le cinquième établit la courbe de la mortalité par pleurésie. Ces différentes études soulignent la difficulté rencontrée par les médecins à donner un diagnostic en matière de maladies pulmonaires⁵¹⁵. L'échelle utilisée pour la représentation graphique élaborée par la Commission, est graduée par pas de 10 sur l'axe des ordonnées qui indique le nombre de décès. La courbe prend ainsi une pente fortement descendante qui tend à démontrer une véritable chute de la mortalité tuberculeuse.

Une courbe reste inexpiquée par les analyses des statistiques, c'est la mortalité par tuberculose chez les enfants de 0 à 1 an dont voici une représentation ci-dessous. La mortalité des nourrissons est fluctuante mais ne régresse pas, contrairement aux observations effectuées pour l'ensemble de la population.

Figure 59- Mortalité par tuberculose, toutes formes confondues à Paris chez les enfants de 0 à 1 an, de 1894 à 1903⁵¹⁶.



Chez l'enfant de 0 à 4 ans, les statistiques montrent une fluctuation de la mortalité mais pas de régression réelle entre les années 1894 et 1903. Pourtant, l'hygiène en matière de puériculture a fait de grands progrès. La mortalité par diarrhées infantiles notamment est en nette diminution et la réceptivité à la tuberculose en a été diminuée.

Les dates indiquent que le mouvement de baisse de la mortalité tuberculeuse est amorcé, d'après les statistiques à partir de l'année 1887, avant même que les actions bénéfiques des dispensaires n'aient commencé à être opérantes puisque les premiers établissements ouvrent à partir de l'année 1901. Il est donc difficile d'évaluer avec certitude l'impact réel de la prophylaxie sur la mortalité tuberculeuse avant que n'éclate la Première Guerre mondiale.

⁵¹⁴ « La bronchite chronique est une inflammation des bronches, provoquant toux et crachats pendant au moins 3 mois par an depuis plus de deux ans. » site Internet <https://www.lesouffle.org> consulté le 12/12/2018.

⁵¹⁵ Confère : Paul André Rosental, *La silicose comme maladie professionnelle*, op.cit.

⁵¹⁶ *Recueil des travaux de la Commission contre la tuberculose*, tome deuxième (1905-1907), Melun, p.60.

En 1913, Léon Bourgeois dépose sur le bureau de la Chambre, un projet de loi en préparation depuis 1910 sur les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Pour la première fois, la tuberculose est l'objet d'un texte législatif. En février 1914, un nouveau débat est ouvert sur une proposition de loi pour la création des dispensaires⁵¹⁷. Le débat piétine malgré l'éloquence de Léon Bourgeois.

La tuberculose est une maladie infectieuse très contagieuse, non curable contrairement aux affirmations des autorités politiques et médicales d'avant-guerre. Il n'existe aucun médicament pour lutter contre le bacille de Koch. Toutefois, les maladies infectieuses non curables sont évitables. Eviter la propagation du BK est une affaire de responsabilité individuelle et collective. Le malade doit être éduqué pour protéger son entourage familiale, professionnel et lors de ses déplacements dans l'espace public. Des mesures prophylactiques de base sont prises par les services publics dans les locaux desquels balayages humides et poses de crachoirs constituent l'essentiel des actions effectivement menées. Ces mesures d'hygiène sont prises en charge par l'État et par les municipalités, ce qui annonce une amorce d'une réelle prise en compte des pouvoirs publics du problème et des solutions possibles à mettre en œuvre face à la contagion tuberculeuse. Dans le domaine privé, et sur le plan professionnel, les industriels refusent d'endosser la responsabilité de voir la tuberculose tomber dans le domaine des risques encourus par les salariés dans le cadre de l'exercice de leur activité, même si les statistiques semblent désigner certaines professions comme comportant de sérieux risques de fragiliser les ouvriers face à la contagion tuberculeuse. Mais les seuls chiffres ne constituent pas une preuve au regard de la loi. Les présomptions doivent être démontrées à partir d'analyses et d'expertises réalisées par des scientifiques et des spécialistes habilités par les tribunaux.

Les statistiques montrent que depuis la fin du XIX^e siècle, les chiffres de la mortalité tuberculeuse baissent régulièrement. Toutefois, une analyse plus fine semble souligner des disparités dans les arrondissements parisiens et lyonnais, par exemple. Les mouvements de population expliquent certainement ces phénomènes que ne prennent pas en compte les statistiques établies dans un contexte purement local.

⁵¹⁷Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, une politique pionnière en univers incertain*, Sciences-Po, Les Presses, 2015.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Chapitre 5

La guerre accroît les risques de contagion

Quelles sont les conséquences de la Grande Guerre sur l'installation des dispensaires antituberculeux ? Des modifications dans la conception même de ces établissements sont-elles remarquées ?

Les archives de l'Institut Pasteur de Paris et les archives départementales de Seine-et-Marne constituent une base d'éléments de réponse importante. Les archives de l'Institut Pasteur à Paris conservent les documents du Comité Nationale de Défense contre la Tuberculose (CNDT) pour lesquels de nombreux dossiers étayaient ce travail, particulièrement sur la correspondance pendant le conflit entre les dirigeants du CNDT, notamment les lettres envoyées et reçues par le président du Comité central Léon Bourgeois pendant cette période. Les archives de l'Institut Pasteur ont permis de constater l'évolution de l'installation de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans trois départements dont la Seine-et-Marne pour lequel les Archives départementales ont été fréquemment sollicitées pour la l'élaboration de ce chapitre.

Anne Rasmussen publie un article intitulé « A corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la guerre⁵¹⁸ » dans lequel elle explique que le bacille de la typhoïde identifié en 1879 et isolé en 1884 se transmet par le biais des eaux contaminées. Les soldats atteints restent indisponibles pour un long temps ce qui affaiblit les forces vives des troupes françaises. La stabilisation du front permet une vaccination anti typhoïdique systématique des militaires, rendue obligatoire par la loi Labbé promulguée en 1914. La typhoïde provoque au total 15 211 décès alors que sans vaccination ce nombre de décès aurait atteint plus d'un million de personnes⁵¹⁹.

Vincent Viet⁵²⁰ dans son livre intitulé *La santé en guerre 1914-1918, une politique pionnière en univers incertain* paru en 2015, développe un argumentaire autour de la tuberculose : « fléau social de guerre » et met évidence les causes sociales de la tuberculose que Justin Godart⁵²¹ décrit crument en illustrant la vie misérable des ouvriers au fond de leurs taudis, la condition désespérée des femmes, mères d'enfants malades et ouvrières exploitées. Les conditions d'une prophylaxie efficace visent à protéger tous les individus sains de la population et à les défendre contre les risques de contagion. Vincent Viet décrit la déroute du service de santé militaire français au début de la guerre. Les généraux commandant l'armée se désintéressent de l'organisation de ce service. La direction et la structure du service de santé des armées ne favorisent pas la fluidité de la circulation des informations. Une allocation irrationnelle des hommes et du matériel⁵²², contribue à la difficulté d'articuler une prévention efficace lors de l'incorporation des soldats.

⁵¹⁸Anne Rasmussen, « A corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la Grande Guerre », *Corps*, 2008/2, n°5, p.41-48.

⁵¹⁹Vincent Viet, *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e à nos jours*, coordination Franck Thénard Duvivier, Ellipses, Paris, 2012, p.71.

⁵²⁰ Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.64.

⁵²¹ *Ibid.*, p.520-537.

⁵²² *Ibid.*, p.84.

5.1 Le début de la guerre modifie les principes de la prophylaxie

La guerre éclate le 4 août 1914. La rapidité de la mobilisation et l'espoir d'un conflit de courte durée entraînent une insuffisance de l'examen médical préalable, faute du matériel indispensable à un diagnostic fiable de la tuberculose. Les médecins recruteurs ne disposent ni d'appareils radiologiques ni de microscopes pour l'examen de crachats infectés par le bacille de Koch.

5.1.1 Des tuberculeux semeurs de bacilles envoyés au combat

« La guerre vint. Elle nous trouva démunis d'instruments pour combattre la tuberculose comme tant d'autres armes nécessaires à notre défense. Il serait superflu de rappeler ici les conditions dans lesquelles se fit la mobilisation ; la levée en masse de tous les Français d'âge militaire et valides au moins en apparence, levée dont la rapidité était rendue nécessaire par le danger couru par la Patrie, imposa aux autorités des soucis plus urgents que de sélectionner avec rigueur les combattants. Combien de tuberculeux latents ou imminents, peu atteints ou simplement valeureux furent incorporés ? Nul ne le saura jamais. Ce qui est certain, c'est que bon nombre d'entre eux, après quelques mois de campagne, après les fatigues de la guerre de mouvement, après les intempéries, les privations et les souffrances des premiers temps de la vie de tranchées, virent leur état s'aggraver et durent être présentés aux Commissions de réforme. Dès le début de 1915, celles-ci furent amenées à reconnaître et à renvoyer dans leur foyer une foule de tuberculeux. Ces malheurs, par une interprétation abusive des règlements en vigueur, n'obtinrent que la réforme n°2 et retournaient ainsi chez eux sans conseils, sans aide, sans secours. En même temps qu'une véritable iniquité, cette situation créait un danger de fait, en dispersant à travers le pays et ses campagnes un nouvel et abondant contingent de tuberculeux, incapables de se soigner et ignorants de toute règle de prophylaxie, risquant ainsi de disséminer partout la contagion⁵²³. »

Les paroles de Léon Bernard lourdes de réalisme sont infirmées par Allyre Chassevant professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

« Je veux vous apporter maintenant quelques constatations que j'ai faites au cours de la guerre et que certains d'entre vous ont pu faire également : En 1914, au moment de la déclaration de guerre, l'armée ne comptait pas de tuberculeux, nos camarades de l'armée active avaient soigneusement fait la sélection et éliminé tous les tuberculeux et tous les suspects...

⁵²³ Léon Bernard, *Léon Bourgeois et la lutte contre la tuberculose*, Masson, Paris, 1926, p.13.

L'armée française de 1914 avait été bien sélectionnée par les médecins militaires de carrière. Il faut qu'on le sache⁵²⁴. »

Malgré les propos rassurants du professeur Chassevant entre le 4 août 1914 et le 31 octobre 1917, 81 500 tuberculeux ont été réformés n°2, c'est à dire sans aucun droit à une pension ou à un quelconque secours financier et 6 579 tuberculeux ont été réformés de type n°1, c'est-à-dire bénéficiant, d'une pension.

Figure 60- Nombre de réformés pour tuberculose ⁵²⁵

Périodes	Réforme n°2	Réforme n°1 Temporaires ou définitives
2 août 1914 au 31 octobre 1915	65 519	85 (?)
1 novembre 1915 au 29 février 1916	4 442	280
1 mars au 31 décembre 1916	3 068	1 405
1 janvier 1917 au 31 mai 1917	2 173	1 656
1 juin 1917 à la fin de la guerre	10 673	20 161
Totaux	85 875	23 583

En temps de guerre, les blessés devenus invalides ou mutilés du fait de la guerre ont droit à la solidarité nationale⁵²⁶. Mais la situation des soldats tuberculeux est plus complexe car les médecins ne parviennent pas toujours à définir clairement si la tuberculose est une maladie dite d'inoculation, c'est-à-dire contractée pendant le temps où le soldat est sous les drapeaux, ou une maladie dite d'éclosion, c'est-à-dire contractée avant l'incorporation du soldat⁵²⁷. Les médecins demeurent cependant seuls juges, mais le statut du soldat déclaré réformé n°1 en cas de tuberculose nommée d'inoculation, ou réformé n°2 si la tuberculose est qualifiée d'éclosion, est différent en termes d'indemnisation puisque le réformé n°2 n'a aucun droit en la matière. Il est renvoyé dans sa famille dénué de toutes ressources financières et bien souvent dans l'incapacité matérielle de se soigner.

Le 22 janvier 1914, André Honnorat⁵²⁸, député de la gauche radicale démocrate des Basses-Alpes, dépose à la Chambre des députés un amendement à la loi sur le recrutement de l'armée, tendant à introduire l'obligation de ne renvoyer dans leurs foyers les militaires réformés pour tuberculose, qu'après avoir assuré leur éducation antituberculeuse, afin d'éviter

⁵²⁴Chassevant, « Le comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919, p.363.

⁵²⁵Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.534.

⁵²⁶Anne Rasmussen, « Protéger la société en guerre : de l'assistance aux droits sur la Nation », *Revue de l'Histoire de la protection sociale*, 2016/1, N°9.

⁵²⁷Vincent. Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*

⁵²⁸André Honnorat (1868-1950) « est député des Basses-Alpes, du 24 avril 1910 au 31 mai 1914, dans le groupe des radicaux de gauche. Il est à nouveau élu député des Basses-Alpes du 16 novembre 1919 au 22 mars 1921 dans le groupe de la Gauche républicaine démocratique. Il est ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts du 20 janvier 1920 au 16 janvier 1921. Il est élu sénateur des Basses-Alpes de 1921 à 1938. André Honnorat travaille sur les questions relatives aux retraites ouvrières et paysannes, aux habitations ouvrières, à l'impôt sur le revenu, au fonds national de chômage, aux plans d'extension des villes, à l'institution de dispensaires d'hygiène sociale, aux dépenses militaires, à l'utilisation de l'énergie hydraulique. En 1925, après la mort de Léon Bourgeois, il devient président du CNDT. Il est l'un des promoteurs de la législation antituberculeuse en France. Il est à l'origine de la réforme concernant l'heure d'été et de la création de la Cité Universitaire de Paris. » In site Internet www2.assemblee-nationale.fr consulté le 12/12/2018.

la contagion de leurs proches⁵²⁹. Le 15 avril 1915, André Honnorat fait voter par la Chambre une résolution ayant pour objet le traitement des tuberculeux réformés. Les crédits votés en octobre par le parlement à l'initiative d'André Honnorat, s'élèvent à deux millions de francs pour l'assistance aux militaires réformés de type n°2 se trouvant dans l'impossibilité matérielle de financer les soins dont ils ont besoin. Ces crédits, d'un montant de 4 millions en 1916, permettent l'installation des stations sanitaires⁵³⁰. Le terme station sanitaire a été préféré à celui de sanatorium pour ne pas effrayer le public toujours terrorisé par la tuberculose. Pendant quelques mois au sein des stations sanitaires, sont assurées la cure et l'éducation des réformés avant leur retour dans leurs foyers.

Le 25 mars 1915, le professeur Louis Landouzy, doyen de la faculté de médecine de Paris, s'alarme devant la Commission permanente de préservation contre la tuberculose et signale qu'entre 1894 et 1902, sur un contingent de 4 millions d'hommes, l'administration militaire a rayé de ses listes 36 000 réformés ou morts pour raison de tuberculose. Or, la plupart des tuberculeux jadis réformés sont incorporés ou récupérés par la France en guerre. A ce compte, prévient le professeur Landouzy, l'armée pourrait bien dans les années à venir, déverser 50.000 tuberculeux sur le pays, libérant ainsi un formidable potentiel de contagiosité⁵³¹. Le professeur Landouzy déplore le renvoi à leur domicile des militaires tuberculeux réformés n°2. L'étude du cas du soldat Pierre Michaud, dont le dossier est conservé aux Archives Départementales de Seine-et-Marne⁵³², montre les difficultés à évaluer, avec précision, la période de contamination du soldat par le bacille de Koch :

« Avon le 7 juillet 1916

Je me suis engagé volontairement quelques mois avant la guerre (exactement le 3 Avril 1914). Appartenant à la classe 14, j'avais déjà passé le conseil de révision avec les camarades et avais été pris bon pour le service ; m'engageant, je dus subir une seconde visite plus sérieuse encore et le résultat fut le même... Le 6 août, j'entraï en campagne avec mon régiment. Nous fîmes des étapes de 50 kilomètres et je ne flanchai pas, je peux même dire que je mettais un certain amour propre à chanter plus fort que les autres parce qu'on m'appelait « le Bleu ».

Puis ce fut Charleroi, la retraite, souvent marcher, manger, pas toujours et dormir pas souvent, je tiens bon ; je marche en avant à nouveau et enfin l'arrêt dans l'Argonne aux premiers jours de l'automne. Le 28 je pris part à l'attaque de la côte 263 en m'en tirai indemne. Le 2 novembre nous prîmes position devant Granquois et toujours bien portant j'y restai jusqu'au 24 décembre date où j'eus les pieds gelés, ce fut le commencement de tous mes maux. Evacué à Toulon on crut pendant quelques jours qu'il allait

⁵²⁹ Site internet <http://www.pasteur.fr/infosci/archives>, consulté le 15 mars 2014.

⁵³⁰Pierre Darmon, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires », *Annales de démographie historique* n° 1, 2002.

⁵³¹Chambre des députés, n°800, session de 1915. Annexe au procès-verbal de la séance du 25 mars 1915. Proposition de résolution invitant le Gouvernement à assurer des soins aux militaires tuberculeux avant leur renvoi dans leurs foyers.

⁵³²Archives Départementales de Seine-et-Marne, boîte Xp 1096 : *Comité d'assistance aux militaires tuberculeux*.

falloir recourir à l'opération. Puis, d'un seul coup, ce fut la guérison, rapide, trop rapide peut-être. Deux mois après je marchais, seulement à dater de ce jour-là, je me suis affaibli peu à peu. Je rentrai au dépôt les premiers jours de Mars...Je repartis sur le front le premier mai 1915 en leur compagnie (de son frère et de son père) avec le 31^{ème}. Là je continuai à dépérir. Malgré cela, il m'en coûtait d'abandonner la partie et je tins bon quatre mois. Enfin en septembre n'en pouvant plus je dus à nouveau être évacué. Après un mois d'hôpital et deux mois de convalescence, je gagnai le dépôt ; j'essayais de m'employer comme instructeur de la classe17 (j'étais passé caporal au front) mais à la moindre fatigue, j'étais épuisé. Je passai donc le conseil de réforme le 4 avril dernier et l'on me réforma temporairement. On ne me donna pas d'autre diagnostic que TP2 sans droit (Tuberculose Pulmonaire m'a-t-on dit depuis) et je ne sus les conditions de ma réforme que quelques jours après quand on me donna mon livret pour partir alors que j'étais rayé des contrôles. Là seulement, je vis que j'étais réformé temporairement n°1, c'est-à-dire sans aucun secours et pis est pour maladie antérieure à l'incorporation...

Je dus donc rentrer ainsi, incapable d'aucun travail obligé de payer visite de médecin et pharmacie.

Pierre Michaud, rue de la République, Avon, Seine et Marne »

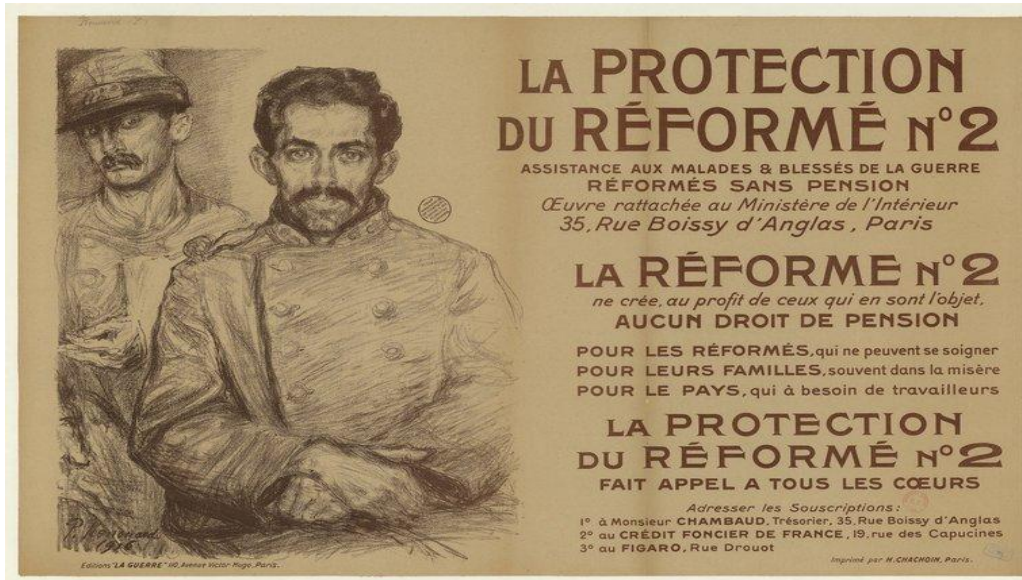
Les blessés de la tuberculose dont le nombre croit considérablement constituent une menace pour la France mais aussi pour les autres pays qui ont dépêché des troupes sur le champ de bataille. Les tuberculeux représentent entre 13% et 21% des réformés n° 2 ⁵³³. Afin de porter assistance aux malades et blessés de la guerre, réformés sans pension, une œuvre rattachée au ministère de l'Intérieur, la Protection du Réformé n°2, la PR2, est créée à une date difficile à préciser. La P.R.2 est active en 1916 comme le montrent les affiches et les courriers à entête de cette œuvre. Elle est présidée par Alexandre Millerand, député, ancien ministre de la Guerre. L'objectif de la PR2 est la collecte de fonds pour venir en aide aux militaires réformés sans ressources, ainsi qu'à leurs familles afin qu'ils puissent accéder aux soins indispensables pour éviter une contagion dans la population saine. Les fonds souscrits sont déposés par les donateurs au Crédit Foncier⁵³⁴. Les Comités d'assistance aux militaires tuberculeux sont financés par les collectivités publiques⁵³⁵ mais aussi par l'initiative privée comme en témoigne les deux affiches présentées ci-dessous.

⁵³³Lion Murard, Patrick Zylberman, « Les fondations indestructibles : la santé publique en France et la Fondation Rockefeller », *Médecine et Sciences* n°5, volume 18, mai 2002.

⁵³⁴Le Crédit foncier est créé en 1852 et finance la transformation des grandes villes, en particulier de Paris. Puis il effectue des prêts à l'Égypte avant de limiter son action aux municipalités et les prêts à des particuliers sur hypothèques. En 1885 il est sollicité par les pouvoirs publics pour financer la création des « écoles Jules-Ferry ». Site Internet www.fbf.fr consulté le 12/12/2018.

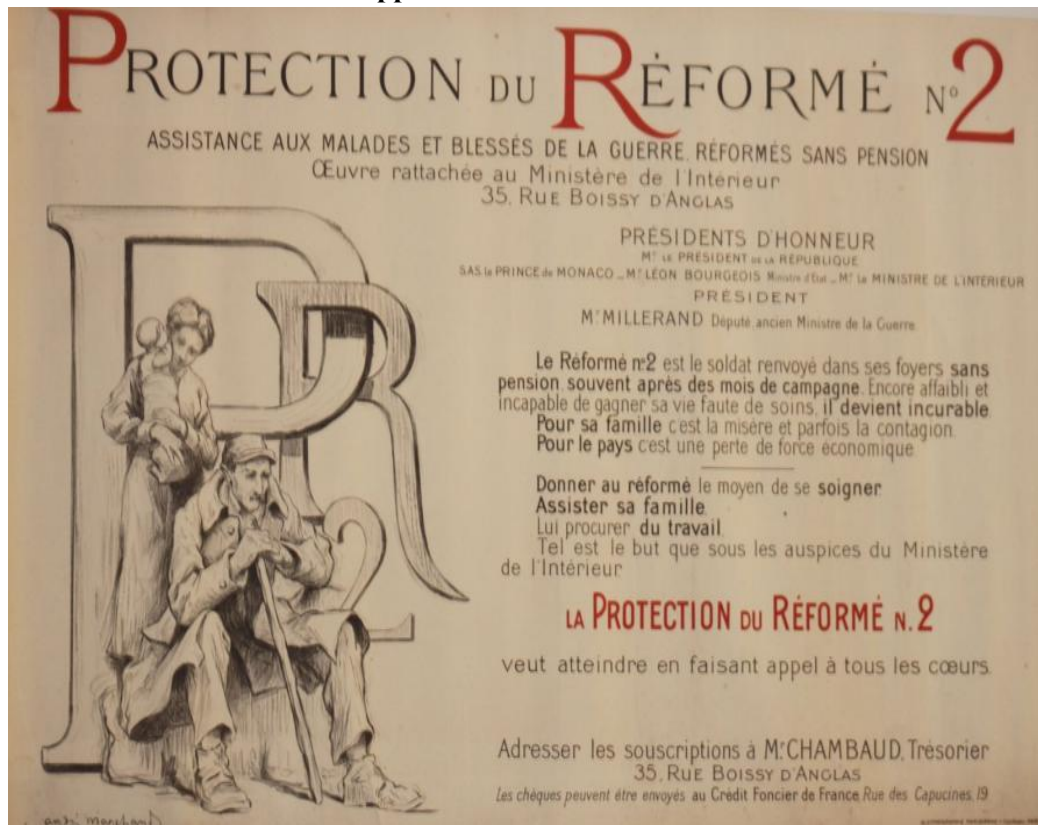
⁵³⁵Dominique Dessertine, Olivier Faure, *Combattre la tuberculose*, Presses Universitaires de Lyon, 1988, p.31.

Figures 61- Affiche plébiscitant les actions de la PR2⁵³⁶



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Affiche d'appel aux dons en faveur de la PR2 ⁵³⁷



Ces affiches sont des appels aux dons des particuliers afin de venir en aide aux soldats réformés sans pension. La précision concernant la tuberculose pour des soldats démobilisés n'est pas explicitement écrite dans ces affiches. Est-ce pour ne pas alerter la population sur les risques de contagion que font courir aux personnes saines, des tuberculeux laissés sans moyens financiers et donc dans

⁵³⁶ Source Gallica.fr Bibliothèque nationale de France, consulté le 17/10/2013.

⁵³⁷ Site internet Delorme et Collin du Bocage, www.parisencheres.com consulté le 17/10/2013.

l'incapacité de se soigner ? Le graphisme accentue la détresse de la situation de ces hommes et de leur famille. Le texte de la deuxième affiche souligne la descente aux enfers vers la misère que risque de causer le manque de soins aux soldats réformés sans ressources. L'affiche rappelle qui est le soldat réformé n°2 :

« Le réformé n°2 est le soldat renvoyé dans ses foyers sans pension souvent après des mois de campagne. Encore affaibli et incapable de gagner sa vie faute de soins, il devient incurable. Pour sa famille c'est la misère et parfois la contagion. »

Le fléau national que constitue la tuberculose tant pour la population militaire que civile explique que même si la guerre l'a interrompu durant quelques mois, le combat contre la tuberculose est réactivé en 1916. L'exemple américain donne une nouvelle force à la lutte antituberculeuse⁵³⁸.

Des associations d'aide aux mutilés apparaissent dès le début du conflit et proposent des services divers aux soldats revenus blessés⁵³⁹. Sur le plan de l'action publique, la circulaire du 21 mars 1916 du ministère du Travail crée les comités départementaux des mutilés et réformés de la guerre afin de venir en aide aux soldats revenus du front, blessés ou malades et aussi à leur famille. L'action des comités départementaux est pilotée par un comité national dont l'importance semble capitale pour coordonner les actions de lutte contre la tuberculose. Comment un tel comité est-il constitué ? Quels sont les membres qui acceptent d'assurer une telle responsabilité ?

5.1.2 Les comités d'assistance aux militaires tuberculeux en guerre contre le BK

La structuration de l'organisation antituberculeuse française est axée autour d'une unité centrale qui a pour vocation de coordonner l'action administrative et financière des unités départementales. Cet organe central connaît des évolutions comme le montre la chronologie suivante.

La Commission Permanente de Préservation Antituberculeuse est créée en 1903 et dès cette date elle est dirigée par Léon Bourgeois. Cette commission qui dépend du ministère de l'Intérieur a un rôle consultatif. Ses travaux sont répartis dans sept sous-commissions. Afin de faciliter les relations entre l'assemblée générale de l'Assistance Publique de Paris, la Commission Permanente de Préservation Antituberculeuse et le ministère de l'Intérieur, Léon Bourgeois est à l'initiative de la création d'une Commission mixte en 1904. Le premier juillet 1905, après plusieurs mois de travail, la Commission mixte remet ses conclusions à la Commission Permanente. Mais le rapport évoque les difficultés de l'action administrative pour la réalisation de ses conclusions. En réponse et afin de favoriser les conditions d'une entente véritable, la Commission Permanente charge les membres du corps médical d'arrêter un plan définitif permettant l'examen et la résolution des difficultés d'ordres techniques et professionnels. A ce titre, une sous-commission médicale est constituée. Elle est

⁵³⁸Yvonne Kniebiehler, « La lutte antituberculeuse, instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, op.cit., p.325.

⁵³⁹ Vincent Viet, *La santé en guerre*, op.cit. p. 376-377.

présidée par le professeur Grancher et compte dans ses rangs les meilleurs spécialistes de lutte contre la tuberculose tant sur le plan médical que politique⁵⁴⁰.

Le conflit éclate en 1914. Les soldats tuberculeux réformés sont renvoyés dans leur foyer sans soins médicaux, la contagion tuberculeuse redouble dans les villes et phénomène nouveau et inquiétant, dans les campagnes.

Le 16 avril 1916, afin de venir en aide aux soldats réformés pour tuberculose, la Commission Permanente de Préservation Antituberculeuse se transforme et devient le Comité National d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux (CNAMT). Le Comité National est présidé par Léon Bourgois et pilote les comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux présidés par les préfets. Le CNAMT est donc l'organe central d'une organisation dont les unités d'action sont géographiquement réparties par départements. Ainsi, l'assistance aux militaires tuberculeux est assurée par les comités départementaux, dont la structure juridique est totalement indépendante du Comité central et qui procurent aux victimes de la guerre les secours, les conseils et les soins nécessaires pour endiguer la propagation de la maladie et venir en aide aux tuberculeux. Ils exercent dans les familles des militaires revenus du front porteurs du bacille, une action hygiénique préservatrice.

Cependant dans un premier temps, les actions des comités départementaux restent marginales et ne concernent qu'un nombre encore insuffisant de soldats, certainement mal informés. Ainsi, le 20 juillet 1917 le président du Comité central d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux, adresse aux préfets une lettre circulaire⁵⁴¹ dans laquelle il rappelle que l'œuvre de prophylaxie dévolue aux comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux repose sur le signalement qui devrait être réalisé des cas de tuberculoses pulmonaires observés sur les soldats réformés. Or dans les faits, les comités départementaux déplorent de n'avoir à leur charge que très peu d'assistés malgré le grand nombre de militaires tuberculeux réformés retournés dans leur famille depuis le début de la guerre. Afin de remédier à cette situation, le Comité central propose des mesures correctives comme par exemple la distribution de tracts aux militaires exemptés ou réformés tuberculeux remis par les commissions de réforme, les conseils de révision, les commissions d'examen des réformés. Les tracts et les affiches font connaître l'existence des comités départementaux plébiscités, espère-t-on, par les maires, les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes, les instituteurs et par les sociétés de secours mutuels.

Mais ces mesures semblent dérisoires face au danger constitué par ces malades qui risquent de contaminer leur entourage dans les zones rurales notamment. En effet, les campagnes mieux préservées de la mortalité tuberculeuse avant le début des hostilités, sont devenues, comme les villes avant le conflit, vulnérables à la contagion puisque les soldats enrôlés puis réformés sont issus de tous les paysages. Cette constatation alarmante invite les autorités à réfléchir à la forme juridique la mieux adaptée aux besoins locaux en matière de lutte

⁵⁴⁰Ces personnalités sont des membres reconnus de la lutte antituberculeuse. Leurs noms sont souvent cités, Debove, Armaingaud, Bouchard, Calmette, Chantemesse, Duchâteu, Faisans, Keish, Kermogant, Landouzy, Lannelongue, Letulle, A-J Martin, Mignot, Peyrot, Robin, Roux, Auclair, Georges Bourgeois, Lesage, Savoie, Weill-Mantou, Strauss, Monod, George Mesureur.

⁵⁴¹Archives de l'Institut Pasteur, boîte CNDT 2, Chemises : *Comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux*.

antituberculeuse. Cette adaptation semble toutefois fortement liée aux situations locales préexistantes. Ainsi, le 26 mai 1916 le Comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine est constitué, sur instructions du ministre de l'Intérieur. Il est présidé par le sénateur Ranson. Les secrétaires généraux sont Léonie Chaptal et Léon Bernard. 21 sections parisiennes, une pour chaque arrondissement, et 24 sections de banlieue sont ainsi créées. Un accord entre le Comité départemental et la PR2 établit que les deux organisations présentent les mêmes délégués et les mêmes permanences. Cette coordination permet d'offrir de meilleures conditions aux réformés tuberculeux n°2⁵⁴².

Le département de la Seine a créé en 1916 le comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux composé des personnalités suivantes au 7 juin 1916 :

« M. Delaunay, préfet de la Seine, président d'honneur
M. Dausset, conseiller municipal
M. Sellier, conseiller général
M. Rousselle Henri, conseiller municipal, vice-président
M. Serout, trésorier, président de l'antituberculeuse de l'enseignement primaire
Melle Milliard⁵⁴³, directrice générale de l'association des infirmières-visiteuses de France, 56 rue de Vaugirard
M. Fuster, vice-président, professeur au Collège de France
Melle Chaptal, secrétaire générale, directrice de l'œuvre des tuberculeux adultes, 66 rue Vercingétorix
M. Léon Bernard, secrétaire général, médecin du dispensaire Léon Bourgeois
Docteur Heller, vice-président du conseil d'hygiène de Saint-Denis
Président, Ranson⁵⁴⁴, sénateur
A. Rendu, conseiller municipal
Eyrolle, directeur de l'école spéciale de travaux publics
Rateau, industriel
De Ribes Christophe, trésorier de la Chambre de commerce de Paris
Sehmeider, secrétaire général de la fondation Rotschild
Docteur Letulle, professeur à la faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine⁵⁴⁵. »

La plupart de ces personnalités sont des acteurs actifs et reconnus souvent au plan international de la lutte contre la tuberculose. Elles épaulent André Honnorat

⁵⁴²Léon Bernard, « Le comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine », *Revue d'hygiène et de police sanitaire* 1919, p.355.

⁵⁴³ « En 1919, l'École des infirmières visiteuses de France est reprise par le CNDT. Cette école est dirigée par Berthe Milliard. Berthe est une amie fidèle de la fille de Léon Bourgeois, décédée de tuberculose. » Evelyne Diebolt, Nicole Fouché, « Devenir infirmière en France : une histoire atlantique 1854-1938 », *Sciences humaines et sociales*, EPU, 2011.

⁵⁴⁴Auguste Ranson (1889-1940) « est sénateur de la Seine de 1907 à 1927. Il est inscrit dans le groupe de la gauche démocratique. Il est administrateur du bureau de bienfaisance, de la caisse des écoles et des crèches du XIV^e arrondissement de Paris, élu président au Conseil général de la Seine. Au Sénat, il est nommé membre de la commission d'études d'organisation de l'Assistance Publique, puis de la commission de l'hygiène, de l'assistance, de l'assurance et de la prévoyance sociales. » In site Internet <https://www.senat.fr> consulté le 12/12/2108.

⁵⁴⁵Archives de l'Institut Pasteur, boîte CNDT 2, chemise *Comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux*.

et Léon Bourgeois pour que soit enfin votée la loi pour la création des dispensaires antituberculeux.

Les comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux s'organisent dans l'Ain le 3 juin 1916, dans le Rhône le 11 juillet. Ces comités doivent se transformer en dispensaires, dès le lendemain de la guerre. Leur action est efficace, surtout quand elles associent des personnalités du monde industriel avec les spécialistes de la lutte contre la tuberculose. Ainsi, dans le département du Rhône, les industriels Joseph Gillet⁵⁴⁶ et André Martin travaillent en collaboration avec le professeur Jules Courmont⁵⁴⁷.

Dans le département de la Seine-et-Marne, le Comité Départemental d'Assistance aux tuberculeux de guerre inaugure l'action antituberculeuse le 30 juin 1916. L'activité du Comité s'oriente dans un premier temps vers la distribution de secours alimentaire. Il faut attendre les séances des 13 mars et 11 décembre 1918, puis celle du 12 février 1919 pour qu'un véritable programme de lutte contre la tuberculose soit envisagé, avec la création de dispensaires, d'hôpitaux d'isolement et d'un sanatorium⁵⁴⁸ dans le département de la Seine-et-Marne.

La loi Léon-Bourgeois qui instaure les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation tuberculeuse est publiée en avril 1916⁵⁴⁹.

Le Comité national centralise les aides, secours et dons pour les répartir entre les comités départementaux qui en 1917 ont assisté 9 019⁵⁵⁰ tuberculeux. Ce chiffre se monte à 23 681 en 1918, signe que les informations circulent et atteignent leur public de manière plus efficace en 1918 que l'année précédente. Cette même année 1918, le comité national alloue sur ses fonds propres 250 000 francs de subventions aux comités départementaux. Cette somme est partagée au prorata des militaires secourus. Des dons en nature sont distribués : 4 000 chemises, caleçons, chaussettes, chandails, couvertures, draps et lainages⁵⁵¹. Les secours reçus semblent toujours précieux dans un contexte de guerre. Toutefois, sont-ils bien adaptés aux besoins ressentis par les combattants sur le terrain ? Les soldats dans les tranchées sont confrontés à l'humidité. Le Comité national est lui-même subventionné de manière très hétérogène. Pour l'année 1918 le Comité encaisse 360 000 francs du ministère de la Guerre, 7 000 francs du gouvernement japonais, 42 000 francs du *Buffalo War Relief Committee for France and for Allies*, 43 000 francs de l'*American French Tuberculosis Fund*.

La Journée Nationale des Tuberculeux permet au Comité national d'enregistrer une recette de 2 000 000 francs sur lesquels 400 000 servent à payer des frais de fonctionnement, 800 000 francs sont destinés aux comités départementaux et 150 000 francs à subventionner la Protection du Réformé n°2.

⁵⁴⁶Joseph Gillet (1843-1925) est chimiste et dirige une affaire prospère de teinture sur soie dans le département du Rhône. In site Internet www.bm-lyon.fr, consulté le 12/12/2018.

⁵⁴⁷Dominique Dessertine, Olivier Faure, *Combattre la tuberculose, 1900-1940*, Presses Universitaires de Lyon, 1988, p.32.

⁵⁴⁸ Archives départementales de Seine-et-Marne, boîte n° XP 1099.

⁵⁴⁹A titre d'exemple, dans le département de Seine-et-Marne, le comité d'assistance aux militaires tuberculeux est transformé le 30 juin 1916 à la suite de la loi Léon-Bourgeois, et devient l'œuvre de Seine-et-Marne d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

⁵⁵⁰ Institut Pasteur de Paris Boîte d'archives CDNT 1.

⁵⁵¹ *Ibid.*

Figure 62-Médaille en carton distribuée aux donateurs de la Journée Nationale des tuberculeux ⁵⁵²



Sur le plan départemental, les situations sont diverses. La transition entre les comités départementaux qui suivant la loi Léon-Bourgeois devront être dissouts et les organismes nouveaux chargés de la lutte antituberculeuse au sein de la population entière, se fait de façon hétérogène suivant les départements.

Après la fin du conflit, le CNAMT est remplacé, le 22 décembre 1919 par le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT) qui est présidé dès sa création par Léon Bourgeois. En 1925, à la mort de ce dernier, André Honnorat devient le nouveau président du CNDT qui existe jusqu'en 1970. Le Comité National a été et reste après 1923 une œuvre privée. Il a reçu d'importantes subventions du ministère de la Guerre, du ministère de l'Intérieur, de l'Office national des mutilés qui poursuit son action pour l'assistance aux militaires tuberculeux⁵⁵³.

Cette analyse de l'évolution du Comité d'assistance aux militaires tuberculeux permet pour la suite du développement de ce travail de prendre ancrage sur les principaux rouages de la lutte contre la tuberculose avant, pendant et après la Première Guerre mondiale.

5.1.3 Des dispensaires créés pendant le conflit malgré la mobilisation des soignants

La plupart des médecins en âge d'être incorporés et qui travaillaient avant-guerre au service des dispensaires antituberculeux, sont affectés sous les drapeaux. L'activité de nombreux dispensaires est donc suspendue.

Cependant, quelques dispensaires pour ouvrières de guerre sont ouverts pendant la Première Guerre mondiale. Parallèlement, les surintendantes

⁵⁵²La journée nationale des tuberculeux est organisée par le Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Voici d'un exemplaire d'une médaille cartonnée, trouvée sur une brocante en Seine-et-Marne à l'été 2017.

⁵⁵³Archives De l'Institut Pasteur de Paris, carton CNDT 3.

d'usines, infirmières recrutées et formées pour encadrer les femmes au travail, mettent en place des services sociaux dans les usines de guerre employant des femmes. Une école des surintendantes d'usine est créée le 1^{er} mai 1917⁵⁵⁴ à Paris par l'association des surintendantes d'usines et de services sociaux. Les surintendantes ont pour mission de veiller à la santé au travail et sont placées dans les usines d'État et dans les industries privées. Dix ans après la fondation de l'école, en 1928, 156 diplômés de surintendantes ont été attribués, ce nombre passe à un peu plus de 210 dix ans plus tard⁵⁵⁵.

« Recrutées avec un diplôme d'infirmière, les élèves surintendantes complétaient leur savoir médical initial par des cours d'hygiène industrielle et de toxicologie. Elles suivaient une formation juridique qui les préparait à l'application de la législation du travail. Elles faisaient l'apprentissage du travail administratif : tenue de fichiers, construction de statistiques⁵⁵⁶. »

Si la fonction de surintendantes d'usine est définie en fonction des besoins occasionnés par le travail des femmes dans les usines pendant la guerre, les questions d'hygiène et de prophylaxie restent d'actualité après la fin du conflit. Les surintendantes peuvent être affectées à la direction de service social et entretenir des rapports suivis avec le service médical, notamment dans le cadre de la lutte contre les fléaux sociaux et particulièrement dans le dépistage de la tuberculose. Elles peuvent effectuer des visites dans la famille des ouvriers afin de leur apporter des conseils⁵⁵⁷. La fonction de surintendante d'usine est à ce titre, vivement critiquée par certains auteurs qui redoutent de voir les entreprises françaises se mettre au diapason des méthodes américaines. Le fordisme et le taylorisme font l'objet d'écrits polémiques et les intendantes d'usines sont soupçonnées de surveiller les ouvriers de manière insidieuse, jusqu'au sein de leur domicile, au profit d'un système capitaliste « *rapace servit par un patronat avide de renseignements concernant les ouvriers et les ouvrières embauchés dans leurs usines*⁵⁵⁸. » Mais la fonction est aussi activement plébiscitée notamment dans le *Bulletin des usines de guerre* qui décrit la surintendante comme un soutien moral, une conseillère, une amie de l'ouvrière, dont l'action a une influence bénéfique dans la lutte contre la tuberculose, l'alcoolisme, la dépopulation et la débauche⁵⁵⁹.

⁵⁵⁴ Georges Garipuy, *L'hygiène sociale en Seine-et-Marne*, Office National d'hygiène sociale, Imprimerie Charles Botton, 1927, p.59.

⁵⁵⁵ Catherine Omnès, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *Connaissance de l'emploi*, op.cit.

Anne Fourcault, « Femmes à l'usine en France dans l'entre-deux-guerres », *Revue Belge de Philologie et d'Histoire*, 1986.

⁵⁵⁶ Catherine Omnès, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel ? », *Connaissance de l'emploi*, op.cit.

⁵⁵⁷ *Assemblée Générale du 21 février 1928, Association des surintendantes d'usines et de services sociaux*, Paris 14^e, p.2. Mais le rôle de la surintendante d'usine est très large puisque ses fonctions touchent également à l'embauche, la santé morale, la protection de la femme enceinte, de l'enfant, la prévoyance et la mutualité, les loisirs et l'information des salariés.

⁵⁵⁸ André Philip, *La révolution prolétarienne, Le problème ouvrier aux États-Unis*, Alcan, Paris, 1925.

⁵⁵⁹ *Bulletin des usines de guerre*, 21/05/1917, Gallica.bnf.fr/Service historique de la Défense.

Les surintendantes d'usine ont-elles contribué à la création de dispensaires antituberculeux au sein des entreprises pendant la Première Guerre mondiale ? Une étude plus approfondie de cette question permettrait d'y apporter une réponse. Des dispensaires pour ouvrières de guerre sont créés afin de dépister et de conseiller les femmes qui travaillent dans les usines à la place des hommes mobilisés au combat, dans un domaine beaucoup plus restreint que celui dévolu aux surintendantes d'usine.

« Certaines ouvrières entrent à l'usine, porteuses de bacilles de Koch ; le développement de la tuberculose dans leur entourage se trouve favorisé par le surmenage, la fatigue, l'aération insuffisante, enfin, par l'alimentation défectueuse. Il n'existe malheureusement avant l'entrée à l'usine aucun examen médical, aucune visite d'incorporation. Aucune sélection qui permette :

- 1° d'éliminer les ouvrières présentant une tuberculose ouverte⁵⁶⁰
- 2° de mettre en observation les ouvrières suspectes de tuberculose
- 3° de donner aux ouvrières susceptibles d'être contaminées par la tuberculose à l'usine, des emplois en rapport avec leur constitution physique⁵⁶¹. »

Les médecins des dispensaires pour ouvrières de guerre sont chargés de donner des consultations de toutes natures, mais cherchent surtout à dépister la tuberculose et les affections vénériennes.

« Créés d'abord pour assurer le maintien de la main-d'œuvre dans les usines et pour éviter que les ouvriers ne quittent le travail en dehors des raisons de santé, les 20 dispensaires répartis dans le département de la Seine se sont montrés des organismes de prophylaxie des plus utiles. Aussi, pour agir sur tout le personnel employé dans les usines de guerre, 10 dispensaires féminins ont été installés par la suite⁵⁶². »

Sieur et Marchoux sont à l'origine de ces dispensaires inaugurés le 1^{er} octobre 1916 pour la population féminine des usines de guerre. L'heure d'ouverture de ces établissements est fixée entre 17 heures et 19 heures, après les horaires de travail pour permettre au plus grand nombre de venir aux consultations. Mieux encore, à Saint-Denis, la fermeture des dispensaires est fixée à 20 heures. Le dispensaire des ouvrières de guerre de la circonscription de Saint-Denis a permis de dépister et de soigner de façon précoce des maladies vénériennes, des affections génitales et utérines et des manifestations ouvertes ou fermées de

⁵⁶⁰Pierre Darmon, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux, Hôpitaux et stations sanitaires », *Annales de démographie historique*, 2002/1, n°103, p.35-50. « En l'absence de bacilles, une lésion tuberculeuse est dite « fermée », « cicatrisée » ou « non évolutive » Une tuberculose est dite ouverte lorsque le malade libère des bacilles.

⁵⁶¹Sieur, médecin inspecteur général, Marchoux, professeur à l'Institut Pasteur, « Dispensaires pour usines de guerre », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919, p.383.

⁵⁶²*Ibid.*

tuberculose. 10 762 consultations ont été données en 1917 et 9 718 en 1918, révélant les pathologies suivantes :

	1917	1918 ⁵⁶³
Anémies pré-tuberculeuses	722	636
Manifestations tuberculeuses	182	154

Dans le département de la Seine, 10 dispensaires pour ouvrières sont installés. D'autre part, avec l'accord de son directeur, le Comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine a pu adresser ses malades vers des hôpitaux et des dispensaires de l'Assistance Publique. Les dispensaires de l'Œuvre de tuberculeux adultes et le dispensaire Siegfried-Robin⁵⁶⁴ ont été ouverts aux assistés du Comité départemental qui ont aussi été reçus dans le dispensaire Rockefeller du XIX^e arrondissement fondé par les américains pour donner un modèle urbain d'établissement de prophylaxie antituberculeuse, et dans les dispensaires privés des XIII^e, XV^e et XX^e arrondissements de Paris.

« Pour la banlieue, 25 consultations médicales sont organisées au total, dont 7 dans des dispensaires municipaux, 6 dans les dispensaires ouverts ou rouverts avec l'aide du Comité⁵⁶⁵. »

11 340 réformés atteints de tuberculose pulmonaire ont bénéficié de cette organisation. Au 31 décembre 1918, 4 544 réformés sont encore à la charge du Comité. L'assistance du Comité outre les soins médicaux et la surveillance de la visiteuse d'hygiène, assure l'assistance à domicile. Il fournit les médicaments grâce au concours de l'Assistance Publique qui lui a permis d'utiliser l'organisation de ses pharmacies et de ses dispensaires. Le Comité assure les fonctions d'un dispensaire antituberculeux. Du matériel de prophylaxie est distribué aux malades et à leurs familles par les infirmières visiteuses. Il donne des bons de lait et de viande crue. Pour les tuberculeux dont l'état permet une cure sanatoriale, le Comité dispose des stations sanitaires⁵⁶⁶.

Le début du conflit a sévèrement freiné le mouvement de création des dispensaires antituberculeux. Dans l'urgence, le plus important est de soigner. Le temps manque pour les actions prophylactiques. Pourtant, la nomination en juillet 1915 de Justin Godart à la direction du service de santé militaire permet une meilleure approche de la lutte contre les maladies infectieuses. « Le microbe n'est ni civil ni militaire » déclare Justin Godart qui trois mois après son entrée en fonction fait de la prophylaxie contre les fléaux sociaux une priorité aussi

⁵⁶³ *Ibid.*

⁵⁶⁴Le dispensaire Siegfried-Robin est créé par Jacques Siegfried, industriel et frère de Jules Siegfried et par le professeur de médecine Albert Robin. « En 1910, Nicole Mangin-Girard représente la France au Congrès international de Vienne au côté du professeur de médecine Albert Robin dont elle intègre le dispensaire antituberculeux à l'hôpital Beaujon. ». Site Internet www.souvenirfrancais-issy.com consacré à Nicole Mangin-Girard, consulté le 13/12/2018.

⁵⁶⁵Sieur, médecin inspecteur général, Marchoux, professeur à l'Institut Pasteurs, « Dispensaires pour usines de guerre », *Revue d'hygiène et de police sanitaire, op.cit.*, p.356.

⁵⁶⁶Léon Bernard, Le comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine, *op.cit.*, p.362.

importante que les soins donnés aux blessés⁵⁶⁷. Des médecins spécialistes en épidémiologie et en bactériologie sont affectés à la prophylaxie des casernes, des cantonnements, des camps militaires⁵⁶⁸. Chaque armée est dotée d'un laboratoire de bactériologie. Justin Godart, dont l'épouse décède jeune de la tuberculose le laissant veuf avec ses deux enfants, œuvre pour l'instauration de mesures d'hygiène au sein de l'armée. Ainsi, le concept du dispensaire murit, s'enrichit de la diversité des pratiques exercées dans des établissements installés depuis parfois plus d'une dizaine d'années et par les pratiques médicales de guerre. L'organisation des laboratoires régionaux de bactériologie pour la lutte contre la tuberculose est traitée pendant le conflit par les instances militaires mais également par des organisations privées au service de l'hygiène publique du ministère de l'Intérieur⁵⁶⁹. C'est toutefois le législateur qui va apporter une pierre décisive à la construction prophylactique antituberculeuse. Le projet de loi instituant les dispensaires d'hygiène sociale était fréquemment porté devant le Parlement depuis 1910.

5.2 La loi Léon-Bourgeois promeut en 1916 le dispensaire d'hygiène sociale et préservation antituberculeuse

André Honnorat fournit un rapport à la chambre au nom des commissions de l'hygiène publique le 29 février 1916. Le travail des rapporteurs est considérable et le travail d'André Honnorat d'une qualité exceptionnel⁵⁷⁰. La loi⁵⁷¹ est votée le 15 avril 1916. La circulaire d'application⁵⁷² date du 31 juillet 1917. La loi énonce dans ses premières lignes que les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, nom désormais officiel des dispensaires antituberculeux aux compétences élargies, sont chargés de l'éducation antituberculeuse et de donner des consignes de prophylaxie et d'hygiène. Les dispensaires antituberculeux, connaissent ainsi officiellement une extension de leur qualification. La vocation de préservation antituberculeuse est clairement mentionnée, même si la nomination de préservation antituberculeuse figure en deuxième partie du titre donné aux dispensaires qui voient en outre leurs actions s'étendre dans le domaine de l'hygiène sociale. Comment doit-on comprendre l'appellation d'hygiène sociale ? A l'Exposition Universelle de 1889⁵⁷³, l'hygiène sociale est représentée dans le cadre de l'Economie sociale, sous la présidence du docteur Jules Rochard⁵⁷⁴ qui définit l'hygiène comme l'art de conserver la santé. Casimir Périer (1847-1907), fonde l'Alliance d'Hygiène Sociale le 15 juin 1904. Cette alliance, dont le président est Léon Bourgeois à partir de 1907 et

⁵⁶⁷Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.96.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ *Ibid.*, p. 109.

⁵⁷⁰O. Faure, D. Dessertine, *Combattre la tuberculose*, Presse Universitaire de Lyon, 1988, p.37.

⁵⁷¹ *Journal Officiel* n° 108 du 18 avril 1916.

⁵⁷² Administration communale et départementale, *Bulletin officiel annoté de tous les ministères*, n°8, août 1917, p. 290-304.

⁵⁷³Laure Godineau, « L'économie sociale à l'Exposition universelle de 1889 », *Le Mouvement social*, n° 149, octobre-décembre 1989, p. 71-89. Laure Godineau souligne dans ses travaux la volonté des dirigeants de la Troisième République de donner l'image d'une république saine au travers de l'Exposition universelle de 1889. Toutefois, l'Economie sociale reste traitée de manière aseptisée dans la crainte de voir s'infiltrer dans le secteur de l'Economie sociale, le socialisme ou le collectivisme.

⁵⁷⁴Le docteur Jules Brochard est l'auteur d'un traité d'hygiène publique et privée paru en 1897. <http://www.biusante.parisdescartes.fr/> consulté en mars 2013.

jusqu'à sa mort en 1925, regroupe notamment des sociétés antituberculeuses, comme l'Œuvre de protection de l'enfance contre la tuberculose fondée en 1903 par le docteur Grancher et des ligues antialcooliques.

« Aucune tâche ne paraît plus urgente : lutter contre les maladies sociales, la tuberculose, l'alcoolisme, les maladies de l'enfance, d'autres encore qui épuisent notre peuple et compromettent l'avenir de la nation...L'alliance d'Hygiène Sociale est née de cette idée : son objet propre est de coordonner des efforts et parfois contradictoires, en faisant reconnaître la nécessité d'oublier les dissidences pour organiser avec le plus de méthode et d'ensemble la lutte contre les maladies populaires⁵⁷⁵. »

L'Alliance a pour objectif la lutte contre l'alcoolisme, la pornographie et pour la propreté des rues et l'hygiène alimentaire⁵⁷⁶. « L'hygiène sociale s'efforce de prévenir les maladies non contagieuses ou contagieuses, *non épidémique, qui en raison de leur durée ont un retentissement social important et à cause de cela sont dites maladies sociales*⁵⁷⁷. » Cette définition s'applique à la tuberculose qui se développe lentement dans les organismes malades et contagieux pendant plusieurs mois ou plusieurs années et qui sévit particulièrement dans les milieux malsains comme les taudis urbains existants encore au début du XX^e siècle.

5.2.1 La loi décrit les acteurs et le fonctionnement du dispensaire

La circulaire relative à l'application de la loi Léon-Bourgeois est signée du ministre de l'Intérieur M. Malvy. Il s'adresse aux préfets, chargés de l'application des lois et qui se doivent notamment de faciliter la création de ces organisations. Le ministre propose que les dispensaires distribuent soins et médicaments à tous en bonne entente avec les services locaux ou spéciaux d'assistance ainsi qu'avec les services d'hygiène en matière de désinfection. Le décret stipule clairement que les dispensaires ne doivent pas gêner les intérêts professionnels et légitimes des médecins et des pharmaciens. Les nombreux débats soulevés par l'installation des dispensaires ont bien été entendus par le législateur, informé, semble-t-il des travaux et des conclusions de la Commission permanente de lutte contre la tuberculose. Mais aucune directive ne vient modifier la situation antérieure à la loi, les dispensaires continuent de s'adapter aux situations locales et notamment à l'hostilité des médecins, toujours très virulents à leur rencontre dans certains départements.

La loi décrit sommairement les actions que doivent mener les dispensaires. Elle résume succinctement les mesures prises par les dispensaires existants avant 1916, essentiellement en termes d'éducation, de consignes prophylactiques mais aussi de direction des malades vers un établissement de soins adaptés à leur situation médicale. La désinfection du linge, du matériel et des locaux constitue

⁵⁷⁵ Alliance d'Hygiène sociale, *Annales n°1 bis*, mars 1905, « Le congrès d'Arras », Librairie de la Mutualité, 1904, p.10-11.

⁵⁷⁶ J.B. Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale*, 1997, p.119.

⁵⁷⁷ René Deguiral, docteur, « Hygiène sociale, principes, méthodes, organisation », *Population*, année 1954, Volume 9, numéro 3, p 553-554.

une activité importante incombant aux dispensaires dont la mission est synthétisée dans le décret d'application de la loi qui souligne que le dispensaire n'héberge pas les malades, mais qu'il doit organiser l'assistance dans les locaux du dispensaire, l'assistance à domicile et la désinfection.

L'article 5 de la loi est consacré au personnel du dispensaire, nommé par le conseil d'administration de cet établissement. Il comprend, un ou plusieurs médecins, dont le niveau de qualification en matière de tuberculose n'est précisé ni dans le texte de loi, ni dans la circulaire d'application. La circulaire adjoint au médecin un ou plusieurs auxiliaires suivant l'importance du dispensaire.

La circulaire indique formellement qu'un examen bactériologique des crachats est absolument indispensable et devra être fait au dispensaire, cet examen est pratiqué avec un microscope dont l'usage est jugé indispensable. Aucune mention n'est faite d'appareillage aux rayons X. La circulaire souligne en outre que le personnel médical doit assurer le suivi de la famille des malades. Ces missions du dispensaire ne rassurent pas les médecins libéraux qui ne manqueront pas de sentir leur échapper les familles des tuberculeux suivies par le personnel du dispensaire.

La circulaire appuie sur le rôle majeur du dispensaire en matière de conseils d'hygiène. Elle précise en outre que tous les malades indigents ou non, pourront recevoir des crachoirs et du liquide antiseptique, dont on leur indiquera l'usage et l'utilité. La phase de visite des malades au dispensaire est prolongée par un suivi des malades et de leur famille au domicile du tuberculeux. L'assistance à domicile est assurée par un personnel spécialisé, de préférence des infirmières visiteuses, que la loi qualifie d'infirmiers ou d'infirmières d'hygiène. Cette nouvelle catégorie de personnel semble faire son apparition dans le texte de la loi Léon-Bourgeois. La loi prévoit la nomination d'un ou plusieurs enquêteurs, moniteurs et monitrices chargés des enquêtes et qui ont mission de diffuser une l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade. Si la fonction semble bien décrite, en revanche, le nom donné à ceux ou à celles qui la remplissent n'est pas fixé. Le rôle du moniteur est de renseigner le médecin. Au dispensaire d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse, travaillent donc une infirmière chargée de vérifier l'application des consignes médicales et un enquêteur dépisteur de nouveaux foyers de tuberculose. Tels sont les acteurs qui viendront au domicile des malades, observer, ficher, contrôler et rendre des comptes au médecin du dispensaire.

Le personnel du dispensaire est nommé par un conseil d'administration L'article 4 de la loi liste les membres de ce conseil d'administration :

« Article 4 – Un conseil d'administration est chargé de la gestion d'un ou de plusieurs dispensaires. Le conseil d'administration comprend :

- 1° Un membre choisi par le préfet sur une liste établie par le conseil général ;
- 2° Un membre désigné par le conseil général ;
- 3° Un membre désigné par les conseils municipaux qui participent au fonctionnement du dispensaire ;
- 4° Un membre désigné par le conseil départemental d'hygiène ;
- 5° Un membre désigné par le comité de patronat des habitations à bon marché s'il en existe un dans la circonscription du dispensaire ;
- 6° Un des médecins chargés de l'assistance médicale gratuite et désigné par le

préfet ;

7° Un représentant des syndicats médicaux de la circonscription du dispensaire ;

8° Le directeur du bureau d'hygiène s'il en existe un dans la commune ;

9° Un instituteur ou une institutrice désignée par le préfet sur la proposition de l'inspecteur d'académie ;

10° Un délégué des sociétés de secours mutuels qui utilisent pour leurs membres en vertu d'un contrat, les services du dispensaire ;

11° Un délégué des œuvres de bienfaisance qui utilisent en vertu d'un contrat, les services du dispensaire.

Un membre du conseil d'administration est chargé des fonctions d'administrateur délégué⁵⁷⁸. »

Le ministre Louis Malvy relève dans la circulaire, la difficile tâche qui consiste à désigner le représentant des conseils municipaux puisque le conseil d'administration est potentiellement chargé de la gestion de plusieurs dispensaires, situés dans des municipalités différentes. Le choix devra le plus souvent se porter sur un membre du conseil municipal de la commune où siège le dispensaire.

Les locaux minima du dispensaire sont décrits avec une grande précision dans le décret d'application de la loi Léon-Bourgeois, notamment la buanderie munie d'une étuve de désinfection. La description est conforme aux locaux préconisés par le professeur Albert Calmette pour le dispensaire Emile-Roux de Lille, ouvert en 1901. L'organisation matérielle ne réclame pas d'installations vastes ni onéreuses. Une salle d'attente, deux petits cabinets de déshabillage, un cabinet de consultation, une petite pièce pour l'enquêteur, une petite pièce bien éclairée pour le laboratoire et une petite pièce servant de magasin pour les ustensiles et produits hygiéniques. La description mentionne des petites pièces afin de souligner les besoins relativement restreints et la simplicité de fonctionnement des dispensaires.

Le dispensaire issu de la loi Léon-Bourgeois se voit donc chargé de missions plus larges que celles développées par les dispensaires antituberculeux. Derrière cette directive d'extension de la tâche des dispensaires, la volonté de rentabiliser les installations prophylactiques se profile-t-elle ? En effet, le financement de la politique d'hygiène sociale demeure au centre de la problématique qui oscille toujours en 1916 entre un devoir public doublé d'une aide privée.

Le texte de loi développe principalement le fonctionnement et le financement des dispensaires publics, c'est-à-dire ceux qui ont été créés ou qui seront créés par les communes, les départements ou les établissements publics.

5.2.2 Les dispensaires peuvent adopter plusieurs formes juridiques

Le mode de financement des dispensaires génère la formation de trois types d'établissements : les dispensaires publics, les dispensaires mutualistes et les dispensaires privés. La loi indique les modalités de création et de financement des dispensaires publics constitués en établissements publics dont

⁵⁷⁸ *Journal officiel du mardi 18 avril 1916*, Article 4 de la loi instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

l'autorisation de fonctionner est fournie par le préfet qui assure un contrôle permanent sur l'administration du dispensaire. Cet établissement public doit assurer des soins gratuits pour les malades privés de ressources comme le précise l'article premier de la loi Léon-Bourgeois :

« Pourront être institués dans les conditions prévues par la présente loi, des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, de donner des consignes de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans des hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, etc... 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 des malades.

Des dispensaires organiseront pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments⁵⁷⁹. »

La loi montre que l'hygiène constitue l'élément fondamentale de la prophylaxie et particulièrement la désinfection des locaux et du linge des malades contaminés par une maladie infectieuse. Or rares sont les dispensaires antituberculeux ouverts en France avant la Première Guerre mondiale qui comptent dans leur équipement une blanchisserie. A ce titre, le dispensaire dirigé par Léonie Chaptal dans le quartier de Plaisance à Paris et le dispensaire antituberculeux Emile-Roux dirigé à Lille par Albert Calmette font œuvre d'exemplarité.

Les dépenses concernant les dispensaires sont classées en deux catégories ; les dépenses extraordinaires comprennent les frais de première installation, puis par la suite, les frais d'agrandissement. Les dépenses ordinaires comprennent les charges de fonctionnement courantes du dispensaire, locations, frais d'assistance aux personnes privées de ressources, honoraires de médecins, salaires du personnel, acquisition des matériels, achats des médicaments des désinfectants et pansements divers. Les dépenses ordinaires, comptabilisées sur une année, regroupent également les intérêts et les amortissements des emprunts. Le financement de ces dépenses est assuré par les cotisations des particuliers, les participations des groupements intéressés, des communes, des départements et de l'État sous forme de dons, legs, subventions et emprunts.

Les SSM (sociétés de secours mutuels) et les unions de SSM peuvent créer des dispensaires, administrés par elles-mêmes, dont l'action peut être étendue aux personnes qui ne font pas partie des SSM. Dans ce cas la société doit demander un agrément préfectoral. Le dispensaire mutualiste conserve tous les avantages prévus par la loi du 1^{er} avril 1898 et peut donc recevoir des subventions communales, départementales, des établissements publics et de l'État, auquel cas, il doit adjoindre au bureau chargé de l'administrer, un représentant du bureau d'assistance local et le directeur du bureau de l'hygiène. Les associations de bienfaisance qui créent un dispensaire et qui en étendent les

⁵⁷⁹ *Journal officiel du mardi 18 avril 1916*, Article 1 de la loi instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

actions à la lutte contre la tuberculose, peuvent fonctionner, après accord du Conseil général et des Conseils municipaux des communes compris dans la circonscription du dispensaire et une autorisation préfectorale. Leur conseil d'administration est constitué suivant les mêmes modalités que celui des dispensaires publics.

Au Congrès de l'Alliance d'Hygiène sociale de 1920, M. Grau, président du comité de l'AHS de l'Aube considère que la loi Léon-Bourgeois favorise surtout les dispensaires publics dont le fonctionnement est analogue à celui des Offices d'habitation à bon marché⁵⁸⁰. Lors de la Conférence internationale contre la tuberculose qui se tient cette même année 1920 à Paris, Armand Guillon, membre du conseil de direction du Comité national de défense contre la tuberculose, directeur de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine conforte l'opinion émise par M. Grau avec l'argumentation suivante :

« Mais tandis que les dispensaires départementaux, communaux ou dépendants d'un établissement public, ainsi que les dispensaires mutualistes ou privés, confondent leur existence juridique avec celle de la collectivité créatrice, les avantages de la personnalité civile et d'une administration autonome sont reconnus aux dispensaires institués par décret sous la forme de dispensaires publics. Ceux-ci bénéficient, comme les dispensaires dépendants directement des services publics, pour leur établissement et pour leur fonctionnement, des ressources provenant des budgets de l'État, des départements et des communes. Les subventions de cet ordre restent, au contraire facultatives pour les dispensaires mutualistes ou privés⁵⁸¹. »

La loi stipule que la création de dispensaires publics peut être rendue obligatoire par décret lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès sur le territoire d'une ou plusieurs communes dépasse la moyenne de la mortalité constatée par tuberculose en France. La commune ou les communes intéressées, le département et l'État doivent alors participer aux frais de premiers établissements. Dans le délai d'un mois à dater de la publication du décret rendant obligatoire la création d'un dispensaire, les Conseils municipaux sont mis en demeure de procéder aux opérations imposées et, en cas de refus ou d'absence de délibération pendant le délai de trois mois, il est pourvu d'office par arrêté préfectoral. Toutefois, la circulaire notifie que le dépassement des décès constatés dans une commune devra faire l'objet à une enquête sommaire avant que ne soit déclenchée l'obligation de création d'un dispensaire. L'application de ces dispositions n'aura lieu que trois ans après la promulgation de la loi. Aucun dispensaire ne pourra donc être institué obligatoirement qu'après le 17 avril 1919. Cette phrase conclut la circulaire d'application à la loi Léon-Bourgeois.

La création obligatoire de dispensaires, dans des conditions encadrées par la loi, semble renforcer la volonté du législateur de doter le territoire national de moyens de prophylaxie antituberculeuse, seuls capables d'endiguer l'épidémie et la mortalité, particulièrement élevée en France. Toutefois, les dates

⁵⁸⁰ *Alliance d'Hygiène Sociale, Congrès de Mulhouse*, Imprimerie Moderne, Agen, 1920, p.113.

⁵⁸¹ Armand Guillon, *Conférence Internationale contre la tuberculose*, Paris Octobre 1920, Masson et Cie, 1921, p.132-133.

invoquées laissent encore un long temps d'action morbide au bacille de Koch. Léon Bourgeois tient à ce que ne soient pas dissociés l'action des pouvoirs publics et le concours de l'initiative privée⁵⁸². La loi Léon-Bourgeois permet de réaliser une convergence des actions des collectivités publiques et des organismes privés que constituent les associations dont le but est la lutte contre la tuberculose, les SSM, les unions de SSM et les sociétés de bienfaisance, par le biais de la création de dispensaires antituberculeux et de leur financement, partagé dans certains cas, entre des fonds publics et des fonds privés, sous contrôle de l'administration préfectorale, garante de l'utilisation des subventions publiques et d'un fonctionnement réglementaire et efficace des dispensaires.

Est-ce sous l'impulsion de Léon Bourgeois que le Congrès mutualiste de Nantes de 1904 prend une résolution pour mettre fin à l'exclusion des malades contagieux des SSM ? Les premiers établissements antituberculeux mutualistes sont créés dans la première décennie du XX^e siècle. Il s'agit de sanatorium comme par exemple le sanatorium pour les instituteurs tuberculeux ouvert en 1906 à Sainte-Feyre dans la Creuse. L'action des dispensaires mutualistes n'est pas uniquement centrée dans la lutte contre la tuberculose, elle intègre également d'autres types d'actions comme des soins dentaires, des soins ophtalmologiques, des consultations pédiatriques, gynécologiques ou de médecine générale. C'est le cas notamment du dispensaire antituberculeux de la rue du commandant Lamy fondé à Paris en 1902 par une SSM enseignante⁵⁸³.

5.2.3 Les sources de financement des dispensaires

5.2.3.1 Des jeux pour financer l'installation de dispensaires

Le Pari Mutuel a subventionné l'installation de nombreux dispensaires antituberculeux dès 1900 comme en témoigne l'historique de cet organisme dont la création date de la fin du XIX^e siècle. Les conclusions des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose soulignent dans les années 1910 que les commissions du Pari Mutuel et des jeux ont toujours accueilli avec bienveillance les demandes de subventions relatives aux sanatoriums, aux dispensaires et aux colonies de vacances. Ainsi, le docteur Robin, médecin-chef du dispensaire de Beaujon reconnaît avoir obtenu sans difficulté des fonds du Pari Mutuel⁵⁸⁴. Qu'entend-on par Pari Mutuel, comment cette organisation est-elle née et comment fonctionne-t-elle ?

La loi du 2 juin 1891 a pour sujet le Pari Mutuel Urbain (PMU). Elle légalise les paris sur les courses de chevaux. Les parieurs jouent les uns contre les autres et se partagent les gains, c'est le principe de la mutualisation des gains, après que des prélèvements dont les pourcentages définis par la loi aient été effectués au profit des institutions de courses et de l'État. Seules sont autorisées les courses

⁵⁸²Pierre Guillaume, *Du désespoir au salut des tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, op.cit., p.193.
Confère Marie-Claude Blais, *La solidarité, Histoire d'une idée*, Bibliothèque des idées, Editions Gallimard, 2007.

⁵⁸³Charlotte Siney-Lange, « L'avant-gardisme médicosocial mutualiste : retour sur une page blanche de l'histoire de la Mutualité (1850-1945) », *Vie sociale*, 2014/3 (n°7), p.77-94.

⁵⁸⁴ *Recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, quatrième tome (1911-1913)*, Melun, Imprimerie administrative, 1917, p. 153.

de chevaux ayant pour but exclusif l'amélioration de la race chevaline⁵⁸⁵. Ainsi, la loi du 2 juin 1891, élève à la hauteur d'un acte légal l'activité du PMU et le protège dans le cadre des sources d'un revenu public⁵⁸⁶. La loi stipule que l'autorisation de l'organisation des jeux est soumise à un prélèvement fixe en faveur des œuvres locales de bienfaisance et de l'élevage. Le décret du 7 juillet 1891, renforcé par le décret du 24 novembre 1896, fixe à 7% le prélèvement du Pari Mutuel ; 2% en faveur des œuvres locales de bienfaisance, 1% en faveur de l'élevage et 4% pour les frais de gestion de cette organisation. En 1901, d'après Ambroise Rendu, conseiller municipal de Paris, les champs de courses du département de la Seine ont rapporté 4 519 139 Frs⁵⁸⁷. En 1891 à 1901, les 2% affectés aux œuvres locales ont produit pour le département de la Seine environ 34 millions de francs. Les paris sur les courses de chevaux ont été encadrés par une loi afin de tenter de canaliser une source d'activités lucratives pratiquées dans des milieux souvent difficilement contrôlables par les autorités publiques. Les parieurs issus de tous les milieux sociaux, se trouvent toutefois en grande partie dans les couches laborieuses. Prélever un pourcentage sur le montant des paris pour abonder les fonds de la bienfaisance a vraisemblablement été considéré comme un reversement normal du PMU aux œuvres de santé publique. En effet, nombre de personnes mal loties financièrement, jouent attirées par un gain possible et dépensent dans les paris des sommes qui ne sont pas dirigées vers les caisses des SSM par exemple, sans souci donc de se prémunir contre des accidents ou des maladies comme la tuberculose.

Les principes généraux d'affectation des subventions des fonds provenant du Pari Mutuel sont détaillés par le secrétariat général de la commission de répartition des fonds du Pari Mutuel, bureau qui dépend du ministère de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales. Une note envoyée aux préfets en 1921 stipule que les subventions sont allouées aux œuvres qui exercent leur bienfaisance gratuitement ou moyennant une rétribution très modique. Les subventions provenant du Pari Mutuel sont exclusivement destinées à concourir aux dépenses extraordinaires d'acquisition, de construction, d'agrandissement, d'amélioration ou d'aménagement des bâtiments affectés à l'installation des services. Ce choix de financer les frais d'installation permet de ne pas créer la dépendance financière que produirait le financement des dépenses de fonctionnement, à renouveler chaque année. Les demandes chiffrées doivent être transmises par l'intermédiaire du préfet du département où l'œuvre a établi son siège⁵⁸⁸. La notion de dépenses extraordinaires est liée à la création complète d'un établissement autonome, c'est-à-dire ne dépendant pas d'un hôpital ou d'un hospice. Ainsi, par exemple, l'hôpital-hospice de la Ferté-sous-Jouarre situé dans le département de Seine-et-Marne, a demandé en 1929, par l'intermédiaire du préfet de Melun, une subvention pour la création d'un dispensaire cantonal d'hygiène sociale. La réponse de la commission de

⁵⁸⁵ <http://www.senat.fr>, consulté le 23 juin 2005.

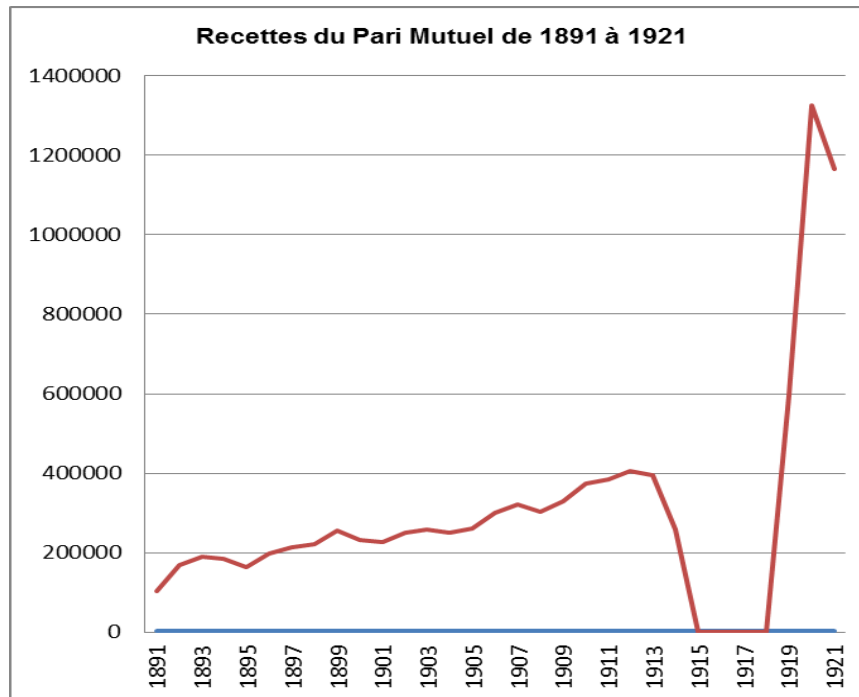
⁵⁸⁶ Edouard Clunet, (1845-1922), *Les associations au point de vue historique et juridique*, Tome 1, 1909, p. 136.

⁵⁸⁷ *Ibid.*

⁵⁸⁸ Archives départementales de Seine-et-Marne, boîte Xp1462 *Création d'un office départemental d'hygiène sociale*.

répartition des fonds provenant du Pari Mutuel est négative⁵⁸⁹. Toutefois, la commission propose que la demande soit effectuée pour obtenir une subvention sur les fonds provenant de la taxe des cercles affectés à la lutte contre la tuberculose. Une taxe est donc prélevée également sur les cercles de jeux afin d'abonder les fonds destinés à la prophylaxie antituberculeuse. Voici l'évolution des recettes du Pari Mutuel de sa création en 1891 jusqu'en 1921.

Figure 63- Evolution des recettes du Pari Mutuel entre les années 1891 et 1921 ⁵⁹⁰



Il n'a pas eu de courses de chevaux pendant les années 1915, 1916, 1917 et 1918. L'évolution des recettes du Pari Mutuel est régulière avec une accélération très nette dans les années après-guerre. Les subventions potentiellement disponibles pour les organismes de bienfaisances, dont les dispensaires antituberculeux, connaissent une évolution parallèle puisque le montant de ces subventions est calculé en pourcentage des recettes totales.

5.2.3.2 Les financements prévus par la loi Léon-Bourgeois

La tuberculose est curable proclament les autorités politiques et médicales afin de calmer les peurs de contagion et pour inciter les donateurs à la générosité qui permet d'abonder les fonds alloués à la prophylaxie antituberculeuse, au risque sciemment assumé de divulguer de fausses informations vers des familles meurtries par la guerre et par la maladie. *Il ne manque que l'argent* indique cette affiche de la journée nationale des tuberculeux

⁵⁸⁹Archives départementales de Seine-et-Marne, Boîte XP1099, lettre du ministère du Travail de l'Hygiène de l'Assistance et de la prévoyance sociales, Secrétariat général de la Commission de répartition des Fonds provenant du Pari Mutuel, adressée au Préfet de Melun le 24 mai 1929.

⁵⁹⁰Annuaire statistique, Quarantième volume 1924, ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, Paris, 1926, tableau VIII, p. 136.

organisée par le comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux en 1917.

Figure 64- Affiche publiée pour la journée nationale des tuberculeux en 1917⁵⁹¹

. GUERRE 1914 - 1917 .

JOURNÉE NATIONALE DES TUBERCULEUX

ORGANISÉE PAR LE COMITÉ CENTRAL D'ASSISTANCE AUX ANCIENS MILITAIRES TUBERCULEUX.
avec le concours et sous le patronage du COMITÉ DU SECOURS NATIONAL.

La grande Guerre a achevé de révéler à la France le terrible danger que lui fait courir la Tuberculose, fléau social.
Frappés par la "maladie de poitrine" des milliers de nos meilleurs combattants ont dû être retirés des lignes du front, tombés eux aussi pour la Patrie.

POUR EUX NOUS TENDONS LA MAIN

Bien plus durable, que la plus terrible des blessures, le mal qui frappe aux poumons nos soldats, en fait aussi des mutilés, mais des mutilés qui peuvent guérir, si nous le voulons.

La Tuberculose est curable :

Pour sauver ces blessés de la Tuberculose, les soins qui leur sont donnés successivement, par les Services Sanitaires de l'Armée et par les stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur, créés sur l'initiative du Parlement, ne peuvent suffire.
Le Comité Central et les Comités départementaux d'assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux prennent en charge, au moment du retour, dans leur foyer, cette catégorie spéciale de victimes de la guerre, parmi lesquelles les pères de famille sont très nombreux. Nous les adoptons, avec leur femme et leurs enfants, qu'il faut préserver de la contagion.

**AIDEZ-NOUS A SAUVER LES TUBERCULEUX RÉFORMÉS.
AIDEZ-NOUS A PRÉSERVER LEUR FAMILLE CONTRE LA CONTAGION
ET, AINSI, A VOUS PRÉSERVER VOUS-MÊMES.
AIDEZ-NOUS A ASSURER UN FOYER ET A DONNER DU TRAVAIL
AUX RÉFORMÉS "RESCAPÉS DE LA TUBERCULOSE".**

Trop débilés, pendant leur maladie, pour subvenir à leurs propres besoins, dépourvus d'un travail approprié à leurs forces, quand ils sont guéris, ils attendent, de nos Comités, aide et protection.
Leur santé commande le retour à la terre : "les réimplanter, aux champs, avec leur famille" restée saine, c'est reconstituer une "réserve de forces" pour l'avenir du Pays, c'est sauver la race.
Pour conserver tant d'existences utiles à la Patrie,

Il ne manque que de l'argent

Donnez, vous qui aimez vos frères d'armes, vous qui avez souffert dans les vôtres, des maux cruels de cette guerre que nos ennemis ont faite impitoyable ;
Donnez aussi, vous tous qui redoutez la contagion, pour vos enfants, pour les êtres qui vous sont chers : nous vous préserverons d'autant mieux contre la tuberculose que vous nous aurez plus abondamment fourni les moyens d'isoler, de soigner, et de guérir nos malheureux fileuls de guerre, malades de la poitrine ;
Et vous, enfin, les heureux de ce monde, qui n'avez pas encore souffert, vous qui n'avez pas encore eu à pleurer.

Donnez !

Vous tous qui croyez en la France immortelle.

Donnez !

L'assistance aux anciens militaires, réformés pour tuberculose, s'exerce sur toute l'étendue du territoire français, par des Comités départementaux d'assistance et par un Comité central dont le siège est à Paris, ayant pour mission essentielle de seconder les Comités départementaux, dans leur tâche et de leur fournir de nouvelles ressources.

LE COMITÉ CENTRAL D'ASSISTANCE AUX ANCIENS MILITAIRES TUBERCULEUX

est placé sous le haut patronage de :

M. RAYMOND POINCARÉ, Président de la République,

Et la Présidence d'honneur de :

<p>MM.</p> <p>Antonin DUBOST, Président du Sénat</p> <p>Paul DESCHANEL, Président de la Chambre des Députés</p> <p>Le Général ROQUES, Ministre de la guerre</p> <p>L'Amiral LACAZE, Ministre de la Marine</p> <p>MALVY, Ministre de l'Intérieur</p> <p>PAINLEVÉ, Ministre de l'Instruction Publique</p> <p>MÉLINE, Ministre de l'Agriculture</p> <p>MÉTIN, Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale</p> <p>Justin GODART, Sous-secrétaire d'Etat au Ser^{ts} de Santé et à l'Assistance</p> <p>S. E. le Cardinal AMETTE, Archevêque de Paris</p> <p>M. M. COUVE, Président de l'Union catholique des Eglises réformées de Paris</p> <p>Alfred LÉVY, Grand Rabbín de France</p> <p>MITHOUARD, Président du Conseil Municipal de Paris</p> <p>PARIS, Président du Conseil Général de la Seine</p>	<p style="text-align: center;">CONSEIL DE DIRECTION</p> <p style="text-align: center;">Président :</p> <p>MM. Léon BOURGEOIS.</p> <p style="text-align: center;">Vice-Présidents :</p> <p>MM. J. SIEGFRIED</p> <p>Le Professeur L. LANDOUZY.</p> <p>Le Dr. PEYROT.</p> <p>André HONNORAT.</p> <p>HEBRARD de VILLENEUVE.</p> <p>FUSTER.</p> <p style="text-align: center;">Secrétaire Général :</p> <p>M. le Professeur Maurice LETULLE.</p> <p style="text-align: center;">Secrétaire Général Adjoint :</p> <p>M. le Docteur Léon BERNARD.</p> <p style="text-align: center;">Délégués :</p> <p>MM. le Dr. KUSSI.</p> <p>le Dr. Henri LABBÉ.</p> <p>MABILLEAU.</p> <p style="text-align: center;">Trésorier :</p> <p>M. Ernest MALLET.</p> <p style="text-align: center;">Trésorier Adjoint :</p> <p>M. Georges FERAY.</p>	<p style="text-align: center;">Membres du Conseil :</p> <p>M. le Dr. ARMAINGAUD.</p> <p>M. BARTHÉZ.</p> <p>MM. Maurice BERNARD.</p> <p>le Dr. BOULOMITE.</p> <p>J. L. BRETON.</p> <p>BRUMAN.</p> <p>le Dr. CALMETTE.</p> <p>Le Général CHAMCOIN.</p> <p>Le Professeur CHANTEMESSE.</p> <p>M. CHAPTEL.</p> <p>M. DAUSSET.</p> <p>le Dr. DOIZY.</p> <p>le Dr. FAISANS.</p> <p>le Dr. Maurice de FLEURY.</p> <p>ME la Marquise de GANAY.</p> <p>MM. le Professeur GILBERT.</p> <p>GRIMANELLI.</p> <p>le Dr. GUINON.</p> <p>le Dr. LACHAUD.</p> <p>A. LEBLANC.</p> <p>Joseph REINACH.</p> <p>le Dr. Jules RENAULT.</p> <p>Le Professeur Albert ROBIN.</p> <p>Le Professeur VAILLARD.</p> <p>Commissaire de la VILLESTREUX.</p> <p>M. le Comte Louis de VOGÜÉ.</p> <p style="text-align: center;">membres de droit adjoints au Bureau :</p> <p>Le Délégué du Sous-Secrétariat d'Etat au Service des Anciens de l'Armée et de la Guerre</p> <p>Le Délégué du Service de Santé au Ministère de la Marine</p> <p>Le Directeur de l'Hygiène et de l'Hygiène publique au Ministère de l'Intérieur</p> <p>Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.</p>
--	--	--

LAPINA, IMP. PARIS.

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

⁵⁹¹ <http://www.gallica.bnf.fr> site consulté le 19 juillet 2005.

L'argent manque et les soins aux malades de la tuberculose ne sont pas exercés de manière pérenne par la charité et la philanthropie appuyées par les actions des pouvoirs publics.

La loi Léon-Bourgeois s'attache à organiser les financements des dispensaires antituberculeux dont elle énumère les moyens dans son article 7 consacré au financement des dépenses ordinaires, c'est-à-dire les dépenses liées au fonctionnement de l'établissement, telles que les honoraires des médecins, les frais médicaux, de blanchisserie par exemple.

« Article 7 - Les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses ordinaires comprennent le produit des dons et legs et des subventions spécialement affectées à ces dépenses, des recettes propres du dispensaire et de la participation des communes, des départements, des établissements publics et de l'État prévues par le dernier paragraphe du présent article. Les recettes propres proviennent des indemnités payées par les particuliers non privés de ressources. Ces tarifs sont fixés par le préfet, de concert avec le syndicat médical et le conseil d'administration. Des tarifs réduits peuvent être dans les mêmes formes, accordés aux collectivités, aux sociétés de secours mutuels et aux œuvres de bienfaisance⁵⁹². »

Le financement des dépenses ordinaires est hétérogène passant des dons et legs aux subventions publiques ainsi qu'aux recettes que le dispensaire peut générer par ses propres moyens.

Les dépenses extraordinaires, celles qui sont liées à l'acquisition de terrain, de construction, de mobilier et de matériel de fonctionnement, sont financées de façon plus homogène. L'article 6 de la loi énonce les moyens de financer les dépenses extraordinaires, outre les subventions, les dons, les legs et les emprunts dont le montant est limité à 50 000 francs, l'article stipule que l'État affectera aux dépenses extraordinaires des dispensaires des subventions sur le revenu prélevé sur le produit du Pari Mutuel et des jeux.

Toutefois, le financement des dispensaires est lié à la forme juridique choisie par les autorités départementales chargées de la lutte contre la tuberculose.

Les dispensaires publics c'est-à-dire les établissements communaux, départementaux ou dépendants d'un service public, bénéficient pour leurs frais d'établissement et pour leurs frais de fonctionnement des ressources provenant des budgets de l'État, des départements et des communes⁵⁹³. Les subventions publiques restent facultatives pour les dispensaires mutualistes ou privés. Cette mesure semble favoriser la création de structures publiques dont le financement est garanti par des fonds publics. D'autre part, les prélèvements effectués sur les recettes des jeux constituent une source de financements non négligeable en matière de santé, particulièrement pour les dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse.

⁵⁹² *Journal Officiel* n° 108 du 18 avril 1916.

⁵⁹³ Armand Guillon, « L'état actuel de l'organisation de la lutte antituberculeuse en France », *Conférence internationale contre la tuberculose*, Paris, octobre 1920, CNDT, Masson et Cie, 1921, p.132-133.

5.3 Les Américains réactivent en France la prophylaxie antituberculeuse

Les Américains apportent une aide importante à la France par le biais notamment de la Fondation Rockefeller (FR) créée en 1913 par l'homme d'affaires américain John Rockefeller⁵⁹⁴ qui souhaite améliorer les conditions matérielles de l'humanité. Rockefeller a certainement voulu donner une meilleure image des entreprises qu'il dirige souvent considérées comme des trusts dont la seule vocation est de réaliser de plus en plus de bénéfices au mépris des conditions de travail des salariés. Cette fondation comprend plusieurs branches, elle fournit une assistance à la France depuis 1914 en faveur des non-combattants, grâce aux actions de sa Commission de secours de guerre (CMR). Parallèlement, en France, Justin Godart est nommé sous-secrétaire d'État de la santé au ministère de la Guerre au mois de juillet 1915. Justin Godart réorganise la prophylaxie des lieux de vie des soldats et utilisant les compétences de médecins spécialisés⁵⁹⁵. Justin Godard active l'ouverture d'hôpitaux sanitaires dans des zones géographiques favorables à l'installation de quelques 8 000 lits⁵⁹⁶. Mais les besoins s'élèvent à 60 000 lits d'après le docteur Alexandre Bruno, membre de la Fondation Rockefeller. Ces établissements offrent toutefois aux militaires tuberculeux, en plus de soins et de repos, une éducation en matière d'hygiène et des conseils de prophylaxie antituberculeuse destinés à les protéger des risques de surinfections encourus par les porteurs du bacille de Koch. Les mesures d'hygiène enseignées aux soldats tuberculeux ont aussi vocation de protéger l'entourage de ces militaires malades revenus chez eux, dans les villes, dans les campagnes. Les bons gestes sont transmis par le biais des militaires réformés aux familles afin d'être largement diffusés dans l'ensemble de la population, c'est du moins l'espoir des autorités médicales responsables de ce plan d'action contre la diffusion de la tuberculose en France. Ces moyens semblent bien faibles face aux besoins réels d'une prophylaxie qui se répand lentement au sein d'une population de plus en plus vulnérable au bacille.

5.3.1 Les hésitations américaines, avant l'action, la réflexion

C'est ainsi, qu'en juillet 1916, le directeur de la Commission de secours de guerre, Warwick Greene alerte les autorités dirigeantes de la Fondation Rockefeller (FR) sur les risques sanitaires causés par la multiplication des contaminations tuberculeuses en France. La FR demande un rapport détaillé de la situation à Wallace Clement Sabine, professeur de physique américain en poste à la Sorbonne. Ce rapport est remis le 18 septembre 1916. Pourquoi avoir

⁵⁹⁴John D. Rockefeller (1838-1937) « est issu d'un milieu modeste. Il abandonne ses études à l'âge de 16 ans et devient employé aux écritures. Il se forme à la comptabilité et à la logistique. A 19 ans, il se met à son compte et à 25 ans, il est à la tête d'une des plus grandes raffineries de pétrole américaine. En 1870, avec deux associés, il fonde la *Standard Oil Compagny*. En 1883 il crée un trust qui comporte 100 000 employés. Le *Sherman Antitrust Act* voté par le Congrès en 1890 cherche à démanteler la *Standard Oil* en position de quasi-monopole. De la *Standard Oil* finalement dissoute, vont naître Exxon, Esso, BP et la fortune de Rockefeller décuple. Rockefeller se lance dans des actions philanthropiques et devient le principal mécène de la reconstruction du château de Versailles et de la cathédrale de Reims après la Première Guerre mondiale. » In site Internet <https://capital.fr> consulté le 13/12/2018.

⁵⁹⁵Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918*, op.cit., p.432.

⁵⁹⁶*Ibid.*

choisi pour effectuer cette mission un scientifique renommé mais qui n'appartient en rien au monde médical ? Wallace Sabine est guidé pour effectuer sa mission sur le territoire français par les plus grands noms français en matière de recherches et de pratiques antituberculeuses. Sabine rend hommage à la clairvoyance des spécialistes français sur les problèmes causés par la tuberculose.

“Paris, 1st August 1916,

My dear Professor Letulle,

I beg to express to you my appreciation of your attention and kindness in showing me on Friday your hospitals in Paris, and on Saturday your Sanatorium at Bligny.

Please, let me assure you that you have given me a very realising sense of the importance of your problem and the tremendous task and skill with which you are meeting the crisis. I hope the Rockefeller Foundation will be able to discover some appropriate way to come to your aid and fit its efforts into what you are doing....

I cannot let this opportunity go by without expressing my great admiration for your inspiring enthusiasm and for that scientific spirit which has enabled you to carry forward even under the distraction and enormous labours which the war has brought about your monumental work on tuberculosis. It is a very large and clear vision which sees in the continuance of such scientific work the real spirit of France....

Wallace C.Sabine⁵⁹⁷. »

Ces phrases montrent l'admiration d'un scientifique pour le travail accompli par le professeur Letulle dans son combat contre la tuberculose et l'appui que l'américain se propose d'apporter auprès de la FR pour l'obtention d'une aide dont la France a besoin pendant le conflit qui voit mourir des milliers d'hommes jeunes. Cette lettre semble très importante pour comprendre le regard d'un étranger sur la France en 1917, dévastée par une guerre qui n'a pas dit son dernier mot, et dans laquelle ne subsistent que quelques traces d'un programme de prophylaxie antituberculeuse ébauché de 1900 à 1914. 22 dispensaires sont encore ouverts en 1917 soit moins de la moitié des établissements existants en 1914. Les 22 dispensaires survivants fonctionnent mal, dépourvus d'installations et de personnel suffisant puisque les médecins font la guerre sur le front des opérations militaires⁵⁹⁸. Toutefois, la réputation du dispensaire à la française s'est répandue dans le monde entier entre 1900 et 1914, de congrès internationaux en colloques, des instances médicales, hygiénistes, politiques en passant par celles de la Mutualité. Les Américains se sont certainement inspirés des travaux et des installations françaises pour mettre au point leurs propres installations prophylactiques, comme en témoigne cette définition du dispensaire antituberculeux envisagée en 1922 par les services de santé américains :

⁵⁹⁷Archives de l'Institut Pasteur de Paris, CNDT 2.

⁵⁹⁸Alexandre Bruno, « Les villages sanatoriums de haute altitude », *Contre la tuberculose*, Paris, 1925, p.18.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

« Le point central de l'organisation (antituberculeuse) où se fait le diagnostic précoce, le triage, la répartition des malades dans les différentes institutions, la distribution des secours et l'organisation de la prophylaxie. Aux Etats-Unis, on soigne aussi le malade et sa famille dans les dispensaires⁵⁹⁹. »

Le dépistage précoce de la tuberculose rend possible la mise en œuvre rapide de moyens efficaces comme par exemple l'expectoration des crachats dans un crachoir qui évite au tuberculeux les risques de surinfection. Albert Calmette publie les résultats de ses travaux qui vont dans ce sens dès l'année 1900⁶⁰⁰. L'alimentation abondante et riche en viande permet de rendre au malade les forces dont il a besoin pour lutter efficacement contre sa maladie.

Ces quelques lignes donnent la description sommaire des dispensaires fonctionnant en France de 1900 à 1914. Les Américains ont organisé la lutte contre la tuberculose dans leur pays et les œuvres et institutions de bienfaisances américaines ont obtenu la déclaration obligatoire de la tuberculose qui n'existe toujours pas en France. La mortalité tuberculeuse a ainsi baissé de 50% dans l'ensemble du territoire américain⁶⁰¹.

Ce retard des autorités françaises de rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose a considérablement handicapé l'avance de la lutte antituberculeuse dans notre pays. Dès le mois de décembre 1916, le gouvernement français a demandé à la Fondation Rockefeller de diriger la campagne antituberculeuse en France. Toutefois, les actions à mettre en œuvre grâce au soutien financier de la FR sont sujettes à de nombreuses propositions, voire à des polémiques au sein des œuvres de bienfaisances américaines vouées à l'entraide aux soldats tuberculeux français.

“There is some difference of opinion among Americans here in regard to what the Rockefeller Foundation should undertake to do. One thing is certain, it should not be merely another element of confusion in our well intentioned but sometimes misdirected desire to help. If it can co-ordinate the American effort it twill have accomplished something⁶⁰².”

Une correspondance entre le duc de Richelieu⁶⁰³, riche français, descendant du cardinal de Richelieu installé à New-York, permet d'entrevoir les divergences de point de vue auxquelles Wallace Sabine fait allusion dans sa lettre au professeur Letulle. En effet, le duc de Richelieu a fondé aux Etats-Unis le *French Tuberculosis Soldiers Relief Committee* en vue de recueillir des fonds pour le

⁵⁹⁹Williams, « La fondation Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose en France, son action pendant et depuis la guerre », *Le Musée Social*, n°2, février 1922, p.37.

⁶⁰⁰Albert Calmette, *Commission de la tuberculose, la propagation de la tuberculose*, op.cit.

⁶⁰¹Albert Calmette, *Le Musée Social*, « La fondation Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose son action pendant et depuis la guerre », Paris, février 1922, p.33.

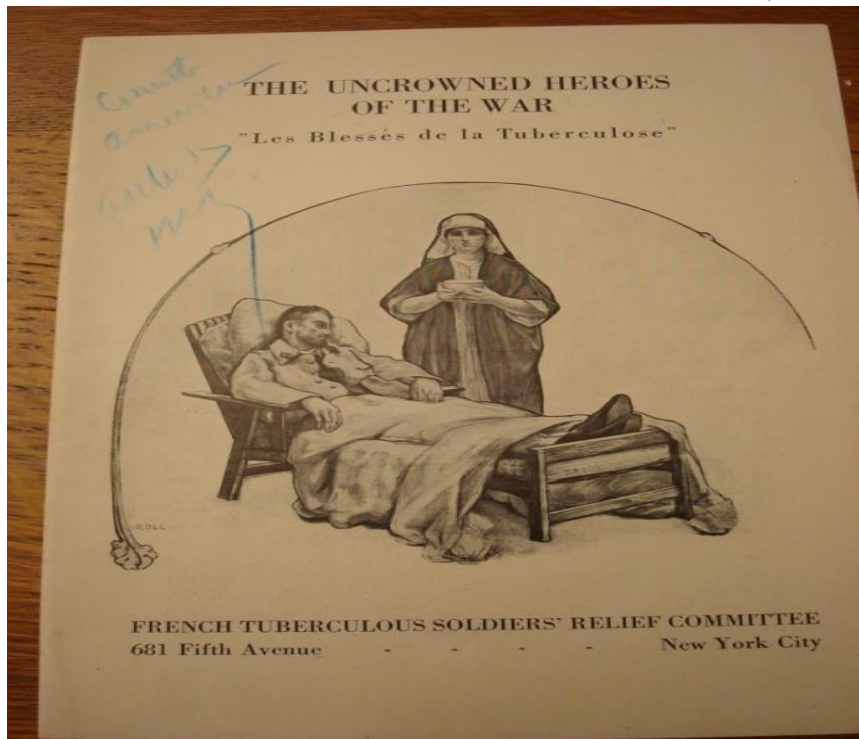
⁶⁰²Lettre de Wallace Sabine au professeur Letulle du 1 août 1916. Archives de l'Institut Pasteur, Boîte CNDT 2, chemise *Œuvres de bienfaisance américaine*.

⁶⁰³Le duc de Richelieu est le huitième et dernier duc du nom. Marie Odet Jean Armand de Chapelle de Jumilhac est né à Paris en 1875. Il étudie dans une école jésuite en France et est diplômé de l'université d'Aix en Provence. En 1913, il épouse Eléonore Douglas Wise née à Baltimore et qui a étudié le chant en France. Eléonore a donné de nombreux concerts au profit des soldats tuberculeux français. Le dernier duc de Richelieu décède à New York en 1952.

Comité central de défense antituberculeuse de Paris et d'intéresser le public américain à cette œuvre patronnée par le Consul de France à New-York. La duchesse de Richelieu est la présidente de cette œuvre américaine. Elle a donné aux Etats-Unis, huit concerts au bénéfice des militaires tuberculeux français. Le duc de Richelieu se plaint auprès du professeur Letulle du préjudice considérable qu'Edith Wharton, célèbre romancière américaine, cause à son œuvre par son action en faveur de la construction d'un hôpital, créant, d'après Richelieu une confusion dans l'esprit du public américain quant aux actions des œuvres de bienfaisance américaines vouées au secours et aux aides des populations françaises. Edith Wharton vit en France depuis quelques années avant le début des hostilités. Elle œuvre pour venir en aide aux malades et aux blessés, quelque-soit l'origine de leurs maux. Richelieu demande une meilleure coordination des aides américaines pour des militaires tuberculeux français, au profit desquels son action est destinée.

« Vous comprendrez, sans que j'aie besoin d'insister combien une unité d'action et une coordination d'efforts est nécessaire et que tout ce qui tendra à l'empêcher est dangereux à l'extrême... J'ai bon espoir d'avoir enfin obtenu de la *Rockefeller Foundation* qu'elle nous aide ; mais il est question maintenant qu'elle entreprenne une œuvre distincte en France et ceci à mon avis ferait mauvais effet, car l'on y verrait une critique des méthodes françaises ce qu'il importe d'éviter⁶⁰⁴. »

Figure 65- Affiche de la French Tuberculosis Soldiers Relief Committee, New York⁶⁰⁵



⁶⁰⁴Archives de l'Institut Pasteur, Boîte CNDT 2, chemise Œuvres de bienfaisance américaines, *French Tuberculosis Soldiers Relief Committee*, Lettre signée Richelieu, du 14 décembre 1916, adressée au professeur Letulle.

⁶⁰⁵ *Ibid.*

Richelieu essaie d'obtenir le support financier de la FR au profit du Comité National d'Assistance aux anciens militaires tuberculeux dont le comité directeur est situé à Paris et dirigé par Léon Bourgeois. Le 22 décembre 1916, Richelieu informé par l'Ambassadeur de France aux États-Unis, prévient le professeur Letulle que la FR va envoyer en France le docteur Hermann Biggs, commissaire de la Santé de l'état de New York, spécialiste en matière de tuberculose pour examiner la situation et dresser un rapport pour la FR. Il informe Léon Bourgeois, président du Comité National d'Assistance aux anciens Militaires Tuberculeux, que la duchesse de Richelieu a recueilli 60 000 francs versés intégralement au Comité Central de Paris. Le 5 avril 1917, le duc de Richelieu émet des propositions précises pour améliorer l'organisation de l'aide que les donateurs américains pourraient apporter aux anciens militaires tuberculeux.

« Il s'agirait d'organiser quelque chose se rapprochant de l'œuvre des orphelins, qui a dû une grande partie de son succès à son côté personnel et individuel. S'il nous était possible de montrer des photographies de malades, avec leurs noms, leur état de santé, leur situation personnelle et la durée probable de leur traitement, notre tâche serait beaucoup plus simple, car les gens sauraient où va leur argent et à qui il est destiné. Dans les circonstances actuelles, l'on me demande souvent comment les fonds recueillis vont être utilisés, à quel hôpital ou station sanitaire ils sont destinés, combien de lits cette station contient, les noms des médecins qui la dirigent, bref, une foule de questions auxquelles il m'est impossible de répondre, faute de renseignements...

Le Dr Biggs voudrait, par exemple, que nous envoyions en France une infirmière visiteuse américaine, au courant des méthodes adoptées ici, et qui en ferait la démonstration dans les différentes stations sanitaires⁶⁰⁶. »

Le duc de Richelieu cherche les moyens qui lui semblent les plus efficaces pour collecter des fonds en grande quantité dans l'unique objectif d'assister les anciens militaires tuberculeux et ainsi de rivaliser avec sa concurrente américaine, Edith Wharton en matière de philanthropie destinée aux malades français. La romancière exerce une participation active au sein d'une œuvre américaine au bénéfice des Tuberculeux de la Guerre : *French tuberculous war victim*. En juillet 1916, la présidente de cette œuvre Mrs Tuck précise à Léon Bourgeois, le but de cette action :

« Le but de cette œuvre est essentiellement d'ouvrir des établissements pour les réformés tuberculeux, auxquels la cure au grand air de la campagne serait nécessaire. Dans sa constitution originelle, comme dans les ressources qu'elle est en droit d'escompter, cette œuvre conserve un

⁶⁰⁶Archives de l'Institut Pasteur, CNDT 2, Œuvres de bienfaisances américaines, *French Tuberculous soldiers relief committee*. Lettre du duc de Richelieu adressée au professeur Letulle, membre de l'Académie de médecine, le 5 avril 1917.

caractère américain, bien que possédant dans son comité quelques personnalités françaises, médicales et autres⁶⁰⁷. »

Les personnalités françaises auxquelles Mrs Tuck fait allusion sont notamment Léonie Chaptal, vice-présidente de l'œuvre américaine et fondatrice de deux des premiers dispensaires antituberculeux parisiens. Edith Wharton donne des informations au directeur du *New-York Times* sur l'action de l'œuvre dont elle défend l'action. Elle explique dans une lettre d'octobre 1916 que l'entreprise de l'œuvre du duc de Richelieu et la sienne agissent de manière parallèle et donc ne sont nullement concurrentes. La *french tuberculous war victim* est destinée à prendre soin des soldats à leur sortie des sanatoriums. Cette action est largement soutenue par Justin Godart.

La situation des stations sanitaires pour beaucoup installées dans des baraquements de fortune a certainement déconcerté Hermann Biggs qui propose comme modèle celui des installations existantes dans son pays. Aussi le rapport établi par Biggs mandaté par la FR sur la situation en France en matière de lutte contre la tuberculose est très critique envers le Comité National dirigé par Léon Bourgeois.

« D'après une longue conversation que je viens d'avoir avec le docteur Hermann Biggs qui a été envoyé en mission par la Fondation Rockefeller, j'ai le devoir de vous informer très confidentiellement que celui-ci n'est pas satisfait de l'organisation du Comité Central, et qu'il se permet à ce sujet, des critiques qui ne laissent pas de produire l'effet le plus déplorable, étant donné la haute situation de celui qui les exprime et les nombre de gens avec lesquels il est en rapport⁶⁰⁸. »

Le rapport du docteur Biggs semble avoir sérieusement compromis la volonté de la FR de venir en aide au Comité National d'Assistance aux anciens Militaires Tuberculeux, comme en témoigne une nouvelle lettre du duc de Richelieu adressée le 18 juillet 1917 à Léon Bourgeois⁶⁰⁹.

« Il y a déjà plus d'un an que j'avais essayé d'obtenir pour le Comité central la coopération de la fondation Rockefeller et Monsieur Brissac pourra vous dire toutes les difficultés qui ont surgi et qui m'ont si longtemps arrêté ; il a fallu un changement dans le personnel de la fondation et que le docteur Vincent remplaçât Monsieur Greene pour que nous eussions enfin gain de cause. »

La participation de la Fondation Rockefeller à la lutte contre la tuberculose en France semble donc avoir été l'objet de nombreuses controverses au sein des autorités dirigeantes de l'œuvre américaine. Les œuvres philanthropiques

⁶⁰⁷Archives de l'Institut Pasteur, CNDT2, chemise *Les tuberculeux de la guerre*. Lettre du 21 juillet 1916, adressée par Mrs Tuck, présidente de la *French tuberculous war victim* à Léon Bourgeois, ministre d'État.

⁶⁰⁸Archives de l'Institut Pasteur, CNDT2, Œuvres de bienfaisances américaines, *French Tuberculous soldiers relief committee*, Lettre du duc de Richelieu adressée au professeur Letulle, membre de l'Académie de médecine, le 12 avril 1917.

⁶⁰⁹Richelieu destine sa lettre à Léon Bourgeois, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. Il semble que le duc de Richelieu ait fait une confusion entre Léon et son fils Georges Bourgeois.

américaines se sont livrées à une concurrence serrée auprès des instances françaises, afin d'être reconnues et plébiscitées par les publics américains et français. L'organisation de l'aide américaine en faveur des militaires tuberculeux dans un premier temps, en faveur de l'ensemble de la population française dans un deuxième temps connaît quelques difficultés d'organisation et d'unification avant que la fondation Rockefeller ne décide d'intervenir de manière plus massive en 1917. Le contexte de l'entrée en guerre des Américains en 1917 aux côtés des alliés facilite l'image de marque des Américains. La commission pour la préservation de la tuberculose en France, nouvelle branche de la FR est organisée en 1917 après le voyage du docteur Hermann Biggs commissaire auprès du ministère de la Santé de l'État de New-York pour le compte de la Division de la santé Internationale en janvier, suivi d'une délégation en juillet 1917, missionnée par la FR.

5.3.2 La mission Rockefeller développe son programme avec science et méthode

Les membres de la mission Rockefeller concluent à un manque de coordination dans les diverses actions menées en France pour lutter contre la tuberculose. Ils pensent que leur aide peut être particulièrement bénéfique dans le domaine organisationnel et centrent leurs efforts notamment sur cet axe. Les statistiques déjà bien utilisées en France depuis le XIX^e siècle constituent la base du travail et de la réflexion de la mission Rockefeller qui systématise les enquêtes dans les départements, organise le recensement puis le tri des malades au sein des dispensaires⁶¹⁰. Ce tri est sujet à controverses puisque seuls les malades considérés comme récupérables bénéficient des soins sanatoriaux, les autres sont laissés sous le contrôle des dispensaires et finissent leur vie dans les hôpitaux ou à leur domicile. Les membres de la mission Rockefeller établissent des comparaisons d'efficacité et de rendement entre les dispensaires de divers départements. La mission œuvre pour harmoniser les structures locales de lutte contre la tuberculose en fournissant des modèles de statut aux comités départementaux. Cette démarche peut être analysée comme un succès puisqu'en 1923, 85 comités départementaux sont créés pilotés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose qui prend en 1923 la suite des actions prophylactiques encadrées auparavant par la mission Rockefeller. La commission américaine Rockefeller organise, à titre démonstratif un groupe complet de dépistage antituberculeux et de surveillance prophylactique avec l'ouverture d'un dispensaire dans le XIX^e arrondissement de Paris doté d'infirmières-visiteuses formées suivant les processus des écoles américaines. En effet, au mois de décembre 1918, le dispensaire d'hygiène sociale Albert-Calmette ouvre, installé au rez-de-chaussée d'un immeuble parisien, avec le concours financier de la Croix-Rouge américaine, du Comité Rockefeller et de Madame Achille Fould. Madame Fould a organisé une consultation pour tuberculeux dans le dispensaire général annexé à l'hôpital-école qu'elle a fondé au 35 rue de la Glacière à Paris. Ce dispensaire est équipé d'un laboratoire d'analyses bactériologiques, d'analyses d'urines, d'un autoclave pour la

⁶¹⁰Ludovic Tournès, *Science de l'homme et politique*, Editions des Classiques Garnier, 2011.

désinfection des crachoirs. Il est pourvu d'un service de radioscopie et de radiothérapie. Il est dirigé par le docteur Bouchacourt.

« Le personnel du dispensaire comprend un médecin-chef, un médecin consultant, le docteur Jacquot, ancien stagiaire des sanatoriums de Bligny et du dispensaire Albert-Calmette, le docteur Léon Bouchacourt, chef du service radiologie, une infirmière-major, mademoiselle Mugnier, une visiteuse monitrice, mademoiselle Girardot, une visiteuse chargée du laboratoire et huit visiteuses d'hygiène sociale, parmi lesquelles des stagiaires de l'école de la Glacière, boursières de Comité Rockefeller ou de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine. Ce personnel est absolument spécialisé et très au courant des questions de tuberculose qui ressortent du dispensaire, tant au point de vue de la prophylaxie sociale qu'au point de vue médicale⁶¹¹. »

Les tuberculeux indigents hommes, femmes, enfants du XIX^e arrondissement sont reçus directement quand ils se présentent d'eux-mêmes ou sont inscrits par les infirmières qui à l'occasion de leurs visites à domicile, découvrent des malades qui n'ont pas encore bénéficié de visite médicale. Aucune correspondance avec un bureau de bienfaisance n'est établie.

En cela, ce dispensaire devient une unité totalement autonome sur le plan décisionnel et précurseur en la matière. A la fin du mois de mai 1919, soit six mois après son ouverture, les chiffres suivants sont relevés concernant l'activité du dispensaire Albert-Calmette : 226 hommes, 234 femmes et 139 enfants ont été reçus en consultations. 45 phtisiques ont été hospitalisés par les soins de l'infirmière-major. 174 tuberculeux sont suivis par les services du dispensaire. 381 familles sont régulièrement suivies par les infirmières visiteuses. 1 834 visites ont été effectuées aux domiciles de ces familles et 1338 visites données au dispensaire⁶¹².

La gestion et la direction du dispensaire du XIX^e arrondissement sont transférées en 1919 à l'Office Public d'Hygiène Sociale appelé quelques années plus tard à gérer et diriger la plupart des dispensaires antituberculeux parisiens. A la fin de 1920, 2 622 malades y sont suivis dont 942 tuberculeux.

D'autre part, le département de l'Eure-et-Loir est choisi pour recevoir pendant l'été 1917 une organisation antituberculeuse proche de celle existant aux États-Unis. Ce département, proche de Paris, est préféré aux départements du Nord et de l'Est trop affectés par les conséquences de la guerre⁶¹³. Le dispositif mis en

⁶¹¹Louis Guinard, médecin-chef du sanatorium de Bligny et du dispensaire Albert-Calmette, « Le dispensaire Albert-Calmette du XIII^e arrondissement de Paris, fondation franco-américaine », *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919, p.442.

⁶¹²*Ibid.*

⁶¹³Williams, docteur, directeur de la Fondation Rockefeller, « Sur l'œuvre de la Fondation Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose en France », Conférence donnée au *Musée Social*, le 18 janvier 1922, N°2, Paris, février 1922, p.36. Le département de l'Eure-et-Loir a une population de 275 000 habitants en 1917. Il est divisé en 4 arrondissements : Dreux, Chartres, Châteaudun, Nogent-le-Rotrou.

Ce département est essentiellement agricole bien qu'il y ait à Dreux et dans ses environs environ 3 000 ouvriers employés dans une fabrique de coton. L'Eure-et-Loir possède à cette époque un grand nombre d'hôpitaux et d'hospices utilisés pour installer des dispensaires antituberculeux. Les dépenses de construction, d'adaptation et d'installation des dispensaires et des sanatoriums d'Eure-et-Loir se montent à 2 750 000 francs, financés principalement par la Croix-Rouge américaine. La Commission Rockefeller a

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*,

Thèse soutenue en 2020.

place dans le département de l'Eure-et-Loir doit permettre de dépister dans des dispensaires la tuberculose aussi tôt que possible pour soigner dans l'espoir de guérir le malade et surveiller sa famille. Toute personne désirant se faire examiner peut accéder au dispensaire, et lorsqu'elle est déclarée tuberculeuse, ou suspecte de tuberculose, tous les membres de sa famille sont aussi examinés.

Le dispensaire conçu par les américains est une réplique de l'établissement mis en place par la France dès les années 1900. Il assure le tri des malades vers les institutions appropriées à leur état, la distribution de secours et l'organisation prophylactique assurée par des visiteuses d'hygiène. Mais, à l'inverse des pratiques françaises, le docteur Williams directeur de la Fondation Rockefeller, explique que les médecins américains sont peu payés ce qui évite les freins qu'une partie du corps médical français impose souvent à l'installation de dispensaires par peur du manque à gagner occasionné par une fuite de leur clientèle vers des établissements proposant des soins gratuits. Mais surtout, le dispensaire est accessible à toute la population, sans passer par le filtre des bureaux de bienfaisance ni par celui des médecins exerçant en libéral. Ainsi, les allers et retours des tuberculeux et leur famille entre plusieurs établissements sont désormais évités et le parcours de soins des malades est fluidifié.

Le plan mis en œuvre dans l'Eure-et-Loir comprend la création de 20 dispensaires secondaires avec 4 dispensaires centraux, munis d'un service de radiologie, au chef-lieu de chaque arrondissement. Ces établissements ouverts à tous depuis janvier 1918 sont installés pour la plupart (17 d'entre eux) dans des hôpitaux, des hospices voire des mairies. En 1920, 724 tuberculeux sont en observation dans les dispensaires de l'Eure-et-Loir soit 32% des malades existants.

Les expériences menées en France conduisent le directeur de la Fondation Rockefeller aux conclusions suivantes :

« Que la lutte antituberculeuse doit prendre un département comme base plutôt qu'un arrondissement

Que les dispensaires sont nécessaires dans beaucoup de petites localités ; les dépenses d'installation et d'entretien sont négligeables, mais les dépenses causées par le service médical et la visiteuse d'hygiène sont relativement élevées par suite des frais de transport, les déplacements ne pouvant pas toujours avoir lieu par chemin de fer.

Que l'emploi de médecins donnant tout leur temps au dispensaire et s'engageant à ne pas exercer, est un élément important de succès. Cette méthode fut finalement adoptée dans l'Eure-et-Loir, mais n'avait pas pu l'être au début.

Que les médecins, en général, sont hostiles à l'idée qu'un confrère, faisant de la clientèle, devienne médecin-chef du dispensaire⁶¹⁴. »

contribué aux frais d'installation. En 1920, dernière année durant laquelle la Commission se charge du fonctionnement des dispensaires, le financement de la Commission se monte à 210 000 francs.

⁶¹⁴Williams, docteur, directeur de la fondation Rockefeller, sur l'œuvre de la fondation Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose en France, Conférence donnée au *Musée Social*, *op.cit.*, p.44.

Parallèlement aux deux expériences menées à Paris et en Eure-et-Loir, la FR met en œuvre un programme de spécialisation de médecins en matière de tuberculose, ainsi que la formation de visiteuses d'hygiène sous forme de cours, et d'octroi de bourses. Enfin, la mission Rockefeller organise sous la direction du professeur Gunn⁶¹⁵, une campagne intensive d'éducation populaire de prophylaxie antituberculeuse, en utilisant des moyens utilisés aux États-Unis, adaptés si possible au public français, comme par exemple l'utilisation du théâtre de Guignol populaire dans la région lyonnaise.

La mobilisation rapide des soldats enrôlés en 1914, ne permet pas de refuser les tuberculeux déjà porteurs du BK avant le début du conflit. Les conditions difficiles de vie des combattants en temps de guerre amplifient les risques de contagion des maladies infectieuses. Le retour des militaires tuberculeux réformés dans leur foyer est un facteur contaminant des populations habitant en zones rurales, relativement épargnées par la maladie avant le début de la Première Guerre mondiale. Les comités d'assistance aux militaires tuberculeux procurent des soutiens matériels et financiers aux soldats réformés et à leur famille. La Fondation Rockefeller offre aussi des secours financiers mais surtout logistiques à la France en matière de lutte contre la tuberculose. En effet, la fondation américaine épaula les actions du CNDT et anticipa l'après-guerre en proposant des modèles de dispensaires antituberculeux. Dans les grandes villes, un dispensaire est prévu par arrondissement, ce qui est déjà le cas avant la guerre à Paris et à Lyon. Les préconisations américaines ne viennent dans ce cas que confirmer les observations menées par la Commission permanente de lutte contre la tuberculose opérant en France en 1901 suivies de l'ouverture des premiers établissements prophylactiques. Le département est l'autre unité géographique envisagée pour structurer l'organisation de la prophylaxie antituberculeuse suivant le modèle américain qui laisse un prototype de ce système dans le département de l'Eure-et-Loir.

Les Américains ont donné aux dirigeants du CNDT les moyens d'augmenter l'efficacité des dispensaires en instituant des méthodes d'évaluations de l'activité de ces établissements, intégrant les notions de rationalité entre le nombre des tuberculeux suivis dans chaque dispensaire et la mortalité constatée. Les chiffres permettent de comparer les résultats obtenus par les dispensaires qui, pour ce faire, doivent envoyer au Comité central du CNDT, des statistiques méthodiquement effectuées chaque mois.

La loi Léon-Bourgeois officialise juridiquement en 1916 les modalités d'installation, de fonctionnement et de financement des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

Les conférences du Musée social étaient ouvertes à un large public composé de spécialistes mais aussi d'étudiants, d'ouvriers, de membres de la classe moyenne. Des personnalités politiques et des sciences sociales étaient invitées à présider les conférences et à les conclure. In Janet Horne, *Le Musée social aux origines de l'État providence*, Belin, Paris, 2004, p.190-191.

⁶¹⁵Selskar Gunn est professeur à l'université de Harvard et administrateur de la santé publique dans le Massachusetts. Il entre à la Fondation Rockefeller en 1917 comme Directeur-adjoint puis Directeur de la Commissions pour la prévention de la tuberculose en France. En 1920, il est conseiller technique auprès du gouvernement tchécoslovaque. In Ludovic Tournès, *Les Etats-Unis et la Société des Nations (1914-1946)*, Peter Lang, Berne, 2016.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Chapitre 6

Le lent accroissement du nombre des dispensaires (1919-1926)

Ce chapitre cherche à montrer que de la fin de la Première Guerre mondiale, jusqu'au milieu des années 1920, une augmentation progressive du nombre des dispensaires sur le territoire français est notable. Les bornes chronologiques choisies pour l'étude de cette partie correspondent à la fin de la Première Guerre mondiale jusqu'à l'année 1926. Cette période est le théâtre d'un contexte social agité. Les transformations d'une économie activée par la production des armes en économie basée sur une production industrielle et agricole destinée à un monde pacifié, se font douloureusement. Les ouvrières si utiles dans les usines pendant le temps du conflit ne parviennent plus à trouver leur place dans une société modifiée en profondeur. Cinq millions de soldats français⁶¹⁶ doivent attendre plusieurs mois avant d'être démobilisés car le 11 novembre 1918 signe l'arrêt des combats, mais la guerre n'est officiellement terminée que le 28 juin 1919. Le nombre des morts a considérablement affaibli le potentiel en main d'œuvre. De nombreux soldats ont réintégré la vie civile mutilés, invalides, traumatisés mais aussi alcooliques et violents notamment dans le cadre familial.

Deux raisons expliquent le choix de l'année 1926 pour la deuxième borne chronologique de cette partie. La première raison est motivée par l'implication financière croissante de l'État dans le combat contre la tuberculose. Le tableau suivant indique les crédits budgétaires octroyés par l'État en faveur de la lutte contre la tuberculose entre 1920 et 1932.

Figure 66- Crédits budgétaires de l'Etat en faveur de la lutte contre la tuberculose de 1920 à 1932⁶¹⁷

Années	Assistance aux tuberculeux	Fonctionnement des dispensaires	Aménagements			Services hospitaliers	Totaux dispensaires	Totaux généraux
			sanatoriums	préventoriuns	dispensaires			
1920	7 500 000	3 000 000	4 500 000				3 000 000	15 000 000
1921	8 000 000	3 990 000	4 000 000				3 990 000	15 990 000
1922	5 279 664	4 000 000	4 000 000				4 000 000	13 279 664
1923	4 714 000	7 000 000	4 000 000		900 000		7 900 000	16 614 000
1924	4 500 000	7 000 000	5 010 000	433 476	475 000		7 475 000	17 418 476
1925	5 586 000	7 000 000	8 821 824	2 500 000	750 000	1 298 000	7 750 000	25 955 824
1926	7 196 000	10 790 000	11 278 000	3 260 000	1 000 000	1 575 000	11 790 000	35 099 000
1927	10 738 600	12 000 000	11 273 000	4 460 000	1 500 000	1 555 000	13 500 000	41 526 600
1928	11 350 000	14 000 000	26 905 000	8 000 000	3 000 000	1 555 000	17 000 000	64 810 000
1929	15 634 680	18 000 000	45 001 000	17 650 000	3 000 000	2 075 000	21 000 000	101 360 680
1930	14 500 000	22 000 000	42 901 000	14 000 000	2 900 000	2 405 000	24 900 000	98 706 000
1931	16 750 000	24 000 000	43 107 000	15 000 000	3 000 000	1 900 000	27 000 000	103 757 000
1932	12 437 500	27 623 250	61 938 000	29 584 000	4 623 000	10 000 000	32 246 250	146 205 750

⁶¹⁶Confère : Bruno Cabanes, *La victoire endeuillée. La sortie de la guerre des soldats français (1918-1920)*, Paris, Seuil, 2004.

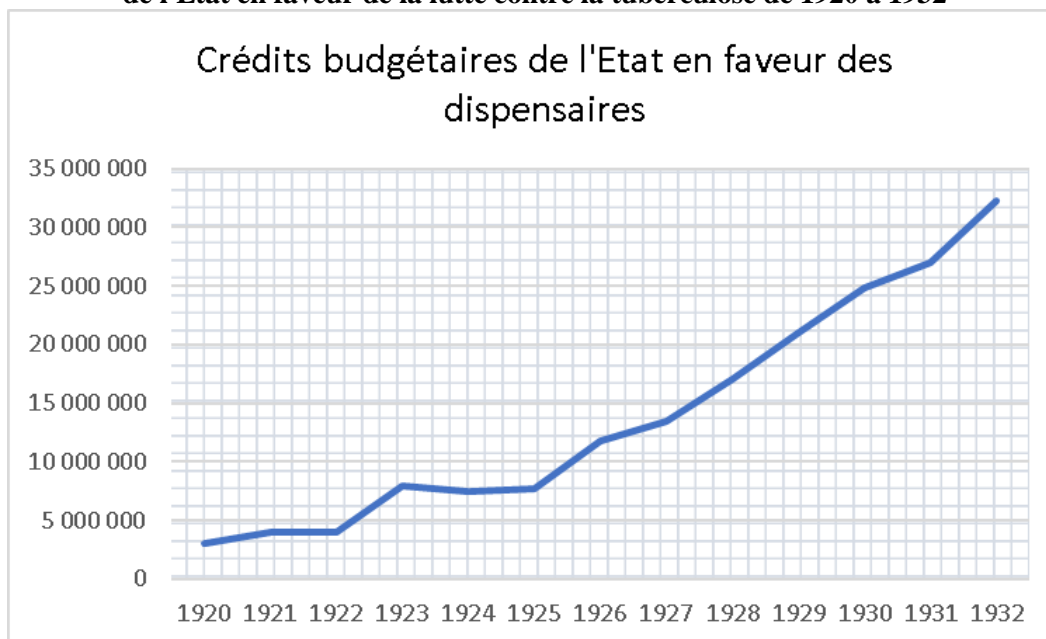
Jean-Michel Guieu, *Gagner la paix (1914-1929)*, Seuil, 2015.

⁶¹⁷Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939)*, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, p.111-133. Stéphane Henry publie dans son ouvrage un tableau issu d'un livre de Brouardel et Arnaud, *L'organisation antituberculeuse française*, Paris, Masson et Cie, 1934, p.137.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Les deux dernières colonnes ne figurent pas dans le tableau initialement produit par George Brouardel et Jacques Arnaud en 1934. L'addition des nombres figurant dans des colonnes intitulées *Fonctionnement des dispensaires* et *Aménagements des dispensaires*, permet d'isoler les données relatives aux seuls dispensaires antituberculeux. Une représentation graphique de ces sommes est présentée ci-dessous.

Figure 66bis- Graphique issu des données du tableau intitulé : Crédits budgétaires de l'Etat en faveur de la lutte contre la tuberculose de 1920 à 1932



L'année 1926 correspond au début d'un cycle de progression régulière des crédits budgétaires de l'État en faveur des dispensaires, tendance établie jusqu'en 1932. Le rapport intitulé *Rapport du service de la statistique* publié par le CNDT en 1927 et signé par le statisticien Marcel Moine, constitue une source de renseignements importante et explique la seconde motivation pour borner cette partie à l'année 1926.

6.1 Les dispensaires sur le territoire français, une répartition peu uniforme

Le nombre des dispensaires antituberculeux évolue à partir de l'année 1917 puisqu'il passe de 48 en 1917 à 128 en 1919 comme l'indique le rapport de l'année 1926 de la statistique du Comité de défense contre la tuberculose, sous l'impulsion conjuguée de la loi Léon-Bourgeois de 1916 et de l'action de la mission Rockefeller à partir de l'année 1917. D'autre part, les statuts des comités départementaux d'aide aux anciens militaires tuberculeux prévoient leur transformation dès les lendemains de la guerre.

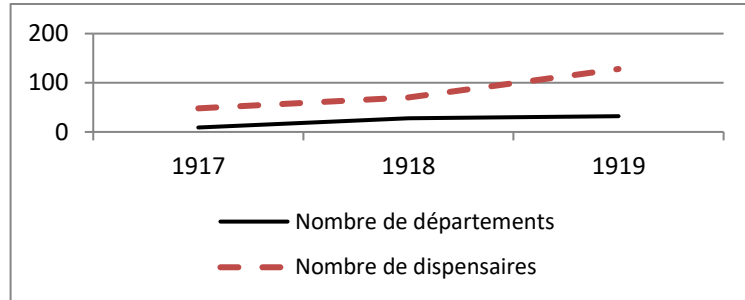
Comment s'effectue cette mutation juridique, est-elle homogène dans tous les départements concernés ?

6.1.1 Le nombre des dispensaires progresse entre 1918 et 1926

La situation évolue entre 1913 et 1918. A la fin de l'année 1918, le nombre des dispensaires antituberculeux installés sur le territoire métropolitain est de 70, comme le montre le tableau suivant⁶¹⁸ :

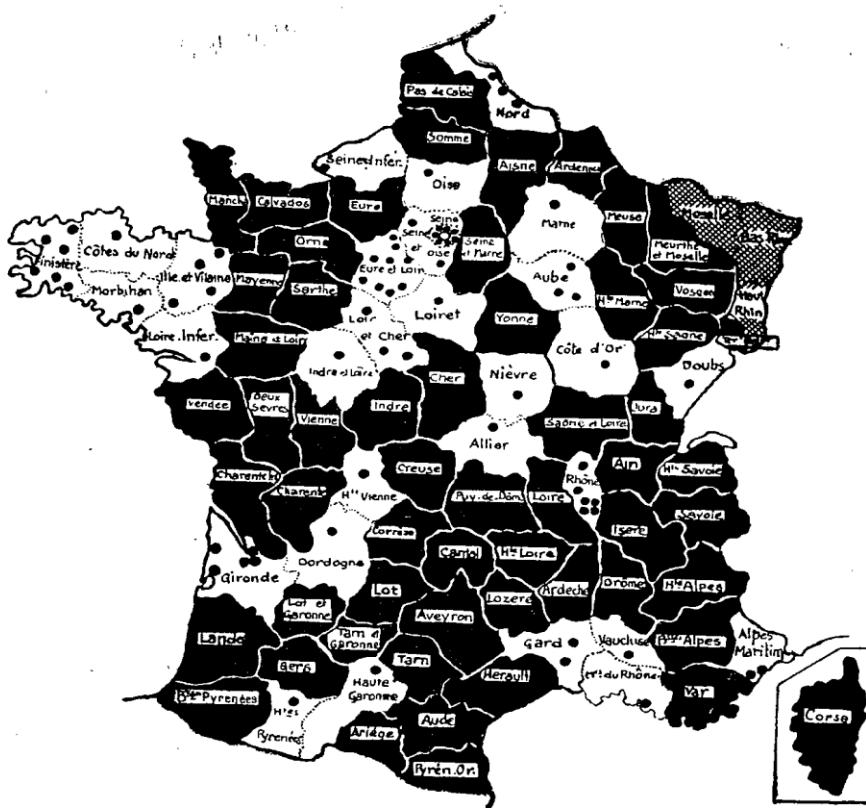
Figure 67- Nombre de départements possédant un dispensaires et nombre de dispensaires existants entre les années 1917 et 1919.

Années	1917	1918	1919
Départements d'accueil	9	28	32
Total des dispensaires	48	70	128



La progression du nombre des dispensaires est nette à partir de l'année 1918.

Carte 4- montrant par département le nombre de dispensaires fonctionnant au 31 décembre 1918⁶¹⁹.



Les départements qui disposent d'un ou de plusieurs dispensaires antituberculeux sont représentés en blanc sur la carte ci-dessus. Les départements dépourvus de dispensaires sont colorés en noir.

⁶¹⁸Rapport du service de la statistique, Comité National de Défense contre la Tuberculose, Année 1926, Imprimerie administrative, Melun, 1927, p. 10.

⁶¹⁹ Ibid.

L'implantation des premiers dispensaires sur le territoire français métropolitain, montre le fort investissement de régions entières dans le dispositif prophylactique antituberculeux. Ainsi, les départements de l'ouest, et plus largement du quart nord-ouest de la France ont participé à l'effort de préservation par l'installation de dispensaires. Le nombre des dispensaires ouverts dans le quart nord-ouest de la France croit rapidement puisque la carte présentée ci-dessus montre qu'au 31 décembre 1918, cette zone géographique compte 30 dispensaires dont 13 répartis entre le Finistère (6), Côtes du Nord (1), Morbihan (1) Loire Inférieure (1) et Ille et Vilaine (4). L'Eure-et-Loir voit l'ouverture de 9 dispensaires entre 1913 et 1918. Une étude plus approfondie de l'action de la mission Rockefeller pendant la Première Guerre mondiale dans ce département a permis d'expliquer cet intéressant phénomène. Seule la Seine-et-Marne ne semble pas jusqu'en 1918 s'inspirer des mesures prophylactiques parisiennes et ne compte aucun dispensaire jusqu'au début des années 1920.

Le quart sud-est, à l'exception de trois départements, est très dépourvu et semble connaître un retard important.

La mission Rockefeller a beaucoup participé à la création de dispensaires en France entre les années 1919 et 1923. Le travail de la Commission Rockefeller est réparti entre six bureaux dont le bureau d'organisation départementale et de surveillance technique organisé et dirigé par le docteur Alexandre Bruno de 1918 à 1923 avec la collaboration d'un représentant de la Croix-Rouge américaine, Franck Wing. Pendant les cinq années comprises entre 1918 et 1923, l'œuvre de propagande antituberculeuse de la mission Rockefeller sillonne les routes de France, 65 départements sont ainsi visités par cinq équipes ambulantes. En 1918 les départements de l'Eure-et-Loir, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Indre-et-Loire, du Finistère du Cher et de l'Allier reçoivent des groupes de propagande antituberculeuse.

L'année 1919 est la plus importante en nombre de visites effectuées puisque les départements suivants sont concernés :

La Loire-Inférieure, les Côtes-du-Nord, la Nièvre, la Saône-et-Loire, le Morbihan, la Gironde, le Puy-de-Dôme, la Manche, l'Aube, la Côte-d'Or, l'Ain, le Calvados, la Haute-Vienne, le Nord, la Lorraine, le Gard, l'Alsace, Belfort, l'Orne, l'Eure, Paris, la Seine-Inférieure, les Bouches-du-Rhône.

En 1920 Paris est à nouveau visité ainsi que les départements de la Marne, des Alpes-Maritimes, Monaco, la Belgique, le Luxembourg, la Seine-et-Oise, la Seine-et-Marne, les Hautes-Alpes, la Saône, la Haute-Savoie et l'Oise.

En 1921 les départements concernés sont la Loire, l'Isère, le Loiret, l'Yonne, l'Hérault, le Vaucluse, le Maine-et-Loire, la Corse, la Haute-Marne, les Hautes-Pyrénées, les Vosges, la Haute-Garonne, les Deux-Sèvres, les Ardennes et le Lot.

En 1922, 11 départements reçoivent les visites des équipes ambulantes de la mission Rockefeller : l'Aveyron, le Tarn, l'Aude, les Pyrénées-Orientales, l'Ariège, les Basses-Pyrénées, la Meurthe-et-Moselle, la Mayenne, la Sarthe, la Charente et la Dordogne.

Le programme antituberculeux financé par la FR a nécessité un effort financier important :

« 24 départements subventionnés soit 1 0 95 000 \$ à la fin de 1920, 700 bourses pour les infirmières-visiteuses (1917-1922), des cours de perfectionnement pour les médecins

« La campagne éducative la plus vaste jamais menée dans aucun pays » d'après le docteur Bruno dans son ouvrage paru en 1925 : 1,25 million d'adultes et 1,5 million d'enfants, statistiques tuberculeuses établies malgré l'absence de déclaration obligatoire⁶²⁰. »

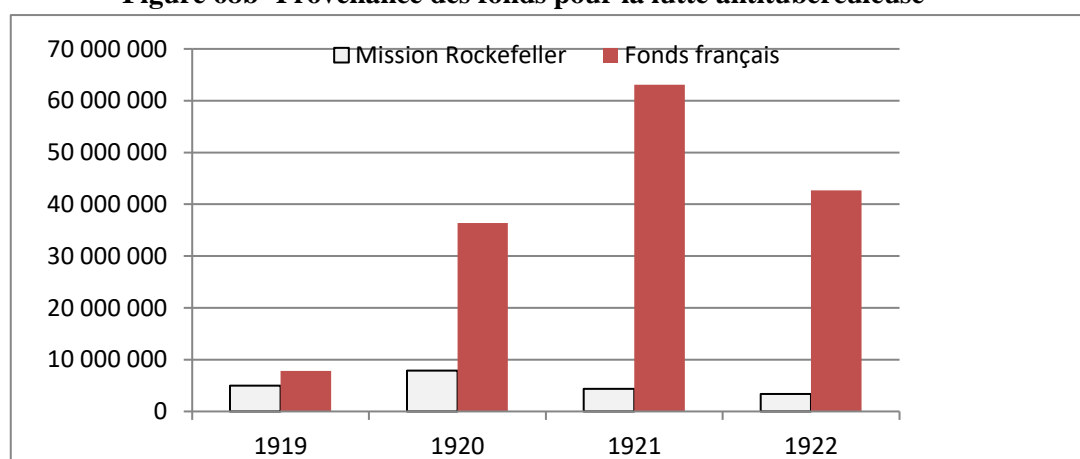
Les fonds nécessaires à ces actions ainsi qu'à l'ouverture de dispensaires proviennent de sources diverses. Les collectivités publiques offrent une importante participation ainsi que le Pari Mutuel qui reprend son activité à partir de l'année 1920 puisque les courses de chevaux n'ont pas eu lieu pendant le conflit.

Les fonds privés sont issus des dons de personnes privées. La mission Rockefeller participe elle aussi à cet effort financier dans une moindre proportion comparée à la totalité des fonds dégagés par autres sources. La représentation graphique suivante est significative quant à l'importance relative des fonds octroyés par la mission Rockefeller à la lutte antituberculeuse française. Ces chiffres sont issus d'un livre écrit par Alexandre Bruno, lui-même membre actif de la mission Rockefeller en France.

Figure 68- Provenance des fonds employés pour la lutte antituberculeuse en France⁶²¹

	1919	1920	1921	1922
Fonds publics, départements et municipaux	2 972 078	8 187 980	26 130 424	24 414 055
Budget ordinaire de l'État	880 000	9 620 000	13 960 000	11 731 875
Produits des jeux, Pari-Mutuel		15 729 000	21 014 000	4 342 000
Fonds privés	3 967 910	2 847 073	2 000 000	2 194 021
Mission Rockefeller	4 991 922	7 913 746	4 363 922	3 375 089

Figure 68b- Provenance des fonds pour la lutte antituberculeuse⁶²²

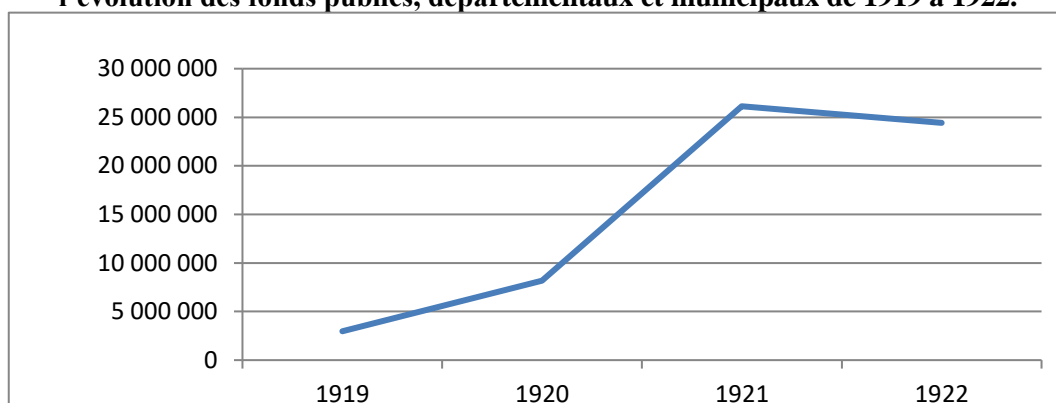


⁶²⁰Lion Murard, « La santé publique, matière administrative extraordinaire », *Revue française des affaires sociales*, La Documentation Française, 2001/4.

⁶²¹Alexandre Bruno, *Rôle de la mission Rockefeller*, *op.cit.*, Tableau n°18.

⁶²²*Ibid.*

Figure 69- Représentation à partir des données issues du tableau précédent de l'évolution des fonds publics, départementaux et municipaux de 1919 à 1922.



La Fondation Rockefeller intervient en France de 1917 à 1921 comme cela est prévu dès le début de son engagement auprès du Comité National d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux. Son action est prolongée pendant l'année 1922 en matière de propagande. Elle oriente l'action américaine et s'appuie sur tous les modes de communication disponibles durant ces 5 années. Cette campagne est menée sur une grande échelle, à la taille du grand pays que sont les États Unis d'Amérique. Une telle proportion n'avait jamais été envisagée les années précédentes dans les actions de prévention menées en France.

En 1920, 213 dispensaires fonctionnent en France, dont 31 dans le département de la Seine gérés directement par l'Office Public d'Hygiène Sociale créé en 1918 et dont le conseil de surveillance est présidé par le sénateur Ranson. La composition limitative du conseil d'administration des dispensaires publics a eu pour conséquence une utilisation restreinte de cette forme juridique. En effet, les membres des comités qui sont les membres actifs et qui constituent les rouages du fonctionnement des dispensaires, ne peuvent pas faire partie de ce conseil d'administration, organe décisionnel du processus. Quelques dispensaires toutefois ont été créés par les départements, les communes ou les établissements de bienfaisance, en annexes des services publics. Mais la plupart des nouveaux établissements sont des dispensaires privés dépendants d'associations déjà existantes, comme les sociétés de Croix-Rouge⁶²³ qui ont pris une part importante dans la lutte antituberculeuse, ou de comités nouveaux régis par la loi de 1901⁶²⁴.

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT) demande aux dispensaires en fonction de lui faire parvenir des statistiques établies mensuellement concernant notamment le nombre des malades reçus, les pathologies relevées, les examens bactériologiques pratiqués. Une évolution est remarquable entre 1917 et 1926 des dispensaires existants et des départements

⁶²³Virginie Alauzet, Services des archives de la Croix-Rouge française, 2006. Site internet www.archivistes.org consulté en juin 2018. « La Croix Rouge est née du Comité international de secours aux militaires blessés réuni à l'initiative d'Henry Dunant en 1864. « La Croix Rouge Française a pour mission d'apaiser les souffrances humaines sans distinction de nationalité, de religion, de condition sociale ou d'appartenance politique. » La Croix Rouge a une vocation d'enseignement et de formation dans le cadre de la lutte contre les grandes épidémies, comme la tuberculose à partir de 1910 ou le SIDA de nos jours. »

⁶²⁴Armand Guillon, membre du Conseil de direction du Comité national de défense contre la tuberculose, directeur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, CNDT, *Conférence internationale contre la tuberculose, octobre 1920*, Masson, Paris, 1921, p. 133-136.

dotés, ainsi qu'une évolution du nombre des dispensaires qui communiquent leurs statistiques au CNDT. Cette dernière information est d'une grande importance, puisque c'est à partir de ces remontées que le CNDT effectue des études sur le plan national et œuvre pour une meilleure orientation de la prophylaxie antituberculeuse.

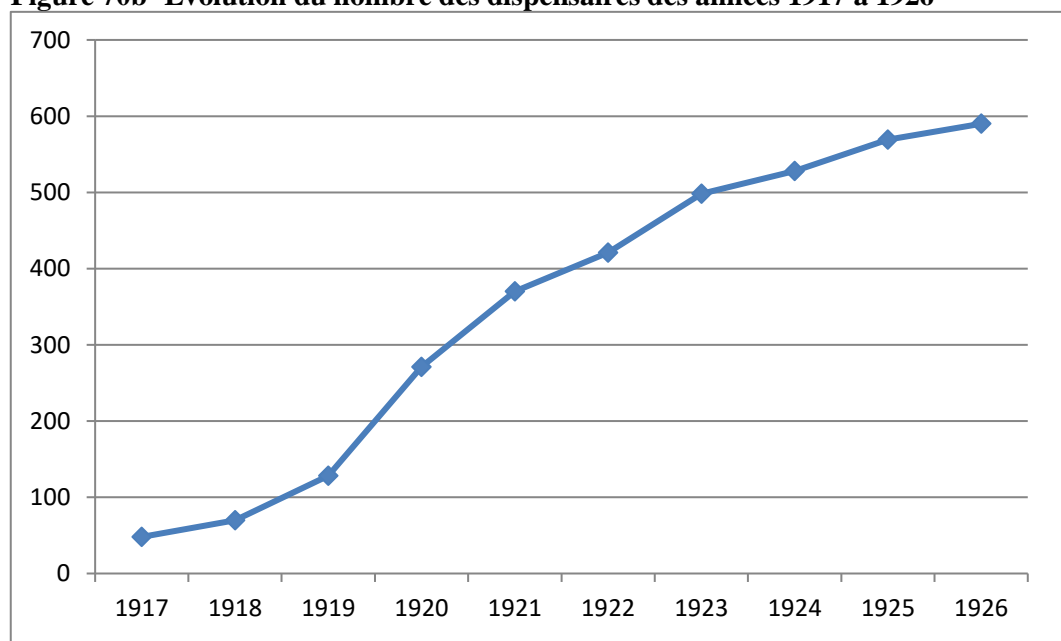
Figure 70- Nombre de dispensaires en fonctionnement du 31 décembre de 1917 à l'année 1926⁶²⁵

Années	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Départements organisés	9	28	32	53	62	74	78	80	81	82
Total des dispensaires	48	70	128	271	370	421	498	528	569	590
Dispensaires envoyant leurs rapports mensuels	2	13	75	137	249	272	333	439	476	552
En nombre	2	13	75	137	249	272	333	439	476	552
En pourcentages	4	19	59	51	67	65	67	83	84	94

13 dispensaires ont été fermés en 1926.

Non compris les départements d'Afrique du Nord pour les années 1924 à 1926

Figure 70b- Evolution du nombre des dispensaires des années 1917 à 1926⁶²⁶



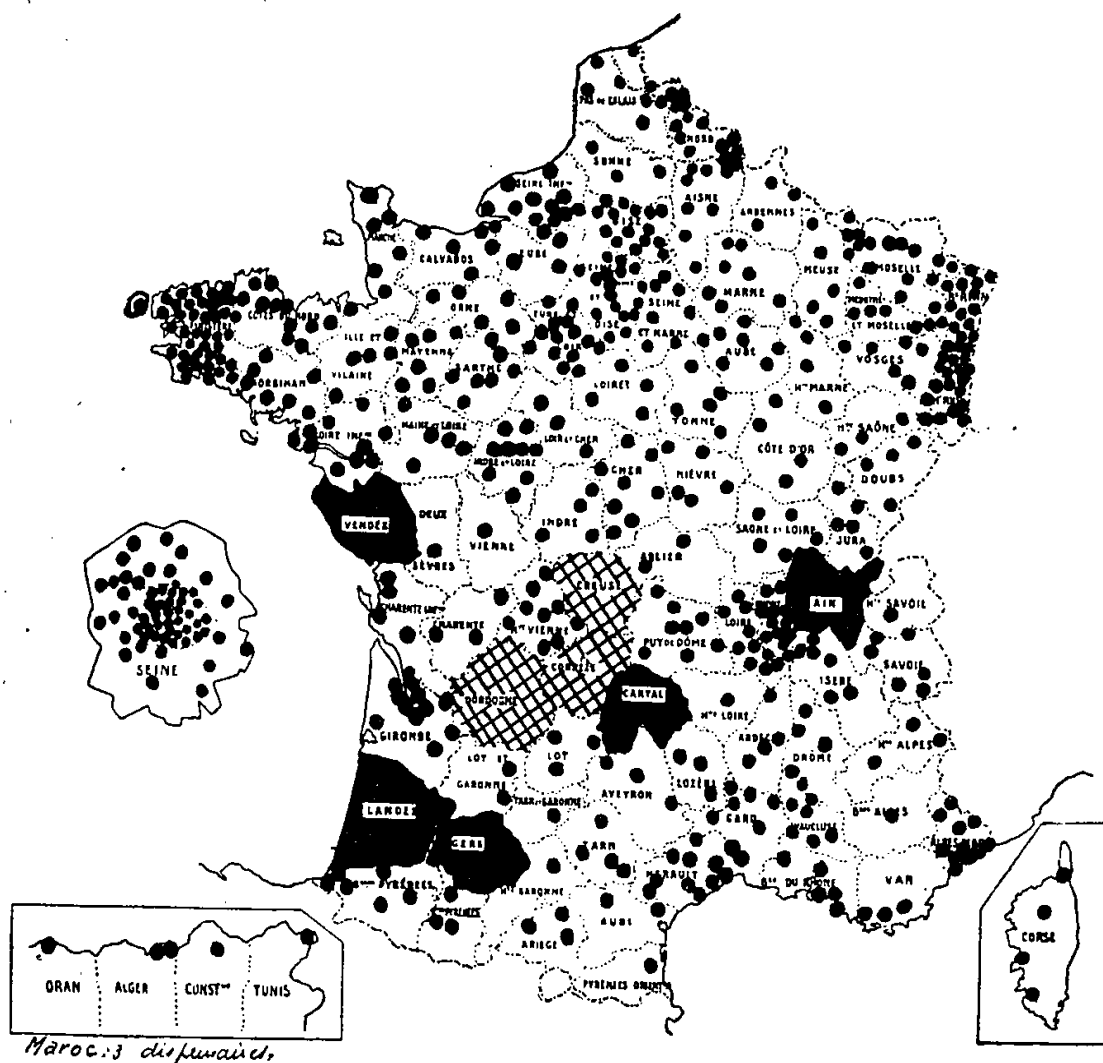
La croissance du nombre des dispensaires entre les années 1917 et 1926 connaît une accélération à partir de l'année 1919 et se poursuit de manière régulière jusqu'à l'année 1923. La progression des années 1923 à 1926 bien que toujours constante est moins importante.

La carte présentée ci-dessous indique les départements dans lesquels un ou plusieurs dispensaires antituberculeux sont installés en 1926. Les départements concernés sont matérialisés en blanc.

⁶²⁵Rapport du service de la statistique, Comité de Défense contre la Tuberculose, Année 1926, Imprimerie administrative, Melun, p. 10.

⁶²⁶Ibid.

Carte 5- Carte montrant par département le nombre de dispensaires fonctionnant fin 1926⁶²⁷



La progression des installations prophylactiques sur le territoire français permet une meilleure couverture en l'espace d'une vingtaine d'années si on établit une comparaison avec la carte des dispensaires au 31 décembre 1918 en page 223 de ce travail, même si de larges zones restent encore non pourvues de dispensaires au 31 décembre 1926.

Le nombre des dispensaires qui remettent leurs rapports mensuels d'activité au CNDT, est en progression constante au cours des années étudiées pour atteindre 94% en 1926. Les analyses sont possibles à partir de l'année 1919 sur près de 60% des dispensaires en activité. Avec l'augmentation du nombre de dispensaires, le nombre des consultations et par conséquent le nombre des malades tuberculeux suivis par les dispensaires antituberculeux connaît une grande progression des années 1918 à l'année 1926.

⁶²⁷ Rapport CNDT 1926, *op.cit.*, p.9.

6.1.2 La transformation juridique des comités départementaux d'aide aux militaires

Les comités départementaux sont appelés à disparaître à la fin des hostilités en 1918. A partir de leur forme juridique initiale ils doivent donner naissance à une nouvelle organisation de lutte contre la tuberculose. A propos de la transformation des comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, le Comité National envoie le 6 juin 1919 une lettre circulaire pour demander à chaque comité, quelle décision il va prendre dans les six mois qui suivent la fin du conflit, comme le règlement l'impose. 67 comités ont répondu à cette question.

Un certain nombre de comités départementaux dont : les côtes du Nord, la Seine-et-Marne, l'Isère, l'Indre-et-Loire, ne se sont pas encore posé la question, tandis que d'autres tels que : le Cantal, la Corrèze, la Lozère, l'Orne, la Saône-et-Loire, la Vendée, l'Yonne, veulent continuer à fonctionner comme par le passé, ce qui n'est pas réalisable dans la mesure où, ayant adopté les statuts types rédigés par le ministère de l'Intérieur, ces comités départementaux sont tenus de se dissoudre ou de se transformer dans les six mois après le décret de cessation des hostilités.

Certains comités départementaux ont décidé de fusionner avec d'autres œuvres : l'Oise avec la société Antituberculeuse de l'Oise, l'Aube avec l'Institut de prophylaxie sociale, la Mayenne avec la Ligue Antituberculeuse après que cette dernière a été reconstituée. Cette solution est également envisagée par les départements suivants : le Loiret, la Meurthe et Moselle, les Bouches-du-Rhône avec l'Association Antituberculeuse très active avant la guerre dans cette région.

Dans le département de l'Eure-et-Loir, choisi par la fondation Rockefeller pour expérimenter une installation de prophylaxie antituberculeuse considérée comme modèle, le Comité transfère ses actions au dispensaire franco-américain, qui dispose ainsi d'un dispensaire central dans chacun de ses quatre arrondissements et de 20 dispensaires auxiliaires placés dans chaque chef-lieu de canton et rattachés aux dispensaires centraux munis d'un laboratoire et d'un service radiologique.

Dans le Finistère les actions des comités sont transférées au comité de défense antituberculeuse qui a fondé des dispensaires. Dans la Nièvre le transfert est réalisé vers le comité du dispensaire privé de Nevers, sous le nom d'Office départemental d'Hygiène sociale.

La Savoie, la Manche, les Basses-Pyrénées les comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux fusionnent avec des comités de dispensaires. Ces modes de dissolution permettent d'éviter les doubles emplois et doivent assurer une fluidité de l'organisation de la lutte antituberculeuse après-guerre.

Certains comités ont décidé de s'unir à d'autres œuvres pour former une fédération. La fédération coordonne une unité d'action tout en préservant l'individualité de ses entités qui peuvent en outre bénéficier de subventions d'État. Cette solution est adoptée dans le département du Tarn dont le Comité deviendra une section du Comité Général d'Assistance, dans le Cher dont le Comité devient la Ligue contre la Tuberculose, action de l'Alliance d'Hygiène

sociale, dans le département de la Loire-Inférieure dont le comité devient une branche de l'Office central contre la tuberculose et également dans le département de la Sarthe où le Comité adhère à une fédération des Œuvres de guerre, solution avantageuse au niveau des finances locales, mais qui n'apporte aucun concours à l'œuvre antituberculeuse.

Quelques comités ne trouvant pas sur place d'autres œuvres avec lesquelles soit se fondre, soit se fédérer ont décidé de se transformer en association privée à action élargie à l'ensemble de l'organisation antituberculeuse. Cette transformation permet de doter l'œuvre des avantages de la loi de 1901 sur les associations, de créer des dispensaires, de bénéficier de la loi Léon-Bourgeois de 1916, de conserver une section d'assistance aux anciens militaires et de bénéficier de subsides de l'État. Ainsi, le département de l'Ardèche crée l'Association de préservation contre la tuberculose, l'Ille-et-Vilaine crée l'Office départemental d'assistance et de la préservation antituberculeuse, le département de la Seine Inférieure crée le Comité départemental d'Assistance aux tuberculeux et le département du Vaucluse crée le Comité départemental antituberculeux.

Les comités du Gard, du Gers, de la Meurthe-et-Moselle, des Vosges veulent conserver la même formule juridique.

Un grand nombre de comités se transforment en dispensaires sous le bénéfice de la loi de 1916 qui offre le plus d'avantages en matière de subventions. C'est le cas de l'Ariège, des Alpes-Maritimes, des Basses-Alpes, des Hautes-Alpes, du Calvados, des Deux-Sèvres, du Doubs, du Loir-et-Cher, du Lot, du Lot-et-Garonne, de la Meuse, du Morbihan, des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Saône, de la Haute-Savoie, de la Seine, du Var, de la Haute-Vienne. Les départements des Hautes-Pyrénées, de la Seine-et-Oise et du Tarn-et-Garonne, créent en outre un dispensaire départemental. Toutefois cette forme de conversion se heurte au texte qui règle la composition du Conseil d'Administration dans la forme initiale de la loi Léon-Bourgeois qui exclut les membres des comités départementaux. C'est pourquoi certains comités départementaux se transforment en dispensaires privés en espérant qu'une modification de la loi leur permette une mutation en dispensaires publics.

Le département de la Seine, très peuplé est surchargé de besoins de sorte qu'aucune œuvre privée ne peut assurer une charge aussi lourde. Il fonde en juillet 1918 l'Office public d'Hygiène Sociale (OPHS) qui entreprend la création d'un réseau de dispensaires à Paris et en banlieue. En 1920, OPHS gère près d'une trentaine de dispensaires⁶²⁸. Les départements de la Seine, des Hautes-Pyrénées, de la Seine-et-Oise et du Tarn-et-Garonne constituent de leur propre initiative un Conseil d'administration ou un conseil de surveillance, de composition très large afin de donner à l'organisation prophylactique des garanties de compétences et d'indépendance.

Les inconvénients de ces conversions sont principalement d'ordres financiers. En effet, même lorsque les organisations antituberculeuses sont subventionnées par l'État, les départements supportent toujours une lourde charge pour permettre leur fonctionnement. D'autre part, le caractère officiel donné à l'existence des dispensaires risque de tarir les sources de la bienfaisance privée. Toutefois,

⁶²⁸ Armand Guillon, *Conférence internationale contre la tuberculose, Paris, 1920, op.cit.*, p. 133.

Armand Guillon (1880-1951), juriste de formation et directeur de l'OPHS de la Seine en 1918, à la conférence internationale contre la tuberculose de Paris en 1920, constate et déplore que la plupart des nouvelles fondations de prophylaxie antituberculeuses ont revêtu la forme de dispensaires privés dépendants d'associations déjà existantes, comme les sociétés de Croix Rouge ou de Comités nouveaux constitués sous la forme d'association de la loi de 1901.

« Il arrive comme dans l'Isère que les créations réalisées par des communes s'insèrent aux côtés de dispensaires privés dans le même réseau, contrôlé par l'Office départemental d'hygiène publique lors de sa mise en place... Certains départements restent longtemps à l'écart de ce mouvement d'implantation de dispensaires qui est loin d'être généralisé⁶²⁹. »

Ainsi la transformation des comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux n'est pas homogène. Chaque unité trouve dans la loi Léon-Bourgeois la nouvelle forme juridique qui lui permettra soit de trouver les ressources financières maximales, soit de s'organiser en collaboration avec une structure existante déjà opérante. Il semble difficile compte tenu de la diversité des statuts d'effectuer une classification synthétique. Mais à plus ou moins long terme, la plupart des comités départementaux se sont transformés en conseils d'administration de dispensaires privés et ont étendu leurs actions à l'ensemble de la population⁶³⁰.

6.2 La création des dispensaires favorisée par le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT)

L'augmentation du nombre des dispensaires a-t-elle permis une diminution franche de la mortalité tuberculeuse ? Les cas des départements du Nord, de la Seine-et-Marne et enfin de la Seine ont été choisis pour illustrer cette étude car ces départements utilisent des structures légales différentes et ont connu des départs plus ou moins tardifs en matière d'organisation antituberculeuse. Les comptes rendus des visiteurs du CNDT chargés de mesurer l'activité prophylactique dans les départements français à partir de l'année 1923 ont étayé les données utilisées pour élaborer cette partie.

6.2.1 Le CNDT pointe les difficultés du département du Nord

Les deux graphiques suivants indiquent que la mortalité tuberculeuse lilloise est en nette diminution de 1895 à 1911 mais connaît une recrudescence pendant les années de guerre pour diminuer à nouveau de 1917 à 1923. La population lilloise évolue légèrement de 1897 jusqu'aux années de guerre et reste stable de l'année 1919 l'année à 1921.

⁶²⁹Olivier Faure, Dominique Dessertine, *Combattre la tuberculose, op.cit.*, p. 63.

⁶³⁰Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.532.

Figure 71- Evolution de la population lilloise de 1887 à 1923⁶³¹

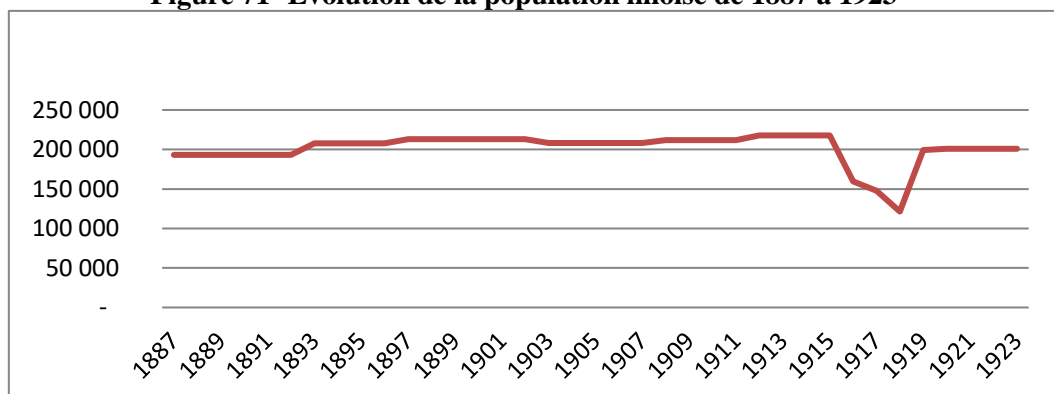
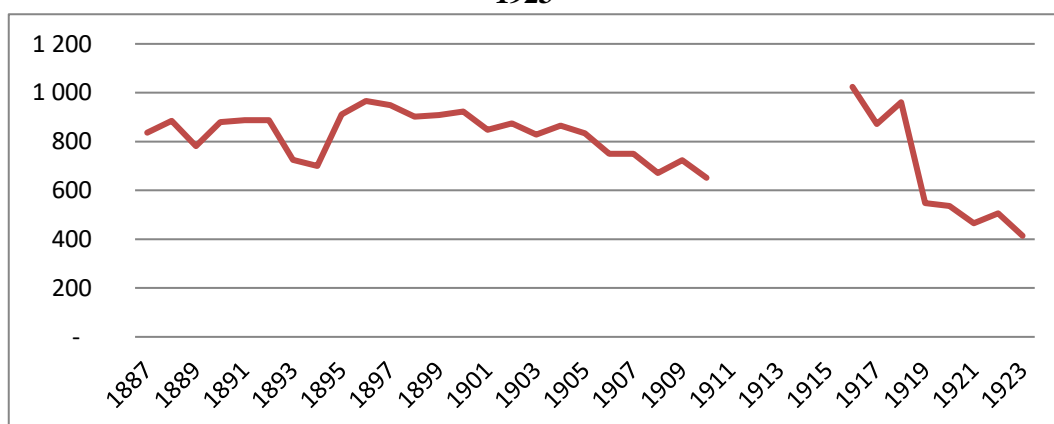


Figure 72- Mortalité par tuberculose et bronchites chroniques à Lille de 1887 à 1923⁶³²



Dès 1901, le département du Nord est un pionnier de la prophylaxie antituberculeuse avec la création du dispensaire Emile-Roux créé et administré dans les premières années de son fonctionnement par Albert Calmette fondateur de la Ligue du Nord. Ce département compte en 1921 cinq dispensaires en activité. Deux dispensaires sont installés dans la ville de Lille, et un dispensaire dans les villes de Douai, Roubaix et Valenciennes.

Le docteur Evrot, directeur technique du CNDT, effectue des visites aux dispensaires, sanatoria, écoles d'infirmières-visiteuses et rend des conclusions sensées demeurer confidentielles au comité directeur du CNDT sur le fonctionnement des organismes départementaux chargés de la défense antituberculeuse. Dans son rapport, l'enquêteur considère que la Ligue du Nord, association chargée de l'organisation antituberculeuse n'a pas assez d'envergure car elle est constituée d'une élite non représentative de l'ensemble de la population nordiste. Le docteur Evrot estime en outre qu'elle manque d'adhérents pour la gestion prophylactique d'un département dont la densité de population et le nombre de familles nombreuses restent élevés. Le directeur technique du CNDT semble reprocher sous le couvert de critiques de fonctionnement de la Ligue du Nord l'absence d'un comité départemental formaté par le comité directeur. Les critiques sont d'autant plus acerbes que le

⁶³¹ Institut Pasteur de Paris, Statistiques du Nord, boîte d'archives CNDT.DPT 50.

⁶³² *Ibid.*

dispensaire Emile-Roux de Lille est souvent désigné dès son ouverture en 1901 comme le modèle de dispensaire à la française et qu'Albert Calmette est une figure emblématique de la lutte contre la tuberculose.

Le directeur technique du CNDT s'interroge sur le fonctionnement de dispensaires privés à Roubaix et à Douai complètement autonomes par rapport à la Ligue du Nord et dirigés par des comités locaux composés seulement de quatre ou cinq personnes. Il souligne la faible implication financière du département du Nord dont il considère les subventions insuffisantes proportionnellement à la population concernée ainsi que le faible nombre d'infirmières-visiteuses. Il déplore l'absence d'installations techniques et regrette que le service médical des dispensaires soit exercé par des médecins libéraux. Le docteur Evrot énonce les chiffres pour l'année 1920 des consultants pris en charge dans l'agglomération formée par les communes de Lille, Roubaix et Douai dont la population en 1920 est évaluée à 400 000 habitants.

Nombre de consultants et de tuberculeux pris en charge dans les dispensaires de Lille, Roubaix et Douai en 1920

Villes	Dispensaires	Consultants	Tuberculeux pris en charge ⁶³³
Lille	Emile Roux	431	89 soit 21% des consultants
	Louise de Marillac	204	20 soit 10% des consultants
Roubaix		226	61 soit 27% des consultants
Douai		111	48 soit 43% des consultants

218 tuberculeux sont pris en charge sur une population totale de 400 000 habitants, la rentabilité de ces quatre dispensaires est incontestablement très basse. C'est pourquoi le docteur Evrot s'alarme du faible pourcentage des patients tuberculeux suivis parmi les consultants lillois. Il évoque un manque d'efficacité du travail des infirmières-visiteuses qui ne parviennent pas à concentrer leurs efforts sur le cas des seuls patients tuberculeux et doute du bon fonctionnement des deux dispensaires Emile-Roux et Louise-de-Marillac opérant à Lille. Les conclusions du docteur Evrot paraissent graves.

« Si l'on recherche les raisons de cette situation on est forcément amené à conclure : ou qu'elle tient à des déficiences du service technique ou qu'elle est due à une compréhension erronée du travail du dispensaire⁶³⁴. »

Si la compétence des médecins n'est pas remise en cause, c'est la deuxième option qu'Evrot retient à savoir une conception erronée du travail des dispensaires qui laissent inscrits sur la liste des consultants des enfants malingres, mal nourris prédisposés à la tuberculose mais pas encore malades. Les conclusions de l'enquêteur du CNDT sont claires et visent à repréciser l'action des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse. Le dispensaire doit rester avant tout un lieu de prophylaxie antituberculeuse et se démarquer fermement des institutions de charité.

Le docteur Evrot préconise une restructuration de la direction de la Ligue du Nord, des installations radioscopiques et pour les nouveaux dispensaires un

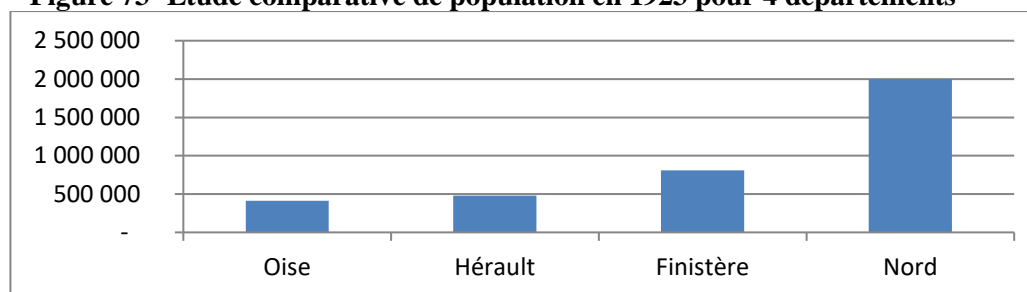
⁶³³ Archives de l'Institut Pasteur, boîte CNDT.DPT 50 Nord.

⁶³⁴ *Ibid.*

fonctionnement avec un médecin spécialisé dans la prophylaxie tuberculeuse, sans clientèle privée.

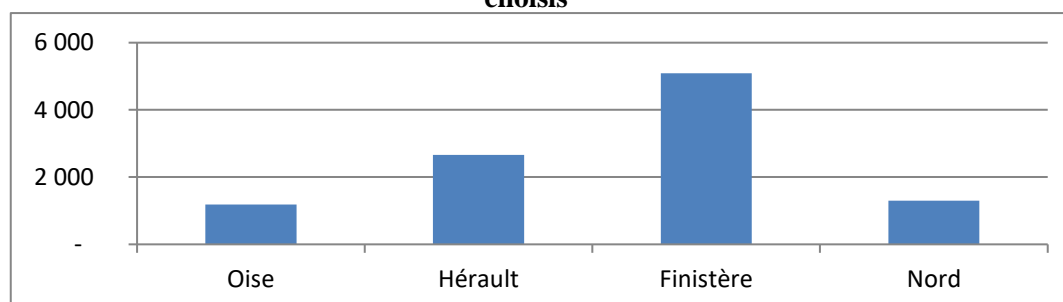
Deux ans après la visite du docteur Evrot le département du Nord poursuit sa reconstruction et développe une activité industrielle importante. Il compte en outre 13 dispensaires. En 1923, une étude complémentaire aux conclusions rendues en 1921 par le docteur Evrot, établit des points de comparaison pour évaluer l'efficacité de l'action prophylactique des départements visités par le CNDT. Cette étude permet le calcul d'un taux de 6% de tuberculeux dépistés par les dispensaires du Nord quand le taux de tuberculeux dépistés atteint 41% dans l'Oise, 54% dans l'Hérault ou 62% dans le Finistère, alors même que les départements de l'Oise, de l'Hérault et du Finistère sont moins importants en termes de nombre d'habitants, moins riches et nouvellement dotés de structures antituberculeuses.

Figure 73- Etude comparative de population en 1923 pour 4 départements⁶³⁵



Le graphique présenté ci-dessus permet de mettre en perspective la population totale de chacun des départements comparés dans le cadre de cette analyse. Le graphique présenté ci-dessous indique le nombre de tuberculeux suivis dans chacun des départements concernés pour effectuer une comparaison.

Figure 74- Tuberculeux suivis pendant l'année 1923 pour les 4 départements choisis⁶³⁶

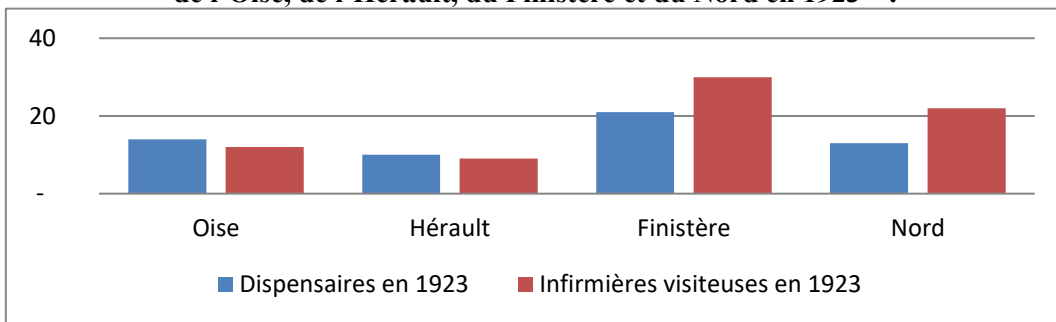


L'écart entre la population et le nombre de tuberculeux suivis constaté dans le Finistère et le département du Nord est important. Pour une population de moins de 1 000 000 d'habitants le département du Finistère s'occupe de 5 000 tuberculeux. Le département du Nord, deux fois plus peuplé effectue le suivi de quelques 1 100 tuberculeux soit presque 5 fois moins.

⁶³⁵ *Ibid.*

⁶³⁶ *Ibid.*

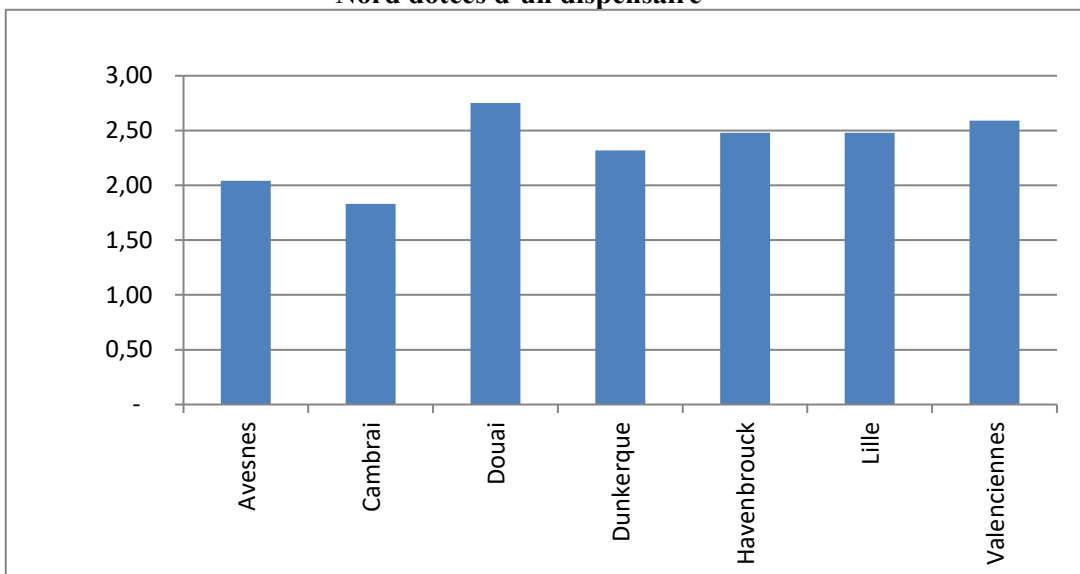
Figure 75- Nombre de dispensaires et d'infirmières visiteuses pour les départements de l'Oise, de l'Hérault, du Finistère et du Nord en 1923⁶³⁷.



Les statistiques pour l'année 1923 révèlent des chiffres significatifs. Les 13 dispensaires du département du Nord ont suivi pour l'année 1923, 1302 tuberculeux alors que dans le même temps, les 14 dispensaires du département de l'Oise ont suivi 1182 malades et les 10 dispensaires de l'Hérault ont suivi 2660 tuberculeux. Le calcul du nombre de tuberculeux suivis par dispensaire en 1923 pour les quatre départements mis en comparaison par les services du CNDT donnent les résultats suivants : 84 dans le département de l'Oise, 266 dans le département de l'Hérault, 242 dans le département du Finistère et 100 dans le département du Nord.

L'analyse des relevés pratiqués dans les villes du département du Nord équipées d'un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse aboutissent aux représentations suivantes :

Figure 76- Mortalité tuberculeuse pour 1 000 habitants en 1923 pour les villes du Nord dotées d'un dispensaire⁶³⁸



L'arrondissement de Cambrai qui connaît le chiffre de la mortalité tuberculeuse le plus bas est presque entièrement rural tandis que les arrondissements de Douai

⁶³⁷ *Ibid.*

⁶³⁸ *Ibid.*

et de Valenciennes qui enregistrent les chiffres de la mortalité tuberculeuse les plus élevés sont des centres industriels et miniers. L'activité de l'arrondissement de Dunkerque est axée autour de trois pôles : le port de Dunkerque, l'agriculture et l'industrie. L'arrondissement de Lille a des activités industrielles et agricoles. Ces chiffres semblent une nouvelle fois montrer que les conditions de vie et d'hygiène difficiles liées aux professions industrielles et minières impliquent une surmortalité tuberculeuse plus élevée que celle relevée dans les zones rurales.

En 1924, Les représentants de la Ligue du Nord, émus de la publicité faite au rapport du docteur Evrot auprès notamment du préfet du Nord, des conseillers généraux et de leurs relations, répliquent aux conclusions de l'enquêteur du CNDT et rappellent que contrairement aux départements de l'Hérault ou du Finistère, le département du Nord, envahi et malmené par les troupes ennemies, a été très affaibli par la guerre 14-18 et que le Conseil Général consacre des fonds importants à sa reconstruction. L'insuffisance du nombre des infirmières-visiteuses est largement constatée et déplorée par la Ligue du Nord qui comprend que le choix géographique des jeunes femmes se porte vers des départements mieux équipés matériellement. Les membres directeurs de la Ligue du Nord se placent sous l'autorité du fondateur de leur association, Albert Calmette et affirment leur volonté d'améliorer l'efficacité de la lutte antituberculeuse du département du Nord. Ils contestent les points relatifs au fonctionnement de leur association et soulignent la volonté des médecins de ne pas voir affecter des praticiens exclusivement au fonctionnement des dispensaires.

Toutes ces discussions ont peut-être permis de faire évoluer le dispositif antituberculeux du département du Nord. La Ligue du Nord toujours présente est désormais épaulée à partir de l'année 1926 par le Comité Départemental de Préservation Antituberculeuse instauré par le Conseil général du Nord. Cette nouvelle organisation compte 26 dispensaires qui fonctionnent en 1926 et 16 en cours de réalisation⁶³⁹.

6.2.2 La prophylaxie en Seine-et-Marne, du privé au public

L'œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, section départementale du CNDT est un organisme privé qui prend la suite en 1920 du Comité Départemental d'Assistance aux Militaires Tuberculeux fondé en Seine-et-Marne le 30 juin 1916⁶⁴⁰. Le Comité départemental voue dans un premier temps son action à la distribution de secours alimentaires avant d'envisager plus directement la lutte contre la tuberculose.

L'Œuvre Seine-et-Marnaise se déclare insuffisamment dotée financièrement pour parachever son action contre la tuberculose. D'autre part, l'association manque d'installations techniques et ne bénéficie pas d'un service médical stable. Mais la réalité du terrain montre des défaillances organisationnelles pointées par le docteur Evrot, dans son rapport rendu au CNDT en juillet 1920⁶⁴¹. Evrot souligne

⁶³⁹ Vansteenberghé, *Les dispensaires antituberculeux, affiliés au Comité départemental et à la Ligue du Nord contre la tuberculose*, Société d'édition du Nord, Lille, 1926.

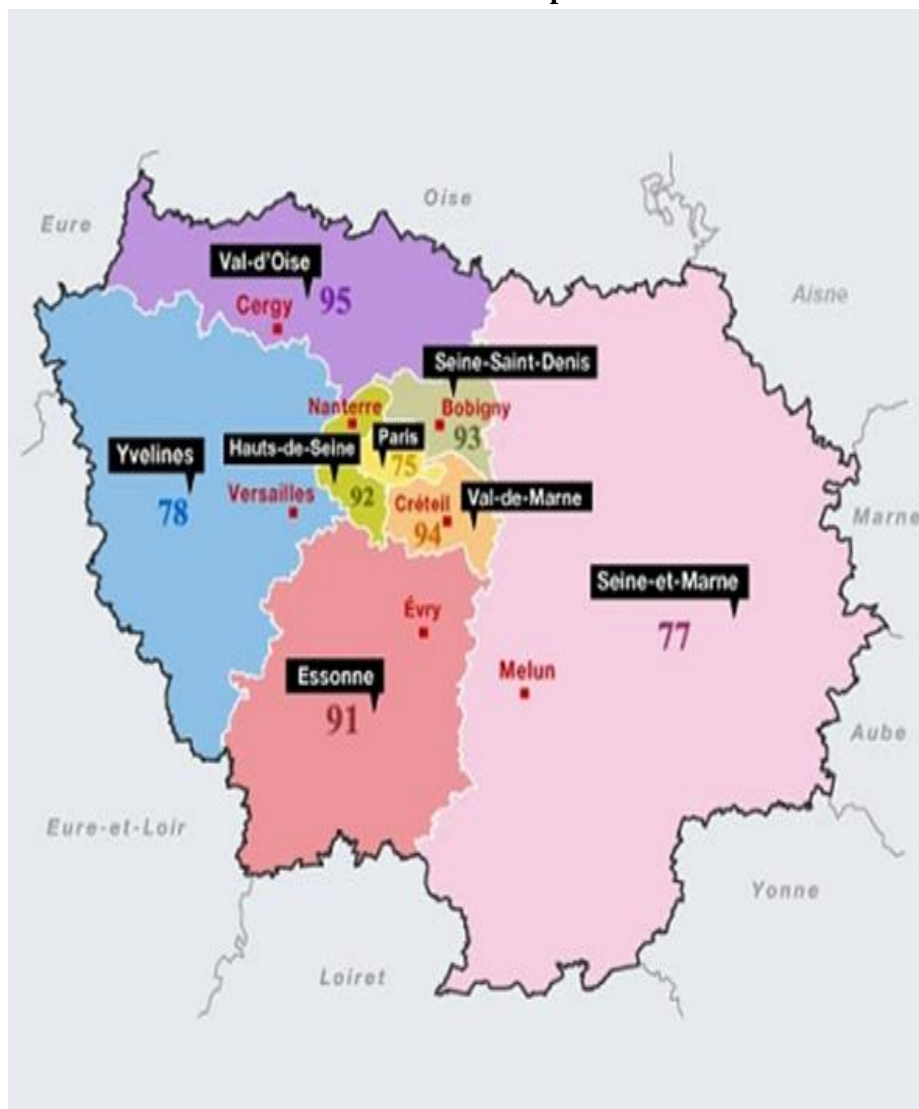
⁶⁴⁰ Archives départementales de Seine-et-Marne, boîte Xp1097, œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (1920-1925).

⁶⁴¹ Archives de l'Institut Pasteur de Paris, boîte d'archive DPT Seine-et-Marne.

les difficultés de l'action de l'Œuvre liées au manque de communications entre les 5 arrondissements à savoir l'arrondissement de Meaux qui est le plus important puisqu'il possède trois agglomérations de plus de 5 000 habitants Chelles, Lagny, la Ferté-sous-Jouarre, l'arrondissement de Coulommiers, l'arrondissement de Provins, l'arrondissement de Fontainebleau avec deux villes de plus de 5 000 habitants, Nemours et Montereau dont la population proche des 15 000 habitants connaît un essor industriel important et l'arrondissement de Melun. Le docteur Evrot note également l'hostilité du corps médical Seine-et-Marnais vis-à-vis des dispensaires.

La carte suivante permet de visualiser la proximité du département de la Seine-et-Marne avec les autres départements limitrophes de Paris. Elle montre également l'importante superficie de ce département et la distance qui sépare les villes situées au nord de celles situées au sud de la Seine-et-Marne, soit 116 kilomètres.

Carte 6- La Seine-et-Marne et les départements voisins.⁶⁴²



⁶⁴² Site Internet, www.cartefrance.blogspot.com consulté en novembre 2017.

L'inspecteur du CNDT recense les personnalités politiques sur lesquelles pourrait s'appuyer une réorganisation de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Marne. Il liste les noms du préfet, du secrétaire général de la préfecture, le président du comité départemental et le député Lugol. Il procède à des visites dans les arrondissements de Meaux, Coulommiers, Fontainebleau et Melun et fournit un compte rendu de la situation en 1920 dans lequel il préconise des actions pour lancer la création de dispensaires inexistantes dans le département à cette date. Vingt ans après l'ouverture des premiers dispensaires antituberculeux à Paris et dans le département du Nord, aucun établissement de ce type n'est ouvert dans le département de la Seine-et-Marne. Ainsi l'arrondissement de Meaux n'est doté d'aucune structure prophylactique bien que le nombre des décès de l'hôpital soit expliqué pour un tiers d'entre eux par la mortalité tuberculeuse. A Coulommiers, comme à Meaux et à Fontainebleau, l'hôpital ne possède pas de salle d'isolement pour les tuberculeux. Le docteur Evrot cible les priorités du département. Montereau lui semble être la ville la plus nécessitante pour la création d'un dispensaire car cette ville est habitée pour une grande part d'une population ouvrière. Il évalue avec les autorités locales les possibilités d'installation de dispensaires, souvent dans une annexe de l'hôpital. L'année suivante, en 1921, il constate l'évolution de la situation en Seine-et-Marne ; rien n'a été fait à Provins, Montereau, Melun. A Coulommiers cependant, le dispensaire est inauguré le 4 septembre 1921 dans de vastes baraquements militaires en briques. En 1922, le département compte trois dispensaires installés à Coulommiers, Melun et Provins. En mars 1923 la ville de Montereau est à son tour dotée d'un dispensaire. Le nombre des tuberculeux inscrits à la fin du mois de Juin 1923 s'établit de la manière suivante :

Nombre des consultants et des tuberculeux suivis à Melun, Coulommiers, Provins et Montereau en 1923⁶⁴³

Dispensaire de Melun	105 consultants dont 17 tuberculeux
Dispensaire de Coulommiers	99 consultants dont 50 tuberculeux
Dispensaire de Provins	60 consultants dont 24 tuberculeux
Dispensaire de Montereau	50 consultants dont 12 tuberculeux

Entre 1920 et 1923, 9 dispensaires sont créés en Seine-et-Marne à Coulommiers avec des annexes à La Ferté-sous-Jouarre et à Rebais, Lagny, Provins, Fontainebleau, Montereau, Moret-sur-Loing, Nemours et Bourron-Marlotte. En 1924, 9 nouveaux dispensaires sont en voie de création à Meaux, Lisy-sur-Ourcq, Dammartin-en-Goëlle, La Ferté-Gaucher, Bray-Sur-Seine, Nangis, Tournan, La Chapelle-La-Reine et Château-Landon.

Une dynamique prophylactique semble être mise en œuvre en Seine-et-Marne. La persévérance du docteur Evrot porte des fruits.

Le président de l'Œuvre Seine-et-Marnaise d'Hygiène Sociale et de Préservation Antituberculeuse envoie une lettre destinée aux maires et industriels du département afin de recevoir des dons pour alimenter l'action antituberculeuse. Il fonde ses demandes sur les quelques 53 000 francs de dépenses réalisées pour cette cause pour le seul premier trimestre 1923 dont plus de 30 000 francs sont

⁶⁴³Archives départementales de Seine-et-Marne, Boîte xp1462 Création d'un office départemental d'hygiène sociale, 1924-1925.

couverts par les fonds propres de l'Œuvre. Ce montant inclus les frais de premières installations des dispensaires nouvellement créés. Aux industriels il met en avant l'utilité de bénéficier d'une population bien portante afin que les ouvriers et ouvrières sains ne transmettent pas la tuberculose au personnel de l'usine. L'activité des dispensaires a pris son essor comme en témoigne le tableau de l'activité de ces établissements pour la fin de l'année 1924 :

Figure 77- Activité des dispensaires en Seine-et-Marne en 1924.
Compte rendu de la séance tenue le 10 décembre 1924 par le comité directeur⁶⁴⁴

Villes	Nombre des malades	Nourrissons	Appointments des infirmières visiteuses	Honoraires Docteurs	Pharmacie et Suralimentat	Prime Nourrissons	Frais de fonctionnement	Totaux
Coulommiers Rebais La Ferté	155		2 475,00	735,00	415,00		1 003,10	4 628,10
Melun	149		2 875,00	375,00	382,70		490,95	4 123,65
Provins	122	113	2 500,00	585,00	39,00		420,40	3 544,40
Fontainebleau		112			511,00	655,00	350,95	1 516,95
Bourron								
Moret sur L		52		300,00	681,85	260,00	127,65	1 369,50
Nemours		92		300,00		460,00	706,55	1 466,55
Montereau	59	116			577,90	1 030,00	74,10	1 682,00
Lagny	103		1 250,00	450,00			380,15	2 080,15
Analyses							273,00	273,00
Totaux	588	485	9 100,00	2 745,00	2 607,45	2 405,00	3 826,85	20 684,30

Le total des frais par malade suivi s'élève à environ 35 francs pour l'année 1924. Les examens radiologiques sont réalisés à l'hôpital de Melun au tarif de l'AMG (Assistance Médicale Gratuite) soit 45 francs par radio. Le docteur Evrot propose un tarif par séance de radiologie : 60 francs sur lesquels 30 francs sont affectés à l'hôpital et 30 francs sont attribués au radiologue. Marthe Hebert⁶⁴⁵, une infirmière-visiteuse qui rédige un recueil de souvenirs écrit dans son livre que chaque séance de radiologie permet jusqu'à 12 examens ce qui réduit considérablement le coût de la radio.

Chaque dispensaire doit bénéficier des services d'une visiteuse diplômée dont le recrutement est le résultat d'une demande de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques, comme le montre le document ci-après. L'infirmière-visiteuse postulante doit avoir suivi une formation adéquate. La jeune femme a été formée à l'école du CNDT et diplômée en mars 1922.

⁶⁴⁴Archives départementales de Seine-et-Marne, boîte xp1462, *Fonctionnement des dispensaires de l'œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse*.

⁶⁴⁵Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose, Ah ! si tous étaient dépistés à temps ! Souvenirs d'une infirmière-visiteuse*, Editions SPES, Paris, 1932.

Figure 78- Demande de renseignements avant l'embauche au dispensaire d'une infirmière-visiteuse dans le département de Seine-et-Marne ⁶⁴⁶

REPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DE L'ASSISTANCE ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES
DE SEINE-ET-MARNE

OBJET :
Infirmières-
visiteuses-

DEMANDE

Melun, le 20 février 1922

Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques
de Seine-et-Marne à Mademoiselle DELALANDE
Infirmière-Visiteuse, Dispensaire
d'Hygiène Sociale de MELUN.

Pour me permettre d'établir votre dossier, au cours de l'organisation des Dispensaires d'Hygiène Sociale en Seine-et-Marne, je vous prie de vouloir bien me fournir les renseignements suivants :

- 1) Nom, prénoms ?
- 2) Date et lieu de naissance ?
- 3) Date du diplôme ? Docteur en Médecine ?
Faculté ?
- 4) Date de l'ouverture du Dispensaire ?

Veuillez agréer, Mademoiselle, l'assurance de ma considération distinguée.

A Melun, le
L'Infirmière-Visiteuse,
Delalande

Retourner la présente demande à M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques de Seine-et-Marne, à Melun.

DIRECTION DE L'ASSISTANCE
 19 MARS 1922
 REPONSE

Jeanne Delalande
Infirmière-Visiteuse à Melun
Infirmière chef de l'Union de Melun

Delalande Jeanne, Marie-Angélique
19 Février 1875 à Chinon, Indre et Loire
Infirmière-Visiteuse Juillet 1921
Ecole du Comité National
2 mars 1922

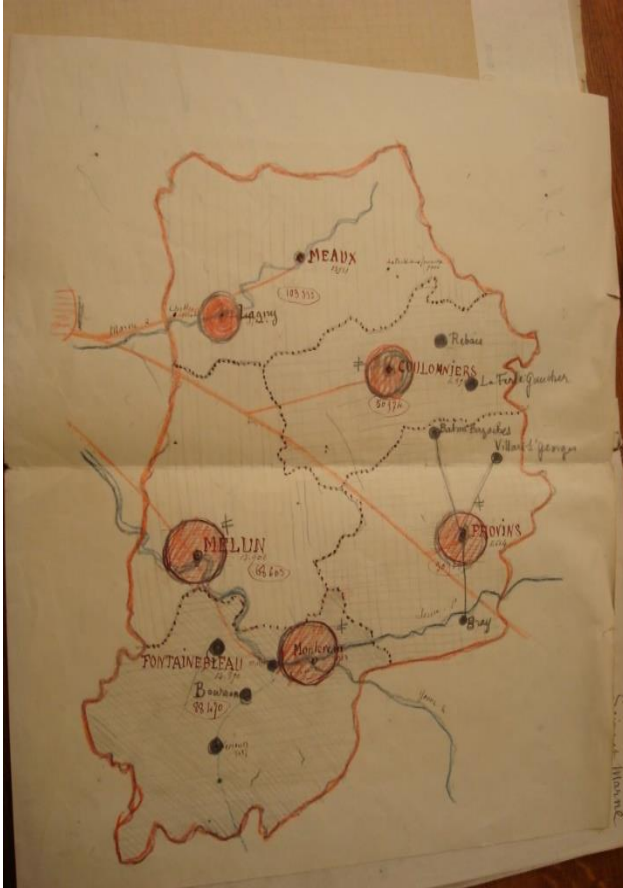
52 1 9012

Afin que le combat contre la tuberculose prenne une nouvelle dimension en Seine-et-Marne, l'action publique se substitue à l'action privée. Ainsi, l'Office Départemental d'Hygiène Sociale créé le 1^{er} octobre 1925, poursuit l'action prophylactique antituberculeuse de l'Œuvre Seine-et-Marnaise avec pour mission d'augmenter le nombre de dispensaires, de distinguer des dispensaires principaux et des dispensaires secondaires en étendant leur action à tous les services de l'hygiène sociale. Il s'agit d'une réorganisation des actions de l'hygiène sociale de la lutte antituberculeuse initiée par le Conseil Général. L'Inspection départementale d'Hygiène est créée dans cette mouvance en décembre 1925 avec à sa tête le docteur Forestier, ancien médecin des dispensaires de l'Hérault. Les moyens financiers viennent appuyer cette transformation. La Commission Rockefeller fait une promesse de subvention de 225 000 francs renouvelable pendant plusieurs années tandis que le Conseil Général vote un crédit de 300 000 francs imputable à cette nouvelle organisation.

⁶⁴⁶Archives départementales de Seine-et-Marne, Boîte xp1462 *Création d'un office départemental d'hygiène sociale, 1924-1925.*

En 1926, les sept dispensaires principaux, Coulommiers, Fontainebleau, Meaux, Melun, Provins, Montereau et Nemours sont dotés d'un appareil radiologique de type Gaiffe⁶⁴⁷.

Carte 7- Carte du département de Seine-et-Marne avec l'emplacement des dispensaires⁶⁴⁸



Voici la carte du département de Seine-et-Marne représentée schématiquement, aux crayons de couleurs, en 1926 pour illustrer la place des établissements de la lutte contre la tuberculose, installés dans ce département. Les cercles rouges montrent l'emplacement de dispensaires principaux.

Les locaux dans lesquels sont placés les dispensaires restent dans certains cas sommaires

Ainsi à Melun, il est prévu de procéder à un aménagement de la « baraque », tel est le terme utilisé dans le rapport Evrot, où le dispensaire est installé dans une annexe de l'hôpital.

Le dispensaire de Coulommiers est logé dans un baraquement en planches révèle le rapport de l'inspecteur du CNDT. Les autres dispensaires Seine-et-Marnais mieux lotis nécessitent toutefois des aménagements pour recevoir les matériels médicaux et être mis aux normes des établissements conçus suivant un plan type proposé par la Commission Rockefeller.

L'Office travaille avec le concours de l'assistance et de l'autorité militaire qui fournit aux dispensaires les noms et adresses des réformés et pensionnés pour tuberculose. Mais depuis la dissolution de l'Œuvre Seine-et-Marnaise, les personnalités qui s'occupaient à titre privé de la lutte antituberculeuse se sont retirées, preuve semble-t-il que le passage de l'action philanthropique privée durablement inscrite dans la tradition bourgeoise et chrétienne d'avant-guerre, à

⁶⁴⁷Vers 1920, la société Gaiffe-Gallot et Pilon est l'un des principaux établissements de construction d'appareils scientifiques. Elle devient ensuite la Compagnie Générale de Radiologie. Le tube à rayons X Gaiffe-Gallot permet de réduire le rayonnement diffusé rendant l'appareil moins dangereux tant pour le médecin que pour le patient. Site Internet www.cite-sciences.fr consulté le 21/11/2015.

⁶⁴⁸ Archives de l'Institut Pasteur de Paris, boîte CNDT, DPT de Seine-et-Marne.

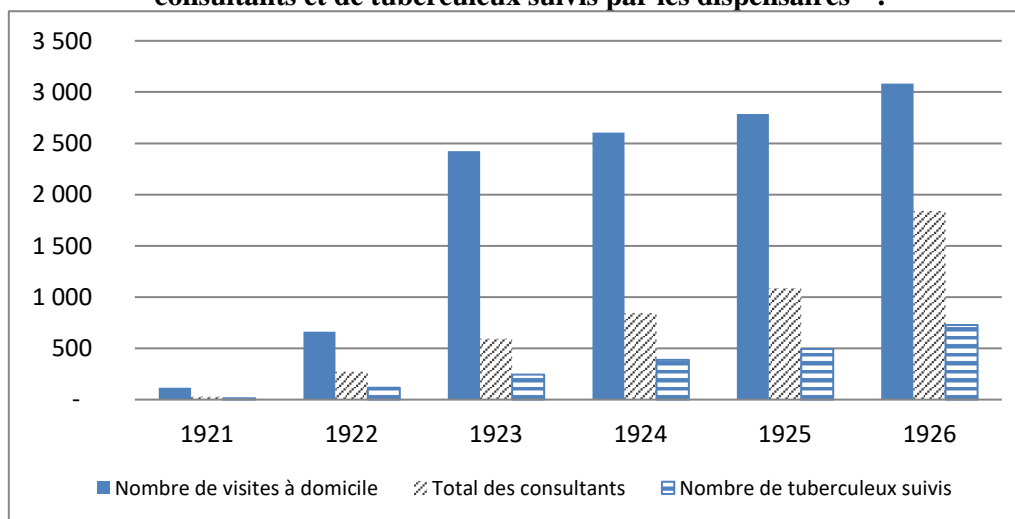
l'action publique républicaine ne s'est pas réalisé sans heurts. De plus, il n'existe pas de comités locaux autour des dispensaires. L'Office doit donc faire un important travail pour faire revenir les bénévoles et regagner à sa cause les concours privés. Seuls des résultats tangibles de l'Office permettront ce résultat d'autant que la présence au sein de l'Office départemental du docteur Decourt, membre dirigeant du Syndicat médical a facilité le rapprochement entre le corps médical et l'organisation antituberculeuse. Les médecins se sont en outre engagés à diriger leurs malades tuberculeux vers les dispensaires, ce qui constitue un grand pas en avant en matière de prophylaxie comme en témoignent les chiffres présentés ci-dessous :

Tableau 79- L'hygiène sociale en Seine-et-Marne de 1922 à 1926 ⁶⁴⁹

Années	Consultations		Inscrits au 1er jour de l'année		Nouveaux inscrits		Consultants restants inscrits au dernier jour de l'année	
	Séances	Consultations données	Total	Tuberculeux	Total	Tuberculeux	de l'année	
							Total	Tuberculeux
1922	135	866			231	95	205	63
1923	197	1 169	205	63	342	148	362	141
1924	274	1628	316	141	415	212	524	232
1925	256	1656	524	232	436	194	784	368
1926	319	2679	755	187	992	333	1062	425

Le graphique suivant montre l'évolution de l'activité des dispensaires Seine-et-Marnais entre 1921 et 1926.

Tableau 79b- Département de Seine-et marne, nombre de visites à domicile, de consultants et de tuberculeux suivis par les dispensaires⁶⁵⁰.



Le nombre des visites à domicile est semble-il lié à l'éloignement des dispensaires pour une population qui habite des zones de campagne. Pour être pleinement efficaces les dispensaires doivent assurer la surveillance des familles et donc les infirmières-visiteuses effectuent un grand nombre de visites chez

⁶⁴⁹L'Hygiène sociale en Seine-et-Marne, Office national d'hygiène sociale, Imprimerie Charles Botton, Neuilly-sur-Seine, 1927.

⁶⁵⁰Ibid.

l'habitant. Il convient toutefois de relativiser l'image de cette représentation. En 1926, 758 tuberculeux sont suivis dans les dispensaires du département de la Seine-et-Marne qui compte à cette date une population totale de 380 017 habitants⁶⁵¹. Afin de donner à cette étude une meilleure lisibilité, une comparaison est effectuée entre le nombre des tuberculeux suivis dans les dispensaires avec la population totale des départements du Nord, de la Seine-et-Marne précédemment étudiés et de la Seine dont l'étude fait l'objet du paragraphe suivant.

Figure 80- Population totale et nombre de tuberculeux suivis dans les départements du Nord, de la Seine-et-Marne et de la Seine en 1926.⁶⁵²

Pour l'année 1926	Population totale du département	Tuberculeux suivis dans le département
Seine	4 628 637	52 649
Nord	1 939 182	2 194
Seine-et-Marne	380 017	758

Le calcul du nombre de tuberculeux suivis dans les dispensaires ramenés à 10 000 habitants par département permet d'obtenir les résultats suivants :

114 pour 10 000 habitants dans le département de la Seine,
 11 pour 10 000 habitants dans le département du Nord et
 20 pour 10 000 habitants dans le département de la Seine-et-Marne.

Ces chiffres semblent à nouveau montrer la faible proportion de la population suivie pour tuberculose dans le département du Nord et les débuts encourageants de l'activité des premiers dispensaires installés en Seine-et-Marne. Le département de la Seine atteint un score important, est-ce le résultat de la mise en place d'une organisation prophylactique régit par une administration publique, disposant de moyens en personnels et financiers plus importants ?

6.2.3 Le département de la Seine de mieux en mieux équipé

L'Office Public d'Hygiène Sociale (OPHS) est créé dans le département de la Seine en 1919. A cette date, ce département est constitué depuis le 4 mars 1790 de Paris et de communes qui figurent sur la carte présentée ci-dessous. Cette carte indique l'ensemble des municipalités qui composent avec Paris le département de la Seine jusqu'à la réorganisation de l'année 1964⁶⁵³.

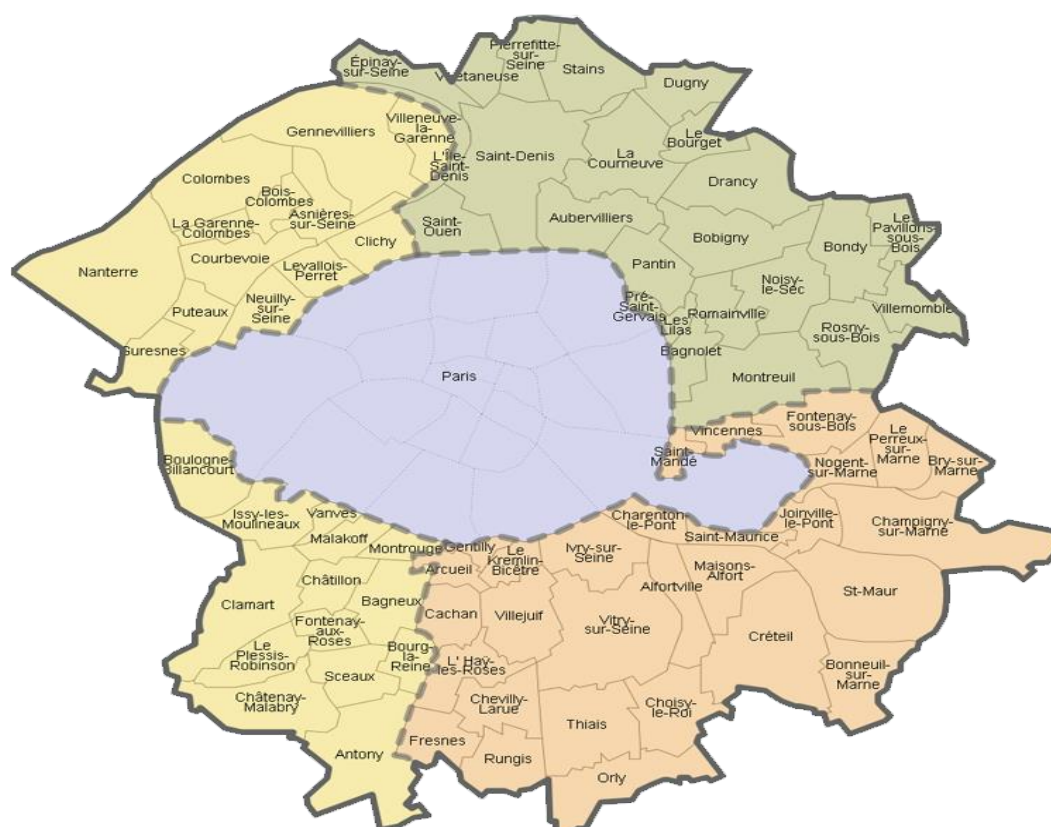
⁶⁵¹ *Annuaire statistique de la France*, Mouvements de population, population légale le 7 mars 1926, annuaire 1928.

⁶⁵² *Ibid.*

⁶⁵³ Loi n°64-707 du 10 juillet 1964 portant sur la réorganisation de la région parisienne. « La région parisienne est composée de la ville de Paris, des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-St-Denis, du Val-de-Marne, de l'Essonne, des Yvelines, du Val-d'Oise et du département de la Seine-et-Marne. Les départements de la Seine et de la Seine-et-Oise sont supprimés. »

Site <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 15 octobre 2019.

Carte 8- Région parisienne : le département de la Seine de 1790 à 1964⁶⁵⁴



L'OPHS est un organisme départemental rattaché à la Direction de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance sociale. Son règlement intérieur stipule qu'il est le seul organisme qualifié pour exercer dans les conditions fixées par les lois du 15 avril 1916 sur les dispensaires et du 7 septembre 1919 sur les sanatoria, l'intervention publique dans l'agglomération parisienne en matière de prophylaxie des maladies transmissibles et principalement de la tuberculose⁶⁵⁵. L'OPHS a pour mission d'organiser en accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance et en relation avec les œuvres privées, des consultations gratuites pour les malades privés de ressources pour enrayer la propagation des maladies transmissibles et plus spécialement de la tuberculose. Un schéma synthétique de l'activité de l'OPHS établi par Henri Sellier⁶⁵⁶, explique les différentes missions de cet organisme et notamment la place centrale des dispensaires au sein de ce mécanisme de prophylaxie antituberculeuse mais aussi antisiphilitique. Henri Sellier est président du

⁶⁵⁴Site Internet www.elec.enc.sorbonne.fr/monumentshistoriques. PV Ecole des Chartres consulté le 15 octobre 2019.

⁶⁵⁵Règlement intérieur de l'Office Public d'Hygiène Sociale, 1933, p.1.

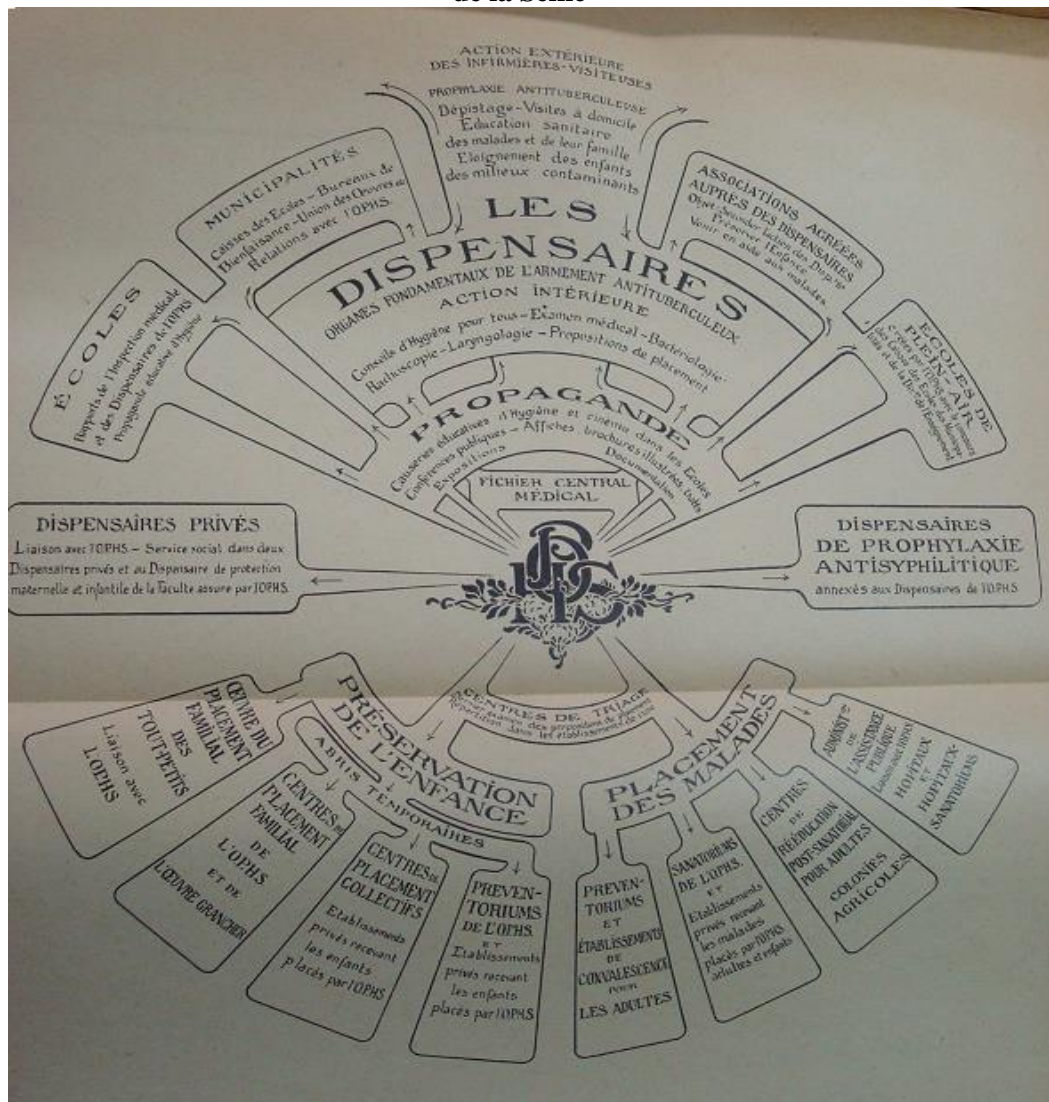
⁶⁵⁶Sellier Henri, né le 22 décembre 1883 à Bourges (Cher), décédé le 24 novembre 1943, Sénateur de la Seine de 1935 à 1943. Il est ministre de la Santé Publique du 4 juin 1936 au 21 juin 1937. Fils d'un ouvrier de l'arsenal de Bourges Henri Sellier fit ses études au lycée de la ville comme boursier, entra dans un bon rang à H.E.C. et fit une licence de droit. Conseiller municipal de Puteaux de 1909 à 1919, il est élu en 1910 conseiller général pour le canton de Puteaux, il est réélu en 1912 et en 1919, en 1925, le canton de Puteaux ayant été subdivisé, il est élu dans la 2^{ème} circonscription- Suresnes et Nanterre-Sud - et réélu en 1929 et 1935. Rapporteur général du budget départemental de la Seine de 1917 à 1920, In Jean Jolly, *Extrait du Dictionnaire des Parlementaires français*, (1960/1977).

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Conseil général en 1927-1928. Actif dans nombre de commissions, il est administrateur-délégué de l'Office départemental d'H.B.M. et secrétaire général des offices de placement et d'hygiène. A partir de 1919, il est maire de Suresnes sans interruption jusqu'en 1940. Le 4 juin 1936, il est ministre de la Santé Publique dans le 1^{er} cabinet Blum et s'emploie surtout à mettre de l'ordre dans une législation embrouillée. Au Palais du Luxembourg, il est membre de la commission d'administration et de la commission d'hygiène sociale ; il dépose de nombreuses propositions de lois sociales.

Les dispensaires de l'OHS régulent les activités prophylactiques des municipalités, des écoles, des associations agréées auprès des dispensaires, des écoles de plein-air qui ont pour but de protéger les enfants sains d'un milieu malsain. Les infirmières-visiteuses constituent le lien entre le dispensaire et l'extérieur.

Figure 81- Schéma de l'activité de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine⁶⁵⁷



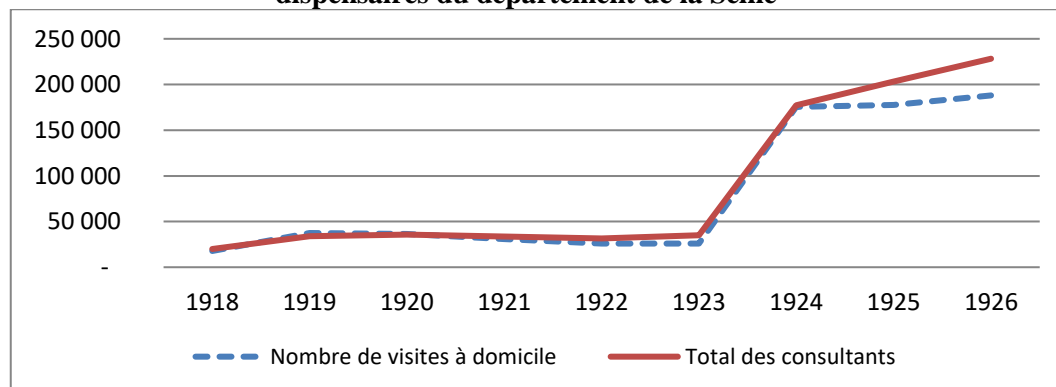
⁶⁵⁷Henri Sellier, Conseiller Général, *La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne, 1896-1927*, Le rôle de l'OPHS, Rapport présenté au Conseil Général de la Seine en décembre, Editions de l'OPHS, Paris, 1928.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Les dispensaires sont au centre du dispositif prophylactique de l'OPHS. Ils interviennent dans les écoles, assurent la coordination des actions avec les dispensaires privés et organisent la propagande antituberculeuse.

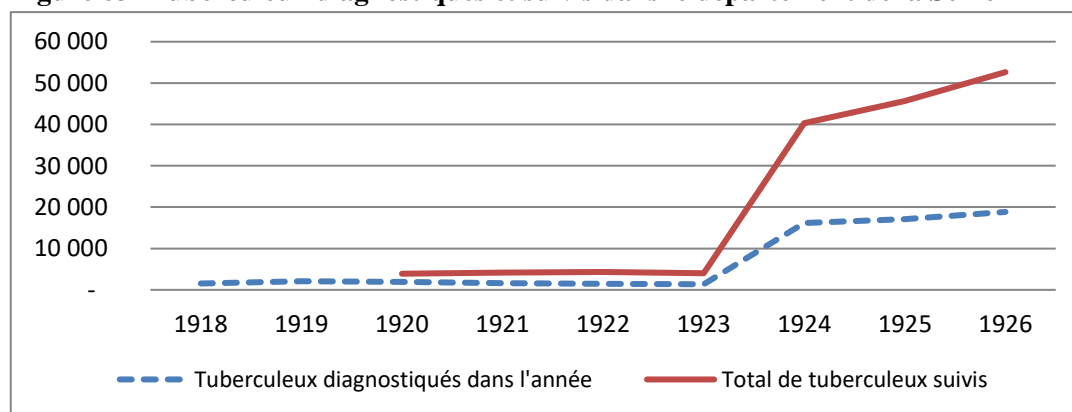
Les deux courbes suivantes sont des indicateurs de l'activité des dispensaires du département de la Seine. Une évolution du nombre des visites à domicile effectuées par les infirmières-visiteuses génère mécaniquement une augmentation des consultants dans les dispensaires. Preuve, semble-t-il, de l'influence bénéfique des visiteuses auprès des familles visitées.

Figure 82- Nombre de visites à domicile et nombre de consultants dans les dispensaires du département de la Seine⁶⁵⁸



Le nombre des consultants augmentant, la population des tuberculeux diagnostiqués puis suivis dans les dispensaires, relève une augmentation dont le tracé de la courbe correspond à celui des courbes du graphique précédent.

Figure 83- Tuberculeux diagnostiqués et suivis dans le département de la Seine⁶⁵⁹



L'année 1923 marque une nette progression du nombre des visites effectuées à domicile qui implique une élévation du nombre des consultants, convaincus au préalable par les infirmières-visiteuses de se rendre dans les dispensaires. Une hypothèse permet de suggérer que l'année 1923 correspond à l'activation, c'est-à-dire de la mise en service des nouveaux dispensaires ouverts par l'OPHS depuis de l'année de sa création en 1919.

⁶⁵⁸Rapport du CNDT 1926, Tableau rétrospectif des divers travaux effectués par les dispensaires de 1918 à 1926 inclus, Imprimerie administrative, 1928, p.47.

⁶⁵⁹Ibid.

Figure 84- Dispensaires en fonction à Paris en 1922⁶⁶⁰

Arrond.	Nom du dispensaire	Adresse	Organismes et médecins
1	Léon Bourgeois	65 rue Vaneau	Assistance Publique en liaison avec l'OPHS
2	Léon Bourgeois	65 rue Vaneau	Professeur Léon Bernard assistant Dr Baron
3		5, 7 rue de Saintonge	OPHS Docteur Boureille
4		9 rue de Jouy	OPHS Docteurs Colin et Lauth
5		23 rue Monge	OPHS Docteurs Janin, Nicaud
6		40 rue Saint André des arts	OPHS docteur Genevrier
7	Léon Bourgeois	65 rue Vaneau	A.P liaison OPHS Docteur Rist ouvert entre 1911 et 1913
8	Siegfried-Robin	Hôpital Beaujon	A.P liaison OPHS Docteur Trémollières ouvert entre 1911-13
9		60 rue de Dunkerque	OPHS Docteur Deguy ouvert entre 1900 et 1903
10		35 rue Bichat	OPHS Docteur Lanzenberg ouvert entre 1911 et 1913
11		3 rue Omer-Talon	OPHS docteurs Delmont-Bebet et Ball ouvert entre 1911 et 1913
12		7 place Lachambeaulie	OPHS Docteurs Imhoff et musy
13	Albert-Calmette	22 rue de la Glacière	OPHS Docteurs Jacquot et Donat
13	Edith-Warthon	140 bld de la Gare	OPHS docteur Jacquot
14		23 rue Guillemillot	OPHS docteurs Leickmann et Mallet ouvert entre 1901 et 1903
14		Hôpital Cochin	AP liaison avec OPHS docteur Pissavy
14		Hôpital Saint-Joseph	Dispensaire privé en liaison avec OPHS docteur Genevrier
15		12 rue de la Tiphaine	OPHS docteurs Bergeron et Sakka
15		61 rue Vasco de Gama	OPHS docteurs Braun et Bing
16		46 rue de Passy	SBM en liaison avec OPHS docteur Casset
17	Lalance-Séailles	54 bis rue Boursault	OPHS docteurs Laufer et Allendy, ouvert entre 1901 et 1903
18		228 rue Marcadet	OPHS docteurs Tissier et Papillon ouvert en 1901 au 115 de la rue
18		44 rue du Simplon	OPHS docteurs Stévenin et Besson
18		31 rue Lamark	Aide aux blessés liaison avec l'OPHS docteur Perrin
19		10 rue Léon-Giraud	OPHS docteur Kuss
19		Avenue Secretan	Commission Rockefeller, docteur Oberlin
20		27 rue Frédéric-Lemaître	OPHS docteur Vitry
20		70 avenue Gambetta	OPHS docteur Sicard de Plauzoles
20	Jouye-Rouve-Taniès	190 rue des Pyrénées	OPHS docteurs Héricourt et Petit ouvert en 1903
20		20 rue des Orteaux	Dispensaire privé en liaison avec l'OPHS

Ce tableau récapitulatif montre que 30 dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse sont ouverts à Paris en 1922. 4 d'entre eux étaient en fonction entre 1911 et 1913 et 5 d'entre eux étaient en fonction entre 1901 et 1903. Le XX^e arrondissement de Paris compte 4 dispensaires, les XIV^e et XVIII^e en comptent 3 et les XIII^e, XV^e et XIX^e en comptent 2.

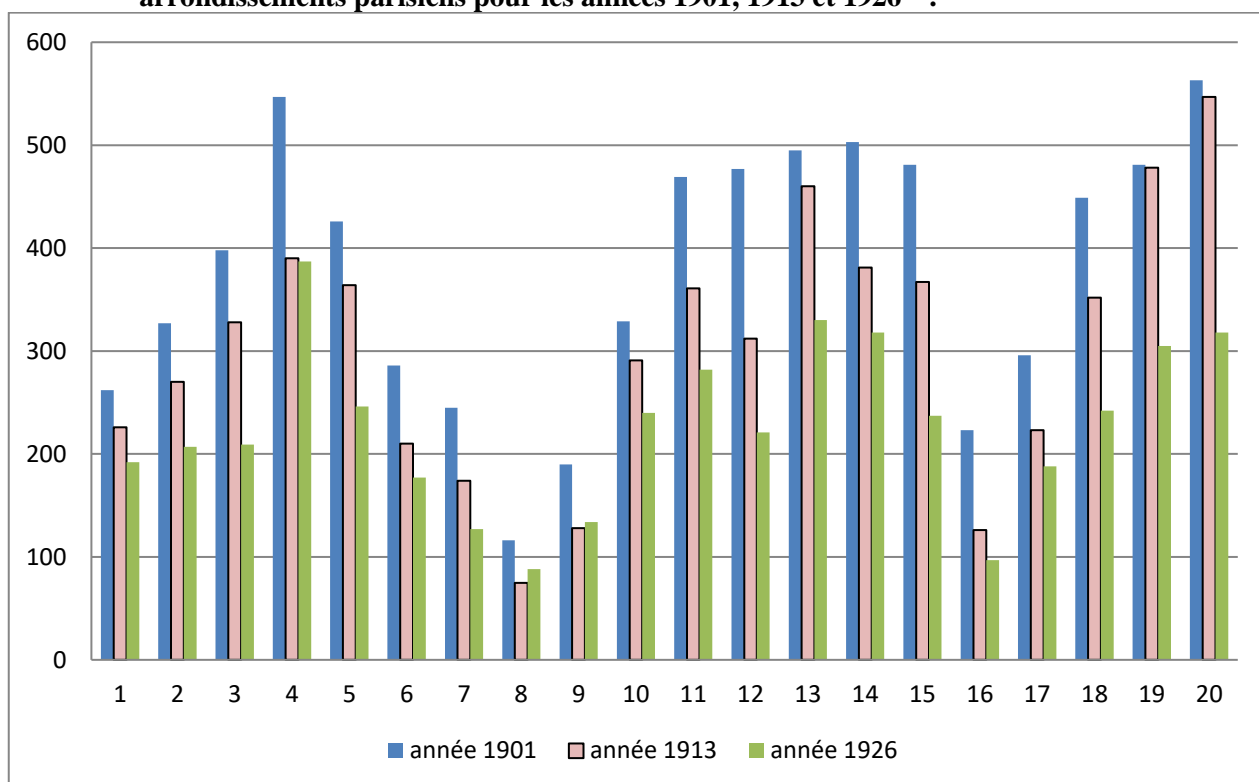
20 dispensaires sont créés et gérés par l'O.P.H.S 5 dispensaires dépendent de l'Assistance Publique et 5 dispensaires sont gérés par des organismes privés.

La mise en service de nouveaux dispensaires a-t-elle permis de diminuer significativement la mortalité tuberculeuse au sein de chacun des arrondissements parisiens ?

⁶⁶⁰Armement antituberculeux de la France, Organisation départementale de la Seine, Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, CNDT, Masson et Cie, Paris 1922, p.202-203.

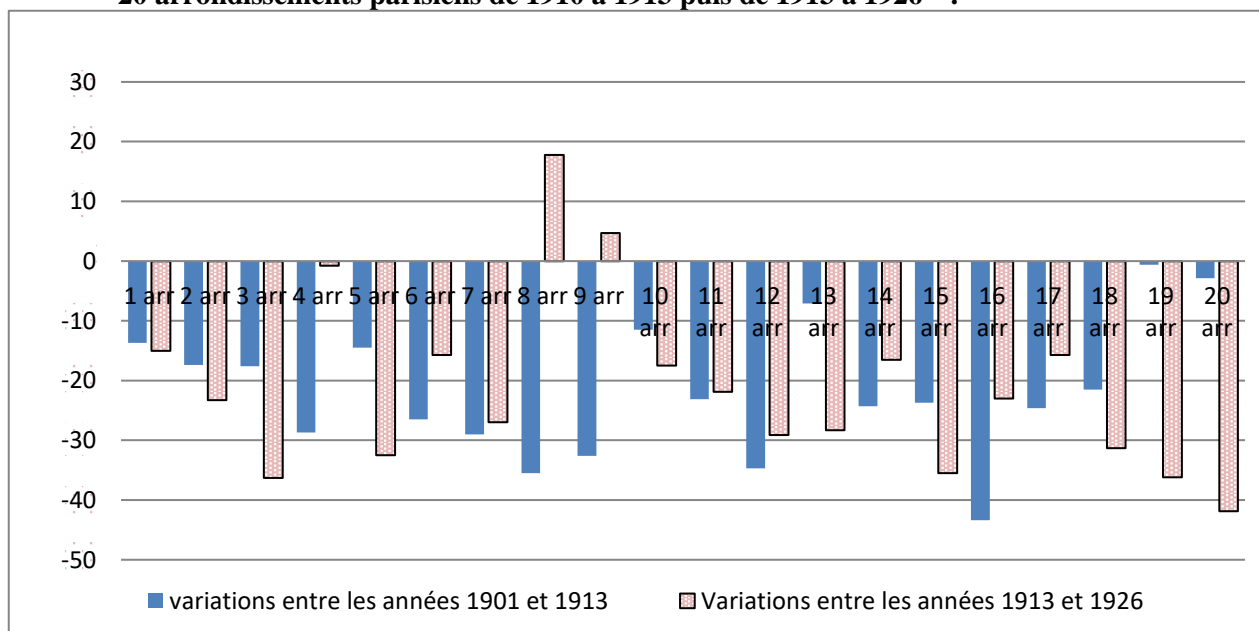
Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 85- Mortalité tuberculeuse pour 100 000 habitants dans les 20 arrondissements parisiens pour les années 1901, 1913 et 1926⁶⁶¹.



Dans chacun des arrondissements, la baisse de la mortalité est importante entre 1901 et 1926. Une analyse plus fine permet de compléter ces observations.

Figure 86- Variations en pourcentages de la mortalité tuberculeuse dans les 20 arrondissements parisiens de 1910 à 1913 puis de 1913 à 1926⁶⁶².

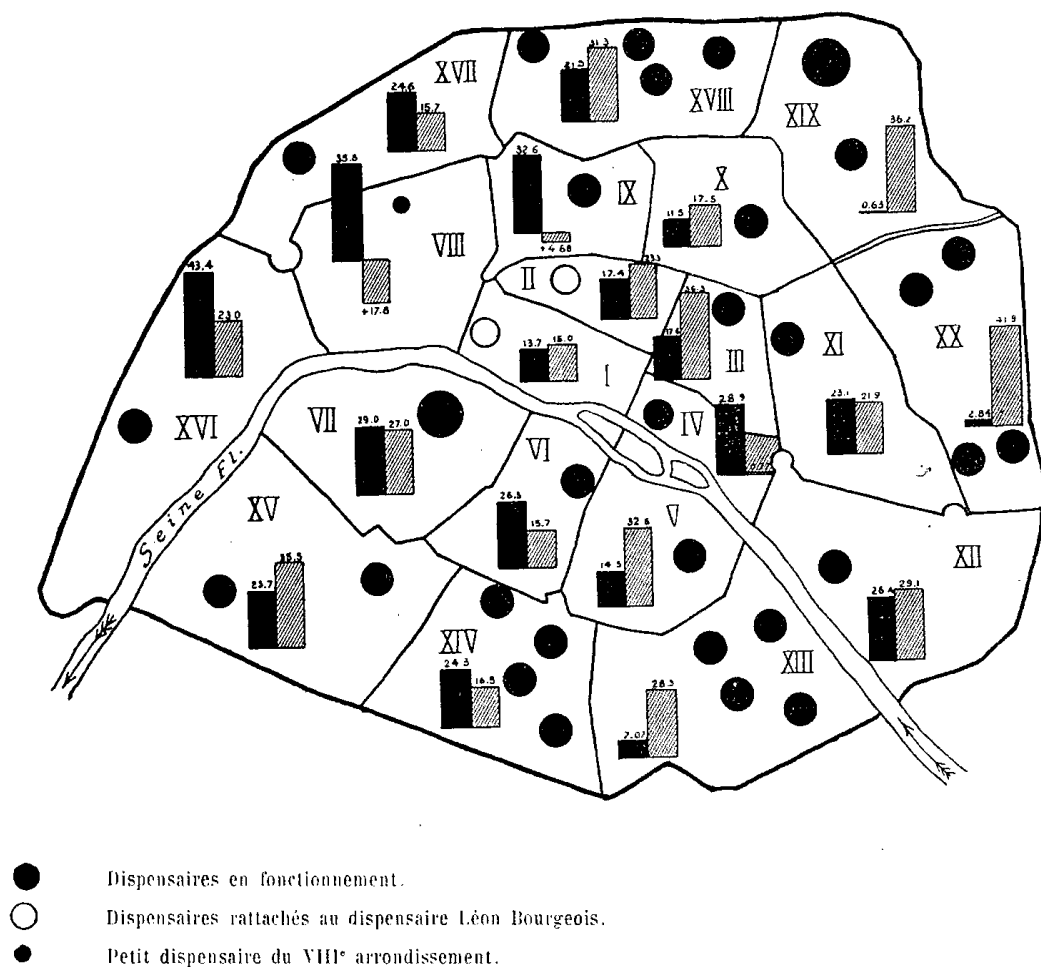


⁶⁶¹Rapport du service de la statistique, année 1926, Comité National de Défense contre la Tuberculose, Imprimerie administrative, Melun, 1928, p. 80 d'après le tableau N.

⁶⁶² *Ibid.*

Les variations baissières les plus importantes sont enregistrées dans les VIII^e, IX^e et XVI^e arrondissements. Pour la période qui commence en 1913 et se termine en 1926, la mortalité tuberculeuse est à nouveau en baisse dans tous les arrondissements parisiens exceptés dans les VIII^e et IX^e arrondissements, ce qui compense la variation très importante survenue à la période précédemment étudiée. En revanche, les XIX^e et XX^e arrondissements opèrent un rattrapage et enregistrent la variation de baisse la plus importante pour la deuxième période étudiée, preuve semble-t-il que l'organisation prophylactique a réagi aux informations données par les études statistiques en renforçant le nombre des dispensaires dans les arrondissements les plus touchés par la mortalité tuberculeuse.

Carte 9- Déclin de la mortalité par tuberculose pulmonaire constaté dans chaque arrondissement de la Ville de Paris au cours des années 1901, 1913 et 1926⁶⁶³



Cette représentation permet d'abord de visualiser l'emplacement des dispensaires dans Paris *intra-muros*, représentés par des points noirs sur la carte. Les statistiques sont ici exposées en termes d'écart entre deux périodes. La première barre pour chaque arrondissement correspond au différentiel entre 1901 et 1913, la seconde barre illustre le différentiel entre 1926 et 1913. Plus la

⁶⁶³ *Ibid.*

barre est haute et meilleure est la proportion du déclin de la mortalité tuberculeuse constatée dans chaque arrondissement. La mortalité tuberculeuse baisse dans tous les arrondissements parisiens entre 1901 et 1913, avec cependant une faible d'amplitude dans les XIX^e et XX^e arrondissements.

Dans son rapport de 1926, Marcel Lemoine, statisticien, chef du service de la statistique du CNDT souligne que la baisse de la mortalité est en relation étroite avec le nombre des dispensaires et surtout, précise-t-il avec leur rendement considéré par rapport à la population placée dans leur ressort. Une étude de la répartition des dispensaires sur l'ensemble du territoire métropolitain permet-elle de mettre en évidence une corrélation entre le nombre des dispensaires et la mortalité sur le plan départemental ?

Le département est devenu après la Première Guerre mondiale l'unité territoriale en matière de politique sanitaire. Vincent Viet explique qu'une politique nationale de santé publique est esquissée pendant le conflit « moyennant de forts et nombreuses ruptures avec les politiques d'avant-guerre traditionnellement locales⁶⁶⁴. » Mais dès les années 1920, « la continuité historique reprend ses droits avec la réapparition de politiques sanitaires locales très dispersées⁶⁶⁵. »

6.2.4 Peut-on mesurer l'efficacité des premiers dispensaires ?

Les annuaires statistiques de la France fournissent des séries de données relatives à la population. Les années pendant lesquelles un recensement a été opéré donnent des précisions plus affinées notamment des chiffres concernant les mouvements de la population au niveau départemental. L'année 1926 est une année de recensement, aussi, l'annuaire 1927 fournit des données, croisées pour ce travail avec le rapport du CNDT qui effectue pour l'année 1926 une importante étude statistique portant sur les résultats de l'installation de l'organisation prophylactique en France. Ce travail est édité dans un rapport, signé du directeur du service des statistiques du CNDT, Marcel Moine.

A la fin de l'année 1926 : la Vendée, les Landes, le Gers, le Cantal et l'Ain sont dépourvus de structure prophylactique, tandis que les départements de la Dordogne, la Corrèze et de la Creuse sont en cours d'organisation.

Les départements des Basses Alpes, de l'Ardèche, des Deux-Sèvres et du Tarn se sont équipés, semble-t-il d'un dispensaire pendant l'année 1926. Au total, 12 départements ne bénéficient d'aucune organisation préventive en 1925.

Globalement, la moitié nord de la France est mieux dotée que la moitié sud dont certaines régions paraissent de véritable désert en matière de prophylaxie antituberculeuse comme par exemple la région qui englobe les départements de la Vendée, des Deux-Sèvres, de la Vienne ou bien encore la région du quart sud-ouest exception faite du bassin de la Gironde où se sont déjà installés dès le début du XX^e siècle des établissements de soins pour enfants et pour adultes tuberculeux.

La répartition des points sur la carte indique une concentration importante de dispensaires en Bretagne (le Finistère compte 42 établissements), en Alsace (les

⁶⁶⁴Vincent Viet, *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e à nos jours*, coordination Franck Thénard Duvivier, Ellipses, Paris, 2012.

⁶⁶⁵ *Ibid.*

Haut-Rhin et le Bas-Rhin comptent 30 dispensaires), et dans le département de la Seine (53 dispensaires).

La région constituée par les départements de la Loire, du Rhône et de l'Isère compte 26 dispensaires. Le département du Rhône est un précurseur en matière de prévention tuberculeuse dès la fin du XIX^e siècle laissant un héritage prophylactique notable comme dans le département du Nord avec 17 dispensaires et l'Eure-et-Loir, département pilote choisi par la Commission Rockefeller pour installer une organisation départementale type en 1917 et qui conserve 21 dispensaires en 1926.

Le rapport du CNDT fournit le nombre de dispensaires installés dans chaque département. Cette source a été croisée avec l'annuaire statistique de la France de l'année 1927 dans lequel le nombre de la population totale indiquée par département est publié. Le calcul de la population desservie par un dispensaire au sein de chaque département est effectué pour l'établissement du tableau ci-après, puis les départements sont classés dans un ordre décroissant du plus mal au mieux équipé en dispensaires.

C'est le département de l'Eure-et-Loir qui bénéficie du meilleur ratio avec 12 153 personnes pour un dispensaire. Ce département est organisé en matière de prophylaxie antituberculeuse par la Fondation Rockefeller en 1917, comptant un dispensaire général et des dispensaires secondaires répartis par canton.

Le Finistère arrive en deuxième position de ce classement avec 42 dispensaires en fonction, suivi du département de l'Oise. Ces deux départements, nouvellement dotés au début des années 1920, sont évoqués comme point de repère pour une évaluation de l'activité prophylactique par le docteur Evrot dans son rapport sur le département du Nord.

Le département de la Seine, malgré ses 53 dispensaires arrive en 49^e position de ce classement, ainsi que le département du Nord qui avec 17 dispensaires est classé 62^e.

Figure 87- Classement des départements établi en fonction du nombre de personnes suivies par un dispensaire⁶⁶⁶

Annuaire statistique 1927

Tableau 1 Territoire et population

Le nombre des dispensaires par département est donné dans le rapport du CNDT publié en 1926

Rang	Départements	Population totale	Nombre de dispensaires	Population pour un dispensaire	Rang	Départements	Population totale	Nombre de dispensaires	Population pour un dispensaire
1	Eure-et-Loir	255 213	21	12 153	45	Loir-et-Cher	248 099	3	82 700
2	Finistère	753 702	42	17 945	46	Rhône	993 915	12	82 826
3	Oise	405 971	14	28 998	47	Indre	255 095	3	85 032
4	Alpes (Hautes)	87 963	3	29 321	48	Loiret	341 225	4	85 306
5	Vaucluse	230 549	7	32 936	49	Seine	4 628 637	53	87 333
6	Aube	238 253	7	34 036	50	Drôme	263 750	3	87 917
7	Indre-et-Loire	334 486	9	37 165	51	Ile et Villaine	561 688	6	93 615
8	Rhin (Haut)	490 654	13	37 743	52	Belfort (Territoire)	96 594	1	96 594
9	Savoie	231 210	6	38 535	53	Ardennes	297 448	3	99 149
10	Vienne (Haute)	351 311	9	39 035	54	Eure	308 445	3	102 815
11	Rhin (Bas)	670 985	17	39 470	55	Charente	312 790	3	104 263
12	Alpes-Maritimes	435 253	11	39 568	56	Charente Inférieure	417 789	4	104 447
13	Hérault	500 575	12	41 715	57	Lozère	104 733	1	104 733
14	Meuse	218 131	5	43 626	58	Manche	431 367	4	107 842
15	Marne (Haute)	195 370	4	48 843	59	Aveyron	328 880	3	109 627
16	Meurthe-et-Moselle	552 087	11	50 190	60	Saône-et-Loire	549 240	5	109 848
17	Côtes du Nord	552 788	11	50 253	61	Isère	558 079	5	111 616
18	Mayenne	259 934	5	51 987	62	Nord	1 969 182	17	115 834
19	Nièvre	260 502	5	52 100	63	Var	347 932	3	115 977
20	Yonne	277 220	5	55 444	64	Maine-et-Loire	477 741	4	119 435
21	Orne	277 637	5	55 527	65	Aude	291 951	2	145 976
22	Ariège	167 498	3	55 833	66	Doubs	296 591	2	148 296
23	Marne	397 773	7	56 825	67	Cher	298 398	2	149 199
24	Lot	171 776	3	57 259	68	Somme	473 916	3	157 972
25	Jura	230 685	4	57 671	69	Tarn-et-Garonne	164 191	1	164 191
26	Pyrénées (Hautes)	187 875	3	62 625	70	Allier	370 562	2	185 281
27	Seine-et-Marne	380 017	6	63 336	71	Bouche du Rhône	929 549	5	185 910
28	Moselle	633 461	10	63 346	72	Pyrénées (Orientales)	229 979	1	229 979
29	Vosges	382 100	6	63 683	73	Pas-de-Calais	1 171 912	5	234 382
30	Puy-de-Dôme	515 399	8	64 425	74	Savoie (Haute)	245 317	1	245 317
31	Sarthe	387 482	6	64 580	75	Lot-et-Garonne	246 609	1	246 609
32	Calvados	390 492	6	65 082	76	Loire (Haute)	260 610	1	260 610
33	Seine-et-Oise	1 137 524	17	66 913	77	Vienne	310 474	1	310 474
34	Gironde	827 973	12	68 998	78	Garonne	431 505	1	431 505
35	Pyrénées (Basses)	414 556	6	69 093		Ain	317 195		aucune organisation tuberculeuse
36	Aisne	489 022	7	69 860		Alpes (Basses)	88 347		dispensaires en cours de création
37	Loire Inférieure	651 487	9	72 387		Ardèche	289 263		dispensaires en cours de création
38	Corse	289 890	4	72 473		Cantal	196 999		aucune organisation tuberculeuse
39	Loire	669 216	9	74 357		Corrèze	269 289		dispensaires en cours de création
40	Saône (Haute)	226 313	3	75 438		Creuse	219 148		dispensaires en cours de création
41	Morbihan	543 175	7	77 596		Dordogne	392 489		dispensaires en cours de création
42	Seine-Inférieure	885 299	11	80 482		Gers	196 419		aucune organisation tuberculeuse
43	Gard	402 691	5	80 538		Landes	263 111		aucune organisation tuberculeuse
44	Côte d'Or	328 881	4	82 220		Sèvres (Deux)	309 820		dispensaires en cours de création
						Tarn	301 717		aucune organisation tuberculeuse
						Vendée	395 602		aucune organisation tuberculeuse

⁶⁶⁶Ce tableau est effectué à partir des données croisées de l'annuaire statistique de la France de l'année 1926 et du Rapport du CNDT de l'année 1926, op.cit.

La moyenne calculée pour la population française pour un dispensaire est de 68 689 personnes⁶⁶⁷ dans les départements équipés d'un tel établissement. Marcel Moine indique dans son rapport que le nombre de 50 000 habitants par dispensaires est le but à atteindre dans le cadre de la politique antituberculeuse menée au niveau national. Seuls 17 départements sont dans les limites de cette norme, 18 départements enregistrent une moyenne comprise entre 50 000 personnes et 68 689 qui correspond à la moyenne des personnes par dispensaire en France en 1926. Les 43 départements restants comptent une moyenne allant de 69 000 personnes par dispensaire à 431 505 pour le département de la Garonne. Le département du Pas-de-Calais enregistre 234 382 personnes, le département du Nord comptabilise 115 834 personnes par dispensaire, les Bouches-du-Rhône 185 910 et le département de la Seine 87 333.

Un autre classement basé sur la mortalité par tuberculose constatée dans chaque département lors du recensement de 1926 est établi dans le cadre de ce travail.

Afin de rendre cette comparaison possible, le calcul de la mortalité ramenée à 100 000 habitants est effectué puisque les chiffres de la population totale par département sont disponibles dans les annuaires statistiques. Les colonnes « classements » du tableau présenté ci-après, correspondent pour la première à celui des départements classés dans l'ordre décroissant, allant du département pour lequel la mortalité pour 100 000 habitants est la plus faible, à celui pour lequel cette mortalité est la plus forte. A droite de cette colonne, est rappelé le classement obtenu pour chacun des départements au tableau précédent, à savoir, le nombre de personnes dont dépend chaque dispensaire dans chaque département. Ainsi, les départements des Landes et la Corrèze ont la mortalité tuberculeuse la plus basse bien que ne possédant aucun dispensaire. La Lozère, classée en 57^e position dans le tableau de la population couverte par les actions d'un dispensaire, donc en mauvaise position, est le troisième département pour lequel la mortalité tuberculeuse est la plus basse à savoir 52 décès pour 100 000 habitants.

La lecture du tableau présenté ci-dessous montre que parmi les 20 départements pour lesquels la mortalité tuberculeuse pour 100 000 habitants est la moins élevée, 12 d'entre eux ne possèdent qu'un seul ou ne possède pas de dispensaire. Inversement, les départements qui possèdent le nombre de dispensaires le plus important comme la Seine (53 dispensaires), le Finistère (42 dispensaires) sont classés parmi les plus mauvaises places en termes de mortalité tuberculeuse. La même constatation peut être établie pour les départements du Nord (17 dispensaires), de l'Oise (14 dispensaires) du Bas-Rhin (17 dispensaires) qui malgré un nombre d'établissements prophylactiques importants connaissent une forte mortalité tuberculeuse.

Doit-on en déduire l'impuissance de la prophylaxie à diminuer la mortalité par tuberculose ? L'efficacité des dispensaires est-elle négligeable face à l'ampleur du fléau social ?

⁶⁶⁷Pour obtenir ce résultat, il faut additionner la colonne intitulée population par département, puis diviser cette somme par le nombre total de dispensaires.

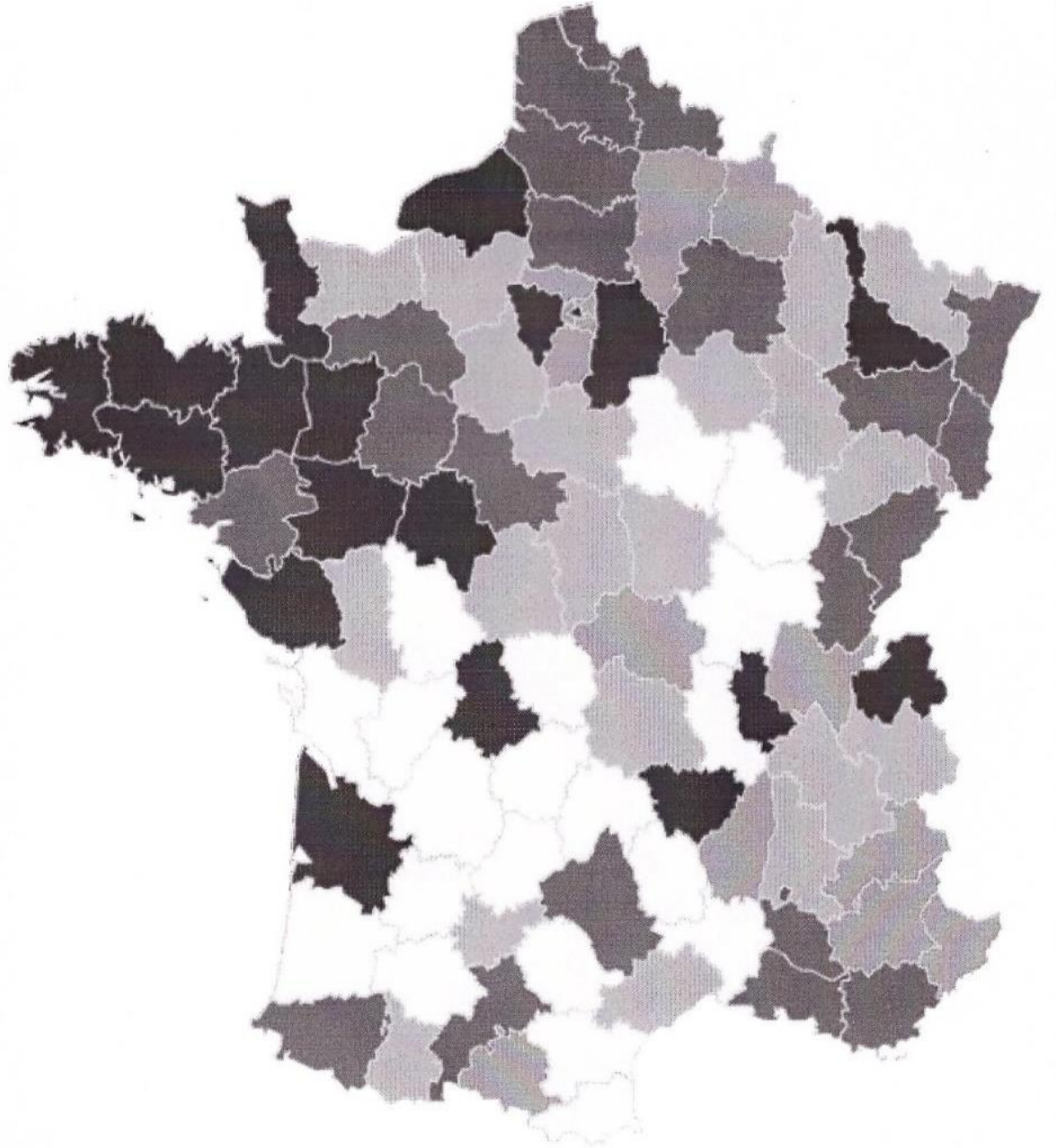
Figure 88- Classement des départements en fonction du nombre de décès par tuberculose ramené à 100 000 habitants pour l'année 1926⁶⁶⁸





Départements	Population totale	Nombre de dispensaires	Nombre de décès		classement		Départements	Population totale	Nombre de dispensaires	Nombre de décès		classement	
			total	pour 100 000 hab	décès	dispensaire				total	pour 100 000 hab	décès	dispensaire
Landes	263 111	0	114	43	1	0	Calvados	390 492	6	508	130	46	32
Corrèze	269 289	0	130	48	2	0	Nièvre	260 502	5	342	131	47	19
Lozère	104 733	1	54	52	3	57	Isère	558 079	5	733	131	48	61
Alpes (Basses)	88 347	0	47	53	4	0	Garonne	431 505	1	573	133	49	78
Loire (Haute)	260 610	1	142	54	5	76	Var	347 932	3	471	135	50	63
Côte d'Or	328 881	4	204	62	6	44	Vosges	382 100	6	522	137	51	29
Aveyron	328 880	3	213	65	7	59	Jura	230 685	4	316	137	52	25
Gers	196 419	0	132	67	8	0	Loire	669 216	9	936	140	53	39
Ardèche	289 263	0	224	77	9	0	Rhin (Haut)	490 654	13	688	140	54	8
Tarn	301 717	0	241	80	10	0	Allier	370 562	2	528	142	55	70
Lot	171 776	3	138	80	11	24	Ain	317 195	0	453	143	56	0
Vienne	310 474	1	254	82	12	77	Belfort (Territoire)	96 594	1	138	143	57	52
Saône-et-Loire	549 240	5	452	82	13	60	Loiret	341 225	4	497	146	58	48
Ariège	167 498	3	141	84	14	22	Nord	1 969 182	17	2873	146	59	62
Charente	312 790	3	272	87	15	55	Oise	405 971	14	594	146	60	3
Lot-et-Garonne	246 609	1	219	89	16	75	Vaucluse	230 549	7	340	147	61	5
Corse	289 890	4	260	90	17	38	Bouche du Rhône	929 549	5	1374	148	62	71
Pyrénées (Orientale)	229 979	1	209	91	18	72	Pas-de-Calais	1 171 912	5	1733	148	63	73
Dordogne	392 489	0	370	94	19	0	Pyrénées (Basses)	414 556	6	626	151	64	35
Charente Inférieure	417 789	4	398	95	20	56	Somme	473 916	3	722	152	65	68
Cantal	196 999	0	188	95	21	0	Doubs	296 591	2	452	152	66	66
Gard	402 691	5	389	97	22	43	Marne	397 773	7	607	153	67	23
Creuse	219 148	0	212	97	23	0	Sarthe	387 482	6	602	155	68	31
Yonne	277 220	5	269	97	24	20	Orne	277 637	5	445	160	69	21
Ardennes	297 448	3	290	97	25	53	Rhin (Bas)	670 985	17	1078	161	70	11
Meuse	218 131	5	214	98	26	14	Vendée	395 602	0	681	172	71	0
Tarn-et-Garonne	164 191	1	164	100	27	69	Vienne (Haute)	351 311	9	614	175	72	10
Marne (Haute)	195 370	4	198	101	28	15	Meurthe-et-Mosell	552 087	11	969	176	73	16
Eure-et-Loir	255 213	21	260	102	29	1	Gironde	827 973	12	1464	177	74	34
Sèvres (Deux)	309 820	0	325	105	30	0	Indre-et-Loire	334 486	9	605	181	75	7
Eure	308 445	3	336	109	31	54	Manche	431 367	4	789	183	76	58
Saône (Haute)	226 313	3	248	110	32	40	Seine-et-Marne	380 017	6	705	186	77	27
Puy-de-Dôme	515 399	8	570	111	33	30	Maine-et-Loire	477 741	4	899	188	78	64
Indre	255 095	3	285	112	34	47	Rhône	993 915	12	1887	190	79	46
Pyrénées (Hautes)	187 875	3	219	117	35	26	Savoie (Haute)	245 317	1	473	193	80	47
Drôme	263 750	3	309	117	36	50	Alpes-Maritimes	435 253	11	849	195	81	12
Cher	298 398	2	351	118	37	67	Morbihan	543 175	7	1157	213	82	41
Aisne	489 022	7	587	120	38	36	Mayenne	259 934	5	567	218	83	18
Alpes (Hautes)	87 963	3	108	123	39	4	Seine-Inférieure	885 299	11	1991	225	84	42
Loir-et-Cher	248 099	3	309	125	40	45	Côtes du Nord	552 788	11	1289	233	85	17
Aube	238 253	7	298	125	41	6	Ille et Villaine	561 688	6	1350	240	86	51
Moselle	633 461	10	799	126	42	28	Seine-et-Oise	1 137 524	17	2993	263	87	33
Savoie	231 210	6	299	129	43	9	Loire Inférieure	651 487	9	1832	281	88	37
Hérault	500 575	12	648	129	44	13	Finistère	753 702	42	2127	282	89	2
Aude	291 951	2	378	129	45	65	Seine	4 628 637	53	13249	286	90	49

⁶⁶⁸ Tableau établi à partir de l'annuaire statistique de la France de 1926 et du tableau élaboré en page 252 de ce travail.

Afin d'illustrer les données calculées précédemment, voici une carte de la mortalité tuberculeuse en France établie à partir des statistiques de 1926.

Carte 10- Carte de la mortalité tuberculeuse en France d'après les statistiques établies pendant l'année 1926⁶⁶⁹



	de 213 à 286	décès par tuberculose pour 100 000 habitants
	de 129 à 195	décès par tuberculose pour 100 000 habitants
	de 91 à 126	décès par tuberculose pour 100 000 habitants
	de 43 à 90	décès par tuberculose pour 100 000 habitants

⁶⁶⁹Cette carte est réalisée à partir d'un fichier Excel regroupant les décès par tuberculose pour 100 000 habitants par départements. Le logiciel qui a permis de composer cette carte est disponible sur Internet www.articque.com.

Le quart nord-ouest de la France est la région la plus touchée par la mortalité tuberculeuse. La moitié nord de la France connaît une mortalité supérieure à la moitié sud, exceptée la région du Rhône, les Alpes, les départements baignés par la Méditerranée et le département de la Gironde.

Pour les départements du sud dans lesquels la mortalité tuberculeuse est importante, l'hypothèse peut être émise que des établissements curatifs comme des sanatoria ou des hôpitaux, publics ou privés, se sont installés soit en altitude, soit au bord de mer dans des régions réputées, depuis le milieu du XIX^e siècle, bénéfiques à l'amélioration de la santé des patients tuberculeux. Les malades qui décèdent dans ces établissements, viennent aggraver le taux de la mortalité du département.

Ces données sont analysées comme la conséquence des études menées régulièrement, notamment par le CNDT à partir de la fin du conflit mondial, études qui ont permis d'installer des dispensaires dans les villes plus atteintes par la mortalité tuberculeuse, tentant ainsi de répondre aux besoins recensés les plus urgents, comme cela a été constaté dans ce travail avec l'étude de l'installation de l'organisation d'une prophylaxie antituberculeuse dans le département de la Seine-et-Marne. D'autre part, comme le montre l'analyse des résultats obtenus par les dispensaires des principales villes du département du Nord, les zones industrielles sont beaucoup plus touchées que les zones rurales, nombreuses dans le sud de notre pays. Quant à la diversité des méthodes utilisées dans les dispensaires, ou à la formation des personnels médicaux et des infirmières-visiteuses, il semble difficile de leur attribuer de telles différences en matière de mortalité tuberculeuse, sur des zones entières du territoire français.

Après cette vision générale de l'implantation des dispensaires en France, l'activité des dispensaires à partir des flux de personnes qui ont consulté ces établissements semble nécessaire. Le CNDT fournit des chiffres concernant l'activité des dispensaires sur le territoire français entre 1918 et 1926⁶⁷⁰.

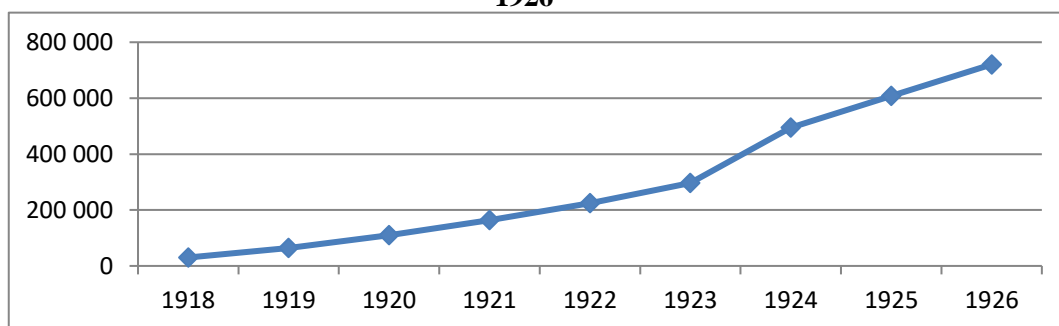
Figure 89-

Tableau rétrospectif des divers travaux effectués par les dispensaires de 1918 à 1926									
Années	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926
Nouvelles admissions	8 276	11 878	21 599	36 074	45 642	61 521	107 904	127 142	151 786
Nouveaux cas de tuberculose	2 530	4 466	8 378	13 917	17 948	23 939	42 561	47 921	59 785
Nouveaux cas de tuberculose en pourcentges	30,57	37,60	38,79	38,58	39,32	38,91	39,44	37,69	39,39
Examens bactériologiques	9 405	14 782	17 867	27 508	39 688	52 170	93 192	104 386	116 083
Crachats examinés	7 402	9 194	13 927	22 838	32 842	44 687	81 494	94 454	105 181
Dont positifs	1 259	2 065	3 851	7 008	9 461	12 351	21 680	25 395	29 497
Consultations générales	30 080	64 252	102 002	148 048	195 989	228 028	370 300	438 493	509 946
Laryngologie						15 043	28 178	31 609	34 284
Radiologie			7 768	15 124	28 039	53 002	95 800	137 714	176 360
Consultations totales	30 080	64 252	109 770	163 172	224 028	296 073	494 278	607 816	720 590

La courbe suivante est établie à partir de la dernière ligne du tableau rétrospectif publié par le CNDT en 1926.

⁶⁷⁰ Comité National de Défense contre la Tuberculose, Rapport du service de la statistique, Année 1926, Melun, Imprimerie administrative, 1928, page 25.

Figure 90- Nombre de consultations données dans les dispensaires français de 1918 à 1926⁶⁷¹



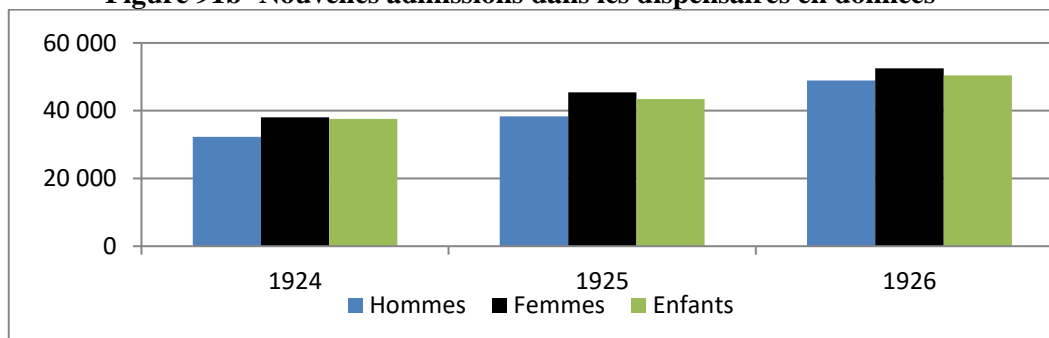
Les chiffres du Comité National de Défense contre la Tuberculose dans son rapport du service de la statistique de l'année 1926 donnent une vision de la progression des consultations données dans les dispensaires entre les années 1918 et 1926. L'augmentation est constante avec une nette inflexion à partir de l'année 1923. Une analyse plus fine des données du tableau rétrospectif indique pour les années 1924, 1925 et 1926 les nouvelles admissions enregistrées, les nouveaux cas diagnostiqués en données réelles et en pourcentages, ventilés en catégories hommes, femmes et enfants.

Figure 91-⁶⁷²

Admissions nouvelles et nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués en 1924, 1925 et 1926

Catégories de consultants	Nouvelles admissions			Nouveaux cas diagnostiqués			Nouveaux cas pour 100 adm.		
	1924	1925	1926	1924	1925	1926	1924	1925	1926
Hommes	32 227	38 350	48 869	16 143	18 884	26 038	50,09	49,24	53,28
Femmes	38 067	45 385	52 520	14 968	16 860	18 958	39,32	37,15	36,10
Enfants	37 610	43 407	50 397	11 450	12 177	14 789	30,44	28,05	29,35
Total	107 904	127 142	151 786	42 561	47 921	59 785	39,44	37,69	39,39

Figure 91b- Nouvelles admissions dans les dispensaires en données ⁶⁷³



Les admissions dans les dispensaires augmentent régulièrement pour les années 1924, 1925 et 1926. Les femmes et les enfants sont en nombre plus important que les hommes. Mais les chiffres constatés restent homogènes et en 1926, environ 150 000 personnes sont admises dans un dispensaire afin de subir des tests de recherche du BK.

⁶⁷¹ *Ibid.*

⁶⁷² *Ibid.*

⁶⁷³ *Ibid.*

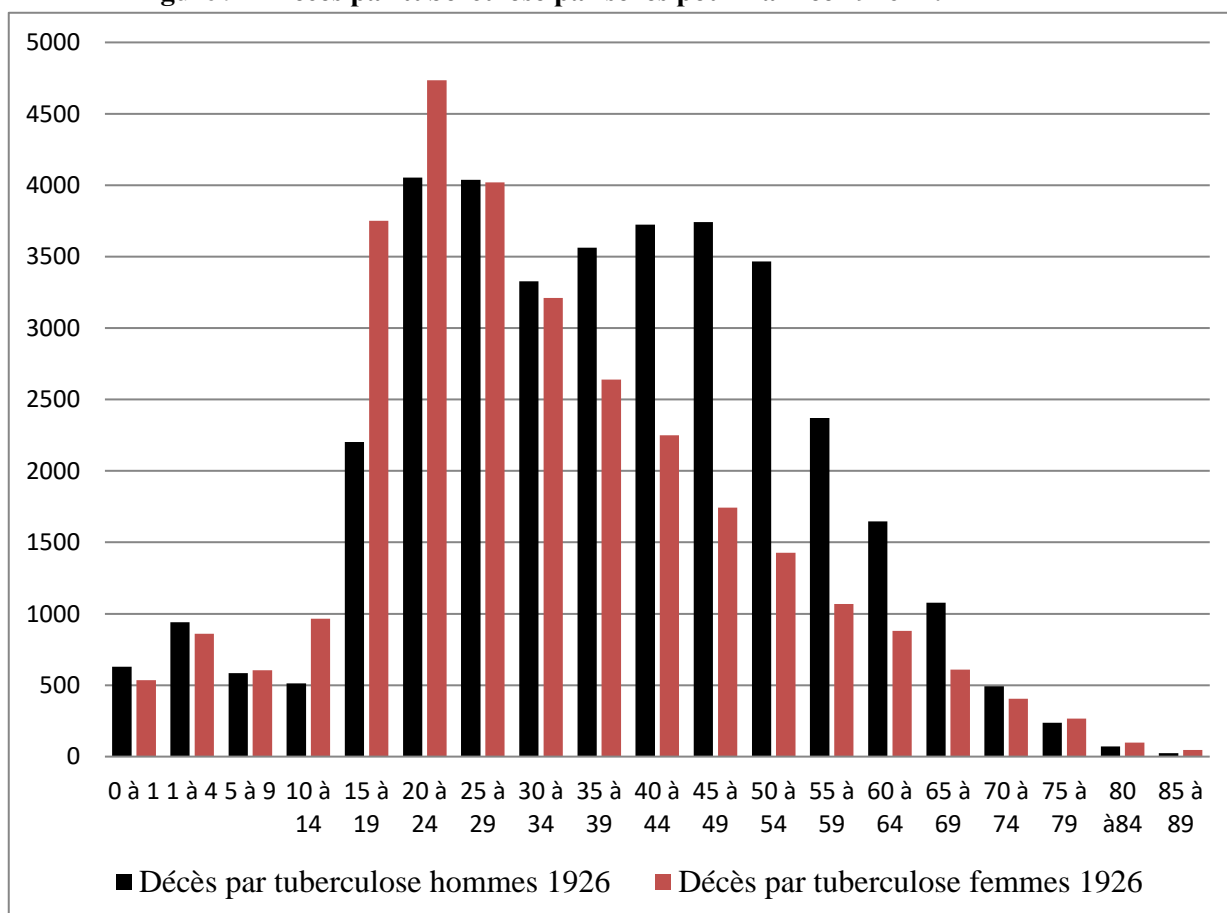
Figure 91t- Nouveaux cas de tuberculoses diagnostiqués pour 100 admissions⁶⁷⁴



Environ 50% des hommes qui ont consulté les dispensaires sont diagnostiqués tuberculeux. Pour les femmes le pourcentage baisse de 40% à 35% entre 1924 et 1926. 30% en moyenne des enfants sont déclarés tuberculeux.

Peut-on en déduire que la tuberculose touche plus les hommes que les femmes et que les enfants sont moins sujets à cette infection ? Pour tenter de répondre à cette question, les données de l'annuaire statistique de la France de l'année 1927 fournit des chiffres concernant la mortalité tuberculeuse par tranches d'âges et par sexes.

Figure 92- Décès par tuberculose par sexes pour l'année 1926⁶⁷⁵.



⁶⁷⁴ *Ibid.*

Les hommes de 20 à 54 ans sont les plus affectés et ce de manière équivalente suivant les tranches d'âges étudiées, par la mortalité tuberculeuse, tandis que les femmes connaissent un taux de décès élevé dans les tranches de 15 à 19 ans, un pic important de mortalité entre 20 et 24 ans, puis de 25 à 29 ans, puis la mortalité féminine par tuberculose décroît régulièrement à partir de la tranche d'âge de 30 à 34 ans.

Peut-on en déduire que les femmes sont plus contaminées par la tuberculose aux âges qui correspondent avec les maternités, de 15 à 35 ans ? Peut-on établir que les hommes sont plus vulnérables au BK (Bacille de Koch) de 20 à 54 ans, dans les tranches d'âge qui correspondent à leur vie professionnelle ? De manière plus générale, pour l'année 1926, la mortalité infantile par tuberculose est très inférieure à la mortalité des jeunes adultes mais les causes de la mortalité infantile sont nombreuses et beaucoup d'enfants décèdent avant que la tuberculose n'épuise définitivement leurs organismes affaiblis par le manque d'hygiène, la malnutrition et les autres maladies infectieuses.

6.3 La formation indispensable d'un personnel très spécialisé

Les dispensaires « modèles » créés à Paris par la Fondation Rockefeller et dans le département de l'Eure-et-Loir pendant le premier conflit mondial sont dotés d'un laboratoire d'analyse des microorganismes mais aussi d'un matériel de radiologie, indispensable à une détection précoce de la maladie. Le plan de développement des dispensaires antituberculeux, prévoit dans un premier temps l'installation d'au moins un appareil de radiographie par département avant que chaque dispensaire ne puisse disposer de son propre appareillage. C'est enfin dans le domaine de la formation des professionnels de santé, les médecins et les infirmières-visiteuses que l'action américaine exerce son travail en termes financier et organisationnel. Les infirmières-visiteuses constituent après-guerre une nouvelle catégorie professionnelle, inspirée du modèle anglo-saxon, elle bénéficie d'une notoriété parfois très contestée.

Dominique Dessertine consacre des articles portant sur « Les infirmières-visiteuse de la lutte antituberculeuse en France ». Stéphane Henry traite de la difficulté du passage entre la philanthropie et la professionnalisation d'un métier émergent, celui des « Infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux⁶⁷⁶ ». Dominique Dessertine et Stéphane Henry évoquent les raisons de la féminisation de cette profession. Evelyne Diebolt consacre de nombreux écrits à la profession d'infirmière et plus particulièrement aux infirmières-visiteuses dans son article intitulé « Léonie Chaptal, architecte de la profession d'infirmière⁶⁷⁷ » dans lequel elle rend un hommage appuyé à cette femme qui lutte sa vie durant contre la propagation de la tuberculose.

⁶⁷⁵ *Annuaire statistique de la France*, année 1926, p. 63.

⁶⁷⁶ Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, *op.cit.*

⁶⁷⁷ Evelyne Diebolt, « Léonie Cappel (1873-1937), architecte de la profession d'infirmière », *Recherches en soins infirmiers* n°109, *op.cit.*

6.3.1 Les infirmières-visiteuses, chevilles ouvrières du dispensaire

Les infirmières-visiteuses sont des actrices essentielles et nécessaires au bon fonctionnement des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

« L'infirmière-visiteuse est indispensable dans la lutte antituberculeuse, pour l'application de la loi de 1916 sur les dispensaires⁶⁷⁸ ».

Avec le nombre croissant des établissements de prophylaxie, le besoin de femmes pour accomplir cette tâche va grandissant. Le métier, bien que comportant de réels risques de contamination est souvent exercé par de jeunes femmes, laïques ou religieuses. Les infirmières-visiteuses des dispensaires antituberculeux laissent peu d'écrits. Toutefois le témoignage de Marthe Hébert⁶⁷⁹ qui exerce la profession d'infirmière-visiteuse dans les premières années du fonctionnement de ces établissements est un document précieux.

Quel est le rôle des infirmières-visiteuses au sein des dispensaires ? Comment sont-elles recrutées ? Une formation est-elle imposée pour exercer cette fonction ? Comment le métier d'infirmières-visiteuses est-il vécu au sein d'un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ?

6.3.1.1 Un nouveau métier qui attire peu de candidates dans les écoles

Dans sa première version du dispensaire antituberculeux, le docteur Calmette en 1901, s'inspirant du modèle du dispensaire belge et vraisemblablement de l'organisation des SSM en France⁶⁸⁰, prévoit un homme pour accomplir la mission de visiteur-enquêteur, au service des dispensaires. Les visiteurs-enquêteurs sont chargés de se déplacer dans les familles pour apporter des consignes d'hygiène, veiller à ce que les malades de la tuberculose utilisent correctement les crachoirs et protègent de la contagion leur famille et leur entourage. Ils cherchent à détecter les malades potentiels qui ne seraient pas allés d'eux même au dispensaire antituberculeux pour y subir les examens de dépistage, une auscultation par le médecin, une analyse des crachats dans un laboratoire équipé d'un microscope et, dans le meilleur des cas, une radio du thorax. Léon Bourgeois souligne ces relations imprégnées de sentiments profondément humains qui expliquent l'influence vraiment salutaire des visiteurs-enquêteurs sur les malades et cite en exemple l'établissement de Lille :

« Si un tel dispensaire (le dispensaire de Lille créé en 1901 par Calmette) a eu tant de succès, c'est parce qu'il a un bon dépisteur, un homme

⁶⁷⁸ Léonie Chaptal, « Infirmières d'hygiène et assistantes sociales », *L'hygiène sociale*, 1927, p. 2.

⁶⁷⁹ Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose, Ah ! si tous étaient dépistés à temps ! Souvenirs d'une infirmière-visiteuse*, *op.cit.*

⁶⁸⁰ Les cotisations des Sociétés de Secours Mutuels au début du XX^e siècle sont perçues, chaque semaine par un ouvrier mutualiste, chargé, par quartier de collecter l'argent en se rendant dans les familles en veillant aux paiements réguliers des adhérents. Ces ouvriers mutualistes rendent aussi compte de la vie saine menée par les adhérents et sont donc missionnés pour dénoncer les personnes aux mœurs débridées par l'alcoolisme notamment.

intelligent, perspicace, sachant entrer dans les familles, gagner leur confiance, causer avec les parents, avec les enfants et un conseiller du foyer qui sait se faire accepter et qui obtient qu'on suive ses conseils. Ici la formule est vraie : tant vaut l'homme, tant vaut le résultat⁶⁸¹. »

Le choix d'un homme pour visiter les familles peut aussi s'expliquer par la décision prise par Calmette d'implanter un dispensaire dans la région du Nord de la France, très touchée par la tuberculose dans sa population masculine⁶⁸². D'autre part, l'article 5 de la loi Léon-Bourgeois donne des indications concernant le personnel des dispensaires antituberculeux qui doit être nommé par le conseil d'administration. Le personnel comprend :

« Un ou plusieurs enquêteurs, moniteurs et monitrices d'hygiène, et s'il est utile, un ou plusieurs infirmiers ou infirmières d'hygiène. Ces enquêteurs, moniteurs et monitrices sont en particulier chargés des enquêtes et donnent l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade⁶⁸³. »

La loi de 1916 ne mentionne pas l'existence d'infirmière-visiteuse. Seuls des enquêteurs, moniteurs et monitrices sont notifiés sans toutefois que le texte ne justifie une différence ou n'indique une répartition des tâches entre les enquêteurs et les monitrices.

Le dispensaire n'héberge pas de malades. Il est chargé d'organiser l'assistance dans ses locaux, l'assistance au domicile du malade et la désinfection. Le décret d'application de la loi Léon-Bourgeois paru en 1917 explicite les notions d'assistance au dispensaire dévolue aux médecins aidés par un ou plusieurs auxiliaires. Le décret d'application de la loi du 15 avril 1916 est en effet plus précis quant au personnel du service d'assistance à domicile à mettre en place dans les dispensaires antituberculeux :

« Ce rôle (d'assistance à domicile) sera dévolu à un personnel spécialisé, de préférence des infirmières-visiteuses qui se rendront chez les malades ; le moniteur, par ses visites répétées, par sa fréquentation familière avec le malade et son entourage, sera à même de puiser bien des renseignements utiles au médecin, de dépister d'autres foyers de tuberculose qu'il devra signaler au dispensaire⁶⁸⁴. »

C'est donc le décret de 1917 qui offre sa désignation officiellement reconnue aux infirmières-visiteuses, sans toutefois définir le lien ou la distinction entre les infirmières-visiteuses et les moniteurs restés masculins. Une précision est toutefois donnée dans le décret concernant le service de désinfection qui

⁶⁸¹Léon Bourgeois, *La tuberculose et la Mutualité*, Conférence faite au Musée social le 6 novembre 1905.

⁶⁸²Dominique Dessertine, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France, (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2-3, 1995.

⁶⁸³ Loi Léon-Bourgeois, *La tuberculose et la Mutualité*, *op.cit.*

⁶⁸⁴*Bulletin officiel annoté de tous les ministères*, N°8, 12^e année, Août 1917, Circulaire au sujet de l'application de la loi du 15 avril 1916 créant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, 31 juillet 1917, p.290.

constitue une mission importante des dispensaires antituberculeux. Les moniteurs sont chargés explicitement de surveiller l'exacte application des règles d'hygiène en ce qui concerne la désinfection du linge ainsi que le nettoyage du logis.

Très rapidement, en quelques mois semble-t-il, la mission de visiteur a été confiée à des femmes, dès les premières années de la création des dispensaires antituberculeux et bien avant le début des hostilités en 1914. Cette féminisation de la fonction s'amplifie considérablement après la Grande Guerre, ce qui peut s'expliquer pour une part avec la création des mouvements féministes aux États-Unis entre les années 1890 et 1910 qui ont permis aux femmes d'accéder aux professions libérales. Ces mouvements arrivent en France véhiculés par les actions de la Fondation Rockefeller. D'autre part, la fin de la guerre laisse inactives de nombreuses infirmières, recrutées par des organismes comme la Croix-Rouge pendant le temps du conflit et qui sont prêtes à soigner la population civile⁶⁸⁵.

Avant la Première Guerre mondiale, l'image de l'infirmière est encore très liée à celle de la religieuse qui soigne les malades au nom de la charité chrétienne. Des écoles d'infirmières voient le jour dès les premières années du XX^e siècle donnant à cette formation une nouvelle vocation laïque qui n'exclut pas la présence de religieuses dans la formation et dans la fonction d'infirmières-visiteuses. À l'origine des premières écoles d'infirmières-visiteuses se retrouve les noms des précurseurs de la lutte antituberculeuse. Ainsi, Léonie Chaptal fondatrice de deux dispensaires antituberculeux à Paris au début des années 1900, a obtenu en 1899, âgée de 26 ans, le diplôme de la Croix-Rouge de la Société de secours aux blessés militaires. Trois années plus tard, elle passe le brevet de capacité pour l'enseignement primaire de l'académie de Paris. Elle siège au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique en 1913 et est associée au projet de la loi Léon-Bourgeois ainsi qu'au projet de la loi Honnorat sur la création des sanatoriums. D'autres écoles voient le jour, l'Assistance Publique (AP) ouvre en 1907 la première école d'infirmières de l'AP, à la Salpêtrière, puis une école d'infirmières-visiteuses est créée à Bordeaux avant la déclaration du conflit, elle est annexée à l'hôpital bordelais. La Croix-Rouge française crée à son tour une école d'infirmières-visiteuses en 1913.

En février 1914, se tient l'assemblée générale constitutive de l'Association des infirmières-visiteuses de France fondée par M^{lle} de Monfort et présidée par la marquise Berthe de Ganay⁶⁸⁶, riche héritière française qui se consacre aux œuvres de la Croix-Rouge et connaît bien l'organisation américaine dans ce domaine. L'Association des Infirmières-visiteuses de France a pour objet de contribuer à l'amélioration de la santé publique par tous les moyens de préservation et d'assistance par des visites à domicile, faites par des infirmières diplômées. L'Association des Infirmières-visiteuses s'est donné pour mission de

⁶⁸⁵Dominique Dessertine, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France, (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, op.cit.*

⁶⁸⁶Odile Gaultier-Voituriez, *Chroniques cachée de la Grande Guerre*, CNRS Editions, Paris, 2017. Marie-Julie-Pamphile-Berthe de Béhage, marquise de Ganay (1868-1940) épouse Jean, marquis de Ganay descendant d'une vieille famille de la noblesse française. « Durant la Première Guerre mondiale, elle se consacre à l'aide aux femmes de soldats mobilisés obligées de travailler dans des usines et fonde avec M^{lle} Renée de Montmort l'Association des Infirmières Visiteuses. Elle participa à la création de dispensaires antituberculeux. »

lutter à domicile contre la tuberculose dans le cadre des dispensaires antituberculeux et fédère les trois sociétés Croix-Rouge habituellement concurrentes⁶⁸⁷. La vice-présidente de l'association est Nicole Girard-Mangin, femme médecin, directrice de l'Office antituberculeux de l'hôpital Beaujon. L'association crée des comités locaux autonomes dans la plupart des arrondissements de Paris et dans les localités de banlieue, puis dans les campagnes. Ces comités ont le statut juridique associatif et réunissent les bonnes volontés sans distinctions ni religieuses, ni politiques⁶⁸⁸. L'association des infirmières-visiteuses de France organise à son tour un enseignement d'infirmières sociales dirigé spécialement vers la lutte antituberculeuse.

Avant-guerre, la France est le cadre de l'émergence d'un mouvement d'enseignement spécialisé dans la formation d'infirmières-visiteuses directement affectées à la lutte contre la tuberculose sur lequel, en 1915, Léon Bourgeois s'appuie pour organiser une formation de visiteuses. Léon Bourgeois dirige l'assistance aux anciens militaires tuberculeux et grâce aux initiatives conjuguées de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose et de l'Assistance et de l'Hygiène publique dirigée par Jules Brissac, une nouvelle forme d'action de prophylaxie contre la tuberculose est menée. En effet, la nécessité se fait pressante, en l'absence des infirmiers envoyés au combat, de former des infirmières spécialisées dans les soins tuberculeux et préparées à l'enseignement de la prophylaxie et de l'hygiène au domicile des malades et de leur famille. Le dispensaire Léon-Bourgeois à l'hôpital Laënnec dispose de ses visiteuses depuis le début de son fonctionnement en 1913.

Jules Brissac⁶⁸⁹ s'adresse à l'association des infirmières-visiteuses de France pour former des infirmières afin d'assurer le service à domicile des dispensaires et des soins dans des stations sanitaires créées dans le cadre du plan Brissac. La formation de ces nouvelles recrues est effectuée par le docteur Küss⁶⁹⁰, à l'hôpital Laënnec, rapidement, en quatre mois, dans des conditions souvent peu favorables dans la mesure où les infirmières compétentes sont actives dans les hôpitaux militaires. Malgré ces difficultés, 60 infirmières-visiteuses circulent dans Paris et sa banlieue. Les départements du Doubs, de la Marne, de l'Indre-et-Loire, des Bouches-du-Rhône, de la Seine-et-Oise demandent à leur tour la formation d'infirmières spécialisées.

Le 17 mai 1918, le secrétaire du Comité National d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux, annonce aux présidents des comités départementaux la coopération du Comité national avec les trois sociétés de la Croix-Rouge française qui intensifient leurs moyens d'actions de lutte contre la tuberculose. Cette coopération donne naissance à la création d'une commission mixte

⁶⁸⁷Evelyne Diebolt, Fouché Nicole, « Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938) », *Sciences humaines et sociales*, EPU, 2011, p.206 à 208.

⁶⁸⁸Marie Cters, « L'association des infirmières-visiteuses de France », *Alliance d'Hygiène sociale, Congrès de Reims octobre 1926*, Paris, p.181.

⁶⁸⁹Jules Brissac (1864-1939) est un haut-fonctionnaire, avocat près de la cour d'appel de Lyon, puis chef de cabinet du préfet de la Loire, il devient préfet du Tarn, puis du Loir-et-Cher. Il est nommé directeur de l'Assistance et de l'Hygiène Publiques au ministère de l'Intérieur. Site Internet <https://data.bnf.fr> consulté le 20/12/2018.

⁶⁹⁰Georges Küss (1867-1936) est un phthisiologue français, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de l'hôpital Trousseau. Georges Küss perfectionne l'appareil à pneumothorax et fut président des sanatoriums français. Site Internet <https://www.idref.fr> consulté le 20/12/2018.

regroupant des membres des quatre organismes. Les infirmières de la Croix-Rouge française sont ainsi appelées à fournir un réservoir de recrutement des infirmières d'hygiène lorsque diplômées, elles effectuent une formation adaptée aux besoins des dispensaires antituberculeux. Ainsi 200 infirmières travaillent à la lutte antituberculeuse⁶⁹¹ et, en cinq ans, de 1918 à 1923, le nombre des infirmières-visiteuses est multiplié par dix⁶⁹². 559 infirmières-visiteuses sont dénombrées en 1923. Cette multiplication est principalement imputable à l'action des *nurses* américaines, financée par la Fondation Rockefeller sur le territoire français. En effet, l'entrée dans le conflit des États-Unis en 1917, provoque l'arrivée massive des *nurses* américaines de l'*American Red Cross*. D'abord affectées au chevet des soldats américains, elles dispensent leur savoir-faire dans les hôpitaux et coopèrent avec la Fondation Rockefeller dans 9 dispensaires antituberculeux. Les *nurses* américaines ont reçu dans leur pays une formation de qualité et forment à leur tour les infirmières-visiteuses françaises. Pour ce faire, la Fondation Rockefeller fonde avec l'accord des autorités françaises, le *Bureau of Public Health Visiting* (Bureau des visiteuses) dirigé par Elizabeth Crowell, *nurse* expérimentée en matière de tuberculose⁶⁹³. L'élan donné par les *nurses* américaines s'étiole quelque peu, puisqu'en 1924, le territoire français ne compte que dix écoles d'infirmières-visiteuses, installées à Paris, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nancy, Strasbourg, Nantes et Lille. Le recrutement des élèves infirmières-visiteuses est déficitaire, c'est le constat établi lors du congrès de l'AHS en 1922, qui souligne l'impossibilité d'assurer la formation d'infirmières-visiteuses dans les hôpitaux tels qu'ils sont organisés à cette époque. En outre, les familles des élèves infirmières hésitent devant une séparation de deux années lorsque les jeunes filles doivent s'éloigner de leur domicile pour suivre leurs études dans une ville dotée d'une école spécialisée⁶⁹⁴. L'École des Infirmières Visiteuses de France fondée à l'hôpital parisien Laënnec devient l'École du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Elle est présidée par Georges Risler⁶⁹⁵ et dirigée par Mesdames Delagrangé et Cuverville. En 1926, cette école compte 473 infirmières diplômées. A sa suite, entrent en activité à Paris les écoles suivantes :

- L'hôpital-école Heine-Fould, 35 rue de la Glacière XIII^e
- L'école supérieure de la société de secours aux blessés militaires, square des peupliers, XIII^e
- L'école de l'association des Dames Françaises rue de la Jonquière XVIII^e

⁶⁹¹Berthe Milliard, « Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux », *Bulletin trimestriel* n°6, octobre-décembre 1917, p.273-275.

⁶⁹² Laurent Ott, Stéphane Rullac, *Dictionnaire pratique du travail social*, Eyrolles, 2015, p.153.

⁶⁹³Evelyne Diebolt, Nicole Fouché, « Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? », *Sciences humaines et sociales, op.cit.*

Elizabeth Crowell est membre de la fondation Rockefeller, elle est infirmière et assistante sociale et se consacre à la formation d'infirmière visiteuse. En 1917, elle œuvre pour l'éradication de la tuberculose au sein de la Commission de la tuberculose en France. Elle forme du personnel médical et contribue à l'organisation de dispensaires après-guerre. Elle reste en France jusqu'en 1923. Site Internet <https://rockfound.rockarch.org> consulté le 20/12/2018.

⁶⁹⁴Jouen, Médecin de l'Office Public d'Hygiène Sociale, *Alliance d'hygiène sociale, 12^e congrès de Rouen, octobre 1922*, Imprimerie Wolf, Rouen, 1922, p.124.

⁶⁹⁵ Georges Risler (1853-1941) est un industriel français d'origine alsacienne. Il est un hygiéniste convaincu et préside le Musée Social en succédant en 1922 à Jules Siegfried. Il est membre du Comité de patronage de la Ligue Nationale contre le taudis et président de l'Office d'HBM. Site Internet www.musee-hlm.fr, consulté le 20/12/2018.

- L'école des infirmières dirigée par Léonie Chaptal rue Vercingétorix
 - L'école des infirmières rue Amyot, dirigée par Melle de Joannis
- A Lyon deux écoles sont ouvertes :
- L'école des infirmières S.B.M (Secours aux Militaires Blessés) rue des Charmettes
 - L'école des infirmières visiteuses de Lyon dirigée par le professeur Courmont
- A Bordeaux on compte cinq écoles d'infirmières visiteuses :
- L'école de l'association des infirmières visiteuses de France
 - L'école de la S.B.M
 - L'école de l'U.F.F (Union des Femmes de France)
 - L'école de Miss Hamilton
 - L'école de la rue des Tondus

Des écoles d'infirmières visiteuses sont installées à Lille, Marseille, Nancy et Strasbourg. Dans d'autres villes, des Dispensaires-Ecoles du Secours aux Militaires Blessés et de l'Union des Femmes de France forment des infirmières. L'enseignement donné aux élèves infirmières-visiteuses⁶⁹⁶ comprend une partie de cours théoriques reçus la première année et des stages en situation durant la seconde année. Voici l'intitulé des matières :

« Anatomie et physiologie. Pathologie élémentaire
 Hygiène générale et individuelle et prophylaxie
 Hygiène de la grossesse et du nouveau-né
 Hygiène de la première enfance
 Hygiène de l'enfance et hygiène scolaire
 Tuberculose médicale et tuberculose chirurgicale
 Tuberculose infantile
 Tuberculose, prophylaxie et étiologie chez l'adulte
 Législation sanitaire sociale
 Petite pharmacie
 Maladies de la peau et syphiligraphie
 Maladies des yeux, gorge, nez et oreilles
 Hygiène de la bouche et des dents⁶⁹⁷. »

Les stages pratiqués déterminent la spécialisation de l'infirmière, qui comme le montre le programme des études théoriques, est plus large que la prophylaxie antituberculeuse⁶⁹⁸. Ces choix limitent le nombre des jeunes femmes qui exercent la profession de visiteuses au sein des dispensaires antituberculeux. Ainsi au congrès de Strasbourg en 1923, le directeur de l'Office d'Hygiène, annonce que depuis sa création en 1920, l'école d'infirmières-visiteuses a admis 50 élèves. A l'automne 1922, 15 d'entre elles ont obtenu leur diplôme qui leur permet de postuler au titre de garde-malade dans les hôpitaux et les cliniques ou

⁶⁹⁶Les élèves infirmières-visiteuses doivent être titulaires d'une instruction générale correspondant au brevet de l'enseignement primaire ou au certificat d'études secondaires.

⁶⁹⁷Jouen, Médecin de l'Office public d'hygiène sociale, *Alliance d'hygiène sociale*, op.cit., p.125.

⁶⁹⁸Henry Stéphane, *Les infirmières-visiteuse*, op.cit., Le programme comprend des cours théoriques dans plusieurs domaines : la tuberculose (36 leçons), l'hygiène infantile et les notions sommaires de pathologies infantiles (20 leçons), l'hygiène générale et individuelle (9 leçons), les maladies de la peau et la syphilis (5 leçons), les notions élémentaires de petites pharmacies (5 leçons), le rôle de l'infirmière scolaire (4 leçons), l'hygiène alimentaire (4 leçons) et l'alcoolisme (2 leçons).

comme visiteuse d'hygiène dans les dispensaires et autres œuvres de la ville. 9 jeunes diplômées ont choisi le poste d'infirmières-visiteuses⁶⁹⁹. La polyvalence des infirmières-visiteuses s'exerce entre les dispensaires et les services de protection de la maternité et de l'enfance⁷⁰⁰.

6.3.1.2 Le métier d'infirmière-visiteuse au cœur des dispensaires

Les infirmières-visiteuses luttent contre la tuberculose et la mortalité infantile. Elles ont une mission d'éducation hygiénique, antituberculeuse et antialcoolique envers la famille du malade. Elle exerce également une éducation sociale en faisant connaître aux familles la législation en vigueur concernant la vie ouvrière et les œuvres de prévoyance et d'assistances créées pour les travailleurs, ce qui permet une liaison directe avec la mission des intendantes d'usine dont le rôle a été évoqué précédemment.

Les infirmières-visiteuses ont en charge d'assainir les logis⁷⁰¹. De nombreuses fonctions sont donc attribuées à ces femmes dont les autorités cherchent à rentabiliser l'action. A titre d'exemple, on constate que le choix a été fait de recruter en Seine-et-Marne des visiteuses d'hygiène polyvalentes dans un but d'économie et pour un meilleur rendement du travail de ces personnels. Ces visiteuses sont en effet spécialisées dans un certain nombre de secteurs qui répondent à la lutte contre les grands fléaux sociaux. D'autre part, dans les grandes villes, les autorités mettent en avant une polyvalence des infirmières-visiteuses pour éviter aux familles de prendre contact avec de multiples interlocuteurs dont les avis et les conseils risquent d'être contradictoires. Enfin la polyvalence des visiteuses en Seine-et-Marne se justifie par le constat d'une population très disséminée sur le département. Le nombre des infirmières-visiteuses est de 12 en 1927⁷⁰² dans ce département, chiffre qui semble très inférieur aux besoins réels dans les seuls dispensaires antituberculeux.

Au sein des dispensaires, les infirmières visiteuses assurent les rapports avec les médecins traitant et les comités d'assistance. Elles sont placées sous les ordres du médecin-chef du dispensaire. Elles sont chargées d'assister les médecins, en établissant les dossiers pour les nouveaux consultants puis préparent les feuilles d'observation des malades. Elles doivent effectuer le classement des dossiers et indiquer aux malades les soins prescrits. Ces tâches sont effectuées au sein du dispensaire et combinent un aspect bureaucratique qui n'est pas le plus prisé ni des infirmières-visiteuses, ni même des médecins qui considèrent que le temps passé par les infirmières-visiteuses devrait être consacré à l'aide aux médecins et aux conseils donnés aux malades.

Lors de leurs enquêtes au domicile des malades, les visiteuses assurent l'exécution des prescriptions médicales et l'éducation prophylactique des malades et de leur famille. Elles sont chargées de veiller particulièrement à la désinfection du linge et des effets personnels des malades ainsi que de leur habitation. Elles proposent enfin au médecin les modes d'aides et de placements

⁶⁹⁹ Belin, *Congrès de l'AHS Strasbourg 1923*, Librairie de la mutualité Bordeaux, p. 69.

⁷⁰⁰ *Rapport de l'Hygiène Sociale en Seine-et-Marne*, 1927, p.26.

⁷⁰¹ Marie Cters, « L'association des infirmières-visiteuses de France », *Alliance d'Hygiène sociale, Congrès de Reims octobre 1926*, op.cit., p.181.

⁷⁰² *Rapport de l'Hygiène Sociale en Seine-et-Marne*, 1927.

les mieux adaptés aux cas des malades, notamment sur la nature des allocations à procurer aux familles et sur l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence. Elles donnent en outre des indications sur la nécessité d'éloigner les enfants sains du domicile familial⁷⁰³.

Toutefois, certains médecins craignent que les infirmières-visiteuses prennent des initiatives qui viendraient empiéter sur le territoire de fonctions médicales qui ne leur sont pas attribuées. Certains praticiens contestent avec vigueur l'usurpation des infirmières-visiteuses dans le diagnostic lors des visites ou de la préparation des fiches de renseignements.

Une infirmière visiteuse peut être désignée, par décision préfectorale, pour remplir les fonctions d'infirmière visiteuse chef. Cette dernière contrôle les infirmières visiteuses, répartit leur travail suivant les indications du médecin-chef. Elle surveille la tenue et le classement des dossiers et des fichiers, tient à jour le registre des statistiques et adresse en fin de mois un rapport au CNDT. Elle est en outre responsable des meubles et des instruments du dispensaire et veille à éviter tout gaspillage⁷⁰⁴. L'image de l'infirmière-visiteuse véhiculée par la propagande des dispensaires est celle d'une personne bienveillante, qui lie des liens d'amitié avec les familles de son secteur d'activité.

Figure 93- Une infirmière-visiteuse rencontre une famille dans la rue ⁷⁰⁵



L'affiche présentée ci-dessous, montre une infirmière d'hygiène qui porte un enfant coiffé du bonnet phrygien et se réfugie dans les bras protecteurs de l'infirmière. Le symbole de la lutte antituberculeuse est une croix de Lorraine

⁷⁰³Paul Tissier, Thèse de doctorat en médecine, *Un dispensaire parisien de l'OPHS en action*, président Léon Bernard, Les presses modernes, Paris, 1926, p.38.

⁷⁰⁴*Ibid.*, p.52.

⁷⁰⁵Une infirmière visiteuse en 1927 : Au cours de ses visites, l'infirmière rencontre une famille dont elle est devenue l'amie. <http://cediasbibli.org/> consulté en juin 2013. Paris, Edition de l'Office public d'hygiène sociale.

rouge⁷⁰⁶ que l'infirmière porte sur la manche gauche de son manteau. La Tour Eiffel et l'Arc de Triomphe, symboles de Paris, la capitale de la France semblent indiquer que les activités des infirmières sont à mettre au rang des croisades contre le mal, contre la tuberculose et la mortalité infantile qui met en péril le devenir de la population du pays. Cette affiche est émise par la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France et constitue un appel aux dons pour alimenter les moyens de la lutte.

Figure 94- Affiche représentant une allégorie de l'infirmière visiteuse⁷⁰⁷



Les témoignages d'infirmières-visiteuses sont rares. Toutefois l'une d'elle, Marthe Hébert confie ses souvenirs dans un livre paru en 1932, dans lequel elle évoque son quotidien dans un dispensaire de préservation antituberculeuse. Elle explique que les jeunes femmes n'apprécient guère l'aspect administratif de leur tâche et notamment la tenue des fiches des patients qui doivent exposer le détail des visites à leur domicile et des conclusions après chacune d'elles, des conseils prodigués, des examens bactériologiques et radiologiques effectués pour chaque malade.

Pour l'infirmière-visiteuse, le jour de la consultation est le plus important de la semaine. C'est le point de départ, puis l'aboutissement de toutes les démarches et de toutes les visites à domicile.

⁷⁰⁶Arlette Mouret, « L'imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », *Les cahiers du centre de recherches historiques*, n°12, 1994. A la suite du premier Congrès international contre la tuberculose qui se tient à Paris en 1902, l'Union Internationale contre la Tuberculose (UICT) fait de la croix de Lorraine en 1920 le symbole de la lutte antituberculeuse.

⁷⁰⁷ © Bibliothèque de documentation internationale contemporaine.

Marthe Hébert décrit le désarmement thérapeutique des unités de prophylaxie antituberculeuse.

« En dehors des adjuvants prescrits avec modération, le pneumothorax et toutes ses variantes ont seuls jusqu'ici donné de réels succès et permis de reprendre le travail et les contacts familiaux⁷⁰⁸. »

Lorsqu'un adulte est détecté tuberculeux, le médecin du dispensaire cherche immédiatement à savoir si des enfants habitent la maison du malade. Cette information est capitale car la protection des enfants et particulièrement des plus jeunes dans les foyers infectés par le bacille de Koch, est à l'évidence dans les pages laissées par Marthe Hébert, une priorité absolue pour les médecins des dispensaires.

Malgré les efforts des médecins et des infirmières-visiteuses pour endiguer les méfaits de la tuberculose, dans l'esprit du grand public, le dispensaire est un réceptacle de bacilles et y passer une demi-heure équivaut à un suicide⁷⁰⁹. Le dispensaire a la mauvaise réputation d'être un centre de contamination. « Plutôt que de venir se faire examiner au dispensaire, les tuberculeux meurent après avoir été des tuberculeux qui tuent » déplore Marthe Hébert.

Elle évoque également dans ses souvenirs des cas de fraudes aux pensions de réforme versées aux blessés du poumon.

Le décret du 25 août 1925 confie aux dispensaires la surveillance des soins à donner aux réformés à 100% pour tuberculose de façon à éviter des dépenses en frais médicaux et pharmaceutiques et à leur procurer le bénéfice maximum de l'indemnité que leur accorde la loi. Pour les cas de tuberculeux réformés, il est souvent bien difficile de déterminer l'origine du mal car ils ont perdu tout contact avec les chefs et les autres soldats. Aucune traçabilité n'est donc possible pour savoir si le soldat était déjà tuberculeux avant son incorporation dans les rangs de l'armée, c'est alors un cas de tuberculose d'éclosion ou s'il a été contaminé pendant sa période sous les drapeaux constituant alors un cas de tuberculose d'inoculation⁷¹⁰. Dans le second cas, le soldat est indemnisé avec le statut de victime de guerre. Il ne l'est pas si la tuberculose est contractée avant sa venue sous les drapeaux.

« Certains simulent, créent de la fièvre et empruntent à des camarades le crachat bacillifère exigé par les experts. Les autres légèrement atteints, s'emploient à provoquer des rechutes, les hémoptysies, l'aggravation dont

⁷⁰⁸Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose*, *op.cit.*, p.92. Les explications concernant le pneumothorax sont fournies au chapitre 7 de ce travail.

⁷⁰⁹ *Ibid.*, p.84.

⁷¹⁰Anne Rasmussen, « Protéger la société en guerre : de l'assistance aux droits sur la Nation », *Revue de l'Histoire de la protection sociale*, 2016/1, n°9, *op.cit.*

A propos de la tuberculose d'éclosion ou d'inoculation, Anna Rasmussen cite dans son article les explications fournies par Vincent Viet à ce sujet. Le professeur Landouzy déclare « quelle que soit la nature de la tuberculose qu'il a contracté, d'inoculation ou d'éclosion, le soldat est victime de guerre ». In *La guerre et la tuberculose, 1914-1915, Paris médical, 1916*, p.63.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

ils refusent de prévoir les suites fatales, hypnotisés par le « taux » à obtenir ou à faire relever⁷¹¹. »

L'image de la visiteuse se dégrade au sein des familles visitées qui se sentent surveillées. En effet, une circulaire du directeur de l'Assistance Publique du 31 mars 1905 préconise une déclaration obligatoire de la tuberculose. Cette obligation, ainsi que les comptes rendus des visiteurs et des infirmières visiteuses qui se rendent quelquefois sans avertissement préalable au domicile des familles, sont ressentis comme des contraintes parmi la population. Pourtant, les qualificatifs qu'utilisent Léon Bourgeois lorsqu'il évoque les visiteurs et des infirmières visiteuses sont toujours empreints de la vision du docteur Calmette. Il décrit des moniteurs d'hygiène compris et écoutés partout sans défiance⁷¹². Il semble toutefois, dans la réalité des faits rapportés, que les infirmières visiteuses, héritières du visiteur des pauvres chargés de voir et dépister le bon pauvre du mauvais, soient souvent perçues dans la population comme de véritables espionnes ayant pour mission de dénoncer aux autorités les personnes tuberculeuses. Leurs visites dans les foyers sont souvent ressenties comme de véritables intrusions dans la vie privée des populations comme le sont les visites des surintendantes d'usines, soupçonnées d'enquêter au profit des directeurs d'usines contre l'intérêt des employés.

Le travail des infirmières-visiteuses peut être quantifié à partir des statistiques effectuées par le CNDT publiées en 1926.

« En 1918, les dispensaires, encore peu nombreux, avaient suivis 9 212 consultants dont 3 034 tuberculeux (13 dispensaires seulement pouvaient nous fournir ces renseignements, d'où 233 tuberculeux suivis par dispensaire). En 1926, soit neuf années plus tard, on enregistre 361 506 consultants suivis par les dispensaires dont 162 423 tuberculeux, soit pour 552 dispensaires, une moyenne de 285 tuberculeux par dispensaire ; l'augmentation globale en ce qui concerne le total des consultants est donc de 1 à 39,2, celle qui est relative aux tuberculeux se trouve être dans le rapport de 1 à 54 et le rendement moyen progressant de 233 à 285, s'est en conséquence amélioré de 22,3%⁷¹³. »

Afin d'établir le tableau présenté ci-dessous, ont été exploités le rapport de 1926 du service de la statistique du CNDT et l'annuaire des statistiques de la France paru en 1927 pour l'année 1926, année de recensement. Ce dernier fournit la population totale relevée dans chacun des départements.

Si le rapport du CNDT ne fournit pas le nombre des infirmières-visiteuses exerçant dans chaque département, il indique le nombre des consultations effectuées dans chaque département pour les années 1921, 1922, 1923, 1924, 1925 et 1926.

⁷¹¹Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose*, op.cit., p.199-200.

⁷¹²Dominique Dessertine, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France, (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2-3, 1995.

⁷¹³Rapport du service de la statistique, Comité de défense contre la tuberculose, Année 1926, Imprimerie administrative, Melun, p.28.

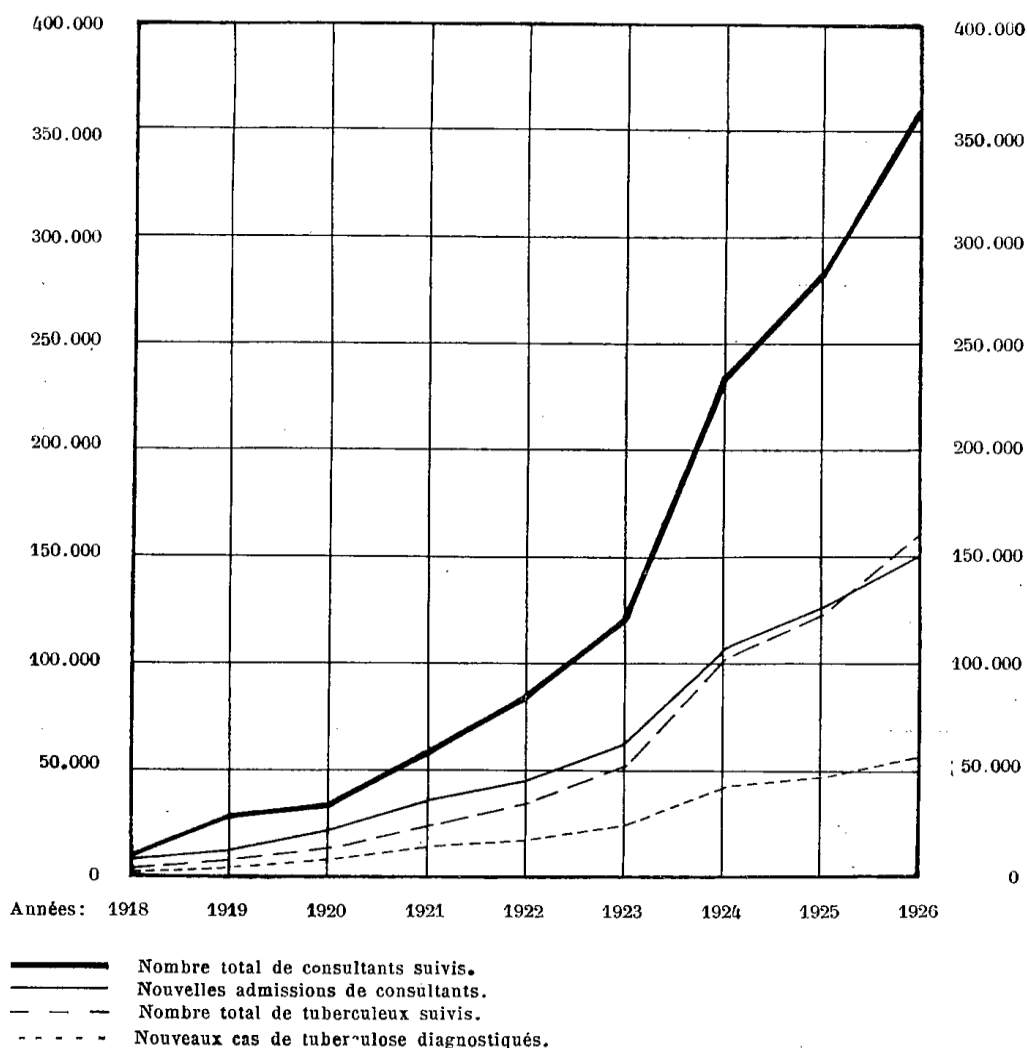
Figure 95- Visites effectuées à domicile ramenées à 100 000 habitants par départements ⁷¹⁴

Visites effectuées à domicile ramenées à 100 000 habitants par département											
Départements	Population totale	Nombre de visites effectuées			en 1926 visites pour 100 000 habitants	Départements	Population totale	Nombre de visites effectuées			en 1926 visites pour 100 000 habitants
		en 1924	en 1925	en 1926				en 1924	en 1925	en 1926	
Finistère	753 702	45577	46431	48209	6 396	Puy-de-Dôme	515 399	3694	5196	5792	1 124
Rhin (Bas)	670 985	1829	1327	32400	4 829	Meuse	218 131	2591	2081	2401	1 101
Doubs	296 591		7223	12999	4 383	Ariège	167 498	668	1598	1770	1 057
Seine	4 628 637	175533	177516	188095	4 064	Nord	1 969 182	17609	21854	20643	1 048
Vaucluse	230 549	5758	7363	7765	3 368	Mayenne	259 934	2030	2092	2661	1 024
Hérault	500 575	13450	14671	16541	3 304	Charente	312 790	3199	3328	3199	1 023
Rhône	993 915	25859	28154	31323	3 151	Somme	473 916	3930	2611	4721	996
Gironde	827 973	20221	21139	24806	2 996	Seine-et-Marne	380 017	2605	2785	3682	969
Meurthe-et-Mos	552 087	13466	15551	15606	2 827	Loire (Haute)	260 610	2115	2354	2492	956
Belfort (Territoi	96 594	692	1988	2677	2 771	Loire	669 216	1141	1234	5948	889
Oise	405 971	9561	8860	11019	2 714	Lot-et-Garonne	246 609	348	2242	2081	844
Côtes du Nord	552 788	18302	16631	14484	2 620	Ardennes	297 448	1970	2164	2504	842
Indre-et-Loire	334 486	8295	5659	8681	2 595	Saône (Haute)	226 313	805	1581	1863	823
Marne	397 773	8702	10041	10187	2 561	Vienne	310 474	1599	1708	2547	820
Seine-Inférieure	885 299	1729	20963	22532	2 545	Aude	291 951	2222	2030	2371	812
Rhin (Haut)	490 654			12459	2 539	Manche	431 367	2261	2796	3469	804
Moselle	633 461			15426	2 435	Var	347 932	2466	2387	2774	797
Drôme	263 750	5540	5769	6387	2 422	Aube	238 253	486	1244	1738	729
Loire Inférieure	651 487	11548	12344	15263	2 343	Eure	308 445	2341	1880	1993	646
Eure-et-Loir	255 213	6822	6346	5757	2 256	Cher	298 398	685	1785	1719	576
Morbihan	543 175	7788	9733	12233	2 252	Aveyron	328 880	1473	1627	1865	567
Calvados	390 492	5956	6881	8516	2 181	Charente Inférie	417 789	1047	1486	2122	508
Ille et Villaine	561 688	7098	8594	11762	2 094	Maine-et-Loire	477 741	5100	4903	2335	489
Marne (Haute)	195 370	3124	3521	3592	1 839	Corse	289 890	996	2060	1408	486
Vienne (Haute)	351 311	4165	4550	6404	1 823	Yonne	277 220	45	1033	1187	428
Loiret	341 225	4044	4724	6192	1 815	Allier	370 562			1169	315
Pyrénées (Haute	187 875	3949	2590	3393	1 806	Pas-de-Calais	1 171 912	5353	5163	3307	282
Jura	230 685	1855	2144	4156	1 802	Garonne	431 505	832	930	1165	270
Seine-et-Oise	1 137 524	2000	18908	20364	1 790	Lozère	104 733			224	214
Loir-et-Cher	248 099	4591	5364	4370	1 761	Savoie (Haute)	245 317	564	237	453	185
Bouche du Rhô	929 549	14073	15039	16226	1 746	Tarn-et-Garonne	164 191			199	121
Alpes (Hautes)	87 963	1054	1800	1505	1 711	Pyrénées (Orient	229 979			76	33
Pyrénées (Basse	414 556	6089	5801	7004	1 690	Alpes (Basses)	88 347				0
Savoie	231 210	3441	3759	3862	1 670	Ardèche	289 263				0
Alpes-Maritimes	435 253	6001	7301	6806	1 564	Cantal	196 999	Ces départements ne possèdent pas de dispensaires pour les années concernées par cette statistique.			0
Sarthe	387 482	5115	5126	5770	1 489	Corrèze	269 289				0
Nièvre	260 502	3573	3856	3692	1 417	Creuse	219 148				0
Aisne	489 022	3679	6099	6849	1 401	Dordogne	392 489				0
Indre	255 095	129	2195	3480	1 364	Gers	196 419				0
Saône-et-Loire	549 240	6448	5523	7418	1 351	Landes	263 111				0
Côte d'Or	328 881	3620	3757	4242	1 290	Lot	171 776				0
Orne	277 637	1370	2588	3561	1 283	Sèvres (Deux)	309 820				0
Vosges	382 100	1883	4979	4786	1 253	Tarn	301 717				0
Gard	402 691	3061	3237	4880	1 212	Vendée	395 602				0
Isère	558 079	5093	6319	6484	1 162	Ain	317 195				0

⁷¹⁴ *Annuaire statistique de la France année 1927*, tableau I, Territoire et Population.

Pour l'année 1926, le Finistère, le Bas-Rhin, le Doubs et la Seine sont les départements dans lesquels la population consultée par les infirmières-visiteuses, ramenée à 100 000 habitants, est la plus importante. Toutefois, la population consultée ne représente qu'une faible part de la population totale puisque dans les départements situés en tête de la liste jointe ci-dessus, elle constitue 6,4% dans le Finistère, 4,8% dans le Bas-Rhin, 4,4% dans le Doubs et 4,1% dans le département de la Seine. La moyenne calculée sur la population française s'établit autour de 3,1% de la population consultée par une infirmière-visiteuse au cours de l'année 1926.

Figure 96- Rendement médical enregistré de 1918 à 1926⁷¹⁵



Les courbes représentent le nombre de consultants suivis (courbe la plus épaisse) puis dans l'ordre, les nouvelles admissions des consultants au dispensaire, le nombre total de tuberculeux suivis et enfin les nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués. Ainsi, en 1924, 1925 et 1926 environ 50 000

⁷¹⁵Rapport du service de la statistique, *op.cit.*, p. 10.

nouveaux cas de tuberculose sont détectés par an ce qui est le double du chiffre atteint en 1923. La fréquentation des dispensaires connaît un essor très net à partir de l'année 1923. Pour accueillir et soigner cet afflux de nouveaux consultants, des médecins bien formés sont plus que nécessaire.

Le CNDT dénombre près de 1 500 infirmières-visiteuses pour l'année 1930⁷¹⁶. Ce nombre indique une moyenne de plus de deux infirmières-visiteuses par dispensaires. Mais la répartition sur le territoire n'est pas uniforme comme l'indique ce tableau :

Figure 97- Populations surveillées par infirmière en Seine-Inférieure en 1925⁷¹⁷

Dispensaires	Bolbec	Darnétal/ Petit- Quevilly	Dieppe	Elbeuf	Le Havre	Le Trait/ Yvetot	Malaunay/ Maromme	Rouen
Habitants surveillés	227	99 / 355	478	152	197 350	68 955	62 / 256	845
Total distance villes/Disp.	1 454	2 743	4 869	88	386	2 071	1 205	29
Moy distance villes/Disp.	12,75	21,94	22,44	5,9	12,06	13,1	14,88	4,14
Nombre d'infirmières	1	1	1	1	3	1	1	2
Pop surveillées/infirmières	227	99 / 355	478	152	65 783	68 955	62 / 256	922
Pop surveillées/infirmières (par km)	6 998	4 528	5 725	6 805	5 455	5 264	4 184	19 305

Stéphane Henry dans son article intitulé « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux⁷¹⁸ » souligne que la tâche des infirmières-visiteuses est alourdie d'une part par le nombre des habitants à surveiller, mais aussi par le nombre des kilomètres à parcourir pour réaliser leur travail. A ce titre indique Stéphane Henry, les infirmières-visiteuses rurales sont moins bien loties que leurs consœurs œuvrant dans les dispensaires urbains.

Le métier d'infirmière-visiteuse émerge en ce début du XX^e siècle. Une nouvelle formation médicale est également émergente à cette même époque, c'est la spécialité de phtisiologue. Les phtisiologues exercent au sein des hôpitaux, des sanatoriums et des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Comment et depuis quand ces médecins ont-ils reçu une formation spécifique ?

6.3.2 Phtisiologie, une spécialité médicale émergente

La phtisiologie est une spécialité médicale qui attire peu les étudiants au début du XX^e siècle tant la contagion tuberculeuse effraie les médecins terriblement exposés à la maladie. Pourtant des praticiens compétents contre la tuberculose sont indispensables dans les hôpitaux, les sanatoriums et dans les

⁷¹⁶Georges Dequidt, docteur, *Rapport de l'inspection générale des services administratifs*, Imprimerie administratives, Melun, 1932, p.203.

⁷¹⁷Archives Départementales de Seine-Maritime, série 5M46 : *infirmières, création d'écoles (délibérations des commissions administratives d'hospices relatives à l'exécution de la circulaire ministérielle du 28/10/1902 ; règlement ; correspondance relative au fonctionnement) ; organisation des concours (1927-1937) ; bourses (1928-1935)*, in Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, *op.cit.*

⁷¹⁸Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *op.cit.*

dispensaires antituberculeux. En effet, le diagnostic de la tuberculose est parfois difficile à établir

« Ou bien le diagnostic est très facile grâce à la mise en évidence immédiate du bacille, ou bien il est difficile et il faut s'astreindre à poursuivre très méthodiquement les recherches. Il arrive souvent que la découverte de bacilles dans les crachats conduit à recommencer un examen stéthoscopique et radioscopique jusque-là négatif... La non-constatation de bacilles n'autorise pas à exclure le diagnostic de tuberculose ; mais en l'absence de bacilles, seul signe de certitude, les autres signes n'ont qu'une valeur de présomption ou de probabilité⁷¹⁹. »

La faculté de médecine de Paris propose en 1911 des cours avec pour objet des leçons sur la tuberculose à l'hôpital Laënnec. Ces leçons sont dispensées par les professeurs Landouzy et Bernard. Le programme de ces cours est le suivant :

« 1^{ère} leçon : Evolution historique de la phtisiologie. Le bacille de la tuberculose. Les réactions anatomiques de l'organisme.
2^e leçon : Tuberculose et voies respiratoires
3^e leçon : Les adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses. Les formes larvées de la tuberculose pulmonaire. Asthme. Emphysème.
4^e leçon : Pleurésies, péricardites tuberculeuses. Arthropathies tuberculeuses.
5^e leçon : Tuberculose de la peau
6^e leçon : Tuberculose du foie et du péritoine
7^e leçon : Tuberculose du rein et des glandes surrénales.
8^e leçon : Dystrophies tuberculeuses. Tuberculose du système nerveux.
9^e leçon : Formes septicémiques de la tuberculose.
10^e leçon : Diagnostic radiologique de la tuberculose
11^e leçon : Diagnostic par les méthodes de laboratoire. Recherche du bacille dans les exsudats, les humeurs et les tissus de l'organisme.
12^e leçon : Traitement des tuberculeux. Médications spécifiques tuberculines et sérums.
13^e leçon : Traitement des tuberculeux. Médications symptomatiques.
14^e leçon : Traitement des tuberculeux. Médication hygiéno-diététique : régime alimentaire⁷²⁰. »

Chaque leçon a une durée de 6 heures. Les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté de médecine y sont admis. Le montant des droits à verser est de 100 francs. Les étudiants étrangers, américains notamment, retournent dans leur pays pour contribuer à la diffusion des connaissances médicales en matière de tuberculose dispensées à Paris et participent à leur tour à la formation de phtisiologues. En 1918, est créé un

⁷¹⁹Emile Sergent, *Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1920)*, 2^e édition, Maloine, 1920, p. 56.

⁷²⁰*Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens*, tome 82, quatrième série, Paris, 8 rue de Nesles, 1911, p.288.

Comité franco-américain d'études de la tuberculose présidé par Maurice Le Tulle et Livingsgton Ferrand. Ce dernier est le dirigeant de la mission Rockefeller en France. Les universitaires français concernés par le comité sont Albert Calmette, Fernand Bezançon⁷²¹, Georges Küss, Edouard Rist, Emile Sergent⁷²² et Léon Bernard. Un cours de phtisiologie est organisé et destiné aux médecins chargés de la direction d'un dispensaire. 129 praticiens sortent diplômés entre 1919 et 1920 et une dizaine de bourses sont octroyées à de jeunes docteurs qui ont obtenu leur diplôme entre 1924 et 1932⁷²³. La Commission Rockefeller a créé en 1920 des bourses pour les médecins disposés à suivre des cours de perfectionnement sur la tuberculose⁷²⁴. Ces cours de perfectionnement sont donnés à Paris et les bourses attribuées aux médecins affectés soit aux hôpitaux antituberculeux, soit à une salle d'hôpital spécialement réservée aux tuberculeux, ou à un sanatorium, à un dispensaire antituberculeux que ces établissements soient publics ou privés. Le cours est d'une durée de quatre semaines, pendant ce temps les médecins reçoivent une indemnité de 25 francs par jour. Une somme supplémentaire de 200 francs est versée en fin de cours aux boursiers qui l'ont suivi de façon satisfaisante⁷²⁵. La Commission prend également à sa charge les frais de déplacement des médecins qui suivent cette formation.

Léon Bernard, professeur à la faculté de Médecine de Paris écrit en 1921 un ouvrage qui tire son origine des leçons données par ses soins avant et après la guerre à l'hôpital Laënnec et à la faculté de Médecine. Ce livre est composé de 12 chapitres dans lesquels le professeur Bernard décrit la substance des savoirs diffusés dans les études en matière de lutte contre la tuberculose. Ce cours est plus étoffé que celui exposé par le professeur Bernard avant-guerre. Le chapitre premier⁷²⁶ est intitulé « La conception actuelle de la tuberculose. L'infection et l'immunité. » Léon Bernard développe l'idée que la tuberculose est une maladie qui se propage par une contagion dont les risques sont multipliés avec la densité de la population urbaine. Léon Bernard écrit que tous les hommes sont susceptibles d'être contaminés par le BK, il n'y a pas de pré-tuberculeux, ce qui contredit l'hypothèse de prédispositions héréditaires face à cette maladie. Les autopsies pratiquées dans les hôpitaux montrent qu'avant l'âge de 18 ans les médecins trouvent des lésions tuberculeuses dans 17% des

⁷²¹Fernand Bezançon (1868-1948) est médecin des hôpitaux à l'hôpital Tenon, La Charité, Boucicaut. Il est notamment, professeur de clinique de la tuberculose à l'hôpital Laënnec, professeur de bactériologie. Il est l'auteur d'un ouvrage intitulé *Traité de l'examen des crachats*, Site Internet <https://data.bnf.fr> consulté le 20/12/2018.

⁷²²Emile Sergent (1867-1943) médecin des hôpitaux à partir de 1903. « Pendant la guerre 1914-1918 il est nommé lieutenant-colonel chef du service des tuberculeux du Vésinet, il accumule 15 000 fiches de militaires tuberculeux ou prétendus tels et donne une interprétation des divers moyens d'exploration de l'appareil respiratoire. Il décrit le signe d'alarme du début de la tuberculose. Il réunit un grand nombre d'observations radiologiques. Avec ses recherches, l'étude des maladies du poumon est élargie : cure de la tuberculose, importance de la clinique phtisiologique, tant au point de vue social qu'au point de vue individuel, pathologies de guerre, notes sur les gaz asphyxiants, les plaies de poitrines, création des centres de triage. » In site Internet www.histoire-vesinet.org, consulté le 20/12/2018.

⁷²³Lion Murard, Patrick, Zylberman, Les fondations indestructibles : la santé publique en France et la fondation Rockefeller, *Médecine/sciences 2002 ; vol. 18, mai 2002*, p.630.

⁷²⁴Archives Départementales de Seine-Et-Marne, Boîte d'archives 1097. Lettre du président de l'œuvre Seine-et-Marnaise d'Hygiène Sociale et de Préservation Antituberculeuse envoyée aux directeurs des établissements de lutte contre la tuberculose, Paris, le 4 janvier 1921.

⁷²⁵*Ibid.*

⁷²⁶Léon Bernard, *La tuberculose pulmonaire, études de phtisiologie clinique et sociale*, Masson et Cie, Paris VI^e, 1921.

cas parmi lesquels 73% ont provoqué la mort. Chez les adultes, 97% des autopsiés présentent des lésions tuberculeuses dont 28% ont été mortelles⁷²⁷.

Les chapitres 2 et 3 sont consacrés aux diverses formes de la maladie.

Le chapitre 4 concerne les signes « stéthacoustiques » de la tuberculose pulmonaire. La recherche des signes d'auscultation reste la base du diagnostic de la tuberculose. Cette maladie est curable à condition d'être découverte et soignée dès les premiers signes détectables d'où l'importance des actions de la prophylaxie. Le stéthoscope permet de repérer des bruits anormaux comme par exemple des inspirations fortes ou faibles ou encore des respirations râpeuses. L'utilisation efficace du stéthoscope nécessite l'oreille exercée du praticien et donc une grande pratique que seuls le temps, l'expérience et un nombre important de malades auscultés, permettent d'obtenir.

Les chapitres suivants traitent des études énoncées ci-dessous :

Chapitre 5 : Les éléments du pronostic chez les tuberculeux pulmonaires

Chapitre 6 : Les bronchites chroniques et emphysème tuberculeux

Chapitre 7 : L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte

Chapitre 8 : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel⁷²⁸.

Chapitre 9 : Les médications dites spécifiques de la tuberculose. Dans ce chapitre, Léon Bernard rappelle que les tuberculines injectées déterminent des réactions cutanées qui ne permettent pas cependant de soigner les tuberculeux, mais de constater la présence du BK dans l'organisme du patient.

Le chapitre 10 est intitulé : Les facteurs sociaux de la tuberculose. Léon Bernard estime qu'il est nécessaire de combattre ce qu'il nomme « la tuberculophobie » sentiment encore trop répandu selon Léon Bernard, chez ceux qui ignorent le mécanisme de propagation de la maladie dont la principale source de diffusion est l'expectoration. La rapidité de la propagation de la maladie est proportionnelle à la densité des groupements humains et sa gravité inversement proportionnelle à leur ancienneté. A ce titre, la famille est un vecteur important de la contamination tuberculeuse. Le service militaire a d'autre part beaucoup contribué à la diffusion de la tuberculose dans les milieux ruraux. Du 2 août 1914 au 30 août 1919 on compte 112 831 réformés pour tuberculose. Mais ce chiffre comporte une bonne part d'erreurs de diagnostics des médecins exerçant dans les centres de triage estime le professeur Bernard⁷²⁹.

Dans le chapitre 11, le professeur Bernard procède à l'étude de la prophylaxie sociale de la tuberculose. Il souligne que le principe essentiel de la prophylaxie est d'éviter la contagion. La lutte contre la contagion implique deux types de barrières : des barrières autour des semeurs de bacilles et des barrières de protection autour des sujets sains. Les moyens directs sont dirigés contre la contagion. Ce sont les dispensaires, les sanatoriums, les hôpitaux spécialisés, la préservation de l'enfance et l'éducation. Les formes indirectes qui visent les causes favorisant la contagion, tiennent en l'hygiène alimentaire, la lutte contre l'alcoolisme, l'amélioration de l'habitat et l'hygiène de manière générale.

⁷²⁷Ces chiffres montrent que 70% des adultes autopsiés contaminés par le BK ne sont pas morts de tuberculose. Toutefois, les chiffres n'indiquent pas le degré d'infection de ces malades décédés pour d'autres causes avant que la tuberculose ne les emporte.

⁷²⁸ Le traitement par pneumothorax artificiel est développé dans le chapitre suivant.

⁷²⁹ Léon Bernard, *La tuberculose pulmonaire, études de phtisiologie clinique et sociale*, op.cit., p.186.

La consultation médicale est l'opération fondamentale du dispensaire et le point de départ de toute son action⁷³⁰. Le diagnostic détermine si le malade peut être suivi au dispensaire ou doit être envoyé au sanatorium ou à l'hôpital. Le dispensaire est aussi un instrument d'assistance pour la famille du tuberculeux et un organe d'éducation en matière d'hygiène et de prophylaxie. Le dispensaire a un rôle d'assainissement des logis visités par les infirmières.

Léon Bernard insiste sur la nécessité de pourvoir la direction des dispensaires d'un personnel instruit et stable. La direction médicale par roulement doit être condamnée. Un élément fondamental du bon fonctionnement du dispensaire est la limitation stricte de la circonscription qu'il dessert. Léon Bernard cite les résultats des calculs effectués pour l'OHS de la Seine qui permettent de chiffrer au maximum à 900 le nombre des familles tuberculisées suivies par un même dispensaire⁷³¹.

Le rôle du médecin dans la lutte sociale est capital souligne le professeur Bernard puisqu'il déclenche toutes les mesures prophylactiques. Il assure l'éducation des personnes malades et des individus bien-portants. Léon Bernard déclare également que la prophylaxie sociale de la tuberculose ne constitue pas une menace pour les intérêts moraux et matériels des professions médicales. Les dispensaires constituent des facilités pour l'établissement d'un diagnostic solide clinique, bactériologique et radiologique.

Le dernier chapitre du livre de Léon Bernard s'attache aux mesures légales mises en œuvre pour lutter contre la tuberculose.

L'évolution du cours de phtisiologie enseigné avant la guerre et après le conflit montre une nette tendance vers une recherche des causes de la tuberculose et souligne les moyens de prophylaxie indispensables pour éviter une propagation dangereuse de la maladie.

Le constat effectué lors des autopsies pratiquées dans les hôpitaux du nombre de personnes atteintes par le BK qui ont surmonté la maladie avec leurs seules défenses naturelles, souvent sans se savoir contaminées, a peut-être conduit les scientifiques français à opter pour le développement des dispensaires antituberculeux au détriment des sanatoriums. C'est toutefois au sein d'un sanatorium que les étudiants en médecine atteints de tuberculose forment un vivier de recrutement pour les futurs spécialistes. Ils fondent en 1923 un établissement à Saint-Hilaire-du-Touvet dans l'Isère. Les jeunes gens y reçoivent à partir de 1933 des soins et parallèlement une formation médicale de lutte contre la tuberculose⁷³².

Les professeurs de la Faculté de Grenoble acceptent, dès les débuts du sanatorium de Saint-Hilaire-du-Touvet, de rendre des visites périodiques aux jeunes médecins tuberculeux pour dans un premier temps leur donner des conseils, puis des cours sur place sont organisés, donnant naissance à *l'université des neiges*.

⁷³⁰ *Ibid.*, p.203.

⁷³¹ *Ibid.*, p.219.

⁷³² Pierre Bourgeois, Pierre-Jean Lacalmotte, « Naissance, vie et mort d'une spécialité médicale : la phtisiologie », *Revue d'histoire des sciences médicales*, n°22, 1988.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 98- Sanatorium de Saint-Hilaire du Touvet dans le département de l'Isère⁷³³.



Malgré ces efforts de formations encore trop peu répandus sur le territoire français, tous les personnels des dispensaires ne semblent pas recrutés aux mêmes niveaux de motivation voire de compétences. La collaboration entre les médecins des dispensaires et les médecins libéraux n'est pas sans heurts. La lettre du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales adressée aux préfets en 1921 montre les difficultés rencontrées par les administrateurs des établissements de la prophylaxie antituberculeuse à recruter des médecins dument formés.

« Paris, le 8 décembre 1921⁷³⁴

Le ministre de l'Hygiène et de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales
A messieurs les préfets

Il m'a été signalé que dans certains dispensaires d'hygiène sociale les fonctions de médecins étaient exercées par des praticiens ne justifiant d'aucune compétence spéciale. Or, il est indispensable, que les dispensaires antituberculeux s'acquittent convenablement de la mission qui leur est imposée par la loi du 18 avril 1916, de faire appel à des médecins spécialisés et offrant toute garantie par leurs titres et services.

Je tiendrai en conséquence, à ce qu'à l'avenir l'autorité qui administre chaque dispensaire d'hygiène sociale me soumette, préalablement à toute nomination, un exposé des titres et services du candidat qu'elle se propose de désigner. Les dispensaires qui négligeront de se conformer à cette

⁷³³Nelly Huri, « La bibliothèque universitaire centrale des étudiants malades et les bibliothèques des sanatoriums de France », *Bulletin des bibliothèques de France*, 1957, n°1, p.15-31.

⁷³⁴Archives départementales de Seine-Et-Marne, boîte XP 1097 Œuvre Seine-et-Marnaise de prévention antituberculeuse (1920-1925).

prescription, s'exposeront à se voir refuser toute subvention pour frais de fonctionnement sur les crédits budgétaires à ma disposition.

J'ajoute que les dispositions ci-dessus ne sont applicables qu'aux nominations futures et ne modifient en rien la situation des médecins actuellement en fonction.

Je vous prie de bien vouloir porter les présentes instructions à la connaissance des dispensaires d'hygiène sociale de votre département.

G.LEREDU »

De la même manière le préfet de Seine-et-Marne Georges Garipuy remet en 1927, son rapport⁷³⁵ concernant l'hygiène sociale en Seine-et-Marne écrit avec la participation du docteur Faure, inspecteur de l'Assistance Publique. Le dispensaire est un merveilleux instrument de lutte contre les grands fléaux, souligne Georges Garipuy. Dans des départements ruraux, comme en Seine-et-Marne, le rayon d'action d'un dispensaire reste limité et dans les villes plus importantes, comme Melun ou Meaux, la clientèle est grandissante et le nombre des consultations ne varie pas. Cette situation a conduit à la création de postes de médecin de circonscription polyvalent, adjoint à l'inspecteur départemental d'hygiène. Les dispensaires ne peuvent pas être efficaces sans la collaboration des médecins libéraux.

C'est ainsi que le docteur Eméric dans un article de *la Revue de la Tuberculose*, assure en 1922 que le succès de l'organisation du service médical des dispensaires antituberculeux départementaux de la Loire est le fruit du travail d'un médecin spécialiste, nommé après vérification de ses titres et après des épreuves de qualification et n'exerçant pas en libéral. Ce médecin dirige cinq dispensaires dont la clientèle est principalement alimentée par les médecins des compagnies minières, d'usines métallurgiques qui envoient aux dispensaires leurs patients suspectés de tuberculose⁷³⁶. Donc, outre un équipement technique adapté, le dispensaire ne peut être pleinement efficace sans un personnel médical formé, des infirmières-visiteuses compétentes et le concours des médecins libéraux qui ne doivent pas entraver le bon fonctionnement des dispensaires, et mieux encore, se doivent de diriger leurs patients suspects de tuberculose vers ces établissements et lutter contre la peur du manque-à-gagner que risque d'entraîner une hypothétique fuite de leur clientèle.

Le nombre des médecins phthisiologues reste insuffisant jusqu'au début des années 1930 pour satisfaire les besoins en personnel qualifié capable d'intervenir dans les hôpitaux, dans les sanatoriums et dans les dispensaires antituberculeux. Entre 1923 et 1932, 239 médecins ont obtenu le certificat d'assiduité aux cours spéciaux de perfectionnement de la tuberculose du professeur Bernard et en 1932 la statistique du CNDT évalue à 101 le nombre des médecins spécialisés de dispensaires⁷³⁷. Aussi, ces fonctions sont remplies souvent par des médecins qui ne disposent que de leurs seules pratiques et de

⁷³⁵Office National d'Hygiène Sociale, *L'hygiène sociale en Seine-et-Marne*, rapport présenté par Georges Garipuy, préfet, avec la participation du docteur Faure, inspecteur de l'Assistance Publique, Neuilly-sur-Seine Imprimerie Charles Botton, 1927, Archives départementales de Seine-et-Marne, Boîte XP 1099.

⁷³⁶*Revue de la tuberculose*, Masson et Cie, 1922, p.41.

⁷³⁷Georges Dequidt, docteur, *Rapport de l'inspection générale des services administratifs*, Imprimerie administratives, Melun, 1932, p.199.

leurs motivations personnelles. La guerre a toutefois généré l'opportunité pour les praticiens d'observer un grand nombre de cas de tuberculose concentrés sur une période assez courte, ce qui a certainement accéléré l'autoformation des médecins, confrontés à l'urgence des situations, une nouvelle marque que les conflits font avancer la recherche dans le domaine médical.

Le secrétaire général de la société des médecins de sanatoriums et de dispensaires d'hygiène sociale, le docteur André Martin, s'élève contre la polyvalence demandée aux médecins en matière d'hygiénisme d'une part et de phtisiologie, d'autre part. Il considère que l'organisation, la direction et le contrôle de la lutte antituberculeuse menée dans les hôpitaux, les sanatoriums et les dispensaires doivent être assurée par un hygiéniste et plus particulièrement au directeur départemental d'hygiène. Les phtisiologues doivent se voir confier l'exercice des opérations techniques liées à la lutte contre la tuberculose. André Martin étaye ses propos par l'expérience du terrain qui montre que les responsables de l'organisation de l'hygiène sociale n'accordent leur confiance aux dispensaires qu'à la condition que la clientèle la plus démunie financièrement trouve des médecins phtisiologues aussi compétents que les médecins privés qui soignent les clientèles les plus aisées⁷³⁸.

L'hygiéniste se place ainsi en position hiérarchique plus élevée que le phtisiologue. Le cours de phtisiologie donné par Léon Bernard après-guerre, semble bien correspondre à une formation élargie aux compétences des hygiénistes en matière notamment d'étiologie de la tuberculose et de la législation consacrée à cette maladie, domaine indispensable au contrôle des établissements de cure et de prophylaxie. Le phtisiologue se trouve dans une situation quelque peu fermée puisqu'il ne peut pratiquer la médecine qu'au service d'un dispensaire, sous le contrôle d'un hygiéniste qui exercera un pouvoir hiérarchique sur lui. Doit-on s'étonner du manque de spécialistes en matière de tuberculose, maladie contagieuse et pour laquelle aucun médicament efficace n'est disponible en 1933 ?

Les visites effectuées dès le début des années 1920, par le commissaire du CNDT dans les départements français ont pour but de vérifier l'installation et le fonctionnement des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Au travers des exemples de trois départements, le département du Nord, le département de la Seine-et-Marne et le département de la Seine, le constat s'impose des différences dans l'avancement de la mise en place des établissements prophylactiques sur le territoire français. Ces diversités trouvent des explications multiples liées à la géographie, aux impacts régionaux de la Grande Guerre ou encore aux difficultés rencontrées face à des interlocuteurs politiques peu convaincus. Le bon fonctionnement des dispensaires dépend de la formation des infirmières-visiteuses dont le rôle est fondamental sur les plans administratif, médical et humain. Les écoles de formation dont la durée est de plusieurs mois, peinent à recruter des élèves. Les parents des jeunes femmes redoutent de voir leur fille s'engager dans un métier jugé dangereux. Le même constat s'établit quant à la spécialité de phtisiologue,

⁷³⁸André Martin, docteur, Société de médecine publique et de génie sanitaire, *Le Mouvement sanitaire*, organe officiel de l'Association des médecins hygiénistes français, 1933, p.516-517.

qui attire peu de jeunes médecins, malgré les bourses d'études proposées notamment par la fondation Rockefeller.

Conclusion de la deuxième partie

Les tuberculeux informés des dangers de la contagion sont mieux armés pour protéger leur environnement dans les domaines de la vie privée, de la vie en société et de l'activité professionnelle pour laquelle la tuberculose n'est pas reconnue comme liée aux activités industrielles. Les statistiques soulignent cependant les taux élevés de tuberculeux dénombrés dans la population des ouvriers exerçant certains métiers. Mais les diagnostics sont difficiles à établir quant à l'origine des maladies du poumon et les symptômes sont proches notamment entre la silicose et la tuberculose. La contagion en milieu professionnelle est peu démontrable dans la mesure où le salarié ne connaît pas de meilleures conditions de vie dans son habitat. Les employeurs se dégagent ainsi de leurs éventuelles responsabilités et surtout d'un dédommagement onéreux envers leurs salariés.

La mortalité tuberculeuse décline lentement depuis les années 1880, avant l'installation de sanatoriums ou de dispensaires antituberculeux. Mais la Grande Guerre vient réveiller l'ampleur de la contagion qui s'étend de manière inquiétante dans les villes mais aussi dans les campagnes. Justin Godart dirige et organise le service de santé militaire dès le début du conflit. Il fait de la prophylaxie contre les maladies infectieuses une priorité aussi importante que les soins donnés aux blessés. La fondation Rockefeller apporte au CNDT un soutien en matière d'organisation de la lutte antituberculeuse.

La loi Léon-Bourgeois est votée en 1916 et précise les conditions de l'existence des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Cette reconnaissance juridique ainsi que le travail d'enquête des commissaires du CNDT, département par département après la fin du conflit, favorisent l'augmentation du nombre des unités prophylactiques.

Cependant, Henri Sellier et Henri Rousselle, rapporteurs de la troisième commission relative à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne déplorent en 1920 que le dispensaire reste une unité dont la création est facultative.

« Or, c'est la pièce maîtresse de l'armement antituberculeux. En Exigeant la liaison du sanatorium avec le dispensaire, la loi du 7 septembre 1919, a pratiquement imposé une obligation qu'il conviendra de consacrer légalement⁷³⁹. »

Le dispensaire reste la pièce maîtresse de l'armement antituberculeux constitué par les hôpitaux, les sanatoriums et les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. En effet, les médecins des dispensaires ont la

⁷³⁹Henri Sellier, Henri Rousselle, *Rapport au nom de la troisième commission relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*, op.cit.

charge de diriger les malades vers les différents établissements suivant le stade et l'avancement de la tuberculose. Les personnels des dispensaires, médecins et infirmières-visiteuses ont en outre la mission de « surveiller » la population et d'établir des fiches de suivi des personnes qui consultent le dispensaire. Certes, la création de dispensaires n'est pas rendue légalement obligatoire, cependant, Sellier et Rousselle anticipent les effets de l'article 2 de la loi du 9 septembre 1919 sur les sanatoriums, dite loi Honnorat, qui stipule que :

« Une subvention de l'État pourra être accordée à ces collectivités (les associations reconnues d'utilité publique ou les unions de sociétés de secours mutuels) pour la création, l'aménagement ou la réfection des établissements prévus à l'article premier, à condition toutefois qu'ils soient rattachés à un ou plusieurs dispensaires constitués dans les formes prévues par la loi du 15 avril 1916⁷⁴⁰. »

Le législateur subordonne l'octroi de subventions en provenance de l'État à la condition que les sanatoriums gérés par des associations reconnues d'utilité publiques ou par des Sociétés de Secours Mutuels, soient en relation avec des dispensaires, chargés de sélectionner les malades pouvant être utilement soignés, comme le stipule le décret du 10 août 1920 relatif à l'établissement, au fonctionnement et à la surveillance des sanatoriums :

« La commission permanente de préservation contre la tuberculose a longuement délibéré sur le texte du décret à intervenir. Elle a notamment délibéré sur la nécessité qui s'impose de n'admettre dans les sanatoriums publics ou assimilés que des tuberculeux pouvant être utilement soignés afin d'éviter la répercussion morale qui résulterait pour l'ensemble de l'œuvre de l'admission de malades non curables⁷⁴¹. »

Les sanatoriums, trop peu nombreux, disposent d'un nombre de lits insuffisant. Ils sont engorgés et « il convient d'en limiter les entrées⁷⁴². » D'autre part, des dérives commerciales sont notables et afin d'éviter une législation contraignante, certains établissements se nomment maisons de cure à la place de sanatorium⁷⁴³.

La législation concernant les sanatoriums, rend obligatoire l'existence d'un sanatorium par département⁷⁴⁴. Par voie de conséquence, la liaison entre les deux types d'établissements doit engendrer la création de nombreuses unités prophylactiques.

Est-ce réellement la conséquence de la législation concernant les sanatoriums si le nombre des dispensaires d'hygiène publique et de préservation antituberculeuse est proche de 600 à la fin de l'année 1926 ? C'est un grand

⁷⁴⁰Article 2 de la loi sur les sanatoriums, *Journal Officiel du 9 septembre 1919*, p.9729.

⁷⁴¹Henri Sellier, Henri Rousselle, *Rapport au nom de la troisième commission relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*, *op.cit.*, p.274.

⁷⁴²Philippe Grandvoininnet, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945)*, *op.cit.*, p.205.

⁷⁴³*Ibid.*, p.208.

⁷⁴⁴Henri Sellier, Henri Rousselle, *Rapport au nom de la troisième commission*, *op.cit.*, p.57.

progrès qui favorise la multiplication des gestes de prophylaxie au sein de la population permettant une avancée certaine dans la lutte contre la tuberculose. Toutefois, les services offerts par les dispensaires sont très variables d'un établissement à l'autre. A titre d'exemple, le nombre de dispensaires munis d'un appareil de radiologie est très réduit puisqu'en 1928 entre un quart et un tiers des malades bénéficient d'une radioscopie.

De quels instruments et outils thérapeutiques les dispensaires disposent-ils pour faire baisser la mortalité tuberculeuse ? Quelles sont les avancées scientifiques qui peuvent donner de l'espoir dans la lutte contre la peste blanche ? Comment prévenir la population du danger et divulguer la pratique des gestes qui sauvent ? Comment faire reculer la maladie sans médicaments efficaces pour soigner les malades ?

Troisième partie

Le dispensaire à l'épreuve des savoirs et des techniques (1927-1943)

Le dispensaire antituberculeux « à la française » est un établissement inspiré du dispensaire conçu et dirigé par Albert Calmette à Lille depuis 1901. Les médecins et les infirmières-visiteuses sont les acteurs de la prophylaxie antituberculeuse au sein de ces unités. Leurs patients sont issus des classes les plus démunies de la société, voire des personnes indigentes incapables d'accéder à des soins curatifs, encore moins de se soumettre à la prévention. Le rôle des infirmières-visiteuses est donc fondamental puisqu'elles ont pour mission de faire venir les tuberculeux potentiels vers les centres de détection à partir desquels ils seront éventuellement dirigés vers les hôpitaux, les sanatoriums ou les préventoriums⁷⁴⁵. Les enfants qualifiés « sains » sont protégés de leurs milieux infectés par le BK. Des organisations telle que l'Œuvre Grancher⁷⁴⁶ proposent à ces enfants un placement dans des centres d'accueil généralement situés à la campagne, qui les protègent de la contagion et souvent de la misère.

De quelles armes disposent les médecins pour organiser une protection efficace contre la tuberculose ? Comment le dépistage de cette maladie évolue-t-il depuis la création des premiers dispensaires antituberculeux en 1901 ?

Les dates de cadrage de cette troisième partie correspondent pour ce qui est de l'année 1927, au début d'une tentative de vaccination massive de la population par le B.C.G, premier espoir d'une avancée scientifique majeure en matière de prévention antituberculeuse. 1943 est l'année de la découverte de l'antibiotique capable de tuer le bacille de Koch, l'arme qui permet de garantir une guérison aux tuberculeux déclarés condamnés auparavant par une médecine impuissante. Avant ces deux avancées primordiales, le personnel médical utilise les moyens techniques mis à sa disposition depuis le début du XX^e siècle. Le stéthoscope et le microscope constituent les outils de base de détection du BK. Ces instruments évoluent avec les avancées scientifiques qui procurent de nouveaux moyens prophylactiques pour soulager et tenter de soigner les malades. Les appareils de radiologie mettent à la disposition des médecins une image des poumons et favorisent la détection des foyers tuberculeux. Le pneumothorax est une opération qui autorise le repos du poumon malade et constitue un progrès thérapeutique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. L'avancée plébiscitée comme majeure en termes de

⁷⁴⁵« Le préventorium est un établissement de cure destiné aux enfants ou aux adultes ayant fait récemment une primo-infection tuberculeuse, mais exempts de lésions évolutives et notamment non contagieux. » Site Internet <https://www.larousse.fr> consulté le 29/12/2018.

⁷⁴⁶Jacques-Joseph Grancher (1843-1907) est professeur agrégé et médecin des hôpitaux en 1875. Il est nommé professeur de clinique à la chaire des enfants malades à l'hôpital Necker. En 1885, il participe à la première vaccination contre la rage avec Louis Pasteur. Il est une personnalité reconnue pour ses recherches sur la prévention de la tuberculose infantile. L'Œuvre Grancher, dès sa conception représente un « prototype innovant qui associe le classique modèle organisationnel de placement familial à la campagne avec le nouveau modèle scientifique issu de la pensée pastorienne. » Site Internet <https://www.fondation-grancher.org> consulté le 29/12/2018.

techniques médicales est la vaccination au B.C.G dont le chapitre 7 de cette troisième partie propose, dans son dernier volet, un historique complet.

La progression du nombre des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse et la constante augmentation des moyens financiers publics alloués au bénéfice de la lutte contre la tuberculose sont constatées en France à partir de l'année 1926. Ont-elles permis une baisse de la mortalité tuberculeuse ? Une corrélation peut-elle être établie entre l'augmentation des moyens mis en œuvre contre la tuberculose et la baisse régulière de la mortalité due à cette maladie, baisse réelle si on s'attache aux chiffres liés à l'ensemble de la population mais qui mérite toutefois une analyse plus approfondie riche d'observations.

Les statistiques montrent des relations significatives entre les taux de morbidité et les taux de mortalité calculés pour chaque dispensaire piloté par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, ce qui est une façon de chercher une rentabilité de l'activité des établissements prophylactiques inspirées des méthodes américaines instruites par les membres de la mission Rockefeller en France pendant et après la Première Guerre mondiale. Peut-on en tirer les bases d'une mise en évidence de l'efficacité des méthodes utilisées par les différents dispensaires ? La recherche d'une réponse à ces questions fait l'objet du chapitre 8 de ce travail.

La France de l'entre-deux-guerres reste un pays où la mortalité tuberculeuse est plus importante que dans de nombreux pays européens. Le chapitre 9 propose une étude des moyens de communication des dispensaires. Les congrès internationaux favorisent les échanges scientifiques et les comparaisons des moyens mis en œuvre au sein des dispensaires antituberculeux. Sur le plan national, la propagande antituberculeuse, mission première des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, se présente sous plusieurs formes. Des tracts aux affiches, aux brochures et aux cartes postales vantant les actions des dispensaires, le papier reste un support qui permet une large diffusion des informations. Le cinéma trouve une place importante dans la diffusion prophylactique. L'utilisation du timbre antituberculeux est le fruit des échanges internationaux en matière de solutions pour collecter des fonds et abonder les caisses de la prophylaxie et des soins. Les enfants sont les vecteurs de cette grande quête qui connaît un succès dans de nombreux pays à travers le monde.

Chapitre 7

Des techniques médicales en constante évolution

La médecine est face à une maladie pour laquelle aucun remède n'a encore été découvert puisqu'il faut attendre l'année 1943 avant qu'un antibiotique efficace ne soit mis au jour par un chercheur américain. Les seules actions médicales possibles sont la prévention pour empêcher la contagion et le soulagement des malades par des gestes thérapeutiques issus de l'expérience des professionnels auprès de leurs patients, dans les hôpitaux, dans les sanatoriums et dans les dispensaires. Les aides distribuées par l'Assistance Publique et par la charité privée continuent de procurer aux malades et à leurs familles les moyens de se nourrir, de désinfecter leurs logements et leur linge. Ces actions issues des pratiques philanthropiques sont accompagnées de subventions attribuées principalement par les départements et l'État. Les besoins en financement deviennent plus importants avec l'avancée de technologies de plus en plus performantes mais aussi de plus en plus coûteuses. Les médecins des dispensaires ne disposent quant à eux que d'un matériel médical relativement réduit jusqu'au début des années 1930.

Les écrits de médecins étayent la rédaction de ce chapitre autour d'un sujet pour lequel un éclairage technique permet de mieux appréhender les chiffres fournis notamment par le CNDT. Dans sa thèse de médecine intitulée *Histoire du traitement curatif de la tuberculose pulmonaire au XX^e siècle* publiée en 2000, dans laquelle après un historique des méthodes de lutte contre cette maladie depuis l'Antiquité à la Renaissance, Pierre Pradalié⁷⁴⁷ développe les nouvelles formes d'investigations utilisées au XIX^e puis au XX^e siècle telles que la bactériologie et la radiologie. En ce qui concerne le B.C.G, une rencontre en 2012 avec le professeur de neurologie, Jean-Claude Turpin⁷⁴⁸, lors d'une séance de dédicaces de livres médicaux organisée dans la ville de Moret-sur-Loing, se révèle instructive. Jean-Claude Turpin est le fils de Raymond Turpin⁷⁴⁹, qui avec le docteur Benjamin Weill-Hallé⁷⁵⁰ sont les premiers médecins français qui vaccinèrent des nourrissons avec le B.C.G. Outre de nombreuses publications sur le sujet du B.C.G, Raymond Turpin est l'auteur d'un article commémorant la première application humaine du vaccin B.C.G, paru en 1969 dans la *Revue de tuberculose et de pneumologie*. Plus récemment, l'INSERM dirigée par Yves

⁷⁴⁷Pierre Pradalié, *Histoire du traitement curatif de la tuberculose pulmonaire au XX^e siècle*, thèse de doctorat, dirigée par D. Antoine, Université de Nancy, 2000.

⁷⁴⁸Jean Claude Turpin est « ancien chef de service de neurologie du CHU de Reims. Neuropsychiatre et pédiatre, il a organisé à Reims l'enseignement de la Médecine Sociale (Santé Publique, Médecine du Travail, Médecine Légale). Il développe la formation médicale continue et la rédaction d'ouvrages grand public sur le handicap. » In Préface du livre *Sans stress, la vie est impossible : comment le gérer*, Nicole Baumann et Jean-Claude Turpin, Editions sauramps médical, 2010.

⁷⁴⁹Raymond Turpin (1895-1988) est docteur en médecine, membre de l'Académie de médecine de l'Académie des sciences, section médecine et chirurgie en 1962, section de biologie humaine et sciences médicales en 1976. Site Internet <https://data.bnf.fr> consulté en avril 2019.

⁷⁵⁰Benjamin Weill-Hallé (1875-1958) est un médecin français, « pédiatre et bactériologiste. En 1921, en accord avec Albert Calmette, il réalise avec succès la première vaccination B.C.G par ingestion sur un enfant issu d'un milieu tuberculeux. De 1921 à 1924, il pratique avec Raymond Turpin la vaccination B.C.G sur les enfants hospitalisés et nés à la maternité de l'hôpital de la Charité à Paris ». Site Internet <http://www.pasteur.fr> consulté le 25 avril 2019.

Lévy, publie *une Note sur l'histoire de la vaccination par le B.C.G entre 1921 et 1970*. Cette note est disponible sur Internet, sans date de parution. Toutefois, la plus ancienne référence bibliographique de ce texte est datée de 2002. L'INSERM fournit un document riche en données chiffrées. Le B.C.G, vaccin sujet à controverses est l'objet d'un procès qui se déroule en Allemagne au début des années 1930, le procès de Lübeck auquel Christian Bonah⁷⁵¹ consacre un article dans le *Journal International de Bioéthique*, en 2001. L'analyse de Christian Bonah révèle la double expertise du médecin et de l'historien puisque Bonah docteur en médecine et en histoire est professeur d'histoire des sciences de la vie et de la santé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

7.1 De l'auscultation à la radiologie, un long chemin pour trouver le BK

La tuberculose est une maladie difficile à diagnostiquer aux premiers stades de l'infection. C'est pourquoi les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ont un rôle aussi important dans la lutte contre la maladie. Il faut le savoir-faire de médecins expérimentés et pour les praticiens plus jeunes, une formation spécialisée, pour entendre et soupçonner la présence du terrible microbe dans les poumons de jeunes gens qui semblent quelquefois en pleine santé. Le premier appareil qui permet d'amplifier les sons est le stéthoscope inventé en 1816. Le microscope est un instrument qui grossit les micro-organismes avec lequel le laborantin est en mesure de visualiser et d'identifier le microbe ou le bacille responsable des pathologies. C'est le premier pas vers une thérapie lorsqu'un traitement est disponible pour soigner les maladies concernées ou la mise en place de mesures prophylactiques lorsque le traitement curatif n'est pas encore découvert. Mais c'est l'image radiologique qui offre une nouvelle possibilité de diagnostic en matière de détection des maladies pulmonaires.

7.1.1 Le stéthoscope, l'instrument le plus ancien, le plus utilisé

L'auscultation est pratiquée par les médecins avec l'aide d'un stéthoscope depuis l'invention de Laënnec⁷⁵². Le dictionnaire Larousse précise

⁷⁵¹Christian Bonah « a étudié la médecine, l'histoire et l'histoire de sciences au sein des universités de Strasbourg, Berlin et Fribourg. Il est titulaire de deux doctorats. Ses travaux récents comprennent des recherches sur la perception et la gestion des risques dans le cadre de scandales médicamenteux et de la médecine au tribunal ». Site Internet www.usias.fr consulté le 25 avril 2019.

⁷⁵²Etienne Subtil, *René-Théophile Laënnec ou la passion du diagnostic exact*, Harmattan, Paris, 2006. Théophile-René, Hyacinthe Laënnec est né à Quimper le 17 février 1781. Il est l'élève de Corvisart à l'hôpital de la Charité. En 1803, Théophile-René est reçu premier au concours général de médecine et au concours général de chirurgie. En 1808, il publie un article dans lequel, il souligne les difficultés de diagnostiquer et de guérir les maladies de poitrine. La palpation de cette partie du corps est inopérante à cause de la cage thoracique. Le docteur Laënnec prend place à la course à la gloire et aux fonctions honorifiques qui prévalent en ce début du XIX^e siècle. Il cherche, sa vie durant, la reconnaissance de ses pairs. Les difficultés financières le contraignent à exercer la médecine. Praticien en vogue, il soigne des personnalités, telles que Chateaubriand et son épouse, ainsi que madame de Staël, moyennant des honoraires conséquents, mais il s'occupe aussi la population des petites gens qu'il soigne et vaccine gratuitement au dispensaire de la société philanthropique, ce qui lui valut une réputation, au début du XX^e siècle, de médecin du peuple. Il invente en 1816 le principe du "pectoriloque" ou stéthoscope (du grec stéthos : poitrine et scopein : voir). Cet instrument devenu indispensable, aujourd'hui encore, amplifie les sons cardiaques et pulmonaires. Atteint de tuberculose, vraisemblablement contractée au chevet de ses patients, comme nombre de médecins à cette époque, il décède dans sa Bretagne natale âgé de 45 ans.

En 1879, l'hospice des incurables prend le nom d'hôpital Laënnec. Pour la première fois, un établissement hospitalier reçoit le nom d'un médecin. Le dispensaire antituberculeux Léon-Bourgeois, annexé à l'hôpital

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

que l'auscultation est une technique de diagnostic consistant à écouter les bruits qu'émettent les organes (cœur, poumons). Le premier stéthoscope de Laënnec est un cylindre de papier puis de bois qui permet au médecin d'entendre les sons amplifiés provenant du cœur ou des poumons d'un patient. Cet instrument présente un avantage apprécié aussi bien des médecins que des malades parce que le praticien n'est plus obligé de coller son oreille au thorax de son patient pour effectuer son auscultation, pratique gênante pour les deux individus. Des médecins améliorent le stéthoscope comme Hector Landouzy⁷⁵³ dès l'année 1841. Constantin Paul en 1876 utilise un tube en caoutchouc vulcanisé muni d'un pavillon évasé « comme un pavillon de trompette⁷⁵⁴ », faisant du stéthoscope un instrument flexible plus facile à utiliser et à transporter qui offre de meilleures performances en matière d'amplification des sons. Le docteur David Littmann professeur au *Harvard Medical School*, invente en 1961 un nouveau stéthoscope muni d'une membrane synthétique améliorant les performances de cet instrument.

Marthe Hébert, infirmière-visiteuse qui laisse un livre de mémoires intitulé : *Aux prises avec la tuberculose, Ah ! si tous étaient dépistés à temps ! Souvenirs d'une infirmière-visiteuse* relatant ses nombreuses années de travail dans les dispensaires, décrit une séance d'auscultation pratiquée dans les années 1930. Le médecin demande au patient de s'asseoir sur le tabouret d'auscultation de manière à lui tourner le dos. Le praticien pose des questions sur les symptômes du malade en se référant aux renseignements consignés sur la fiche établie par l'infirmière-visiteuse.

« Toussez... respirez... Respirez à fond ... » L'examen se déroule, minutieux, après une percussion attentive. Les ordres se succèdent d'un ton bref : « Comptez tout haut ! Trente et un, trente-deux... » La main sur la tête, le médecin écoute sous la clavicule... Ses mains fines et soignées ont des gestes plus durs pour manœuvrer le tabouret d'auscultation. Longuement, méticuleusement, il a exploré les deux hémithorax⁷⁵⁵. »

L'auscultation est la première phase d'investigation utilisée par le médecin du dispensaire. Les meilleurs praticiens peuvent donner un premier diagnostic à partir des bruits émis par l'air circulant dans les poumons des patients. Ils localisent l'emplacement de foyers tuberculeux. La lecture du livre de Marthe Hébert laisse paraître la grande admiration que porte cette infirmière-visiteuse au médecin avec lequel elle travaille pendant plusieurs années. Après le premier examen, le médecin effectue des prélèvements de crachat pour les examiner à l'aide d'un microscope qui permet de voir le bacille au prisme de lentilles grossissantes.

Laënnec, est inauguré à Paris le 12 décembre 1913.

⁷⁵³Hector Landouzy est un médecin français né à Epernay le 6 janvier 1812 et mort à Paris le 1^{er} mars 1864. Il est le père de Louis Landouzy.

⁷⁵⁴Huard, Niaussat, *L'évolution du stéthoscope de Laënnec à nos jours, Son influence dans certains domaines des transmissions acoustiques*, Communication présentée le 13 juin 1981 à la Société française d'histoire de la médecine. Site Internet www.biusante.parisdescartes.fr consulté le 9 avril 2019.

⁷⁵⁵ Marthe Hébert, *Aux prises avec la tuberculose, op.cit.*, p. 239-240.

7.1.2 La bactériologie : le diagnostic infaillible de la tuberculose ?

La bactériologie consiste en l'analyse de liquides biologiques dans le but d'isoler, de classer et d'étudier des bactéries suspectes d'être responsables de pathologies. Louis Pasteur crée la bactériologie appliquée et lutte contre la théorie de la génération spontanée qui tend à soutenir qu'une formation d'êtres vivants est possible à partir de milieux en putréfaction. Le chirurgien, naturaliste britannique Joseph Lister (1827-1912)⁷⁵⁶, ami de Pasteur, s'appuie sur la bactériologie pour développer les conditions antiseptiques propres à l'hygiène médicale. Robert Koch, qui dirige en 1880 le laboratoire de bactériologie de Berlin, met au point la technique des cultures microbiennes en milieu aseptique permettant de visualiser sous un microscope des microorganismes tels que le BK par le biais des lentilles et des cellules qui composent le corps de l'instrument. La découverte du principe du microscope date du XVI^e siècle. Les lunetiers hollandais Hans et Zachrie Jansen sont les premiers à laisser leurs noms dans l'histoire de l'observation de l'infiniment petit. Le néerlandais Antoine van Leeuwenhoek (1632-1723) et l'anglais Robert Hooke (1635-1703) améliorent le grossissement du microscope⁷⁵⁷.

Les perfectionnements de cet instrument intervenus au cours du XIX^e siècle ont permis de nombreuses découvertes comme par exemple le bacille de la lèpre décelé en 1874, le bacille de Koch en 1882 et le bacille de la peste découvert par Alexandre Yersin en 1894. La bactériologie est utilisée dès la création des dispensaires antituberculeux au début du XX^e siècle.

Les chiffres analysés au début de cette partie sont issus des données recueillies de 1903 à 1926, c'est-à-dire à une période antérieure à 1927. Ceci constitue un historique des analyses effectuées en laboratoire pour trouver le BK dans les expectorations des personnes consultant un dispensaire. Cet historique est antérieur au cadre fixé initialement pour cette section du travail. Il est toutefois conservé dans cette partie afin de garder une unité dans le développement de l'évolution des techniques utilisées en matière de prophylaxie.

La bactériologie utilise un instrument indispensable d'investigation, le microscope, afin de procéder à l'analyse d'expectorations et de révéler la présence du BK dans les frottis étalés et colorés sur des lamelles de verre. Toutefois, un seul examen n'est pas suffisant car une recherche peut être négative un jour et se révéler positive quelques jours plus tard, voire le lendemain sur de nouveaux échantillons. L'examen bactériologique est la seule constatation qui ne laisse aucun doute sur l'état tuberculeux du malade. Tout tuberculeux doit un jour ou l'autre expectorer des bacilles. Aussi, Charles Richet⁷⁵⁸, physiologiste français lauréat du prix Nobel de physiologie en 1913, exige que l'expectoration de tous ses sujets soit examinée trois fois au moins

⁷⁵⁶Daniel Mazih, Didier Lavergne, Michel Desmazeaud, Jean-Michel Alonso, Jacques Bejot, « Bactériologie », *Encyclopaedia Universalis*, consultée le 17/09/2018. <http://www.universalis.fr>.

⁷⁵⁷ Danielle Fauque, « Microscope en bref », *Encyclopaedia Universalis*, consultée le 17/09/2018.

⁷⁵⁸ Charles Richet (1850-1935) « est un physiologiste français et l'un des pionniers de l'aviation. Agrégé de physiologie et docteur es sciences, il obtient en 1887 la chaire de physiologie à la faculté de médecine de Paris. Sa découverte la plus importante est l'identification d'un mécanisme physiologique dans lequel le système immunitaire humain, a priori dévolu à la protection de l'organisme, se retourne contre ce dernier et y provoque une réponse pathologique : l'allergie et son corollaire le choc anaphylactique ». Site Internet *ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS* France SAS consulté en avril 2019.

avant d'être déclarée négative⁷⁵⁹. Le bacille de Koch apparaît sous le microscope. Les photos présentées ci-dessous présentent une image du microscope de Carl Zeiss⁷⁶⁰ en 1920, et le BK reconnaissable avec sa forme de bâtonnets.

Figure 99- Microscope Bacilles de Koch



Le décret d'application de la loi Léon-Bourgeois paru en août 1917 prévoit clairement l'installation au sein du dispensaire d'une salle de laboratoire équipée d'un microscope. Ce texte insiste sur les qualités d'un dispensaire installé à peu de frais mais dont les éléments cités sont indispensables à l'efficacité d'une prophylaxie antituberculeuse.

« **Locaux.** – L'organisation matérielle de ces services ne réclame pas d'installations vastes ni onéreuses ; ils peuvent être aménagés dans des locaux très divers que l'on peut toujours adapter à l'installation d'un dispensaire. Il est suffisant mais nécessaire pour constituer un dispensaire de prévoir :

- Une salle d'attente pour les malades
- Deux petits cabinets de déshabillage
- Une petite pièce pour l'enquêteur
- Une petite pièce bien éclairée pour le laboratoire
- Une pièce servant de magasin pour les ustensiles et produits hygiéniques et pour la pharmacie.

Ces locaux peuvent être augmentés selon l'importance du dispensaire, mais ne sauraient être réduits davantage sous peine de fausser le fonctionnement de l'établissement.

Matériel. – Le matériel indispensable n'est pas moins simple : en dehors des tables et objets d'usage courant, il faudra se munir d'une bascule, d'un microscope, d'une chaise longue d'examen, de fiches pour enquêtes médicale et sociale et d'un fichier⁷⁶¹. »

⁷⁵⁹ Emile Sergent, *Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1920)*, op.cit., p. 548.

⁷⁶⁰ Carl Zeiss commence la fabrication à Iéna en Allemagne de microscopes monoculaires au milieu du XIX^e siècle. En 1896, Carl Zeiss fabrique avec son collaborateur Ernst Abbe, le premier stéréo-microscope de type Greenough, composé de deux objectifs primaires. Site Internet <https://www.zeiss.fr> consulté le 10 avril 2019.

⁷⁶¹ *Bulletin officiel annoté de tous les ministères*, 12^e année, n°8, Août 1917, p. 293-294.

Figure 100-Dispensaire antituberculeux des VIII et XVII arrondissement, 54 b rue Boursault Paris XVII⁷⁶²



Le laboratoire du dispensaire Lalance représenté sur cette photo est muni d'un microscope, de flacons contenant vraisemblablement du liquide aseptisé et des colorants, d'une étuve de désinfection et d'une poubelle. Ce laboratoire est sommairement doté mais suffisant pour procéder à l'analyse des expectorations des patients du dispensaire.

Les premiers dispensaires installés en France proposent quelquefois des plaquettes d'informations sur lesquelles figurent des photos et notamment celles du laboratoire, lorsque le dispensaire en est pourvu, ce qui n'est pas le cas pour tous. Certains établissements comme les dispensaires lyonnais, disposent dans leur environnement proche, au cœur de la ville, des services de laboratoires bactériologiques importants, équipés d'un matériel nombreux et moderne ainsi que de spécialistes en bactériologie. La collaboration entre les dispensaires lyonnais et ces laboratoires a été réalisée semble-t-il de façon très harmonieuse. Le dispensaire lillois est équipé d'un laboratoire complet, pouvait-on en attendre moins de Calmette, pasteurien de premier rang ? Mais tous les dispensaires ne bénéficient pas de facilités en matière d'analyses bactériologiques. Les dispensaires de Seine-et-Marne effectuent les analyses bactériologiques au centre principal de Melun où un laboratoire est « mis à la disposition de tous les dispensaires et des praticiens du département à titre onéreux ou gratuit, suivant la situation du malade⁷⁶³. »

⁷⁶²*Dispensaire antituberculeux VIII^e et XVII^e arrondissements Rapport 1904*, Imprimerie Chain, Paris 1905, Archives de l'APHP côte 822Foss501.

⁷⁶³Georges Garipuy, préfet, *L'hygiène sociale en Seine-et Marne*, Imprimerie Charles Botton, Neuilly sur Seine, 1927, p.23.

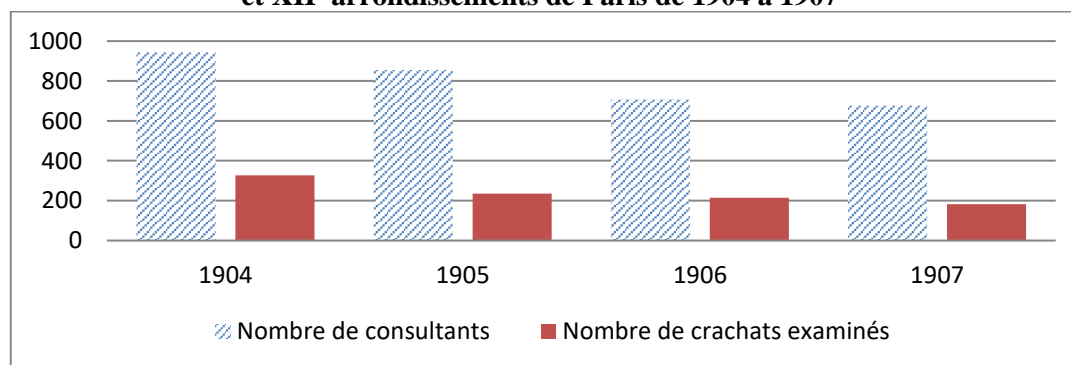
Les rapports du dispensaire parisien installé 54 bis rue Boursault pour les années 1903, 1904, 1905, 1906 et 1907 indiquent le nombre des crachats examinés ainsi que le nombre des crachats reconnus tuberculeux pour chacun des mois de l'année⁷⁶⁴.

Figure 101-

Dispensaire antituberculeux des VIII ^e et XVII ^e arrondissements 54 bis rue Boursault Paris XVII ^e															
Tableau montrant pour chaque mois la proportion de crachats reconnus tuberculeux															
Mois	1903			1904			1905			1906			1907		
	Crachats examinés	Reconnus tuberculeux	%	Crachats examinés	Reconnus tuberculeux	%	Crachats examinés	Reconnus tuberculeux	%	Crachats examinés	Reconnus tuberculeux	%	Crachats examinés	Reconnus tuberculeux	%
Janvier				15	4	26,7	19	4	21,1	18	8	44,4	14	4	28,6
Février				64	16	25,0	16	2	12,5	17	6	35,3	10	1	10,0
Mars				34	8	23,5	22	12	54,5	14	2	14,3	16	4	25,0
Avril				34	10	29,4	24	6	25,0	14	8	57,1	16	4	25,0
Mai	42	7	16,7	35	12	34,3	27	8	29,6	17	4	23,5	21	10	47,6
Juin	38	13	34,2	34	13	38,2	27	13	48,1	24	16	66,7	21	9	42,9
Juillet	10	4	40,0	26	12	46,2	20	12	60,0	15	9	60,0	17	4	23,5
Août	47	16	34,0	16	10	62,5	16	11	68,8	21	11	52,4	18	6	33,3
Septembre	26	8	30,8	14	6	42,9	13	6	46,2	16	9	56,3	11	5	45,5
Octobre	20	9	45,0	22	11	50,0	22	9	40,9	20	11	55,0	14	8	57,1
Novembre	60	12	20,0	11	5	45,5	17	8	47,1	23	11	47,8	10	4	40,0
Décembre	29	7	24,1	22	4	18,2	13	3	23,1	15	8	53,3	14	9	64,3
				327	111	33,9	236	94	39,8	214	103	48,1	182	68	37,4

Le nombre des examens bactériologiques baisse régulièrement entre 1904 et 1907. Voici une représentation du nombre de consultants et le nombre de crachats analysés pour les années 1904, 1905, 1906 et 1907, réalisée à partir des données du tableau présenté ci-dessous.

Figure 101b- Nombre de consultants et de crachats analysés au dispensaire des VIII^e et XII^e arrondissements de Paris de 1904 à 1907



Ramenés en pourcentage le nombre des examens représente 35% des consultants en 1904, 28% en 1905, 30% en 1906 et 27% en 1908, soit une moyenne de 30% pour ces 4 années. Les relevés effectués pour le dispensaire parisien des VIII^e et XVII^e arrondissements⁷⁶⁵ de 1904 à 1907 concordent avec les données relevées sur le plan national puisque en 1918, avec toutefois 10 années d'écart, le pourcentage des crachats examinés par rapport aux consultations totales est proche des 25%⁷⁶⁶.

Les rapports d'activité du dispensaire parisien ne font pas de mentions d'examens radiologiques effectués sur les années de 1904 à 1907.

⁷⁶⁴Archives de l'AP-HP, Rapports du dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris pour les années 1903, 1904, 1905, 1906 et 1907.

⁷⁶⁵*Ibid.*

⁷⁶⁶Marcel Moine, *Rapport du CNDT 1926, op.cit.*, p.25-26.

Des éléments précis sont disponibles en provenance des dispensaires installés dans le département du Nord. En effet, le CNDT⁷⁶⁷ propose des statistiques très pointues concernant les analyses bactériologiques pratiquées sur les expectorations des consultants aux dispensaires dans ce département. Pour l'année 1921 tous les dispensaires du département du Nord produisent un document statistique. A titre d'exemple voici, l'état établi par le dispensaire Emile-Roux de Lille en 1921⁷⁶⁸.

Figure 102- Etat statistique de l'activité du dispensaire de Lille Emile Roux pour l'année 1921⁷⁶⁹

Dispensaire de Lille (E. Roux)														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Nouveaux I.	35	58	79	57	34	50	61	46	56	45	51	57	52	80
Inscrits	504	516	573	599	589	566	610	577	614	647	618	609	542	522
(non diag.	358	276	312	353	357	373	382	389	424	425	402	394	57	92
(en contact	15	137	134	133	120	105	104	61	76	67	66	60	71	85
(Tb Tf	125	123	127	103	99	58	118	128	132	136	136	139	128	137
nouveaux Tb.	11	3	12	10	6	4	13	13	10	6	21	11	5	13
(Ep +	89	90	89	78	70	72	84	59	103	102	104	108	100	110
(Ep -	23	21	15	16	13	17	17	15	13	20	19	9	9	3
Plac. tub.	5	2	3	21	6	4	4	4	5	5	12	7	8	3
" non tub.	10	1	10	6	2	10	35	-	9	18	1	1	2	
Familles	154	156	162	160	146	145	161	161	175	162	170	177	171	190
Ex. crachats	27	44	64	72	39	52	11	46	35	64	59	51	54	71
" radio.										576				
" laryngologiques.														

Le département du Nord possède en 1921 les 12 dispensaires suivants : Lille Emile-Roux, Lille Louise de Marillac, Lille Villemin, Roubaix Faubourg, Roubaix Michel de Roubaix, Valenciennes, Cambrai, Dunkerque, Aniche, Douai et

⁷⁶⁷ Institut Pasteur, Boîte d'archives CNDT DPT 50 Nord.

⁷⁶⁸ Le docteur Evrot, inspecteur du CNDT effectue un « voyage d'études » dans le département du Nord du 22 au 25 février 1921. Il compose à la suite de ses visites un rapport dont un exemplaire est disponible aux archives de l'Institut Pasteur de Paris. Evrot rappelle que la Ligue du Nord est une association fondée en 1900 par le professeur Calmette qui est reconnue d'utilité publique en 1907. Avant la Première Guerre mondiale, les activités principales de la Ligue du Nord sont l'organisation et le fonctionnement du dispensaire Emile-Roux de Lille et du sanatorium de Montigny. En 1921, 12 dispensaires fonctionnent dans le département du Nord. Seuls les dispensaires Emile-Roux de Lille et le dispensaire de Valenciennes sont des filiales de la Ligue du Nord. Les autres établissements sont affiliés à la Ligue du Nord mais jouissent de toute leur autonomie. Institut Pasteur, Boîte d'archives CNDT DPT 50 Nord.

⁷⁶⁹ Institut Pasteur, Boîte d'archives CNDT DPT 50 Nord.

Hazebrouck. Le dispensaire de Fourmies, est nouvellement ouvert en 1921 et son document statistique est très incomplet.

Voici le relevé effectué à partir des 11 fiches de statistiques présentées par 11 dispensaires nordistes. Les 4 premières lignes de chacun des tableaux sont la copie des chiffres communiqués par les dispensaires. Les 2 dernières lignes de chaque tableau sont le résultat de calculs effectués de la façon suivante : le premier de ces calculs est le pourcentage des examens effectués par rapport au nombre des inscrits au dispensaire. Le second calcul est effectué pour chaque mois : $(100 / \text{Inscrits} * \text{examens de crachats})$. La dernière ligne du tableau indique pour chaque mois le nombre des examens pratiqués chaque jour (Examens de crachats / 30).

Figure 103-

Statistiques des dispensaires du Nord pour l'année 1921														
Lille Emile Roux	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	39	58	79	57	39	50	61	46	56	45	51	37	52	80
Inscrits	504	546	573	599	589	586	610	587	640	642	618	609	542	572
Examens de crachats	27	44	64	72	34	52	11	46	35	64	59	31	54	71
Radiologie												596		
% examens/inscrits	5,36	8,06	11,17	12,02	5,77	8,87	1,80	7,84	5,47	9,97	9,55	5,09	9,96	12,41
Examens par jour	0,90	1,47	2,13	2,40	1,13	1,73	0,37	1,53	1,17	2,13	1,97	1,03	1,80	2,37
Lille Villemin	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	21	13	22	14	20	23	19	8	19	18	5	17	12	8
Inscrits	178	189	201	222	206	268	205	196	163	147	141	149	145	154
Examens de crachats	22	28	32	14	14	23	24	21	9	14	12	16	9	24
Radiologie												184		
% examens/inscrits	12,36	14,81	15,92	6,31	6,80	8,58	11,71	10,71	5,52	9,52	8,51	10,74	6,21	15,58
Examens par jour	0,73	0,93	1,07	0,47	0,47	0,77	0,80	0,70	0,30	0,47	0,40	0,53	0,30	0,80
Lille Marillac	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	19	18	26	17	28	26	15	12	13	14	15	11	8	16
Inscrits	168	159	163	194	157	167	161	193	134	134	146	130	133	139
Examens de crachats	13	17	20	15	10	10	11	16	7	13	8	18	12	10
% examens/inscrits	7,74	10,69	12,27	7,73	6,37	5,99	6,83	8,29	5,22	9,70	5,48	13,85	9,02	7,19
Examens par jour	0,43	0,57	0,67	0,50	0,33	0,33	0,37	0,53	0,23	0,43	0,27	0,60	0,40	0,33
Cambrai	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	5	4	6	3	2	2	8	4	4	2	7	5	4	2
Inscrits	93	92	95	91	91	96	83	81	99	96	99	85	81	79
Examens crachats	3	2	7	9	9	9	3	2	4	2	4	5	6	2
Radiologie														
% examens/inscrits	3,23	2,17	7,37	9,89	9,89	9,38	3,61	2,47	4,04	2,08	4,04	5,88	7,41	2,53
Examens par jour	0,10	0,07	0,23	0,30	0,30	0,30	0,10	0,07	0,13	0,07	0,13	0,17	0,20	0,07
Dunkerque	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	29	30	17	14	17	14	22	24	14	20	20	22	27	21
Inscrits	56	74	86	97	120	124	140	154	166	180	190	208	230	242
Examens de crachats	20	30	24	30	14	22	39	13	17	19	14	16	19	19
Radiologies														
% examens/inscrits	35,71	40,54	27,91	30,93	11,67	17,74	27,86	8,44	10,24	10,56	7,37	7,69	8,26	7,85
Examens par jour	0,67	1,00	0,80	1,00	0,47	0,73	1,30	0,43	0,57	0,63	0,47	0,53	0,63	0,63

Figure 103b- Statistiques des dispensaires du Nord pour l'année 1921⁷⁷⁰

Roubaix Faubourg	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	38	29	47	40	39	37	33	17	28	19	21	23	27	39
Inscrits	347	359	401	420	426	444	469	459	464	471	467	467	447	475
Crachats examinés	33	21	49	45	40	24	23	26	38	45	33	19	31	61
Radio												93		
% examens/inscrits	9,51	5,85	12,22	10,71	9,39	5,41	4,90	5,66	8,19	9,55	7,07	4,07	6,94	12,84
Examens par jour	1,10	0,70	1,63	1,50	1,33	0,80	0,77	0,87	1,27	1,50	1,10	0,63	1,03	2,03

Roubaix (Pierre de)	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	2	6	30	12	8	10	3	6	9	9	5	9	11	8
Inscrits	113	104	135	136	141	136	139	141	144	147	146	150	146	146
Crachats examinés	4	3	27	15	16	8		14	16	16	6	10	10	23
Radilogie												34		
% examens/inscrits	3,54	2,88	20,00	11,03	11,35	5,88	0,00	9,93	11,11	10,88	4,11	6,67	6,85	15,75
Examens par jour	0,13	0,10	0,90	0,50	0,53	0,27	0,00	0,47	0,53	0,53	0,20	0,33	0,33	0,77

Valenciennes	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	16	20	20	26	21	8	12		7	12	16	15	12	10
Inscrits	138	148	152	151	170	168	169	138	130	140	150	171	165	160
Examens de crachats	12	2	10	8	12	9	4		4	5	6	14	6	5
Radiologies												203		
% examens/inscrits	8,70	1,35	6,58	5,30	7,06	5,36	2,37	0,00	3,08	3,57	4,00	8,19	3,64	3,13
Examens par jour	0,40	0,07	0,33	0,27	0,40	0,30	0,13	0,00	0,13	0,17	0,20	0,47	0,20	0,17

Aniche	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	5	6	8	4	3	3		1			2	2	3	0
Inscrits	82	87	95	96	97	97	80	65	73	75	81	82	85	85
Examens de crachats		1	5	2	2		2	2				1	1	0
Radiologies														
% examens/inscrits	0,00	1,15	5,26	2,08	2,06	0,00	2,50	3,08	0,00	0,00	0,00	1,22	1,18	0,00
Examens par jour	0,00	0,03	0,17	0,07	0,07	0,00	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00

Douai	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	16	9	15	11	8	14	12	9	5	10	6	7	14	8
Inscrits	170	109	172	176	175	185	176	165	160	172	178	176	183	183
Examens de crachats	12	6	20	16	5	16	9	14	12	11	4	22	11	15
Radiologies												81		
% examens/inscrits	7,06	5,50	11,63	9,09	2,86	8,65	5,11	8,48	7,50	6,40	2,25	12,50	6,01	8,20
Examens par jour	0,40	0,20	0,67	0,53	0,17	0,53	0,30	0,47	0,40	0,37	0,13	0,73	0,37	0,50

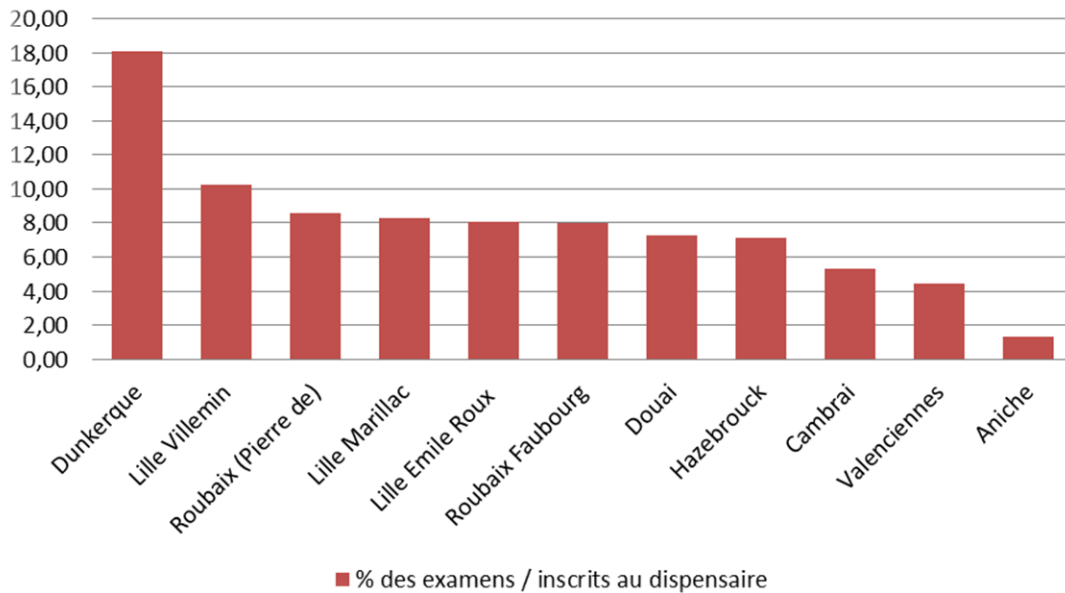
Hazebrouck	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.
Nouveaux inscrits	6	4	9	5	10	9	11	7	10	6	13	9	5	7
Inscrits	70	67	75	77	82	92	102	98	104	111	122	128	125	113
Crachats examinés	4	5	6	13	4	9	12	2	8	4	9	5	7	6
Radiologies														
% examens/inscrits	5,71	7,46	8,00	16,88	4,88	9,78	11,76	2,04	7,69	3,60	7,38	3,91	5,60	5,31
Examens par jour	0,13	0,17	0,20	0,43	0,13	0,30	0,40	0,07	0,27	0,13	0,30	0,17	0,23	0,20

A partir des examens de crachats ramenés en pourcentage des inscrits par dispensaire et par mois, calculés à l'avant dernière ligne de chaque tableau, la moyenne des examens pratiqués pour l'année 1921 est obtenue dans chaque dispensaire du département du Nord. Le résultat de cette synthèse est illustré avec le graphe suivant :

⁷⁷⁰ Institut Pasteur, Boîte d'archives CNDT DPT 50 Nord.

Figure 104-

**Pourcentages des examens de crachats pratiqués
par rapport au nombre des inscrits au dispensaire en 1921**



La moyenne des examens effectués ramenée en pourcentage du nombre d'inscrits dans les dispensaires du département du Nord est de 7,9% en 1921. Le dispensaire de Dunkerque effectue beaucoup plus d'examens que la moyenne tandis que les dispensaires de Cambrai et Valenciennes semblent en retrait. Le dispensaire d'Aniche est un établissement nouvellement créé en 1921 et donc le résultat obtenu pour cet établissement est peu exploitable.

Le chiffre de 7,9% est faible puisque ramené en nombre d'examens pratiqués par jour on obtient le résultat d'un examen de crachat pratiqué tous les deux jours. Les examens de crachats sont, semble-t-il, effectués en complément d'examens radiologiques, ce qui explique peut-être en partie l'utilisation restreinte de ce type d'investigations. Toutefois, en 1921, le gouvernement prend des mesures pour faciliter l'équipement des laboratoires en microscopes. De cette manière, l'État intervient directement dans la lutte contre la tuberculose. Le ministère de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales annonce aux préfets le 10 mai 1921 l'attribution de subventions destinées à financer les laboratoires bactériologiques dont l'activité est liée à la prophylaxie antituberculeuse.

« 10 mai 1921⁷⁷¹

Le ministre de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales
A Messieurs les préfets

La loi de finances qui sera promulguée au cours du présent mois va mettre à ma disposition un crédit de 3 999 000 F destiné à subventionner les

⁷⁷¹Archives départementales de Seine-et-Marne, boîte Xp 1097 Œuvre Seine-et-Marnaise de prévention antituberculeuse (1920-1925).

laboratoires de bactériologie et les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Sur cette somme, un tiers, soit un million de francs sera vraisemblablement réservé au laboratoire de bactériologie.

1 : En ce qui concerne spécialement les dispensaires d'hygiène sociale, les subventions qui seront allouées sont uniquement affectées aux dépenses de fonctionnement. La loi du 15 avril (1916), article 6, prévoit en effet que les subventions pour création ou aménagement seront prélevées sur le produit de Pari-Mutuel ou des jeux.

L'appui de la demande de subvention pour fonctionnement des dispensaires auront à produire dûment rempli un questionnaire du modèle ci-joint.

2 : Les laboratoires de bactériologie peuvent prétendre au contraire à une subvention double à la fois pour aménagement et pour fonctionnement. S'il s'agit d'aménagement, il devra être fourni à l'appui de la demande, des renseignements précis sur le caractère de l'Œuvre dont dépend chaque laboratoire et sur les ressources affectées à son installation. Un plan sommaire et un devis estimatif devront être joints. Si la demande a pour objet une subvention pour fonctionnement, un projet détaillé du budget pour 1921 (recettes et dépenses) sera produit :

J'ajoute que conformément à la jurisprudence établie par la Commission de répartition, seules pourront être subventionnées pour fonctionnement les œuvres justifiant d'une action et d'un rendement effectifs. Je vous prie de vouloir bien faire part des présentes instructions aux œuvres antituberculeuses de votre département et de me faire parvenir les dossiers des demandes pour le 31 mai au plus tard.

G. LEREDU. »

Les actions et le rendement effectifs évoqués par Georges Leredu, ministre de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, sont l'objet d'un rapport annuel que les œuvres doivent envoyer au ministère en accompagnement de leur demande de subvention. Les Archives Départementales de Seine-et-Marne révèlent des échanges de courriers entre le ministère et les préfets, qui attestent de ces demandes étayées par le renseignement d'un questionnaire. Le document ci-après est une copie du questionnaire envoyé par le ministère de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales aux préfets, en 1920 qui précise que la loi de finance du 31 juillet 1920 met à la disposition du ministère un crédit de 3 millions destiné à subventionner les frais de fonctionnement des laboratoires de bactériologie et des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Le crédit accordé par la loi de finance augmente de près de 1 million entre 1920 et 1921. A l'appui des demandes de subventions, doivent être annexés le questionnaire joint ainsi que des budgets détaillés des années 1920 et 1921 pour chaque établissement⁷⁷².

⁷⁷²Archives Départementales de Seine-et-Marne, Boîte Xp 1097, Œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène Sociale et de préservation antituberculeuse (1920-1925), Chemise *Dispensaires d'hygiène sociale*.

Figure 105- Questionnaire à compléter par les préfetures lors d'une demande de subvention pour le financement des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse⁷⁷³

*Questionnaire à remplir à l'appui
d'une demande de subvention pour dispensaires
d'Hygiène Sociale et de préservation anti-
tuberculeuse créés en application de la loi du
15 Avril 1916.*

*Le dispensaire est-il ouvert aux
tuberculeux exclusivement ou à
d'autres malades?*

Le dispensaire est-il pourvu de :
microscope?
boiselle?
ustensiles d'hygiène?
*lesquels? (crachoirs, liquides
désinfectants, etc...).*

*Le dispensaire distribue-t-il des
bons d'occlusion?*
Des ustensiles d'hygiène?
du linge?

*Le dispensaire a-t-il organisé un
service de visites à domicile?*

*Qualité et nombre des personnes
employées à ce service?*

*Des fiches d'enquête sont-elles éta-
blies et conservées au dispensaire?*

*Le dispensaire s'occupe-t-il de la
désinfection du linge des malades?
Par quel procédé? Désinsec-
tion à domicile, buanderie
au dispensaire?*

*Connexions avec le service départe-
mental ou municipal de
désinfection?*

Projet de budget du dispensaire :
 1° Si la demande de subvention
a pour objet la contribution
de l'Etat aux dépenses de
 a) première installation
 (fournir les indications suivantes:
 plan sommaire du dispensaire,
 indiquant le nombre, la dispo-
 sition et le cube d'air des pièces);
 b) devis des dépenses et indication
 des ressources.
 2° Si la demande de subven-
 tion concerne les frais de fonc-
 tionnement: fournir l'état des
 recettes et des dépenses, celles-ci
 étant distinguées des frais géné-
 raux et frais d'assistance.

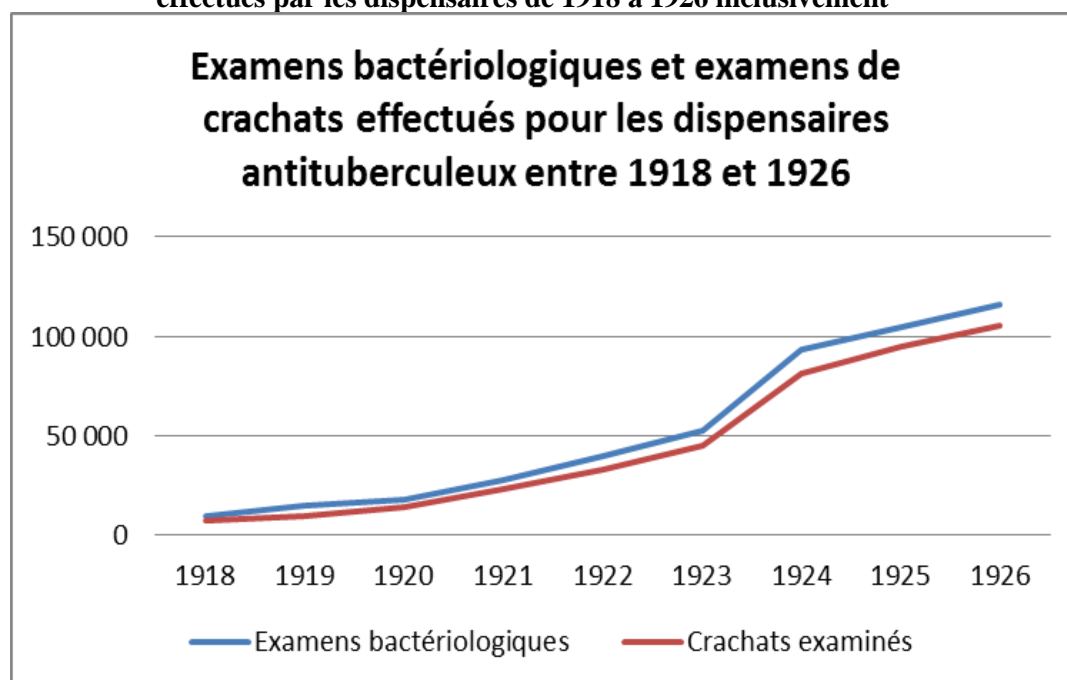
Ces questions permettent aux autorités ministérielles de vérifier que le dispensaire fonctionne en conformité avec la loi Léon-Bourgeois au 15 avril

⁷⁷³ Ibid.

1916. Les dispensaires reçoivent des personnes qui souvent ne peuvent pas subvenir à leurs besoins primaires. Une aide en nourriture est pour eux vitale même si elle ne constitue pas la mission majeure du dispensaire antituberculeux. Les visites à domicile et la tenue d'un fichier de malades constituent en revanche une des missions essentielles des dispensaires. Ces tâches sont confiées aux infirmières-visiteuses. La désinfection du linge des malades n'est pas assurée par l'ensemble des dispensaires, pourtant cette opération constitue un acte prophylactique important, comme le soulignent notamment Albert Calmette et Léonie Chaptal.

Les frais de premières installations sont subventionnés par le Pari Mutuel. Les administrations territoriales subventionnent régulièrement les frais de fonctionnement. Les mesures gouvernementales au profit des examens bactériologiques ont eu une conséquence sur l'augmentation des analyses de crachats. Le rapport du CNDT publié en 1926 indique le nombre des examens bactériologiques pratiqués dans les années comprises entre 1918 et 1926 par les dispensaires. Les courbes présentées ci-dessous montrent que le nombre des examens bactériologiques est en hausse assez nette à partir de l'année 1920.

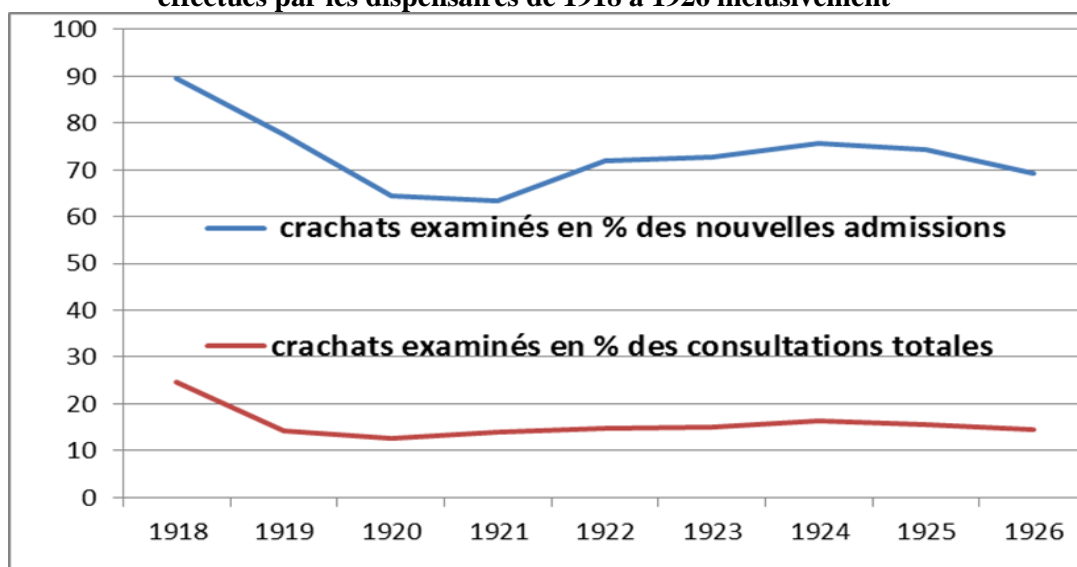
Figure 106- Données issues du tableau E.- Tableau rétrospectif des divers travaux effectués par les dispensaires de 1918 à 1926 inclusivement ⁷⁷⁴



La plupart des examens bactériologiques effectués consistent en l'examen de crachats. Le nombre des examens bactériologiques doublent entre 1923 et 1924 pour continuer à progresser plus lentement à partir de 1924.

⁷⁷⁴ Marcel Moine, *Rapport du CNDT 1926, op.cit.*, p.25-26.

Figure 106b- Données issues du tableau E.- Tableau rétrospectif des divers travaux effectués par les dispensaires de 1918 à 1926 inclusivement⁷⁷⁵



Toutefois, la courbe supérieure du graphique présenté ci-dessus indique que les expectorations analysées concernent 90% des nouvelles admissions en 1918 pour baisser jusqu'à 62% en 1920 et 1921. Entre les années 1922 et 1926, les taux des examens pour les nouvelles admissions oscillent au-dessus de 70%.

D'autre part, l'examen de la courbe inférieure du même graphique montre que le pourcentage des examens des crachats sur les consultations totales passe de près de 30% en 1918 pour se maintenir autour de 15% entre les années 1919 à 1926. Marcel Moine, le statisticien du CNDT auteur de ces courbes déplore dans son rapport publié en 1926, l'insuffisance des analyses bactériologiques due au manque d'équipement des dispensaires qui sont loin de posséder tous un microscope, ou à leur éloignement du laboratoire départemental qui ne leur permet pas une utilisation régulière.

En 1921, dans le département du Nord, le pourcentage des crachats examinés par rapport aux consultations totales oscille autour des 8% ce qui laisse penser que les dispensaires de ce département sont en retard dans l'utilisation des moyens bactériologiques mis en œuvre pour la recherche du BK. Mais les médecins des dispensaires possèdent une autre arme de recherche du BK dont l'usage s'intensifie après la fin de la Grande Guerre et ce, notamment grâce au concours d'une scientifique deux fois récompensée par un prix Nobel.

7.1.3 La radiologie, une avancée scientifique majeure

Wilhelm Roentgen⁷⁷⁶ découvre en 1895 les rayons X capables d'impressionner une plaque photographique au travers d'un corps opaque. Les applications médicales sont fondamentales surtout en matière de lutte contre la tuberculose.

⁷⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁷⁶ Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) est un physicien allemand. Il découvre les rayons en 1895. La radiographie médicale suit rapidement la découverte de Röntgen. Il reçoit le premier prix Nobel de physique en 1901. Site Internet www.medarus.org consulté en mai 2018.

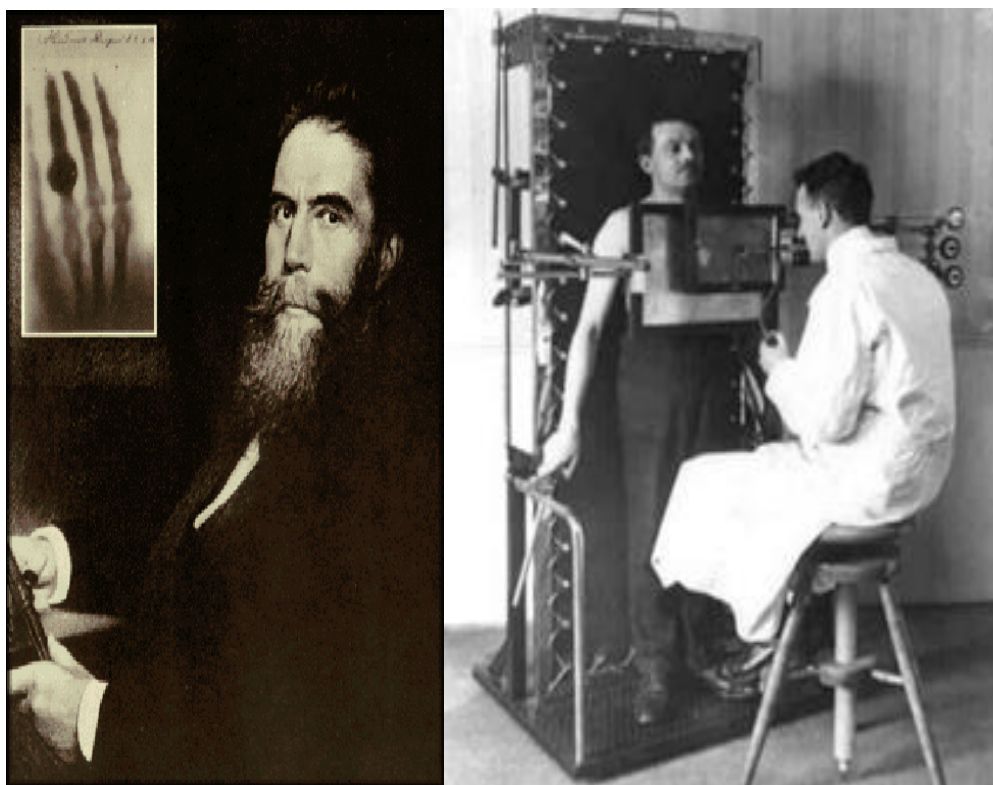


Figure 107- Portrait de Wilhelm Röntgen

Appareil de radiologie

⁷⁷⁷

La radiographie permet au praticien de visualiser les différentes atteintes du poumon et notamment des épanchements pleuraux, d'infiltrats, de cavernes tuberculeuses⁷⁷⁸. La radiologie est une technologie récemment utilisée et donc encore peu répandue en matière médicale avant le début de la Première Guerre mondiale. Comment cette technique s'est-elle développée à partir de l'année 1923 pour devenir un moyen de détection des maladies pulmonaires de plus en plus usité dans les diagnostics médicaux ? Les raisons du développement accéléré de la radiologie sont dues aux recherches médicales effectuées pendant le conflit, sur le terrain des hostilités, pour soigner les blessures des soldats pendant les opérations chirurgicales. Les photos présentées ci-dessus, montrent à côté du portrait de Wilhelm Roentgen, la photo d'un des premiers appareils radiologiques. L'image indique que le médecin qui effectue l'examen radiologique n'a aucune protection contre les rayons X, ce qui rapidement cause des problèmes aux praticiens d'irritation de la peau sur les mains.

Marie Curie⁷⁷⁹ est une scientifique française d'origine polonaise dont les travaux portent sur la radioactivité et ses applications dans le domaine médical.

⁷⁷⁷http://www.cite-sciences.fr/fr/ressources_site_consulté le 20 avril 2017. Portrait de Röntgen et appareil de radiologie en 1920, Collections muséologiques Universcience. La société Gaiffe-Gallot & Pilon est l'un des établissements les plus en vue dans la construction d'appareils scientifiques de l'époque et parmi les promoteurs de la télégraphie sans fil. Elle devint ensuite la Compagnie Générale de Radiologie (CGR).

⁷⁷⁸Pierre Pradalié, *Histoire du traitement curatif de la tuberculose au XX^e siècle*, Université Poincaré, Nancy, mars 2000, p.31.

⁷⁷⁹Marie Sklodowska-Curie (1867-1934) est née à Varsovie « dans une partie de la Pologne alors sous domination de l'empire russe dans lequel les universités ne sont pas ouvertes aux femmes. Marie et sa sœur aînée décident de partir à Paris où Marie s'inscrit à la Sorbonne en 1891. Elle obtient une licence en sciences physique en 1893 et en 1894 une licence en sciences mathématiques. Début 1894 elle obtient un contrat pour mesurer les propriétés magnétiques de différents aciers et rencontre Pierre Curie, physicien déjà reconnu. Après la naissance de sa première fille, Irène, elle entreprend une thèse de doctorat en physique sur les rayons uraniques découverts par Henri Becquerel. » Site <https://musee.curie.fr> consulté le 19/09/2018.

Elle obtient en 1903 le prix Nobel de physique avec son mari, Pierre Curie et Henri Becquerel pour leurs travaux sur la radioactivité. En 1911, elle obtient un second prix Nobel en chimie, pour ses travaux sur le polonium et le radium⁷⁸⁰. Marie Curie veut se mettre au service de la Défense Nationale pendant la Grande Guerre. Elle est chargée, après de multiples démarches et demandes qu'elle effectue auprès des autorités compétentes, de la direction technique de l'œuvre radiologique du Patronage National des Blessés. Marie Curie constate que « l'organisation des services radiologiques est notoirement insuffisante en début de guerre ⁷⁸¹ . »

« Jusqu'à la guerre, l'emploi des rayons X n'était point habituel dans tous les services hospitaliers. Même à Paris, le nombre des services radiologiques était fort restreint ; et si des villes comme Lyon, Bordeaux, etc... possédaient quelques services importants, par contre, les petites villes de province étaient, en général, dépourvues de toute organisation radiologique⁷⁸². »

Marie Curie supervise l'installation d'appareil de radiologie dans les hôpitaux et organise un service de voitures radiologiques.

« Au début de la guerre, les ressources en radiologie étaient tout à fait précaires, et il s'agissait de réaliser au plus tôt un service de radiologie de première nécessité pour les hôpitaux du territoire et de la zone des armées. L'utilisation des appareils normaux qui permettent de faire face à la plupart des besoins, et qui de plus peuvent facilement être transportés, s'imposait donc à cette époque⁷⁸³ . »

Les voitures radiologiques ont assumé pendant les premières années de la guerre, la plus grande partie du service radiologique. Marie Curie équipe elle-même 18 de ces voitures grâce à des dons de particuliers qui ont offert soit de l'argent soit des automobiles.

« Il m'est agréable de rappeler ici que la première des voitures radiologiques établies sur mon initiative a été fournie par l'Union des Femmes de France et équipée à ses frais. Cette petite voiture à carrosserie ordinaire, ne portant que l'appareillage strictement nécessaire a sans doute laissé de nombreux souvenirs dans la région parisienne. Desservie d'abord par un personnel bénévole, anciens élèves de l'École Normale ou professeurs, ensuite régulièrement attachée au Val-de-Grâce, elle a assuré seule le service du camp retranché de Paris pendant la plus grande partie de la guerre, en particulier lors de l'affluence de blessés en septembre 1914 à la suite de la bataille de la Marne⁷⁸⁴. »

⁷⁸⁰http://www.upmc.fr/fr/universite/histoire_et_personnalites site consulté le 26 avril 2017.

⁷⁸¹ Marie Curie, Professeur à la Sorbonne, *La radiologie et la guerre*, Librairie Félix Alcan, Paris, 1921, p.2.

⁷⁸² *Ibid.*, p.13.

⁷⁸³ *Ibid.*, p. 30 et 31.

⁷⁸⁴ *Ibid.*, p.36.

Voici une photographie d'une « Petite Curie » dont l'appareillage radiologique est déployé pour effectuer des observations sur un blessé installé à côté du véhicule dont le moteur alimente un système capable de générer l'électricité nécessaire au fonctionnement du système.

Figure 108- Une « petite Curie » pendant la Première Guerre mondiale⁷⁸⁵



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Marie Curie se rend dans des voitures radiologiques sur les zones de combat à Creil, Funnes, Joinville, Poperinghe, Amiens, Reims et Verdun. Dès octobre 1914 sa fille Irène la rejoint. Marie Curie forme des opérateurs en radiologie afin de permettre l'augmentation du nombre des examens. « Aux côtés d'Antoine Béclère, directeur du service de radiologie des armées et avec l'aide de la Croix-Rouge, Marie Curie participe à la conception de dix-huit unités chirurgicales mobiles ⁷⁸⁶. » Grâce aux « Petites Curies », plus d'un million de blessés ont été secourus pendant la Grande Guerre⁷⁸⁷.

Le système des « Petites Curies » est réinvesti après la guerre. Certains dispensaires utilisent des voitures radiologiques afin de permettre des examens dans les campagnes les plus reculées qui n'ont pas encore bénéficié d'infrastructure en matière électrique⁷⁸⁸ ou qui n'ont pas de médecin spécialisé en radiologie. La comparaison de ces deux modèles de véhicules montre, que la voiture radiologique au service des dispensaires représentée ci-après est une copie des « Petites Curie ».

⁷⁸⁵Source Gallica.fr, Bibliothèque nationale de France, consulté en juin 2016.

⁷⁸⁶Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.244.

⁷⁸⁷<http://www.buclermont.hypotheses.org/1932>, site consulté le 26 avril 2017.

⁷⁸⁸Les voitures radiologiques utilisent leur moteur pour fournir, grâce à un système de dynamo l'énergie électrique nécessaire pour effectuer les examens. Vincent Viet, *La santé en guerre 1914-1918, op.cit.*, p.244.

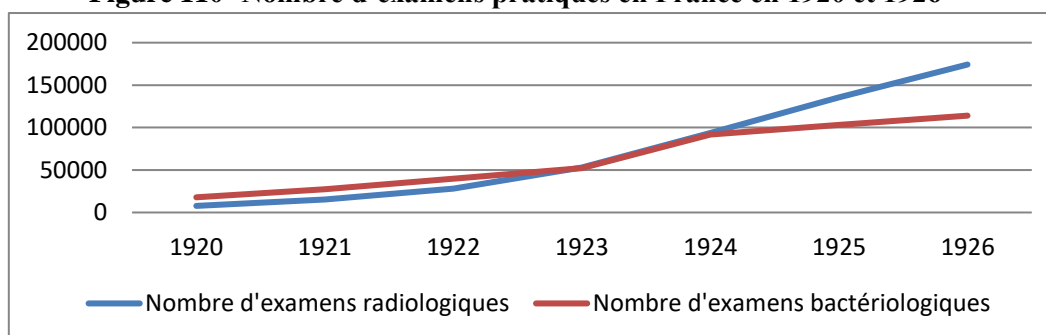
Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Figure 109- Voiture radiologique utilisée par les dispensaires dans les années 1920 ⁷⁸⁹



Ainsi, grâce à l'action de Marie Curie pendant la guerre, les examens radiologiques, précieux en matière de détection pulmonaire du BK, connaissent une augmentation importante comme l'indique la courbe ci-dessous issue des données statistiques du CNDT en 1926 :

Figure 110- Nombre d'examens pratiqués en France en 1920 et 1926 ⁷⁹⁰



Les chiffres relevés issus des statistiques des dispensaires du département du Nord pour l'année 1921⁷⁹¹, révèlent les informations suivantes en procédant à l'addition du nombre des examens radiologiques effectués pour l'année dans l'ensemble des dispensaires de ce département. Le résultat est de 1 192 radios pratiquées. Ce qui correspond à 99 radios effectuées chaque mois soit, en moyenne 3 radios par jour. Le calcul du pourcentage des examens radiologiques effectués par rapport à la moyenne des inscrits dans l'ensemble des dispensaires du département du Nord pour l'année 1921, révèle un résultat de 53,5%. Plus de la moitié des inscrits dans les dispensaires du Nord en 1921 ont

⁷⁸⁹Archives Départementales de Seine-et-Marne, Boîte Xp1099 *Œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (1927-1932)*.

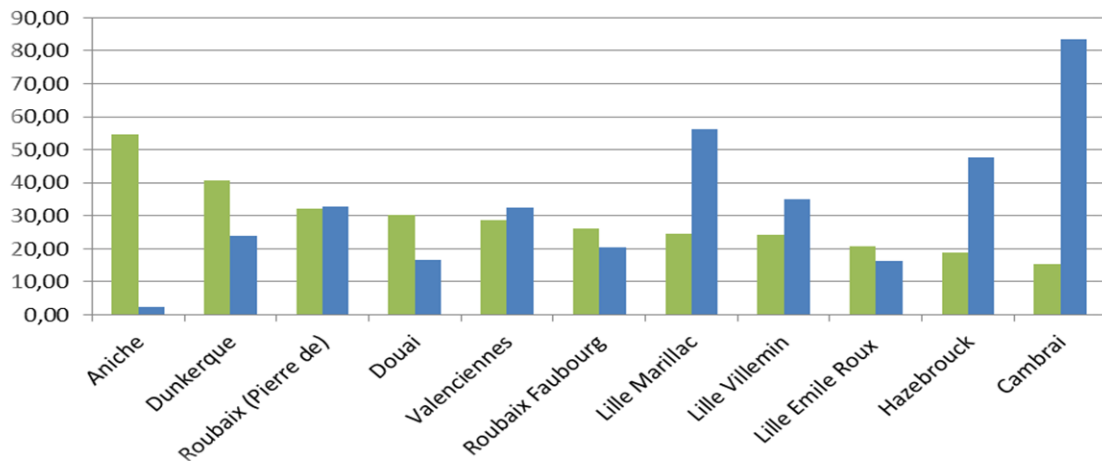
⁷⁹⁰Rapport du CNDT de 1926, Année 1926, Imprimerie administrative, 1928, p.47.

⁷⁹¹Institut Pasteur, Boîte d'archives CNDT DPT 50 Nord.

bénéficié d'un examen radiologique. Pourtant, le nombre des consultants diagnostiqués est d'en moyenne 28% en se référant aux statistiques du département du Nord produites en 1921.

Figure 111- Statistiques des dispensaires du département du Nord pour l'année 1921⁷⁹²

% de tuberculeux pulmonaires diagnostiqués par rapports au nombre d'inscrits et % de consultants non diagnostiqués par rapport au nombre d'inscrits par dispensaires du département du Nord en 1921



La première donnée représente le pourcentage de tuberculeux diagnostiqués, la seconde le pourcentage de consultants non diagnostiqués. Les résultats sont très variables suivant les dispensaires. Les établissements de Lille Louise-de-Marillac, et Lille Villemin, d'Hazebrouck et surtout de Cambrai relèvent un taux de consultants non diagnostiqués bien supérieur à la moyenne de 33% du total des inscrits calculés pour le département du Nord en 1921, soit près d'un tiers des personnes inscrites.

Comment expliquer cet écart entre le nombre de consultants radiographiés et le nombre de consultants non diagnostiqués ? Les radiographies ou les radiologies ne permettent-elles pas un diagnostic incontestable ?

« Aujourd'hui les rayons X permettraient de constater au centre du lobe inférieur la présence d'une cavité trop lointaine, trop unique pour que les bruits respiratoires qu'elle provoque puissent être perçus par l'oreille. Mais si grand que soit l'intérêt des études radiologiques en matière de phtisiologie, il ne saurait faire oublier aux cliniciens que les procédés d'exploration antérieurement connus conservent toute leur valeur. Les uns et les autres doivent confronter leurs résultats se prêter un concours mutuel⁷⁹³. »

La tuberculose est une maladie difficile à diagnostiquer et nécessite une série d'examen dont les résultats agrégés augmentent les chances d'un diagnostic fiable. Car la présence du BK dans un organisme n'est certaine qu'à condition

⁷⁹²Ibid.

⁷⁹³Emile Sergent, *Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1920)*, op.cit., p. 71.

qu'il apparaisse dans un examen bactériologique. Son absence constatée ne prouve en revanche pas que le patient ne soit pas en phase initiale de la maladie pendant laquelle le bacille reste indétectable.

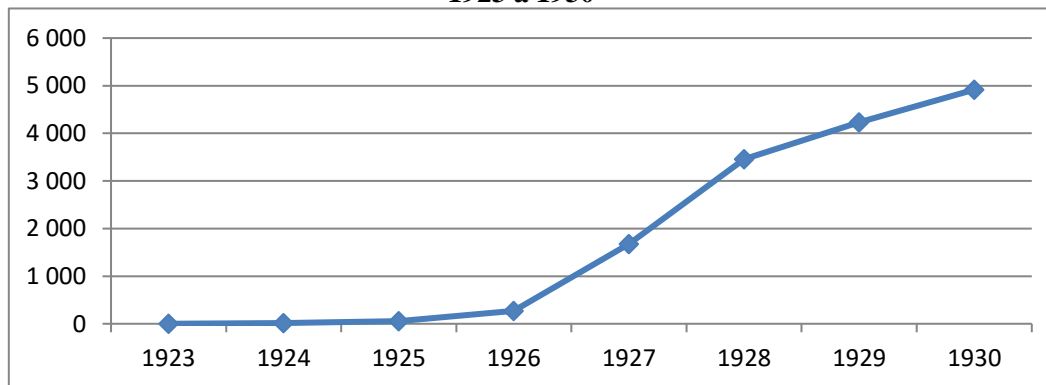
Le département de Seine-et-Marne semble connaître un retard certain en matière d'examen radiologiques puisque les données statistiques concernant les dispensaires de ce département révèlent un seul examen radiologique en 1923. A titre de comparaison, le département du Nord comptait 1 192 radios effectuées pour l'année 1921.

Figure 112-⁷⁹⁴

Statistiques des dispensaires de Seine-et-Marne												
Années	Consultations		Inscrits au 1er		Nouveaux		Inscrits dernier		Contacts	En obser- vation	Radios	Visites
	Nombre de séances	Consultations données	jour de l'année		inscrits		jour de l'année					
			Total	TB	Total	TB	Total	TB				
1923	213	1 212	205	63	342	148	362	141		77	1	2 423
1924	274	1 628	316	141	415	212	524	232	90	120	13	2 625
1925	256	1 556	524	232	436	194	784	368	143	175	58	2 809
1926	319	2 679	755	187	992	333	1 062	425	80	131	274	3 531
1927	458	5 400	1 022	425	1 492	270	1 622	672	322	628	1 673	4 227
1928	762	8 336	1 622	672	2 339	619	2 605	892	409	893	3 455	8 134
1929	836	10 406	2 865	892	3 006	517	3 855	1 067	432	1 706	4 232	8 220
1930	858	11 337	3 855	1 142	3 158	725	4 394	1 383	617	1 614	4 917	12 136

Les chiffres des statistiques des dispensaires de Seine-et-Marne permettent d'établir les deux courbes suivantes :

Figure 112b- Nombre de radios faites dans les dispensaires de Seine-et-Marne de 1923 à 1930⁷⁹⁵

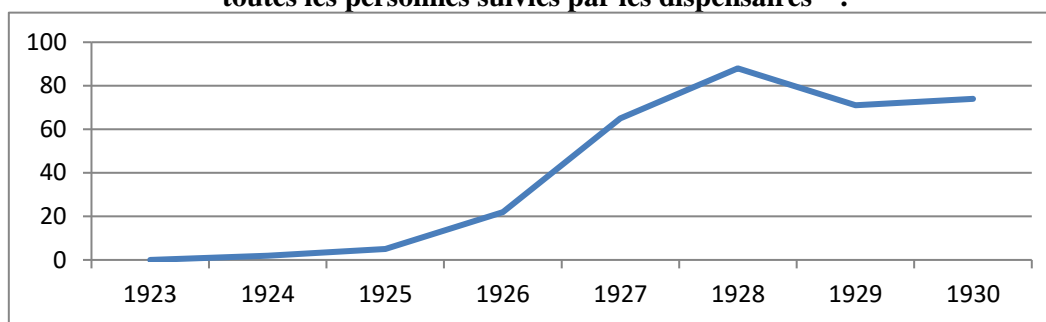


Le département de la Seine-et-Marne s'équipe en matériel radiologique à partir de l'année 1926. Le nombre des radios effectuées dans ce département passe de 13 en 1924 à 4 917 en 1930. Le calcul du pourcentage des radios réalisées sur l'ensemble des personnes dites « en contact » avec les dispensaires Seine-et-Marnais permet de dresser la courbe ci-après. Le nombre des personnes dites « en contact » sont les inscrits au dernier jour de l'année augmentés du nombre des personnes en contact avec les dispensaires et du nombre des personnes placées en observation par les infirmières-visiteuses attachées aux dispensaires.

⁷⁹⁴ Archives Départementales de Seine-et-Marne, Boîte d'archives Xp1462 : Création d'un office départemental d'hygiène sociale

⁷⁹⁵ *Ibid.*

Figure 113- Pourcentages des radios effectuées en Seine-et-Marne par rapport à toutes les personnes suivies par les dispensaires⁷⁹⁶.



Les pourcentages augmentent rapidement de 1925 à 1928 avant de connaître un fléchissement en 1929, confirmé par le pourcentage calculé pour l'année 1930. Ce résultat est dû au nombre des personnes de la population placées en observation à partir de l'année 1929 par les dispensaires de Seine-et-Marne qui passe de 893 en 1928 à 1706 en 1929 soit presque le double. Ce phénomène est-il imputable à une augmentation du nombre des infirmières-visiteuses attachées aux dispensaires de préservation antituberculeuse dans ce département ? L'étude de l'évolution du nombre des visites effectuées et du nombre des nouveaux tuberculeux détectés dans le département de Seine-et-Marne entre les années 1923 et 1930 permet peut-être de répondre à cette question.

Figure 114- Nombre de visites effectuées en Seine-et-Marne entre 1923 et 1930 par les infirmières-visiteuses des dispensaires⁷⁹⁷

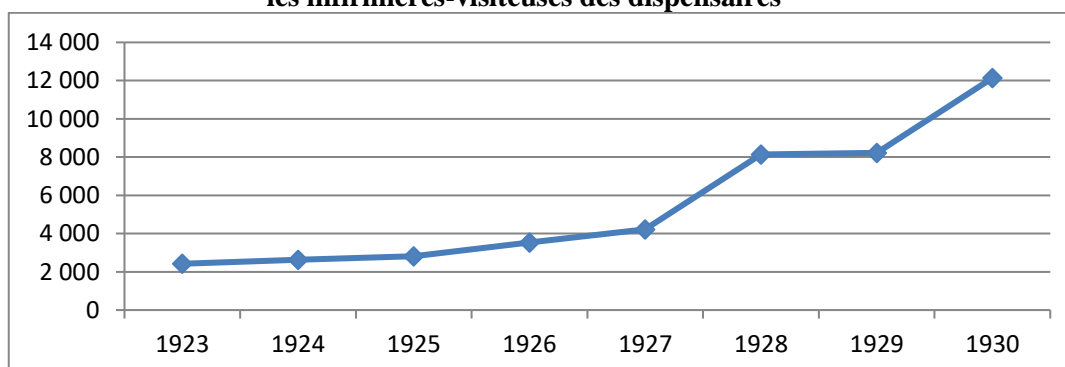
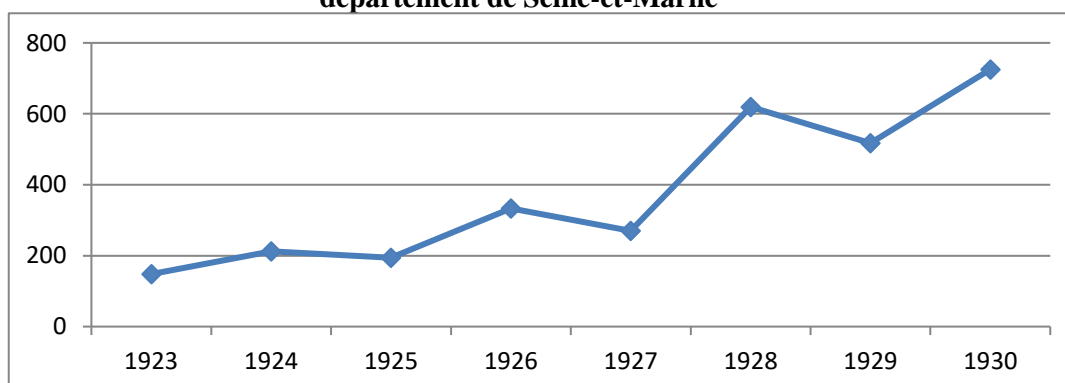


Figure 115- Nouveaux tuberculeux détectés dans l'année entre 1923 et 1930 dans le département de Seine-et-Marne⁷⁹⁸



⁷⁹⁶ *Ibid.*

⁷⁹⁷ *Ibid.*

Les deux courbes montrent une corrélation entre le nombre des visites effectuées dans le cadre des missions des dispensaires des années 1923 à 1930 d'une part et le nombre de nouveaux tuberculeux détectés pendant ces mêmes années grâce à l'action des dispensaires Seine-et-Marnais.

L'écoute des poumons par un médecin muni d'un stéthoscope, les examens bactériologiques des crachats d'un patient, renouvelés plusieurs fois à des périodes différentes, l'examen radiologique sont des moyens d'investigations capables de déceler la présence ou l'absence du bacille de Koch dans un organisme. Mais aucun remède, aucun médicament ne soigne ni ne guérit les malades atteints de tuberculose. Seule la prophylaxie permet une prise en charge des malades en termes d'hygiène et d'habitudes de vie afin d'éviter la contagion des proches.

Les observations des médecins les conduisent toutefois à trouver un moyen de soulager les tuberculeux voire, d'accélérer la cicatrisation d'un poumon malade.

7.2 Le pneumothorax : vers la guérison des tuberculeux ?

Le pneumothorax est un traitement de la tuberculose mis au point par le médecin italien Carlo Forlanini⁷⁹⁹ (1847-1918) en 1882. La méthode consiste à introduire dans l'espace pleural, à l'aide d'un trocart une quantité de gaz, de l'azote ou de l'air filtré, afin de mettre le poumon au repos. Cette technique est issue des observations de médecins auprès de leurs patients tuberculeux, dont le docteur Carlo Forlanini, qui remarquent que le pneumothorax naturel, chez certains malades tuberculeux, améliore leur état. Le traitement dure plusieurs semaines et nécessite une surveillance radiologique afin de s'assurer que le poumon n'est pas blessé par les insufflations pratiquées⁸⁰⁰.

7.2.1 Une intervention redoutée par les patients

Carlo Forlanini est un médecin italien qui invente la technique du pneumothorax artificiel. Cette invention est le premier pas vers une méthode de soins contre la tuberculose et constitue un véritable espoir dans le monde des phtisiologues. La première photo dévoile une séance de pneumothorax pratiquée par le docteur Forlanini⁸⁰¹ à une malade alitée, la seconde photo, présentée ci-dessous montre l'appareil qui permet d'insuffler de l'air ou du gaz dans l'espace pleural⁸⁰².

⁷⁹⁸ *Ibid.*

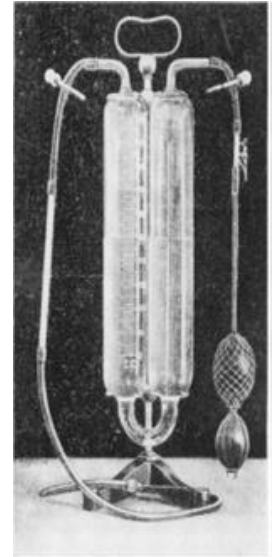
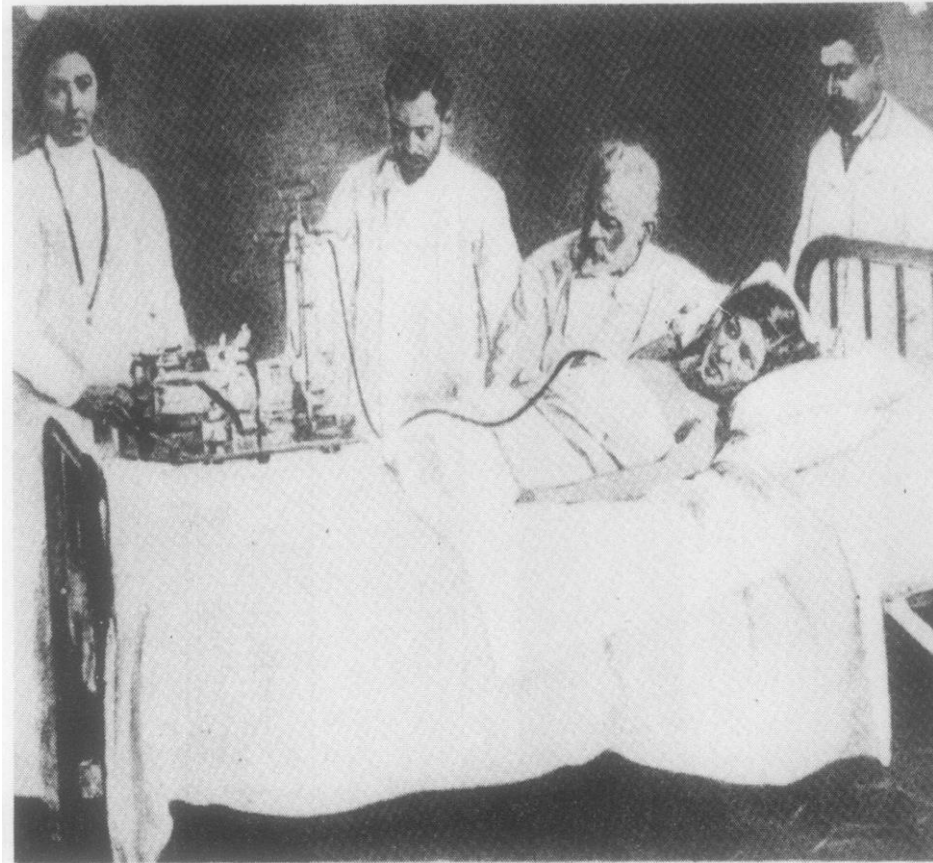
⁷⁹⁹ Carlo Forlanini est né à Milan en 1847, il est le frère aîné d'Enrico Forlanini pionnier de l'aviation et pionnier du développement de l'hélicoptère. Lors du Congrès international de Rome en 1894, l'utilité du pneumothorax est démontrée ainsi qu'au Congrès national de médecine de Rome en 1895 pendant lequel Forlanini expose les premiers résultats de la technique du pneumothorax. Mais Forlanini doit attendre l'année 1907 avant que le pneumothorax artificiel ne soit reconnu par les phtisiologues. <https://www.paviaedintorni.it> consulté le 28/12/2018.

⁸⁰⁰ Mario Taddei, spécialiste en pneumologie, Caton de Berne, <http://www.medpulcollect.ch> Site consulté le 27 avril 2017.

⁸⁰¹ Forlanini administering artificial pneumothorax. From Am Rev Tuberc Reproduced by courtesy of Wellcome Institute Library, London. Site consulté en septembre 2017.

⁸⁰² Forlanini's original apparatus for artificial pneumothorax. Site Internet <http://thorax>. on September 17.

Figure 116- Séance de pneumothorax par le professeur Forlanini.



Carlo Forlanini est assisté de deux médecins et d'une infirmière. L'appareil est posé sur le lit de la patiente qui subit le traitement en toute conscience. L'expression de son visage ne reflète pas de souffrance mais plutôt une méfiance à l'égard du dispositif placé à son côté. Les assistants présentent une mine compassée, ils baissent les yeux tandis que l'infirmière qui se tient au pied du lit semble attendre, impuissante. Le praticien, proche de la malade, surveille le volume du gaz qui circule de la machine à la patiente par le biais d'un tuyau flexible. Cette photo rappelle les représentations du docteur Charcot observant une de ses malades hystériques évanouie. Il semble que ces illustrations cherchent à montrer la bienveillance du corps médical vis-à-vis des malades.

7.2.2 Les premiers résultats des premiers pneumothorax très discutés

Les résultats thérapeutiques du pneumothorax génèrent une discussion délicate soulignée en 1913 le professeur Léon Bernard⁸⁰³.

« La question des résultats de la méthode de Forlanini est une question délicate si l'on tient à l'envisager sans aucun parti pris. Malgré l'abondance des documents, elle paraît encore difficile à trancher⁸⁰⁴. »

⁸⁰³Léon Bernard, *Le Pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose*, Librairie J.B Baillière et fils, Paris, 1913, p.72.

⁸⁰⁴*Ibid.*

Léon Bernard révèle les chiffres de statistiques effectuées après des pneumothorax pratiqués dans différents pays. Le médecin allemand Saugman réalise entre 1906 et 1910, 116 pneumothorax dont les résultats sont les suivants ⁸⁰⁵ :

- 1- Pneumothorax impossible à réaliser : 31 cas
- 2- Cas où les bons effets du pneumothorax sont empêchés par des complications ou des lésions graves du poumon : 23 cas
- 3- Résultats médiocres ou nuls : 7 cas
- 4- Résultats mauvais (aggravation) : 10 cas
- 5- Résultats bons ou très bons : 38 cas
- 6- Guérisons : 1 cas
- 7- Interruption par complications autres que pulmonaires : 6 cas

Le docteur Frédéric Dumarest responsable de sanatorium d'Hauteville sur le plateau d'Assy en France publie en 1910 les résultats sur 57 cas de pneumothorax ⁸⁰⁶ :

- 1- Pneumothorax impossible : 26
- 2- Résultats très bons : 5
- 3- Résultats bons : 6
- 4- Résultats médiocres : 5
- 5- Résultats mauvais ou nuls : 7
- 6- Décès : 8

La technique du pneumothorax procure des statistiques difficiles à analyser car la diversité des résultats est importante. Le pneumothorax thérapeutique, c'est-à-dire pratiqué par un médecin dans un hôpital, un sanatorium ou dans un dispensaire génère semble-t-il autant de risques d'aggraver la situation du malade que de possibilités de voir son état s'améliorer d'autant que dans de nombreux cas, le pneumothorax est impossible à réaliser. Toutefois, une étude de 1931 indique que le pneumothorax soutient beaucoup le traitement sanatorial. Edouard Rist⁸⁰⁷, rapporte les résultats suivants après une étude portant sur 226 cas de pneumothorax unilatéral efficace : 81% de guérisons durables (1 à 13 ans après la résorption du pneumothorax), 11% de guérisons relatives, 8% de récurrence in situ⁸⁰⁸. Peut-on en déduire que la technique du pneumothorax a évolué et a été améliorée entre les années 1910 et 1930 ?

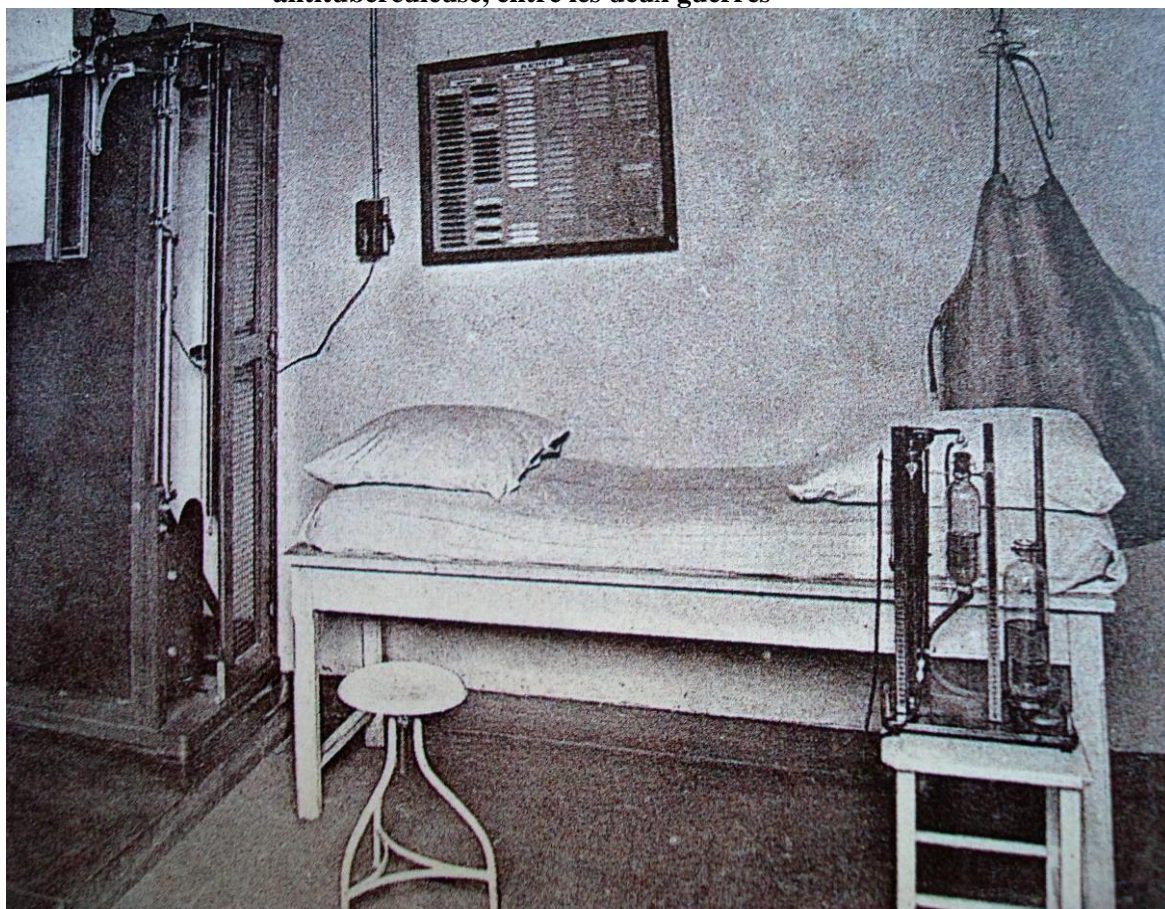
⁸⁰⁵*Ibid.*, p.73.

⁸⁰⁶*Ibid.*, p.82.

⁸⁰⁷Edouard Rist (1871-1956) est chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau de 1901 à 1905. Il est médecin à l'hôpital Laennec et au dispensaire Léon-Bourgeois de 1910 à 1937. Il est vice-président du CNDT de 1928 à 1937.

⁸⁰⁸Pierre Pradalié, *Histoire du traitement curatif de la tuberculose au XX^e siècle*, op.cit., p.95.

Figure 117-Cabinet médical d'un dispensaire d'hygiène social et de préservation antituberculeuse, entre les deux guerres⁸⁰⁹



Le texte d'accompagnement de ce cliché est le suivant :

« Dans cette pièce austère sont rassemblés les « outils » du phthisiologue : l'appareil de radioscopie avec son écran mobile et son générateur au grésillement caractéristique, sur le tabouret les gants plombés et au mur le tablier protecteur qu'utilisait l'opérateur pour limiter l'irradiation qu'il subissait à longueur de consultation ; à droite, à proximité d'une table de soins rudimentaire, l'appareil qui servait à insuffler les pneumothorax. »

Les chiffres du nombre des pneumothorax pratiqués dans les dispensaires de préservation antituberculeuse ne sont pas publiés. Le pneumothorax est une opération redoutée par les malades tuberculeux car elle était pratiquée sans moyens anesthésiques et avec des chances de réussites aléatoires.

7.3 Le BCG vaccin miracle ou miroir aux alouettes ?

Jusque en 1921, il n'y a pas de remèdes contre la tuberculose, pas de médicaments capables de soigner la maladie ni de vaccin⁸¹⁰ efficace pour

⁸⁰⁹Cyr Voisin, *Regards Images de la Tuberculose en France de 1900 à nos jours*, Tome 2, Hauts de France Editions, 1995, p.74.

⁸¹⁰La définition du dictionnaire concernant le mot vaccin est la suivante : « substance d'origine microbienne que l'on inocule à une personne ou un à animal pour l'immuniser contre une maladie. » *Le petit Larousse*, édition 2000.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

prévenir le mal. Un espoir a été vite déçu concernant les effets de la tuberculine contre le BK mais Robert Koch lui-même se rend vite compte de l'inutilité thérapeutique de la tuberculine qui est le sérum obtenu à partir d'un filtrat de culture de bacilles tuberculeux stérilisé à 100°C. Toutefois ce sérum provoque lors de son injection une réaction locale et générale chez les sujets qui ont été en contact avec le bacille, alors qu'il est sans effet chez les sujets sains. Ainsi, la tuberculine dont le principe est mis à jour par Koch est devenue un moyen de dépistage depuis 1907. La tuberculine est donc un détecteur efficace, mais ne constitue pas un remède contre la maladie.

7.3.1 Le B.C.G : le produit d'une longue recherche

Les chercheurs continuent de s'activer autour du BK. Ils veulent trouver le moyen de le neutraliser avant qu'il ne fasse plus de ravages dans les organismes des animaux et des humains. De 1905 à 1914 en collaboration avec le vétérinaire Camille Guérin⁸¹¹, Albert Calmette établit des faits nouveaux relatifs au mécanisme de l'infection bacillaire et à l'immunité contre la tuberculose. Ces faits sont publiés dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Calmette établit expérimentalement pour la première fois avec Camille Guérin dès 1906 que l'immunité antituberculeuse est liée au moins dans sa première phase à la présence de quelques bacilles vivants mais peu virulents dans l'organisme, c'est-à-dire à la « préexistence d'une infection légère, bénigne, compatible avec une parfaite santé et qui ne se manifeste que très rarement par aucun autre signe clinique que la sensibilité avec la tuberculine⁸¹². » Les observations montrent que dans tous les pays « d'anciennes civilisations⁸¹³ », presque aucun sujet ne parvient à l'âge adulte en ayant échappé à l'infection bacillaire et il n'en est environ qu'un sur cinq chez qui l'infection tuberculeuse détermine une maladie mortelle. Cette constatation amène Calmette et Guérin à chercher un vaccin contre la tuberculose comme Pasteur avant eux avait trouvé un vaccin contre la

⁸¹¹Jacques Frottier, France Archives, site Internet www.francearchives.fr consulté le 16 juin 2017.

« Camille Guérin est né à Poitiers le 22 décembre 1872 et mort à Paris le 9 juin 1961. A l'issue de sa scolarité, Camille Guérin entre à 20 ans à l'école vétérinaire d'Alfort. Au cours de ses études, il se passionne pour les travaux de laboratoire et se fait remarquer par le professeur Nocart, directeur de l'école et disciple de Pasteur. En 1896 il obtient son diplôme et un an plus tard, Albert Calmette chargé par Pasteur de créer un institut à Lille, fait appel à Guérin qui exerce les fonctions de préparateur et se consacre à partir de 1900 à deux thèmes de recherches, la vaccine jennérienne (vaccin antivariolique) et la tuberculose. En 1905 il est nommé par Calmette chef de laboratoire de la vaccine jennérienne de l'institut Pasteur de Lille. A partir de 1908, il entreprend des recherches qui mèneront ultérieurement à la découverte du vaccin antituberculeux. Ces recherches sont temporairement interrompues par la guerre en 1914. Alors qu'Albert Calmette est appelé à Paris afin d'assurer la sous-direction de l'Institut Pasteur, Camille Guérin devient, en 1919, chef de service à l'institut Pasteur de Lille. La collaboration entre les deux chercheurs se poursuit néanmoins. Ils étudient, depuis 1908, une souche de bacille de la tuberculose, isolée à partir d'une mammite tuberculeuse bovine. Après de nombreuses cultures successives de ce bacille sur milieux biliés glycinés, Calmette et Guérin obtiennent, en 1921, une souche de bacilles tuberculeux qui ne détermine plus de lésions chez l'animal, même à des concentrations très élevées. Les premiers essais vont conclure à l'innocuité et au pouvoir protecteur de cette souche contre la transmission de la tuberculose bovine. Ainsi fut découvert le B.C.G (sigle qui, à l'origine, désignait le « Bilié Calmette Guérin » et non le « Bacille Calmette Guérin »), d'abord destiné à prévenir la tuberculose chez les bovins. »

« En 1928, Camille Guérin devient chef du nouveau service du B.C.G. à l'Institut Pasteur de Paris. Il est élu, en 1935, membre de l'Académie de médecine puis il recevra la grande médaille de vermeil de la ville de Paris en 1952 ; il est nommé grand officier de la Légion d'honneur en 1958. Il décèdera à l'âge de 88 ans, à l'Institut Pasteur de Paris où, depuis sa retraite, il occupait une modeste chambre. »

⁸¹²Albert Calmette, *Titres de travaux scientifiques d'Albert Calmette (1883-1927)*, sous-direction de l'Institut Pasteur, Imprimerie de la cour d'appel, Paris, 1927, p 23-27.

⁸¹³ *Ibid.*

rage. En 1880, Louis Pasteur choisit d'appliquer la prophylaxie par immunisation, c'est-à-dire la vaccination, à la rage qui affecte non seulement l'homme mais aussi l'animal⁸¹⁴. En 1884, Pasteur, Chamberland et Roux annoncent à l'Académie des sciences la mise au point d'un protocole d'injection d'un virus de la rage atténué qui protège les chiens contre la rage. Sur les traces de Louis Pasteur, Albert Calmette et Camille Guérin œuvrent pendant 13 années avant de mettre au point ce vaccin contre la tuberculose.

« Après beaucoup de tentatives restées vaines nous avons trouvé dans la bile de bœuf glycinée à 5% un milieu qui permet la culture du bacille tuberculeux en modifiant sa virulence. En poursuivant avec persévérance nos cultures successives nous avons pu au bout de 13 années et après 230 passages ininterrompus sur bile, obtenir un bacille parfaitement inoffensif⁸¹⁵. »

Voici donc un bacille de Koch devenu inoffensif et capable de permettre à l'organisme de se défendre contre des attaques d'un BK actif. C'est le principe de la vaccination appliqué à la prophylaxie antituberculeuse. L'expérimentation du vaccin appelé Bilié Guérin Calmette en raison de la culture du BK effectuée dans la bile de bœuf, est pratiquée sur de jeunes bovins puis sur des singes de diverses espèces. Elle montre bientôt que ces bacilles dits B.C.G (Bacilles Calmette et Guérin) absorbés par voies digestives, sous-cutanées ou intraveineuses confèrent aux animaux le même état de résistance vis-à-vis des réinfections que celui que réalise une très légère infection virulente⁸¹⁶.

7.3.2 Les résultats encourageants des premières vaccinations

Le premier essai chez l'enfant est pratiqué avec succès le 18 juillet 1921. Benjamin Weil-Hallé et Raymond Turpin vaccinent un nouveau-né dont la mère est morte de tuberculose quelques heures après l'accouchement et dont la grand-mère est tuberculeuse.

« Il est probable que j'aurais longtemps hésité à réaliser cette expérience qui me tourmentait l'esprit si le docteur Weill-Hallé, médecin des hôpitaux et directeur de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris au courant de nos travaux et confiant en leurs résultats n'était venu m'offrir de la tenter avec l'autorisation des parents sur des enfants hospitalisés dans sa crèche et nés à l'hôpital de la Charité. En 1921 un premier nourrisson fatalement voué à l'infection tuberculeuse en raison de sa cohabitation inévitable avec une grand-mère phtisique ingéra à trois reprises les troisième, cinquième-et-septième jours qui suivirent sa

⁸¹⁴Site Internet de l'Institut Pasteur consulté le 20 juin 2017.

⁸¹⁵Albert Calmette, *Titres de travaux scientifiques d'Albert Calmette (1883-1927)*, op.cit., p 23-27.

⁸¹⁶*Ibid.*

naissance une dose de B.C.G. Aucun incident ne s'en suivit. Cet enfant bien qu'élevé en milieu bacillaire s'est développé normalement⁸¹⁷. »

L'immunité conférée par le B.C.G dure deux ans, tant que l'organisme, semble-t-il, héberge les bacilles biliés vivants, constate Raymond Turpin⁸¹⁸. Une première série de 217 vaccinations est effectuée dans une maternité voisine du service du docteur Weill-Hallé à la Charité. 18 mois plus tard il constate 9 décès sur les 179 enfants contrôlés. 3 décès ne sont pas d'origine tuberculeuse et pour les 6 autres Raymond Turpin écrit :

« En raison des risques encourus par ces nourrissons, si la tuberculose est la cause des 6 autres décès, cette proportion est relativement minime⁸¹⁹. »

La proportion de 6 décès sur 179 vaccinations représente un pourcentage de 3.37 ce qui constitue effectivement un faible taux de mortalité comparé à la mortalité infantile proche de 16% à la même époque⁸²⁰. Puis les docteurs Weill-Hallé et Turpin décident de développer leur étude mais limite les vaccinations à des enfants situés dans le VI^e arrondissement de Paris, afin de mieux réaliser des contrôles les mois suivants. Ainsi, entre 1921 et 1929, 1 467 enfants sont vaccinés. Le taux des décès est de 9.3% : 7% par causes diverses, 2.3% par causes inconnues.

« Donc au pire, la tuberculose n'a déterminé qu'un quart des décès⁸²¹. »

Les dispensaires pratiquent également des vaccinations sur des enfants, comme par exemple au Havre où l'équipe du dispensaire antituberculeux a commencé la vaccination en août 1924. Les six premiers mois un seul enfant est vacciné, il décède de gastro-entérite en août 1925. En 1925, 211 vaccinations sont effectuées : 15 enfants décèdent dans l'année, 2 de rougeoles, 1 de coqueluche, 7 de gastro-entérite, 4 athrepsies et 1 hérédo⁸²². Au total d'août 1924 au 15 mars 1926, 282 vaccinations sont pratiquées au dispensaire du Havre et parmi les enfants qui ont reçu le vaccin, aucun décès par tuberculose n'est enregistré. La durée de prémunition semble alors s'établir autour de trois années⁸²³ chez l'enfant vacciné dès sa naissance conclut le médecin responsable du dispensaire du Havre après cette première série de vaccinations.

Dans son rapport le statisticien du CNDT Marcel Moine, évalue le nombre total des enfants vaccinés en France par le B.C.G à 21 200 entre le 1 juillet 1924 et le premier janvier 1927. Le tableau établi ci-dessus tient compte des renseignements récents à la date du 1 janvier 1927 relatifs aux enfants nés

⁸¹⁷*Ibid.*

⁸¹⁸Raymond Turpin, « Commémoration de la première application humaine du vaccin B.C.G », *Revue de tuberculose et de pneumologie*, Tome 33, n°8, 1969, p.1052.

⁸¹⁹*Ibid.*

⁸²⁰Albert Calmette, *La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G Bacille Calmette Guérin*, Masson et Cie Editeurs, Paris, 1928, p.20.

⁸²¹Raymond Turpin, « Commémoration de la première application humaine du B.C.G », *op.cit.*

⁸²²Tulasne, docteur, Rapporteur général des travaux de l'année 1926, *Recueil des publications de la société havraise d'études*, Imprimerie Michaux Frères, Le Havre, 1926.

Hérédo est une pathologie liée à la syphilis.

⁸²³*Ibid.*

depuis plus d'un an de mères tuberculeuses ou élevés dans un foyer familial certainement contagieux.

Figure 118-Enfants vaccinés par le B.C.G en contact avec des tuberculeux du 1 juillet 1924 au 1 janvier 1927 ⁸²⁴

Classement des contacts	Vaccinés depuis		Décès présumés tuberculeux	Décès par maladies non tuberculeuses		Revaccinations à un an
	1 à 2 ans	2 ans et plus		1 à 2 ans	2 ans et plus	
	Mères tuberculeuses	269	34	2	15	0
Pères tuberculeux	264	24	3	12	0	32
Pères et mères tuberculeux	31	4	0	4	0	6
Collatéraux tuberculeux	82	4	1	3	0	3
Contact de nature non spécifié	236	21	1	38	0	36
Totaux	882	87	7	72	0	100

Cet échantillonnage de population infantile permet de comparer, d'après Marcel Moine, « leur destinée avec celle d'un nombre égal ou plus grand d'enfants nés ou élevés dans les mêmes conditions et non vaccinés⁸²⁵. » Il s'agit bien d'une étude expérimentale effectuée pour rassurer les détracteurs du B.C.G au nombre desquels figurent des médecins convaincus que le bacille de Koch absorbé ou injecté dans les doses vaccinales peut reprendre vigueur et force destructrice dans les organismes des enfants ou des adultes vaccinés et par conséquent redevenir mortel.

L'Institut Pasteur édifie d'immenses laboratoires consacrés à la fabrication du B.C.G et de la tuberculine pour une dépense d'environ 8 millions. 2 millions sont issus de subventions de l'État et un montant de 4 millions de francs est prélevé annuellement sur les crédits budgétaires de la lutte antituberculeuse. Ainsi le vaccin est fourni sans délai et gratuitement aux organismes habilités, à leur demande, comme par exemple les dispensaires antituberculeux.

« En France, le vaccin B.C.G est mis gratuitement par l'Institut Pasteur 25 rue Dutot Paris XV^e à la disposition de toutes les maternités, de tous les dispensaires, de toutes les Œuvres sociales et aussi de celle des médecins et des sages-femmes qui sont d'ailleurs invités, par une circulaire récente du Ministère de l'hygiène à en faire usage.

Dans les autres pays l'Institut Pasteur donne libéralement une culture-semence de B.C.G à tous les laboratoires qui lui sont désignés par les gouvernements, avec cette seule réserve que le vaccin doit être préparé et distribué gratuitement sous le contrôle des services publics d'hygiène⁸²⁶. »

⁸²⁴ *Annales de l'Institut Pasteur année 1928*, p.125.

⁸²⁵ *Ibid.*

⁸²⁶ Albert Calmette, « La tuberculose ne doit plus menacer l'enfant, Appel aux Croix Rouges nationales », *Revue de l'Union des Femmes de France*, 1928/06/A9N5, p.194.

Une notice technique est distribuée en accompagnement des doses du vaccin délivrée par l'Institut Pasteur dont voici une copie⁸²⁷ :

Figure 119- Notice de l'Institut Pasteur

PREVENTION DE LA TUBERCULOSE PAR VACCINATION B C G					
Le tableau ci-contre est la reproduction de la note technique générale de vaccination antituberculeuse adressée aux médecins par l'Institut Pasteur					
(Service de la tuberculose 25 rue Dutot, Paris XV)					
VACCINATION			REVACCINATION		
Age des enfants	Conditions préalables	Mode de vaccination	Age des enfants	Conditions préalables	Mode de vaccination
Nouveau-nés au cours des 10 premiers jours de la vie	Nés viables La naissance avant terme ne constitue pas une contre-indication	Voie Buccale Trois ampoules de BCG à 48 heures d'intervalle	1 an 3 ans 7 ans 15 ans	1- Bon état de santé 2- Déjà vacciné à la naissance	Voie buccale Trois ampoules de BCG identiques à celles utilisées pour les nouveau-nés à 48heures d'intervalle
6 mois à 2 ans	1- Bon état de santé 2- Deux cuti-réactions tuberculiques négatives à 7 jours d'intervalle	Soit Voie buccale Trois ampoules de BCG identiques à celles utilisées pour les nouveau-nés à 48heures d'intervalle Soit sous-cutanée 1CC émulsion spéciale de BCG injecté sous la peau de l'épaule	3 ans 7 ans 15 ans	1- Bon état de santé 2- Déjà vacciné entre 6 mois et 2 ans	Voie buccale de préférence Trois ampoules de BCG identiques à celles utilisées pour les nouveau-nés à 48heures d'intervalle
2 ans et plus	1- Examen clinique et radiologique excluant toute suspicion de tuberculose 2- Deux cuti-réactions tuberculiques négatives à 7 jours d'intervalle	Voie buccale Une seule ampoule de BCG NR Non réagissant	Environ tous les 5 ans jusqu'à l'âge adulte	1- Bon état de santé 2- Déjà vacciné une première fois	Voie buccale Une seule ampoule de BCG NR

Ce tableau indique les conditions de vaccination pour les plus jeunes enfants. La préconisation initiale consiste en des prises par voie buccale de trois ampoules de B.C.G dans les 10 premiers jours de la vie. Les années suivantes aux âges de 1 an, 3 ans, 7 ans et 15 ans, une revaccination est nécessaire dans le même mode que celui utilisé pour la vaccination initiale. Plus la vaccination initiale est effectuée de façon tardive, c'est-à-dire de 6 mois à 2 ans, ou à 2 ans et plus, plus les mesures de précaution pour évaluer la non- contamination tuberculeuse du sujet à protéger sont importantes, puisqu'elles comportent deux cuti-réactions négatives et un examen radiologique. Le cadre vaccinal est donc précis et implique un nombre de doses de B.C.G important à produire et à vendre au profit de l'Institut Pasteur.

Afin de se procurer les chiffres de la mortalité tuberculeuse, Calmette exclut les statistiques hospitalières car elles ne sont, d'après lui, pas utilisables dans la mesure où elles ne portent que sur des malades aux divers âges de la vie et que, en conséquence la mortalité par tuberculose y est beaucoup plus

⁸²⁷Le concours médical 52-30-XII-34 page 3592.

élevée. D'autre part, les statistiques démographiques publiées par les états ne sont pas fiables dans la mesure où la tuberculose ne fait pas l'objet d'une déclaration obligatoire, exception faite des états américains et de la Grande-Bretagne. C'est donc auprès des dispensaires antituberculeux que Calmette trouve des données qu'il exploite.

« Nous n'avons donc pas d'autre ressource que de chercher nous même à nous procurer auprès des dispensaires antituberculeux aujourd'hui nombreux en France et dans beaucoup d'autres pays des renseignements sur le sort des enfants appartenant aux familles surveillées par ces institutions que dirigent en général des médecins spécialistes en phthisiologie, des infirmières visiteuses instruites et dévouées⁸²⁸. »

Une enquête est donc diligentée en 1925, 1926 et 1927 sur la mortalité générale des enfants contrôlés et surveillés et non vaccinés. 204 dispensaires donnent une réponse qui porte sur un nombre total de 4 851 enfants dont 1 989 nés de mères tuberculeuses et 2 865 élevés en milieu bacillaire. Sur les 1 989 enfants en contact tuberculeux, non vaccinés au B.C.G 358 sont morts de maladies présumées tuberculeuses et 125 sont morts de maladies non présumées tuberculeuses avant d'atteindre leur quatrième année, soit une mortalité générale de 24,3% et une mortalité tuberculeuse de 18%. Pour les 2 865 enfants de cette même période observés par les mêmes 204 dispensaires mais élevés en contact tuberculeux et non vaccinés, la mortalité générale est de 18,5% et la mortalité par tuberculose est de 13,8% avant l'âge de 4 ans. Albert Calmette rappelle que la mortalité infantile pour la France entière dans la même période est de 8.3 décès pour 100 enfants nés vivants en 1927⁸²⁹.

Calmette dénombre qu'en 1927, 24% des enfants non vaccinés et vivants en milieu bacillaire meurent de tuberculose alors que le taux est de 1%⁸³⁰ pour les enfants vaccinés vivants dans les mêmes conditions. Le calcul de ce très faible pourcentage est remis en cause par nombre de scientifiques qui s'étonnent qu'Albert Calmette ait utilisé comme base de ce calcul non pas le nombre d'enfants vaccinés, mais le nombre des enfants inscrits pour lesquels une vaccination a été demandée⁸³¹.

La progression du nombre des vaccins prodigués en France métropolitaine entre 1924 et 1931 est importante comme en témoigne les chiffres et le graphique suivants :

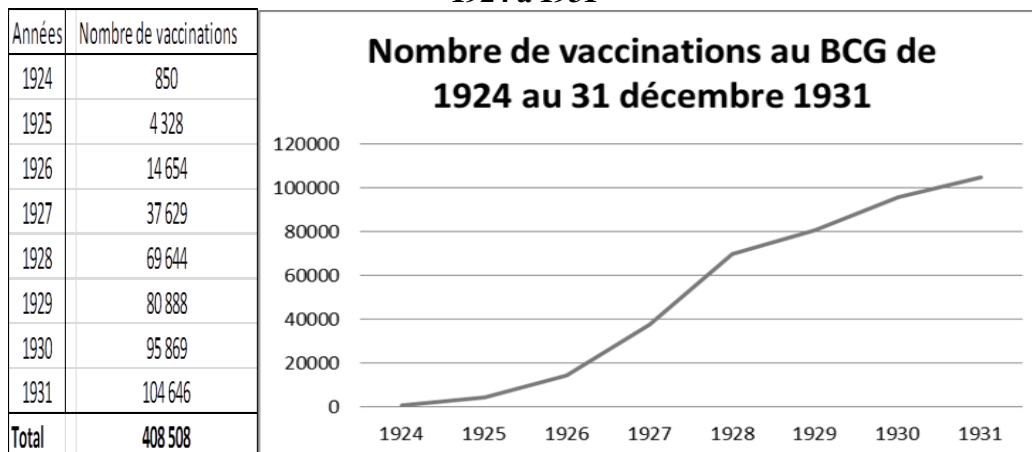
⁸²⁸ Albert Calmette, *La vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G Bacille Calmette Guérin*, *op.cit.*, p.16.

⁸²⁹ *Ibid.*, p.19.

⁸³⁰ *Ibid.*

⁸³¹ <http://www.ipubli.inserm.fr> « Notes sur l'histoire de la vaccination par le B.C.G en France, 1921-1970 », publication de l'Institut National de la santé et de la recherche médicale, directeur de publication Yves Lévy, Président-directeur général de l'Inserm. Consulté en juin 2016.

Figure 120-Nombre de vaccinations en France au B.C.G pour les années allant de 1924 à 1931⁸³²



Le nombre des doses délivrées à raison de trois par vaccination buccale et une par injection dont la pratique est très rare, correspond à un total de vaccinations qui s'élèvent entre le 1 janvier 1924 et le 31 décembre 1931 à 405 446 dont 94 846 en 1930 et 101 646 en 1931⁸³³.

En mai 1930 la vaccination des nouveau-nés de la ville de Lübeck en Allemagne est organisée. Une erreur de manipulation est à l'origine de l'absorption de bacilles humains virulents par 252 bébés. Au troisième décès, la vaccination est interrompue, mais finalement, 76 enfants meurent. En 1931 se tient à Lübeck le procès d'Albert Calmette et de Camille Guérin.

« Le statut épistémologique attribué à la pratique de la vaccination est une des questions clé du procès. Ce statut permet de distinguer un traitement médical habituel dont l'efficacité et l'innocuité sont reconnus scientifiquement mais qui n'a pas encore été utilisé à grande échelle et qui nécessite une information préalable aux médecins et aux patients. Les conclusions du procès éludent ce point pourtant fondamental. La question posée est celle de l'éventuel retour à la virulence du virus du B.C.G ou d'une contamination des cultures ou, troisième possibilité d'une expérimentation intentionnelle. La cour conclut en éliminant la première et la troisième possibilité, à la contamination accidentelle des cultures au moment de la préparation des vaccins dans le laboratoire de Lübeck⁸³⁴. »

A la suite du procès de Lübeck, Calmette et Guérin sont donc totalement innocentés par le verdict, mais Albert Calmette ressort très affaibli de ce drame. Voici les lignes écrites de la main d'Albert Calmette quelques mois avant sa disparition :

« J'ai durement souffert parfois de l'injustice, de la jalousie et de la méchanceté de certains hommes. Les cruautés de la guerre, qui m'ont

⁸³² Archives de l'Institut Pasteur de Paris, Boîte CAL.A1.

⁸³³ George Dequidt, Inspecteur général, La lutte antituberculeuse, ministère de l'Intérieur, Assistance et hygiène, *Rapport présenté par l'inspection générale des services administratifs*, Melun, 1932, p.210.

⁸³⁴ Christian Bonah, Ethique et recherche biomédicale en Allemagne. « Le procès de Lübeck et les Richtlinien de 1931 ». *Journal international de Bioéthique*, 2001/2, vol.12, p.23-29.

atteint dans mes plus chères affections, les premières tentatives de vaccinations des nouveaux nés contre la tuberculose et, dix ans plus tard, l'affreux drame de Lübeck, m'ont infligé des tortures morales dont personne ne peut imaginer l'atrocité⁸³⁵. »

7.3.3 Le B.C.G plébiscité par le gouvernement français

La vaccination au B.C.G est fortement soutenue par le gouvernement. Une circulaire ministérielle datée du 19 avril 1932 relative à la méthode de vaccination préventive de la tuberculose par le B.C.G argumente fermement en faveur de la vaccination par le B.C.G qui a fait l'objet, proclame-t-elle, de nombreux travaux dans « presque tous les pays du monde ». Le ministère de la Santé Publique, par le biais de cette circulaire appelle les préfets à prévenir les médecins et sages-femmes de leur département de la mise à disposition gratuite du vaccin par l'Institut Pasteur de Paris. Les médecins familiarisés avec l'usage des réactions à la tuberculine peuvent aussi recevoir gratuitement de l'Institut Pasteur des doses de B.C.G pour vacciner par voie sous-cutanée les enfants d'âge scolaire et même les adultes qui ne réagissent pas à la tuberculine et qui peuvent être exposés à la contagion tuberculeuse.

« Il est actuellement démontré que partout où la vaccination B.C.G a été mise en pratique la mortalité par tuberculose devient presque nulle et la mortalité générale diminue dans une importante proportion. C'est une double preuve que le vaccin est à la fois *inoffensif et efficace*⁸³⁶. »

Ce plaidoyer en faveur du B.C.G semble surtout vouloir accentuer l'aspect inoffensif du vaccin, ce qui pourrait suggérer un doute sur son efficacité réelle. La fréquence de la vaccination par le BCG en France s'établit comme suit :

« Années	Naissances	Vaccinations B.C.G	% B.C.G/naissances
1925	770 060	4 628	0.56 %
1934	677 365	189 909	28.1 %
1935	640 527	210 668	32.9 %
1936	630 059	194 905	31 % ⁸³⁷ . »

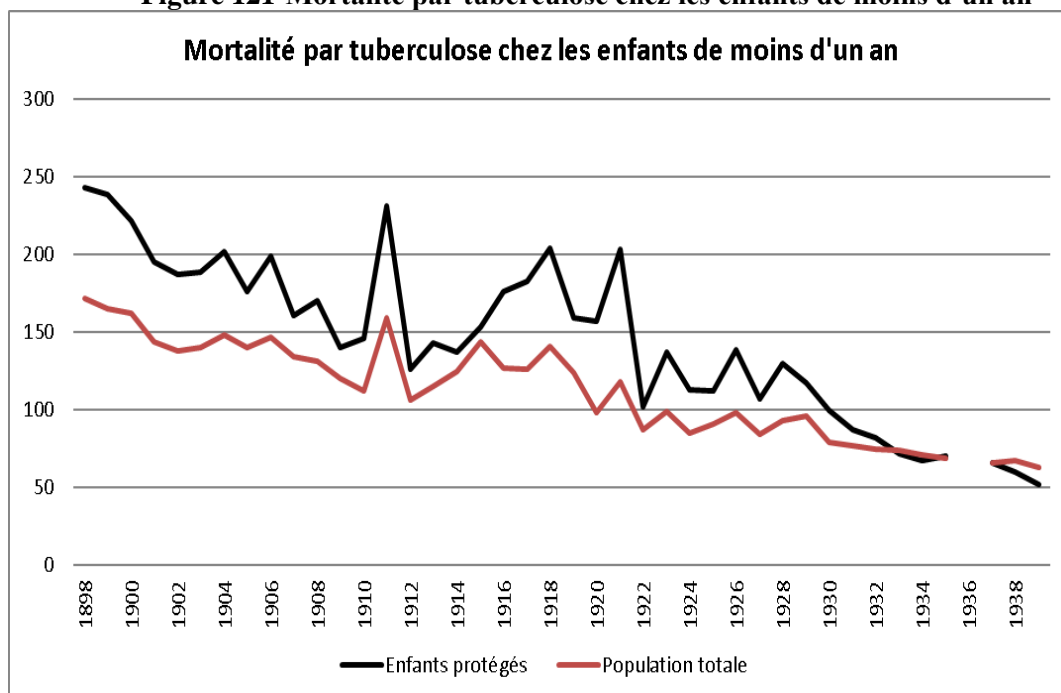
Le nombre des enfants vaccinés ne devient significatif qu'au début des années 1930. Toutefois, en 1936 plus des deux tiers des nourrissons ne reçoivent pas de B.C.G. Cela n'empêche pas le taux de mortalité enregistré au cours de la première année de vie, de baisser régulièrement de 1898 à 1938 avec des pics de hausses enregistrées pour l'année 1910 et de 1914 à 1921, peut-être imputable à la période de guerre.

⁸³⁵Albert Calmette, lettre manuscrite rédigée de la main d'Albert Calmette comportant 28 pages, conservée aux archives de l'Institut Pasteur de Paris, boîte CAL.1. La lettre n'est pas datée mais fait référence à l'année 1932. Calmette décède en 1933.

⁸³⁶ *Bulletin officiel national d'hygiène sociale* 1931, T8-1933 p.235-236.

⁸³⁷Debré et Bernard, 1939, site Internet <http://www.ipubli.inserm.fr>, *Notes sur l'histoire de la vaccination par le B.C.G en France, 1921-1970*, publication de l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (Inserm), directeur de publication Yves Lévy, Président-directeur général de l'Inserm, consulté en juin 2016.

Figure 121-Mortalité par tuberculose chez les enfants de moins d'un an⁸³⁸



La loi Théodore Roussel du 23 décembre 1874 est relative à la protection des enfants de premier âge, de moins de deux ans placés moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents et qui deviennent par ce fait l'objet d'une surveillance de l'autorité publique ayant pour but de protéger leur vie et leur santé. A ce titre, le ministère de l'Intérieur publie chaque année une statistique détaillée de la mortalité des enfants du premier âge protégés par la loi Roussel⁸³⁹.

Les courbes de mortalité présentées ci-dessus, montrent un écart important de la mortalité au cours de la première année de vie chez les enfants protégés par la loi Théodore Roussel par rapport à la mortalité constatée chez les enfants du même âge de la population totale. Cet écart de 80 morts pour l'année 1898, s'amenuise d'année en année et à partir de l'année 1932, les enfants protégés par la loi Roussel, connaissent une mortalité infantile inférieure au taux du reste de la population. Cela laisse supposer que la surveillance médicale s'est accrue à partir de l'année 1932 pour les enfants placés en nourrice par des contrôles médicaux plus fréquents.

Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse sont dotés progressivement des années 1920 au début des années 1930, d'outils performants de détection du BK, comme les laboratoires bactériologiques munis de microscopes de plus en plus perfectionnés. Les dispensaires départementaux appelés dispensaires principaux sont mieux équipés que les dispensaires secondaires installés sur le territoire départemental suivant les infrastructures dessinées à titre expérimental par les membres de la commission Rockefeller dans le département de l'Eure-et-Loir pendant le premier conflit mondial. Les dispensaires principaux sont conçus pour disposer de tous les équipements

⁸³⁸ *Annuaire statistique de la France* 1946 page 54.

⁸³⁹ www.histoire-du-biberon.com site Internet consulté le 18 janvier 2018.

nécessaires à la détection du BK, à savoir d'un laboratoire, d'un appareil de radiologie et des instruments permettant d'effectuer les pneumothorax. La présence d'un médecin compétent dans tous les gestes de manipulations de ces instruments semble évidente.

Les hôpitaux des grandes villes sont équipés généralement d'un appareil de radiologie qui permet de confirmer le diagnostic de la tuberculose. Le B.C.G est administré principalement aux jeunes enfants par le médecin de la famille mais aussi par les médecins des dispensaires devenus de véritables centres de vaccination accessibles aux familles dont les revenus financiers sont modestes voire inexistantes. Les personnels des dispensaires, mieux formés, acquièrent de l'expérience au fur et à mesure des années, formant un groupe médical spécialisé dans la détection et la prévention de cette maladie.

Est-il possible compte tenu des progrès médicaux et techniques réalisés au sein des dispensaires, d'établir une corrélation entre le nombre des dispensaires antituberculeux et la baisse de la mortalité tuberculeuse ?

Que montrent les statistiques établies officiellement chaque année par le ministère du Travail de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociale ?

Chapitre 8

L'activité des dispensaires permet-elle une diminution de la mortalité tuberculeuse ?

Ce chapitre propose une étude de l'évolution de l'activité des dispensaires dans une période qui débute 17 ans après la fin de la Première Guerre mondiale c'est-à-dire à une époque où le nombre des dispensaires antituberculeux augmente régulièrement jusqu'au début du second conflit mondial. Cette question de la mise en parallèle entre l'activité prophylactique et la baisse de la mortalité tuberculeuse semble fondamentale. La possibilité d'une réponse positive quant à la baisse de la mortalité tuberculeuse due à l'activité des dispensaires, permettrait de démontrer l'intérêt et l'efficacité de mesures prophylactiques face aux difficultés de la médecine pour sauver les malades atteints de tuberculose avant la découverte de l'action d'antibiotiques efficaces contre le BK. L'évolution du nombre des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse dans la période de l'entre-deux guerres est-elle significative ? Ce point est développé dans la première partie de ce chapitre suivie d'une analyse des chiffres fournis par l'OPHS (Office Public d'Hygiène Sociale) du département de la Seine entre 1928 et 1938 et qui concernent 40% de la population parisienne.

Une étude de la mortalité tuberculeuse par tranches d'âges et par sexes est effectuée à l'échelle nationale dans la période de 1927 à 1936, puis de 1936 à 1942. Cet approfondissement révèle-t-il des inégalités face à cette maladie ? Permet-il d'établir une corrélation entre l'augmentation de l'activité des dispensaires avec les fluctuations des taux de mortalité tuberculeuse calculées ? Deux sources majeures autorisent une étude statistique de l'activité des unités de l'armement tuberculeux en France et de la mortalité tuberculeuse par année et par tranches d'âges. Le *Journal de la Société Statistique de Paris*, créé en 1885, est considéré comme l'ancêtre de l'INSEE⁸⁴⁰. Les annuaires statistiques de la France⁸⁴¹ constituent une importante base de données dont l'exploitation est facilitée avec l'aide d'outils informatiques tels que le tableur et le grapheur.

⁸⁴⁰Béatrice Touchelay, « La société de statistique de Paris et les fondations de l'expertise du service central de la statistique publique (1936-1975) », *Journ@lElectronique d'Histoire des Probabilités et de la statistique*, Vol 6, n°2, Décembre 2010, consulté en février 2018.

⁸⁴¹Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale
Statistique Générale de la France, année 1927, Vol. 43, Imprimerie Nationale, Paris, 1928, p.36
Statistique Générale de la France, année 1928, Vol. 44, Imprimerie Nationale, Paris, 1929, p.42
Présidence du Conseil, Sous-secrétariat d'Etat de l'Economie Nationale,
Statistique Générale de la France, année 1929, Vol. 45, Imprimerie Nationale, Paris, 1930, p.54
Statistique Générale de la France, année 1930, Vol. 46, Imprimerie Nationale, Paris, 1931, p.57
Statistique Générale de la France, année 1931, Vol. 47, Imprimerie Nationale, Paris, 1932, p.58
Statistique Générale de la France, année 1932, Vol. 48, Imprimerie Nationale, Paris, 1933, p.58
Ministère du travail
Statistique Générale de la France, année 1933, Vol. 49, Imprimerie Nationale, Paris, 1934, p.58
Présidence du Conseil
Statistique Générale de la France, année 1934, Vol. 50, Imprimerie Nationale, Paris, 1935, p.54
Statistique Générale de la France, année 1935, Vol. 51, Imprimerie Nationale, Paris, 1936, p.46
Statistique Générale de la France, année 1936, Vol. 52, Imprimerie Nationale, Paris, 1937, p.46
Ministère de l'Economie Nationale
Statistique Générale de la France, année 1937, Vol.53, Imprimerie Nationale, Paris, 1938

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

L'activité médico-sociale des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse fait l'objet d'une étude qui paraît en 1934 dans le *Journal de la société statistique de Paris*, signée de Marcel Moine statisticien de la *Société Statistique de Paris*. Marcel Moine rappelle en 1932 le rôle que doit tenir le dispensaire au sein de la société.

« C'est un véritable centre d'enquête épidémiologique, pourvu de personnel qualifié et d'outillage technique de premier ordre, tels que radios et laboratoires. On voit, par cet exposé, le rôle important du dispensaire dans la lutte contre la tuberculose⁸⁴². »

Une partie de cette étude est éditée à partir des chiffres publiés par *Le journal de la statistique de Paris* de 1934.

Afin de constater la mortalité tuberculeuse au sein de la population métropolitaine, les données extraites des annuaires statistiques de la France des années 1927 à 1933 incluses ont été relevées puis étudiées. Le choix de ces années est fixé de manière à encadrer la diffusion du vaccin B.C.G qui s'intensifie à partir de l'année 1928. La courbe de la mortalité pour les enfants de 0 à 1 an étudiée précédemment, connaît un fléchissement très net à partir de l'année 1928.

8.1 La couverture prophylactique des dispensaires est-elle satisfaisante ?

Le nombre des dispensaires antituberculeux en service dans la période de l'entre-deux guerres c'est-à-dire de 1920 à 1938 et le rendement de ces établissements ne cessent de progresser comme le démontre les données statistiques établies par le CNDT et par le ministère du Travail et la Société de la Statistique de Paris.

8.1.1 La diffusion des dispensaires antituberculeux entre les deux guerres

Les statistiques établies par *La Société Statistique de Paris* révèlent que l'armement antituberculeux français se compose à la fin de l'année 1933 de :

820 dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse	
154 sanatoriums d'une capacité d'accueil de	20 941 lits
214 préventoriums d'une capacité d'accueil de	20 179 lits ⁸⁴³

Marcel Moine élabore à partir des données fournies par le CNDT, des statistiques concernant le rendement des dispensaires d'hygiène sociale et de

Présidence du Conseil

Statistique Générale de la France, année 1938, Vol.54, Imprimerie Nationale, Paris, 1939

Ministère de l'Economie Nationale et des finances

Statistique Générale de la France, année 1939, Vol. 55, Imprimerie Nationale, Paris, 1941.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Statistique générale de la France, année 1940-1945, Vol.56, Imprimerie Nationale, Paris, 1946.

⁸⁴² Marcel Moine, « Étude internationale de la tuberculose et de sa prophylaxie vue par la statistique », *Journal de la société statistique de Paris*, tome 75, 1934, p.207 à 230.

⁸⁴³ *Ibid.*

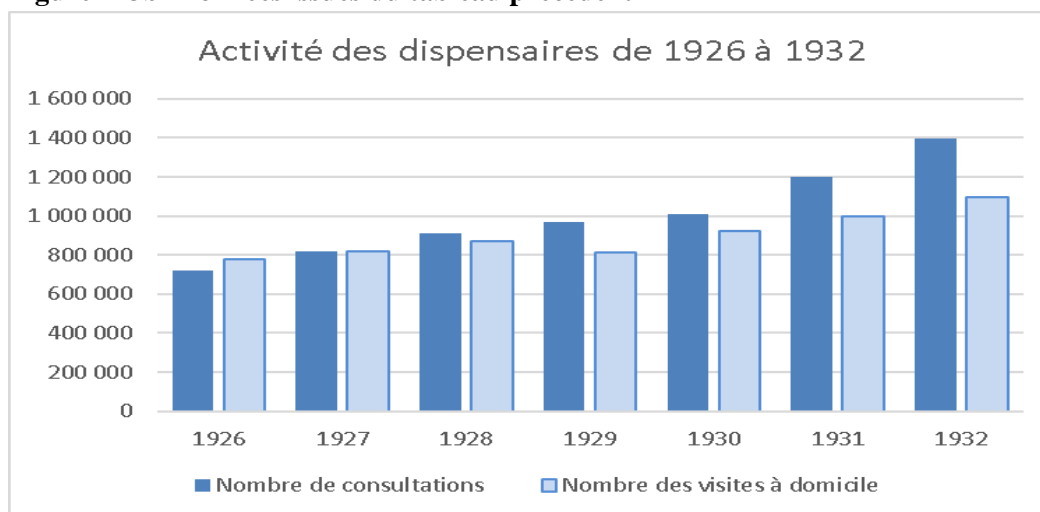
préservation antituberculeuse de 1918 à 1932 présentées dans le tableau ci-dessous :

Figure 123-⁸⁴⁴

Rendement médico-social de l'organisation antituberculeuse enregistré en France depuis 1918												
Années	Consultations	crachats examinés Examens bactériologiques	Nouveaux		Total des suivis dans l'année		Tuberc. restant inscrits au 31/12			Nombre total des tuberculeux au 31/12	Placements effectués	Nombre de visites à domicile
			Consultants	tuberculeux	consultants	tuberculeux	pulmonair. bacillaires	pulmonaires non bacill.	autres tuberculoses			
1918	30 060	7 402	8 276	2 530	9 212	3 034				0		27 053
1919	64 252	9 194	11 878	4 466	29 108	7 833				0		85 284
1920	109 779	18 927	21 599	8 378	34 197	18 279	7 352		1 316	8 668		142 438
1921	168 172	22 828	36 074	13 917	58 730	24 284	12 413		2 382	14 795	3 006	206 496
1922	224 028	32 842	45 642	17 948	83 954	35 802	17 591		3 758	21 349	4 816	290 844
1923	296 078	44 667	61 521	23 939	121 048	50 643	8 618	13 865	7 606	30 089	14 592	354 962
1924	494 278	81 494	107 904	42 561	232 922	102 381	18 060	24 371	19 918	62 349	27 879	556 006
1925	607 816	94 454	127 142	47 921	282 449	123 920	27 978	31 749	27 249	86 976	35 211	643 302
1926	720 590	105 181	151 786	59 785	361 506	162 433	38 276	41 256	35 164	114 696	42 318	777 501
1927	817 468	116 816	169 970	62 825	422 307	186 906	48 968	48 769	43 243	140 980	47 107	819 645
1928	913 930	125 194	187 745	66 630	488 137	211 942	49 616	55 147	50 905	155 668	53 522	872 546
1929	968 288	134 229	194 838	66 422	542 325	229 931	54 302	60 334	56 441	171 077	56 759	815 361
1930	1 006 875	138 738	213 727	70 085	611 815	251 867	58 664	66 391	62 236	187 291	61 107	923 282
1931	1 200 590	144 253	228 859	74 076	680 234	273 367	64 452	72 164	68 498	205 114	64 844	999 108
1932	1 396 926	155 671	248 844	77 379	753 012	296 178	70 225	82 193	76 523	228 941	71 489	1 096 196

De 1926 à 1932, *La Société Statistique de Paris* enregistre le nombre de consultations effectuées au sein des dispensaires et le nombre des visites réalisées par les infirmières visiteuses. Les données relatives aux années comprises entre 1926 et 1932 sont utilisées pour la réalisation du graphe suivant, Précédemment au paragraphe 6.2.4 de ce travail les données des années 1918 à 1926 ont été traitées.

Figure 123b- Données issues du tableau précédent⁸⁴⁵



⁸⁴⁴ *Ibid*

⁸⁴⁵ *Ibid*

Le nombre des visites effectuées à domicile stagne de 1926 à 1929 pour connaître une progression en 1930, 1931 et 1932. Les consultations données aux dispensaires ne cessent de progresser de 1926 à 1932, leur nombre double entre ces deux années. Les patients se rendent plus facilement dans les établissements prophylactiques, mieux identifiés dans la population semble-t-il à l'étude de ces données. Les visites effectuées à domicile augmentent régulièrement mais de manière moins conséquente puisque leur nombre évolue de 41% entre les années 1926 et 1932⁸⁴⁶.

Le graphique suivant représente le nombre des consultants et des tuberculeux qui font l'objet d'un suivi par le dispensaire aussi bien en termes de visites des patients vers le dispensaire que de visites effectuées par les infirmières-visiteuses dans le cadre de leur mission.

Figure 124-

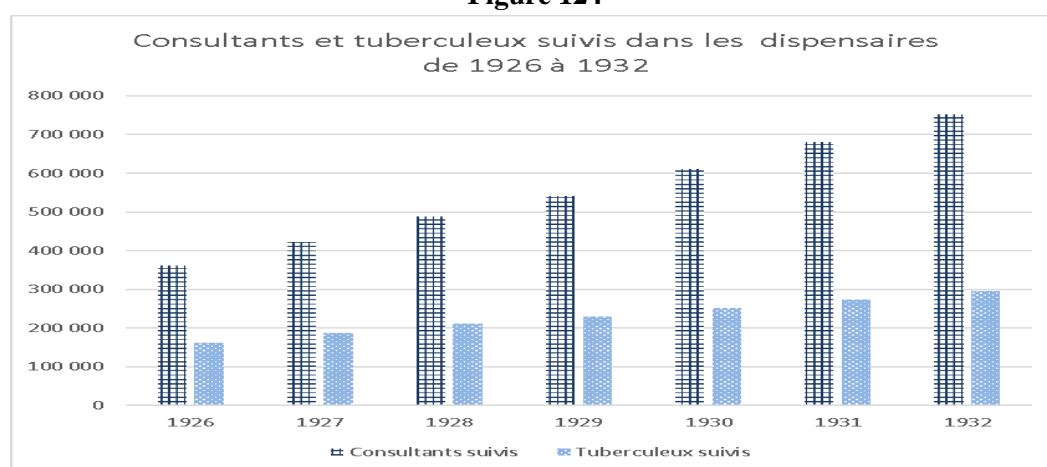
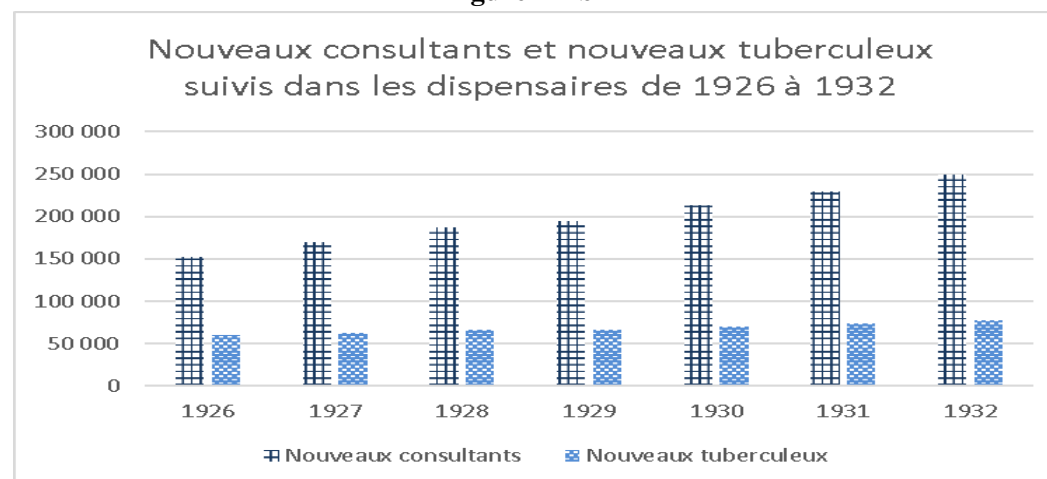


Figure 124b-⁸⁴⁷



Le nombre des consultants suivis dans les dispensaires double entre 1926 (365 502 consultants) et 1932 (753 012 consultants⁸⁴⁸). Le nombre des tuberculeux suivis dans les dispensaires est en augmentation constante, passant

⁸⁴⁶Ce résultat est obtenu en utilisant les données du tableau précédent. Le calcul effectué est le suivant : $100/777501 * 1096196$ soit 140.99.

⁸⁴⁷ *Ibid.*

⁸⁴⁸ *Ibid.*

de 162 433 tuberculeux en 1926 à 296 178 tuberculeux en 1932 soit une progression de 82% en 6 ans. Le nombre total des décès dus à la tuberculose en 1932 est de 58 320⁸⁴⁹ s'éloignant des 150 000 par an déplorés par le professeur Brouardel avant la Première Guerre mondiale. En 1932, 77 379 nouveaux tuberculeux ont été détectés dans l'année par les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, soit près de 20% du nombre total des tuberculeux suivis cette même année 1932 dans l'ensemble des dispensaires. Cette progression montre la place croissante prise par les établissements prophylactiques pendant la période de l'entre-deux-guerres.

Le ministère de la Santé Publique chargé de l'assistance et de l'hygiène, publie en 1932 un rapport présenté par l'Inspection Générale des services administratifs. Le docteur Georges Dequidt⁸⁵⁰ est le rapporteur de la question relative à la lutte antituberculeuse. Georges Dequidt est le chef de service central du contrôle et de l'inspection générale au ministère de l'Hygiène. Ce rapport établit un historique de la création des dispensaires antituberculeux en France et propose une définition de la notion de rendement de la lutte antituberculeuse :

« Le rendement de la lutte antituberculeuse, c'est-à-dire la diminution de la morbidité et de la mortalité tuberculeuse en fonction de l'importance des ressources publiques et privées affectées à cette lutte⁸⁵¹. »

La morbidité est constituée par le nombre des malades dans un groupe donné et pendant un temps donné. Les termes de la définition du rendement de la lutte antituberculeuse proposée par le docteur Dequidt ne peuvent pas être utilisés puisque si les sources nécessaires pour mesurer la baisse de la morbidité tuberculeuse sont disponibles, les chiffres concernant les ressources privées mises à la disposition de cette lutte sont incomplets. En matière de financement public, Dequidt précise que la lutte antituberculeuse est centralisée au ministère de la Santé Publique où l'un des bureaux relevant de la Direction de de l'Hygiène et de l'Assistance est chargé de l'administration de tous les services d'hygiène sociale⁸⁵². Dequidt souligne l'indépendance décisionnelle du Comité Nationale de Défense contre la Tuberculose vis-à-vis du ministère. Les services du CNDT gèrent les statistiques. D'autre part, l'inspection technique et la propagande sont placées sous l'autorité du directeur général du CNDT c'est à dire Léon Bourgeois jusqu'à son décès en 1925, puis d'André Honnorat qui lui succède jusqu'en 1950. Les pouvoirs publics ont favorisé le développement du CNDT par l'octroi des subventions dont les montants sont les suivants :

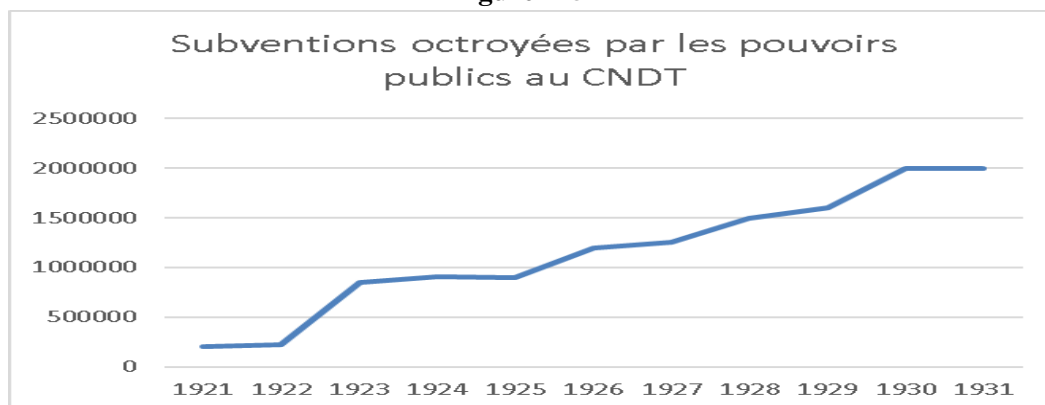
⁸⁴⁹ *Annuaire statistique de la France* année 1934.

⁸⁵⁰ Né le 8 février 1881 et décédé le 3 mai 1945, Georges Dequidt est docteur en médecine depuis 1908. Il a été inspecteur général. Site data.bnf.fr consulté le 16/03/2018.

⁸⁵¹ Georges Dequidt, *Rapport de l'Inspection présentée par l'Inspection Générale des services administratifs*, Assistance et Hygiène, ministère de la Santé, Imprimerie Administrative, Melun, 1932, p. 161.

⁸⁵² *Ibid.*, p.168.

Figure 125-⁸⁵³



De 1921 à 1930 les subventions passent de 200 000 francs à 2 000 000 francs et sont ainsi multipliées par 10. En 1930, les subventions de l'État représentent 75% du budget total du CNDT⁸⁵⁴. Les fluctuations économiques sont notables sur le plan national dans la période de l'entre-deux guerres avec une prospérité dans les années 1920 « qui s'accompagne d'une massification de l'assistance légale⁸⁵⁵. » Cette prospérité économique favorise l'octroi de subventions des pouvoirs publics destinées aux populations vulnérables c'est-à-dire des « personnes dignes d'être aidées⁸⁵⁶. » Les personnes vulnérables relèvent de problématiques sociales et sanitaires qui ciblent notamment les malades les plus pauvres atteints de tuberculose. Cette pathologie est l'objet d'un dispositif important mis en place pour protéger les soldats et leurs familles pendant la Première Guerre mondiale sous l'impulsion de Justin Godart qui devient en 1924 ministre des Affaires Sociales. Justin Godart crée cette même année l'Office National d'hygiène sociale (ONHS) dont le budget est financé pour les trois quarts par la fondation Rockefeller⁸⁵⁷. Cette proportion est tout à fait comparable avec celle du budget de l'organe d'hygiène de la SDN, comme le démontre Iris Borowy⁸⁵⁸. L'ONHS a pour vocation principale la lutte antituberculeuse fondée sur « l'éducation sanitaire et la coordination de l'action des pouvoirs publics et des œuvres privées⁸⁵⁹. »

Le graphique présenté ci-dessus, montre une stagnation à partir de l'année 1930 des subventions publiques octroyées au CNDT. C'est en effet en 1928 et 1930 que la prévention en matière sanitaire adopte une « conception assurantielle⁸⁶⁰ » avec la création de caisses d'assurance maladies⁸⁶¹. Dans les premières années

⁸⁵³ *Ibid.*, p.171.

⁸⁵⁴ *Ibid.*, p.172.

⁸⁵⁵ Axelle Brodiez-Dolino, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRD Editions, 2013.

⁸⁵⁶ *Ibid.*

⁸⁵⁷ Vincent Viet, Jean-François Picard, « Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIX^e siècle à nos jours », <http://histrecmed.fr>, consulté en juin 2019.

⁸⁵⁸ Iris Borowy, « La société des nations, la crise des années 1930 et la santé », *Tribunes de la santé*, 2012/3, n°36.

⁸⁵⁹ Vincent Viet, Jean-François Picard, « Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIX^e siècle à nos jours », *op.cit.*

⁸⁶⁰ *Ibid.*

⁸⁶¹ La loi sur les assurances sociales stipule dans son titre premier que « les assurances sociales couvrent les risques maladie, invalidité prématurée, vieillesse, décès et comportent une participation aux charges de famille et de maternité ». « Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés de l'un ou l'autre des secteurs d'activité ». Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

qui suivent les lois sociales, la maladie représente 9/10^{ème} des prestations sociales et couvre une durée de six mois. Les personnes dépistées tuberculeuses sont malades pour une période beaucoup plus longue que six mois. « En avril 1934, la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de la Seine et de la Seine-et-Oise se résout à prolonger les soins aux « assurés susceptibles de guérison » d'une durée de six mois⁸⁶². »

Figure 126- Dépense moyenne des caisses non agricoles par cotisant. Tableau réalisé d'après les rapports sur l'application de la loi des Assurances sociales ⁸⁶³.

Années	1930-1931	1932	1933	1934	1936
Frais médicaux (consultations, visites)	19,36	22,63	25,93	26,58	25,7
Frais chirurgicaux	4,83	6,51	7,57	9,49	9,1
Frais pharmaceutiques	21,76	27,65	31,73	35,25	37,1
Frais dentaires	2,51	4,32	5,42	6,60	6,7
Frais d'hospitalisation	8,60	17,23	19,53	20,58	18,8
Frais de traitement	0,81	1,77	2,67	2,90	2,6
AMG	0,76	3,72	5,04	6,25	–
Prestations en argent	42,45	55,89	55,07	56,95	–
TOTAUX	101,08	139,72	152,96	164,60	–

Les lois sociales stipulent que « l'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention⁸⁶⁴ », ce qui explique en partie le gel des subventions des pouvoirs publics destinées au CNDT à partir de l'année 1928 dans la mesure où les frais de séjour dans les sanatoriums peuvent être l'objet de prestations sociales. De manière plus générale, les économies budgétaires en matière de dépenses

l'autre sexe dont la rémunération totale annuelle, qu'elle qu'en soit la nature, à l'exclusion des allocations familiales, ne dépasse pas 15 000 frs. »

« Les ressources des assurances sociales sont constituées, en dehors des contributions de l'État, par des versements pour moitié à la charge de l'assuré et retenus lors de sa paye au moins une fois par mois, et pour moitié à la charge de l'employeur. »

Le montant des cotisations s'établit progressivement en fonction du salaire quotidien de base :

6 francs de salaire quotidien impliquent une cotisation salariale mensuelle de 6 francs

12 francs de salaire quotidien impliquent une cotisation salariale mensuelle de 12 francs

18 francs de salaire quotidien impliquent une cotisation salariale mensuelle de 18 francs

24 francs de salaire quotidien impliquent une cotisation salariale mensuelle de 24 francs

36 francs de salaire quotidien impliquent une cotisation salariale mensuelle de 36 francs

La cotisation moyenne annuelle total comprenant la part salariale et la part patronale s'élève à 432 francs.

« L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et spéciale, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais de transport, d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré, son conjoint, leurs enfants à charge non-salariés âgés de moins de seize ans. »

« L'assuré choisit librement son praticien. »

« L'assuré a droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladie ou ayant passé des contrats avec elle. »

Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales, loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril 1930, Etienne Chiron, Editeur, Paris, 1930.

⁸⁶²Michel Dreyfus, Michèle Ruffat, Vincent Viet, *Se protéger, être protégé, Une histoire des assurances sociales en France*, Presse Universitaire de Rennes, 2006.

⁸⁶³*Ibid.*

⁸⁶⁴Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales, loi du 5 avril 1928 modifiée par la loi du 30 avril 1930, *op.cit.*

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

sociales restent l'objectif des politiques publiques sur la période qui d'étend de 1880 à nos jours⁸⁶⁵.

Le rapport du CNDT de 1930 révèle qu'en moyenne un dispensaire protège une population de 58 000 habitants sur le territoire français. Les chiffres proposés en page 253 de ce travail montrent que la moyenne de population protégée par dispensaire en 1926 est de 68 689 personnes. Ce qui confirme la nette progression du nombre des personnes suivies par les dispensaires :

En 1926 on compte 546 dispensaires antituberculeux⁸⁶⁶

En 1930 on compte 665 dispensaires antituberculeux⁸⁶⁷

En 1933 on compte 820 dispensaires antituberculeux⁸⁶⁸

En 1938 on compte 901 dispensaires antituberculeux

Le rendement escompté n'est cependant pas atteint puisque Marcel Moine indique un chiffre de 50 000 personnes maximum suivies par un même dispensaire pour espérer une efficacité optimale. La couverture de la population opérée par les dispensaires évolue de 18.9% entre les années 1926 et 1930.

Le graphique suivant donne une image très positive de la régression de la mortalité tuberculeuse en France des années 1930 à 1936. Une diminution régulière est notable d'une année sur l'autre aussi bien dans la population masculine que dans la population féminine globalement moins touchée.

Les femmes ont bénéficié des progrès de la médecine en ce qui concerne la mortalité au moment des accouchements pendant lesquels les fièvres puerpérales constituent un facteur important de mortalité à la fin du XIX^e siècle. Louis Pasteur dans les années 1880, « montre aux médecins l'importance vitale des pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation⁸⁶⁹ » évitant aux médecins de propager les microbes responsables de fièvres puerpérales très contagieuses d'une accouchée à une autre. Entre les années 1920 et 1940, les naissances se multiplient en milieu médicalisé. En 1939 67.8% des naissances ont lieu à l'hôpital, 7.7% à domicile et 24.3% chez une sage-femme⁸⁷⁰. Parallèlement, les années 1920-1930 voient la promulgation de lois natalistes visant à contrer la dépopulation constatée depuis les années 1880. Sur l'exemple de l'Alsace et de la Lorraine qui bénéficient de la législation allemande dont Bismarck a doté son pays, une loi sur l'assurance maternité permet la prise en charge forfaitaire des frais médicaux et pharmaceutiques ainsi que le paiement partiel des frais de séjour à la maternité. Les femmes salariées

⁸⁶⁵Christophe Capuano, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Presses de sciences po, 2018. Dans son ouvrage, Christophe Capuano souligne l'intérêt en termes d'économies budgétaires, de favoriser le maintien à domicile des populations en perte d'autonomie « solution moins coûteuse que la prise en charge dans des établissements spécialisés. » Cette logique développée pour les personnes âgées peut être mise en parallèle avec la gestion des tuberculeux mise en place avec l'installation des dispensaires chargés d'évaluer la gravité de l'état des malades et de les diriger en cas de diagnostic optimiste, c'est-à-dire de possible guérison, vers des sanatoriums.

⁸⁶⁶Rapport CNDT de 1926, *op.cit.*

⁸⁶⁷Marcel Moine, « L'hygiène sociale en France », in *Journal de la société statistique de Paris*, tome 71, 1930, p. 290.

⁸⁶⁸Marcel Moine, « Etude internationale de la tuberculose et de sa prophylaxie vue par la statistique », *Journal de la société statistique de Paris*, tome 75, 1934, p. 218.

⁸⁶⁹Marie-France Morel, « Histoire de la naissance en France (XVIII^e-XX^e siècle) », *actualité et dossier de santé publique (adsp)* n°61/62, décembre 2007-mars 2008.

⁸⁷⁰*Ibid.*

perçoivent pendant douze semaines une indemnité pour perte de salaire⁸⁷¹. Ces mesures assurent un repos salvateur aux femmes qui, en meilleure condition physique sont moins vulnérables face aux maladies infectieuses telles que la tuberculose.

Figure 127-⁸⁷²

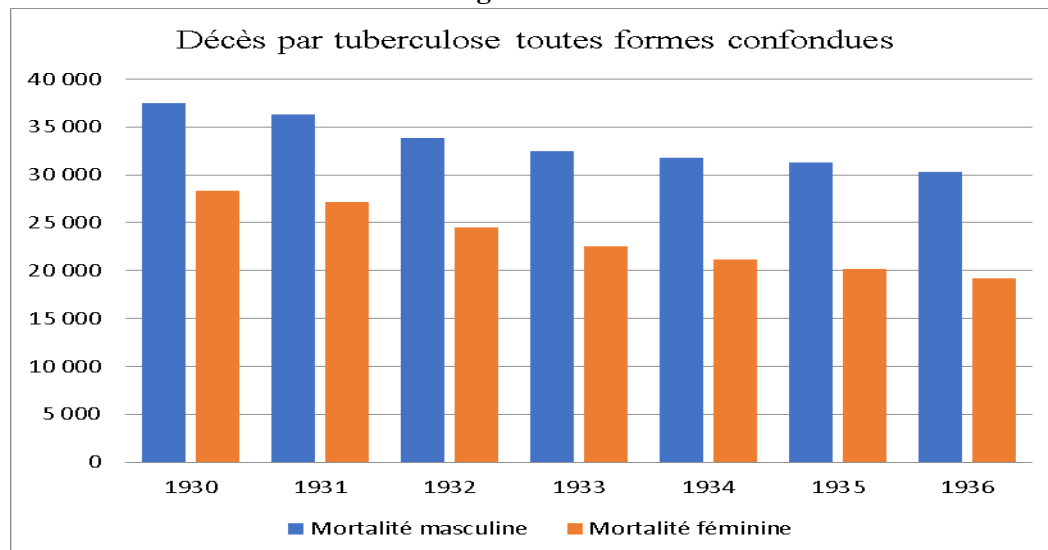
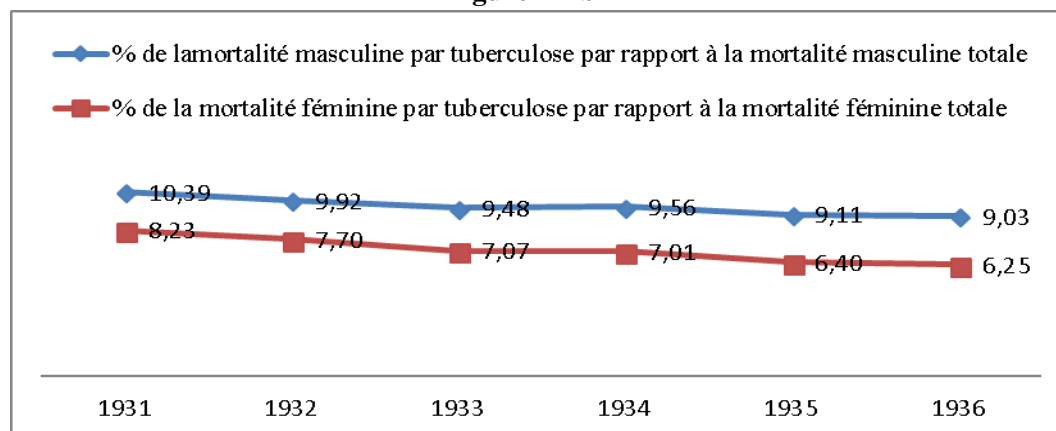


Figure 127b-⁸⁷³



Ces courbes permettent de constater que la mortalité par tuberculose ramenée en pourcentage de la mortalité totale, pour les hommes et pour les femmes est en constante diminution dans la période qui débute en 1931 jusqu'en 1936. Cette diminution est de 1.98 % pour les femmes et de 1.36 % pour les hommes.

La progression des actions menées dans le cadre de la lutte antituberculeuse a-t-elle engendré une baisse de la mortalité ? Peut-on mesurer ces résultats avec la certitude de pouvoir les attribuer aux bénéfices des actions de l'armement antituberculeux mises en place depuis le début du XX^e siècle ?

⁸⁷¹ Anne Cova, « Généalogie d'une conquête : maternité et droits des femmes en France fin XIX^e-XX^e siècles », *Travail, Genre et Sociétés* n°3, Mars 2000.

⁸⁷² *Annuaire statistique de la France 1939*, Imprimerie nationale, 1941, tableau Vb, p.38*.

⁸⁷³ *Ibid.*

8.1.2 L'activité des dispensaires de OPHS du département de la Seine entre 1928 et 1938.

L'Office Public d'Hygiène Sociale est créé au lendemain de la Première Guerre mondiale, en 1919 et a pour mission notamment de coordonner les actions prophylactiques menées contre la tuberculose. L'OPHS organise la création de dispensaires dans le département de la Seine.

Figure 128-Consultation dans un dispensaire d'hygiène sociale de l'OPHS de la Seine en 1936⁸⁷⁴



Cette photographie illustre l'atmosphère d'une consultation dans un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dans les années 1930. L'infirmière-visiteuse prend des notes sur la fiche du patient, sous la dictée du médecin du dispensaire muni d'un stéthoscope. Un appareil pour effectuer des pneumothorax est situé derrière l'infirmière-visiteuse. Une radiographie pulmonaire est également visible sur ce cliché.

Une étude signée de R. Malthète et M. Moine⁸⁷⁵ est réalisée sur plus de 6 000 tuberculeux pulmonaires suivis par douze dispensaires de l'OPHS répartis dans huit arrondissements de Paris représentant 40% de la population parisienne. Les arrondissements concernés sont les III^e, V^e, IX^e, X^e, XI^e, XIII^e, XV^e et XIX^e. Ces arrondissements sont peuplés d'ouvriers, d'artisans, de commerçants. C'est une population globalement pauvre, mal logée, précisent les auteurs, et qui a bénéficié de toutes les mesures de la lutte antituberculeuse mise en place depuis les années 1900, notamment de dispensaires d'hygiène sociale et de prévention

⁸⁷⁴ « La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne », *L'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine*, Edition de l'O.P.H.S., 9 place de l'Hôtel de Ville, Paris, 1937.

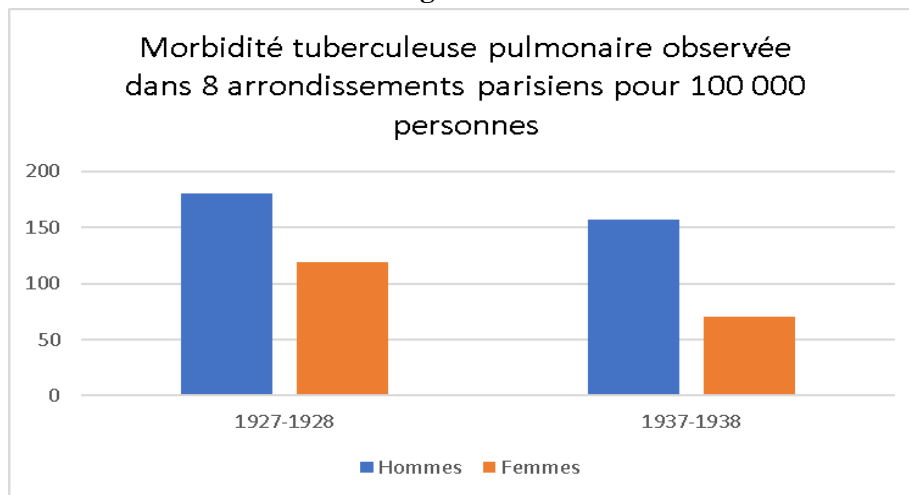
Archives de l'Institut Pasteur de Paris, boîte Seine O.P.H.S, direction de l'hygiène, documentation.

⁸⁷⁵ R. Malthète et M. Moine, « Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie », *La Presse médicale*, *op.cit.*

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

antituberculeuse. Les chiffres montrent une baisse de la morbidité de 12,8% chez les hommes et de 41,2% chez les femmes comme le traduit le graphique suivant :

Figure 129-



Les auteurs de l'article précisent que l'indice de morbidité est le nombre de tuberculeux pulmonaires bacillifères vus pour la première fois par un dispensaire de l'OPHS, rapporté à 100 000 habitants d'âge et de sexe correspondant⁸⁷⁶. Cette baisse de la morbidité est due soulignent R. Malthète et M. Moine, à l'amélioration du dépistage dans les dispensaires. En effet, le nombre et la précocité des visites dans les établissements prophylactiques n'ont pas cessé d'augmenter. Les chiffres suivants sont éloquentes :

- les consultations de médecine passent de 107 825 à 122 375 (+13,5%)
- les examens radioscopiques passent de 34 051 à 72 214 (+112%)
- les examens bactériologiques passent de 29 823 à 31 578 (+ 6%)
- les visites passent de 110 159 à 126 213⁸⁷⁷ (+14,6%)

L'augmentation des examens radiologiques est la plus spectaculaire puisque le chiffre entre 1928 et 1938 fait plus que doubler. La radiographie est un moyen efficace de détection de la tuberculose pulmonaire, forme la plus meurtrière de cette maladie. Toutefois, les examens radiologiques se sont diffusés lentement au cours du XX^e siècle rendant difficile la distinction entre une infection due au bacille de Koch et une pneumopathie due à la silicose⁸⁷⁸ dont souffre de nombreux ouvriers que leurs conditions de travail exposent à des poussières comme par exemple les mineurs qui extraient du charbon dans des puits sous terrains. D'autre part le nombre des médecins parisiens augmente de 7%. 4 619 en 1928 et 4 938 praticiens sont dénombrés en 1936. Les médecins parisiens semblent collaborer à l'action de l'OPHS et entretiennent des relations constantes avec le CNDT.

⁸⁷⁶ *Ibid.*

⁸⁷⁷ *Ibid.*

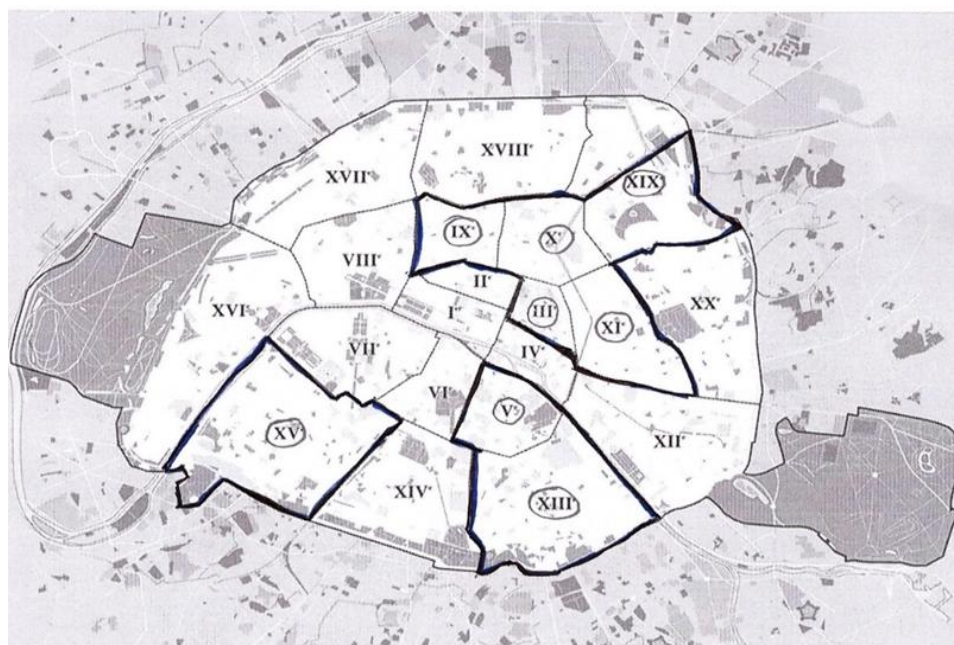
⁸⁷⁸ Paul-André Rosental, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », *Revue française des affaires sociales*, *op.cit.*

« Sur 100 nouveaux (tuberculeux) inscrits (dans les dispensaires), 24 étaient adressés par des médecins en 1928, en 1937 ceux-ci en envoyaient 53⁸⁷⁹. »

Ces dernières données méritent d'être soulignées et vérifiées, car la réussite de la politique prophylactique menée en France depuis 1900 ne peut être complète qu'avec le concours des médecins libéraux.

Les baisses de mortalité connaissent des différences notables en fonction des arrondissements étudiés. La carte des arrondissements parisiens présentée ci-dessous montre les zones dessinées par les 8 arrondissements concernés par l'enquête de Malthète et Moine. Ces arrondissements ont été matérialisés par une bordure plus foncée.

Carte 11- Carte des huit arrondissements parisiens choisis pour illustrer les travaux de Malthète et Moine en 1941.



Trois arrondissements sont situés à la périphérie de Paris, les XIX^e, XIII^e et XV^e. Ces arrondissements présentent des niveaux de confort situés très en dessous de la moyenne des logements parisiens dans lesquels habitent des familles populaires souvent nombreuses et qui vivent dans des espaces réduits⁸⁸⁰.

A Paris le recensement de 1954 « est le premier à donner une vision globale de la situation du logement, 1.2 million de logements de la capitale n'ont pas de WC intérieurs et moins d'un logement sur cinq dispose d'une baignoire ou d'une douche⁸⁸¹. » Les logements qui possèdent un bon niveau de confort (WC intérieurs, baignoire ou douche, téléphone) sont en général plus vastes que la moyenne et signent le niveau social de ses occupants.

Deux parisiens sur trois vivent dans des logements dont le confort est médiocre. C'est le Paris populaire des II^e, III^e, IV^e, X^e, XI^e, XVIII^e, XIX^e et XX^e

⁸⁷⁹ R. Malthète et M. Moine, « Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie », *La Presse médicale*, *op.cit.*

⁸⁸⁰ Jean-Luc Pinol, Maurice Garden, *Atlas des parisiens de la Révolution à nos jours*, Parigramme, 2009, p.102.

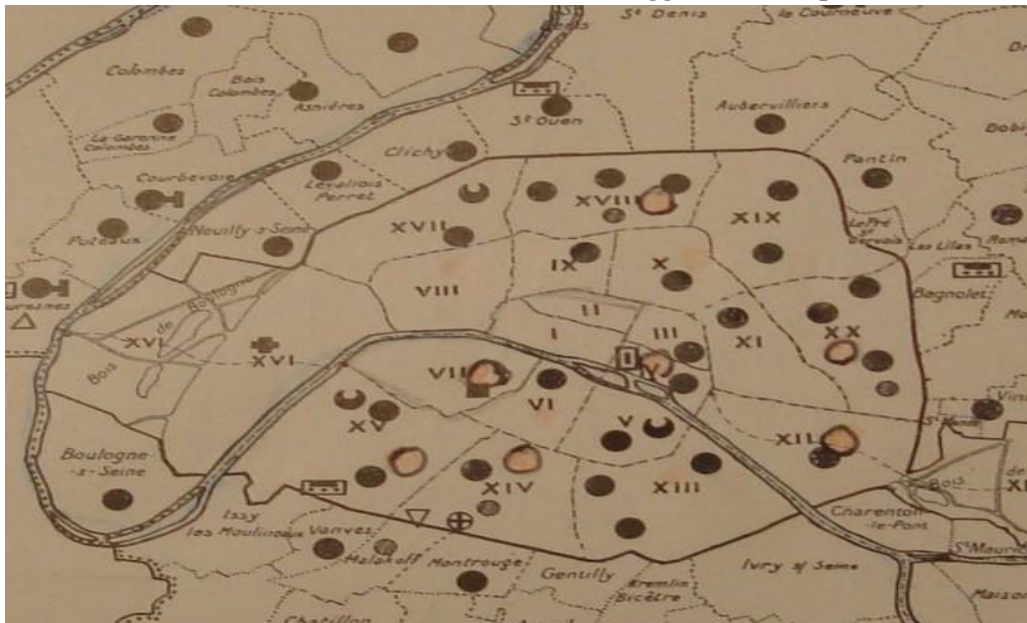
⁸⁸¹ *Ibid.*, p.105-107.

arrondissements soit la tranche est de Paris, à laquelle s'ajoute des logements dont le confort et la taille sont inférieurs à la moyenne dans les XV^e et une partie du XVII^e arrondissements.

Un parisien sur dix habite dans les XVI^e et XVII^e arrondissements dont les logements ont un niveau de confort supérieur à la moyenne. Enfin 6% des parisiens résident dans des logements qui cumulent espaces et confort, dans les XVI^e, XVII^e et VIII^e arrondissements⁸⁸².

L'analyse de Malthète et Moine porte donc sur 8 arrondissements dans lesquels vit une population moins favorisée constituée d'ouvriers, de manœuvres et de petits commerçants. La carte de Paris présentée ci-après est produite par l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine dans les années 1930. Sur cette carte sont matérialisés les dispensaires d'hygiène et social et de prévention antituberculeuse existants et les établissements en projet en 1935.

Carte 12-La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne.⁸⁸³



Les points colorés en noir représentent les dispensaires existants en 1936, les points entourés de noir et blanc à l'intérieur, représentent l'endroit de dispensaires en projet. Le XIII^e arrondissement compte 3 dispensaires, le XIX^e arrondissement compte 2 dispensaires, les IX^e et X^e arrondissements comptent chacun 1 dispensaire.

Cette carte montre que si 25 dispensaires sont effectivement en fonction dans Paris intra-muros en 1935, des dispensaires sont signalés dans les communes du département de la Seine évitant une fréquentation surélevée des dispensaires parisiens due à la venue de patients résidents dans les communes voisines⁸⁸⁴. A ce titre, le dispensaire de Maisons-Alfort ouvre en 1924 et couvre les communes

⁸⁸² *Ibid.*

⁸⁸³ « La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne », *L'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine, op.cit.*

⁸⁸⁴ Claire Barillé, « Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIX^e siècle », *Revue d'histoire de la protection sociale* n°4, 2011/1. Claire Barillé note dans son article une « surreprésentation des habitants de la Seine hors Paris » dans les hôpitaux parisiens Lariboisière et Tenon entre les années 1881 et 1901.

de Maisons-Alfort, Alfortville, Charenton Saint-Maurice, Créteil et Bonneuil. Avant l'ouverture de cet établissement, ces communes sont rattachées au dispensaire du XII^e arrondissement de Paris⁸⁸⁵.

Figure 130- Liste des dispensaires de l'OPHS du département de la Seine publiée en 1937⁸⁸⁶.

Arrondissements	Adresse	Médecins	Circonscription
1er	Desservis par le dispensaire Léon-Bourgeois dépendant de l'Assistance Publique. Service social assuré par l'OPHS de la Seine 65 rue Vanneau 3 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Baron Assistant : Docteur Triboulet	Tout l'arrondissement
2ème			Tout l'arrondissement
3ème	5 et 7 rue de Saintonge 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Boueille Assistant : Docteur Savatier	Tout l'arrondissement
4ème	9 ter rue de Jouy 3 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Nicaud Assistant : Docteur X	Tout l'arrondissement
5ème	25 rue Monge 5 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Janin Assistant : Docteur Donato	Tout l'arrondissement
6ème	40 rue Saint-André-des-Arts 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Vitry Assistant : Docteur X	Tout l'arrondissement
7ème	65 rue Vanneau, service social assuré par l'OPHS au dispensaire Léon-Bourgeois, dépendant de l'Assistance Publique 2 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur X	Tout l'arrondissement
8ème	Rattaché au dispensaire 54 bis rue Boursault 17 ^{ème} arrondissement 1 infirmière-visiteuse	Chef : Docteur Stévenin Assistant : docteur Jacquot	Tout l'arrondissement
9ème	40 rue Milton 3 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur X Assistant : Docteur Oguse	Tout l'arrondissement
10ème	35 rue Bichat 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Strauss Assistant : Docteur Anchel	Tout l'arrondissement
11ème	3 rue Omer-Talon 7 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur X Assistants : Docteurs Guillaume et Scherrer	Tout l'arrondissement
12ème	21 rue de Lamblardie 6 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Imhoff Assistants : Docteurs Lazard et Lambert 6 infirmières-visiteuses	Tout l'arrondissement

⁸⁸⁵Archives départementales de Paris, 109w55, « Dispensaire de Maisons-Alfort », Montaine Michon, Mémoire de master 1 Histoire des sociétés occidentales contemporaines, *La place des dispensaires d'hygiène sociale dans la lutte antituberculeuse du département de la Seine dans les années 1920*, sous la direction de Judith Rainhorn, p.54.

⁸⁸⁶« La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne », *L'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine*, op.cit.

13ème	Dispensaire Albert-Calmette 22 rue de la Glacière 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Jacquot Assistant : Docteur X	Quartiers Croulebarbe et Maison-Blanche, moins la partie comprise entre la rue de Tolbiac, l'avenue de Choisy et la rue de l'Amiral Mouchez.
	Dispensaire Franco-Britannique 76 rue de la Colonie 6 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Jacquot Assistants : Docteurs Martin, Lambert, Donato et Chapelain	Partie limitée par les rues de Tolbiac, Nationale, Amiral- Mouchez et l'enceinte de Paris Bicêtre, Villejuif, Ivry
	Dispensaire Edith-Wharthon 140 Boulevard de la Gare 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Jacquot Assistant : Docteur Donato	Quartiers Salpêtrière et Gare, moins la partie comprise entre les rues Tolbiac, Nationale et l'avenue Choisy.
14ème	23 rue Guillemillot 5 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Leicknam Assistants : Docteurs Bino, Planet-Renard	Tout l'arrondissement
15ème	12 rue Tiphaine 6 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur X Assistants : Docteurs Sarka et Percheron	Quartiers Necker et Grenelle
	61 rue Vasco-de-Gama 6 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Braun Assistants : Docteurs Bino et Guyonnaud	Quartiers Saint- Lambert et Javel
16ème	Dispensaire de la Société de Secours aux blessés militaires 29 rue Singer	Chef : Docteur Jacques Destouches	Tout l'arrondissement
17ème	Dispensaire Lalance-Séailles 54 bis rue Boursault 5 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Stévenin Assistants : Docteurs Weismann et Jacquot	Tout l'arrondissement
18ème	228 rue Marcadet 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur Laufer Assistant : Docteur X	Quartier des Grandes- Carrières
	4 rue Duc 4 infirmières-visiteuses	Chef : Docteurs Astruc Assistants : Docteurs Tissier, Joffé et Scherrer	Quartier Clignancourt, sauf partie limitée par les boulevards Ney, Ornano, Barbés et rue des poissonniers
	44 rue du Simplon 3 infirmières-visiteuses	Chef : Percheron Assistant : Docteur Besson de Lapparent	Quartiers Goutte-d'Or et Chapelle, plus la partie du quartier Clignancourt limitée par les rues indiquées.

19ème	Dispensaire Rockefeller 10 rue Léon-Giraud 7 infirmières-visiteuses 54 avenue Secrétan 3 infirmières-visiteuses	Chef : Docteurs Rolland Assistants : Sthul et Planet-Renard Chef : Docteur Oberlin Assistant : Docteur X	Quartiers Vilette, Pont de Flandre et Amérique Quartier Combat
20ème	78 avenue Gambetta 4 infirmières-visiteuses 27 rue Frédérick-Lemaître 4 infirmières-visiteuses Dispensaire Jouye-Rouvé-Taniès 190 rue des Pyrénées 3 infirmières-visiteuses	Chef : Docteur X Assistants : Docteurs Camus et Besson de Lapparent Chef : Docteur Breteille Assistant : Docteur Desfarges Chef : Docteur Petit	Partie limitée au nord par les rues Ménilmontant et Saint Fargeau, au sud par l'avenue Gambetta et la rue Belgrand. Bagnolet, Les Lilas Partie située au nord des rues Ménilmontant et St-Fargeau Partie située au sud de l'avenue Gambetta et rue Belgrand

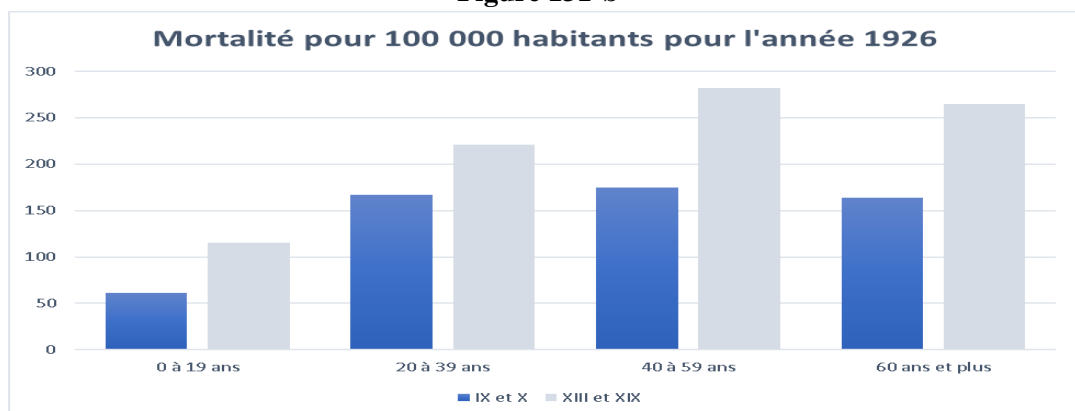
Les arrondissements colorés correspondent à ceux sélectionnés par le CNDT pour effectuer son enquête sur 6 000 tuberculeux pour les années 1926 et 1936. Les données suivantes sont extraites des tableaux proposés dans l'article de Malthète et Moine.

Figure 131-⁸⁸⁷

Pour 100 000 habitants décès par tuberculose pulmonaire					
IXe et Xe arrondissements			XIIIe et XIXe arrondissements		
Age	1926	1936	Age	1926	1936
0 à 19 ans	61,5	37,9	0 à 19 ans	115	43,5
20 à 39 ans	167	130	20 à 39 ans	221	181
40 à 59 ans	175	160	40 à 59 ans	282	276
60 ans et plus	164	162	60 ans et plu	265	196

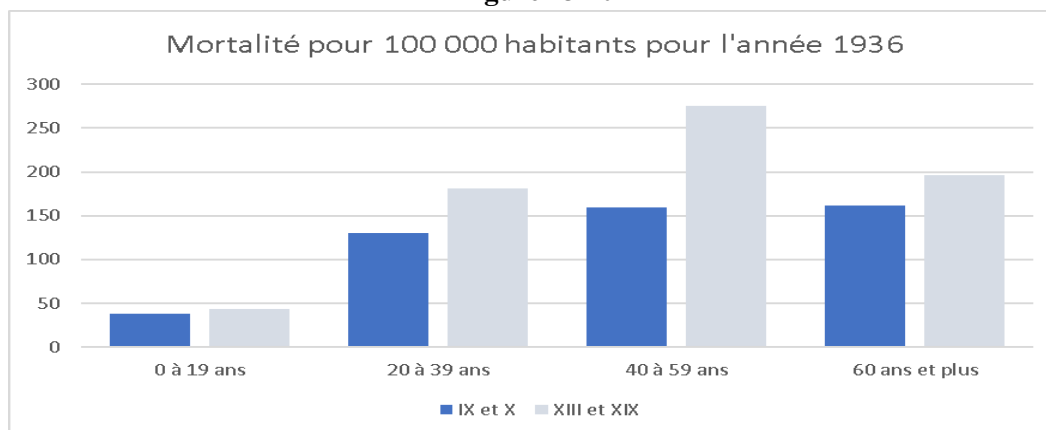
Voici une représentation graphique de ces données

Figure 131-b



⁸⁸⁷R. Malthète et M. Moine, « Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie », *La Presse médicale, op.cit.*, p.602.

Figure 131-t



Une baisse très nette de la mortalité tuberculeuse dans les XIII^e et XIX^e arrondissements pour les tranches d'âges de 0 à 19 ans et de 60 ans et plus est remarquable à la lecture de ces diagrammes. Dans les IX^e et X^e arrondissements, les chiffres sont relativement stables entre les années 1926 et 1936, avec une baisse plus importante constatée dans les tranches d'âges des personnes les plus jeunes, âgées de 0 à 39 ans.

Pour toutes les tranches d'âges étudiées, la mortalité tuberculeuse est plus importante dans les arrondissements qui accueillent une population moins aisée.

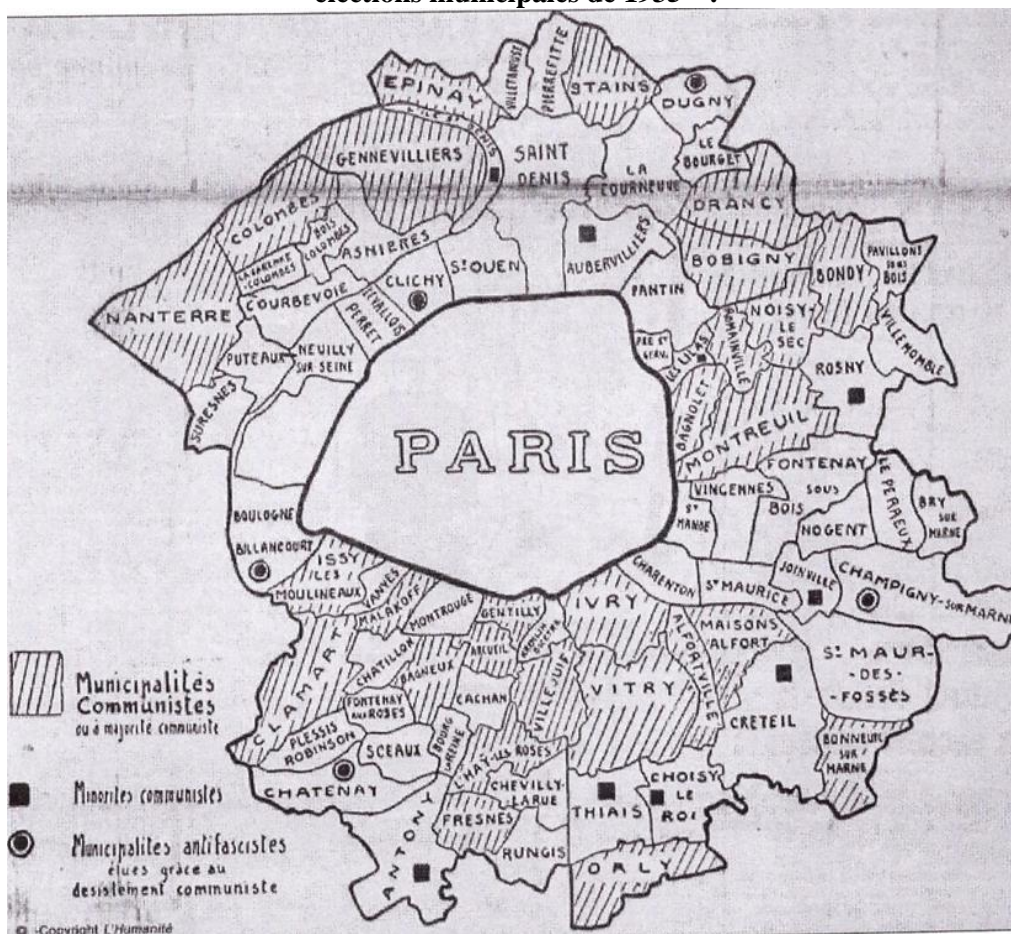
Le département de la Seine compte depuis 1790 outre Paris, des villes dont un grand nombre devient des municipalités communistes au lendemain des élections municipales de 1935. Les raisons du résultat de ces élections tiennent en grande partie dans le constat effectué dès 1920 par Henri Sellier.

« Dans le département de la Seine, le commerce, l'industrie la richesse de l'agglomération tout entière, sont groupés à l'intérieur des fortifications. La population ouvrière, au contraire, est rejetée vers la périphérie. Plus on s'éloigne du centre de Paris et, pour la banlieue plus on s'éloigne des fortifications, plus la population des communes devient pauvre et misérable. Par exception, par-ci par-là, dans telle partie de la banlieue, particulièrement agréable à résidence, pour des raisons d'ordre historique, se constituent des cités de résidence bourgeoise ou aristocratique. Mais dans l'ensemble, les communes de banlieue sont chaque jour plus pénétrées des éléments ouvriers⁸⁸⁸. »

Ci-dessous, cet extrait du journal *L'humanité* daté du 14 mai 1935 indique sur une carte de la banlieue parisienne du département de la Seine les villes communistes après les élections de 1935.

⁸⁸⁸« Henri Sellier, Les banlieues urbaines et la réorganisation administrative du département de la Seine », *Les documents du socialisme, Marcel Rivière, 1920, Jean-Luc Pinol, Maurice Garde, Atlas des Parisiens, op.cit.*, p.116. « Les murailles successives qui entourent Paris commencent réellement avec Philippe Auguste et ne se terminent qu'avec le démantèlement de l'enceinte de Thiers après la Première Guerre mondiale. » p.15.

Carte 13- Carte extraite du journal l'Humanité du 14 mai 1935 au lendemain des élections municipales de 1935⁸⁸⁹.



« Dans la Seine, où nous avons avant les élections 9 municipalités, nous sommes actuellement à la tête de 27, comptant 718 000 habitants. Les socialistes ont 9 mairies (234 000 habitants, les pupistes et le groupe de Saint-Denis, 5 (206 000), les néo-socialistes, 5 (153 000). Les partis réactionnaires et fascistes en recul très sérieux, ne conservent que 35 municipalités (749 000 habitants) contre 52⁸⁹⁰. »

Deux constatations s'imposent. Les dispensaires antituberculeux sont installés dans les villes de la Seine, quelque-soit le parti politique à la tête de la municipalité en 1935, puisque comme l'énonce l'article du journal *L'Humanité* du 14 mai 1935, 35 municipalités du département de la Seine ne sont pas dirigées par une maire du front de gauche. Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse fonctionnent et couvrent l'intégralité des villes du département de la Seine depuis le début des années 1920, comme le précise le tableau suivant.

⁸⁸⁹Site Internet Gallica « Les pupistes sont les membres du Parti d'Unité Populaire, formés par des dissidents du parti communiste. »

⁸⁹⁰ *Ibid.*

Figure 132- Liste des dispensaires de l'OPHS dans les municipalités du département de la Seine autour de Paris en 1935⁸⁹¹.

Asnières 3 infirmières-visiteuses	rue de la Sablière	Médecin chef : Dr Lebar	Partie située à l'ouest de la rue Duchesnay et de l'avenue d'Argenteuil Bois Colombes
Aubervilliers 5 infirmières-visiteuses	1 rue Sadi-Carnot	Médecin chef : Dr Doucet Assistant : Dr Hirschberg	Aubervilliers, Le Bourget Dugny
Boulogne-Billancourt 5 infirmières-visiteuses	13 rue Rieux	Méd. chef : Dr Bezançon Assistant : Dr J. Michaux	Boulogne-Billancourt
Bourg La Reine 4 infirmières-visiteuses	25 rue de Bièvre	Assistant : Dr Joffré	Antony, Bourg la Reine, Chevilly-la Rue, Fresnes, L'Hay les Roses, Plessis Robinson, Rungis, Sceaux
Champigny 3 infirmières-visiteuses	54 rue Jean Jaurès	Médecin-chef : Dr X	Bry sur Marne, Champigny, Joinville le Pont, Nogent sur Marne, Le Perreux, St-Maur
Choisy-Le-Roi 3 infirmières-visiteuses	72 av.de Paris	Médecin Chef : X Assistant : Dr Joffré	Choisy-le-Roi, Orly, Thiais
Clichy 3 infirmières-visiteuses	1 rue Fanny	Médecin Chef : Dr Lasnier Assistant : Dr Scherrer	Clichy
Colombes 3 infirmières-visiteuses	3 rue de Verdun	Médecin chef : X Assistant : Dr Lefèvre	Colombes
Courbevoie 3 infirmières-visiteuses	52 rue de Colombes	Médecin chef : Dr Azoulay Assistant : Dr Astruc	Courbevoie
Gennevilliers 4 infirmières-visiteuses	38 avenue de Paris	Médecin chef : X Assistants : Drs Anchel, et Stuhl	Asnières (partie est des rues Duchesnay, de Chateaudun avenue Argenteuil, Gennevilliers, Villeneuve-la- Garenne
La Courneuve 2 infirmières-visiteuses	30 rue Billault	Médecin chef : Dr X	La Courneuve
La Garenne-Colombes 3 infirmières-visiteuses	rue de Plaisance	Médecin chef : Dr Bino Assistants : Dr Besson de Lapparent	La Garenne Colombes
Levallois-Perret 4 infirmières-visiteuses	rue Antonin Raynaud	Médecin chef Dr Gendron Assistants : Drs Hialaire, Stuhl, et Mme Michaux	Levallois-Perret
Maisons-Alfort 5 Infirmières-visiteuses	8 av.de la République	Médecin chef : Dr Martin Assistants Dr Joffé et Dr Frey-Ragu	Alfortville, Bonneuil, Charenton, Créteil, Maisons- Alfort, St-Maurice
Montreuil 5 infirmières-visiteuses	25 rue Danton	Médecin chef : Dr Langle Assistant Dr Quioc Anchel	Montreuil

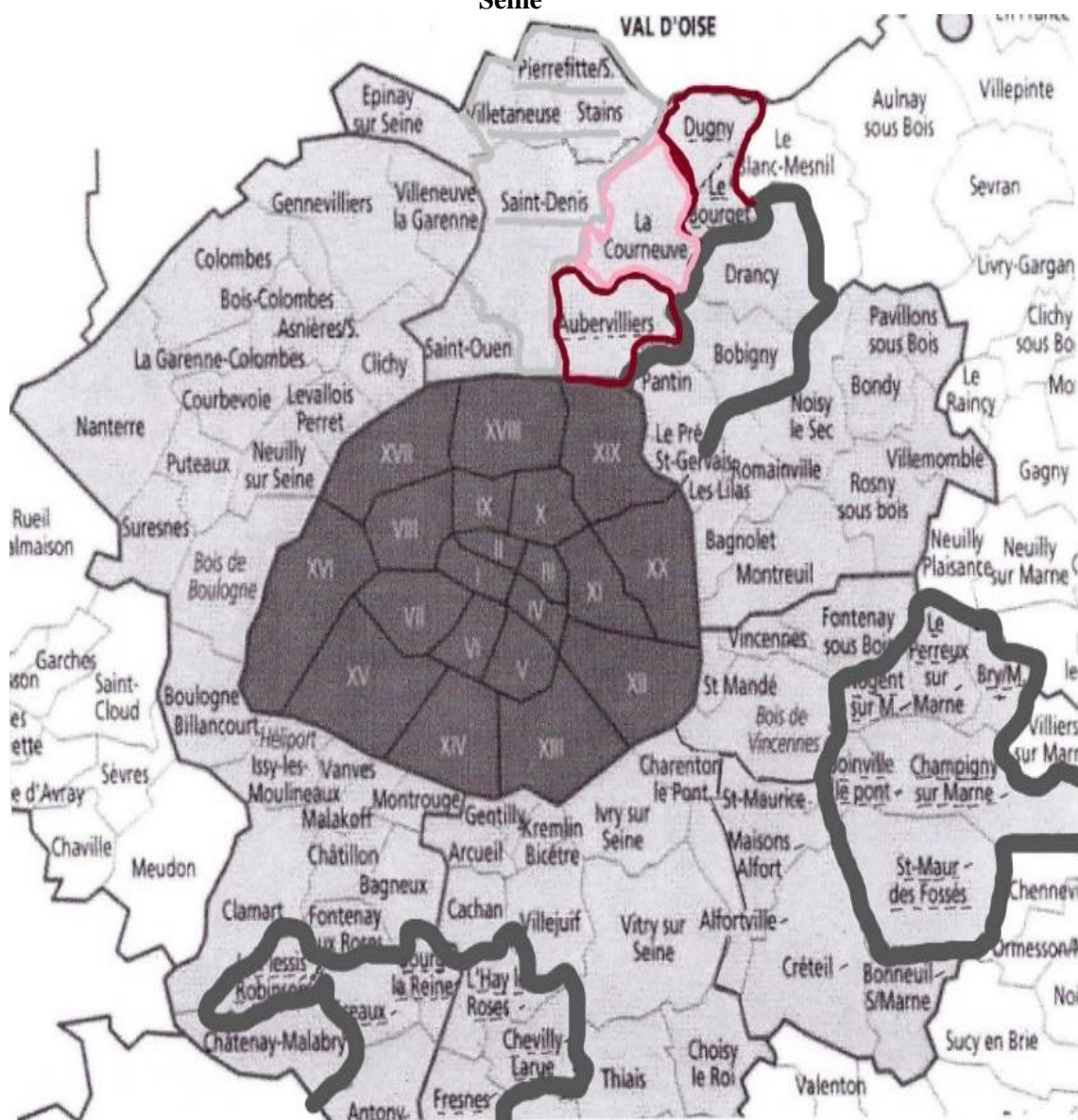
⁸⁹¹ « La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne », *L'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine, op.cit.*

Montrouge 5 infirmières visiteuses	32 av. Léon-Gambetta	Médecin chef : Dr Lazare Assistants Dr Kudelski	Arcueil, Bagneux, Cachan, Châtillon, Fontenay-aux- Roses, Gentilly, Montrouge
Nanterre 4 infirmières-visiteuses	28 bl du Couchant	Médecin chef : Dr X Assistants Dr Lefèvre et Dr Sakka	Nanterre
Neuilly-sur-Seine 3 infirmières visiteuses	rue de Ecole de Mars	Médecin chef : Dr Nadal	Neuilly-sur-Seine
Pantin 5 infirmières visiteuses	rue des Sept-Arpens	Méd. Chef : Dr Guillaume Assistant : Dr Joffé	Bobigny, Drancy, Patin, Pré-St-Gervais
Pavillons-sous-Bois 3 infirmières visiteuses	route Nationale	Médecin chef : Dr X Assistant : Dr Oudinot	Bondy, Noisy-Le-Sec, Pavillons-Sous-Bois
Puteaux 3 infirmières visiteuses	rue Denis-Papin	Médecin chef : Dr Legroux	Puteaux
Romainville 2 infirmières visiteuses	rue Carnot	Médecin chef : Dr X Assistant : Dr Quioc	Romainville
Saint-Denis 6 infirmières visiteuses	rue de Paris	Médecin chef : Dr X Assistants Drs Finot, Lefevre, Cabanel	Epinay, La Plaine St-Denis, Pierrefitte, St-Denis, Stains, Villetaneuse
Saint-Ouen 4 infirmières visiteuses	rue de l'Union	Méd. chef : Dr Jommier Assistants : Drs Oberlin, Guillaume, Lefèvre	Ile St-Denis, St-Ouen
Suresnes 3 infirmières visiteuses	rue Carnot	Médecin chef : Dr Boissou	Suresnes
Vanves 3 infirmières visiteuses	rue Diderot	Médecin chef : Dr Miriel Assistant Dr : Jacquot	Clamart, Issy, Malakoff, Vanves
Vincennes 6 infirmières visiteuses	rue Dohis	Médecin chef : Dr Lafosse Assistant : Dr Lassance	Fontenay-Sous-Bois, Villemomble, Vincennes
Vitry-Sur-Seine 3 infirmières visiteuses	rue G-Defresne	Méd. chef : Dr Lambert	Vitry-Sur-Seine

Les zones géographiques couvertes par les dispensaires du département de la Seine hors Paris, sont de superficies très variables.

Les zonages proposés sur la carte présentée ci-dessous, mettent en évidence des inégalités concernant les zones couvertes par les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de la Seine. Ainsi, à titre d'exemple, quatre dispensaires se partagent la mission prophylactique de la région nord de la Seine : le dispensaire de Saint-Denis couvre en outre la population des municipalités d'Epinay, de la Plaine-Saint-Denis, de Pierrefitte, Saint-Denis, Stains et Villetaneuse. Le dispensaire d'Aubervilliers couvre les municipalités de Le Bourget et de Dugny. Cette zone est partagée par la ville de La Courneuve qui est équipée de son propre dispensaire.

Carte 14- Zones géographiques couvertes par les dispensaires du département de la Seine



Enfin le dispensaire de Pantin œuvre également pour la population des villes de Bobigny, Drancy, Pré-Saint-Gervais.

Les municipalités de Saint-Ouen, Clichy, Colombes, Courbevoie, La Garenne-Colombes, Levallois-Perret, Nanterre, Neuilly-Sur-Seine, Puteaux, Suresnes qui sont situées principalement dans la zone ouest du département de la Seine, ont à leur disposition les services d'un dispensaire dont le rayon d'action est limité à la municipalité. Toutefois, les rapports des inspectrices des visiteuses de l'OPHS soulignent les difficultés rencontrées par les infirmières-visiteuses dans le cadre de leur mission. Ainsi, au dispensaire de Clichy, une inspection révèle que « les visiteuses du dispensaire de l'OPHS n'arrivent pas à faire face à la tâche qui leur incombe. Elles assurent la surveillance à domicile de 921 familles disséminées dans toute la commune de Clichy parmi lesquelles 160 avec des tuberculeux contagieux. La ville de Clichy compte 55 200 habitants dans les années

1930⁸⁹². » La superficie des zones couvertes par les dispensaires influe cependant sur les temps de transport des infirmières-visiteuses.

Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse utilisent les services de médecins. Qui sont ces praticiens, comment sont-ils recrutés et quelles relations entretiennent-ils avec leurs confrères libéraux ?

8.1.3 Les médecins indépendants collaborent-ils à l'action des dispensaires ?

Les équipes médicales des dispensaires de OPHS du département de la Seine se composent d'un médecin-chef, d'un ou de plusieurs médecins assistants et de plusieurs infirmières visiteuses dont le nombre varie de 3 à 7. Certains médecins interviennent dans plusieurs dispensaires : le docteur Joffé est assistant dans les dispensaires de Bourg-La-Reine, Choisy-Le-Roi, Maisons-Alfort et Pantin. Il couvre ainsi quatre municipalités et potentiellement des publics de personnes d'horizon sociaux différents avec deux villes plus éloignées de Paris au sud-est de la capitale : Choisy-le-Roi et Maisons-Alfort, une ville limitrophe au nord de Paris : Pantin et une ville au sud-ouest de Paris, Bourg-La-Reine.

Le docteur Jacquot est médecin chef dans le XIII^e arrondissement de Paris, médecin assistant dans le VIII^e, le XVII^e arrondissements et à Vanves. Le docteur Bino est médecin-chef au dispensaire de La Garenne-Colombes et assistant dans les dispensaires des XIV^e et XV^e arrondissements. Ces constatations sont-elles révélatrices de la difficulté pour les autorités administratives de l'OPHS du département de la Seine à recruter des médecins ?

Le recrutement des médecins de l'OPHS s'effectue de la façon suivante :

« Le personnel du dispensaire comprend des médecins et des infirmières-visiteuses. Les premiers sont recrutés par voie d'examen basé sur des épreuves cliniques et un exposé de titres, gage de leur compétence technique. De plus, la notion approfondie de leur mission sociale leur est donnée par un stage de trois mois qui leur est imposé dans les dispensaires en plein fonctionnement. Ils se divisent en deux catégories : les médecins-directeurs de dispensaires, dont un dans chaque établissement, outre son travail de consultations, assure la direction, très importante et la responsabilité du fonctionnement et les médecins assistants, uniquement chargés de consultations⁸⁹³. »

Dès la création de l'OPHS en 1919, son directeur demande aux syndicats médicaux de Paris et du département de la Seine de lui adresser une liste de candidats aux postes des dispensaires antituberculeux afin de permettre les nominations des médecins, à partir de cette liste. Le Syndicat des médecins de

⁸⁹²Archives Départementales de Paris, 109W54, Dispensaire de Clichy, résultat de l'enquête de Mademoiselle Moulin, Inspectrice des visiteuses de l'OPHS janvier 1936. Montaine Michon, Mémoire de master 1 Histoire des sociétés occidentales contemporaines, *La place des dispensaires d'hygiène sociale dans la lutte antituberculeuse du département de la Seine dans les années 1920*, op.cit., p.58.

⁸⁹³Henri Sellier, Henri Rousselle, *Rapport au nom de la 3^{ème} Commission, relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*, Imprimerie Municipale, Paris, 1920, p.85.

la Seine se déclare favorable et affirme vouloir coopérer à la création et au fonctionnement des dispensaires aux conditions suivantes :

Les médecins des dispensaires ne « donnent pas de soins autres que ceux qui ne pourront pas être donnés par les médecins praticiens », que le dispensaire est ouvert aux seuls « malades adressés par les médecins de la circonscription pour examen, enquête, dépistage, aux personnes de l'entourage des malades sur liste donnée par le médecin après enquête faite de concert avec l'infirmière-visiteuse⁸⁹⁴. » La direction du dispensaire est assurée par un médecin-chef nommé avec un contrat précis, par le Conseil d'administration composé par tiers des représentants nommés par l'État, par les œuvres privées participant au dispensaire et par le Syndicat médical, sur désignation de ce dernier, pour un temps limité.

Avec ses conditions, le Syndicat des médecins entend garder fermement le contrôle médical des activités des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse décrit par la loi Léon-Bourgeois de 1916. Il cherche à protéger la clientèle des praticiens libéraux.

Le Préfet de la Seine répond point par point aux conditions émises par le Syndicat des médecins. A propos de la nomination des médecins-chefs, le Préfet souligne que l'Office est un organisme départemental et qu'à ce titre, « c'est aux autorités légalement qualifiées pour l'administration des intérêts départementaux qu'il appartient de prendre toutes décisions importantes⁸⁹⁵. » Toutefois précise le Préfet, les syndicats médicaux sont représentés au sein du conseil de surveillance et peuvent émettre leurs vœux. Mais surtout, le Préfet insiste sur le cas des malades privés de ressources qui doivent être pris en charge par les dispensaires en accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance. Il rappelle la formulation de la loi concernant les soins donnés aux dispensaires qui doivent être réservés aux seuls indigents dont les capacités financières ne permettent pas de faire appel aux soins d'un médecin libéral.

La mésentente est totale entre le Préfet et les syndicats des médecins quant à la nomination des médecins-chefs responsables des dispensaires de l'OPHS, ce qui explique peut-être qu'en 1935, 5 dispensaires de Paris ne fournissent pas de nom de médecins-chef : les dispensaires des VII^e, IX^e, XI^e et XV^e arrondissements et le dispensaire situé rue Gambetta dans le XIX^e. Dans les autres villes du département de la Seine, 9 dispensaires indiquent un docteur X comme médecin-chef dans les municipalités de Bourg-la-Reine, de Champigny, de Colombes, de Gennevilliers, de La Courneuve, de Nanterre, de Pavillons-sous-Bois, de Romainville et de Saint-Denis.

Le recrutement des médecins des dispensaires constitue en effet une difficulté. En 1934, la moitié des dispensaires en fonction en France est dirigée par des praticiens non spécialistes. « 237 dispensaires sont confiés à des phthisiologues et 123 le sont encore à des médecins-inspecteurs d'hygiène⁸⁹⁶. » De manière plus générale « dans l'entre-deux-guerres les débats sur la prévention sanitaire qui précèdent les lois de 1928 et 1930 sur les assurances sociales polarisent les tensions entre une médecine libérale essentiellement curative et une médecine

⁸⁹⁴ *Ibid.*

⁸⁹⁵ *Ibid.*

⁸⁹⁶ Pierre Bourgeois, Jean Lacalmontie, « Naissance, vie et mort d'une spécialité médicale : la phthisiologie », *Revue d'histoire des sciences médicales*, n°22, 1988, p.119.

salariée présente dans les grandes entreprises, les dispensaires des mutuelles⁸⁹⁷. » D'autre part, les médecins libéraux affirment l'individualité de leur relation au malade qui implique le secret médical y compris dans les cas de maladies contagieuses comme la tuberculose pour lesquelles les médecins libéraux refusent la déclaration obligatoire. Au contraire, les hygiénistes qui n'ont pas de clientèle privée, sont en faveur d'un interventionnisme étatique au nom de l'intérêt collectif en matière de santé⁸⁹⁸.

Un corps des phthisiologues des services publics est créé en 1943 et un concours ouvre en 1945 pour établir une liste d'aptitude aux fonctions soit de médecin d'établissement de cure, soit de médecin de dispensaire⁸⁹⁹.

8.2 La tuberculose tue inégalement par tranches d'âges, par sexes

Les annuaires statistiques proposent pour chaque année un recensement du nombre des décès dus à la tuberculose par sexes. L'obligation de déclarer cette maladie infectieuse n'est pas légalement établie en France de 1927 à 1942, puisqu'il faut attendre l'année 1962 pour que la tuberculose devienne une maladie dont la déclaration est obligatoire. Ce défaut d'obligation fausse-t-il les chiffres de la mortalité tuberculeuse ? La tuberculose est une maladie de mieux en mieux diagnostiquée dans des dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse dans lesquels exercent des médecins formés au dépistage précoce de cette maladie et donc capables de reconnaître les symptômes, d'effectuer des examens tels que des analyses bactériologiques ou bien encore des radios pulmonaires. A l'appui de ces hypothèses une étude est parue dans *La Presse médicale*⁹⁰⁰ en 1941. Elle est développée dans cette partie. Ce qui est difficilement mesurable réside dans les réticences humaines à reconnaître et annoncer la tuberculose au sein d'une famille car cette maladie conserve l'image du mal des populations indigentes associées à des mœurs dissolues. Mais surtout la tuberculose demeure une maladie contagieuse, incurable qui laisse peser le soupçon d'une contagion toujours possible au contact d'un membre de la famille d'un tuberculeux.

Les graphiques présentés dans cette sous-partie sont réalisés à partir des données fournies dans les Annuaires statistiques de la France concernant les années 1927 à 1936 incluse.

8.2.1 La mortalité tuberculeuse chez les enfants de 0 à 9 ans

Le graphique du total des décès par tuberculose pour les enfants de 0 à 1 ans de 1927 à 1936 pour le sexe masculin et pour le sexe féminin est éloquent.

⁸⁹⁷Vincent Viet, Jean-François Picard, « Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIX^e siècle à nos jours », <http://histrecmed.fr>, consulté en juin 2019.

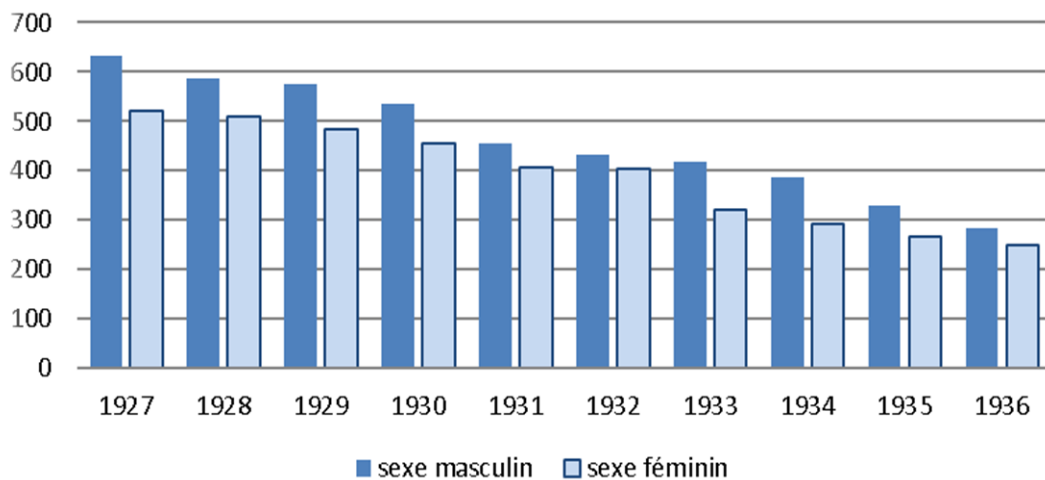
⁸⁹⁸Benoît Larbiou, « René Martial, 1873-1955, de l'hygiénisme à la raciologie, une trajectoire possible », *Genèses*, n°60, Belin, 2005, p. 103.

⁸⁹⁹Pierre Bourgeois, Jean Lacalmontie, « Naissance, vie et mort d'une spécialité médicale : la phthisiologie », *Revue d'histoire des sciences médicales*, *op.cit.*,

⁹⁰⁰R. Malthête, M. Moine, « Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie », in *La Presse médicale*, 1941, *op.cit.*, p.600-602.

Figure 133-

Total des décès par tuberculoses par sexes pour les enfants de 0 à 1 an



Cette tranche d'âge est particulièrement intéressante dans le cadre de cette étude puisqu'elle concerne directement les premiers bénéficiaires de la vaccination au B.C.G dans le laps de temps compris entre les années 1927 et 1936. La diminution du nombre des enfants décédés de tuberculose est régulière. Une comparaison semble s'imposer pour les années 1927 et 1931 entre le nombre total des décès pour les enfants de 0 à 1 an et le nombre des vaccinations effectuées chez les enfants de cette tranche d'âge.

	Pour les enfants de 0 à 1 an	
	Nombre total des décès⁹⁰¹	Nombre des vaccinations⁹⁰²
1927	1154	37 629
1931	863	104 646

Ces relevés permettent de calculer une diminution de 25.21% du nombre des décès pour une progression de 278% du nombre des vaccinations entre les années 1927 et 1931. En 1934, 28,1% des enfants nés cette année-là ont été vaccinés au B.C.G⁹⁰³. La tentation est forte d'associer le pourcentage de la baisse de mortalité des enfants de 0 à 1 an avec le pourcentage des enfants vaccinés au même âge.

Le graphique suivant permet de visualiser le pourcentage des décès dus à la tuberculose par rapport au total des décès enregistrés pour les enfants de 0 à 1an.

⁹⁰¹Ministère du Travail de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, *Annuaire statistiques de la France des années 1928 et 1933*.

⁹⁰² Archives de l'Institut Pasteur de Paris, Boîte CAL.A1.

⁹⁰³Debré et Bernard, 1939, site Internet <http://www.ipubli.inserm.fr>, « Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, 1921-1970 », article cité.

Figure 134-

% des décès par causes pour les enfants de 0 à 1 an en 1929

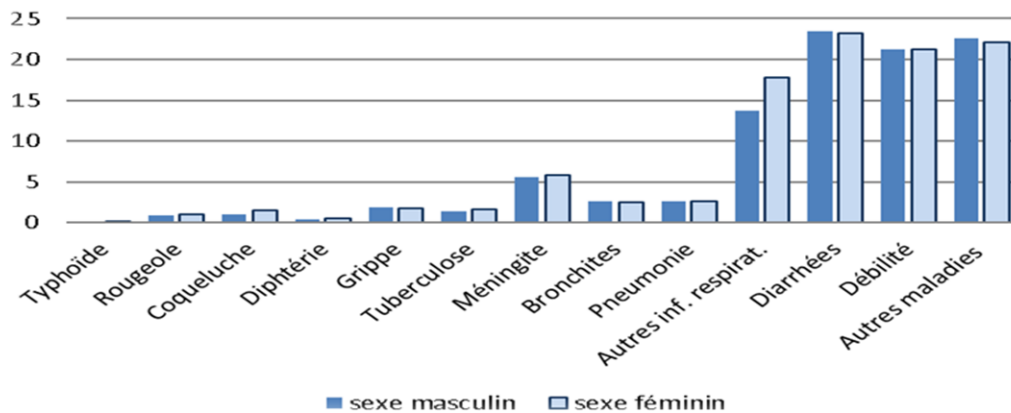
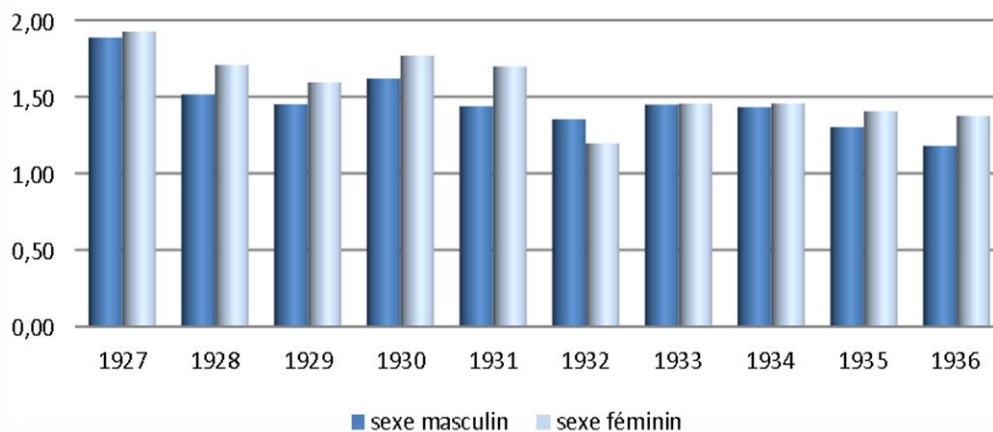


Figure 135-

% des décès dus à la tuberculose par rapport au total des décès par sexes dans la tranche d'âge de 0 à 1 an



Si le nombre des décès est en constante régression, le pourcentage des décès dus à la tuberculose régresse de manière moins uniforme. Le pourcentage des décès par tuberculose est plus important chez les petites filles que chez les petits garçons. Le pourcentage des décès pour les enfants de 0 à 1 an oscille de 1927 à 1936 entre 2 et 1.20% du total des décès de nourrissons. C'est une très faible proportion comparée aux pourcentages calculés pour les autres maladies les plus meurtrières dans cette tranche d'âge. L'ensemble des maladies listées par les statisticiens du ministère du Travail de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales n'est pas retenu pour ce travail. Une sélection des maladies les plus meurtrières est opérée en fonction de celles qui, à priori, semble causer une mortalité importante chez les très jeunes enfants comme la coqueluche ou la rougeole par exemple.

Figure 136-

% des décès par causes pour les enfants de 0 à 1 an en 1932

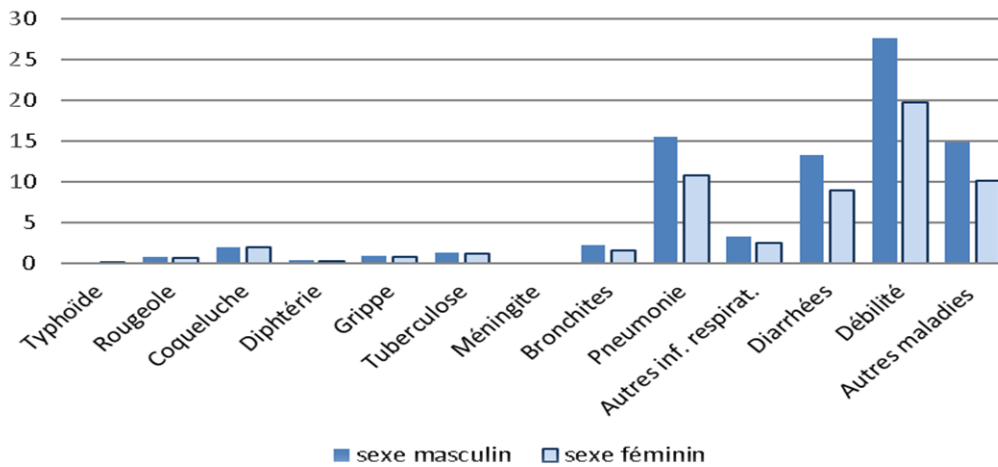
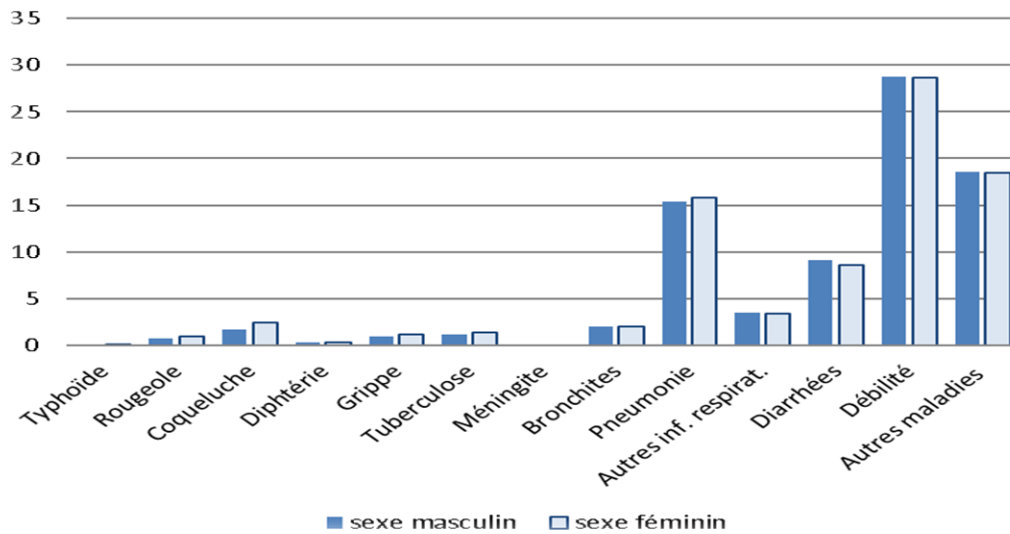


Figure 136b-

% des décès par causes pour les enfants de 0 à 1 an en 1936



La part importante des décès dus à la débilité et aux autres maladies, soit des causes inexplicées ou des malformations congénitales est remarquable. Le calcul du pourcentage des décès dus à la bronchite, la pneumonie et autres infections respiratoires additionnées, permet d'obtenir les résultats suivants :

Nombre des décès dus à des infections respiratoires autres que la tuberculose chez les enfants de 0 à 1 an :			
Années	1929	1932	1936
Sexe masculin	19%	21%	21%
Sexe féminin	23%	15%	21%

En moyenne donc, 20% des décès d'enfants de 0 à 1 an sont dus à des maladies respiratoires, tuberculose mise à part. La question soulevée par la lecture de ces résultats est la suivante :

Les décès par tuberculose chez les enfants de 0 à 1 an a-t-elle été déclarée uniquement en cas de certitudes quant à la présence du BK dans l'organisme des bébés ? Autrement dit, des examens bactériologiques ont-ils été effectués pour déterminer la cause des décès ?

Un élément de réponse est disponible. Il tient dans le nombre des décès déclarés par un médecin pour l'ensemble des décès toutes tranches d'âges confondues. Ces données sont publiées dans les annuaires statistiques de la France dont les références sont précisées en début de ce chapitre.

Ainsi :

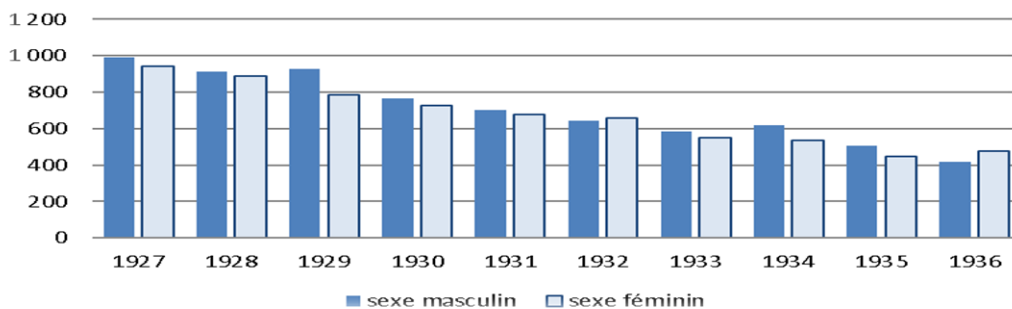
	Nombre total des décès	Nombre des décès déclarés par un médecin	% des décès déclarés par un médecin
1929 :	738 652	569 226	77%
1932 :	659 777	513 048	62%
1936 :	642 238	526 055	81%

Les médecins n'ont-ils diagnostiqué la tuberculose que dans les seuls cas où la tuberculose a été révélée avec une certitude absolue ? Peut-on aussi envisager que les nourrissons meurent d'autres causes avant de succomber à la tuberculose plus lente à se développer que les diarrhées par exemple qui emportent les bébés en 48 heures par suite de déshydratation dont l'issue est irrémédiable chez les petits enfants ?

L'examen du nombre des décès enregistrés pour la tranche d'âges suivante, celle des enfants âgés de 1 à 4 ans permet de dresser le graphique suivant :

Figure 137-

Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les enfants de 1 à 4 ans



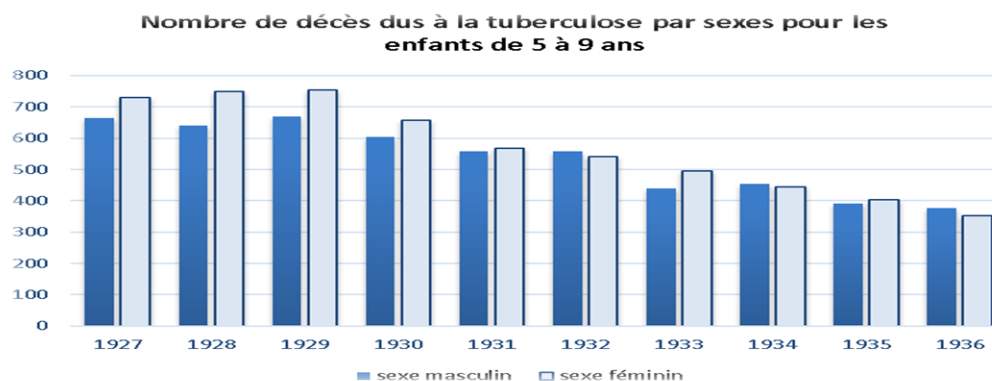
La décroissance de la mortalité due à la tuberculose chez les enfants de 1 à 4 ans est plus importante. Le pourcentage de cette diminution entre les années 1927 et 1931, indique une baisse de la mortalité de 28,72%⁹⁰⁴. La couverture vaccinale des deux années⁹⁰⁵ qui suivent les dates de vaccination et de

⁹⁰⁴Le calcul effectué à partir des données des annuaires statistiques est le suivant : en 1927 sont comptabilisés les décès de 993 garçons et de 943 filles âgés de 1 à 4 ans soit 1 936 décès. Pour l'année 1931 les chiffres sont de 702 pour les garçons et de 678 pour les filles soit un total de 1380. L'opération suivante : $(100 / 1936) * 1380$ donne un résultat de 71.28 soit une baisse des décès de $(100 - 71.28)$ égal 28.72.

⁹⁰⁵ Raymond Turpin, « Commémoration de la première application humaine du vaccin B.C.G », *Revue de tuberculose et de pneumologie*, Tome 33, n°8, *op.cit.*

revaccination chez les nourrissons, annoncée par Raymond Turpin dans un article de *la Revue de la Tuberculose*, semble vérifiée au travers de ces chiffres. En ce qui concerne la vaccination au B.C.G des adolescents et des adultes, il n'y a pas de données issues des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse. Voici le constat des évolutions de la mortalité tuberculeuse par tranches d'âges de 5 à 9 ans jusqu'à la tranche de 65 à 69 ans sur les sept années qui vont de 1927 à 1933.

Figure 138-

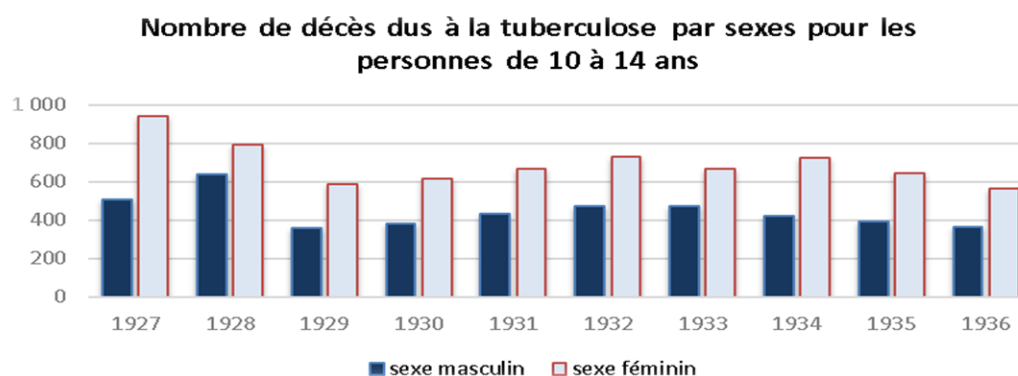


Le même travail est effectué pour les enfants âgés de 5 à 9 ans que celui réalisé pour les deux tranches d'âges antérieures. Une nouvelle fois une diminution du nombre des décès est constatée. Le nombre des décès dus à la tuberculose pour les petites filles âgées de 5 à 9 ans est plus important que celui des petits garçons du même âge, ce qui inverse les constatations effectuées pour les tranches d'âges antérieures. Y a-t-il des explications sur ce reversement de la tendance entre la mortalité masculine et la mortalité féminine dans cette tranche d'âge ? La question reste aujourd'hui en suspens.

8.2.2 Les femmes surpassent les hommes entre 10 et 24 ans

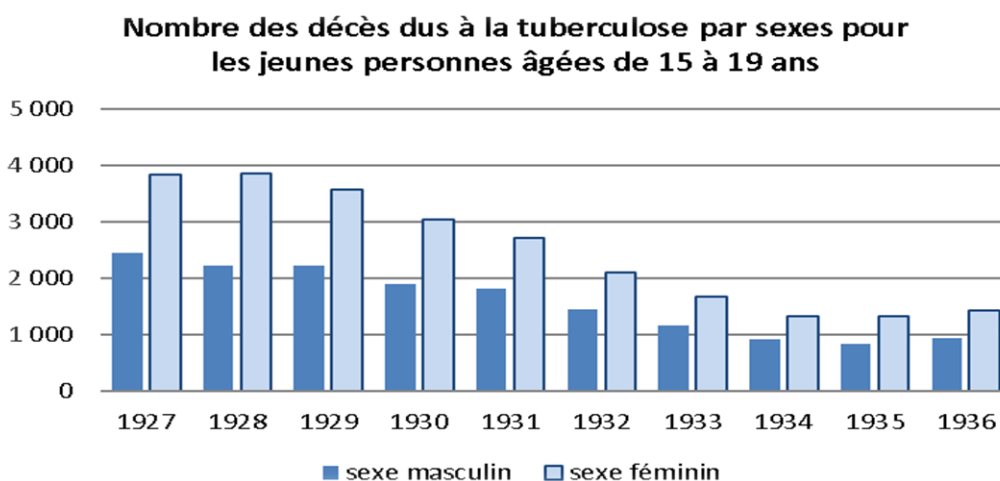
La tranche d'âges suivante, celle des jeunes gens de 10 à 14 ans, présente des caractéristiques différentes des autres graphes étudiés précédemment.

Figure 139-



En premier lieu, la mortalité par tuberculose des jeunes filles est nettement supérieure à la mortalité constatée chez les jeunes garçons du même âge. D'autre part pour les garçons comme pour les filles, le nombre des décès augmente de 1929 à 1933, suivant une inflexion inverse de celle constatée pour les tranches d'âge précédentes. Quelques éléments d'explications peuvent être suggérés à ce phénomène, mais la prudence est de mise quant à une conclusion définitive qui mérite certainement un avis médicalement compétent. La tranche d'âges de 10 à 14 ans correspond pour les jeunes garçons et pour les jeunes filles, à une entrée dans le monde du travail, des ateliers et des usines. Ils sont donc en présence de contacts nouveaux, vecteurs de contamination aux agents infectieux dont le BK dans des univers différents de celui dans lequel ils ont vécus leurs premières années. En ce qui concerne la mortalité plus élevée chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons, elle peut être attribuée à la puberté et aux menstruations qui débutent à cette période. Le linge utilisé doit être désinfecté en prenant soin d'éviter le mélange avec du linge non infecté pour éviter la contagion tuberculeuse. Cette opération de désinfection n'est pas effectuée dans tous les dispensaires, comme cela a été noté précédemment et n'est pas une pratique courante dans les ménages notamment au sein de la population la plus économiquement démunie. Cela justifie peut-être le nombre des décès par tuberculose chez les femmes, plus élevé que chez les hommes pour les tranches d'âges suivantes à savoir de 15 à 19 ans puis de 20 à 24 ans.

Figure 140-

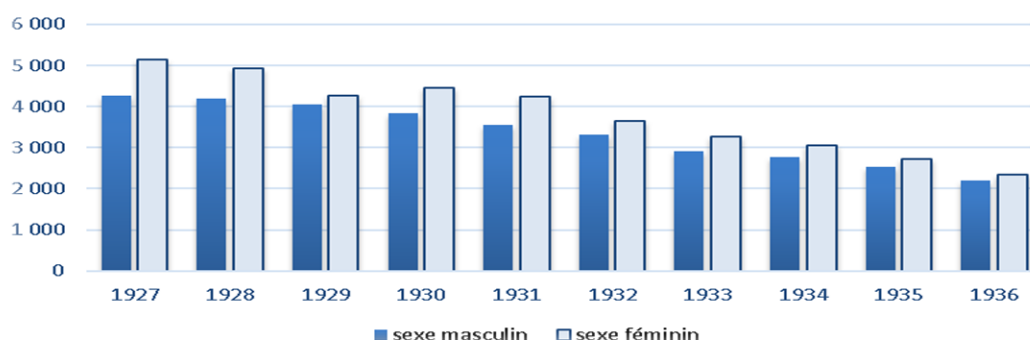


Dans la tranche d'âges de 15 à 19 ans, la baisse du nombre des décès dus à la tuberculose pour les deux sexes est notable entre les années 1927 à 1933. Mais la mortalité féminine est nettement plus élevée et atteint parfois le double de la mortalité masculine en 1928, 1929 et 1930 notamment.

La baisse de mortalité est observée pour la tranche d'âges de 20 à 24 ans, mais l'écart entre la mortalités masculine et féminine se resserre pour s'inverser à nouveau dans la tranche d'âge comprise entre 25 à 29 ans.

Figure 141-

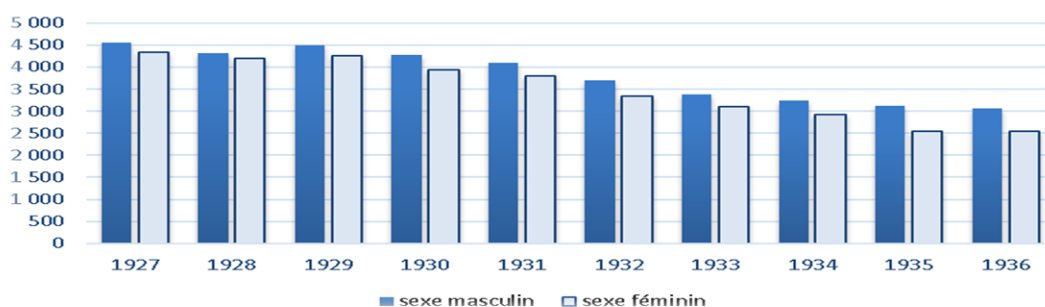
Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 20 à 24 ans



8.2.3 La mortalité tuberculeuse masculine dépasse la mortalité tuberculeuse féminine à partir de l'âge de 25 ans

Figure 142-

Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 25 à 29 ans



La mortalité due à la tuberculose pour les personnes âgées de 25 à 29 ans régresse sensiblement de 1927 à 1933. Afin d'établir une meilleure comparaison des niveaux de baisse de mortalité enregistrée par tranches d'âges, le calcul du pourcentage de la baisse de la mortalité pour les trois dernières tranches d'âges étudiées, entre l'année 1927 et l'année 1936 est présenté dans le tableau ci-après.

Figure 143- Tableau comparatif du nombre des décès masculins et féminins additionnés pour la tranche d'âges de 15 à 29 ans pour les années 1927 et 1936.

	Nombre des décès		% de baisse
	en 1927	en 1936	
de 15 à 19 ans	6 275	2 359	62.41
de 20 à 24 ans	9 419	4 528	51.93
de 25 à 29 ans	8 873	5 601	36.88

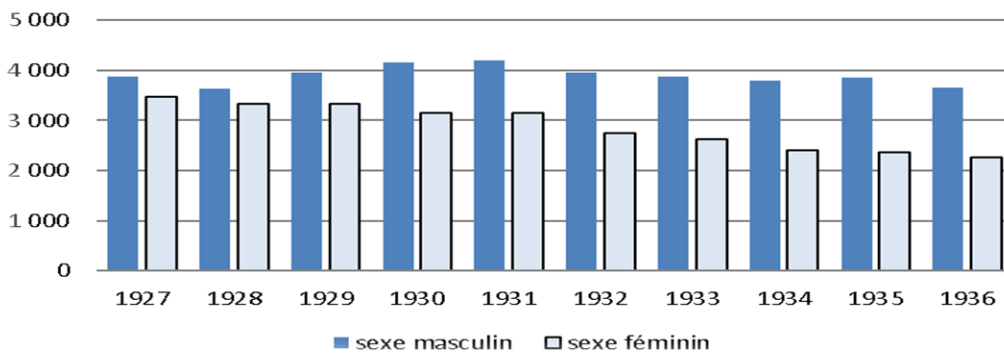
Les pourcentages montrent que la baisse de la mortalité tuberculeuse est importante entre 15 ans et 29 ans et plus particulièrement dans la première tranche d'âges de 15 à 19 ans. Les personnes âgées de 20 ans et plus en 1936 sont nées en temps de guerre ou bien ils étaient enfants pendant les temps difficiles liés aux privations de nourritures notamment dont ont souffert les

individus tant civils que militaires. Est-ce un élément qui peut justifier la moindre diminution de la mortalité par tuberculose à partir de l'âge de 25 ans de 1927 à 1936 ?

Les données suivantes montrent que la mortalité due à la tuberculose dans la population masculine, surpasse la mortalité tuberculeuse féminine à partir de l'âge de 30 ans. Cette dernière diminue progressivement et régulièrement pendant cette période de 10 années.

Figure 144-

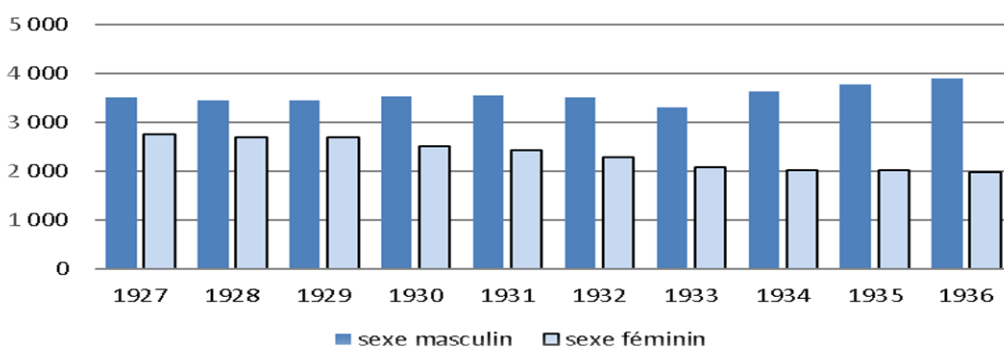
Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 30 à 34 ans



La mortalité tuberculeuse masculine augmente légèrement entre 1927 et 1931 pour décroître très sensiblement entre 1932 et 1936. Dans la tranche d'âges de 35 à 39 ans, on constate une nette aggravation de la mortalité tuberculeuse masculine tandis que la mortalité féminine en légère régression de 1927 à 1932, stagne de 1933 à 1936.

Figure 145-

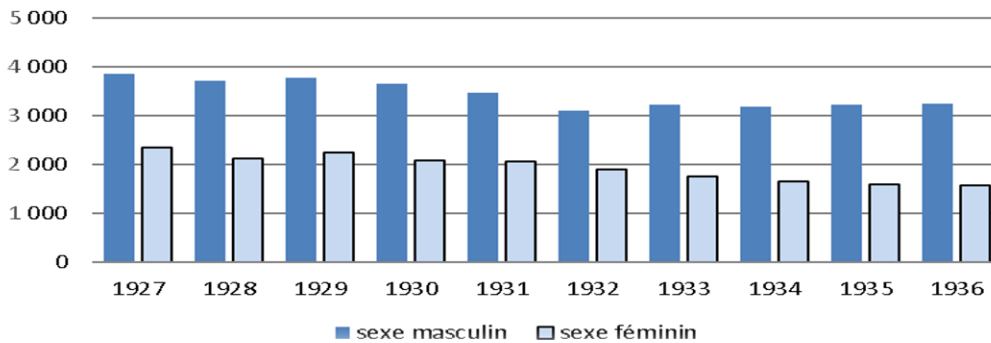
Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 35 à 39 ans



Sur les deux dernières tranches d'âges qui s'échelonnent de 30 à 39 ans, le même constat s'impose. Le nombre des décès dus à la tuberculose est en stagnation chez les hommes et avoisine les 4 000 morts par an. La baisse est très progressive chez les femmes dont la mortalité tuberculeuse est presque égale à la moitié de celle constatée chez les hommes.

Figure 146-

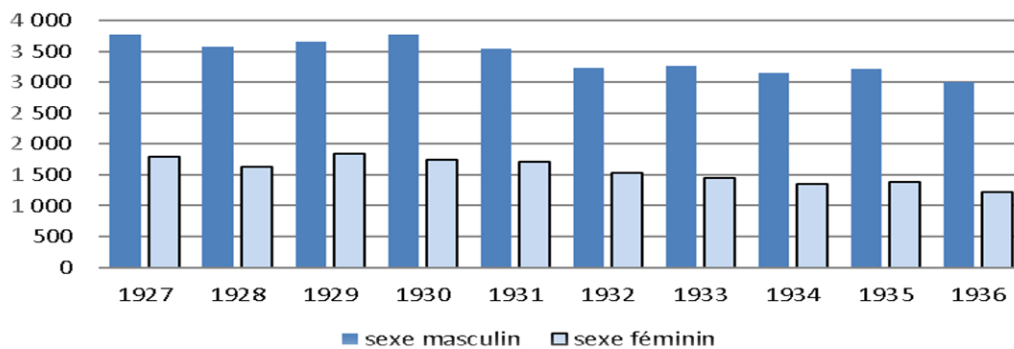
Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 40 à 44 ans



Pour la tranche d'âges de 40 à 44 ans, la mortalité masculine décline régulièrement mais atteint plus du double de la mortalité enregistrée chez les femmes du même âge, pour lesquelles la mortalité régresse de façon plus lente.

Figure 147-

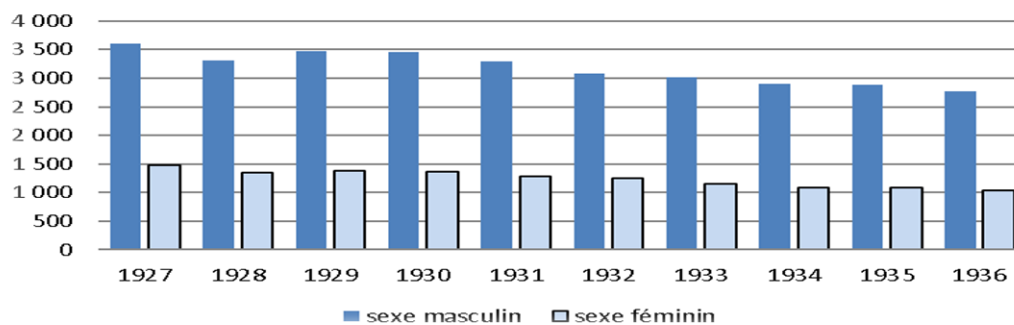
Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 45 à 49 ans



Dans la tranche d'âges de 45 à 49 ans les hommes paient un lourd tribut en matière de mortalité tuberculeuse puisqu'entre 1927 et 1936 les décès baissent progressivement mais oscillent toujours entre 3 700 et 3 000 décès annuels. Les décès des femmes varient peu entre 1927 et 1936 puisqu'ils fluctuent entre 1700 et 1200 morts annuellement recensées.

Figure 148-

Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les personnes de 50 à 54 ans



La mortalité masculine entre les âges de 20 et de 54 ans est de 25 000 décès en moyenne, par an. Les hommes en âge de travailler sont en première ligne face à la menace de mortalité tuberculeuse. Ces chiffres expriment les résultats de conséquences diverses comme par exemple, les difficiles conditions du travail des ouvriers, l'hygiène encore insuffisante dans les logements situés dans les quartiers les plus pauvres.

Les dispensaires sont installés dans les zones géographiques où la mortalité tuberculeuse est importante. La géographie des différents départements fortement liée au bassin de l'emploi constaté au niveau local, a constitué un facteur de sélection pour le choix de la localisation des unités prophylactiques. D'autres critères semblent prendre valeur à la lecture des chiffres de la mortalité tuberculeuse par tranches d'âge et par sexes. Les forts taux de mortalité constatés chez les jeunes femmes de 15 à 25 ans et chez les hommes à partir de l'âge de 30 ans ont pu (ou auraient pu) guider les infirmières-visiteuses dans leurs recherches des malades potentiels au sein de la population. Les dispensaires antituberculeux installés au cœur des usines et plus généralement sur les lieux de travail ont certainement connu un impact prophylactique important. Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse entrent peu à peu dans le paysage familial des classes laborieuses de la société française, comme en témoigne l'étude suivante, menée à Paris.

8.3 Les variations de la mortalité tuberculeuse pendant la Deuxième Guerre mondiale.

La Deuxième Guerre mondiale éclate le 1er septembre 1939 soit vingt et un ans après la fin de la Grande Guerre. Ce qui signifie que les hommes dont l'âge est compris entre 20 et 40 ans en 1918 ont potentiellement participé aux deux conflits. Les personnes nées entre les années 1900 et 1945 ont pu souffrir des difficultés liées aux temps de guerre notamment en termes de carences alimentaires et d'insuffisances des conditions liées à l'hygiène.

La mortalité due à la tuberculose connaît une progression pendant les premières années de la Deuxième Guerre mondiale. Les données statistiques issues du CNDT ne sont pas disponibles pour les années 1937, 1938, 1939 et 1940⁹⁰⁶. L'analyse présentée dans ce travail est donc basée sur les chiffres de la dernière année pour laquelle les données ont été publiées, c'est-à-dire l'année 1936⁹⁰⁷, et des deux premières années suivantes pour lesquelles les chiffres sont de nouveau disponibles, c'est-à-dire les années 1941 et 1942⁹⁰⁸. Cette variation de la mortalité tuberculeuse est-elle imputable au conflit, auquel cas, peut-on dégager les causes de cette augmentation ?

Globalement, la mortalité tuberculeuse baisse régulièrement entre les années 1927 et 1936 comme le montrent les analyses du chapitre 8 de ce travail. Les années de guerre ne sont pas favorables à la poursuite de la baisse de la

⁹⁰⁶Malthête, Boulanger, « La tuberculose en France depuis 1938 », *Journal de la statistique de Paris*, tome 87, 1946, p.243-268. Les auteurs de cet article indiquent qu'à la suite des destructions matérielles, les statistiques des années 1937, 1938 et 1939 n'ont pas pu être établies. Toutefois, le CNDT a obtenu une remontée de la plupart des départements, les chiffres des décès dus à la tuberculose pour 1938.

⁹⁰⁷ *Annuaire statistique de la France, année 1938.*

⁹⁰⁸ *Annuaire statistique de la France, année 1945.*

mortalité due à la tuberculose qui connaît une inflexion de la courbe de sa décroissance. Une analyse permet de comparer les chiffres des années 1936, 1941 et 1942, par tranches d'âges et par sexes. Dans un premier temps cette étude met en évidence les variations de la mortalité tuberculeuse à l'appui des chiffres publiés dans les *Annuaire statistiques de la France*, puis, dans un second temps des explications viennent éclairer ces variations à partir principalement d'un article publié dans le *Journal de la société statistique de Paris* en 1946 et de données éditées par le CNDT.

L'activité du dispensaire Léon-Bourgeois est analysée de l'année 1926 à l'année 1945 et propose un dernier volet à ce chapitre en une observation optimiste au sujet de l'efficacité de l'action prophylactique des dispensaires.

8.3.1 La mortalité tuberculeuse augmente globalement entre 1936 et 1941

Voici le nombre des décès dus à la tuberculose par âges et par sexes publié dans *l'Annuaire statistique de la France* de l'année 1945.

Figure 149-
Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 0 à 1 an en 1936, 1941 et 1942

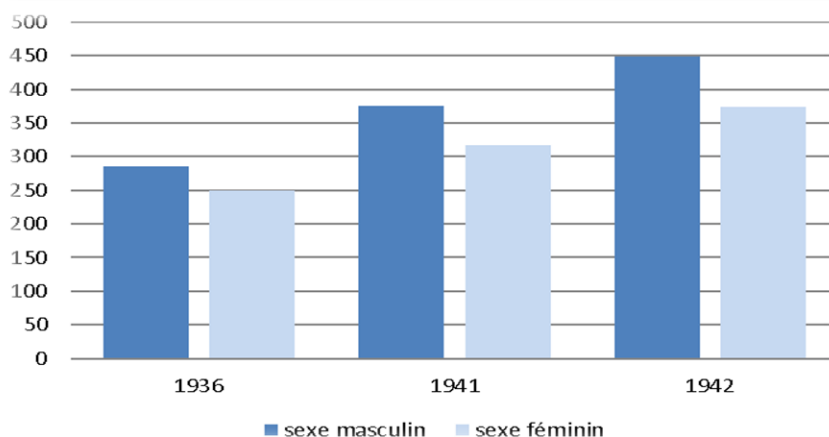


Figure 150-
Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 1 à 4 ans en 1936, 1941 et 1942

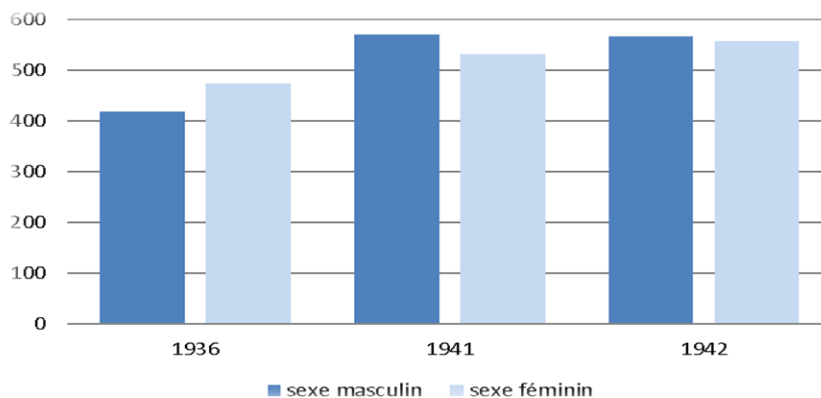
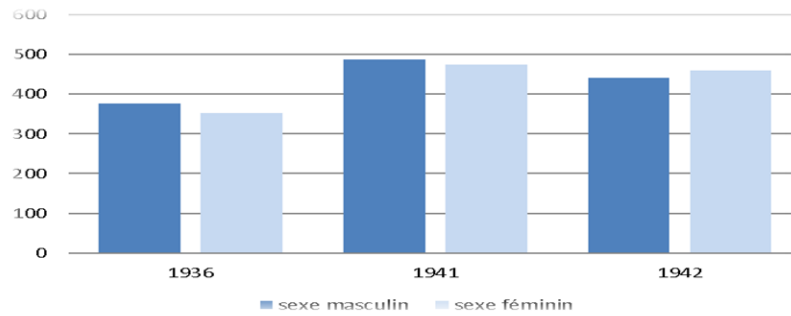


Figure 151-
Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 5 à 9 ans en 1936, 1941 et 1942



Le nombre des décès dus à la tuberculose par sexes et par âges montrent qu'entre les âges de 0 et 9 ans, la mortalité tuberculeuse augmente entre 1936 et 1941 de 31,6% pour les garçons et de 21% pour les filles, pour stagner voire baisser légèrement entre les années 1941 et 1942. De 0 à 9 ans, une forte augmentation de la mortalité tuberculeuse est constatée. Cette aggravation reste ensuite relativement stable entre les années 1941 et 1942.

Figure 152-
Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 10 à 14 ans en 1936, 1941 et 1942

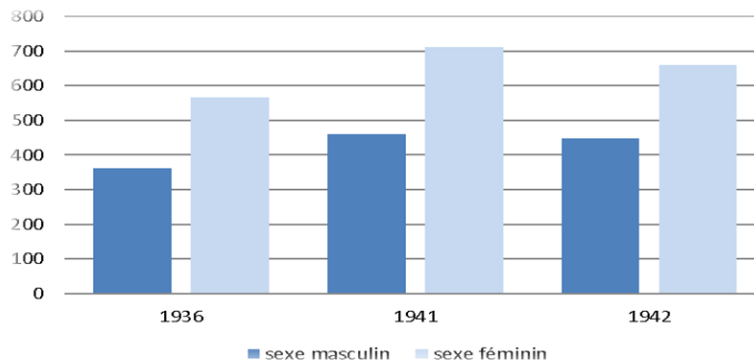
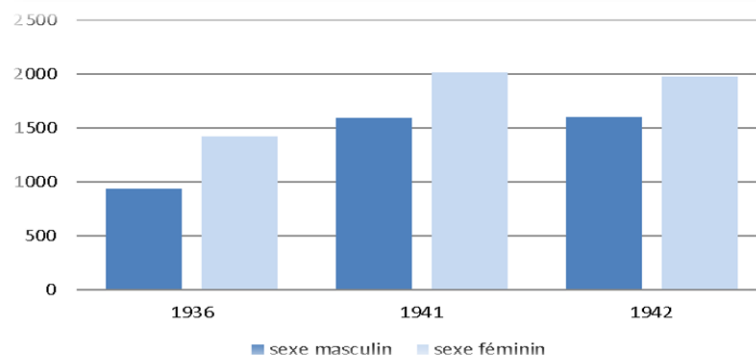


Figure 153-
Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 15 à 19 ans en 1936, 1941 et 1942

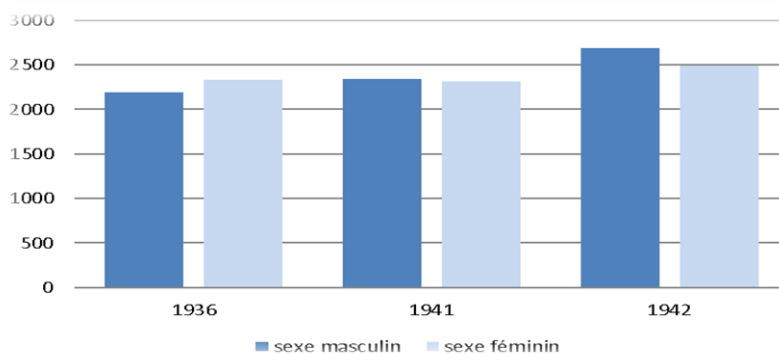


La lecture des deux graphes ci-dessus appelle cette remarque : l'échelle des ordonnées entre la tranche d'âges de 10 à 14 ans et celle de 15 à 19 ans passe de 0 à 800 à 0 à 2 500. Entre 10 et 19 ans, les décès par tuberculose

augmentent sensiblement dans la période de 1936 à 1941 pour diminuer ensuite légèrement entre 1941 et 1942. La mortalité chez les filles à partir de l'âge de 10 ans surpasse la mortalité enregistrée chez les garçons, comme cela a déjà été constaté au chapitre 8 de ce travail.

Figure 154-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 20 à 24 ans en 1936, 1941 et 1942



Le nombre des décès par tuberculose chez les jeunes gens de 20 à 24 ans stagne entre 1936 et 1941 et connaît une augmentation pendant l'année 1942.

Figure 155-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 25 à 29 ans en 1936, 1941 et 1942

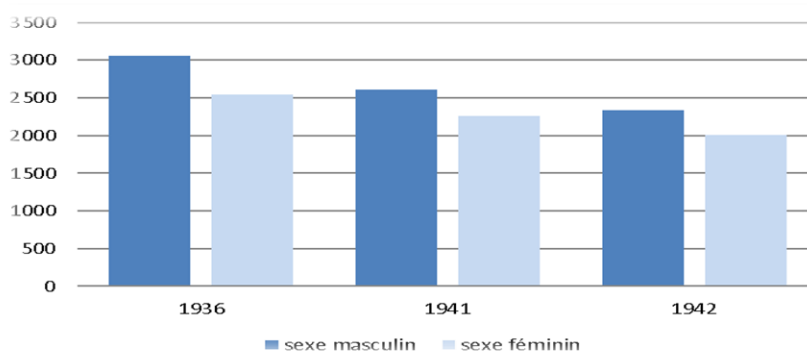


Figure 156-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans en 1936, 1941 et 1942



Pour les deux tranches d'âges de 25 à 34 ans, le nombre des décès dus à la tuberculose est en baisse pour les années 1941 puis 1942, comparé aux chiffres de l'année 1936. Cette constatation est contraire à celles observées pour toutes autres tranches d'âges étudiées. L'hypothèse est que dans ces tranches d'âges figurent nombre de jeunes gens nouvellement engagés dans différents corps d'armées, peu formés au métier des armes et qui ont succombé au cours du conflit suites à des blessures.

Figure 157-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 35 à 39 ans en 1936, 1941 et 1942

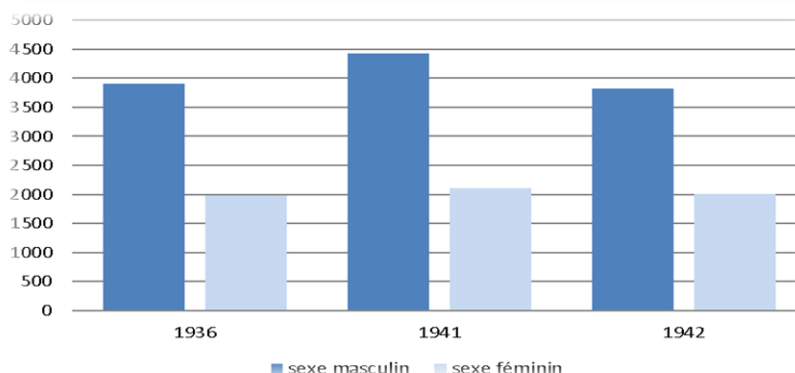


Figure 158-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 40 à 44 ans en 1936, 1941 et 1942

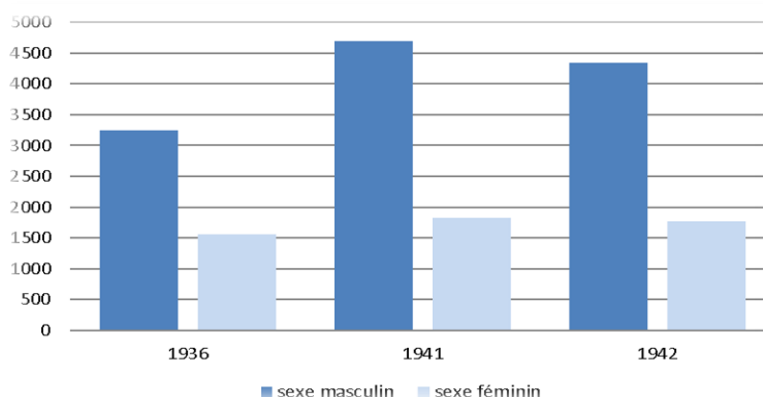
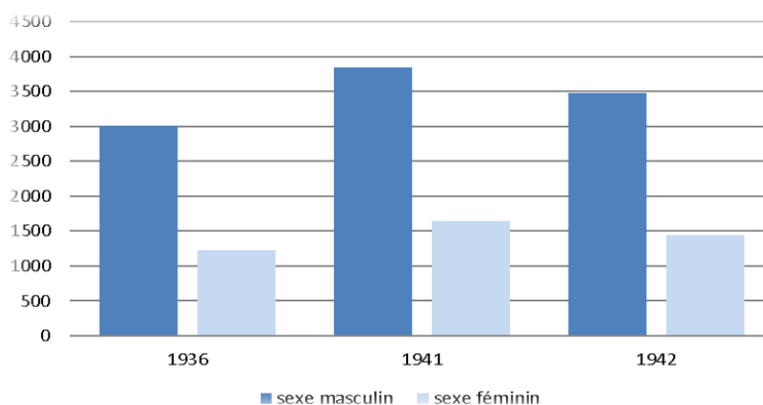


Figure 159-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 45 à 49 ans en 1936, 1941 et 1942



Entre 35 et 49 ans, la mortalité tuberculeuse connaît la même inflexion à savoir une augmentation entre 1936 et 1941, puis, une diminution entre les années 1941 et 1942. Entre 1936 et 1941 le nombre des morts par tuberculose chez les hommes de 40 à 49 ans augmente de 1 000 décès alors que le nombre des décès par tuberculose enregistré chez les femmes est trois fois moindre que chez les hommes. Cette tranche d'âges ainsi que la suivante, connaissent les plus fortes augmentations des décès tuberculeux enregistrés entre les années 1936 et 1941.

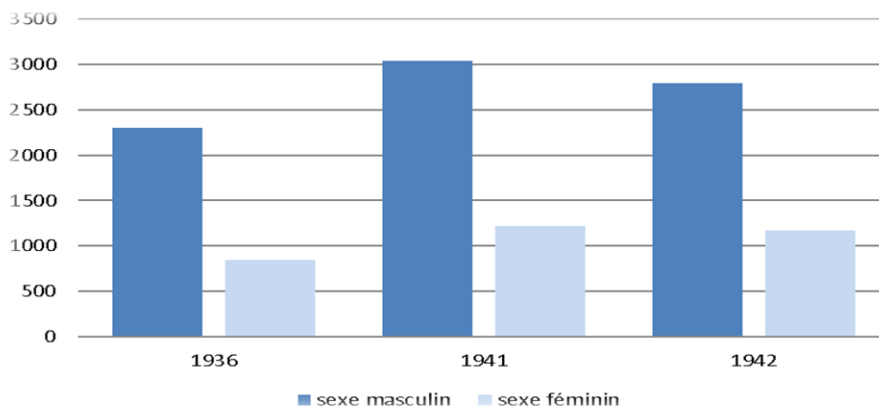
Figure 160-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 50 à 54 ans en 1936, 1941 et 1942



Figure 161-

Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âges de 55 à 59 ans en 1936, 1941 et 1942



Pour les tranches d'âges de 50 à 60 ans, le nombre des décès augmente en 1941 pour connaître une baisse sensible en 1942. De 50 à 59 ans, l'écart entre la mortalité tuberculeuse masculine et la mortalité féminine est élevé pour atteindre un niveau de trois fois plus chez les hommes que chez les femmes.

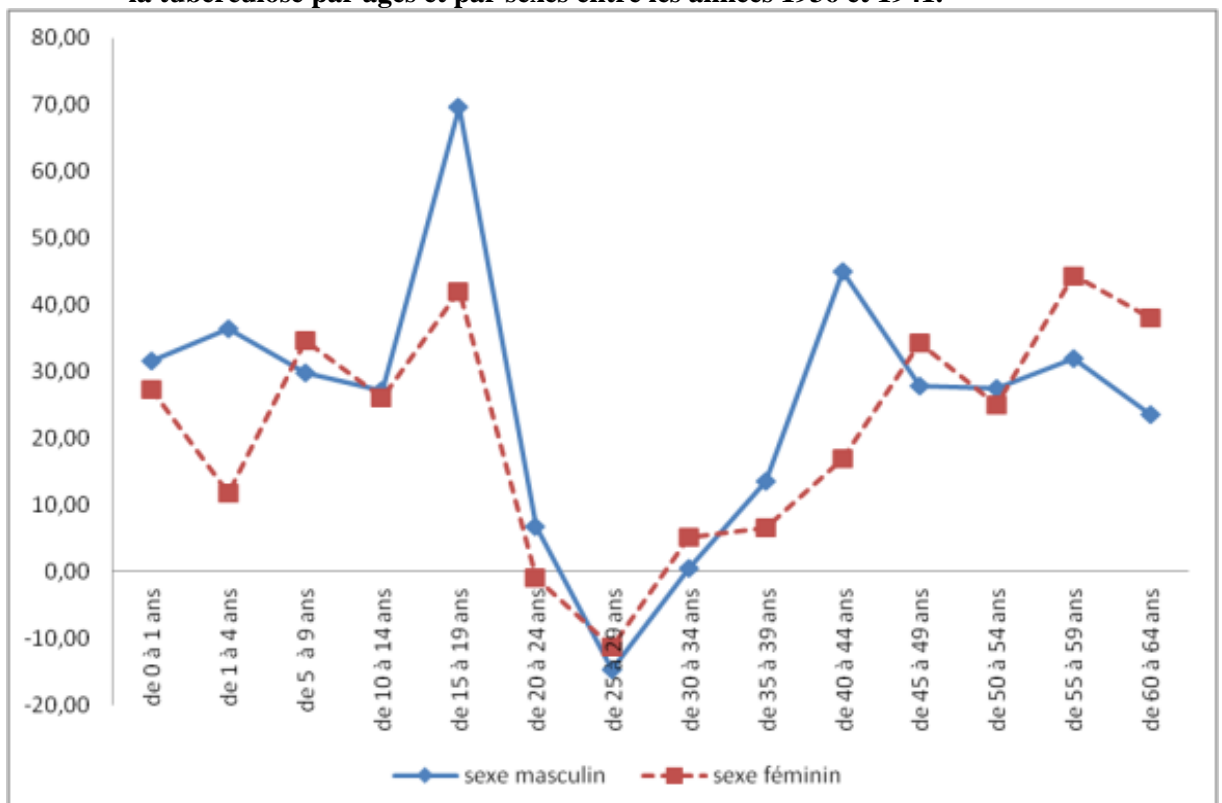
Afin de donner une image plus nette des variations de décès tuberculeux entre les années 1936 et 1941 par sexes et par tranches d'âges, la variation de ces décès est calculée, est permet d'établir une courbe pour le sexe masculin et une courbe pour le sexe féminin.

Figure 162- Pourcentages des variations de la mortalité tuberculeuse entre l'année 1936 et 1941 par tranches d'âges et par sexes

Tranches d'âges	sexe masculin	sexe féminin
de 0 à 1 ans	31,58	27,31
de 1 à 4 ans	36,36	11,81
de 5 à 9 ans	29,79	34,56
de 10 à 14 ans	27,07	26,02
de 15 à 19 ans	69,65	42,04
de 20 à 24 ans	6,74	-0,90
de 25 à 29 ans	-14,61	-11,21
de 30 à 34 ans	0,47	5,15
de 35 à 39 ans	13,48	6,61
de 40 à 44 ans	45,06	16,88
de 45 à 49 ans	27,86	34,32
de 50 à 54 ans	27,41	24,93
de 55 à 59 ans	31,91	44,37
de 60 à 64 ans	23,51	38,01

A partir des pourcentages de variations calculés dans ce tableau, le graphique suivant est établi.

Figure 163- Graphique représentant le pourcentage de la variation des décès dus à la tuberculose par âges et par sexes entre les années 1936 et 1941.



Ces deux courbes montrent une augmentation des décès dus à la tuberculose pour les tranches d'âges de 0 à 19 ans, puis de 30 à 64 ans avec un pic de 70% pour les garçons de 15 à 19 ans. Pour les tranches d'âges de 20 à 34 ans, pour les hommes comme pour les femmes, on constate une diminution de la mortalité

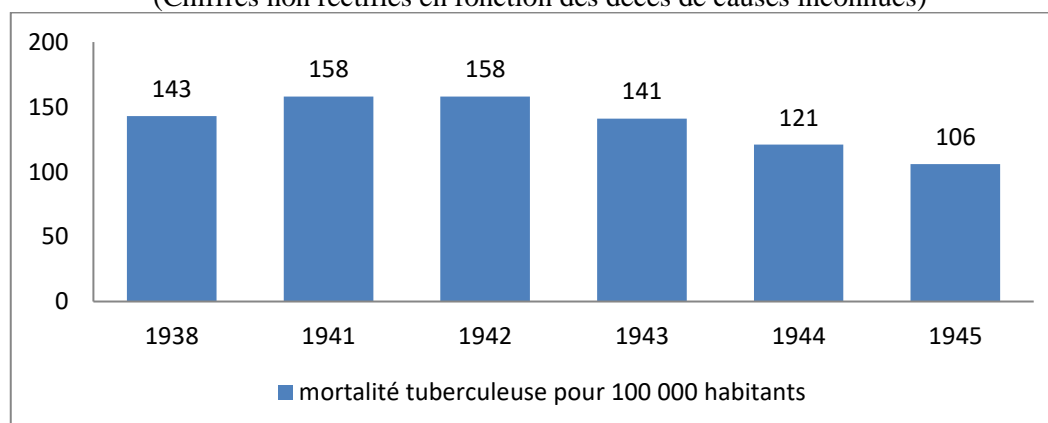
tuberculeuse avec un pic de baisse de 15% pour les jeunes gens âgés de 25 à 29 ans. Comment expliquer ces variations de la mortalité tuberculeuse pendant la seconde guerre mondiale ?

Les statisticiens Malthète et Boulanger insistent sur les chiffres obtenus qui selon eux ne fournissent qu'un aperçu de la situation.

« Il faut signaler le caractère très approximatif de tous les renseignements comparatifs publiés, du fait des intenses mouvements migratoires dont la France a été le théâtre. C'est ainsi que les prisonniers de guerre, les déportés, les hommes du service du travail obligatoire ont considérablement modifié la composition habituelle de la population, sans qu'il soit toujours possible de rectifier avec exactitudes d'après le nombre de titres de ravitaillement distribués. C'est en effet, sur cette base que reposent les estimations de la population depuis 1940⁹⁰⁹. »

Malthète et Boulanger concluent sur les causes possibles de l'augmentation de la mortalité tuberculeuse observée pendant la Deuxième Guerre mondiale. Les phthisiologues observent en 1941 et 1942 une augmentation de la gravité des cas de tuberculose à évolution rapide. Ces formes de tuberculoses mortelles ont été enregistrées dans les hôpitaux chez les prisonniers de guerre, les aliénés et dans les établissements pénitentiaires⁹¹⁰. La plus forte gravité des cas de tuberculose observée chez les malades conduit à une mort plus rapide et à une augmentation des taux de mortalité tuberculeuse enregistrés par âges et par sexes entre les années 1936 et 1941. En outre, Malthète et Boulanger observent que les difficultés liées à l'approvisionnement dans le domaine alimentaire ne semblent pas responsables de l'augmentation des décès tuberculeux en 1941 et 1942 puisque malgré la persistance de ces difficultés en 1943, 1944 et 1945, les chiffres sont en régression comme en témoignent les données suivantes.

Figure 164-
Mortalité tuberculeuse pour 100 000 habitants, toutes formes confondues dans la France entière des années 1938 à 1945 ⁹¹¹
(Chiffres non rectifiés en fonction des décès de causes inconnues)



⁹⁰⁹Malthète, Boulanger, « La tuberculose en France depuis 1938 », *Journal de la société de statistique de Paris, op.cit.*, p.244.

⁹¹⁰*Ibid.* p.250.

⁹¹¹*Ibid.* p.244.

En effet, la diminution de la mortalité tuberculeuse à partir de l'année 1943 s'amplifie en 1944 puis en 1945 et ce malgré les restrictions dans les domaines de l'alimentaires et de l'hygiène que connaît la population française en ces temps de guerre.

8.3.2 Comment évaluer l'efficacité de la prophylaxie des dispensaires ?

Cette question est centrale pour tenter d'affirmer ou au contraire d'infirmier l'efficacité prophylactique exercée par les dispensaires antituberculeux. Sont-ils restés des miroirs aux alouettes, uniquement placés à la disposition du public pour calmer les peurs causées par le BK dès sa mise à jour par Koch en 1886 ? Ou bien les dispensaires sont-ils des agents qui ont contribué à la baisse de la mortalité tuberculeuse enregistrée régulièrement depuis le début du XX^e siècle ? Malthète et Boulanger proposent des critères pour « définir la valeur du dépistage » antituberculeux effectué dans les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Voici la liste des trois critères énoncés par les auteurs :

« 1° *La rapidité* de ce dépistage ou si l'on veut le temps de latence entre l'apparition des premiers symptômes morbides ou même des signes qui établissent le diagnostic et l'inscription au dispensaire ;

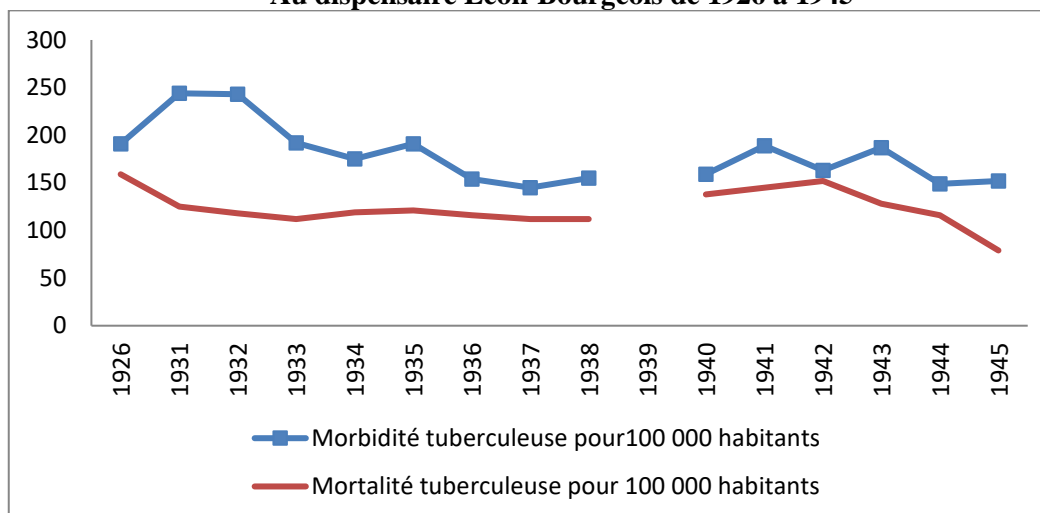
2° *Son intensité* que l'on peut apprécier par le rapport entre le nombre des morts par tuberculose inscrits dans l'année à l'état civil et le nombre des morts annuels connus du dispensaire ;

3° Enfin *sa qualité* que nous avons appelé *indice bacilloscopique* et que nous avons défini comme suit : c'est le nombre de nouveaux tuberculeux pulmonaires bacillifères pour 100 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire⁹¹². »

Afin de définir la valeur du dépistage selon les critères qu'ils ont énoncés, Mathète et Boulanger choisissent le dispensaire Léon-Bourgeois attaché à l'hôpital Laënnec qui semble, d'après leurs observations, conserver un « *indice bacilloscopique* » relativement stable d'une année sur l'autre. Cette stabilité qui n'est pas constatée dans d'autres dispensaires, offre pourtant selon les auteurs, un gage de fiabilité quant aux statistiques publiées par les divers établissements. Ce critère est-il lié à une inéluctable évolution de la maladie que tous les dispensaires ne relèvent pas dans les chiffres produits annuellement ? A ce stade seules des suppositions peuvent être émises. Voici donc les chiffres produits par le dispensaire Léon-Bourgeois pour les années 1926 puis de 1931 à 1945.

⁹¹² Malthète, Boulanger, « La tuberculose en France depuis 1938 », *Journal de la statistique de Paris, op.cit.*, p.251. La morbidité est constituée par le nombre des malades dans un groupe donné et pendant un temps donné. Les tuberculeux pulmonaires bacillifères sont des malades contagieux.

**Figure 165-
Evolution de la morbidité et de la mortalité de la tuberculose pulmonaire
Au dispensaire Léon-Bourgeois de 1926 à 1945⁹¹³**



La baisse de la mortalité tuberculeuse à partir de l'année 1942 au niveau du dispensaire Léon-Bourgeois corrobore les variations de cette mortalité observée au niveau national. La morbidité tuberculeuse baisse régulièrement de 1931 à 1938, avec un petit pic d'augmentation enregistré en 1934, tandis que pendant la même période la mortalité tuberculeuse est stable. Ces observations permettent-elles de conclure que le dispensaire Léon-Bourgeois a maintenu un taux de mortalité stable malgré un taux de morbidité qui lui est supérieur ? Les années 1940 à 1945 montrent une stabilisation du taux de morbidité, malgré le pic d'augmentation enregistré en 1942, alors que le taux de mortalité diminue brutalement entre 1940 et 1945. Cette dernière constatation montre-t-elle que le dépistage effectué au dispensaire Léon-Bourgeois permet au fil des années de voir le taux de mortalité diminuer ? Peut-on alors vérifier dans la divergence des fluctuations de ces deux courbes à partir de l'année 1942 que le travail des dispensaires, lorsqu'il est effectué dans un cadre prophylactique satisfaisant, a un impact sur la baisse de la mortalité tuberculeuse des malades suivis dans ces établissements ? Cette observation est le premier élément, le premier point d'appui depuis de début de cette étude des données relatives aux dispensaires antituberculeux, qui suggère un réel impact de l'action prophylactique dans la baisse de la mortalité tuberculeuse.

Le nombre des dispensaires s'accroît rapidement passant de 546 en 1926 à 901 en 1938, soit un nombre de 455 nouveaux établissements ouverts dans une période de 12 ans, en moyenne une quarantaine de dispensaires par an. Mécaniquement, la quantité des consultations, des visites à domicile, des examens bactériologiques et radiologiques est en progression constante. Près de 300 000 tuberculeux sont suivis dans les dispensaires à la fin de l'année 1932. Les Offices Publics d'Hygiène Sociale, organismes chargés de la prophylaxie antituberculeuse, encadrent la majeure partie des dispensaires installés dans leur circonscription. L'OPHS de la Seine fonctionne dès 1919 et dote les villes de ce département d'un dispensaire ouvert sur le territoire la

⁹¹³*Ibid.*, p.252.

municipalité ou dans une municipalité voisine. Le syndicat des médecins oppose au préfet de la Seine des conditions difficiles quant à la nomination de praticiens à la direction des dispensaires de ce département.

Une analyse détaillée de la mortalité par sexes et par âges montre une vulnérabilité des jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans et des hommes à partir de 25 ans. Entre les années 1927 et 1936 la mortalité tuberculeuse baisse régulièrement chez les populations masculines et féminines âgées de moins de 30 ans, pour stagner ou diminuer de manière irrégulière pour les hommes âgés de 30 à 50 ans. Le début de la Deuxième Guerre mondiale est marqué par une légère augmentation de la mortalité tuberculeuse qui poursuit sa baisse après 1942.

Chapitre 9

Education et propagande en faveur des dispensaires antituberculeux

Les membres de la commission Rockefeller jusqu'en 1927 plébiscitent en France l'action prophylactique des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse par le biais de tous les médias disponibles à cette époque. Les campagnes d'informations de protection contre le BK sont menées de façon systématique, département par département, à l'aide de camions circulant de villes en villages pour diffuser des tracts, projeter des films, initier des causeries⁹¹⁴ autour du thème de la prophylaxie antituberculeuse⁹¹⁵. Les films sont projetés à des publics divers composés d'hommes de femmes, d'enfants de tous âges, expliquant les manières de se protéger du BK ainsi que les façons d'éviter la diffusion du bacille dans la population. C'est en effet au cours des années 1920 qu'est créée une cinémathèque, dirigée par Lucien Viborel, dédiée à des questions de santé publique et notamment à la prophylaxie antituberculeuse. En 1926 le service de propagande du CNDT est placé sous la direction de l'Office National d'Hygiène Sociale instauré en 1924 par Justin Godart⁹¹⁶. Les copies des films dont plusieurs longs-métrages et une trentaine de courts-métrages sont réalisés par le cinéaste Jean Benoît-Lévy⁹¹⁷ et sont prêtées aux éducateurs, aux médecins, aux infirmières qui illustrent leurs conférences éducatives contre la tuberculose. Le service de filmographie est largement doté par des fonds publics jusqu'à la disparition de l'ONHS en 1932⁹¹⁸.

L'information de la population est de première importance, car les personnes adultes comme les enfants qui connaissent les gestes pour éviter la contagion tuberculeuse, participent à la régression de la maladie et par conséquent, de la mortalité. L'analyse de la campagne d'informations sur les dispensaires et sur la tuberculose est étudiée par le prisme d'un support : le timbre.

⁹¹⁴Les causeries suivant la définition du *dictionnaire Larousse édition 2000*, sont « des discours familiers, des entretiens sans prétentions, de petites conférences informelles. »

⁹¹⁵Lors de la journée du CHS le 28 juin 2018 où nous avons effectué une communication sur le thème de la table ronde initiée par Isabelle Lespinet-Moret et intitulée : « Innovation technique et innovation sociale », Pascal Ory associa cette propagande motorisée avec l'utilisation des « Petites Curies » utilisées pendant la Première Guerre mondiale pour effectuer des radioscopies pendant les opérations chirurgicales des blessés, au plus près du front. Pascal Ory évoqua la culture de l'automobile ou l'automobile au service de la culture, venue des Etats-Unis.

⁹¹⁶Valérie Vignaux, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », *Sociétés et représentations*, 2009/2, n°28, p.67-85.

⁹¹⁷Jean Benoît Lévy (1888-1959) « débute sa carrière en 1910. Il devient célèbre en 1933 en dirigeant Madeleine Renaud sur le tournage du film *La maternelle* dans lequel l'actrice tourne au milieu d'une centaine d'enfants dans une école pauvre. Entre 1922 et 1932 il réalise de nombreux documentaires éducatifs et scientifiques. En 1946, il devient directeur de l'information audiovisuelle des Nations Unies. » Site Internet cinema.encyclopedie.personnalites.bifi.fr consulté le 30/12/2018.

⁹¹⁸Gabriel Gachelin, chercheur en histoire des sciences, université Paris VII Denis Diderot, ancien chef de service à l'Institut Pasteur, « De l'Institut d'hygiène à l'I.N.S.E.R.M », *Encyclopédie Universalis*, L'histoire de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale « reflète la complexité de l'évolution de la prise en charge de la santé publique. Si l'hygiène est une préoccupation majeure des pouvoirs publics, les efforts d'organisation restent très en deçà des besoins jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale. En 1924, l'Office nationale d'hygiène sociale prend le relais des actions menées par la Fondation Rockefeller pour la prévention de la tuberculose. »

Les timbres antituberculeux français sont reproduits dans deux ouvrages édités par Yvert et Tellier écrits par les philatélistes Lucien Coutan et Philippe Steff. Toutes les vignettes des campagnes des années 1925 à 1944 sont reproduites dans un premier tome paru en 2010. Le second tome qui couvre les années de 1945 à 1969 paraît en 2012. Les droits d'auteurs de ces deux ouvrages sont intégralement reversés au Comité National contre les Maladies Respiratoires, héritier du CNDT.

Cyr Voisin né en 1926 dans une région minière du Nord de la France, évoque « le vieux combat contre cette maladie qui a terrifié la société française, jusqu'au miracle des antibiotiques⁹¹⁹. » Il est chef de service à l'hôpital Calmette de Lille et prend la tête de 1970 à 1980 du Comité national chargé de la lutte contre la tuberculose auprès du ministère de la Santé. Il produit un ouvrage intitulé « *La tuberculose, parcours imagé, Regards, Image de la tuberculose en France de 1900 à nos jours*. », paru en 1995. Quelques illustrations tirées de ce livre dont l'écriture est empreinte d'une grande humanité sont produites dans ce chapitre.

Arlette Mouret écrit en 1996 un article complet sur l'histoire du timbre antituberculeux. Elle évoque les origines du timbre, les campagnes et les particularités du timbre antituberculeux français.

L'autre partie de ce chapitre est consacrée aux organismes internationaux de la santé et aux circulations transnationales des savoirs en matière de tuberculose et de prophylaxie. Les congrès et conférences scientifiques sont l'occasion de rencontres entre les hommes et les femmes qui travaillent pour comprendre les mécanismes de la maladie pour mieux la combattre et l'éradiquer. Ces réunions sont d'ordre national comme par exemple les conférences annuelles de l'Alliance d'Hygiène Sociale, l'AHS, qui réunit chaque année dans une ville différente les spécialistes français de l'hygiène sociale. Sur le plan international, de nombreux congrès liés à la santé, à l'hygiène de façon générale à la lutte contre les maladies réunissent des spécialistes du monde entier et ont pour vocation de faire connaître les avancées scientifiques. La création de la Société Des Nations (SDN) en 1921 a-t-elle modifié le rôle des instances internationales de lutte contre la tuberculose, existantes avant cette année- là ?

Le livre d'Yves Beigdeber⁹²⁰ décline *Les origines historiques de l'OMS* et constitue un solide appui pour la rédaction de ce chapitre. Cet ouvrage consacré à l'OMS rappelle les origines de cette organisation et ses évolutions jusqu'à nos jours. Le professeur d'hygiène et de santé publique Jean-Charles Sournia est un chirurgien français qui consacre en 2009 un livre à l'histoire de la médecine et des organisations de lutte contre les maladies telles que le cancer ou la tuberculose. Les historiennes Iris Borowy et Céline Paillette⁹²¹ produisent en 2012 des écrits relatifs aux rencontres internationales. Céline Paillette membre du Comité pour l'histoire à l'Inserm consacre une étude sur le rôle des organisations sanitaires internationales entre 1903 et 1923. La dernière partie de son travail concernant l'organisation de la SDN est particulièrement éclairante compte tenu des interactions difficilement cernables entre les divers acteurs

⁹¹⁹*La Voix du Nord* du 29/12/2015.

⁹²⁰Yves Beigdeber est un juriste né en 1924. Il est titulaire d'une maîtrise en sciences de l'éducation de l'Université de l'Indiana et d'un doctorat en droit de l'Université de Grenoble. Il est en poste aux Nations Unies. Site Internet <https://data.bnf.fr> consulté en avril 2019.

⁹²¹Paillette, Céline, « Epidémies, santé, ordre mondial, Le rôle des organisations sanitaires internationales », *Monde(s)*, 2012/2, Armand Colin.

internationaux. Iris Borowy professeure à l'Université de Shangaï étudie l'histoire de la santé dans les organisations internationales. Elle publie un travail sur la SDN et l'adaptation nécessaire des actions menées par les organismes internationaux face à la crise des années 1930 au centre de ce chapitre. Paul Weindling est aujourd'hui professeur de recherche sur l'histoire de la médecine à l'Université Oxford Brookes University. Il publie en 1995 un ouvrage intitulé *International Health Organisation and Movements, 1918-1939*, auquel ont participé de nombreux auteurs⁹²². Ce livre est synchronisé chronologiquement avec le travail mené dans ce chapitre.

La mortalité tuberculeuse est en baisse dans de nombreux pays. Les statistiques, produites par l'État français, pour 19 pays d'Europe et pour le Japon sont disponibles dans les annuaires statistiques. Ces données permettent d'évaluer cette évolution entre les années 1925 et 1940, d'effectuer des comparaisons d'un pays à un autre et d'évoquer la place de la France au sein des autres pays d'Europe.

9.1 : La mission d'éducation des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse

L'article 1 du titre premier de la loi du 18 avril 1916 instituant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse stipule que :

« – Pourront être institués dans les conditions prévues par la présente loi, des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse qui seront spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des consignes de prophylaxie et d'hygiène...⁹²³ »

L'éducation est la première des missions des dispensaires édictées par la loi Léon-Bourgeois. L'éducation passe par les conseils oraux donnés par les infirmières-visiteuses et les médecins des dispensaires. Ces conseils sont prodigués aux malades et à leur famille avec l'espoir qu'ils seront diffusés dans le cercle familial plus large ainsi que dans le cercle amical et professionnel.

Les responsables des missions prophylactiques au sein des dispensaires utilisent les moyens médiatiques dont ils disposent et qui évoluent en fonction des époques.

Les premiers tracts et affiches sont édités dès l'année 1916 à l'attention des patients atteints d'affections des voies respiratoires⁹²⁴ : « Evitez les poussières », « Ne crachez pas par terre ». En 1917 le docteur Jean Comandon⁹²⁵ alors militaire sous les drapeaux, est mis à la disposition du Comité National d'Assistance aux Militaires Tuberculeux. Jean Comandon (1877-1970) est considéré comme le pionnier du cinéma scientifique. En 1917, il tourne une

⁹²²Weindling, Paul, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995.

⁹²³Extrait du journal Officiel du mardi 18 avril 1916 sur la loi Léon-Bourgeois instaurant les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

⁹²⁴Thierry Lefebvre, « Les films de propagande sanitaire de Lortac et O'Galop (1918-1919) », *1895, Mille huit cent quatre-vingt-quinze*, 2009.

⁹²⁵Thierry Lefebvre, Béatrice de Pastre, « Le petit feuillet de la santé, Les films hygiénistes de Jean Comandon (1918-1919) », *Sociétés et représentations*, 2015/1, N°39, p.33-14.

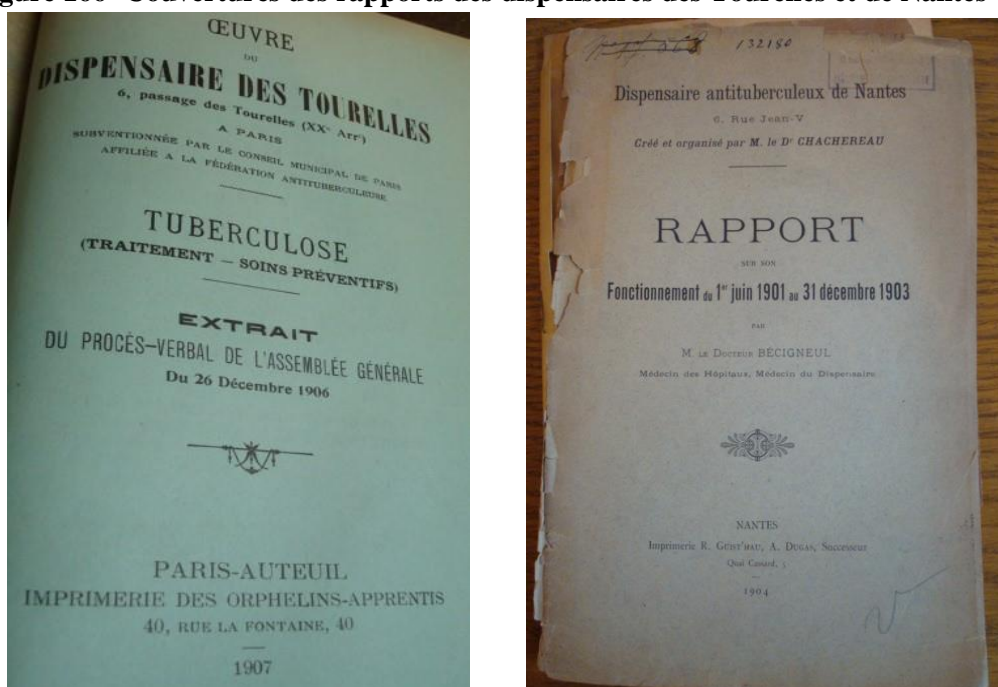
douzaine de courts-métrages consacrés notamment au sanatorium de Bligny et Roscoff, au dispensaire Léon-Bourgeois à Paris.

9.1.1 : Sur du papier, la diffusion de la propagande antituberculeuse est plus large

Les dispensaires depuis leur création dans les premières années 1900 éditent des plaquettes d'informations concernant leurs activités afin d'informer leurs adhérents et d'attirer les dons et cotisations. Ces brochures constituent une véritable publicité pour les premiers dispensaires. Elles sont quelquefois illustrées de photographies montrant la façade de l'immeuble dans lequel le dispensaire est installé, le laboratoire d'analyse bactériologique ou l'appareil de radiologie.

Les deux documents présentés ci-après, concernent pour le premier le **Rapport sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Nantes paru en 1904** et pour l'autre le **Procès-verbal de l'assemblée générale du dispensaire des Tourelles à Paris**, paru en 1907⁹²⁶.

Figure 166- Couvertures des rapports des dispensaires des Tourelles et de Nantes

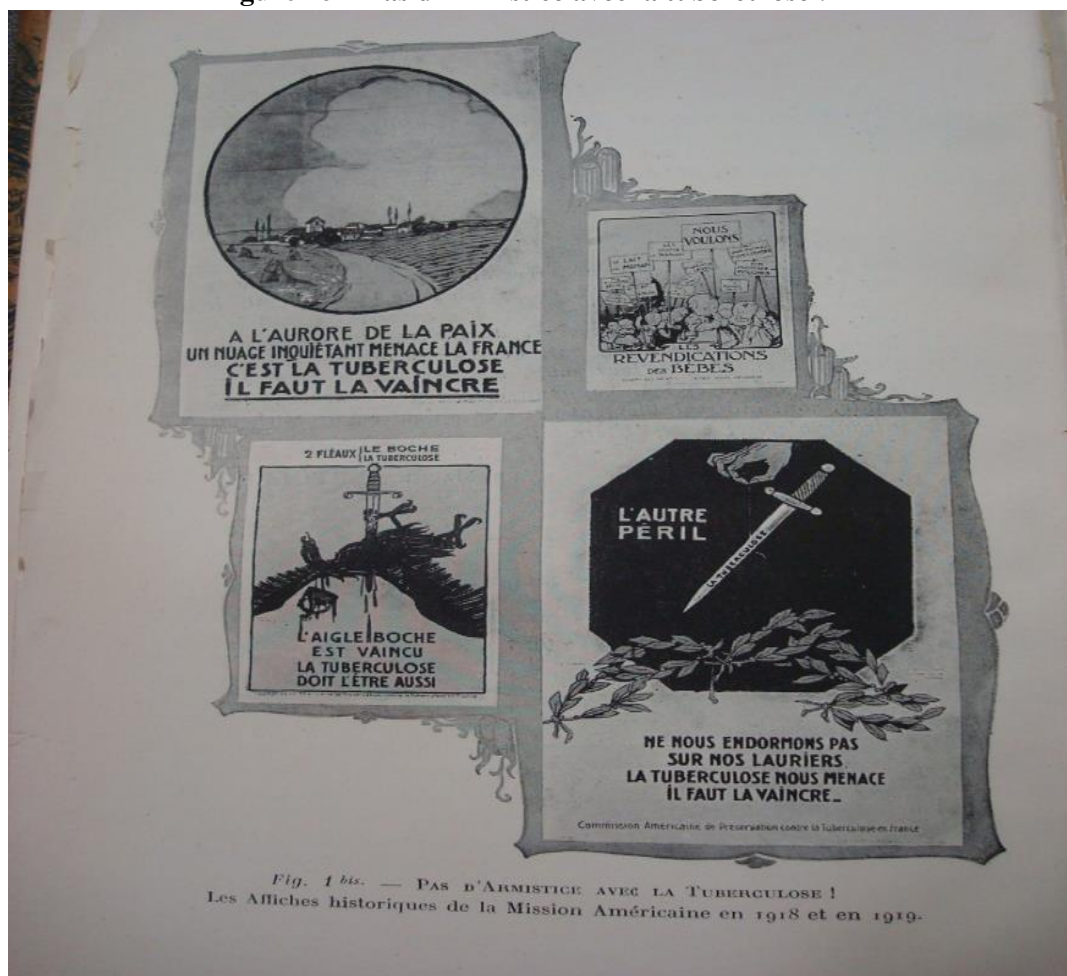


Ils plébiscitent l'action des dispensaires et contribuent à faire connaître leur existence et leurs travaux. Quelques exemplaires de ces livrets informatifs sont étudiés dans le chapitre 3 du présent travail.

C'est par voie d'affichage dans les lieux fréquentés par le public que circulent les informations prophylactiques. Au lendemain de la Première Guerre mondiale, les affiches de la lutte contre la tuberculose sont résolument antigermaniques comme le montrent ces messages de la mission Rockefeller datant de 1918-1919.

⁹²⁶Archives de l'École de Médecine de Paris Côte 132180.

Figure 167- Pas d'Armistice avec la tuberculose !⁹²⁷



Les quatre affiches présentées ci-dessus, sont empreintes d'un sentiment profondément haineux au lendemain de la fin du premier conflit mondial. Elles signent également l'angoisse démographique qui règne à cette époque et souligne les craintes engendrées par la mortalité tuberculeuse.

Plus généralement, ce sont les bons gestes prophylactiques qui font l'objet d'affiches destinées à la compréhension d'un large public. Les actions contaminantes sont souvent dénoncées dans ces planches dessinées. Les crachats et les postillons, le balayage à sec qui soulève de la poussière potentiellement porteuse du BK, les objets portés à la bouche et qui passent d'une personne à une autre, sont des actes qui sont susceptibles de propager la tuberculose. Les affiches et les cartes postales offrent l'intérêt de porter un message destiné à être visible ou à circuler au sein de la population.

Les affiches et les avis peints sur les murs interdisent de cracher par terre. Cette affichette est exposée dans une prison dans laquelle les sanctions disciplinaires sont possibles dans la mesure où les détenus sont surveillés et les coupables d'avoir craché par terre, repérés et sanctionnés. Mais comment procéder dans la rue en ville, dans les transports en communs ou en campagne pour empêcher les personnes de cracher par terre ?

⁹²⁷Alexandre Bruno, Ancien interne des hôpitaux Roosevelt, Sloane et Fordham à New-York, ancien directeur adjoint de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, *Contre la tuberculose, la mission américaine Rockefeller et l'effort français*, 1925.

Figure 168- « Défense de cracher par terre », Affichette contre la tuberculose vers 1925⁹²⁸.



Propagande antituberculeuse et demande de d'aides au financement des unités de prophylaxie, tels sont les messages diffusés par la Commission américaine de préservation antituberculeuse en France, chargée de protéger les Français contre cette maladie jusqu'en 1917.

Figure 169- Ces cartes postales : « Allons au dispensaire » et « Le Balayage humide » appartiennent à la collection Guy et Marie Josée Pallady⁹²⁹



⁹²⁸ www.justice.gouv.fr, consulté le 04/11/2019.

⁹²⁹ www.biusante.parisdescartes.fr. « En plusieurs décennies, madame Marie-Josée Pallady et son époux le professeur Guy Pallady ont constitué une collection de près de 500 cartes, consacrées à la radiographie en France et à prévention de la tuberculose. » Guy Pallady est président de la Société Française d'Histoire de la Médecine de 1995 à 2000.

Ces deux cartes postales datent des années 1910. La première encourage directement la population à se rendre dans un dispensaire, la seconde est une photographie humoristique dont le message est le suivant :

« Le balayage humide qui ne soulève pas les poussières chargées du bacille tuberculeux doit partout remplacer le balayage à sec »

Les enfants constituent le public privilégié par les campagnes de propagande antituberculeuse. A titre d'exemple, les dessins d'Henri Stéphan⁹³⁰ servent à illustrer une série de dix cartes postales distribuées à la fois par la Croix-Rouge américaine et la Commission américaine. Les enfants reçoivent des conseils d'hygiène pour exterminer la tuberculose. Ces mêmes instructions sont données à leurs aînés depuis 1916. Les titres de ces cartes son évocateurs⁹³¹ :

- « 1 Chouette ! un crachoir !
- 2 Zut ! J'oubliais ! c'est défendu de mettre ses doigts à la bouche
- 3 Tes microbes... mon vieux ! Garde les pour toi !
- 4 Il paraît que tout le monde doit se baigner, j'ai oublié une poupée !
- 5 C'est un malin... il dort avec la fenêtre ouverte
- 6 Dis donc, Nini ! Renvoie ta poupée ! c'est très malsain les locaux surpeuplés.
- 7 L'hygiène ! je m'en fiche... Moi, je balaye à sec
- 8 Puisqu'il faut se faire examiner vas-y m'sieur le docteur
- 9 Va-t-en ! sale mouche
- 10 L'Alcool !... n'en faut plus ! »

Figure 170-

Carte 1 « Chouette un crachoir⁹³² » Carte 4 « Il paraît que tout le monde doit se baigner »



⁹³⁰Henri Stéphan^y (1880-1934) est un dessinateur, peintre, décorateur français. Il dessine pour papiers peints, tissus et tapis. Entre les deux guerres il réside au Vésinet avec son épouse et sa fille. Site Internet <https://www.histoire-vesinet.org> consulté le 05/11/2019.

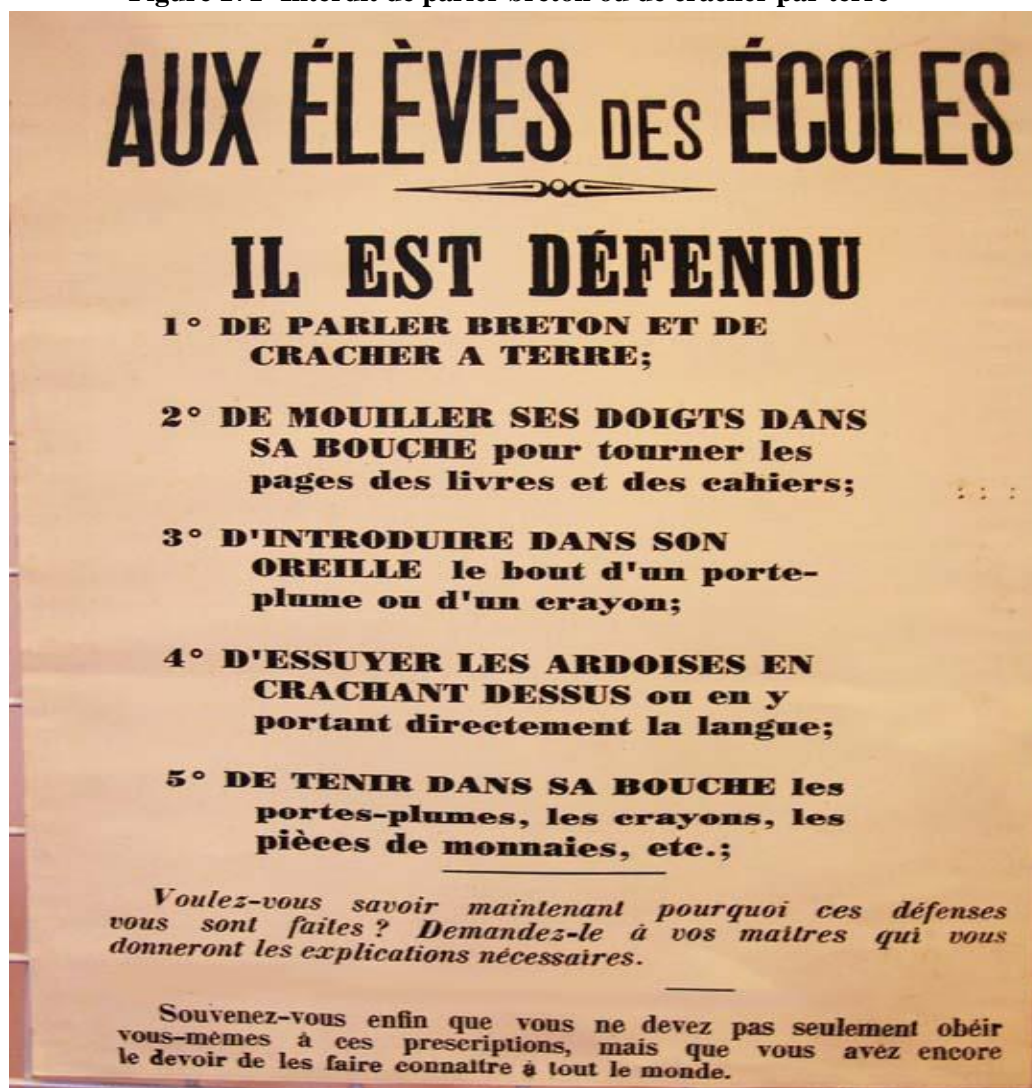
⁹³¹Chmura Sophie, "Les cartes postales de propagande hygiéniste : la Grande Guerre contre *Plasmodium* et *Tuberculosis*", *cartes-postales de Rennes ou d'ailleurs*, mis en ligne le 17 décembre 2015. <http://cartes-postales35.monsite-orange.fr>, consulté le 05/11/2019.

⁹³² *Ibid.*

Les dix cartes portent la mention « Commission américaine contre la tuberculose, bureau de la tuberculose, Croix-Rouge américaine. »

Les écoles exposent des affiches de prévention antituberculeuse. Le message essentiellement prophylactique s'accompagne ici d'une interdiction de parler breton, juxtaposition troublante pour les bretons parlant cette langue.

Figure 171- Interdit de parler breton ou de cracher par terre ⁹³³



Les consignes sont numérotées et clairement énoncées. Elles portent sur la prévention antituberculeuse en matière de diffusion du BK contenu dans salive des individus infectés. La dernière phrase invite les élèves à donner une large propagation de ces conseils et indique « vous avez le devoir de les faire connaître à tout le monde. »

L'affiche suivante est éditée par la Commission américaine de Préservation contre la tuberculose en France en 1918. Elle synthétise les trois facteurs principaux responsables de la propagation de la tuberculose : les crachats et les postillons, les poussières avalées ou respirées et les objets portés à la bouche.

⁹³³Joseph Rouzel, « La langue de l'opresseur », *Vie Sociale et Traitements*, 2019/1, N°141, p28-33. L'interdiction de parler breton à l'école date de 1902 et s'étend jusqu'au milieu du XX^e siècle.

Figure 172- Combatez la tuberculose, affiche de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, 1918⁹³⁴.



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque municipale de Rouen

Les alliés de la tuberculose sont l'intempérance représentée par un homme attablé devant un verre derrière une vitrine sur laquelle est inscrit « vins et liqueurs », le surmenage illustré par un homme affairé à écrire, les fenêtres fermées devant lesquelles les femmes font leurs travaux d'aiguilles, les locaux sales ou poussiéreux. Seuls ces derniers suggèrent les taudis mal meublés et surpeuplés. Les autres vignettes montrent des individus qui semblent vivre dans des espaces professionnels ou privés, spacieux et modernes. Les ennemis de la

⁹³⁴Institut Pasteur côte MP31619. Affiche éditée par la Commission américaine de préservation contre la Tuberculose en France 1920, Imprimerie E.Defossé, Paris.

tuberculose sont le médecin, sans distinction de spécialisation ni de lieu d'activité, le soleil, l'air pur, le repos et une nourriture saine. Ces quatre vignettes offrent une publicité pour la cure sanatoriale qui propose aux tuberculeux les quatre ennemis de la tuberculose précédemment énoncés.

L'affiche énonce un message clair :

« Un décès sur huit est dû à la tuberculose
La tuberculose est un péril national, la combattre est un devoir patriotique
La tuberculose peut et doit être vaincue
Les pouvoirs publics et les initiatives privées ont engagé la lutte contre ce mal.
Soutenez-les, Aidez-les. »

9.1.2 : Le cinéma pour combattre le BK

Le cinéma naissant au début des années 1900 se révèle un puissant moyen de propagande hygiéniste. Jean Comandon formule des conseils dans le cadre de la campagne de propagande antituberculeuse, pour la réalisation par Pathé et Gaumont⁹³⁵, destiné aux soldats français de la Grande Guerre, d'une série de 4 films intitulés :

« Le taudis doit être vaincu
Pour résister à la tuberculose, soyons fort.
La tuberculose menace tout le monde
Comment on attrape les maladies contagieuses. »

Le film intitulé *Pour résister à la tuberculose, soyons fort* est d'une durée de 2 minutes et a été réalisé en 1917.

Figure 173- Pour résister à la tuberculose, soyons fort⁹³⁶



⁹³⁵ « Dès 1896, Pathé et Gaumont s'intéressent à l'actualité. »

Site Internet www.gaumontpahearchives.com consulté le 08/11/2019. Pathé et Gaumont sont les sociétés de cinéma françaises dont la création devance celle des grands studios américains.

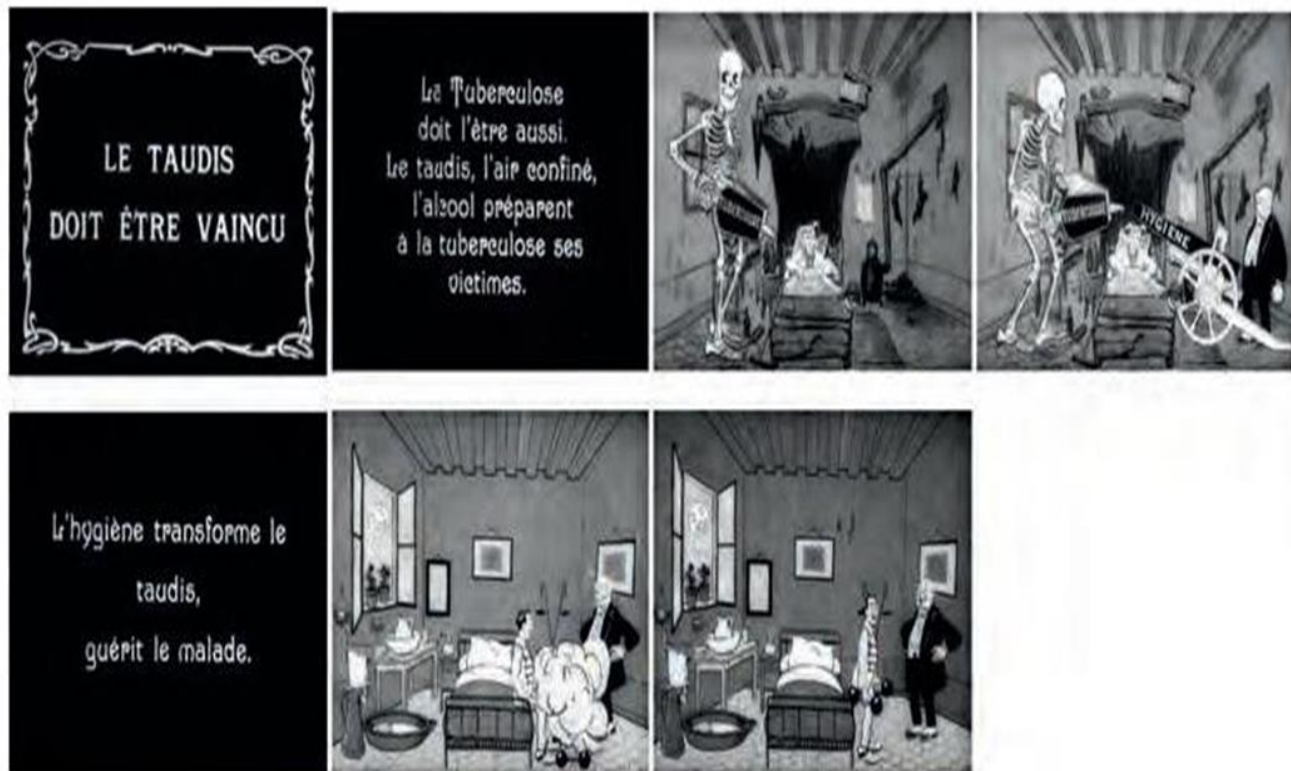
⁹³⁶Ce dessin est l'œuvre de Lortac. Il est extrait du film du même nom. Jean Lortac (1884-1973) est un écrivain illustrateur, portraitiste, critique d'art, scénariste français considéré comme le pionnier du dessin animé publicitaire. Lortac travaille avec un autre dessinateur Marius Rossillon, (1867-1946) dont le pseudonyme est O'Galop, caricaturiste, affichiste, illustrateur, auteur de dessins animés, aquarelliste. Il est l'inventeur du Bibendum Michelin. In Pierre Bailly, « O'Galop », *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 1999/32, p.123.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Ce dessin est issu du film du même nom. Le ton de ces dessins animés est humoristique et le personnage du squelette muni d'un soufflet qui répand la tuberculose est récurrent dans tous les films.

D'autres séries de films sont consacrés à la propagande antialcoolique et à la propagande antivénéérienne. Après les militaires, ces films sont diffusés sous l'impulsion de la Commission Rockefeller « aux notables, commerçants, ouvriers, femmes et aussi et surtout aux enfants scolarisés⁹³⁷. »

Figure 173b- Le taudis doit être vaincu⁹³⁸



Le taudis doit être vaincu met en scène le squelette meurtrier vaincu par l'hygiène et la propreté. Ces petits films sont destinés à un large public et leurs messages sont simples et directs.

Le dessin animé n'est pas le seul outil des films de propagande antituberculeuse. Jean Comandon utilise les techniques du cinéma muet dans lequel les images sont associées à des commentaires qui remplacent la parole manquante.

Le film intitulé « *Lavez-vous les mains avant chaque repas* », appartient à une famille de petits feuilletons de la santé réalisés en 1918 et 1919 dont la planche présentée ci-dessous propose les images.

Le cinéaste Jean Benoit-Lévy au cours des années 1930, réalise plus de 300 documentaires pour les services de la Ville de Paris associée au ministère de l'agriculture et du service de la propagande du ministère de la Santé⁹³⁹.

⁹³⁷ *Ibid.*

⁹³⁸ Thierry Lefebvre, Béatrice de Pastre, « Le petit feuilleton de la santé », *op.cit.*, p.33-14.

⁹³⁹ Valérie Vignaux, « Jean Benoit-Lévy un homme de son temps ou l'émotion de la vie », Site Internet www.lips.org consulté le 07/11/2019. « Jean Benoit-Lévy (1888-1959) est avocat de formation. Il œuvre pour la transmission du savoir par image fixe ou animée dans des séances d'éducation populaire. »

Figure 174- Le petit feuilleton de la santé⁹⁴⁰



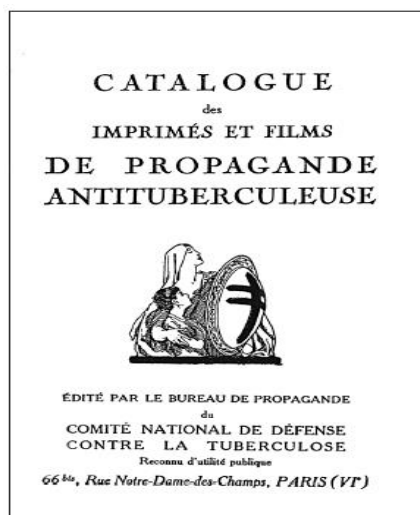
Un catalogue regroupant les films de Jean Comandon et les autres ouvrages de la lutte antituberculeuse⁹⁴¹ dont ceux de Jean Benoit-Lévy, paraît dans les années 1930. La cinémathèque ainsi constituée est dirigée par Lucien Viborel et permet la diffusion de films dans « 60 départements à plus de 10 millions de personnes ⁹⁴². »

⁹⁴⁰ *Ibid.*

⁹⁴¹ Institut Pasteur de Paris, Archives du CNDT.

⁹⁴² Lucien Viborel, « Education populaire et cinématographe : c'est le plus sûr auxiliaire de l'enseignement de l'hygiène », *La Vie Saine*, n°44, mars 1927, in Valérie Vignaux, « Jean Benoit-Lévy un homme de son temps ou l'émotion de la vie », Site Internet www.lips.org consulté le 07/11/2019.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.



L'image permet une large diffusion de la propagande antituberculeuse sous l'impulsion du service des armées françaises en 1916 relayé par la Commission Rockefeller dès 1917 puis par le Comité National de Défense contre la Tuberculose chargé de poursuivre les travaux de la commission américaine. Les images diffusées par voie d'affiches, de tracts par le biais du cinéma sont épaulées par un support que la propagande antituberculeuse va éclairer d'un autre jour et peut-être rendre encore plus populaire.

9.2 La propagande pour les dispensaires via les timbres antituberculeux

En 1902, le médecin français Gilbert Sersiron lors de la création du Bureau international de la tuberculose à Berlin propose de donner à la lutte contre la tuberculose « un étendard, un signe de ralliement⁹⁴³. » Le docteur Sersiron choisit comme emblème la Croix rouge à double barre transversale

« ...qui ornait l'étendard de Godefroy de Bouillon, placé en signe de victoire sur le clocher de la Basilique du Saint-Sépulcre à Jérusalem, lors de la première croisade en 1099⁹⁴⁴. »

Les caractéristiques exactes de la double croix rouge, sont minutieusement décrites lors de la conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose (UIT) en 1920. Cette double croix figure sur tous les timbres antituberculeux⁹⁴⁵.

9.2.1 Les timbres au service de la prophylaxie

Une première approche de cette étude propose un historique du timbre antituberculeux sur le plan international, puis s'intéresse aux quelques personnalités qui sont honorées en France par l'intermédiaire du timbre

⁹⁴³Cyr Voisin, *La Tuberculose, parcours imagé*, Tome 2, Regards, Images de la Tuberculose en France de 1900 à nos jours, *op.cit.*, p.35.

⁹⁴⁴*Ibid.*

⁹⁴⁵La croix rouge à double barre doit être pour Gilbert Sersiron « l'emblème de solidarité des peuples vis-à-vis de la maladie et de la mort, afin de relever les blessés des combats économiques et quotidiens, autrement dit une réplique de la Croix Rouge qui assure sur les champs de bataille la protection des blessés militaires. » In Arlette Mouret, « L'Imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », *Cahiers du Centre de recherches historiques*, 1994.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

antituberculeux et enfin recherche au travers des timbres émis les premières décennies après sa création, les thèmes en lien avec les dispensaires antituberculeux. L'histoire du timbre antituberculeux commence au Danemark. Le danois Einar Holboell⁹⁴⁶, employé des postes, eut le premier l'idée en 1904, d'un timbre antituberculeux. Ce timbre d'un montant modique, 10 centimes, vendu au mois de décembre, propice aux échanges épistolaires et à la générosité populaire, doit permettre d'abonder les caisses des œuvres antituberculeuses. Le timbre antituberculeux qui n'est pas émis par les services postaux, n'a pas une valeur d'affranchissement mais il peut être collé à côté de la vignette postale sur les lettres.

« Bien présenté, entouré d'une publicité bienveillante et active de la Presse, vulgarisé par des affiches fournies par le Comité qui s'était créé, le Timbre eut tout de suite la faveur du public⁹⁴⁷. »

**Figure 175-
Cinquantième du timbre
antituberculeux (1904-1954)**

En médaillon le portrait de
Einar Holboel



948

La Suède, puis la Norvège, suivies des États-Unis en 1907, entrent dans les campagnes du timbre antituberculeux de Noël. Les débuts de la vente des timbres antituberculeux sont difficiles aux États-Unis. Mais propagande, publicité et éducation ont fini par rendre ce timbre populaire et fructueux en termes de recettes pour abonder les caisses de « l'*American Tuberculosis Association* ⁹⁴⁹. » Le timbre antituberculeux fait une première apparition en France à partir de l'année 1925 sous l'impulsion du Comité de Défense contre la Tuberculose, vivement influencé par la mission Rockefeller. En 1925, un premier essai est tenté en Meurthe-et-Moselle⁹⁵⁰. Un bénéfice de 250 000 francs encourage

⁹⁴⁶Arlette Mouret, « L'Imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », in *Cahiers du Centre de recherches historiques*, op.cit.

« Deux millions de timbres furent édités en dix jours et six millions au lendemain de Noël. Exemple si encourageant que la Suède l'adopta la même année, la Norvège, deux ans plus tard. »

⁹⁴⁷Lucien Coutan, *Les campagnes du timbres antituberculeux Français du 20^e siècle, première partie 1925-1944*, Yvert et Tellier, 2010, p.7. Cet extrait est tiré d'un texte qui accompagnait l'affiche qui plébiscitait le timbre de 1928 en France.

⁹⁴⁸Voici la reproduction du timbre antituberculeux émis en 1954 pour le cinquantième anniversaire du timbre antituberculeux. Ce timbre est illustré d'une plaque figurant le portrait de d'Einar Holboell. Le drapeau Danois ainsi que la croix de lorraine rouge, emblème de la lutte contre la tuberculose figurent sur cette vignette.

⁹⁴⁹*Ibid.* Lucien Coutan reproduit en page7 de son ouvrage le texte qui accompagnait la petite affiche plébiscitant la campagne de l'année 1928.

⁹⁵⁰Assemblée générale du CNDT, *Revue de Phtisiologie Sociale*, 1925, 6, 281, in, Cyr Voisin, *La Tuberculose, parcours imagé*, Tome 2, op.cit., p. 97. Ce département est choisi par le CNDT « en raison de la solide organisation antituberculeuse de la Meurthe-et-Moselle. Il ne faut rien négliger pour ce premier essai, la publicité doit être méthodique, massive, coercitive pour ainsi dire. » Les forces vives locales autorités

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

l'extension de l'expérimentation en 1926 à 9 départements : l'Aisne, les Ardennes, le Finistère, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, le Pas-de-Calais, le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. Les bénéfices réalisés en 1926 se montent à plus de 2 millions, stipule l'affiche plébiscitant la campagne du timbre antituberculeux de l'année 1928-1929.

La campagne du timbre antituberculeux se déroule chaque année depuis 1927 en France du premier décembre au 5 janvier, ce qui explique que les dates des campagnes comportent deux années successives.

Une sélection des timbres en relation avec les actions prophylactiques menées au sein des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse est opérée pour réaliser la suite de cette étude. Pour commencer, voici les seules personnalités honorées par un timbre antituberculeux, outre Einar Holboel, à savoir, Villemin, Laënnec et Calmette.

Figure 176
Portrait de Jean-Antoine
Villemin (1827-1892).

Ses travaux portent sur la
contagiosité de la
tuberculose
Timbre de 1951



951

Le timbre édité à l'effigie de Villemin rappelle un concept fondamental qui illustre de manière synthétique l'action des dispensaires antituberculeux : *La tuberculose est contagieuse donc évitable*. En effet, les dispensaires antituberculeux sont aux premières lignes d'une lutte contre une maladie pour laquelle seule la prophylaxie offre la possibilité d'éviter la contagion. Jean-Antoine Villemin (1827-1892) a étudié les causes de la tuberculose et montré que cette maladie est contagieuse.



Figure- 177
René-Théophile-
Hyacinthe Laënnec
(1781-1826)
est l'inventeur du
stéthoscope.
Albert Calmette (1863-
1933)
avec Camille Guérin, il
met au point le B.C.G



952

civiles, religieuses et militaires, les membres de l'enseignement libre et public, les représentants patronaux, ouvriers, les professions libérales et la presse se mobilisent.

⁹⁵¹Lucien Coutan, Philippe Steff, *Les campagnes du timbre antituberculeux Français du 20^e siècle*, deuxième partie 1945-1969, Yvert et Tellier, p.69. Sur cette représentation du timbre, la publicité est faite pour une marque de dentifrice qui favorise l'hygiène dentaire.

⁹⁵²Lucien Coutan, *Les campagnes du timbres antituberculeux Français du 20^e siècle*, première partie 1925-1944, *op.cit.*, p.14-15.

Le timbre consacré au médecin Laënnec paraît en 1926 en l'honneur du centenaire du décès de l'inventeur du stéthoscope premier instrument qui permet au médecin d'interpréter les bruits émis par l'air passant dans les poumons. Le stéthoscope offre une avancée importante dans le diagnostic des maladies pulmonaires et notamment de la tuberculose. Laënnec, lui-même tuberculeux donne son nom à l'hôpital au sein duquel le dispensaire Léon-Bourgeois est inauguré en 1912.

Le dernier personnage timbrifié est Albert Calmette qui meurt en 1933. Le CNDT décide de lui rendre hommage en éditant le timbre antituberculeux de l'année 1934 à l'effigie du *Sauveur des tous petits par le BCG*. La valeur faciale du timbre représenté ci-dessus est de 5F pour la santé. Il est notable que le timbre antituberculeux a une double vocation : d'une part de faire passer un message au profit de la lutte contre la tuberculose et inciter les familles à faire vacciner les enfants dès leur plus jeune âge et d'autre part de demander à la population une aide financière pour contribuer au financement des actions et à la construction des édifices antituberculeux notamment les dispensaires et les sanatoriums.

Le dernier volet de cette présentation des timbres antituberculeux est consacré aux représentations en lien avec les dispensaires dont la vocation première est la prophylaxie, c'est-à-dire la protection et par voie de conséquence, la victoire contre la maladie.

Figure 177b-



953

A ce titre, le timbre émis par le CNDT pour l'année 1936 pendant laquelle se disputent les jeux olympiques à Berlin, représente une femme ailée qui illustre la déesse grecque de la victoire : Niké. Elle tient dans sa main droite la croix de lorraine qui symbolise la lutte contre la tuberculose depuis l'année 1902. Elle est protégée par un bouclier décoré en son centre d'une couronne de laurier qui récompensait les vainqueurs aux jeux olympiques organisés dans la Grèce antique. Le timbre antituberculeux de 1936, trois ans avant le début de la Seconde Guerre mondiale a des accents patriotiques et plébiscite les actions prophylactiques victorieuses du CNDT.

Le timbre véhicule des messages d'hygiène. La propreté est la première des règles prophylactique que les infirmières-visiteuses véhiculent de foyers en foyers pendant leurs missions auprès des familles.

⁹⁵³ *Ibid.*, p.135.

Figures 178-



954



955

Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse ont naturellement vocation à donner des conseils en matière d'hygiène. Le CNDT propose notamment en 1930 et en 1938 deux timbres intitulés *PROPRETE* en 1930 et *NET ET PROPRE* en 1938. Ces deux timbres présentent un adolescent qui profite de l'eau que donne la nature pour se doucher et s'assurer une bonne hygiène corporelle. Les infirmières-visiteuses jouent un grand rôle dans le fonctionnement des dispensaires antituberculeux.



956



Ainsi, les timbres des années 1932 et 1935 sont créés en l'honneur des infirmières-visiteuses, pièces maîtresses des dispensaires. Les infirmières-visiteuses sont reconnaissables à leur costume qui comporte un voile comparable à celui des religieuses de confession catholique. Sur le timbre de 1935 figure la mention *Mieux vaut prévenir*, véritable credo des dispensaires. Les infirmières-visiteuses sont entourées d'enfants joyeux et joueurs, signe de leur bonne santé et de leur confiance en cette femme qui travaille au service de la protection de la vie. Il faut attendre l'année 1952 pour trouver un timbre représentant une architecture de dispensaire.

⁹⁵⁴Lucien Coutan, *Les campagnes du timbres antituberculeux Français du 20^e siècle, première partie 1925-1944*, op.cit., p.58.

⁹⁵⁵*Ibid.*, p.164.

⁹⁵⁶*Ibid.*, p.119 et p.92.

Figures 179-



957



958

Le timbre antituberculeux, émis en 1952, qui représente le dispensaire propose l'image d'un bâtiment de deux étages, situé dans un parc aéré. C'est une construction qui semble avoir été conçue de façon très fonctionnelle pour le seul usage du dispensaire. Le timbre de l'année 1949 porte la devise du dispensaire « TOT DESPISTE, VITE GUERI ». Ce timbre représente un médecin qui effectue un examen radiologique sur un jeune homme.



959

Le timbre antituberculeux millésimé 1957-1958 semble signer l'aboutissement des actions de l'armement antituberculeux mis en place en France et dans les autres pays où la tradition d'émettre le timbre a été perpétuée. Le dépistage antituberculeux, la vaccination au B.C.G, les cures sanatoriales visent la réinsertion au sein de la société des tuberculeux guéris. « REPRENDS TA PLACE » annonce cet ouvrier à son collègue. La poignée de main semble sceller la réconciliation entre les personnes saines et les anciens malades, sans craindre la contagion. La fin de la peur de la contagion vis-à-vis des malades guéris, signerait certainement un grand pas prophylactique contre la tuberculose. Toutefois, la déclaration de cette maladie n'est toujours pas obligatoire en 1957, cette mesure est pourtant fondamentale pour diminuer les risques de contamination que font courir les malades aux personnes saines. Le tableau présenté ci-dessous récapitule les thèmes des représentations des timbres antituberculeux émis en France de 1927 à 1967.

⁹⁵⁷Lucien Coutan, Philippe Steff, *Les campagnes du timbre antituberculeux Français du 20^e siècle*, deuxième partie 1945-1969, *op.cit.*, p. 75.

⁹⁵⁸ *Ibid.*, p. 57.

⁹⁵⁹ *Ibid.*, p. 121.

Figure 180- Tableau des légendes du timbre français de 1927 à 1967 ⁹⁶⁰

1927	Le baiser au soleil
1928	Vivre
1929	De la lumière
1930	Propreté
1931	De l'air pur
1932	Joie de vivre
1933	Jeux et santé
1934	Calmette sauveur des tout-petits
1935	Mieux vaut prévenir
1936	La défense contre la tuberculose
1937	Sauvé !
1938	Net et propre
1939	Espoir
1945	Renaître
1946	Propreté et santé
1947	Guéri...je travaille
1948	Le BCG protège contre la tuberculose
1949	Tôt dépisté, vite guéri
1950	Sans repos, pas de guérison
1951	Villemin : la tuberculose est contagieuse donc évitable
1952	Le dispensaire
1953	La science vaincra
1954	Cinquantenaire du timbre antituberculeux (1904-1954)
1955	Préserver
1956	« Vous guérir ! »
1957	Reprends ta place
1960	Défendez vos enfants contre la tuberculose
1961	Traitement bien suivi, guérison assurée
1962-1963	BCG : Une assurance contre la tuberculose
1963-1964	Mieux informé, mieux défendu
1964-1965	Tuberculose dépistée, contagion évitée
1965-1966	Tous unis, tous responsables
1966-1967	Le BCG te protégera contre la tuberculose

Les lignes grisées correspondent aux années pour lesquelles l'émission de timbres antituberculeux est consacrée à l'action prophylactique. La moitié des timbres antituberculeux édités entre 1927 et 1967 ont un thème à vocation préventive.

Les mots choisis pour accompagner les illustrations des timbres antituberculeux sont chargés de sens. Ainsi les thèmes liés à la lumière, au soleil, à la vie sont évoqués dans les premières années d'émission du timbre de 1927 à 1929. L'autre thème récurrent est la propreté, l'air pur associé à la santé sur les timbres des années 1930, 1931 puis 1938 et 1946. Les verbes aux accents salvateurs tels que sauver, renaître, espérer, guérir sont écrits sur les timbres émis en 1934, 1937, 1939, 1945. En 1947 l'inscription indique GUERI JE TRAVAILLE associant la notion de guérison suivie de la réinsertion sociale de l'ancien malade tuberculeux. La prévention tient également un rôle important dans les messages

⁹⁶⁰Arlette Mouret, « L'Imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », in *Cahiers du Centre de recherches historiques*, op.cit.

diffusés par le biais des timbres antituberculeux. Les termes de préserver, dépister, défense, protection sont évoqués sur les vignettes des années 1934, 1935, 1936, 1948, 1949. Le B.C.G est plébiscité en 1934, 1948 puis plus tardivement en 1962 et 1966. Le ton des slogans sur les timbres antituberculeux prend un accent différent à partir de l'année 1950 SANS REPOS PAS DE GUERISON. La forme négative est pour la première fois utilisée dans les formules inscrites sur le timbre.

Les dispensaires et leurs actions sont évoqués en 1952 avec la reproduction du bâtiment spécialement conçu pour accueillir un dispensaire puis en 1955 avec la notion de préservation, en 1960 avec la notion de défense. En 1963 la formule inscrite sur le timbre MIEUX INFORME MIEUX DEFENDU précise le rôle d'informations des dispensaires, en 1964 le thème est également explicite TUBERCULOSE DEPISTEE , CONTAGION EVITEE. La guérison est envisagée dans les formules de timbres émis en 1947, 1949, 1956 et 1961 qui annoncent qu'un traitement bien suivi assure la guérison.

Figure 181- Couverture d'un carnet de timbres antituberculeux émis en France en 1930

961



Les timbres antituberculeux sont vendus en carnets. Les couvertures de ces carnets constituent des supports de propagande utilisés de manière optimale,

⁹⁶¹Lucien Coutan, *Les campagnes du timbres antituberculeux Français du 20^{ème} siècle, première partie 1925-1944, op.cit.*, p.56.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

comme le propose l'exemple de la couverture du livret de l'année 1930. La publicité pour des produits tels que *La javel La Croix*, désinfectant et donc outil d'hygiène, semble conforme à la ligne de conduite du CNDT. La publicité pour une marque de bananes peut également être assimilée à un conseil pour une alimentation saine destinée aux enfants. Mais que penser de la publicité pour une huile de moteur automobile ?

Le CNDT utilise également les couvertures des carnets de timbres antituberculeux pour informer la population des avancées en matière de prophylaxie antituberculeuse. Les nombres des dispensaires, des infirmières-visiteuses, des consultations sont ainsi publiés pour les années 1918 et 1928 montrant une forte augmentation de l'activité des dispensaires antituberculeux. Le timbre est donc vecteur de conseils et de propagande pour la lutte contre la tuberculose et d'informations concernant l'activité du CNDT. Ce timbre permet également au CNDT de collecter des fonds puisque les timbres sont vendus au prix de leur valeur faciale et que les produits plébiscités sur les couvertures des carnets sont certainement des sources de recettes pour le CNDT en provenance des entreprises qui les fabriquent.

Le timbre est-il un vecteur d'encaissement important en termes de flux financiers ? Comment les fonds récoltés sont-ils ventilés entre les divers acteurs de la lutte antituberculeuse, aux dispensaires notamment ?

9.2.2 : La vente des timbres antituberculeux collecte des fonds.

Trois sources documentaires permettent d'évaluer les recettes et l'utilisation des fonds récoltés pendant les campagnes du timbre antituberculeux. Un document d'une dizaine de pages édité par la préfecture de l'Aube indique la ventilation des recettes de la campagne du timbre de l'année 1931 ainsi que sa répartition au service de la lutte antituberculeuse. L'Aube qui ne fait pas partie des départements choisis et étudiés dans les chapitres précédents de ce travail. Il constitue cependant un exemple de comptabilité. Ce document, très détaillé est disponible sur le site Internet de la BNF, Gallica. Les Archives Départementales de Seine-et-Marne procurent le bilan des recettes du timbre antituberculeux pour les années 1932-1933 puis 1933-1934. En ce qui concerne l'affectation des sommes collectées en Seine-et-Marne, un fascicule de 1930 édité par le CNDT précise l'utilisation des fonds recueillis en 1928 pour la deuxième campagne du timbre antituberculeux. Enfin, dans les archives du CEDIAS-Musée Social à Paris, existe un document intitulé *Qu'a-t-on fait de l'argent du timbre en 1929 ? Utilisation des fonds recueillis dans la deuxième campagne nationale* édité par le CNDT qui indique le montant des recettes et leur utilisation pour chaque département pour les années 1928-1929 et 1929-1930. La deuxième campagne nationale du timbre tuberculeux affiche un produit brut de 18 153 842 francs⁹⁶². Les dépenses occasionnées par les frais de mise en place de cette campagne s'élèvent à 1 623 233 F soit 8,8% des recettes totales. Le bénéfice net est donc de 16 525 609 F. 5% de cette somme sont affectés au CNDT et 95% aux départements. Pour l'année 1930, le CNDT donne des directives quant à l'utilisation du produit de la vente du timbre. La première de ces directives

⁹⁶²*Qu'a-on fait de l'Argent du Timbre Antituberculeux en 1929 ? Utilisation des fonds recueillis dans la 2^e campagne nationale 1928*, édité par le CNDT, Paris, 1930.

indique que cet argent doit être exclusivement destiné à la lutte antituberculeuse. Les sommes doivent être en priorité allouées à la vaccination préventive des nouveaux nés au vaccin B.C.G de l'Institut Pasteur et au placement des enfants sains. Le professeur Léon Bernard, spécialiste en matière de tuberculose, préface le livret relatif à l'usage des fonds du timbre antituberculeux pour la campagne 1928-1929. Léon Bernard incite vivement les comités départementaux responsables de l'utilisation des fonds collectés, à privilégier l'installation de lits soit dans les hôpitaux soit dans les sanatoriums⁹⁶³.

Le CNDT indique dès la deuxième campagne du timbre la manière dont ses dirigeants souhaitent voir orienter la distribution des revenus du timbre :

- « 1- Au placement d'enfants pour les préserver de la contagion (œuvre de placement familial des tout-petits, foyers de l'œuvre Grancher...)
- 2- Aux envois en préventorium et en sanatorium marin d'enfants vivant dans un milieu contaminé.
- 3- Au placement des tuberculeux dans un établissement de cure.
- 4- A la création de lits pour tuberculeux⁹⁶⁴. »

Les premières années de la campagne du timbre antituberculeux, les préconisations du CNDT ne sont pas toujours respectées dans la mesure où dans certains départements une grande partie des bénéficiaires du timbre est versée aux dispensaires antituberculeux, comme par exemple dans le département de l'Eure où en 1927, 65% des sommes recueillies sont versées aux dispensaires⁹⁶⁵ alors que pour la même année, le département de la Seine-Inférieure, respecte les demandes du CNDT en abondant les fonds des œuvres sanatoriales ou celles destinées à la protection des enfants.

Léon Bernard préconise l'union de départements pour que les fonds du timbre mutualisés permettent la création de sanatoriums.

Le livret publié par le CNDT relatif à l'usage des fonds du timbre édité pour chaque département les résultats et la répartition de la collecte de la campagne du timbre antituberculeux pour l'année 1928-1929. Pour illustrer ce travail voici les chiffres du département de la Seine-et-Marne pour lequel un suivi des recettes des campagnes du timbres antituberculeux est mené pour plusieurs années consécutives offrant des points de comparaison dans le temps.

9.2.2.1 : Les fruits de la campagne Seine-et-Marnaise

Dans le département de Seine-et-Marne, l'organisation de la campagne est réalisée par l'Office Public d'Hygiène Sociale dont le siège est établi à la préfecture de Melun et dont le président est le préfet, le secrétaire général le docteur Lamy, connu pour ses actions dans la lutte antituberculeuse. En 1928 le département de la Seine-et-Marne dispose de 8 dispensaires, 3 préventoriums, d'une école de rééducation professionnelle et de 2 sanatoriums.

⁹⁶³ *Ibid.*

⁹⁶⁴ Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939) : La Normandie en proie à la peste blanche*, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2013.

⁹⁶⁵ *Ibid.*

Répartition du produit de la vente du timbre antituberculeux pour la campagne 1928-1929 en Seine-et-Marne⁹⁶⁶

Bénéfices de la vente 252 825,35 F

Fondations de lits de sanatoriums	70 500
Création du dispensaire de Ville-Paris	15 000
Création du dispensaire de la Ferté-sous-Jouarre	15 000
Assoc. des anciens combattants blessés du poumon	10 000
Comité de patronage du dispensaire de Meaux	32 746
Comité de patronage du dispensaire de Melun	29 387
Comité de patronage du dispensaire de Fontainebleau	23 047
Comité de patronage du dispensaire de Coulommiers	12 894
Comité de patronage du dispensaire de Provins	11 923
Colonies de vacances scolaires, subventions aux sociétés déclarées et spécialement organisées dans ce but	5 000
Réserve en cas d'imprévu à l'affecter ultérieurement	2 046

60% des bénéfices de la ventes du timbre pour la campagne menée en 1928-1929 en Seine-et-Marne sont dédiés aux dépenses affectées aux dispensaires antituberculeux. A cette date, les membres du comité départemental Seine-et-Marnais du timbre antituberculeux privilégient l'installation de dispensaires, naissante dans ce département à la suite des interventions et aux recommandations de l'inspecteur du CNDT, le docteur Evrot en 1927.

Répartition du produit de la vente du timbre antituberculeux pour la campagne 1929-1930 en Seine-et-Marne

Bénéfices de la vente 303 301 F

Hôpitaux et hôpitaux-sanatoriums 7 personnes 804 jours	6 396
Sanatoriums 9 personnes 1 053 journées	10 831
Préventoriiums 43 personnes 3 468 journées	23 101
Œuvre Grancher placement de 7 enfants 988 journées	12 764
Œuvre de plein air 105 enfants, 2 678 journées	30 578
Achats de 4 lits pour tuberculeux	2 298
Aménagement salle d'isolement hôpital de Fontainebleau	4 000
Organisation de 5 dispensaires	57 650
Assainissement de taudis, frais de loyers, secours alimentaires et pharmaceutiques, vestiaire pour trousseaux de sanatoriums ou de préventoriiums, secours de chauffage	81 499

Les recettes de la campagne 1929-1930 sont en hausse de 20% comparées à l'année précédente. 19 % des bénéfices de la vente du timbre sont affectés aux dispensaires antituberculeux. Un équilibre semble donc être établi d'une année sur l'autre en fonction des besoins de financement des divers acteurs de la lutte antituberculeuse en Seine-et-Marne. La campagne du timbre

⁹⁶⁶Qu'a-on-fait de l'Argent du Timbre Antituberculeux en 1929 ? Utilisation des fonds recueillis dans la 2^e campagne nationale 1928, *op.cit.*

antituberculeux de l'année 1933-1934 dans ce département s'accompagne d'une tombola qui permet d'augmenter les recettes, comme le montre le formulaire de comptabilité complété par le comité départemental du timbre.

Figure 182- Formulaire des recettes et dépenses liées à la campagne du timbre antituberculeux pour le département de Seine et Marne⁹⁶⁷

COMITE DEPARTEMENTAL DU TIMBRE
CAMPAGNE 1933-1934

La campagne 1933-1934 a été complétée par une Tombola dont le produit a été incorporé aux résultats généraux de la vente du Timbre dans le Département. Les résultats financiers sont les suivants:

Vente du Timbre antituberculeux	212.965.65
Tombola	142.439.65
Total	355.405.30

F R A I S

A - Timbre

-- Facture du Comité National (achat de Timbres, affiches, envois, etc.)	13.050.10
-- Frais de bureau (employé, correspondance, fourn.)	7.832.90
-- 10% aux P.T.T. et Cont. Ind.	1.597.50
Total des Frais du Timbre	22.480.50

B - TOMBOLA

Frais de la Tombola (lots, affiches, billets, correspondance, frais de bureau, etc.)	37.075.85
TOTAL des frais	59.556.35

Bénéfice net

Recettes	355.405.30
Dépenses	59.556.35
Bénéfice	295.848.95

95% au Département 281.056,50
5% au Comité National 14.792,45

Calcul du bénéfice net: $\frac{355.405,30}{406.108} = 8,75$

4^e au Class. 9^e 1/200

Pour le département de Seine-et-Marne, les chiffres pour les années 1932-1933 et 1933-1934 sont comparés dans le tableau suivant.

Figure 183- Résultat de la campagne du timbre antituberculeux en Seine-et-Marne pour les années 1932-1933 et 1933-1934⁹⁶⁸

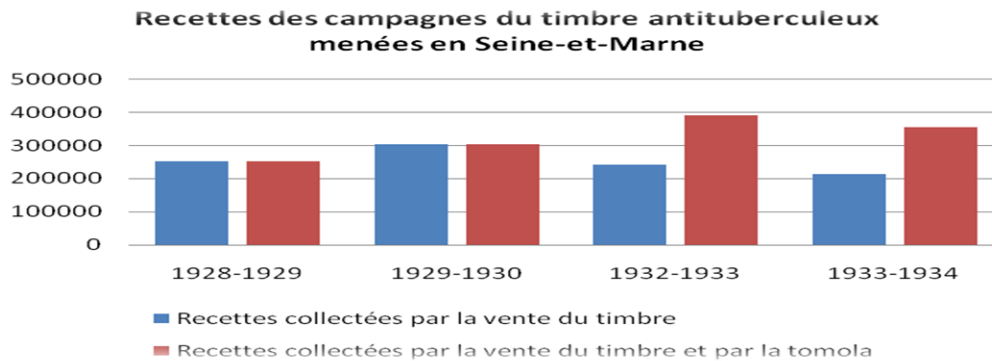
	1932-1933	1933-1934
Recettes		
1- Recettes du timbre	241 989,30	212 965,65
2- Recettes de la tombola	148 982,85	142 439,65
Recettes totales	390 972,15	355 405,30
Dépenses Timbres		
1- Remise de 10% sur le produit des ventes effectuées par les PTT	1 918,75	1 597,50
2- Fournitures de matériel par le CNDT (timbres, affiches, placards, etc.)	13 718,25	13 050,10
3- Frais d'impressions, de secrétariat, d'affranchissement et divers	7 020,90	7 832,90
Dépenses timbres	22 657,90	22 480,50
Tombola		
1- Frais des comités de patronage	9 257,30	
2- Frais affiches, lots, etc.	24 496,95	
Dépenses tombola	33 754,25	37 075,85
Total des dépenses	56 412,15	59 556,35
Calcul du bénéfice net	334 560,00	295 848,95
95% restent au département	317 832,00	281 056,50
5% reviennent au CNDT	16 728,00	14 792,45

⁹⁶⁷ Archives Départementales de Seine-et-Marne, *Timbre Antituberculeux*, boîte Xp 1114.

⁹⁶⁸ *Ibid.*

Les recettes des ventes du timbres baissent de 12 %, tandis que les recettes collectées au titre de la tombola fléchissent de 4,4 %.
 Pour les années 1928-1929 et 1929-1930 la tombola n'a pas été organisée et donc les recettes totales correspondantes à la seule vente des timbres.

Figure 184-



Voici une affiche qui annonce la campagne du timbre antituberculeux pour l'année 1939-1940 dans le département de Seine-et-Marne⁹⁶⁹.

Figure 185-



Cette affiche est à l'entête de la REPUBLIQUE FRANCAISE. Elle est éditée par le comité départemental du timbre antituberculeux présidé par le préfet de Seine-et-Marne. Les produits de la tombola sont répartis comme ceux du timbre à savoir 5% au CNDT et 95% qui restent au département et participent notamment

⁹⁶⁹ *Ibid.*

à la dotation de lots destinés à récompenser les participants à la tombola, pour un montant de 10 000 francs.

9.2.2.2 Les fruits de la campagne dans le département de l'Aube

Les comptes du département de l'Aube sont particulièrement détaillés et permettent une approche précise de l'affectation des recettes des ventes du timbres antituberculeux réalisées dans ce département.

Figure 186- Résultat de la vente du timbre antituberculeux pour l'année 1931 dans le département de l'Aube⁹⁷⁰

Recettes		114 756,00
Nombre de timbres vendus à 0,10	1 030 517	
Timbres auto-vitrine à 5 francs	2 341	
1- Timbres à 0.10 vendus par les Comités communaux		93 105,10
2- Timbres à 0.10 vendus par les bureaux de tabac		3 036,00
3- Timbres à 0.10 vendus par les bureaux de postes		5 872,00
4- Timbres à 0.10 vendus par la Trésorerie générale		1 038,60
5- Timbres auto-vitrine		11 705,00
	Total des recettes	114 756,70
Dépenses		
1- Remise de 10% sur le produit des ventes effectuées par les PTT		602,70
5 872F de timbres à 0.10		
155F de timbres-auto		
10% de 6 027F soit 602,70 au profit de la fédération des Sociétés Mutualistes des P.T.T		
2- Remise de 5% aux Receveurs-buralistes sur le produit de la vente par les bureaux de tabac		57,70
3- Fournitures de matériel par le CNDT (timbres, affiches, placards, etc.)		6 538,00
4- Frais de transport de ce matériel		168,45
5- Frais d'impressions, de secrétariat, d'affranchissement et divers		2 339,30
6- Frais d'imprimés de mandats-cartes (chèques-postaux) et frais de versement des fonds au compte chèque-postal		207,40
	Total des dépenses	9 913,55
Soit un produit net de la vente $114\ 756,70 - 9\ 913,55 = 104\ 843,15$		
	Produit nette de la vente	104 843,15
Sur le produit net il faut déduire :		
Une contribution de 5% au profit de CNDT soit		5 242,16
	Reste net pour le département	99 600,99
A cette somme vient s'ajouter		
Le reliquat de la campagne 1929-1930		
1 654,93 diminué de 269,10 pour frais de participation au Congrès national du Timbre antituberculeux et frais de mandats-chèques et frais de mandats-chèque		1 385,83
Les intérêts d'une somme de 50 000F placée à la Caisse d'Epargne de Troyes		1 896,00
Une somme de 35 000f mise en réserve lors de la répartition du produit de la vente du Timbre antituberculeux campagne 1929-1930)		35 000,00
	Total des sommes à ajouter	38 281,83
	Total de la somme disponible	137 882,82

⁹⁷⁰Préfecture de l'Aube. 2^e division. Vente du timbre antituberculeux. Résultats de la campagne 1930-1931. Organisation de la Campagne 1931-1932. Instructions. 1931.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Le compte de la somme à répartir au titre de la campagne du Timbre antituberculeux organisée en 1930-1931 dans le département de l'Aube montre que la majeure partie des recettes est collectée par les comités départementaux, aidés par les bureaux de tabac, les bureaux de postes et les services des trésoreries générales. Les bureaux de tabac se voient reverser 5% du montant de leurs collectes, tandis que les PTT en obtiennent 10%. Le prix du matériel de la campagne, les timbres, les affiches ainsi que tous les frais d'envois et d'affranchissements sont décomptés des recettes pour calculer le résultat de la campagne, augmenté d'intérêts d'une somme placée sur un compte et d'un montant réservé l'année précédente.

Dans sa réunion du 24 juin 1931, le Comité chargé de la répartition du produit de la vente du Timbre Antituberculeux émet les dispositions suivantes :

Figure 187- Répartition des recettes du timbre antituberculeux dans le département de l'Aube pour l'année 1931⁹⁷¹

1- De réserver une somme de pour les premiers frais de la campagne 1931-1932	1 382.83
2- D'affecter une somme pour attribuer un prix aux lauréats du concours de dessins (109 dessins primés) et aux frais d'impression des diplômes à décerner aux élèves participants au concours	1 500.00
3- D'allouer au département de l'Aube une somme pour sa participation aux frais de création d'un sanatorium interdépartemental pour femmes à Bergesserin en Saône-et-Loire	35 000.00
4- D'attribuer aux œuvres nommées les sommes suivantes :	
a. Institut Pasteur de Paris pour le B.C.G.	2 000.00
b. Colonies de vacances « La Laborieuse » de Troyes	6 000.00
c. Colonie de vacances « L'Alliance Troyenne »	6 000.00
d. Société « Le Grand Air » à Troyes	
i. Colonie de vacances	6 000.00
ii. Ecole de plein air	6 000.00
e. A l'Office départemental des Pupilles de la Nation Colonies de vacances et placement en préventorium	18 000.00
f. A l'Œuvre Grancher section de l'Aube	18 000.00
g. A l'œuvre de préservation antituberculeuse des Chemins De Fer Français	8 000.00
h. A l'œuvre des sanatoriums des cheminots	7 000.00
i. A l'Institut de prophylaxie sociale de l'Aube Troyes	18 000.00
j. A la ligue des Combattants de la Grande Guerre de l'Aube A Troyes (Colonies de vacances)	3 000.00
k. A la société coopérative de consommation « L'Union » Colonies de vacances	1 000.00
l. A l'œuvre de mademoiselle Thomassin	1 000.00
	Soit un total de 137 882.83

⁹⁷¹ *Ibid.*

Le produit de la campagne du timbre pour l'année 1930-1931 dans le département de l'Aube est majoritairement affecté aux actions prophylactiques destinées aux enfants. Les sommes sont allouées à des colonies de vacances dont la vocation est de protéger les enfants sains de la contagion en les plaçant dans des centres situés en montagne, en campagne ou au bord de la mer, dans un environnement où l'air est sain et dans lesquels les enfants sont correctement alimentés et exercent des activités de plein air. Une somme importante de 35 000 francs est versée pour participer aux frais d'installation d'un sanatorium interdépartemental, suivant les préconisations du professeur Léon Bernard et du CNDT.

9.2.2.3 Les fruits de la campagne dans le département de la Seine-Inférieure

A la veille de la dixième campagne du timbre antituberculeux mis en vente du 1^{er} décembre au 5 janvier 1936 le comité du timbre antituberculeux de la Seine-Inférieure publie le compte rendu présenté au Comité départemental⁹⁷².

13 681 francs sont versés au Comité National

259 950 francs sont affectés à la lutte antituberculeuse au cours de l'année précédente.

L'affectation qui a été faite en 1935 des fonds recueillis en 1934 est la suivante :

15 072 francs sont versés au Comité National

286 386 francs sont affectés de la manière suivante :

Sommes affectées aux placements suivants :

- Œuvre Grancher	30 000
- Préventorium	52 000
- Sanatorium marin	13 000
- Préventorium adultes	4 000
- Sanatoriums et hôpitaux sanatoriums	24 000
- Placement familial	16 000
- Œuvres de plein air	32 000
- Secours	
Secours individuels aux tuberculeux et à leur famille	20 000
Subventions aux œuvres tuberculeuses	100 750

Le compte rendu du Comité Département de la Seine-Inférieure ne détaille pas la somme de 100 750 francs attribuée en subvention aux œuvres tuberculeuses qui peuvent comporter entre autres des dispensaires antituberculeux. Le tiers des recettes perçues est consacré aux aides pour le placement des enfants, en

⁹⁷²Site internet Gallica, <https://gallica.bnf> consulté le 7 mars 2019, 10^e campagne nationale du timbre antituberculeux organisé par le Comité National de Défense contre la Tuberculose et le Comité départemental de la Seine-Inférieure.

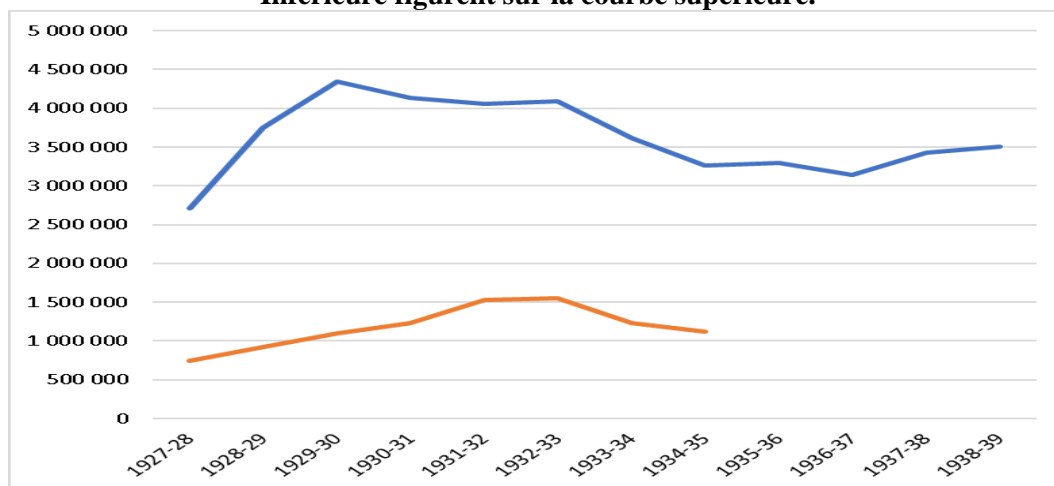
considérant que les préventoriums sont des sanatoriums réservés aux enfants et aux adultes atteints de primo-infection tuberculeuse.

Figure 188- Ventes des timbres antituberculeux dans les départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure entre 1927 et 1939⁹⁷³.

Années	Eure	Moyenne par habitants	Bénéfice	Seine-Inférieure	Moyenne par habitant	Bénéfices
1927-28	746 857	2,41	52 692	2 709 522	3,06	201 690
1928-29	917 000	2,96	86 626	3 748 280	4,023	317 049
1929-30	1 098 132	3,55	102 138	4 344 365	4,77	376 049
1930-31	1 227 810	3,97	108 138	4 132 071	4,57	350 267
1931-32	1 528 574	5		4 056 647	4,48	341 275
1932-33	1 550 013	5,07		4 092 527	4,52	346 425
1933-34	1 232 511	4,14	117 144	3 612 951	3,99	308 252
1934-35	1 119 382	3,76	113 679	3 258 101	3,9	301 459
1935-36			95 181	3 292 011	3,6	272 949
1936-37			91 401	3 145 699	3,44	261 813
1937-38	985 357	3,21	81 206	3 429 178	3,75	295 315
1938-39			75 588	3 502 334	3,83	288 122

Ce tableau récapitule les ventes de timbres antituberculeux par année pour les deux départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure. La moyenne par habitants indique le nombre moyen de timbres vendus par chaque habitant du département. La colonne bénéfice comporte des montants représentant entre 7 et 10 % du montant des ventes.

Figure 188b- Ventes des timbres antituberculeux dans les départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure entre 1927 et 1939, les recettes du département de la Seine-Inférieure figurent sur la courbe supérieure.



Les recettes de la vente du timbre antituberculeux dans le département de la Seine-Inférieure connaissent un lent départ entre les années 1927 et 1929, mais la troisième campagne procure à ce département sa collecte la plus importante jusqu'à l'année 1939. Les trois campagnes suivantes de 1930 à 1933 offrent une relative stabilité des ressources perçues par le comité départemental. De 1933 à 1935, les ventes de timbres tuberculeux décroissent fortement puisqu'entre

⁹⁷³Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939), La Normandie en proie à la peste blanche, op.cit.*, Chapitre 6.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

1929-1930 et 1934-1935, les encaisses baissent de 25%, avant de connaître une certaine stagnation de 1936 à 1939. Les données du département de l'Eure sont incomplètes et révèlent des écarts moins importants après un départ encore plus difficile entre 1928 et 1932 que celui constaté dans le département de la Seine-Inférieure, devenue Seine-Maritime en 1955.

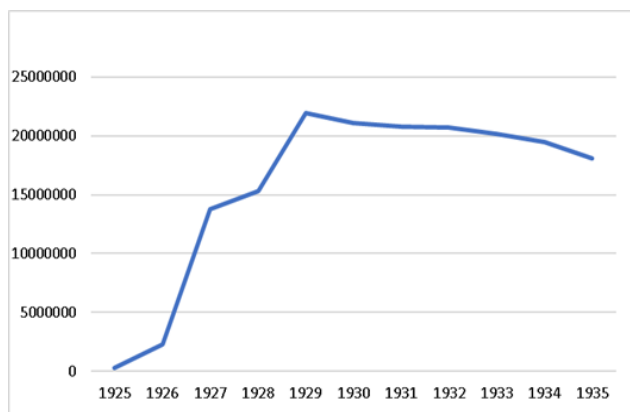
Ces constatations locales reflètent-elles une réalité nationale ?

9.2.3 Les enfants, premières cibles de la vente du timbre antituberculeux

Le Comité National de Défense contre la Tuberculose orchestre chaque année les campagnes du timbre en prenant appui sur les comités départementaux créés à cet effet. Le CNDT fournit le matériel composé des timbres, des affiches et des films de propagande.

Figure 189- Recette brutes issues de la vente du timbre antituberculeux, sommes totales au niveau national de la France⁹⁷⁴

1925	265 775 fr
1926	2 294 270 fr
1927	13 788 978 fr
1928	15 286 140 fr
1929	21 904 237 fr
1930	21 125 755 fr
1931	20 765 952 fr
1932	20 727 479 fr
1933	20 131 351 fr
1934	19 509 329 fr
1935	18 065 402 fr



La croissance des recettes les cinq premières années des campagnes du timbres antituberculeux est rapide et spectaculaire, entre 1926 et 1930, les recettes sont multipliées par 9,2. Mais, dès la sixième campagne, les recettes commencent à fléchir et entament un mouvement de baisse régulière jusqu'en 1935. La crise des années 1930 a-t-elle freiné la participation des foyers aux campagnes du Timbre antituberculeux ? C'est une possibilité qui n'arrête pas les efforts du CNDT car les campagnes perdurent et même avec des recettes plus réduites, continuent de générer des bénéfices réinvestis dans la lutte contre la tuberculose, comme le montre cette affiche de 1936 plébiscitant le timbre de cette année-là.

L'affiche présentée ci-après, est éditée par le CNDT en 1936 et rappelle les directives de répartition des recettes des campagnes du timbres « les mesures de prévention, les mesures de traitement ». Les photographies présentées sur cette affiche sont :

Le village sanatorium « Le Roc les Fiz »
 Une cure de soleil au sanatorium Parigné-l'Evêque
 L'institut marin de Palavas-les-Flôts

⁹⁷⁴Stéphane Henry, *Vaincre la tuberculose (1879-1939)*, : *La Normandie en proie à la peste blanche*, op.cit.

L'école de plein air de Liesse
 Vallauris-le-Canet (Alpes Maritimes) Institut d'actinologie⁹⁷⁵

Figure 190- 10^{ème} campagne du timbre antituberculeux menée en 1936 ⁹⁷⁶



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque municipale de Rouen

Ces références et les lieux cités dans cette affiche promeuvent les cures sanatoriales et les centres créés pour protéger les enfants sains de la contagion. En France, Le comité d'honneur et de patronage du Timbre « comprend toutes les autorités civiles, religieuses et militaires, les membres de l'enseignement public et libre, les représentants patronaux et ouvriers du commerce et de l'Industrie, des professions libérales et de la presse⁹⁷⁷. » Toutefois, l'effort est porté principalement par les écoles et les écoliers, pressentis comme les véritables vecteurs des campagnes du timbre antituberculeux. L'école est un lieu de diffusion des connaissances aussi bien dans les domaines culturels que sanitaires. Les écoliers sont des vendeurs de timbres auprès de leur famille et dans le voisinage de leur domicile. Les fonds collectés sont rassemblés au sein des écoles avant d'être reversés aux comités départementaux chargés de la

⁹⁷⁵ L'actinologie est l'étude de l'action des radiations du spectre solaire sur l'homme et les tissus vivants.

⁹⁷⁶ <https://gallica.bnf.fr/>

⁹⁷⁷ Arlette Mouret, *L'imagerie de la lutte contre la tuberculose, op.cit.*

gestion des campagnes du timbre antituberculeux. « Les enfants sont les cibles privilégiées à la fois destinataires et médiateurs du message⁹⁷⁸. »

L'école est un lieu où les enfants des villes et surtout des campagnes sont regroupés et donc facilement accessibles pour recevoir des informations prophylactiques. D'autre part, le B.C.G est principalement administré aux enfants les plus jeunes. Les enfants constituent enfin un lien entre les autorités sanitaires et leurs parents. Ils sont porteurs des messages prophylactiques auprès de leurs aînés et sont sensés activer un cercle vertueux qui les incluent ainsi que leur entourage et leurs futures descendance.

Le timbre antituberculeux plébiscite la lutte contre la tuberculose dans un grand nombre de pays dont les meilleurs spécialistes se réunissent en congrès internationaux pour porter à la connaissance de tous les progrès réalisés par la science pour combattre cette maladie.

9.3 L'action des organismes internationaux pour la prophylaxie

La prolifération des maladies épidémiques comme la peste, la fièvre jaune, le choléra, le typhus, s'accélère avec l'expansion des moyens de transport. C'est pourquoi les congrès internationaux d'hygiène établissent des normes prophylactiques et des conventions sanitaires internationales. Paris, capitale dans laquelle l'Institut Pasteur exerce son influence, est le siège de l'Organisation Internationale de l'Hygiène Publique dès 1903⁹⁷⁹. Après la Première Guerre mondiale, la Société Des Nations voit le jour sur les bases d'un nouvel ordre international. La SDN organise une commission qui porte le nom de « commission du typhus » car cette maladie connaît des épisodes épidémiques entre 1920 et 1923. La commission du typhus déploie son action dans cinq pays : la Pologne, l'Union Soviétique, l'Ukraine, la Grèce et la Lettonie⁹⁸⁰.

9.3.1 Les organismes internationaux avant et après la création de la SDN

L'Union Internationale Contre la Tuberculose (UICT) est le fruit de l'entente de 31 pays qui décident en 1920 après la fin de la Première Guerre mondiale d'œuvrer contre la tuberculose. L'UICT est l'héritière du Bureau central de la prévention de la tuberculose établi en 1902 à Berlin qui ferme avec l'arrivée du premier conflit mondial.

« Il est nécessaire que tous les pays souhaitant l'éradication de la tuberculose décident entre eux des méthodes à employer, s'accorder sur le choix des armes les plus efficaces et fassent front ensemble à l'ennemi commun. C'est dans cet esprit et ce but que nous souhaitons créer une Union Internationale Contre la Tuberculose⁹⁸¹. »

⁹⁷⁸ *Ibid.*

⁹⁷⁹ Céline Paillette, « Epidémies, santé, ordre mondial, Le rôle des organisations sanitaires internationales », *op.cit.*

⁹⁸⁰ Marta Aleksandra Balinska, « Assistance and not mere relief : the Epidemic Commission of the League of Nations », 1920-1923, in Paul Weindling, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995, p.81-108.

⁹⁸¹ Léon Bernard, Comité national français, 17 octobre 1920, *L'Union, 90 ans de collaboration et d'innovation*, Union Internationale Contre la Tuberculose et le Maladies Respiratoires, Paris, 2010.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Les 31 pays représentés à la première conférence de l'UICIT sont les suivants : Pour l'Europe figurent 16 pays, à savoir la France, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, la Serbie, la Suède, la Suisse et la Tchéco-Slovaquie.

Pour l'Amérique du nord sont représentés les États Unis d'Amérique et le Canada. Pour l'Amérique latine les pays suivants sont membres de l'UICIT : la République d'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la République de Colombie, Cuba, le Guatemala, le Panama, le Paraguay.

Pour les pays du reste du monde il y a la Chine, le Japon, Siam (ancien nom de la Thaïlande) et enfin la Perse⁹⁸². L'État Libre d'Irlande et la Lettonie rejoignent plus tard les pays membres de l'UICIT. Les pays aux régimes totalitaires qui émergent en Europe dans l'entre-deux-guerres entre 1920 et 1938 sont exclus de cette union internationale⁹⁸³.

La question sociale étudiée pendant le congrès de l'UICIT de 1920 qui se tient à Paris concerne la prophylaxie de la tuberculose dans chacun des pays adhérents à l'union. A ce titre, les membres de la conférence sont invités à visiter des établissements antituberculeux comme le sanatorium de Bligny ou le préventorium du Plessis-Robinson. Des visites sont organisées à l'hôpital Laënnec dont le chef de service est Léon Bernard, et dans les dispensaires suivants :

« Le dispensaire Léon-Bourgeois de l'hôpital Laënnec,
Le dispensaire du XVIII^e arrondissement de la rue Marcadet, premier dispensaire ouvert à Paris et qui en 1920 est géré par l'Office public d'Hygiène sociale),
Les dispensaires du XX^e arrondissement créés par la mission Rockefeller, dont le chef de service est le docteur Küss.
Le dispensaire Central situé 10 rue Léon-Giraud
Le dispensaire Combat situé 50 avenue Secrétan
Le dispensaire Albert-Calmette de la rue glacière dont le chef de service est le docteur Guinard, géré par l'OHS.
Le dispensaire du V^e arrondissement rue Monge chef de service docteur Janin géré par l'OHS.
Le dispensaire du VI^e arrondissement, rue Saint-André-des-Arts géré par l'OHS, chef de service docteur Genevrier.
Le dispensaire du XV^e arrondissement rue Tiphaine géré par l'OHS chef de service est le docteur Bergeron⁹⁸⁴. »

La prophylaxie et la place des dispensaires dans la lutte contre la tuberculose tiennent en effet une place importante lors de cette première conférence de

⁹⁸²CNDT, *Conférence internationale contre la tuberculose*, Paris, octobre 1920, Masson et Cie Editeurs, Paris, 1921.

⁹⁸³Paul Weindling, «Constructing international health between the wars. Cambridge University Press », *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, 1995, p.1-13.

⁹⁸⁴CNDT, *Conférence internationale contre la tuberculose*, op.cit.

l'UICIT à Paris. Léon Bernard qui prononce le discours inaugural rappelle les grands axes du combat antituberculeux suivis notamment par la France.

« Chaque pays a affronté l'adversaire a réglé et institué ses méthodes. En France, où Albert Calmette, comme Malvoz en Belgique, comme Sir Robert Philip en Grande-Bretagne, avait fait connaître les bienfaits du dispensaire où Grancher avait fixé les principes de la préservation de l'enfance ; où Peyrot avait inauguré l'éducation populaire antituberculeuse ; c'est dans cette voie que nous nous sommes dirigés⁹⁸⁵. »

Léon Bernard dresse l'avenir de la lutte internationale contre la tuberculose. Il précise que la Société des Nations s'est emparée des problèmes de santé publique appuyée par la création d'un Bureau International d'hygiène.

« Ainsi, notre future Union Internationale, qui se propose l'étude pratique de la défense mondiale contre la tuberculose, devra-t-elle se tenir aux côtés de ce Bureau international d'hygiène, collaborer avec lui, l'aider de ses recherches et de ses expériences dans un domaine si vaste et si spécial qu'il nécessite un organe particulier⁹⁸⁶ ».

Léon Bernard anticipe un rôle de l'UICIT à côté de la SDN naissante en précisant l'importance d'un organe entièrement dédié à la lutte contre la tuberculose qui est la vocation de l'UICIT agissant aux côtés du Bureau international d'hygiène dont le spectre d'action est beaucoup plus large.

L'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) est créé en 1907 à Rome et est dissout en 1946. Il est placé sous l'autorité d'un Comité international composé de délégués, techniquement qualifiés dans le domaine de la santé et désignés par les états membres. A partir de 1923, l'OIHP outre la lutte contre les maladies transmissibles telles que la peste, le choléra et la fièvre jaune, se penche sur la diffusion de fléaux sociaux comme la tuberculose et les maladies vénériennes qui se développent dans les pays où la population connaît de mauvaises conditions de vie sanitaire⁹⁸⁷. L'OIHP dispose de l'autonomie budgétaire et est financé par les états membres suivant un prorata qu'ils définissent eux-mêmes. L'OIHP se donne pour mission de diffuser les débats scientifiques et médicaux, comme par exemple les recherches concernant les relations entre la tuberculose bovine et humaine afin de permettre la mise en place d'une prophylaxie efficace⁹⁸⁸.

La Société Des Nations créée en 1920 a pour mission de préserver la paix en Europe après le conflit sanglant de la Première Guerre mondiale. La SDN siège à Genève de sa création en 1920 à sa dissolution en 1946. La SDN compte divers bureaux ou comités spécialisés dont notamment le Bureau International du Travail (BIT), la Cour de Justice Internationale et l'Organisation d'Hygiène qui

⁹⁸⁵*Ibid.*, p.19.

⁹⁸⁶*Ibid.*, p.20.

⁹⁸⁷Beigdeber, Yves, « Les origines historiques de l'OMS », *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, 1998.

⁹⁸⁸Céline Paillette, « Epidémies, santé, ordre mondial, Le rôle des organisations sanitaires internationales », *op.cit.*

répond aux dispositions de l'article 23 du Pacte de la SDN prévoyant que ses membres s'efforceraient de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies⁹⁸⁹. L'Organisation de la section d'hygiène de la SDN (OHSN)⁹⁹⁰ est « au cœur d'un système sanitaire hybride et multipolaire⁹⁹¹. » Iris Borowy développe les actions de l'OHSN pendant le temps de la crise des années 1930 et des manques alimentaires qu'elle cause dans la population. Elle indique les travaux que l'OHSN et le Bureau International de Travail menèrent en coopération.

D'après un organigramme de juin 1927 issu des archives de la SDN⁹⁹², l'organisation d'hygiène de la SDN est composée d'une section d'hygiène pourvue d'un organe consultatif conseillé par l'Organisation Internationale d'Hygiène Publique qui coopère également avec le Comité exécutif de la section d'hygiène de la SDN. La section d'Hygiène de la SDN est financée par la Fondation Rockefeller et coopère avec les Comités et commissions techniques de la SDN et le Bureau International du Travail et l'Organisation internationale de la Croix-Rouge. L'influence américaine dans les organisations internationales de santé est due à l'envergure de la Croix Rouge Américaine (ARC : American Red Cross) et de la Fondation Rockefeller. Le rôle de la Croix Rouge Américaine est moins étudié que celui de la Fondation Rockefeller, Howard Jones professeur d'histoire à l'Université de l'Alabama en 1987, suggère cependant que l'ARC a joué un rôle primordial dans la création de la section santé de la SDN⁹⁹³. De nouvelles priorités se dessinent « en faveur de la santé des mères et des enfants à la prévention de maladies chroniques comme la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles. Les scientifiques du monde entier s'accordent pour centrer les actions autour des avancées dans les domaines de la biologie et des sciences sociales⁹⁹⁴ ». Le Bureau International du Travail ne s'investit pas dans la lutte contre la tuberculose pour ne pas empiéter sur les actions de la SDN en la matière⁹⁹⁵.

La création de la SDN ne ralentit pas les travaux de l'Office International d'Hygiène Publique (OIHP) de l'entre-deux guerres jusqu'en 1946 car la SDN souffre de l'absence dans ses rangs de l'Union Soviétique, de l'Allemagne, de l'Italie et des États Unis qui n'adhèrent pas au programme du président Woodrow Wilson, initiateur de la SDN. OIHP coopère avec le BIT sur la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles⁹⁹⁶. Isabelle Lespinet-Moret montre l'étendue des travaux du BIT menés grâce à la participation d'experts et

⁹⁸⁹Beigdeber, Yves, « Les origines historiques de l'OMS », *op.cit.*

⁹⁹⁰Organisation d'Hygiène de la Société des Nations.

Iris Borowy, « La société des nations, la crise des années 1930 et la santé », *Tribunes de la santé*, 2012/3, n°36, p.21-27.

⁹⁹¹Céline Paillette, « Epidémies, santé et ordre mondial, Le rôle des organisations sanitaires internationales », *op.cit.*, p.256.

⁹⁹²*Ibid.*

⁹⁹³ « Towers, Bridget, Red Cross organisational politic, 1918-1922 : relations of dominance and the influence of United States », in Paul Weindling, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, *op.cit.*, p.36-55.

⁹⁹⁴Weindling, Paul, « Social medicine at the League of Nations Health Organisation and the International Labour Office Compared », in Paul Weindling, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, *op.cit.*, p.134-153.

⁹⁹⁵Confère Isabelle Lespinet-Moret, Thèse de HDR, *Institutions du travail et réformateurs sociaux, fin du XIX^e-milieu du XX^e siècle* », soutenue en 2015.

⁹⁹⁶*Ibid.*

de représentants du monde du travail pour les recherches notamment en matière de protections nécessaires pour sécuriser les pratiques professionnelles. La Ligue des sociétés de la Croix Rouge dont le siège se situe également à Genève, continue les efforts menés pendant la Première Guerre mondiale dans la lutte contre la tuberculose, le cancer et l'alcoolisme⁹⁹⁷.

La création et le fonctionnement de la SDN ne perturbe pas les travaux des conférences de l'UICR dont la troisième conférence se tient au Palais des Académies de Bruxelles au mois de juillet 1922. Trois questions sont traitées pendant les journées de communications :

- « 1- La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant à l'âge pré scolaire.
- 2- La prophylaxie dans les familles des infirmières-visiteuses.
- 3- Le travail des tuberculeux pendant et après la cure⁹⁹⁸. »

Lors de cette conférence, l'hérédité de la tuberculose n'est pas reconnue comme cause de tuberculose des nourrissons. Les spécialistes présents s'accordent sur le fait que la transmission du bacille de Koch provient du contact de la mère tuberculeuse, de l'inhalation ou de l'ingestion des gouttelettes humides ou des poussières sèches répandues autour des tuberculeux pulmonaires.

Le fonctionnement des dispensaires antituberculeux fait l'objet d'études au niveau international. A propos des infirmières-visiteuses, les rapporteurs Miss Catherine Olmsted et le docteur René Sand respectivement directrice de la section des Infirmières Visiteuses de la ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et secrétaire général de cette ligue, soulignent que :

« C'est en 1899 que fut instauré aux États-Unis le premier service systématique et indépendant de visites au domicile des tuberculeux. Les résultats obtenus au bout d'un an donnèrent naissance aux deux premiers dispensaires d'hygiène sociale (Malvoz à Liège, Calmette à Lille), centres de prophylaxie par excellence dont le bon fonctionnement repose entièrement sur le rôle qu'y joue l'infirmière-visiteuse⁹⁹⁹. »

Les visites aux domiciles des tuberculeux sont donc systématisées aux États-Unis, avant la création des premiers dispensaires antituberculeux en Belgique puis en France, comme l'indique le rapport de Catherine Olmsted et du docteur René Sand. Ce qui n'exclut pas l'existence des infirmières-visiteuses dans les premiers dispensaires français.

La IV^{ème} conférence de l'Union Internationale contre la Tuberculose se tient à Lausanne en 1924. Le thème principal de cette conférence est lié à l'étude du bacille de Koch. Une intervention du professeur Robert Philip d'Edimbourg s'intitule : « Les effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse¹⁰⁰⁰. » Sir Philip déclare que la « tuberculose dégringole, elle bat en retraite et cela montre bien que la

⁹⁹⁷ Jean-Charles Sournia, *Histoire de l'humanité : Le XX^e siècle : de 1914 à nos jours*, UNESCO, 2009, p.433.

⁹⁹⁸ *Bulletin de l'Association des Dames Françaises*, Paris, 1922/11-1922/12.

⁹⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰⁰ Société de médecine publique et de génie sanitaire, *Le mouvement sanitaire*, 1924, Paris, p.228.

campagne antituberculeuse et ses résultats ne sont pas des contes de fées¹⁰⁰¹. » Cette déclaration optimiste s'appuie toutefois sur des données chiffrées qui montrent une baisse de la mortalité tuberculeuse dans les pays membres de l'UICT.

Les conférences suivantes se tiennent en 1926 à Washington, en 1928 à Rome, en 1930 à Oslo, en 1932 à Amsterdam, en 1934 à Varsovie et en 1937 à Lisbonne.

La VII^{ème} conférence d'Oslo du mois d'août 1930 a pour principal objet la vaccination contre la tuberculose par le B.C.G, sujet d'une actualité brûlante avant le procès de Lübeck de 1931 qui intervient après les décès accidentels d'une trentaine d'enfants ayant reçus une dose de B.C.G mal préparée.

En 1938, le Comité exécutif et le Conseil Directeur de l'Union Internationale contre la Tuberculose dont le Secrétaire Général est le professeur Fernand Bezançon¹⁰⁰² président de l'Académie de médecine se sont réunis à Paris boulevard Saint-Michel, sous la direction du professeur portugais Lopo de Carvalho. Cette réunion a pour objet de fixer le programme de la conférence de Berlin prévue en septembre 1939. L'ordre du jour de cette conférence est établi autour des sujets suivants :

- « 1- Problème de la virulence du bacille de Koch.
- 2- Intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire chez les sujets au-dessus de 15 ans.
- 3- La réadaptation des tuberculeux au travail¹⁰⁰³. »

La conférence n'a pas lieu à Berlin à cause du début du deuxième conflit mondial. Après la Deuxième Guerre mondiale, la conférence de 1950 est organisée à Copenhague.

Les divers organismes internationaux ont des rôles disparates sur la question concernant la tuberculose. La SDN laisse le soin de la diffusion scientifique à l'OIHP. L'UICT continue à tenir régulièrement des conférences de 1920 à 1937 durant lesquelles trois axes de réflexions organisent les débats. La prophylaxie antituberculeuse constitue une question systématiquement évoquée. Les années 1940 sont le théâtre de la découverte de la streptomycine et de la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui poursuit l'œuvre de l'OIHP et du comité d'hygiène de la SDN. L'UICT devient alors la première Organisation Non Gouvernementale (ONG) officiellement reconnue par l'OMS¹⁰⁰⁴. En 1945 l'Organisation des Nations Unies reprend la charte de la SDN.

Comme le suggère Sir Robert Philip en 1924 à la conférence de l'UICT de Lausanne, la mortalité tuberculeuse est-elle en baisse sur le plan international ?

¹⁰⁰¹ *Ibid.*

¹⁰⁰² Fernand Bezançon (1868-1948) est médecin des hôpitaux à l'hôpital Tenon, La Charité, Boucicaut. Il est professeur de clinique tuberculeuse à l'hôpital Laënnec. Site data.bnf.fr consulté le 23/01/2019.

¹⁰⁰³ *Antenne médicale*, Paris, 1938/07-1938/12, Août 1938.

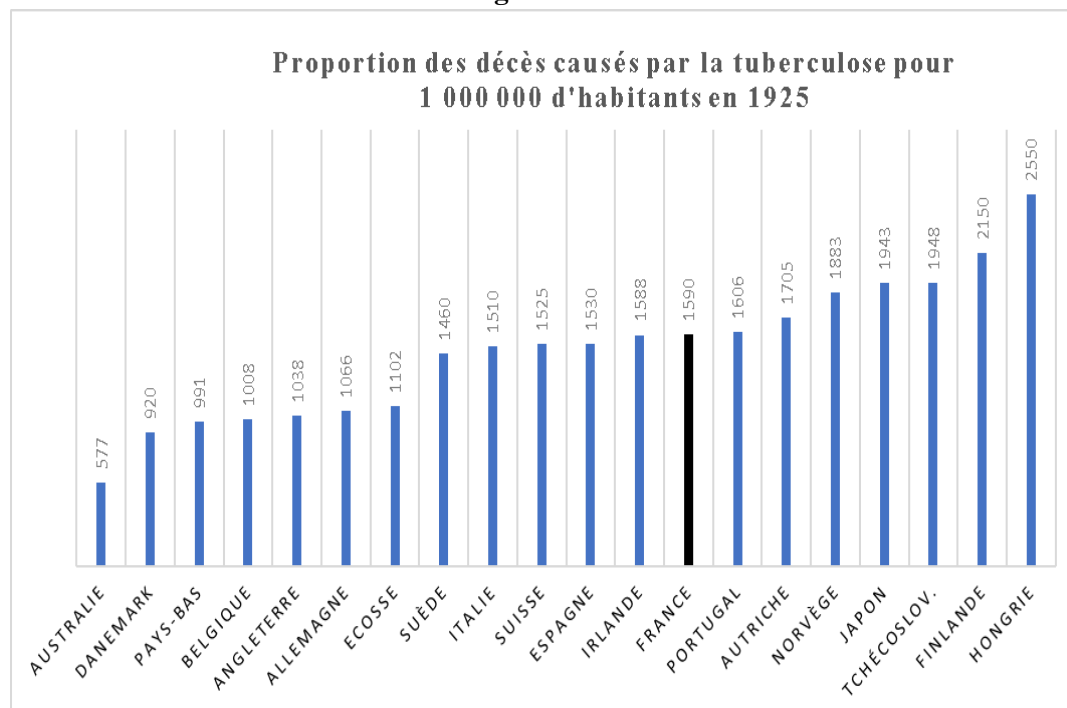
¹⁰⁰⁴ <https://www.theunion.org>, site consulté le 14/12/2018.

9.3.2 La mortalité tuberculeuse des principaux pays européens, de l'Australie et du Japon entre 1925 et 1940

Le nombre des décès dus à la tuberculose dans les principaux pays de l'UICT baisse régulièrement entre les années 1925 et 1940 comme le montrent les données issues de l'annuaire statistique de la France de l'année 1951. Quelle place la France qui plébiscite largement ses pratiques en matière de prophylaxie obtient-elle dans le classement de la mortalité tuberculeuse évaluée au plan international ?

Voici présentés ci-dessous les graphiques de la mortalité causée par la tuberculose pour 1 000 000 d'habitants par année, pour 1925, 1930, 1935 et 1940 dans les pays suivants : Allemagne, Angleterre, Autriche, Belgique, Danemark, Ecosse, Espagne, Finlande, France, Hongrie, Irlande, Italie, Norvège Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie pour les pays européens auxquels sont ajoutés l'Australie et le Japon.

Figure 191-



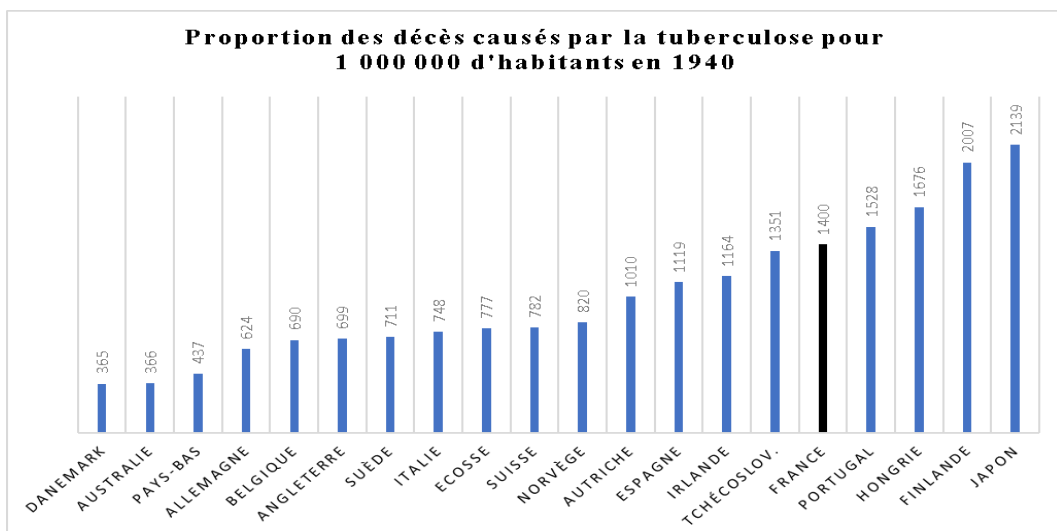
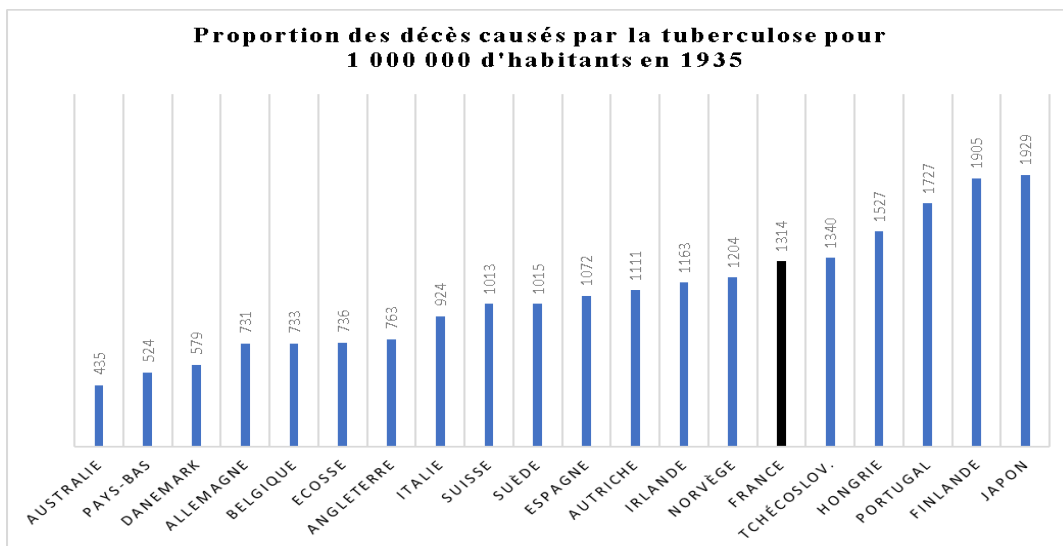
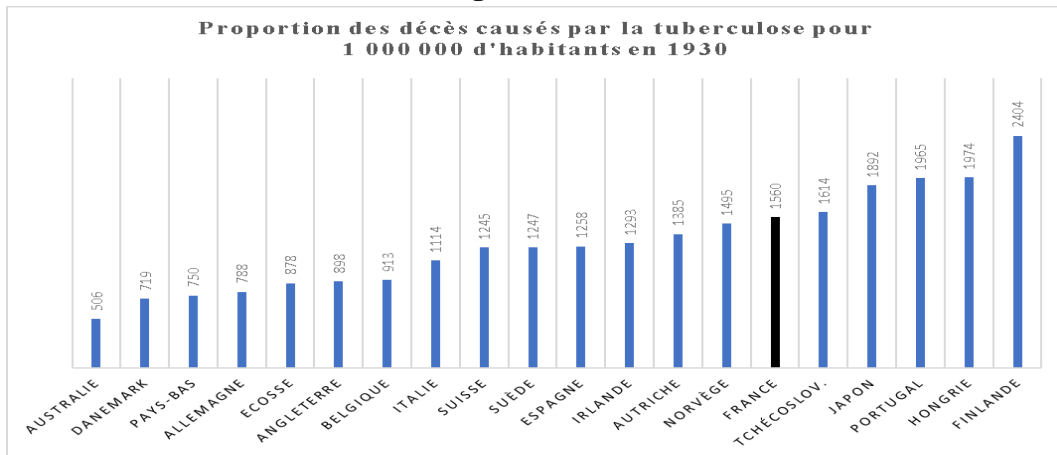
¹⁰⁰⁵La lecture de ce graphique montre que la Hongrie, la Finlande, la Tchécoslovaquie, le Japon, la Norvège, l'Autriche et le Portugal connaissent un fort taux de mortalité tuberculeuse pour l'année 1925. La Hongrie notamment connaît une mortalité tuberculeuse légèrement supérieure à 2 500 décès pour 1 000 000 d'habitants ce qui est pratiquement cinq fois supérieur au nombre des décès enregistrés en Australie et deux fois et demie supérieure aux chiffres enregistrés en Belgique ou au Pays-Bas.

La Suède, l'Italie, la Suisse, l'Espagne, l'Irlande et la France se situent dans une moyenne de 1 500 décès pour 1 000 000 d'habitants en 1925. Autour de la barre de 1 000 décès tuberculeux pour 1 000 000 habitants en 1925 s'inscrivent

¹⁰⁰⁵ *Annuaire statistique, Année 1951*, Volume 58, Partie Internationale, Paris, 1952. p.379.

l'Australie, le Danemark, les Pays-Bas, la Belgique, l'Angleterre, l'Allemagne et l'Ecosse.

Figure 192-¹⁰⁰⁶

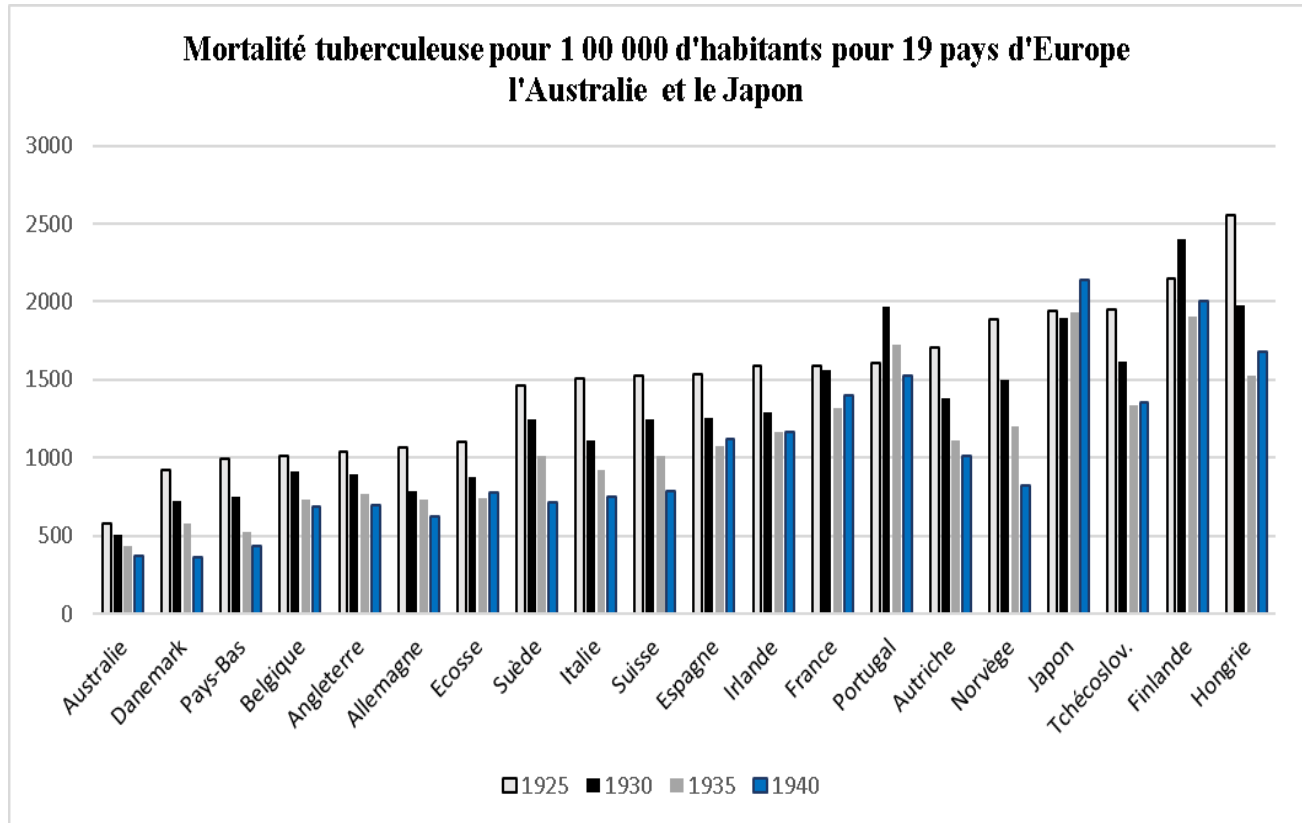


1007

¹⁰⁰⁶ *Ibid.*

Le classement des pays en fonction de la mortalité tuberculeuse reste sensiblement le même entre 1925 et 1940. La France occupe la 13^{ème} place en 1925, la 15^{ème} place en 1930 et en 1935 et la 16^{ème} place en 1940. En 1940 le Portugal, la Hongrie, la Finlande et le Japon connaissent une mortalité tuberculeuse supérieure à celle enregistrée en France.

Figure 193-¹⁰⁰⁸



L'Autriche marque les écarts les plus importants entre les années 1925 et 1940, tandis que la Hongrie, contrairement aux autres pays connaît une augmentation de sa mortalité tuberculeuse entre les années 1935 et 1940. En ce qui concerne le mauvais classement de l'Autriche, l'hypothèse peut être émise que le nombre des sanatoriums installés sur le territoire favorise une concentration de malades autrichiens mais aussi de tuberculeux étrangers venus suivre une cure sanatoriale dans ce pays et par voie de conséquence, favorise une augmentation du nombre des décès dus à cette maladie.

A partir des chiffres précédemment représentés, les pourcentages de baisse des décès causés par la tuberculose pour un million d'habitants entre les années 1925 et 1935¹⁰⁰⁹ sont calculés pour les principaux pays européens. Les pays sont ensuite classés en fonction des résultats en partant du pays ayant obtenu le plus faible écart pour la décennie étudiée.

Les Pays-Bas voient le nombre des décès causés par la tuberculose chuter de 47% entre 1925 et 1935. En moyenne les décès causés par la tuberculose

¹⁰⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*

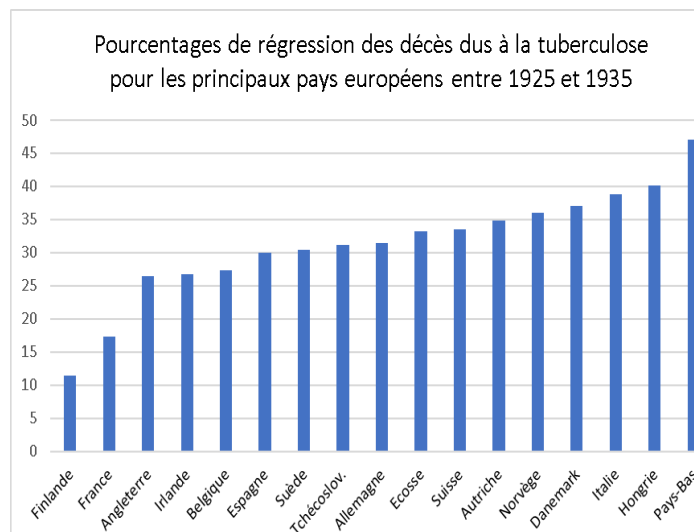
¹⁰⁰⁹ Le choix est opéré de calculer les écarts entre deux années qui s'éloignent de la Première Guerre mondiale pour la première borne et en ce qui concerne la deuxième borne, qui ne soit pas incluse au début de la Deuxième Guerre mondiale.

diminuent de 29% entre 1925 et 1935 sur l'ensemble des pays étudiés par les statistiques publiées en France pour l'année 1935.

La France se situe bien en delà de cette moyenne puisque la baisse des décès dus à la tuberculose entre les années 1925 et 1935 est de 17%. Seule la Finlande a un score inférieur à celui calculé pour la France.

Figure 194- Pourcentages des baisses des décès causés par la tuberculose pour un million d'habitants, entre les années 1925 et 1935 pour les principaux pays européens.

Pays	%
Finlande	11
France	17
Angleterre	26
Irlande	27
Belgique	27
Espagne	30
Suède	30
Tchécoslov.	31
Allemagne	31
Ecosse	33
Suisse	34
Autriche	35
Norvège	36
Danemark	37
Italie	39
Hongrie	40
Pays-Bas	47



Le graphique présenté ci-dessus permet de visualiser les écarts calculés. Malgré son armement antituberculeux, la France ne réduit que de 17% sa mortalité tuberculeuse dans la période de l'entre-deux guerres. Est-ce la conséquence de la non-obligation de déclarer les cas de tuberculoses aux autorités locales, comme c'est déjà le cas en Angleterre, en Allemagne dans les années de l'entre-deux-guerres ?

L'action des dispensaires antituberculeux doit être plébiscitée dans un double objectif, celui de faire connaître les établissements prophylactiques et celui de collecter les fonds nécessaires au fonctionnement de l'armement antituberculeux. Les affiches, cartes postales aux accents parfois dramatiques, parfois humoristiques, constituent des supports largement diffusés aux yeux de toute la population. Le cinéma, plus attractif, offre une diffusion plus restreinte des messages prophylactiques mais, dans un temps très court, les productions de dessins animés ou de courts-métrages illustrant des scènes de la vie courante, sont riches d'informations. Les timbres antituberculeux sont édités chaque année en France à partir de l'année 1927. Chaque vignette accueille une image et un texte promoteurs de la lutte contre la tuberculose. Les informations diffusées via les timbres sont pour la moitié destinées à la promotion des actions menées dans les dispensaires. Les vignettes sont vendues à un prix modique qui permet cependant d'abonder les fonds du CNDT grâce aux quantités de carnets

vendus. Ces ressources sont toutefois destinées principalement au financement des sanatoriums.

Les instances internationales de lutte contre la tuberculose organisent des congrès qui réunissent les membres éminents de la lutte contre les maladies infectieuses. Ces temps de rencontres permettent des échanges souvent constructifs. La France malgré une avance médicale reconnue sur le plan international ne parvient pas à obtenir une augmentation plus importante de la baisse de la mortalité tuberculeuse que celle constatée dans de nombreux pays.

Conclusion de la troisième partie

L'action prophylactique des dispensaires antituberculeux entre 1927 et 1943 a-t-elle permis une baisse de la mortalité tuberculeuse ? Une réponse positive à cette question lèverait les doutes sur l'utilité réelle des dispensaires antituberculeux dont l'efficacité est quelquefois contestée comme en témoigne le titre de la thèse de doctorat de Stéphane Henry intitulée *La lutte contre la tuberculose en Haute-Normandie (1914-1939) : modèle sanitaire exemplaire ou vaste artifice médiatique ?* Stéphane Henry limite son étude dans le temps du début de la Première Guerre mondiale au début de la seconde et dans l'espace à la région de Haute-Normandie. La création des dispensaires antituberculeux est liée à la crainte suscitée par la tuberculose qui est un mal mortel caché par les malades et par leur famille à leur voisinage à cause de la peur de la contagion qui se répand dans tous les milieux sociaux. Plébisciter les dispensaires sans pouvoir tuer le BK cela constitue-t-il une campagne de manipulation des populations visant à laisser croire à des actions salvatrices ? La détection des tuberculeux est de plus en plus sûre à partir des années 1930 grâce aux outils mis à la disposition des médecins des dispensaires et des sanatoriums. Les résultats des analyses bactériologiques, seuls indicateurs fiables lorsque la présence du BK est détectée dans les expectorations des patients sont secondés par les examens radiologiques dont l'usage s'intensifie. Croisés, les deux méthodes offrent une détection certaine de la maladie et engendre une surveillance accrue du malade et de son entourage, notamment des enfants issus de foyers tuberculeux. La découverte puis la diffusion du B.C.G à partir de l'année 1926, suscitent un véritable espoir de protection contre les attaques du BK. L'analyse des courbes de la mortalité tuberculeuse du début du XX^e siècle jusqu'au deuxième conflit mondial montre une diminution constante du nombre des décès dus à cette maladie. La tuberculose régresse avant l'installation des dispensaires antituberculeux. Cette observation laisse penser que la maladie aurait peut-être reculé même en l'absence des mesures prophylactiques mises en place et développées après la Première Guerre mondiale. Les champs d'investigations liés à cette question sont nombreux dans la mesure où plusieurs raisons peuvent justifier cette baisse de la mortalité, comme par exemple une meilleure salubrité des villes et des logements, constatée peu à peu dans les grands centres urbains. Les courbes de la mortalité tuberculeuse par tranches d'âges et par sexes montrent toutefois que les décès des jeunes femmes de 10 à 14 ans et des hommes de 30 à 49 ans régressent globalement peu entre 1926 et 1936. Seules les courbes pour ces tranches d'âges connaissent des fluctuations

avec des pointes d'augmentations des décès enregistrées dans cette décennie. Comment expliquer ces observations ? Une des raisons qui semble donner une piste de réponse réside dans les risques de maladies professionnelles encourus par les hommes dans le cadre de leur métier.

La France est un pays qui connaît une forte mortalité tuberculeuse comparée aux autres pays européens. Malgré l'armement antituberculeux mis en place, le taux de régression de la maladie calculé entre 1925 et 1935 reste l'un des plus faibles constatés sur l'ensemble des pays européens. Est-ce dû au retard pris par la France dans la lutte contre la maladie contrairement à l'Allemagne ou à l'Angleterre qui devancent les actions françaises d'une vingtaine d'années ? La déclaration obligatoire de la tuberculose est opérante en France depuis l'année 1964. Cette obligation permet de suivre les « tendances de la maladie et l'évolution des caractéristiques des groupes à risque. Au niveau départemental elle permet de mettre en place des mesures pour contrôler la transmission de la maladie¹⁰¹⁰ ». L'absence de cette déclaration obligatoire de la tuberculose a certainement nuit à la réalisation de mesures mieux orientées aux plans géographiques et socio-professionnels qui aurait certainement permis une régression plus rapide de la maladie en France.

L'installation des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse a vraisemblablement accompagné un mouvement de recul du taux de la mortalité tuberculeuse enregistré en France en limitant les facteurs de contagion et en préservant les enfants de cette maladie. Les campagnes du timbre antituberculeux montrent en effet que la cible privilégiée par les dirigeants du CNDT sont les plus jeunes à la fois acteurs et bénéficiaires des fonds recueillis. Les fonds amassés chaque année lors des campagnes du timbre sont importants. Ce travail propose l'étude des comptes du timbre dans quatre départements français. Les ressources montrent l'origine des fonds perçus, puis la répartition effectuée entre notamment les sanatoriums et les dispensaires.

¹⁰¹⁰ *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 20, n°6-C2, décembre 2003.

Conclusion générale

Le dispensaire antituberculeux est une adaptation d'un établissement plus ancien dont la spécificité est dès son origine au XVIII^e siècle d'apporter aux personnes indigentes des soins, des médicaments et des aides à domicile. Le but est d'éviter des hospitalisations lorsque les infections sont bénignes et de prévenir la contagion qui constitue un risque majeur lors d'un séjour à l'hôpital. Cette thèse permet de préciser un argument en faveur du choix de développer en France les dispensaires antituberculeux. Le constat est établi au début du XX^e siècle que la morgue à Paris recèle une moitié de personnes décédées âgées de plus de trois ans sur lesquelles sont découvertes des lésions tuberculeuses anciennes et cicatrisées au niveau des poumons. L'organisme humain sait donc se défendre contre le BK. Toutefois, les individus porteurs du BK sans se savoir tuberculeux et avant de connaître une éventuelle régression de leur maladie, sont susceptibles de contaminer un nombre important de personnes de leur entourage. Le nombre des morts français par tuberculose implique des actions coordonnées. Ce travail met en perspective les soins prodigués dans les sanatoriums et dans les dispensaires éléments clés de l'armement antituberculeux. La Commission permanente de la lutte contre la tuberculose instaurée par le président du Conseil en 1899 réunit des spécialistes qui initient la création de dispensaires spécialement voués à la lutte contre cette maladie. Le dispensaire prend une nouvelle fonction, celle de dépister les tuberculeux et de leur apprendre les gestes pour éviter de contaminer leur entourage. Les dispensaires émergent au sein de la capitale et dans les grandes villes françaises. Différents types d'établissements sont expérimentés jusqu'en 1914. Le dispensaire d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse est issu la loi Léon-Bourgeois en 1916. La mission américaine Rockefeller installe des dispensaires modèles à Paris et dans le département de l'Eure et Loir pendant la Première Guerre mondiale s'inspirant du dispensaire créé par Albert Calmette à Lille en 1901. Les Américains apportent une aide en matière financière mais surtout organisationnelle au Comité National d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux qui devient en 1919 le Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT). Ce travail montre les hésitations des dirigeants de la fondation Rockefeller avant de prendre la décision d'intervenir sur le front antituberculeux en France. A partir de 1917, la fondation Rockefeller déploie l'action d'une mission qui « se fait en coordination étroite avec l'administration gouvernementale française, depuis la campagne antituberculeuse de 1917-1922, jusqu'au soutien à l'organisation de la recherche scientifique au cours des années trente¹⁰¹¹. » Ludovic Tournès souligne que la politique de réseaux les grandes fondations américaines et notamment la fondation Rockefeller à l'occasion de sa lutte menée en Europe contre la maladie, permet de « mieux comprendre la logique de l'expansion internationale des Etats-Unis au XX^e siècle¹⁰¹². »

Des statistiques de rentabilité de l'activité des dispensaires sont établies par le CNDT dans chaque établissement et des comparaisons sont effectuées d'un

¹⁰¹¹Ludovic Tournès, « L'argent de l'influence : les fondations américaines et leurs réseaux européens », *Autrement*, 2010, Mémoires/culture, halshs-00651570.

¹⁰¹² *Ibid.*

département à l'autre. Ces démarches posent les bases d'une évaluation de l'action prophylactique des dispensaires dont le CNDT orchestre la diffusion. Le nombre des dispensaires est proche de 900 avant le début du deuxième conflit mondial.

Du début du XX^e siècle jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, le dispensaire doit faire face à une mortalité tuberculeuse plus importante en France que dans les principaux pays européens, l'Allemagne et l'Angleterre notamment. Les cures sanatoriales se développent en Suisse et en Allemagne plus rapidement qu'en France qui privilégie une prophylaxie moins coûteuse et susceptible de protéger un plus grand nombre de personnes. Le dispensaire « à la française » devient rapidement plus qu'un lieu de soins et de conseils prophylactiques, l'axe d'un système de la lutte contre la tuberculose. Les infirmières-visiteuses chargées de « surveiller » un certain nombre de familles, établissent les liens entre les médecins des dispensaires et les malades qui sont dirigés suivant leur état vers un sanatorium, vers l'hôpital ou à leur domicile, puis s'ils peuvent reprendre leur activité professionnelle, vers leur lieu de travail. Les plus jeunes sont l'objet d'une surveillance toute particulière. L'Œuvre Grancher a pour objectif de protéger les enfants dits sains de leur entourage tuberculeux par des placements dans des familles d'accueil souvent situées à la campagne. Ce tri entre les enfants malades et les enfants sains conduit certains historiens, comme Stéphane Henry, à formuler le terme d'eugénisme¹⁰¹³ à propos de l'action des dispensaires dans lesquels les médecins décident du sort des malades lorsqu'ils sont indigents et qu'ils ne peuvent pas prendre en charge le poids de la dépense financière occasionnée par les soins sanatoriaux. Le dispensaire opère des choix entre les malades qui ont de véritables chances de survie et ceux qui sont irrémédiablement condamnés. Paul-André Rosental dans son livre *Destins de l'eugénisme*¹⁰¹⁴, propose une version différente de l'eugénisme visant à la protection des enfants avec une enquête menée sur une cité-jardin, les jardins Ungemach créés en 1924 par un homme d'affaires, Alfred Dachert¹⁰¹⁵, dans les faubourgs de Strasbourg. Composée de petits pavillons, cette cité est peuplée de jeunes couples sélectionnés en fonction de leurs capacités à « faire naître des enfants sains ».

Les dispensaires antituberculeux n'ont pas une bonne réputation dans la population pendant les premières décennies suivant leur apparition. Cela tient notamment à la peur de la contagion dans les salles d'attente et au manque de professionnalisme des médecins de certains établissements, dont les

¹⁰¹³Le terme « eugenics » est employé pour la première fois en 1883 par le scientifique britannique Francis Galton. « L'eugénisme de Galton est un programme de sélection artificielle des humains visant à produire une race humaine supérieure ». L'eugénisme est devenu populaire dans les sociétés européennes de la fin du XIX^e siècle car cette idéologie a été mise au service de peurs différentes en fonction des nations. « En Grande-Bretagne, la crainte de la dégénérescence s'est surtout exprimée dans un langage de classes sociales : le prolétariat menace de submerger la nation. Aux Etats-Unis, la peur de la dégénérescence a été nourrie par l'immigration. En France, les eugénistes ont dû composer avec les « natalistes » ; de là un eugénisme insolite, qui a mis l'accent sur la nécessité pour tous d'avoir des enfants, et pour l'Etat d'assurer le meilleur développement de ceux-ci. » Jean Gayon, Université Paris VII Denis-Diderot et Institut universitaire de France.

« L'eugénisme, hier et aujourd'hui », Société Française de Génétique, *m/s n°67, vol.15*, juin, juillet 1999.

¹⁰¹⁴ Paul-André Rosental, *Destins de l'eugénisme*, Seuil, Paris, 2016.

¹⁰¹⁵ Alfred Dachert (1875-1972) est un « homme d'affaires, concepteur d'un projet eugéniste : « les jardins Ungemach », cité-jardin inaugurée en 1924 dans la banlieue de Strasbourg, destinée à accueillir des jeunes couples en vue de procréation d'enfants sains. » site internet <https://data.bnf.fr> consulté le 10 décembre 2019.

qualifications sont insuffisantes jusque dans les années 1930 date après laquelle la profession de phthisiologue engage ces spécialistes dans des formations scientifiques pointues. D'autre part, un grand nombre de médecins généralistes craint une fuite de leur clientèle vers les centres de soins gratuits et s'oppose à la création de dispensaires considérés comme des antennes de l'Institut Pasteur, prêtes à capter la clientèle des patients atteints de maladies infectieuses. L'Institut Pasteur diffuse gratuitement le vaccin du B.C.G aux médecins, aux dispensaires et aux autres organismes qualifiés pour pratiquer la vaccination. Le B.C.G connaît des débuts difficiles dans une population qui redoute l'inoculation du bacille mortel même si son pouvoir destructeur est devenu inopérant. Le drame de Lübeck en 1931 qui se solde par la mise hors de cause par les juristes et les scientifiques du principe de la vaccination antituberculeuse, vient cependant amplifier les craintes vis-à-vis du B.C.G, malgré les recommandations bienveillantes du gouvernement français à ce sujet.

Le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse semble répondre aux critères de la définition d'une innovation sociale aux conditions retenues par le Conseil Supérieur de l'Economie Sociale et Solidaire en 2011 :

« L'Innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers. Ces innovations concernent aussi bien le produit ou service, que le mode d'organisation, de distribution, dans des domaines comme le vieillissement, la petite enfance, le logement, la santé, la lutte contre la pauvreté, l'exclusion, les discriminations...Elles passent par un processus en plusieurs démarches : émergence, expérimentation, diffusion, évaluation¹⁰¹⁶. »

Les dispensaires apportent en effet une réponse au problème que constitue la tuberculose considérée comme un fléau social contre lequel seuls les pouvoirs publics sont capables de proposer des solutions à l'échelle nationale. Puisque cette maladie est évitable, comme le répètent les hygiénistes membres des sphères politiques et médicales des premières décennies du XX^e siècle, la prévention s'impose et implique la participation d'une population avertie grâce à la propagande menée par les dispensaires contre la maladie. Ce travail de thèse montre que le dispensaire connaît les phases d'évolution d'une innovation sociale passant par des expérimentations variées allant du dispensaire créé en 1901 par Léon Bonnet ou par Léonie Chaptal, puis d'un dispensaire type dirigé par Albert Calmette à Lille et par le système des dispensaires implantés au plan départemental comportant un dispensaire principal et des dispensaires secondaires, installés par les Américains dans le département de l'Eure-et-Loir pendant la Première Guerre mondiale. La phase d'évaluation est développée par les inspecteurs du CNDT dans la période de l'entre-deux-guerres et

¹⁰¹⁶<http://www.avise.org>, *Rapport de synthèse du Groupe de travail Innovation sociale. Projet d'avis décembre 2011*, site consulté en mars 2017.

s'accompagne de l'augmentation du nombre des établissements de prophylaxie antituberculeuse sur le territoire français.

Après une difficile émergence le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse devient, à force de campagnes de propagande effectuées à l'aide de voitures dans les villes et les villages les plus reculés, de tracts, de films et du timbre antituberculeux véhiculés par les enfants, une référence en matière de la lutte contre la tuberculose et aux yeux de la population, un lieu de soins gratuits ouvert à tous. Cette reconnaissance est certainement liée à l'intervention des pouvoirs publics pour promouvoir l'action de ces établissements. Thomas Piketty dans son ouvrage *Capital et idéologie* souligne que le « passage de la société trifonctionnelle ancienne avait sa cohérence propre et que les solutions proposées par le nouveau régime « propriétaire », supprimait le rôle social de l'Église, sans créer d'État social¹⁰¹⁷. » La lutte contre la tuberculose est peut-être une des premières actions des autorités publiques menées pour remplacer dès les premières années du XX^e siècle les actions philanthropiques et annoncer les contours d'un État social. Les autorités départementales ont pris peu à peu le relai de la philanthropie avec la création des offices publics chargés de la création et du fonctionnement des dispensaires après la fin du premier conflit mondial. Les comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux dont les actions sont pilotées par un Comité National pendant et après le conflit, ont la possibilité de se transformer en dispensaires, preuve que le dispensaire n'est pas considéré comme un simple lieu de soins mais bien comme un système de lutte contre la tuberculose, chargé de coordonner les actions de cette lutte. Des communes s'inspirent des plans départementaux pour installer leurs propres installations prophylactiques. Ainsi, la politique sanitaire de la ville d'Ivry suit les actions menées par l'Office Public d'Hygiène Sociale et de prévention de la tuberculose de la Seine créé en 1918 sous l'autorité d'Henri Sellier. Les municipalités assurent aussi l'installation de dispensaires. A Ivry, « la philanthropie a laissé place à la militance révolutionnaire¹⁰¹⁸ » dont les priorités restent la mise en œuvre d'une « hygiène scolaire, publique et sociale ». Le dispensaire municipal d'Ivry est ouvert en novembre 1927. « La municipalité affiche avec fierté les services d'une médecine moderne encadrées par des spécialistes en ophtalmologie, radiologie, oto-rhino-laryngologie et soins dentaires, désormais accessibles aux plus modestes inscrits sur la liste d'assistance médicale gratuite et les registres de la bienfaisance communale¹⁰¹⁹ » Une médecine de plus en plus spécialisée ouverte au plus grand nombre d'individus pour mieux combattre les fléaux sociaux comme la tuberculose et le cancer, tel est l'objectif à atteindre après la Seconde Guerre mondiale par les autorités publiques avec la création de la Sécurité Sociale secondée par la Mutualité. Les besoins de financements en matière sanitaire sont importants.

Pour vaincre la tuberculose, la découverte de la streptomycine en 1943 par un américain d'origine ukrainienne Selman Waksman est fondamentale. Elle a permis de lutter efficacement contre la méningite tuberculeuse qui atteint

¹⁰¹⁷Thomas Piketty, Directeur d'études à l'EHESS, *Capital et idéologie*, Seuil, 2019, p.143.

¹⁰¹⁸Emmanuel Bellanger, *Ivry banlieue rouge, Capitale du communisme français, XX^e siècle*, CREAPHIS EDITIONS, 2017.

¹⁰¹⁹ *Ibid.*

mortellement les jeunes enfants avant que le traitement avec la streptomycine ne puisse les sauver. A partir de 1946 des essais cliniques sont pratiqués pour tester la streptomycine contre la tuberculose pulmonaire. Sur les 32 cas traités, 27 ont connu une amélioration de leur état¹⁰²⁰. En 1947, le ministère de la Santé publique en France, rédige un rapport à l'intention du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance Publique de Paris en vue de fixer le budget à allouer en 1948 par le Conseil municipal de Paris car les deux antibiotiques la pénicilline et la streptomycine, « menaçaient gravement le financement de la santé au lendemain de cinq années de guerre¹⁰²¹. » En 1990, Jacques Gonzales estime que la tuberculose est loin d'être vaincue puisque le nombre de personnes « hébergeant le BK » est évalué à un milliard sept cents millions d'individus. La tuberculose comme le SIDA restent des maladies sociales attisées par la misère qui règne sur toute la planète¹⁰²².

L'Institut Pasteur publie les données suivantes pour l'année 2015¹⁰²³. 90 à 95 % des individus infectés par le bacille de la tuberculose ne développent pas la maladie car leur système immunitaire est capable de la combattre. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que chaque année dans le monde, 10,4 millions de personnes contractent la maladie, 1,8 millions en sont mortes, dont 400 000 avaient contracté le virus du Sida. Un tiers de la population mondiale est infecté. L'Afrique sub-saharienne compte près de 2,7 millions de cas annuels, l'Asie en dénombre 6.3 millions et 250 000 cas nouveaux sont détectés en Europe de l'Est. En France, on compte 5 000 nouveaux cas par an et environ 900 décès déplorés surtout en Guyane, à Mayotte et en Ile-de-France¹⁰²⁴.

Le bacille de la tuberculose est aujourd'hui dans certains cas, multirésistant aux antibiotiques. La tuberculose multirésistante « est une tuberculose contre laquelle les deux antibiotiques les plus puissants ne sont pas efficaces¹⁰²⁵. » Le BK devient multirésistant lorsque le traitement n'est pas correctement suivi soit en termes de nombre d'antibiotiques absorbé par le malade, soit en termes de durée du traitement. En 2013 il y avait en France 89 cas de tuberculoses multirésistantes. Lorsque la tuberculose est multirésistante, voire extrarésistante c'est-à-dire résistante à plus de deux antibiotiques, il convient pour la combattre d'associer 5 ou 6 antibiotiques. Ce traitement est lourd et long. Le seul moyen aujourd'hui de limiter le développement et la dissémination des souches de tuberculoses multirésistantes est la prévention¹⁰²⁶. Quelle sont les mesures prophylactiques disponibles aujourd'hui en France ?

¹⁰²⁰Jacques Gonzales, « Il y a cinquante ans naissait la streptomycine », Communication présentée à la séance du 23 octobre 1993 de la Société française d'Histoire de la Médecine, *Histoire des sciences médicales*, tome XXVIII N°3, 1994. Jacques Gonzales est un chercheur docteur en médecine, biologiste, professeur d'Université, historien de la médecine. Il est l'un des pionniers de la fécondation *in vitro* en France.

¹⁰²¹ *Ibid.*

¹⁰²² *Ibid.*

¹⁰²³Site Internet www.pasteur.fr/centre-medical/fiches-maladie/tuberculose consulté le 12/03/19.

¹⁰²⁴Santé publique France, données 2013, site Internet <https://www.pasteur.fr/centre-medical/fiches-maladie/tuberculose> consulté le 12/03/2019.

¹⁰²⁵Site Internet <https://www.who.int> site de l'OMS consulté le 11 juin 2019. Ces deux antibiotiques sont l'isoniazide et la rifampicine.

¹⁰²⁶Le Webzine de la Haute Autorité de Santé. Site Internet <https://www.has-sante.fr> consulté le 12 juin 2019. « Les principaux facteurs de risques de contracter une tuberculose multirésistante sont : un antécédent de traitement antituberculeux, le fait de venir d'une région du monde où il y a un taux élevé de tuberculose

L'obligation vaccinale est effective dans notre pays contre la diphtérie en 1938, contre le tétanos en 1940, contre la tuberculose et contre la poliomyélite en 1964. Ce caractère obligatoire vise exclusivement la vaccination des enfants, mais pas la revaccination des adultes¹⁰²⁷. La décision de rendre obligatoire une vaccination implique pour l'État de fournir gratuitement aux populations concernées le vaccin imposé. A partir des années 1970, pour tous les vaccins nouvellement mis au point, contre la coqueluche, la rougeole la rubéole et les oreillons, seule une recommandation vaccinale est préconisée. Subsiste encore une obligation pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et pour le BCG. Depuis juillet 2007, l'obligation vaccinale par le BCG n'existe plus pour les enfants. Le 1^{er} mars 2019, l'obligation vaccinale par le B.C.G n'est plus obligatoire pour les professionnels de santé et du secteur social. Elle fortement recommandée dès la naissance pour :

- « - les enfants présentant un facteur de risque, c'est-à-dire les enfants vivant en Ile-de France, en Guyane, à Mayotte,
- les enfants nés dans un pays où la tuberculose est fortement présente ou dont un parent est originaire d'un de ces pays,
- les enfants devant séjourner au moins un mois dans un de ces pays
- les enfants vivants dans des conditions sociales défavorisées (habitat précaire, surpeuplé...)
- les enfants ayant des antécédents familiaux de tuberculose¹⁰²⁸. »

A partir du 1^{er} janvier 2018, 11 vaccins sont obligatoires en France. Il s'agit des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'haemophilus influenza b, l'hépatite B, le méningocoque C, le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le B.C.G disparaît de cette liste.

La remise en cause des bienfaits de la vaccination soulève des débats au sein de la population. La critique de la vaccination provient de personnes qui émettent des doutes sur plusieurs aspects de cette mesure prophylactique. Les campagnes vaccinales sont organisées par l'État en charge de protéger les populations exposées aux risques épidémiques. L'État signe des accords avec des membres de l'industrie pharmaceutique pour préparer les doses de vaccins nécessaires au moment opportun. Les antivaccins cherchent à démontrer que « chaque ingrédient introduit un nouveau soupçon sur l'innocuité du vaccin car il complique la situation sanitaire¹⁰²⁹ ». La crainte de complications dues notamment à la présence d'aluminium dans les adjuvants, est un risque post vaccinal dénoncé par certains groupes antivaccins. D'autres s'opposent à la vaccination pour des raisons religieuses, d'autres enfin considèrent qu'une obligation vaccinale constitue une atteinte à la liberté de penser.

résistante, essentiellement les pays de l'ex-union soviétique, ou d'avoir été en contact avec un patient lui-même atteint de tuberculose multirésistante.

¹⁰²⁷Jean-Louis Vildé, « L'obligation vaccinale en question », *Laennec*, Tome 63, 2015/3, p.8-23.

¹⁰²⁸Site Internet <https://www.service-public.fr>, consulté le 24 juin 2019.

¹⁰²⁹Frédéric Keck, « Critiquer la vaccination : monter en généralité ou en singularité ? Commentaire », *Sciences Sociales et Santé*, volume 35, 2017/4, p.61-67.

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*, Thèse soutenue en 2020.

Les docteurs Philippe Fraisse¹⁰³⁰ et Thomas Maitre¹⁰³¹ appellent à la mobilisation contre la tuberculose en 2018. Les conditions sanitaires défectueuses des migrants principalement issus des pays de l'Europe de l'Est, favorisent la non-détection de la tuberculose et de la transmission du bacille. Depuis deux ans, s'alarme Philippe Fraisse, il y a une pénurie du vaccin B.C.G. Le regroupement des migrants dans des zones rurales prend au dépourvu les Centres de Lutte AntiTuberculeux les CLATS, mais aussi les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Comment dépister les migrants ?

Les CLATS sont-ils les héritiers des dispensaires d'hygiène sociale et de prévention antituberculeuse ? Chaque département possède un ou plusieurs CLAT suivant la liste mise à jour le 01/03/2019 par le docteur Philippe Fraisse. Ainsi on compte :

- 3 établissements dans le département de l'Allier
- 2 établissements en Dordogne
- 4 en Eure et Loir
- 3 dans le Finistère
- 2 dans l'Hérault
- 2 dans le département des Landes
- 4 en Loire et Cher
- 2 en Loire Atlantique
- 3 dans le Maine et Loire
- 2 en Meurthe et Moselle
- 2 dans le département de la Meuse
- 3 dans le département du Morbihan
- 6 dans le Pas de Calais
- 2 en Pyrénées Atlantiques
- 2 dans le Bas Rhin
- 4 dans le Haut-Rhin
- 2 en Haute Savoie
- 3 en Seine Maritime
- 3 en Seine et Marne
- 2 dans les Deux-Sèvres
- 2 dans le département de la Somme
- 2 dans l'Yonne
- 3 dans les Hauts de Seine
- 4 dans le Val d'Oise
-

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publie un rapport d'évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose pour les années 2007 à 2009¹⁰³², à la demande de la ministre de la Santé en poste Roselyne Bachelot-

¹⁰³⁰Philippe Fraisse est pneumologue au service de pneumologie du CHRU et du CLAT (centre de lutte antituberculeux) de Strasbourg, responsable de Santé Publique du GREPI (groupes de travail recherche et enseignement en pneumo infectiologie), de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et coordinateur du réseau national des centres de lutte antituberculeuse.

¹⁰³¹Thomas Maitre est chef de clinique en maladies infectieuses à l'APHP. Site Internet <https://www.theragora.fr> consulté en juin 2019.

¹⁰³²Rapport d'évaluation du programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009, publié le 07/06/2010 par le Haut Conseil de la Santé Publique.

Narqin après l'observation de l'augmentation de l'incidence de la tuberculose en 2007 par rapport à 2006. Un Plan National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) est lancé le 11 juillet 2007 pour se terminer le 31 décembre 2009. Le rapport précise :

« Cette recentralisation visait à pallier les inconvénients de l'hétérogénéité du fonctionnement local des organismes de terrain (CLAT) et à standardiser les approches de la prévention et du traitement¹⁰³³. »

Les établissements français de la prophylaxie antituberculeuse, des dispensaires antituberculeux en 1901, aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuses de 1916 jusqu'aux années 1970 et aujourd'hui aux CLAT, reçoivent la même critique formulée en termes d'hétérogénéité de fonctionnement. La problématique peut être ainsi posée : la prévention n'est pas une action qui est unifiable dans ses pratiques au sein de communautés hétérogènes sur les plans géographiques, sociologiques et culturels. Il semble qu'il faille laisser aux médecins des CLATS la libre évaluation des besoins rencontrés sur le plan local et surtout de leur donner les moyens d'une lutte efficace contre une maladie en recrudescence depuis le début du XXI^e siècle.

¹⁰³³ *Ibid.* p.15.

SOURCES

Dictionnaires et encyclopédies

Encyclopédie moderne, tome 15, P. Duménil éditeur, Paris, 1842.

BOURLOTON Edgar, COUGNY, Gaston, Dictionnaire des parlementaires français, 1889-1891.

DECHAMBRE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* publié sous la direction de M. Amédée Dechambre, série 1, tome 31, 1884.

JOLLY Jean, *Dictionnaire des Parlementaires français*, 1960-1977.

LABARTHE, Paul, *Dictionnaire populaire de médecine usuelle, tome 1*, Marpon et Flammarion, 1887.

LAVOISIEN, *Dictionnaire portatif de médecine, d'anatomie, de chirurgie, de pharmacie, de chimie, d'histoire naturelle et de physique*, 1793.

NYSTEN, P.H, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaires*, 10^{ème} édition, entièrement refondue par E. Littré, 1855.

OTT Laurent, RULLAC Stéphane, *Dictionnaire pratique du travail social*.

PANCKOUCKE, *Dictionnaire des sciences médicales*, 1814.

Archives

Archives départementales de Seine-et-Marne

Lutte contre la tuberculose

XP1096 1916

Comité d'assistance aux militaires tuberculeux puis comité départemental d'hygiène sociale : instruction, avis de demande d'admission, rejets des demandes, correspondance

XP1097 1920-1936

Œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse : compte-rendu de l'assemblée générale (1923-1925), comptabilité : demandes de subvention (1920-1925). Dispensaires d'hygiène sociale de Seine-et-Marne (Coulommiers, Melun, Montereau-fault-Yonne, Provins) et préventorium de la « Malte Verte » : hospitalisation des malades (1923), fiches d'admission des malades (1923-1925). Œuvre des Tout-Petits (convention avec le département, 1931). Œuvre Grancher (note pour l'office d'hygiène, correspondance, 1936)

XP1098 1915-1932

Instructions, correspondance ministérielle (1915-1932), statistiques sanitaires de la France (1918-1922), enquête du comité départemental des mutilés et réformés sur l'assistance aux tuberculeux de guerre (réponse du préfet, 1920), voiture radiologique (1924)

XP1099 : Œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse (1927-1932)

XP1105 : Infirmières visiteuses

Assistance et prévoyance

XP1246 : SSM, Statut par commune

XP1462 1921-1939

Création d'un office départemental d'hygiène sociale (1924-1925), organisation, fonctionnement, budgets (1925-1939) ; contient 5 enveloppes avec textes sur le verso, qui sont cotées xp 1462-1 et rangées à part. Conseil d'administration : désignation des membres, convocation (1928-1936) dont 1 extrait du procès-verbal de conseil d'Administration du 4/2/1931. Séance du 25 avril 1922 du Conseil général : vœu de Monsieur Salmon « qu'aucune vache ne puisse être vendue pour tout autre usage que la boucherie... ». Demandes de subventions (1921-1927).

Subventions de la fondation Rockefeller (1926-1931). Fournitures et appareils de radiodiagnostic et bascule pèse-personne, contient la description de ces appareils (1926-1927). Relevés des sanatoriums publics, privés assimilés aux sanatoriums publics, privés assimilés aux sanatoriums publics, privés agréés. Dispensaires (Coulommiers, La Ferté-sous-Jouarre, Fontainebleau, Fontenay, Lagny, Meaux, Melun, Montereau-fault-Yonne, Moret-sur-Loing, Nemours, Provins,

Villevaudé, 1924-1932). Statistiques des dispensaires (1924). Liste des centres antivénéériens (1933). Horaires des médecins (1926-1931). Frais de traitement de la désinfection (1925-1926). Demande de gratuité de consultations pour les normaliens (1931).

- M5171** **1922-1923**
Hygiène publique. Tuberculose, œuvre Seine-et-Marnaise d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse
- M5646** **1924-1925**
Comité national de défense contre la tuberculose : instructions, brochures, correspondance
- M4667** **1926-1938**
Comité du timbre antituberculeux, office d'hygiène sociale, Inspection médicale des écoles : listes des membres des différents organismes et comptes rendus financiers, instructions, correspondance.
- 5M46** **Infirmières-visiteuses**
Infirmières, création d'écoles (délibérations des commissions administratives d'hospices relatives à l'exécution de la circulaire ministérielle du 28/10/1902 ; règlement ; correspondance relative au fonctionnement) ; organisation des concours (1927-1937) ; bourses (1928-1935).

Archives de l'École de Médecine de Paris,

- 58641 (25)** Œuvre du dispensaire des Tourelles, 4 passage des Tourelles XX^e arrondissement, Paris, *Tuberculose, Traitement, Soins préventifs, Assemblée générale du 26 décembre 1906*, Paris-Auteuil, Imprimerie des orphelins apprentis, 1907
- 27919(29)** *Dispensaire antituberculeux à Lille* par M. le Dr A. Calmette directeur de l'Institut Pasteur de Lille, professeur de bactériologie à la Faculté de Médecine
- 150 630(18)** *Congrès de l'alliance de l'Hygiène Sociale*, Nantes 1904, Œuvre antituberculeuse de la Loire-Inférieure
- 83809(18)** Œuvre Lilloise des Dispensaires antituberculeux annexée à l'Institut Pasteur, 1901
- 110135(97)** Ambroise Rendu, Conseil municipal de Paris, *Rapport sur la construction du dispensaire antituberculeux Jouye-Rouve-Taniès Rues Stendhal et des Pyrénées*, 1903.
- 132180** Bécigneul, médecin des hôpitaux, médecin du dispensaire, *Rapport sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Nantes, du 1^{er} juin 1901 au 31 décembre 1903*

Archives de l'Institut Pasteur de Paris

- 27919(29)** Albert Calmette, *Le Dispensaire antituberculeux à Lille*
- 28 431 CAL.A2** Statistiques du département du Nord, établies par la Ligue du département du Nord. Autobiographie manuscrite d'Albert Calmette rédigée en 1932.
- CAL.D1** Albert Calmette, Institut Pasteur de Lille. Dossiers relatifs à la direction de l'I.P de Lille
- CNDT.DPT 50,** Archives du CNDT : Département du Nord
- CNDT.DPT 67,** Archives du CNDT : Département de la Seine, OPHS, Direction de l'hygiène, documentation
- CNDT.DPT 69,** Archives du CNDT : Département de la Seine et Marne

- CNDT1 et 2** Œuvres de bienfaisances américaines, *French Tuberculous soldiers relief committee.*, Archives de l'Institut Pasteur, CNDT2, chemise Les tuberculeux de la guerre. Comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux
- CNDT 3** Comité d'assistance aux militaires tuberculeux, Œuvres de bienfaisance françaises
- CNDT ICO.2** Les timbres antituberculeux

Archives de l'AP.HP

Côte 822Foss501 Rapports du dispensaire antituberculeux des VIII^e et XVII^e arrondissements de Paris pour les années 1903, 1904, 1905, 1906 et 1907.

Boîte Seine O.P.H.S, direction de l'hygiène, documentation.

La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne, *L'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine*, Edition de l'O.P.H.S 9 place de l'Hôtel de Ville, Paris, 1937.

Archives Départementales de Paris

Côte 109W54, Dispensaire de Clichy, résultat de l'enquête de Mademoiselle Moulin, Inspectrice des visiteuses de l'OPHS janvier 1936.

Côte 109W55, Dispensaire de Maisons-Alfort.

Annuaire statistiques

Ministère du travail et de la Prévoyance Sociale

Statistique Générale de la France, année 1908, Volume 29, Imprimerie Nationale, Paris, 1909.

Statistique Générale de la France, année 1909, Volume 30, Imprimerie Nationale, Paris, 1910.

Statistique Générale de la France, année 1913, Volume 33, Imprimerie Nationale, Paris, 1914.

Ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale

Statistique Générale de la France, année 1924, Volume 40, Imprimerie Nationale, Paris, 1925.

Statistique Générale de la France, année 1925, Volume 41, Imprimerie nationale, Paris, 1926.

Statistique Générale de la France, année 1927, Volume 43, Imprimerie Nationale, Paris, 1928.

Statistique Générale de la France, année 1928, Volume 44, Imprimerie Nationale, Paris, 1929.

Présidence du Conseil, Sous-secrétariat d'Etat de l'Economie Nationale,

Statistique Générale de la France, année 1929, Volume 45, Imprimerie Nationale, Paris, 1930.

Statistique Générale de la France, année 1930, Volume 46, Imprimerie Nationale, Paris, 1931.

Statistique Générale de la France, année 1931, Volume 47, Imprimerie Nationale, Paris, 1932.

Statistique Générale de la France, année 1932, Volume 48, Imprimerie Nationale, Paris, 1933.

Ministère du travail

Statistique Générale de la France, année 1933, Volume 49, Imprimerie Nationale, Paris, 1934.

Présidence du Conseil

Statistique Générale de la France, année 1934, Volume 50, Imprimerie Nationale, Paris, 1935.

Statistique Générale de la France, année 1935, Volume 51, Imprimerie Nationale, Paris, 1936.

Ministère de l'Economie Nationale et des finances

Statistiques Générales de la France, année 1939, Volume 55, Imprimerie Nationale, Paris, 1941.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques pour la métropole et la France d'Outre-mer.

Annuaire statistique, Année 1951, Volume 58, deuxième partie, Partie Internationale, Paris, 1952. p.379

Sources imprimées

ARLOING Fernand, « Le dispensaire antituberculeux de Lyon », in *Alliance d'hygiène sociale, congrès de Lyon, 13-16 mai 1907*, Imprimeries Réunies, Lyon, 1907.

ARMAINGAUD, Arthur,

-*Moyens de prévenir la contagion de la tuberculose*, Ligue préventive contre la phtisie pulmonaire et autres tuberculoses, Bordeaux, 1896.

-*De la décroissance de la mortalité par tuberculose en Allemagne, ses causes réelles*, deuxième édition, Imprimerie G. Gounouilhou, Bordeaux, 1904.

BECIGNEUL, docteur, *Rapport sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Nantes, fonctionnement du 1er juin 1901 au 31 décembre 1903*, Nantes, 1904.

BEAUVALLON, Paul, docteur, *La phtisie, hygiène, cure, guérison*, Montgredien, Paris, 1897.

BELIN, *Congrès de l'AHS Strasbourg*, Librairie de la mutualité Bordeaux, 1923.

BERNARD, Léon, « Le comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine », in *Revue d'Hygiène et de Police Sanitaire*, 1919.

BERNARD, Léon,
 - « Le dispensaire Léon Bourgeois », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire n°35*, Masson, 1913.
 - *Le Pneumothorax Artificiel dans le traitement de la tuberculose*, Librairie J.B Baillière et fils, Paris, 1913.

BONNET Léon, *Réunion tenue le 19 janvier 1902 à la mairie du XVIII^e arrondissement*.

BOURGOIS Georges, *Exode rural et tuberculose*, thèse de doctorat en médecine, F. Alcan, Paris, 1904.

BOURGOIS, Léon,
 - *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la Tuberculose, le dispensaire, le quartier spécial, l'hôpital suburbain*, Berger-Levrault, Paris, 1906.
 - *La politique de la prévoyance sociale, l'action*, Bibliothèque Charpentier, Paris, 1919.
 - *Solidarité*, Armand Colin, 57^e édition, 1906.
 - « La tuberculose et la Mutualité », Conférence faite au Musée Social le 6 novembre 1905, in *La politique de la prévoyance sociale, T2, L'action*.

BROUARDEL, Paul, *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Commission de la tuberculose, Masson et Cie, Paris, 1900.

BRUNO, Alexandre, *Contre la tuberculose, Les villages sanatoriums de haute altitude*, Paris, 1925.

CALMETTE, Albert,
 - « Dispensaires pour tuberculeux », *Commission de la tuberculose, la propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, 1900.
 - Albert Calmette, Désiré Verhaeghe, Théophile Woehrel, *Les préventoriums ou dispensaires de prophylaxie sociale antituberculeuse, le préventorium Emile-Roux de Lille, son organisation, son fonctionnement 1901-1903*, Imprimerie Danel, Lille, 1905.
 - La défense contre la tuberculose dans la famille, Conférence de l'AHS à Nancy, 1906.
 - « La tuberculose ne doit plus menacer l'enfant, Appel aux Croix Rouges nationales », in *Revue de l'union des femmes de France*, 1928/06/A9N5.
 - *Titres de travaux scientifiques d'Albert Calmette (1883-1927), sous-directeur de l'Institut Pasteur*, Imprimerie de la cour d'appel, Paris, 1927.
 - *La vaccination préventive de la tuberculose par le BCG Bacille Calmette Guérin*, Masson, Paris, 1928.

CHAPTAL, Léonie, « Infirmières d'hygiène et assistantes sociales », *L'hygiène sociale*, 1927.

CHASSEVANT, « Le comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919.

CHEYSSON, Emile, *Le sweating-system*, tiré à part, archives du CEDIAS-Musée social, côte 1943441 2/81, 1909.

CLUNET, Edouard (1845-1922), *Les associations au point de vue historique et juridique*, Tome 1, 1909.

COPPENS, A, docteur, « Le conflit entre l'Institut Pasteur de Lille et le corps médical », Extrait des *Annales de la Policlinique de Lille, N°2, Février 1901*, Imprimerie Massart, Lille, 1901.

CREMONT, F, Médecin vétérinaire, *Contribution à la lutte antituberculeuse par l'action combinée de la tuberculination et de la Mutualité*, Imprimerie du Progrès Agricole, Amiens, 1905.

CTERS, Marie, « L'association des infirmières-visiteuses de France », *Alliance d'Hygiène sociale, Congrès de Reims Paris, octobre 1926*.

CURIE, Marie, Professeur à la Sorbonne, *La radiologie et la guerre*, Librairie Félix Alcan, Paris, 1921.

DECOUDIER, docteur, BILLIERE, *Hygiène et Tuberculose à l'usage des écoles et des familles*, Librairie générale de l'enseignement, Paris, 1903.

DEHAU, LEDOUX-LEBARD, *La lutte antituberculeuse en France*, Masson et Cie, Paris, 1906.

DELAYE Suzanne, Rôle des dispensaires, Etude spéciale pour le VI^e arrondissement, *Thèse présentée à la faculté de médecine et de pharmacie de Lyon*, Bosc Frères et M. Riou, 1935.

DEQUIDT, George, docteur, *Rapport de l'inspection générale des services administratifs*, Imprimerie administratives, Melun, 1932.

DURAND, J.M, docteur, *Tuberculose et sanatorium*, Imprimerie G.Gounouilhou, Bordeaux, 1902.

DISIERE, Paul, *Les dispensaires antituberculeux, Assemblée générale des Dames patronnesses du 9 janvier 1903*, Œuvre de la tuberculose humaine, société philanthropique des dispensaires antituberculeux français, Paris, 1903.

FROLLO, Jean, La lutte contre la Tuberculose, in *Le Petit Parisien*, le mercredi 28 décembre 1898.

FUSTER, Edouard, « Congrès international de la tuberculose », in *Revue de la tuberculose, deuxième série, tome deuxième*, Masson, Paris, 1905.

FUSTER Edouard, *Tuberculose et Mutualité*, Rapport présenté au congrès d'hygiène sociale d'Arras, Imprimerie de l'Avenir de la mutualité, 1904.

GARNAULT, Paul, *Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine*, Institut international de bibliographie, Paris, 1902.

GARIPUY, Georges, *L'hygiène sociale en Seine-et-Marne*, Office National d'hygiène sociale, Imprimerie Charles Botton, 1927.

GEORGES, P, docteur de la Faculté de médecine des hôpitaux de Paris, *Hospitalisation des tuberculeux, Le rôle de l'hôpital dans la lutte antituberculeuse*, C. Naud, Paris, 1904.

GIRARD-MANGIN, docteur Nicole, *Essai sur l'hygiène et la prophylaxie antituberculeuse au début du XX^e siècle*, Masson et Cie, Paris, 1913.

GOERY-DUVIVIER, *Compte-rendu du dispensaire philanthropique des maladies des voies urinaires et organes de la génération, du 1^{er} septembre 1837 au 1^{er} mars 1838*, Imprimerie de Ducessois, Paris.

GUILLON, Armand, *Conférence Internationale contre la tuberculose*, Paris, Masson et Cie, 1921.

GUINARD, Louis, Médecin-chef du sanatorium de Bligny et du dispensaire Albert-Calmette, « Le dispensaire Albert-Calmette du XIII^e arrondissement de Paris, fondation franco-américaine », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919.

GUITER, E, docteur, *Lettre ouverte adressée au professeur Brouardel et aux membres de la délégation de l'Académie de médecine au congrès de Berlin*, Imprimerie Affichage Figère et Guignon, Cannes, 1899.

GRANCHER, THOINOT, *Rapport de la Commission de la tuberculose, Isolement des tuberculeux*, Melun, Imprimerie administrative, 1905.

GRAND RIVIERE, Louis de, *La lutte contre la tuberculose, Chez le malade, dans la famille, dans la société*, Etude de médecine philanthropique, A. Maloine éditeur, Paris, 1898.

GRILLOT, Henri, docteur, *Lutte contre la tuberculose, le sanatorium français, sa possibilité, son organisation*, C. Naud, Paris, 1901.

HAUSSONVILLE, vicomte de, *Notice historique et rapport lus à l'assemblée générale de la Société philanthropique, centenaire de la société 1780-1880*, Imprimerie A. Withensheim, Paris, 1880.

HEBERT, Marthe, *Aux prises avec la tuberculose, Ah ! si tous étaient dépistés à temps ! Souvenirs d'une infirmière-visiteuse*, Editions SPES, Paris, 1932.

HEIM DE BALSAC Frédéric, AGASSE-LAFONT Edouard, André FEIL, « La pneumoconiose professionnelle des carriers et piqueurs de gré », *Presse médicale*, 22 septembre 1928.

HUGO, Victor, *Les Misérables*, Bibliothèque la Pléiade, Editions Gallimard, édition 1951.

ICHOK, docteur, « Les maladies professionnelles et la prophylaxie antituberculeuse », in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale, n° 38, série 4*, Paris, 1922.

JOUEN, Médecin de l'Office public d'hygiène sociale, *Alliance d'hygiène sociale, 12^e congrès de Rouen, octobre 1922*, Imprimerie Wolf, Rouen, 1922.

KNOPF, S.A, *La tuberculose considérée comme maladie du peuple, des moyens de la combattre*, traduit et annoté par le docteur G. Sersiron, C. Naud, Paris, 1902.

KNOPF, S.A, « Les sanatoria », in *La lutte contre la tuberculose. Le sanatorium de Dugny (Seine)*, Imprimerie Gustave Picquoin, Paris, 1903.

LANDOUZY Paul,
 -*Alliance d'hygiène sociale, Congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education*, Imprimerie moderne, Agen.
 - « Réforme et protection du personnel hospitalisé, Rapport de la commission de la tuberculose », in *Commission de la tuberculose, la Propagation de la tuberculose, moyens de la combattre*, Masson et Cie Editeur, Paris, 1900.
 - « Mesures de prophylaxie générale et de traitement applicables aux soldats de terre et de mer renvoyés par congé ou par réforme dans leurs foyers pour affections pulmonaires », in *Tuberculosis*, Bulletin mensuel de l'association internationale contre la tuberculose, Vol.VI, n°4, avril 1907.

LECADRE, docteur, *La mortalité par phtisie pulmonaire*, Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, Secrétariat de l'association, Paris 1875.

LEGRAND, Hermann, VALASSOPOULO, A, *La tuberculose*, Paris 1905, Notes et impressions, Paris, G. Steinheil, Editeur, 1905

LESIEUR, André, ARLOING, Fernand, « Le dispensaire antituberculeux de Lyon », in *Alliance d'hygiène sociale, congrès de Lyon, 13-16 mai 1907*, Imprimeries Réunies, Lyon, 1907.

LETULLE, GALIPPE, Prophylaxie de la tuberculose dans les chemins de fer, *Commission de la tuberculose, la Propagation de la tuberculose, moyens de la combattre*, Masson et Cie, Paris, 1900.

LETULLE, Maurice,

- « La tuberculose dans l'armée française », in *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, 1900.
- *Rôle de la Mutualité dans la lutte contre la tuberculose en France, Conférence faite à la douzième assemblée générale*, 1902.
- *Conférence sur la tuberculose humaine, Prophylaxie et traitement hygiénique dans les milieux ouvriers*, sous la présidence de M. Pinard, Alliance syndicale du commerce et de l'industrie, 1902.
- « Sanatoriums populaires pour tuberculeux adultes pauvres », *Commission de la tuberculose, moyens pratiques pour la combattre*, 1900.

LESIEUR, André, LETULLE, Maurice, Sanatoriums populaires pour tuberculeux adultes pauvres, *Commission de la tuberculose, moyens pratiques pour la combattre*, 1900.

MALHERBE, Jean, *Les dispensaires antituberculeux type Calmette : le dispensaire de Lyon*, Travail du laboratoire d'hygiène, Imprimerie R. Schneider, Thèse de médecine, Lyon, 1903.

MALTHETE, BOULANGER, « La tuberculose en France depuis 1938 », *Journal de la statistique de Paris, tome 87*, 1946.

MALTHETE, MOINE, « Dépistage et déclin de la tuberculose-maladie », in *La Presse médicale*, 1941, Masson et Cie, 1941.

MARTIAL, René, docteur, « Les maladies professionnelles et leur réparation », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°33, Masson, Paris, 1911.

MARTIN, André Justin, Prophylaxie sanitaire à Paris, in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n°18, Paris, 1896.

MARTIN, André Justin, docteur, Société de médecine publique et de génie sanitaire, *Le Mouvement sanitaire*, organe officiel de l'Association des médecins hygiénistes français, 1933.

MENY, George, *La lutte contre le sweating-system thèse pour le doctorat de médecine*, 1910.

MESUREUR André,

- *L'œuvre de l'Assistance Publique à Paris contre la tuberculose, Congrès international de la tuberculose Berger Levrault et Cie, Paris, 1905.*
- *Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, tome quatrième, 1911-1913*, Melun, 1917.

MESUREUR, Gustave, *Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois*, Imprimé par les pupilles de la Seine, élèves de l'école d'Alembert, Montévrain, Seine-et-Marne, 1913.

MILHAUD, Caroline, *L'ouvrière en France, sa condition présente, les réformes nécessaires*, Alcan, 1900.

MILLIARD Berthe, *Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, Bulletin trimestriel n°6, octobre-décembre 1917.*

MOINE, Marcel,

- Rapport du service de la statistique, année 1926, CNDT, Imprimerie administrative, Melun, 1928.
- « Etude internationale de la tuberculose et de sa prophylaxie vue par la statistique », in *Journal de la société statistique de Paris, tome 75*, 1934.
- « L'hygiène sociale en France », in *Journal de la société statistique de Paris, tome 71*, 1930.

MORIN docteur, président de la commission médicale de Leysin, *Rapport sur les sanatoriums de Leysin du 1^{er} mai 1903 au 30 avril 1904*, Montreux, 1904.

MOSNY, Ernest, Hospitalisation des tuberculeux, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale, série 4, n°2*, Jean-Baptiste Baillière, 1904.

NOCARD, Edmond, « Animaux tuberculeux, cohabitation, viandes, lait », in *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, 1900.

PIERRHUGUES, Clément, docteur, *Le phthisique parisien à l'hôpital*, Naud Editeurs, Paris, 1898.

PHILIP, André, *La révolution prolétarienne, Le problème ouvrier aux États-Unis*, (Alcan), Paris, 1925.

POIX, George, *L'armement antituberculeux français*, publié par le comité national de défense contre la tuberculose, Masson et Cie, Paris, 1922.

RENDU, Ambroise, Conseil municipal de Paris, 1902. Archives de l'Ecole de médecine de Paris, côte n° 110135 (97).

ROUANNET, Gustave, *Réunion tenue le 19janvier 1902 à la mairie du XVIII^e arrondissement, sous la présidence du Président du Conseil des ministres, Waldeck-Rousseau*, Œuvre générale des dispensaires antituberculeux.

ROUGIER, Paul, avocat, professeur à la Faculté de Droit de Lyon, *L'assistance des indigents à domicile, les œuvres d'initiative privé, le dispensaire général de Lyon*, Guillaumin et Cie, Paris, 1888.

SAUVAN Philippe, *L'évolution du dispensaire antituberculeux*, Thèse de médecine, le 25 novembre 1914, Montpellier, 1914.

SAVOIRE, Camille, « Les origines de la lutte antituberculeuse en France », in *Revue Médico-Sociale*, 1935.

SCHIMANN, Daniel, *Etude clinique et thérapeutique de la zomothérapie dans le traitement de la tuberculose et des états de dénutrition*, Imprimerie E. Arrault, Tours, 1913.

SELLIER, Henri, ROUSSELLE, Henri, *Rapport au nom de la troisième commission relatif à l'organisation de la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne et au budget de l'Office départemental d'hygiène sociale pour 1921*.

SELLIER, Henri, Conseiller Général, *La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne, 1896-1927, Le rôle de l'OPHS*, Rapport présenté au Conseil Général de la Seine en décembre, Editions de l'OPHS, Paris, 1928.

SELLIER Henri, « Les banlieues urbaines et la réorganisation administrative du département de la Seine », *Les documents du socialisme*, Marcel Rivière, 1920

SERGENT, Emile, *Etudes cliniques sur la tuberculose (1908-1920)*, 2^{ème} édition, Maloine et Fils, 1920.

SIEUR, médecin inspecteur général, MARCHOUX, professeur à l'Institut Pasteurs, « Dispensaires pour usines de guerre », in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1919,

SIGFRIED, Jules, *Rapport de la Commission de la tuberculose, La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Masson et Cie Editeurs, 1900.

STRAUSS, Paul, *La croisade sanitaire*, Bibliothèque Charpentier, Paris 1902.

TARTARIN, A.C, docteur, *Tuberculose et sanatoriums*, C. Naud Editeur, Paris, 1902.

TISSIER Paul, Thèse de doctorat en médecine, Un dispensaire parisien de l'OPHS en action, président Léon Bernard, *Les presses modernes*, Paris, 1926.

TULASNE, docteur, Rapporteur général des travaux de l'année 1926, *Recueil des publications de la société havraise d'études*, Imprimerie Micaux Frères, Le Havre, 1926.

TURQUAN, Victor,

-*Petit manuel de l'assistance publique, des hospices, bureaux de bienfaisance et des bureaux d'assistance médicale, Exécution de la loi du 15 juillet 1893*, Paul Dupont Editeur, Paris, 1894.

- « Statistiques des épidémies de grippe de 1890 et 1892 en France », *Journal de la société statistique de Paris, tome 34*, 1893.

VANSTEENBERGHE, *Les dispensaires antituberculeux, affiliés au Comité départemental et à la Ligue du Nord contre la tuberculose*, Société d'édition du Nord, Lille, 1926.

VINCENT, docteur, « La tuberculose dans la marine », in *La propagation de la tuberculose, moyens pratiques de la combattre*, Commission de la tuberculose, Masson, Paris, 1900.

VIROBEL, Lucien, « Education populaire et cinématographe : c'est le plus sûr auxiliaire de l'enseignement de l'hygiène », *La Vie Saine, n°44*, mars 1927.

WALDECK-ROUSSEAU, *L'action républicaine et sociale*, Bibliothèque Charpentier, Paris, 1903.

WILLIAMS, « La fondation Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose en France, son action pendant et depuis la guerre », in *Le Musée Social, n°2, février 1922*.

Revue et journaux

Administration communale et départementale, *Bulletin officiel annoté de tous les ministères, n°8*, août 1917.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, série 3, n°29, Paris, 1893.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale, série 4, n° 38, Paris, 1922.

Antenne médicale, Paris, 1938/07-1938/12, Août 1938.

Bulletin officiel annoté de tous les ministères, n°8, 12^{ème} année, Août 1917, Circulaire au sujet de l'application de la loi du 15 avril 1916 créant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, 31 juillet 1917.

Bulletin de l'Association des Dames Françaises, Paris, 1922/11-1922/12.

Bulletin des usines de guerre, 21/05/1917, source Gallica.bnf.fr/Service historique de la Défense.

Bulletin officiel national d'hygiène sociale 1931

Chambre des députés, n°800, session de 1915. Annexe au procès-verbal de la séance du 25 mars 1915. Proposition de résolution invitant le Gouvernement à assurer des soins aux militaires tuberculeux avant leur renvoi dans leurs foyers.

Gazette des Hôpitaux, in Hygiène et Tuberculose à l'usage des écoles et des familles, Librairie générale de l'enseignement, Paris, 1903.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens, tome 82, quatrième série, Paris, 8 rue de Nesles, 1911.

Journal Officiel du 18 juillet 1893, loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Journal Officiel n° 108 du 18 avril 1916.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques à l'usage des médecins praticiens, tome 82, quatrième série, Paris, 8 rue de Nesles, 1911.

Journal de la société statistique de Paris, tome 75, 1934.

Journal de la statistique de Paris, tome 87, 1946.

La révolution prolétarienne, A travers les livres, Paris, 1925.

Le concours médical 52-30-XII-34.

Le mouvement sanitaire, 1924, Paris.

L'Humanité la Une du numéro daté du 14 mai 1935.

L'Hygiène sociale en Seine-et-Marne, Office national d'hygiène sociale, Imprimerie Charles Botton, Neuilly-sur-Seine, 1927.

Règlement intérieur de l'office public d'hygiène sociale, 1933.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, n°3, 1881.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, n°6, Paris, 1884.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, n°13, Paris, 1891, article du docteur Napias.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, n°18, A.J. Martin, Prophylaxie sanitaire à Paris, Paris, 1896.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, n°33, Paris, 1911.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, La tuberculose pulmonaire, études de phtisiologie clinique et sociale, Masson et Cie, Paris VI^e, 1921.

Revue d'hygiène et de police sanitaire, Léon Bourgeois et la lutte contre la tuberculose, Masson et Cie, Paris, 1926.

Revue de l'Union des Femmes de France, 1928/06/A9N5.

Revue de la tuberculose, deuxième série, deuxième tome, 1905.

Revue municipale du 08/08/1903, Paris.

Tuberculosis, Bulletin mensuel de l'association internationale contre la tuberculose, Vol.VI, n°4, avril 1907.

Rapports

Alliance d'Hygiène sociale, Le congrès d'Arras, annales n°1 bis, mars 1905, Librairie de la Mutualité, 1904.

Alliance d'hygiène sociale, Le congrès de Lyon, bulletin N°9 bis, Imprimerie Réunies, Lyon, 1907.

Alliance d'hygiène sociale, Le congrès de Paris 14-15 Mai 1913, L'hygiène sociale par l'Enseignement et l'Education, Imprimerie moderne, Agen.

Alliance d'Hygiène Sociale, Le congrès de Mulhouse, Imprimerie Moderne, Agen, 1920.

Assemblée Générale du 21 février 1928, Association des surintendantes d'usines et de services sociaux, Paris 14^{ème}.

Armement antituberculeux de la France, Organisation départementale de la Seine, Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine, CNDT, Masson et Cie, Paris 1922.

Rapports du Dispensaire Antituberculeux des VIII^e et XVII^e Arrondissements, Imprimerie Chaix, Paris, pour les années de 1903 à 1917.

L'Hygiène sociale en Seine-et-Marne, Office national d'hygiène sociale, Imprimerie Charles Botton, Neuilly-sur-Seine, 1927.

Assemblée Générale du 21 février 1928, Association des surintendantes d'usines et de services sociaux, Paris 14^{ème},

La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne, 1896-1927, Le rôle de l'OPHS, Rapport présenté au Conseil Général de la Seine en décembre 1927 par Henri Sellier, Conseiller Général, Editions de l'OPHS, Paris, 1928.

Rapport du service de la statistique, année 1926, Comité National de Défense contre la Tuberculose, Imprimerie administrative, Melun, 1928.

Recueil des travaux de la commission permanente de la prévention contre la tuberculose, tome premier (1903-1905), Melun Imprimerie administrative, document BNF Te 777 806.

Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, T2 (1906-1907), Melun. 1909.

Recueil des travaux de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, T4 (1911-1913), Melun, 1917.

Règlement intérieur de l'Office Public d'Hygiène Sociale, 1933.

Bibliographie

Dictionnaires et encyclopédies

Le petit Larousse, Edition 2000.

ENCYCLOPÉDIE UNIVERSALIS,

-BRETEY, Jean, *notice Koch Robert*.

-BROSSOLET Jacqueline, *notice Nocard Edmond Tuberculose animale*

- DELAUNAY Albert, MENARD Claude, *notice Pasteur, Etudes des maladies contagieuses*

-FAUQUE Danielle, *Microscope en bref*.

- GACHELIN Gabriel, « De l'Institut d'hygiène à l'I.N.S.E.R.M »

- LEROUX Thomas, *notice sur François-Emmanuel Fodéré*.

-MAZIH Daniel, *Bactériologie*.

- OTHMAN Samya, *notice sur Selman Abraham Waksman*.

-RASMUSSEN, Anne, *notice Typhoïde*.

JOLY Jean, *Dictionnaire des Parlementaires français*, (1960/1977).

OTT Laurent, RULLAC Stéphane, *Dictionnaire pratique du travail social*, Eyrolles, 2015.

Revues et journaux

Cahiers du Centre de recherches historiques, 1994.

Histoire, économie et société, 1984, n°4.

Les cahiers du centre de recherches historiques, n°12, 1994

Le Mouvement social, n° 149, octobre-décembre 1989.

Revue française des affaires sociales, 2008/2, La Documentation française.

Revue d'Histoire de la protection sociale, n°2, décembre 2009.

Revue d'Histoire de la protection sociale, n°9, 2016/1.

Revue d'histoire du XIX^e siècle n° 48, 2014.

La revue de l'infirmière, Vol.58, n°147, janvier-février 2009.

Revue des Maladies Respiratoires, Vol 20, n°6-C2, décembre 2003.

La Voix du Nord du 29/12/2015.

Sites internet

www.academei-française.fr

www.agriculture.gouv

www.anales.org/archives

www.archives.aphp.fr

www.archives.seine-et-marne.fr

www.artcat-sante.org

<http://www.assemblee-nationale.fr>

<http://www.association-de-villepinte.com>

<http://www.biusante.parisdescartes.fr>

www.bm-lyon.fr

<http://www.buclermont.hypotheses.org/1932>

<https://capital.fr>

<http://cartes-postales35.monsite-orange.fr>

<http://cediasbibli.org>

www.cinema.encyclopedie.personnalites.bifi.fr

www.cite-sciences.fr

www.colonie-evasoleil.com

<https://data.bnf.fr>

<http://defense.gouv.fr>

www.directoirerectifiedefrance.org

www.elysee.fr

<https://www.encyclopaediaUniversalis>

<https://francearchives.fr>

www.fondation-grancher.org

www.histoire-du-biberon.com

<https://histoire.inserm.fr>

www.histoire-vesinet.org

<http://histrecmed.fr>

www.idref.fr

<http://www.ipubli.inserm.fr>

www.justice.gouv.fr

<https://www.larousse.fr>

Sylvie Poncelet, *Le dispensaire antituberculeux ou la difficile émergence d'un établissement prophylactique (1901-1943)*,
Thèse soutenue en 2020.

<https://www.littre.org>
www.lesouffle.org
maitron-en-ligne.univ-paris1.fr
<https://www.math93.com>
www.medarus.org
www.medicale/la-radiologie-conventionnelle/
www.parisencheres.com
<http://patrimoine-aquitain-education.fr>
<http://www.patrimoine.hautsdefrance.fr>
<http://www.pasteur.fr>
<https://rockfound.rockarch.org>
www.SPLF.fr Société de Pneumologie de Langue Française
www.souvenirfrançais-issy.com
<https://www.theunion.org>
<https://travail-emploi.gouv.fr>
http://www.upmc.fr/fr/universite/histoire_et_personnalites/les_prix_nobel/marie_curie
<https://www.zeiss.fr>

Livres

Philanthropie, réforme et politiques sociales

AULTIER-VOITURIEZ Odile, *Chroniques cachée de la Grande Guerre*, CNRS, Paris, 2017.

AVRANE Colette, *Ouvrières à domicile. Le combat pour un salaire minimum sous la Troisième République*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Pour une histoire du travail », Rennes, 2013.

BALINSKA Marta Aleksandra, « Assistance and not mere relief : the Epidemic Commission of the League of Nations, 1920-1923 », in Paul Weindling, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995.

BARILLE, Claire, *Soigner et guérir : des hôpitaux pour les travailleurs parisiens dans le second XIX^e siècle*, a été soutenue en 2007 à Paris 10.

BLAIS, Marie-Claude, *La solidarité, Histoire d'une idée*, Bibliothèque des idées, Gallimard, 2007.

BLASKIEWICZ Adeline, *Albert Thomas. Le socialisme en guerre 1914-1918*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Histoire », 2016.

BELLANGER, Emmanuel, *Ivry banlieue rouge, Capitale du communisme français, XX^e siècle*, creaphis éditions, 2017.

BELLANGER Emmanuel, MISCHI Julian (direction), *Les territoires du communisme. Elus locaux, politiques publiques et sociabilités militantes*, Colin, Paris, 2013.

BEIGDEBER, Yves, *L'Organisation mondiale de la santé*, Genève, 1998.

BERSTEIN Serge, *Histoire de l'unification allemande*, Flammarion, Paris, 2003.

BOROWY, Iris, La société des nations, la crise des années 1930 et la santé, *Tribunes de la santé*, 2012/3, n°36.

BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001.

BOURDELAIS, Patrice, FIJALKOW Yankel, « Les grandes villes françaises et la loi de 1902 », in *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Volume n°10, 2004.

BOURDELAIS Patrice, *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, La Martinière, Paris, 2003.

BOURDELAIS Patrice, DEMONET Michel, RAULOT Jean-Yves, *Annales. Economies, Sociétés, Civilisations, 33^{ème} année, n°1*, 1978.

BRODIEZ-DOLINO Axelle, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRD Editions, 2013.

BRASSEUL, Jacques, « Genèse de l'État-providence et naissance de la social-démocratie : Bismarck et Bernstein », in *Tribunes de la santé n°34*, 2012.

BRODIEZ-DOLINO, Axelle, *Combattre la pauvreté. Vulnérabilités sociales et sanitaires de 1880 à nos jours*, Paris, CNRD Editions, 2013.

CABANES Bruno, *La victoire endeuillée. La sortie de la guerre des soldats français (1918-1920)*, Paris, Seuil, 2004.

CAPUANO, Christophe, *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Presses de sciences po, 2018.

CASTEL, Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Folio essais, 1995.

CHAMOUARD, Aude, *Une autre histoire du socialisme : les politiques à l'épreuve du terrain*, Paris, CNRS, 2013.

- COVA, Anne, « Généalogie d'une conquête : maternité et droits des femmes en France fin XIX^e-XX^e siècles », *Travail, Genre et Sociétés* n°3, Mars 2000.
- DE LUCA BARRUSSE, Virginie, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique dans la France de la première moitié du XX^e siècle », *Actes du XVII^e colloque international de l'AIDELF*, Ouagadougou, novembre 2012.
- DOGLIANI, Patrizia, *Le socialisme municipal en France et en Europe, de la Commune à la Grande Guerre*, Arbre Bleu, Nancy, 2018.
- DUPAQUIER, J., La table de mortalité d'Edmond Halley, *Annales de démographie historique*, 1976.
- DUPRAT Catherine, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social, à Paris, au cours du premier XIX^e siècle*, Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, 2 vol., 1996 & 1997.
- DURKHEIM, Emile, *De la division du travail social*, Presse Universitaires de France, Paris, 2007.
- FABRE, Gérard, *Epidémies et Contagions, L'imaginaire du mal en Occident*, Presse Universitaire de France, 1997.
- FAURE, Olivier, « La médecine gratuite au XIX^e siècle : de la charité à l'assistance », in *Histoire, économie et société*, 3^{ème} année, n°4, 1984.
- FELKAY, Christian, « Les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux parisiens de 1796 à 1860 », in *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, sous la direction de Francis Démier et Claire Barillé, Action artistique de la ville de Paris, 2007.
- FRIOUX, Stéphane, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente glorieuses*, P.U.F, Paris, 2013.
- GEERKENS Eric, HATZFELD Nicolas, LESPINET-MORET Isabelle, VIGNA Xavier (dir.), *Les enquêtes ouvrières dans l'Europe contemporaine, Entre pratiques scientifiques et passions politiques*, Paris, La Découverte, « Recherches », 2019.
- GUILLAUME, Pierre, « Le recours aux structures de proximité : une constante de l'aide aux plus démunis, du XVIII^e au XX^e siècles », in *Revue d'histoire de la protection sociale* n°2, 2009.
- GODINEAU, Laure, « L'économie sociale à l'Exposition universelle de 1889 », in *Le Mouvement social*, n° 149, octobre-décembre 1989.
- GRANDVOINET Philippe, *Histoire des sanatoriums en France (1915-1945), une architecture en quête de rendement thérapeutique*, thèse soutenue à l'Université de Saint-Quentin-En-Yvelines, 2010.
- GUIEU, Jean-Michel, *Gagner la paix (1914-1929)*, Seuil, 2015.
- KITTS Anthony, Thèse de doctorat dirigée par Yannick Marec, « Bons » ou « mauvais » pauvres ? *Du mendiant, vagabond au pauvre secouru en Normandie orientales au XIX^e siècle*, Université de Rouen, 2016.
- KOTT Sandrine, *L'État social allemand. Représentations et pratiques*, Paris, Berlin, 1995.
- LEE DOWNS Laura, *Histoire des colonies de vacances, de 1880 à nos jours*, Perrin, Paris, 2009.
- LEFEBVRE Rémi, *Le socialisme saisi par l'institution municipale, des années 1880 aux années 1980) : jeux d'échelles*, thèse de science politique, Université Lille-2, 2001.
- LESPINET-MORET Isabelle, « La Troisième République face à la question sociale », *Tous républicains*, Direction Robert Belot, Armand Colin, Recherches, 2011.
- LESPINET-MORET Isabelle, VIET Vincent, *l'Organisation internationale du travail, Origine, développement, avenir*, « La médiation de Justin Godart entre la France et l'OIT dans l'entre-deux-guerres », PUR, 2011.
- LESPINET-MORET Isabelle, Thèse de HDR, *Institutions du travail et réformateurs sociaux, fin du XIX^e-milieu du XX^e siècle*, soutenue en 2015.
- LE ROUX, Armande, secrétaire de documentation, Fonds de l'Union Départementale d'Assistance aux Tuberculeux, Archives Départementales de Tours, 2006.
- LE ROUX Thomas, *Le laboratoire des pollutions industrielles*, Paris, 1770-1830, Albin Michel, Paris, 2012.
- MAREC Yannick
- « Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien, Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècle », *Publications des universités de Rouen et du Havre*, 2009.
 - *Cahier du GRHis n°16*, PURH, 2005.
 - *Villes en crise ? Pathologies urbaines*, Paris, Editions Créaphis, 2005.
 - « L'organisation administrative de l'Assistance publique de Paris au XIX^e siècle », in *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, sous la direction de Francis Démier et Claire Barillé, Action artistique de la ville de Paris, 2007.

- *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927), Expériences locales et liaisons nationales*, La Documentation française et Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, Paris, 2002.
- MAURER Catherine, *Un siècle de charité organisée en Alsace. La Fédération de Charité-Caritas d'Alsace 1903-2003*, Strasbourg, Éditions du Signe, 2003.
- MICHON, Montaine, Mémoire de master 1 Histoire des sociétés occidentales contemporaines, *La place des dispensaires d'hygiène sociale dans la lutte antituberculeuse du département de la Seine dans les années 1920*, sous la direction de Judith Rainhorn, Université Panthéon-Sorbonne, 2017.
- MURARD Lion, ZYLBERMAN, Patrick,
- *L'hygiène dans la République, La santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Fayard, Paris, 1996.
- « Les bureaux municipaux d'hygiène en France (1879-1919) », *Experts et notables*, Genèses, 1993.
- PAILLETTE, Céline,
- « Epidémies, santé, ordre mondial, Le rôle des organisations sanitaires internationales », *Monde(s)*, 2012/2, Armand Colin.
- « L'Europe et les organisations sanitaires internationales. Enjeux régionaux et mondialisation, des années 1900 aux années 1920 », *Les cahiers Irice*, 2012/1 (n° 9).
- « De l'Organisation d'hygiène de la SDN à l'OMS Mondialisation et régionalisme européen dans le domaine de la santé, 1919-1954 », *Bulletin de l'Institut Pierre Renouvin*, 2010/2 (N° 32)
- PERROT Annick, SCHWARTZ Maxim, *Pasteur et Koch, Un duel de géants dans le monde des microbes*, Odile Jacob Sciences, 2014.
- PHILIP André, *La révolution prolétarienne, Le problème ouvrier aux États-Unis*, Alcan, Paris, 1925.
- PIKETTY, Thomas, Directeur d'études à l'EHESS, *Capital et idéologie*, Seuil, 2019.
- PINOL Jean-Luc, GARDEN Maurice, *Atlas des parisiens de la Révolution à nos jours*, Parigramme, 2009.
- PONCELET, Sylvie, *Léon Bourgeois, mutualité et lutte contre la tuberculose*, Mémoire de master 2, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, sous la direction de Isabelle Lespinet-Moret, 2009.
- RAINHORN Judith, *Des rives, des continents. Les migrants italiens à la Villette (Paris) et à East Harlem (New York) de 1880 aux années 1930. Intégration, mobilités et territoires urbains*, Thèse de doctorat dirigée par Jean-Luc Pinol, Université de Tours, 2001.
- RASMUSSEN, Anne, « Protéger la société en guerre : de l'assistance aux « droits sur la Nation », *Revue de l'Histoire de la protection sociale*, 2016/1, N°9.
- ROLLET-ECHALIER, Catherine, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la Troisième République*, Volume 1, Institut National d'études démographiques, 1990.
- ROBERT Jean-Louis, « Plaisance près Montparnasse. Quartier parisien », 1840-1985, in *Revue d'histoire du XIX^e siècle n° 48*, 2014.
- ROSENTAL, Paul-André, *Destins de l'eugénisme*, Seuil, Paris, 2016.
- ROUZEL, Joseph, « La langue de l'opresseur », *Vie Sociale et Traitements*, 2019/1, N°141.
- RUIZ, Emilien, Maître de conférences à l'Université de Lille, *Emile Durkheim et la croissance de l'État à la Belle Epoque*, site Internet, <https://compter.hypotheses.org>.
- SAVOYE Antoine, « Les continuateurs de Le Play et l'enseignement de la « science sociale ». In *Communications*, 54, 1992.
- SOURNIA, Jean-Charles,
- *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997.
- *Histoire de l'humanité : Le XX^e siècle : de 1914 à nos jours*, UNESCO, 2009.
- TOPALOV Christian, *Philanthropes en 1900. Londres, New York, Paris, Genève*, (Créaphis, 2019)
- TOUCHELAY, Béatrice, « La société de statistique de Paris et les fondations de l'expertise du service central de la statistique publique (1936-1975) », *Journ@l'Electronique d'Histoire des Probabilités et de la statistique*, Vol 6, n°2, Décembre 2010.
- TOURNES Ludovic,
- « L'argent de l'influence : les fondations américaines et leurs réseaux européens », *Autrement*, 2010.
- *Science de l'homme et politique, les fondations philanthropiques américaines en France au XX^e*, Editions des Classiques Garnier, 2011.
- *Les États-Unis et la Société des Nations (1914-1946)*, Peter Lang, Berne, 2016.
- TURPIN, Jean Claude, BAUMANN Nicole, *Sans stress, la vie est impossible : comment le gérer*, Editions sauramps médical, 2010.
- TOWERS, Bridget, « Red Cross organisational politic, 1918-1922 : relations of dominance and the influence of United States », Paul Weindling, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995, p.35-36.
- VIGNAUX, Valérie, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », *Sociétés et représentations*, 2009/2, n°28.

WEINDLING, Paul, *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, 1995.

Mutualité et Assurances sociales

BARILLE, Claire, « Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIX^e siècle », *Revue d'histoire de la protection sociale* n°4, 2011/1.

FAURE, Olivier, DESSERTINE, Dominique, *La maladie entre libéralisme et solidarités (1850-1940)*, Racines mutualistes, Mutualité française, Paris, 1994.

HORNE, Janet, *Le Musée social aux origines de l'État providence*, Belin, Paris, 2004.

SINEY-LANGE, Charlotte, « L'avant-gardisme médicosocial mutualiste : retour sur une page blanche de l'histoire de la Mutualité (1850-1945) », *Vie sociale*, 2014/3 (n°7).

TOUCAS-TRUYEN, Patricia, *L'identité mutualiste*, Collection Contre Champ, 2001.

VIET Vincent,

-*Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e à nos jours*, coordination Franck Thénard Duvivier, Ellipses, Paris, 2012.

- « Comment suivre l'exemple de l'Allemagne sans perdre son âme ? Le pari de Fuster sur la Mutualité française dans la lutte contre la tuberculose. » *Les Etudes Sociales*, Edouard Fuster (1869-1935) et la construction de l'Etat social, dossier dirigé par Raymond Dartevelle, 2018.

VIET Vincent, DREYFUS Miche, RUFFAT Michèle, *Se protéger, être protégé, Une histoire des assurances sociales en France*, Presse Universitaire de Rennes, 2006.

Histoire de l'hygiène, de la santé, des soins et des maladies

Hygiène et santé

BONAH Christian, RASMUSSEN Anne. (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Editions Glyphe, 2005.

CHANET Jean-François, FREDJ Claire et RASMUSSEN Anne (dir.), « La santé des soldats entre guerre et paix, 1830-1930 », *Le Mouvement social*, 257, 2016.

COVA, Anne, « Généalogie d'une conquête : maternité et droits des femmes en France fin XIX^e-XX^e siècles », *Travail, Genre et Sociétés* n°3, Mars 2000.

DEGUIRAL, René docteur, « Hygiène sociale, principes, méthodes, organisation », in *Population, année 1954, Volume 9, numéro 3*.

FRIOUX Stéphane, FOURNIER Patrick, CHAUVEAU Sophie, *Hygiène et santé en Europe : de la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre Mondiale*, Edition SEDES, 2011.

FANICA, Pierre-Olivier, *Le lait, la vache et le citoyen, du XVII^e au XX^e siècle*, Editions Quae, Versailles, 2008.

FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e Siècles)*, anthropos historiques, Economica, 1994.

FRIOUX Stéphane,

-*Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, Paris, PUF, 2013.

- « Henri Sellier. Un maire au service de la circulation des savoirs sur et pour la ville », *Histoire urbaine*, n°37, août 2013.

- « La ville insalubre : pollution de l'environnement urbain et risque sanitaire en France, de Pasteur aux "Trente Pollueuses" », dans Anne-Marie Granet-Abisset et Stéphane Gal (éd.), *Les territoires du risque. Villes, environnement, territoires*, Grenoble, PUG, 2015.

HERZLICH Claudine, BUNGENER Martine, PAICHELER Geneviève, ROUSSIN Philippe, ZUBER Marie-Christine, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, Éditions Doin-INSERM, 1993.

HUARD, G.P, NIAUSSAT, P.M, *L'évolution du stéthoscope de Laënnec à nos jours, Son influence dans certains domaines des transmissions acoustiques*, Communication présentée à la séance du 13 juin 1981 de la Société française d'histoire de la médecine.

JARRIGE François, LE ROUX Thomas, *La contamination du monde. Une histoire des pollutions à l'âge industriel*, Seuil, 2017.

JORLAND, Gérard,

-*Une société à soigner, Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Gallimard, 2010.

- « La variole et la guerre de 1870 », *Les Tribunes de la santé* n°33, 2011/4.

LARBIOU, Benoît, « René Martial, 1873-1955, de l'hygiénisme à la raciologie, une trajectoire possible », *Genèses*, n°60, Belin, 2005.

MOREL, Marie-France, « Histoire de la naissance en France (XVIII^e-XX^e siècle) », *actualité et dossier de santé publique (adsp)* n°61/62, décembre 2007-mars 2008.

MURARD Lion, « La santé publique, matière administrative extraordinaire », in *Revue française des affaires sociales*, La Documentation Française, 2001/4.

MURARD Lion, ZYLBERMAN, Patrick, « Les fondations indestructibles : la santé publique en France et la Fondation Rockefeller », in *Médecine et Sciences* n°5, volume 18, mai 2002.

NVE Robert, « Médecins, éthique médicale et État en France 1747-1947 », *Le Mouvement Social*, 2006/1.

RASMUSSEN Anne,

- « A corps défendant : vacciner les troupes contre la typhoïde pendant la Grande Guerre », *Corps*, 2008/2, n°5.

-*La Grande Guerre prophylactique. Armée, santé, citoyenneté, 1900-1920*, Paris, Les Belles Lettres, à paraître 2019.

-Jalons pour une histoire des congrès internationaux au XIX^e siècle : régulation scientifique et propagande intellectuelle », *Relations internationales*, 62, 1990, p. 115-133.

ROSSIGNEUX-MEHEUST, Mathilde,

-*Vies d'hospice. Vieillir et mourir en institution au XIX^e siècle*, Seyssel, Champ Vallon, 2018.

- « L'invention d'un territoire de la vieillesse à Paris au XIX^e siècle. Construction et expérimentation d'une politique spatiale différenciée de l'assistance parisienne », *Histoire Urbaine*, n°42, 2015.-

« Accueillir ou soigner ? Les ambivalences de l'offre d'assistance aux vieillards des hospices parisiens au XIX^e siècle », dans Scarlett Beauvalet, Marie-Claude Dinet-Leconte M.-C. (dir.), *Lieux et pratiques de santé du Moyen Age à la Première Guerre mondiale*, Amiens, Editions Encreage, 2013.

THEVES, Georges, « L'inspection des viandes au cours de la 27^{me} moitié du XIX^e siècle, reflet des sciences appliquées », in *Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg*, n° 1, Luxembourg, 2002.

VIET Vincent, PICARD Jean-François, « Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIX^e siècle à nos jours », Site Internet <http://histrecmed.fr>.

VIET Vincent, *La santé en guerre 1914-1918*, Sciences Po, Les Presses, 2015.

VIGARELLO, *Histoire des pratiques de santé, le sain et le malsain depuis le Moyen-Âge*, Edition de Seuil, Paris, 1993.

WOJCIECHOWSKI Jean-Bernard, *Hygiène mentale et hygiène sociale*, 1997.

Maladie professionnelle

DEVINCK Jean- Claude, ROSENTAL Paul-André, « Une maladie sociale avec des aspects médicaux, La difficile reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle dans la France du premier XX^e siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 2009/1.

FOURCAULT Anne, *Femmes à l'usine en France dans l'entre-deux-guerres*, Revue Belge de Philologie et d'Histoire,

LEPINET-MORET, Isabelle, « L'accueil des accidentés du travail par les hôpitaux parisiens autour de 1900 », in *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Action artistique de la Ville de Paris, 2007.

OMNES, Catherine, « Les surintendantes d'usine : pionnières de la gestion du risque professionnel », in *Connaissance de l'emploi*, n°42, Mai 2007.

RAINHORN Judith,

- « Le mouvement ouvrier contre la peinture de plomb : stratégie syndicale, expérience locale et transgression du discours dominant au début du XX^e siècle », *Politix*, vol.23, n°9, 2010.

- « La santé au risque du marché. Savoir médical, concurrence économique, et régulations des risques, entre blanc de zinc et blanc de plomb », in Thomas Le Roux, *Risques et savoirs industriels. Savoirs, régulations, politiques d'assistance, fin du XVII^e-début du XX^e siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2016.

-*Le blanc de plomb, Histoire d'un poison légal*, Paris, Presses de Sciences Po, 2019.

ROBERT, Jean-Louis, « Plaisance près Montparnasse. Quartier parisien, 1840-1985 », in *Revue d'histoire du XIX^e siècle* n° 48, 2014.

ROSENTAL, Paul-André, « La silicose comme maladie professionnelle transnationale », in *Revue française des affaires sociales*, 2008/2, La Documentation française.

Lutte contre la tuberculose

BAILLY, Pierre, « O'Galop », *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 1999/32.

BOURGEOIS, Pierre, LACALMOTTE, Jean, « Naissance, vie et mort d'une spécialité médicale : la phtisiologie », *Revue d'histoire des sciences médicales*, n°22, 1988.

DARMON, Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. Hôpitaux et stations sanitaires », in *Annales de démographie historique* n° 1, 2002.

DESSERTINE, Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose*, Presse Universitaire de Lyon, 1988.

GUILLAUME Pierre,

-*Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècles*, Aubier, Paris, 1986.

- « Le recours aux structures de proximité : une constante de l'aide aux plus démunis, du XVIII^e au XX^e siècles », in *Revue d'histoire de la protection sociale* n°2, décembre 2009.
- « La prise en charge de la tuberculose à Paris au XIX^e siècle », *Les maux et les soins, médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Action artistique de la Ville de Paris, 2007.
- GUILLAUME, François, *Découvrir la lutte antituberculeuse entre 1880 et 1950*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Paris, le 27 mars 2002.
- HENRY, Stéphane, *Vaincre la tuberculose (1879-1939), : La Normandie en proie à la peste blanche*, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2013.
- KNIBIEHLER, Yvonne, « La lutte antituberculeuse instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930) », in *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest*, Juin 1979.
- LEFEBVRE, Thierry, « Les films de propagande sanitaire de Lortac et O'Galop (1918-1919) », *1895, Mille huit cent quatre-vingt-quinze*, 2009.
- LEFEBVRE, Thierry, de PASTRE Béatrice, « Le petit feuilleton de la santé, Les films hygiénistes de Jean Comandon (1918-1919) », *Sociétés et représentations*, 2015/1.
- MOURET Arlette, « La légende des 150 000 décès tuberculeux par an », *Annales de démographie historique* 1996.
- PRADALIE, Pierre, *Histoire du traitement curatif de la tuberculose au XX^e siècle*, Université Poincaré, Nancy, mars 2000.
- SUBTIL, Etienne, *René-Théophile Laënnec ou la passion du diagnostic exact*, Harmattan, Paris, 2006.
- VIDAL, Nathalie, « Phtisique ou tuberculeux ? Le discours lillois sur la tuberculose à la Belle Epoque (1895-1914) », *Revue du Nord*, Année 1994.
- VIET Vincent,
- *Histoire des français venus d'ailleurs de 1850 à nos jours*, Perrin, Paris, 2004.
- *Revue d'Histoire de la Protection Sociale*, « La Grande Guerre et la lutte antituberculeuse en France », 2016/1, n°9.
- VIGNAUX, Valérie, « Jean Benoit-Lévy un homme de son temps ou l'émotion de la vie », *Site Internet www.lips.org*.
- VOISIN. Cyr, *Regards Images de la Tuberculose en France de 1900 à nos jours*, Tome 2, Hauts de France Editions, 1995.

Dispensaires, Hôpitaux et sanatoria

- BARILLE, Claire, DEMIER, Francis, *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle*, Action artistique de la Ville de Paris, 2007.
- BAZARILLE, Claire, « Hôpital ou soins à domicile ? L'hospitalisation à Paris à la fin du XIX^e siècle », *Revue d'histoire de la protection sociale* n°4, 2011/1.
- BEAUVALET, Scarlett, « La tragédies des maternités hospitalières au XIX^e siècle et les projets de réaménagement », *Spirale*, ERES, 2012.
- BERNARD, Noël, *La vie et l'œuvre d'Albert Calmette, 1863-1933*, Albin Michel, 1961.
- BOSCUS, Michel, docteur, responsable du sanatorium de Bligny de 1980 à 1997, *Bligny et son histoire, du sanatorium au centre médical d'aujourd'hui*, Imprimerie BPC, 2003.
- CHATELET Marie, « Les hôpitaux-baraques », *Les maux et les soins, Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens*, Action artistique de la Ville de Paris, 2007.
- DESSERTINE, Dominique, « Les infirmières-visiteuses de la lutte antituberculeuse en France, (1900-1930) », *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*, 2-3, 1995.
- DIEBOLT, Evelyne, « Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession d'infirmière », in *Recherche en soins infirmiers* n°109, juin 2012.
- DIEBOLT, Evelyne, FOUICHE Nicole, « Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? » (1854-1938), *Sciences humaines et sociales*, EPU, 2011.
- DOUARD, Christel, GUESNIER Valérie, « Tuberculose et patrimoine : les établissements de Perharidy et du Laber à Roscoff (Finistère) », *In Situ Revue des patrimoines*, 2017.
- GERVAIS, Raymond, *Histoire de l'hôpital Necker : 1778-1885*, Hachette/BNF, 2016.
- HENRY Stéphane,
- « La médecine libérale et le dispensaire d'hygiène sociale, ou l'histoire d'une délicate cohabitation pour vaincre la tuberculose », *Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale* n°3, Décembre 2010.
- « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, Automne 2009.
- HURI, Nelly, « La bibliothèque universitaire centrale des étudiants malades et les bibliothèques des sanatoria de France », *Bulletin des bibliothèques de France*, 1957.
- LAGET, Pierre-Louis, « L'architecture hospitalière à Paris depuis le projet modèle proposé par le chirurgien Tenon, jusqu'à l'inauguration du nouvel hôpital Beaujon (1788-1935) », in *Les maux et*

les soins Médecins et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle, Action artistique de la Ville de Paris, 2007.

MAGNON René, *La revue de l'infirmière*, Vol.58, n°147, janvier-février 2009.

MAREC Yannick, *Accueillir ou soigner ? L'hôpital et ses alternatives du Moyen Age à nos jours*, Publications des universités de Rouen et du Havre, 2007.

MOURET, Arlette, « L'imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », *Les cahiers du centre de recherches historiques*, n°12, 1994.

B.C.G et timbres antituberculeux

BONAH, Christian, « Ethique et recherche biomédicale en Allemagne. Le procès de Lübeck et les « Richtlinien » de 1931 », *Journal international de Bioéthique*, 2001/2, vol.12.

COUTAN, Lucien, *Les campagnes du timbres antituberculeux Français du 20^{ème} siècle, première partie 1925-1944*, Yvert et Tellier, 2010.

COUTAN, Lucien, STEFF, Philippe, *Les campagnes du timbre antituberculeux Français du 20^{ème} siècle, deuxième partie 1945-1969*, Yvert et Tellier, 2010.

DEBRE, BERNARD, in <http://www.ipubli.inserm.fr>, *Notes sur l'histoire de la vaccination par le BCG en France, 1921-1970*, publication de l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (Inserm), directeur de publication Yves Lévy, Président-directeur général de l'Inserm.

KECK, Frédéric, « Critiquer la vaccination : monter en généralité ou en singularité ? Commentaire », *Sciences Sociales et Santé*, volume 35, 2017/4.

TURPIN, Raymond, « Commémoration de la première application humaine du vaccin BCG », in *Revue de tuberculose et de pneumologie*, Tome 33, n°8.

VILDE, Jean-Louis, « L'obligation vaccinale en question », *Laennec*, Tome 63, 2015/3.

Annexe 1

Table des abréviations

AFAS :	Association Française pour l'Avancement des Sciences
AHS :	Alliance d'Hygiène Sociale
APHP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
B.C.G :	Bacilles Calmette et Guérin
BIT :	Bureau International du Travail
BK :	Bacille de Koch
CIPMT :	Commission Internationales Permanente de la Médecine du Travail
CLAT :	Centres de lutte antituberculeux
CNAMT :	Comité National d'Assistance aux Militaires Tuberculeux
CNDT :	Comité National de Défense contre la Tuberculose
FR :	Fondation Rockefeller
HBM :	Habitation Bon Marché
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OHS :	Office d'Hygiène Sociale
OIHP :	Office International d'Hygiène Publique
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OHSN :	Organisation d'Hygiène de la Société des Nations
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OPHS :	Office Public d'Hygiène Sociale
PMU :	Pari Mutuel Urbain
PR1 :	Protection du Réformé n°1
PR2 :	Protection du Réformé n°2
SBM :	Secours aux Militaires Blessés
SDN :	Société Des Nations
SSM :	Société de Secours Mutuel
U.F.F :	Union des Femmes de France
UICT :	Union Internationale Contre la Tuberculose

Annexe 2

Extrait du Journal Officiel du mardi 18 avril 1916.

Loi instituant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Le Sénat et la Chambre des députés ont adoptés, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE PREMIER

DES DISPENSAIRES PUBLICS D'HYGIENE SOCIALE ET DE PRESERVATION ANTITUBERCULEUSE

Article 1 – Pourront être institués dans les conditions prévues par la présente loi, des dispensaires publics d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse qui seront spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse, de donner des consignes de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans des hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, etc.. 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 des malades.

Ces dispensaires organiseront pour les malades privés de ressources, d'accord avec les services locaux ou régionaux d'hygiène et d'assistance, des consultations gratuites et des distributions de médicaments. Les services des dispensaires publics pourront être mis à la disposition des sociétés de secours mutuels et des œuvres de bienfaisance dans les conditions fixées par les tarifs établis conformément aux articles 7 et 8 de la présente loi.

Article 2 – Les dispensaires publics constituent des établissements publics. Les règles générales d'administration fixées pour les offices d'habitations à bon marché par les articles 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21 de la loi du 23 décembre 1912, sont applicables aux dispensaires publics, sauf les dispositions contraires de la présente loi. Toutefois le maximum de la somme à emprunter, qui peut être autorisé par décret, fixé par l'article 16, est abaissée pour les dispensaires à la somme de 50000fr.par an.

Article 3 – Les dispensaires publics sont institués par décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique, après enquête et avis du conseil général et des conseils municipaux compris dans la circonscription de dispensaire. L'autorisation de fonctionner est donnée par le préfet après inspection des locaux et vérification de l'aptitude du personnel par le conseil départemental d'hygiène qui, sous l'autorité du préfet, exerce un contrôle permanent sur l'administration de l'établissement.

Article 4 – Un conseil d'administration est chargé de la gestion d'un ou de plusieurs dispensaires. Le conseil d'administration comprend :

- 1° Un membre choisi par le préfet sur une liste établie par le conseil général ;
- 2° Un membre désigné par le conseil général ;
- 3° Un membre désigné par les conseils municipaux qui participent au fonctionnement du dispensaire ;
- 4° Un membre désigné par le conseil départemental d'hygiène ;
- 5° Un membre désigné par le comité de patronat des habitations à bon marché s'il en existe un dans la circonscription du dispensaire ;
- 6° Un des médecins chargés de l'assistance médicale gratuite et désigné par le préfet ;
- 7° Un représentant des syndicats médicaux de la circonscription du dispensaire ;
- 8° Le directeur du bureau d'hygiène s'il en existe un dans la commune ;
- 9° Un instituteur ou une institutrice désigné (e) par le préfet sur la proposition de l'inspecteur d'académie ;
- 10° Un délégué des sociétés de secours mutuels qui utilisent pour leurs membres en vertu d'un contrat, les services du dispensaire ;

11° Un délégué des œuvres de bienfaisance qui utilisent en vertu d'un contrat, les services du dispensaire.

Un membre du conseil d'administration est chargé des fonctions d'administrateur délégué.

Article 5 – Le personnel du dispensaire est nommé par le conseil d'administration ; il comprend un ou plusieurs médecins, un ou plusieurs enquêteurs, moniteurs et monitrices d'hygiène, et, s'il est utile, un ou plusieurs infirmiers ou infirmières d'hygiène. Ces enquêteurs, moniteurs et monitrices sont en particulier chargés des enquêtes et donnent l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade.

Article 6 – Les dépenses extraordinaires du dispensaire comprennent les dépenses de premier établissement ou d'agrandissement pour la construction ou l'aménagement des immeubles ou locaux, l'acquisition et l'installation de l'outillage.

Les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses extraordinaires sont réalisées à l'aide de la participation des particuliers, des groupements intéressés, des communes, des départements et de l'État. Elles comprennent le produit des dons et legs, des subventions et des emprunts.

Les communes, les départements et les établissements publics peuvent participer au premier établissement en cédant à titre gratuit des terrains, locaux ou immeubles pour le service du dispensaire. Les emprunts contractés par un dispensaire peuvent être gagés sur les ressources ordinaires de ce dispensaire et garantis par les communes ou les départements. Les sociétés de secours mutuels pourront participer aux dépenses extraordinaires dans les conditions prévues par l'article 8 ci-après. L'État affectera aux dépenses extraordinaires des dispensaires des subventions sur le revenu net prélevé sur le produit du pari mutuel et des jeux.

Article 7 – Les dépenses ordinaires comprennent, avec toutes les dépenses ayant un caractère annuel, et notamment le service d'intérêts et d'amortissement des emprunts, prix de locations, frais d'assistance pour les malades privés de ressources, des honoraires de médecins, des salaires du personnel, l'acquisition des appareils, médicaments, désinfectants, objets de pansements.

Les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses ordinaires comprennent le produit des dons et legs et des subventions spécialement affectées à ces dépenses, des recettes propres du dispensaire et de la participation des communes, des départements, des établissements publics et de l'État prévues par le dernier paragraphe du présent article.

Les recettes propres proviennent des indemnités payées par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités, selon des tarifs déterminés. Ces tarifs sont fixés par le préfet, de concert avec le syndicat médical et le conseil d'administration. Des tarifs réduits peuvent être dans les mêmes formes, accordés aux collectivités, aux sociétés de secours mutuels et aux œuvres de bienfaisance.

Les dépenses du dispensaire qui n'auront pu être couvertes au moyen des ressources sus-énoncées seront supportées dans la limite des prévisions budgétaires régulièrement approuvées par les communes, le département et l'État, conformément aux barèmes annexés à la loi du 15 juillet 1893 et au mode de répartition suivi par les dépenses de la loi du 15 février 1902, lorsque les communes auront adhéré à la création du dispensaire ou lorsque le département aura agréé le dispensaire comme service auxiliaire de l'assistance médicale gratuite ou de l'hygiène publique par une délibération spéciale prise à cet effet.

TITRE II

DES DISPENSAIRES MUTUALISTES ET DES DISPENSAIRES PRIVÉS

Article 8 – Les sociétés de secours mutuels, les unions de sociétés de secours mutuels qui créent ou qui administrent un dispensaire peuvent étendre l'action de ce dispensaire

aux personnes qui ne font pas partie de la société, d'après le tarif de droit commun fixé par l'arrêté préfectoral, et, solliciter dans ce cas l'agrément prévu par l'article 3 de la présente loi. Le dispensaire ainsi constitué ne formera pas une personne morale distincte de la société gérante. Le dispensaire mutualiste conservera tous les avantages prévus par la loi du premier avril 1898.

Les dispensaires créés par l'application du présent article, peuvent recevoir des subventions des communes, du département, des établissements publics et de l'État. Les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels qui organisent un dispensaire, par application du premier paragraphe du présent article, administrent elles-mêmes le dispensaire. Elles doivent seulement en cas de subvention, adjoindre, pour la gestion de ce service, au bureau de la société ou de l'union, un représentant du bureau d'assistance et le directeur du bureau d'hygiène.

Les sociétés et les unions de sociétés de secours mutuels, lorsqu'elles organisent un dispensaire dans ces conditions, pourront ainsi que les dispensaires publics bénéficier des facilités de crédit prévues par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1912 sur les habitations à bon marché, en vue de faire face aux dépenses de premier établissement.

Par dérogation aux articles 17 et 21 de la loi du 1 avril 1898, les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels seront autorisées à faire emploi de leurs fonds, libres de toutes charges et de toute affectation, jusqu'à concurrence du cinquième, en parts sociales ou obligations de sociétés ayant pour objet l'organisation d'un dispensaire par application du présent titre, ou en prêts aux dispensaires publics garantis sur hypothèques ou sur les ressources ordinaires de dispensaire.

Article 9 – Les associations de bienfaisance et les personnes qui, dans un but exclusif de bienfaisance, ont créé ou créeront des dispensaires et en étendront l'action à la lutte contre la tuberculose suivant les méthodes de la présente loi peuvent, en adressant au préfet une demande spéciale à cet effet, bénéficier des avantages prévus par les paragraphes 2 et 4 de l'article précédent. Le préfet statue sur la recevabilité de la demande, qui doit être accompagnée d'un projet détaillé d'emploi de la subvention. Un rapport rendant compte de cet emploi doit être adressé au préfet en fin d'exercice. Dans tous les cas, les dispensaires de ces associations ou de ces personnes resteront soumis à l'inspection du service d'hygiène.

TITRE III

DES DISPENSAIRES ORGANISES PAR LES SERVICES PUBLICS D'ASSISTANCE ET D'HYGIENE

Article 10 – Les dispensaires qui ont été créés ou qui seront créés par les communes, les départements ou les établissements publics en vertu des lois actuellement en vigueur, pourront bénéficier des avantages prévus par les articles 6, 7 et 8 de la présente loi.

TITRE IV

DES DISPENSAIRES PUBLICS OBLIGATOIRES

Article 11 – Lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès sur le territoire d'une ou plusieurs communes, dépassera la moyenne de la mortalité en France, la création d'un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse peut être déclarée obligatoire par décret, les conseils municipaux entendus, sur l'avis conforme du conseil supérieur d'hygiène publique, après enquête et après consultation du conseil d'hygiène départemental et du conseil général. La commune ou les communes intéressées, le département et l'État devront participer aux frais de premier établissement, conformément au barème de la loi du 14 juillet 1913.

Dans le délai d'un mois à dater de la publication du décret, les conseils municipaux seront

mis en demeure de procéder à la création et, en cas de refus ou d'absence de délibération pendant le délai de trois mois, il y sera pourvu d'office par arrêt préfectoral. La première application de la présente disposition, n'aura lieu que trois ans après la promulgation de la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État

Fait à Paris le 15 avril 1916.
République : *Le ministre des finances,*

R.POINCARE Par le Président de la
Le ministre de l'intérieur

A.RIBOT

MALVY

Le ministre du travail et de la prévention sociale,

ALBERT METIN

Annexe 3

Circulaire au sujet de l'application de la loi du 15 avril 1916 créant des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Du 31 juillet 1917

Monsieur le Préfet, les dispensaires dont l'institution est prévue par la loi du 15 avril 1916, due à l'initiative de M. Léon Bourgeois, sont des établissements qui ont mission principale de répandre la prophylaxie et l'éducation antituberculeuse sans lesquelles toute lutte contre la terrible maladie serait vouée à un échec. Il est donc du plus haut intérêt de favoriser, en la facilitant, la création de ces organisations. C'est pourquoi le législateur n'a pas voulu donner aux dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse des attributions obligatoires trop étendues. Toutefois, pour remplir leur rôle et exercer leur action de manière efficace, ces institutions doivent obéir à quelques principes essentiels qu'il convient de formuler ici. Dans la pensée que le dispensaire poursuit avant tout un but de préservation et d'éducation sociales, la loi n'a pas distingué, pour la clientèle de ces établissements, entre les indigents et les non-indigents. Cette distinction cependant doit reprendre toute sa force lorsque le dispensaire assure les soins médicaux et distribue des médicaments. Ces dernières attributions, auxquelles il sera ordinairement difficile de se dérober, impliquent une entente avec les services locaux ou spéciaux d'assistance, de même qu'un accord devra s'établir avec les services d'hygiène au point de vue de la désinfection. L'organe nouveau doit en effet s'incorporer harmonieusement dans l'ensemble des services d'assistance et d'hygiène déjà existants qu'il aidera de son action spécialisée ; il convient aussi que son existence et son fonctionnement recueillent l'adhésion des médecins et des pharmaciens, dont il ne doit pas contrarier les intérêts professionnels légitimes.

Fonctionnement technique.

Le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse n'est pas un établissement qui héberge des malades, mais il doit, pour remplir entièrement la mission que la loi lui a confiée, pour le moins organiser les services suivants : assistance au dispensaire, assistance à domicile et désinfection.

A. Service d'assistance au dispensaire. — Le personnel médical, composé d'un ou plusieurs médecins, aidés par un ou plusieurs auxiliaires, suivant l'importance du dispensaire, examinera les malades qui se présentent à la consultation, et déterminera, autant que faire se peut, le caractère contagieux ou non de leur état ; à cet effet, l'examen bactériologique des crachats est absolument indispensable et devra être fait au dispensaire même. Le personnel médical devra examiner également la famille du malade. Une ou deux consultations médicales par semaine suffiront : dans les milieux urbains, à des heures où les ouvriers pourront y venir ; dans les milieux ruraux, aux jours de marchés.

Les malades classés et inscrits au dispensaire, lorsqu'ils seront reconnus indigents, y recevront gratuitement :

- a) Des prescriptions et, suivant les circonstances, des médicaments ;
- b) Des bons d'aliments, des bons de vêtements, des bons de loyers ;

Les modalités de ces distributions de secours varieront suivant les accords passés entre le dispensaire et les diverses œuvres privées ou institutions publiques aptes à lui en fournir les moyens ; notamment le dispensaire sera en liaison régulière et organisée avec les bureaux de bienfaisance, ce qui permettra d'ajouter pour les nécessiteux les secours en argent dont ils pourraient avoir besoin. Tous les malades, indigents ou non, pourront recevoir :

- a) Les conseils d'hygiène et l'indication de la direction d'existence appropriés à l'état de chacun d'eux ;
- b) Des crachoirs et du liquide antiseptique, dont on leur indiquera l'usage et l'utilité.

B. Service d'assistance à domicile. — Le dispensaire devra suivre les malades chez eux voir comment ils ont compris et appliquent les conseils reçus à la consultation, vérifier, en plus des conditions d'habitation qui leur sont imposées, les habitudes d'existence auxquelles ils sont soumis et le milieu familial dans lequel ils vivent, modifier autant que possible les défects constatés, donner des leçons de choses aux malades et des indications au médecin sur leurs véritables besoins et sur leur docilité à suivre ses avis. Ce rôle sera dévolu à un personnel spécialisé, de préférence des infirmières visiteuses qui se rendront chez les malades ; le moniteur, par ses visites répétées, par sa fréquentation familière avec le malade et son entourage, sera à même de puiser bien des renseignements utiles au médecin, de dépister d'autres foyers de tuberculose qu'il devra signaler au dispensaire. Une coordination étroite devra d'ailleurs toujours régner entre la consultation médicale et le service d'enquête. Pour l'obtenir, on constituera et on conservera des fiches concernant chaque malade, sur lesquelles seront portés les renseignements recueillis au cours des enquêtes médicale, familiale et sociale.

C. Service de désinfection. — Le dispensaire devra présider à la désinfection, puisque c'est par lui que peuvent être fournis les renseignements les plus complets sur l'existence et, le caractère contagieux des malades, sur les conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent. Suivant les circonstances et ses ressources, le dispensaire sera pourvu d'une buanderie et d'un matériel de désinfection ou il sera en rapport avec les services départementaux intéressés. L'existence d'une buanderie sur place pour le lavage du linge est préférable, et, chaque fois que cela sera possible, l'adjonction d'une étuve pour la désinfection des vêtements et de la literie devra être réalisée. Il appartient aux moniteurs de surveiller l'exacte application des règles d'hygiène, en ce qui concerne la désinfection du linge et des effets ainsi que le nettoyage du logis.

Locaux. — L'organisation matérielle de ces services ne réclame pas d'installations vastes ni onéreuses ; ils peuvent être aménagés dans des locaux très divers que l'on peut toujours adapter à l'installation d'un dispensaire. Il est suffisant, mais nécessaire, pour constituer un dispensaire, de prévoir :

Une salle d'attente pour les malades ;

Deux petits cabinets de déshabillage ;

Un cabinet de consultation pour le médecin ;

Une petite pièce pour l'enquêteur ;

Une petite pièce bien éclairée pour le laboratoire ;

Une pièce servant de magasin pour les ustensiles et produits hygiéniques et pour la pharmacie ;

Une buanderie et une lingerie, constituée par deux pièces bien séparées, l'une pour le linge septique, l'autre pour le linge désinfecté.

Ces locaux peuvent être augmentés, selon l'importance que l'on veut donner au dispensaire, mais ne sauraient être réduits davantage, sous peine de fausser le fonctionnement de l'établissement.

Matériel. — Le matériel indispensable n'est pas moins simple : en dehors des tables, chaises et objets d'usage courant, il faudra se munir d'une bascule, d'un microscope d'une chaise longue d'examen, de fiches pour enquêtes médicale et sociale et d'un fichier. De même le magasin renfermera crachoirs de salle, crachoirs de poche, liquides désinfectants, sacs spéciaux pour le transport du linge à désinfecter.

Organisation administrative des dispensaires d'hygiène sociale.

La loi du 15 avril 1916 a disposé que les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse pourraient se constituer sous diverses formes, savoir :

Dispensaires publics proprement dits (titre I) ;

Dispensaires mutualistes et dispensaires privés (titre II) ;

Dispensaires organisés par les communes, départements ou établissements publics (titre III) ;

Dispensaires obligatoires (titre IV).

Il me reste à vous donner sur ces modalités quelques indications, sur les règles de fonctionnement administratif et financier qui leur sont propres, et sur les avantages que chacune d'elles comporte.

1° DISPENSAIRES PUBLICS PROPREMENT DITS

Avantages accordés au dispensaire public d'hygiène sociale

C'est à cette forme de dispensaire que le législateur, marquant en quelque sorte sa prédilection, a réservé le maximum d'avantages.

Personnalité publique. — Et tout d'abord, il a décidé que les organisations qui, remplissant les conditions imposées par l'article 1, auront accompli les formalités prescrites par l'article 3, constitueraient seules des établissements publics, c'est-à-dire jouiraient d'une personnalité propre, leur permettant, comme les hôpitaux, les hospices, les bureaux de bienfaisance, d'avoir un budget spécial, de recevoir des dons et legs, en un mot de s'administrer très librement, sous votre surveillance et votre contrôle, sans dépendre trop étroitement des assemblées locales ; la composition du conseil d'administration du dispensaire public, dans lequel ces assemblées sont largement représentées, donne d'ailleurs à celles-ci toutes garanties que leurs intérêts seront sauvegardés. En dehors de cet avantage primordial et particulier qui leur est accordé, les dispensaires publics pourront recevoir, sous deux formes différentes, une aide pécuniaire sur le budget de l'État.

Subventions de l'Etat. — En premier lieu, l'État, aux termes du paragraphe 2 de l'article 6, contribuera aux dépenses extraordinaires des dispensaires publics, c'est-à-dire à celles de premier établissement ou d'agrandissement pour la construction ou l'aménagement des

immeubles ou locaux et à celles d'acquisition ou d'installation de l'outillage. Cette contribution sera prélevée, dit la loi, sur le produit du Pari mutuel et des jeux. A l'heure actuelle, ce produit étant réduit à néant par suite des circonstances, aucune subvention ne pourrait être accordée, mais le Gouvernement, en raison de l'intérêt qu'il y a à ne pas retarder l'éclosion des dispensaires, prendra les mesures utiles, qui me permettront, en attendant la reprise éventuelle des jeux sur les champs de course et dans les casinos, d'accorder aux dispensaires le concours sur lequel ils sont, pour leurs dépenses extraordinaires, en droit de compter. L'État pourra encore intervenir, aux termes de l'article 7-§ 4, pour le paiement des dépenses ordinaires qui n'auront pu être couvertes par les ressources de même nature énumérées par ledit article. J'ai tout lieu de croire qu'il ne sera besoin de faire appel à cette seconde forme de subvention de l'État que très rarement, car, pour couvrir leurs dépenses ordinaires, les conseils d'administration de ces institutions devront s'efforcer de rechercher autour d'eux toutes les ressources qui leur sont nécessaires pour remplir normalement la mission qui leur est confiée. Les charges qui leur incombent ne seront pas généralement très importantes, et il leur sera le plus souvent facile de trouver les fonds dont ils ont besoin auprès des collectivités et associations locales ou de généreux particuliers. Je crois devoir vous donner ici, et pour ne plus y revenir, quelques explications au sujet de l'application du paragraphe 4 de l'article 7. Pour ce, je ne puis mieux faire que de reproduire ci-dessous un passage du rapport présenté à la Chambre des Députés par l'honorable M. Honnorat. « Le dernier paragraphe de l'article 7 contient une clause, que nous pourrions appeler une clause de sûreté, qui est destinée à assurer l'équilibre financier des budgets des dispensaires. Dans le cas où les dépenses du dispensaire n'auront pu être couvertes au moyen des ressources dont nous venons de parler, il est prévu qu'elles seront supportées, dans la limite des prévisions budgétaires régulièrement approuvées par les communes, le département et l'État, conformément aux barèmes annexés à la loi de 1893, lorsque les communes auront adhéré à la création du dispensaire et lorsque le département l'aura agréé comme service auxiliaire de l'assistance médicale gratuite ou de l'hygiène publique par une délibération spéciale prise à cet effet. Ces dispositions paraissent assez complexes. Elles ont été prévues pour donner toutes garanties aux communes et aux départements qu'il importait de ne pas engager dans des dépenses, même modérées, sans qu'il en ait été demandé avis. Ce n'est que dans la limite des prévisions budgétaires, régulièrement approuvées, c'est-à-dire qui auront été soumises aux communes et aux départements intéressés, qu'une part des dépenses ordinaires du dispensaire auquel elles auront décidé de participer, pourra être mise à leur charge. Il y aura donc annuellement une prévision de dépenses soumise aux communes et aux départements. Ceux-ci, pas plus que celles-là, ne seront par suite exposés à des mécomptes. Après les ruines de la guerre surtout, c'est là une précaution indispensable pour obtenir le concours de ces collectivités. »

Autres avantages. — Tels sont donc les avantages que l'État réserve aux dispensaires publics. Mais ce ne sont pas les seuls. Ces établissements pourront recevoir pour les dépenses extraordinaires des subventions des communes et des départements, et le concours des particuliers et des groupements intéressés (art. 6-§ 2). Les départements, les communes et les établissements publics sont autorisés à leur céder gratuitement les terrains, locaux ou immeubles nécessaires pour leur installation. Les emprunts qu'ils contracteront pourront être garantis par les départements et les communes (art. 6-§ 3). Les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels peuvent, en vertu des dispositions combinées des articles 6-§§4, 8 et 5, faire emploi d'une partie de leurs fonds libres en parts sociales ou obligations de sociétés ayant pour objet l'organisation d'un dispensaire public, ou en prêts aux dispensaires publics. Enfin, en dehors des subventions et concours spécialement affectés aux dépenses ordinaires, qui pourront être accordés aux dispensaires par les collectivités locales et les particuliers (art. 7-§ 2) les départements et les communes participeront avec l'État, dans les conditions prévues par l'article 7-§ 4 aux dépenses restant à découvert.

Institution et fonctionnement administratif des dispensaires publics.

— Les règles administratives qui président à l'institution et au fonctionnement des dispensaires publics — établissements publics — sont contenues dans les articles 2 à 5 de la loi. Création.

— Tout d'abord, l'article 3 détermine- les conditions dans lesquelles sera créé le dispensaire public, et exige l'intervention d'un décret, rendu après avis du Conseil d'État, et sur le vu d'un dossier établi à la suite d'une instruction qui comporte une enquête et l'avis du Conseil général et des conseils municipaux compris dans la circonscription du dispensaire fixée par le décret lui-même. En principe, l'initiative de la création d'un dispensaire appartient à tous : particuliers, groupements corporatifs, comités départementaux d'assistance aux militaires tuberculeux. Une mention spéciale doit être faite pour ces comités. Leurs statuts, qui étaient annexés à ma circulaire du 21 mars 1916 prévoient (art. 13 et 14) qu'ils ont la faculté de se transformer en dispensaire d'hygiène sociale, et j'estime qu'il y aurait intérêt à ce que, dès à présent cette transformation soit décidée pour la fin des hostilités. Il sera loisible au comité de choisir la forme du dispensaire d'hygiène sociale — dispensaire public ou dispensaire privé — qui lui paraîtra le mieux convenir. Mais, à mon avis, c'est la forme du dispensaire public, en raison des avantages spéciaux qu'elle comporte, qui devrait être le plus généralement adoptée. Cette transformation sera des plus faciles si, conformément aux indications de ma circulaire précitée, les membres de ces comités ont été nommés en s'inspirant des règles posées par l'article 4 de la loi du 15 avril 1916. L'initiative appartient même aux communes, départements, établissements publics, sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels, qui estimeraient que la constitution d'un dispensaire public est préférable à la création d'un dispensaire, en vertu des titres II et HI de la loi. Les demandes devront vous être adressées. Si elles vous paraissent justifiées et si les demandeurs présentent toutes les garanties désirables, il vous appartiendra de déclencher la procédure d'instruction prévue par la loi. Dans le cas contraire, vous voudrez bien ne pas rejeter la demande, sans m'en avoir préalablement référé, et après m'avoir exposé les raisons qui vous semblent devoir motiver votre refus.

Enquête. — Les formalités préalables d'institution consistent, on l'a vu plus haut, dans une enquête et dans la consultation des assemblées locales intéressées. La loi n'a pas fixé les formes de cette enquête, mais il semble bien ressortir des termes du rapport de M. Honnorat que le législateur a voulu que la procédure en soit simple et rapide. Cette procédure pourrait être la suivante : vous prescrivez, par arrêté, l'ouverture de l'information en fixant sa durée (quinze jours par exemple), le lieu où les dispositions seront reçues, au besoin par correspondance (la préfecture, si des communes de plusieurs arrondissements sont intéressées ; la sous-préfecture si plusieurs communes du même arrondissement sont seules intéressées ; la mairie dans le cas où une seule commune serait intéressée). L'ouverture de l'enquête serait portée quelques jours à l'avance à la connaissance du public, soit par voie d'affiches, soit par voie d'insertion dans la presse locale. Tous les particuliers pourront donc produire leurs observations et il sera ainsi satisfait aux prescriptions de la loi.

Avis des assemblées locales. — Après cette enquête ou, de préférence, concurremment avec elle, vous devrez provoquer l'avis du Conseil général et des conseils municipaux des communes comprises dans la circonscription éventuelle du futur dispensaire.

L'avis favorable émis par ces assemblées ne comportera pas par lui-même adhésion au dispensaire, au sens du paragraphe 4 de l'article 7. Pour cette adhésion, une délibération spéciale devra être prise après l'émission du décret créant le dispensaire public ; il serait désirable toutefois que les conseils municipaux et le Conseil général, en donnant leur avis, fassent en même temps connaître leurs intentions à cet égard, et je vous recommande d'appeler spécialement leur attention sur ce point. Vous les aviserez, en outre, et ce afin que l'instruction ne soit pas retardée, que les assemblées qui ne vous

auront pas fait parvenir leur avis dans un délai d'un mois seront considérées-comme favorables au projet. Cette prescription s'appliquera même à l'avis du Conseil général, auquel il appartiendra de donner la délégation utile à la commission départementale. Cela fait, vous me transmettez le dossier de l'affaire avec un rapport très circonstancié, contenant vos propositions et indiquant les motifs qui justifient la création du dispensaire et l'étendue de sa circonscription, tous renseignements utiles sur les associations ou particuliers qui en ont pris l'initiative, le montant des dépenses prévues de premier établissement et des ressources escomptées pour y faire face, les prévisions de dépenses annuelles de fonctionnement et les prévisions de ressources corrélatives, et d'une manière générale toutes les indications qui vous paraîtront nécessaires pour que je puisse préparer la solution à intervenir en toute connaissance de cause. Circonscription du dispensaire.

— En ce qui concerne la circonscription du dispensaire, il convient de préciser que rien ne s'oppose à ce que le rayon d'action de cet établissement public soit très étendu. MM. Paul Strauss et Honnorat, dans les rapports qu'ils ont respectivement présentés au Sénat et à la Chambre des Députés, expriment l'avis que la circonscription peut être établie très largement, notamment lorsqu'il s'agira de communes pauvres à population clairsemée, et qu'on pouvait même concevoir qu'elle englobât, au moins au début, l'ensemble d'un département. Ce pourra être le cas, lorsque le Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux aura décidé de se transformer en dispensaire public. Il en découle qu'au fur et à mesure de la création de nouveaux établissements, les circonscriptions primitivement établies pourront être révisées. Dès que le décret créant le dispensaire vous aura été notifié, les travaux de construction ou d'aménagement, s'il y a lieu, pourront être entrepris ; mais l'établissement ne pourra fonctionner que sous votre autorisation donnée dans les conditions prévues par le paragraphe 2 de l'article 3.

Conseil d'administration. — Il vous appartiendra de provoquer aussitôt la constitution du conseil d'administration dont la composition fait l'objet de l'article 4. Ce conseil ne comprend pas un très grand nombre de membres, mais néanmoins toutes les institutions ou œuvres intéressées au fonctionnement du dispensaire y sont représentées. La désignation de ses membres ne présente aucune difficulté, sauf en ce qui concerne le représentant des conseils municipaux, qui participent au fonctionnement du dispensaire. La loi étant muette quant à la procédure qui devra être suivie pour sa désignation, je vous laisse le soin de déterminer la méthode, qui vous paraîtra la plus pratique et la plus propre à éviter des conflits entre les assemblées communales. Je ne verrais pour ma part aucun inconvénient à ce que vous preniez l'initiative de la désignation, en soumettant aux conseils municipaux le nom d'un candidat ou une liste de noms. Il est de toute évidence que le choix devra le plus souvent se porter sur un membre du conseil municipal de la commune siège du dispensaire, en raison même des facilités que lui donnera sa résidence pour exercer ses fonctions. Dès que toutes les désignations auront été faites, vous provoquerez la première réunion du conseil d'administration, au cours de laquelle il nommera son bureau et choisira celui de ses membres qui sera chargé des fonctions d'administrateur délégué. Le conseil d'administration ainsi constitué peut gérer plusieurs dispensaires publics, dit le premier paragraphe de l'article 4. Il semble, en effet, qu'il y aurait intérêt à ne pas multiplier ces assemblées, ne serait-ce qu'en raison des difficultés qu'on aurait à trouver, pour constituer autant de conseils d'administration que de dispensaires, le nombre suffisant de personnes compétentes et pouvant se consacrer à la tâche délicate et absorbante qui leur est confiée. Si, par exemple, la circonscription du dispensaire public était très étendue ou englobait même toute la superficie du département, son conseil d'administration pourrait se charger, au fur et à mesure des possibilités de réalisation, de l'établissement de dispensaires annexes, dans les centres où ils seraient jugés nécessaires. Fonctionnement administratif.

— Les règles générales d'administration des dispensaires publics sont fixées par l'article 2, qui stipule que les dispositions des articles 14 à 21 de la loi du 23 décembre 1912 (1) sur les habitations à bon marché sont applicables à ces établissements, sauf en ce qu'elles

seraient contraires aux dispositions générales de la loi du 15 avril 1916. Ces règles seront les suivantes : la durée du mandat des membres du conseil d'administration est de quatre ans. Chaque année, le conseil d'administration se renouvelle par quart. La dissolution du conseil et la révocation de ses membres peuvent être prononcées par moi (art. 14). Le conseil règle par ses délibérations les affaires de l'office. Celles ayant trait aux objets énumérés à l'article 15 de la loi du 23 décembre 1912 ne seront exécutoires toutefois qu'après avoir été revêtues de votre approbation. Cette approbation ne devra d'ailleurs intervenir qu'après que vous aurez pris l'avis des assemblées qui participent au fonctionnement du dispensaire (art. 16), conseil général, conseils municipaux, établissements publics, sociétés ou unions de sociétés de secours mutuels, etc. En ce qui touche les emprunts, l'article 2 de la loi de 1916 dispose par dérogation aux prescriptions de l'article 16 de la loi sur les habitations à bon marché, que le maximum de la somme à emprunter, qui peut être autorisé par décret, est abaissé, pour les dispensaires, à la somme de 50.000 francs par an. Cette disposition doit être interprétée en ce sens que, si la somme à emprunter dépasse 50.000 francs, ou si, réunie au chiffre des autres emprunts autorisés par vous depuis le début de l'année, elle dépasse la même somme de 50.000 francs, l'opération ne peut être autorisée que par décret pris sur ma proposition. Quant aux budgets, il conviendra de les établir en se servant du cadre du budget communal, dont le modèle était annexé à ma circulaire du 21 mars 1908. Les dispositions des articles 17 à 21 de la loi du 23 décembre 1912, qui visent plus particulièrement la nomination du receveur et l'apurement des comptes, peuvent s'appliquer textuellement aux dispensaires publics, et ne motivent aucune explication spéciale, non plus que les articles 6 et 7 de la loi du 15 avril 1916, qui se bornent à énumérer les dépenses extraordinaires des dispensaires et les ressources corrélatives. Je crois devoir cependant appeler d'une manière particulière votre attention sur la mission qui vous est dévolue par le paragraphe 3 de l'article 7 de fixer les tarifs des indemnités à payer par les particuliers non privés de ressources ou les collectivités qui utilisent les services du dispensaire. C'est là une tâche délicate. Pour cette fixation, vous devez amener le syndicat médical et le conseil d'administration à se concerter ; il est de toute nécessité, pour que l'application de la loi puisse se faire dans les conditions de succès désirables, que le concours du corps médical soit acquis. Vous devrez veiller à ce que ces tarifs s'éloignent également de taux prohibitifs qui éloigneraient la clientèle et de taux trop faibles qui ne permettraient pas d'obtenir une collaboration suffisante des médecins. Vous interviendrez pour que des réductions soient consenties aux œuvres de bienfaisance, aux sociétés de secours mutuels, aux collectivités qui peuvent présenter pour le dispensaire l'appoint d'une clientèle régulière suivant que les tarifs auront pu être bien ou mal établis, le fonctionnement financier du dispensaire s'en trouvera facilité ou empêché.

2° DISPENSAIRES MUTUALISTES

Des instructions spéciales seront adressées, par M. le ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, aux présidents des sociétés de secours mutuels, en ce qui concerne la création et le fonctionnement des dispensaires mutualistes.

3° DISPENSAIRES PRIVÉS

Les dispensaires créés par les associations de bienfaisance ou les personnes ayant un but exclusif de bienfaisance, pourront bénéficier de certains avantages, sous la triple condition qu'ils poursuivront la lutte contre la tuberculose suivant les méthodes exposées au début de la présente circulaire, qu'ils vous en feront la demande, et qu'ils se soumettront à l'inspection du service d'hygiène. Ces avantages sont ceux qui sont accordés aux dispensaires mutualistes par les paragraphes 2 et 4 de l'article 8, c'est-à-dire les subventions des communes, du département, des établissements publics et de l'État, et d'autre part-les facilités de crédit prévues par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1912 sur

les habitations à bon marché. Toutes les fois que les dispensaires privés voudront bénéficier de l'un ou l'autre de ces avantages, une demande devra vous être adressée, et vous aurez à apprécier la suite qu'il convient de lui réserver. Il y aura lieu pour vous d'agir avec la plus grande prudence, car il ne serait pas sans inconvénient de mettre des fonds publics à la disposition d'organisations privées ne présentant pas toutes les garanties désirables.

4° DISPENSAIRES ORGANISÉS PAR LES COMMUNES, LES DÉPARTEMENTS OU LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

La constitution d'un dispensaire public du titre I de la loi de 1916 peut présenter certaines difficultés, quand par exemple sa circonscription doit être de faible étendue, lorsqu'elle intéresse seulement quelques communes rurales. Aussi le législateur a-t-il pensé qu'il fallait laisser aux communes, aux départements et aux établissements publics la faculté, dont ils jouissent d'ailleurs aujourd'hui, de créer des dispensaires, sans subordonner ces créations à des formalités nombreuses. Il convient de préciser tout d'abord que ces organisations, dont la création résultera d'une simple délibération du Conseil général, du conseil municipal ou d'une commission administrative, et non d'un acte du Gouvernement, ne constitueront pas des établissements publics, tels que les dispensaires créés en vertu du titre I. Elles n'auront pas une personnalité propre ; leurs recettes et leurs dépenses figureront en conséquence aux budgets de la commune, du département ou de l'établissement public qui les auront créés. Mais l'article 10, qui consolide en quelque sorte l'existence légale de ces organisations, assure aux établissements créateurs des avantages très appréciables, qui résultent des articles 6, 7 et 8 de la loi, sous la seule réserve évidemment que les dispensaires ont bien pour objet la préservation contre la tuberculose, telle qu'elle est définie par l'article 1. Ces avantages sont les suivants :

1° En vertu de l'article 6 :

Participation de l'Etat, des départements et des communes aux dépenses extraordinaires,
Possibilité de cession de terrains à titre gratuit par les communes, les départements et les établissements publics ;

2° En vertu de l'article 7 :

Participation de l'État, des communes et du département aux dépenses ordinaires dans les conditions prescrites par le paragraphe 4 de cet article ;

3° En vertu de l'article 8 :

Facilités de crédit prévues par l'article 3 de la loi du 23 décembre 1912, sur les habitations à bon marché.

5° DISPENSAIRES OBLIGATOIRES

Lorsque les initiatives locales sont défailtantes, l'institution d'un dispensaire pourra être déclarée obligatoire, si la nécessité s'en impose, et le législateur a pensé que cette mesure de coercition devait être prise lorsque, pendant cinq années consécutives, le nombre de décès sur le territoire d'une ou de plusieurs communes dépassera la moyenne de la mortalité en France.« Il ne suffira pas, dit M. Honnorat, dans son rapport déjà plusieurs fois cité, que la mortalité dépasse la moyenne, pour que de piano l'institution d'un dispensaire s'ensuive. » Lorsque la moyenne sera dépassée, vous procéderez par vous-même à une enquête sommaire pour déterminer les causes de ce dépassement, et il n'y aura lieu, à mon sens, de déclencher la procédure d'instruction que si le dépassement provient non de causes fortuites qu'il sera souvent possible de déterminer, mais d'une situation nettement déficiente. L'institution obligatoire d'un dispensaire sera prononcée par décret, rendu sur ma proposition, sur l'avis conforme du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France, après enquête et après consultation du Conseil d'Hygiène

départemental et du Conseil général. Il est bien évident que cette obligation ne peut être imposée aux communes qui ont satisfait à la loi, en assurant les services d'un dispensaire déjà créé à leurs habitants tuberculeux, soit en adhérant à une de ces organisations, conformément aux dispositions du paragraphe 4 de l'article 7, soit en subventionnant des dispensaires mutualistes, privés ou créés par des établissements publics. Chaque fois donc que le cas prévu par le paragraphe 1 de l'article 11 se présentera, vous interviendrez auprès des municipalités intéressées pour qu'elles créent un dispensaire ou s'affilient à une organisation déjà existante, et je suis persuadé que, le plus souvent, votre intervention aboutira à un résultat favorable, car les assemblées communales comprendront qu'elles ont un intérêt évident à déférer à votre invitation. Elles bénéficieront pour leur dispensaire, créé librement, de tous les avantages accordés par l'article 10 et qui ont été énumérés ci-dessus, alors que, pour le dispensaire créé obligatoirement, elles n'auront droit, qu'à la participation de l'État et du département conformément aux barèmes de la loi du 14 juillet 1913. D'autre part, si elles consentent, elles auront toute faculté pour régler elles-mêmes le fonctionnement du dispensaire, alors que dans l'autre hypothèse elles devront subir l'organisation que vous leur imposerez et qui pourra entraîner pour elles des dépenses plus lourdes. Si les assemblées communales se refusaient, cependant à satisfaire à la loi, vous aurez à m'adresser des propositions en vue de l'émission du décret déclaratif d'obligation. Vous y joindrez un dossier comprenant :

1° Les résultats de l'enquête qui pourrait être limitée à la consultation des conseils municipaux des communes touchées par la mesure ;

2° Les avis émis par le Conseil départemental d'hygiène et par le Conseil général.

Dans le délai d'un mois qui suivra la notification du décret, que vous porterez à la connaissance des municipalités, vous les mettrez en demeure de procéder à la création du dispensaire. En cas de refus ou d'absence de délibération pendant le délai de trois mois, vous procéderez par arrêté à ladite création. En conséquence, vous fixerez le siège du dispensaire, vous nommerez le personnel, vous établirez les prévisions de dépenses, qui seront inscrites au budget des communes, à titre de dépenses obligatoires, après nouvelle mise en demeure, conformément aux dispositions de l'article 149 de la loi du 5 avril 1884, et vous arrêterez la date de l'entrée en fonctionnement. L'article 11 précise que l'application des dispositions qu'il contient n'aura lieu que trois ans après la promulgation de la loi. Aucun dispensaire ne pourra donc être institué obligatoirement qu'après le 17 avril 1919.

Le Ministre de l'Intérieur, MALVY.

Annexe 4

Biographie de Léon Bourgeois Photo de Léon Bourgeois¹⁰³⁴



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

1851 : le 21 mai, naissance de Léon Victor Auguste Bourgeois rue François Miron à Paris de Marie Victor Bourgeois et d'Augustine Euphrosine Elise Hinoult. Son père est horloger. Léon est le cadet d'une fratrie de quatre enfants composées de deux sœurs : Alphonsine et Victorine et d'un frère : Camille.

1865 : Il est écolier à l'Institut Massin, puis au lycée Charlemagne où il est élu président de l'association des élèves.

1870 : Il fait la guerre dans la Légion de l'artillerie de la Seine comme brigadier fourrier. Il est deux fois médaillé pendant le siège de Paris.

1872 : Il obtient une licence de droit et écrit une thèse sur l'acte public. Il continue sa formation philosophique, il suit les cours d'Ernest Renan au Collège de France ainsi que ses études linguistiques consacrées au sanscrit.

1875 : Il entre au cabinet d'avocat d'Albert Christophe, industriel et député de l'Orne.

1876 : le 18 avril, il épouse une châlonnaise, Virginie Marguerite Sellier. Il obtient son doctorat en droit

1877 : le 26 décembre, il est nommé secrétaire général de la préfecture de la Marne

1880 : novembre, il est nommé sous-préfet de Reims

1882 : 8 novembre, il est nommé Préfet du Tarn. Il est initié le 7 juillet 1882 dans la loge maçonnique « La Sincérité » de Reims où il sera reçu compagnon et après un parcours inexplicablement rapide, il devient maître le 22 septembre. Il est ensuite membre de la loge « La bienfaisance châlonnaise ».

Il reçoit la Légion d'Honneur pour avoir rétabli le calme au moment des grèves de mineurs à Carmaux.

1883 : 19 novembre, il est nommé secrétaire général de la préfecture de la Seine

1885 : Il est nommé préfet de Haute Garonne, puis directeur des affaires communales et départementales au ministère de l'Intérieur.

¹⁰³⁴ Photographie de presse, <https://gallica.bnf.fr> consulté le 17 décembre 2017.

1887 : novembre, il est nommé préfet de Police de Paris. Il remplit ses fonctions au moment de la démission du président Grévy et de l'élection de Carnot à la présidence de la République.

1888 : 26 février, il est élu député radical de la circonscription de Châlons-sur-Marne contre le général Boulanger. Il est ensuite appelé comme sous-secrétaire d'État à l'Intérieur pendant le ministère Floquet.

1889 : Il est réélu député radical de la circonscription de Châlons-sur-Marne.

1890 : de mars à février 1892, il est nommé ministre de l'Instruction Publique dans les cabinets Freycinet et Loubet

1891 : Il reçoit le grade franc maçonnerie de Souverain Prince Rose-Croix.

1892 : de décembre à janvier 1893 il occupe les fonctions de ministre de la Justice dans le cabinet Ribot

1893 : Il est réélu député radical de la circonscription de Châlons-sur-Marne

1894 : Il publie son livre intitulé : *La réforme des méthodes de l'enseignement primaire*. Le 1 juillet, il s'affilie à la loge de « Bienfaisance orient » de Chalons sur Marne.

1895 : de novembre à avril 1896, il occupe les fonctions de ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts. Il devient président du Conseil et forme le premier ministère radical homogène avec l'intention d'appliquer le programme du parti radical. La moitié de son gouvernement est franc-maçon. Il se heurte à la droite, notamment sur le problème de l'impôt sur le revenu, et doit démissionner le 23 avril 1896.

A partir de 1895, Léon Bourgeois est un des responsables politiques qui suit avec le plus d'attention la vie du mouvement mutualiste. Il affirme que l'État doit favoriser le développement de la Mutualité. Il exhorte aussi les mutualistes à se « mutualiser » en constituant leur fédération nationale dont il apparaît comme le véritable parrain, lors de sa création en 1902.

1896 : Il publie son livre, *Solidarité*, dans lequel il défend sa conception du solidarisme qui veut dépasser le socialisme et le libéralisme.

1897 : Il publie son livre : *L'éducation de la démocratie française*. Le 28 avril 1897, il est l'orateur d'une « Tenue Blanche » organisée à la loge « La défense Orient » de Puteaux où il met en relation la franc-maçonnerie et la République sous les réactions hostiles de la presse cléricale.

1898 : Il est réélu député radical de la circonscription de Châlons-sur-Marne. Il est nommé ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts dans le cabinet Brisson de juin à octobre

1899 : Il est le délégué de la France à la Conférence internationale de La Haye.

1902 : Il est réélu député radical de la circonscription de Châlons-sur-Marne. Il est président de la chambre de députés du 10 juin 1902 au 12 janvier 1904. Il publie son livre intitulé *L'idée de solidarité et ses conséquences sociales*.

1903 : Il publie son livre intitulé *La déclaration des droits de l'homme*.

Le 9 juin, sa fille Hélène meurt de la tuberculose à l'âge de 24 ans. Sa belle-mère meurt de la tuberculose la même année.

1904 : Le 30 mai, son épouse, Virginie meurt de la tuberculose à l'âge de 52 ans.

1905 : Le 20 août il est élu sénateur de la Marne et siège sur les bancs de la gauche démocratique

1906 : Il occupe les fonctions de ministre des Affaires Etrangères dans le cabinet Sarrien. Le 7 janvier il est réélu sénateur de la Marne. Il est élu président de l'Association Internationale contre la tuberculose.

1907 : La deuxième Conférence de La Haye se tient, il réussit à faire accepter le principe de l'arbitrage et son application aux contestations portant sur l'interprétation des clauses des conventions internationales.

Il est élu à l'unanimité président de l'Alliance d'Hygiène Sociale (AHS).

1910 : Il joue un rôle important dans le vote de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes.

1912 : Il occupe les fonctions de ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale dans le cabinet Poincaré

1914 : Il occupe les fonctions de ministre des Affaires Etrangères dans le cabinet Ribot. Il représente la France à la conférence d'Algésiras, préparant le protectorat français au Maroc

1915 : Il occupe les fonctions de ministre d'État dans le cabinet Briand

1916 : Il publie son livre : *La politique de prévoyance sociale*. Le 21 mars, Léon Bourgeois fonde le Comité d'Assistance aux Militaires Tuberculeux.

1917 : Il occupe les fonctions de ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale dans le cabinet Ribot

1919 : Il est élu premier président de la commission exécutive de la Société Des Nations.

1920 : Il est réélu sénateur. Il préside le Sénat de janvier 1920 à février 1923.

Léon Bourgeois reçoit le prix Nobel de la paix. Il publie les ouvrages intitulés : *Le traité de 1920 et la société des nations* et *L'œuvre de la société des nations*.

1924 : Il est réélu sénateur de la Marne.

1925 : Il renonce à la présidence du Sénat et se retire au château d'Oger près d'Épernay, où il meurt le 29 septembre 1925.

Annexe 5

Biographie d'Albert Calmette



Médecin et biologiste français né à Nice le 12/07/1863. Son père mène une carrière préfectorale. Sa mère meurt deux ans après sa naissance. Ses deux frères, Gaston et Emile, et lui sont élevés par la seconde épouse de leur père.

1881-1883 : Il est élève de l'Ecole de médecine navale de Brest où il suit l'enseignement de A. Corre.

1883-1887 : Il entre dans le service de santé de la marine. Il participe à la campagne de Chine, puis à la campagne du Gabon-Congo. Pendant son séjour en Afrique, il trace un plan sanitaire, fondé sur la collaboration des médecins et des laboratoires scientifiques.

1890 : Il se rend à Paris pour y suivre le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur.

1891-1894 : Louis Pasteur le désigne pour fonder et diriger un centre vaccino-gène et un laboratoire de recherches à Saïgon, filiale de l'Institut Pasteur.

1895-1914 : A la suite de la visite d'une délégation du Conseil d'hygiène de la municipalité de Lille, Louis Pasteur et Emile Roux confient à Albert Calmette la mission d'organiser à Lille un institut de sérothérapie et de recherches microbiologiques. L'institut Pasteur dont il est le directeur est inauguré en 1899. Avec Camille Guérin, il mène des recherches sur le bacille tuberculeux et parvient à créer artificiellement une race de bacille privés de virulence dont il vaccine avec succès de jeunes bovins et des singes de diverses espèces. Chargé de cours de bactériologie et thérapeutique expérimentale à la faculté de médecine de Lille, il est nommé professeur honoraire en 1914.

1901-1903 : Il ouvre à Lille le premier dispensaire antituberculeux (Dispensaire Emile-Roux). Il contribue à fonder la Ligue du Nord contre la tuberculose, ainsi qu'une filiale de l'Œuvre Grancher.

1901-1926 : Il est délégué du Gouvernement français aux conférences sanitaires internationales et aux congrès internationaux pour l'étude de la tuberculose.

1911 : Il devient membre du comité médical des Sanatoriums populaires de Paris, dirigé par Louis Guinard.

Le 16/03/1914, son frère Gaston Calmette est assassiné par Mme Caillaux.

1917 : Il est nommé avec Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur à Paris.

1919-1933 : Il reconstitue à l'Institut Pasteur de Paris une équipe qui travaille sur le bacille tuberculeux et le BCG (Bacille Calmette Guérin). Après la vaccination réussie à l'hôpital de la Charité d'enfants nés de parents tuberculeux, la vaccination par BCG est reconnue par le monde médical.

1920 : Il est nommé vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose

1927 : Il entre à l'Académie des sciences

1930-1932 : 71 enfants meurent à Lübeck à la suite de l'inoculation d'un vaccin préparé en Allemagne avec une souche du BCG délivrée par l'Institut Pasteur. Le procès qui a lieu en Allemagne innocent le vaccin BCG, mais Albert Calmette est très marqué par le drame.

29/10/1933 : Il décède à Paris¹⁰³⁵.

¹⁰³⁵ <http://WWW.pasteur.fr/infosci/archives/f-bio.html> consulté le 17 décembre 2017.

Table des illustrations et des tableaux

Figure 1	Mortalité par phtisie pulmonaire et maladies des poumons dans les nations de l'Europe	p.36
Figure 2	Mortalité moyenne par tuberculose et bronchite chronique en France de 1888 à 1897	p.38
Figure 3	Décès suivant les causes par départements pour certaines maladies	p.39
Figure 4	Moyenne des décès par tuberculose et bronchite chronique par arrondissements de Paris en 1900	p.41
Figure 5	Désinfections effectuées dans la ville de Paris, par maladies pour 1893, 1894, 1895	p.45
Figure 6	Nombre de bureaux de bienfaisance et d'indigents secourus en France (1833-1871)	p.46
Figure 7	Ventilation des dépenses de la Société Philanthropique en 1879	p.48
Figure 8	Mouvement général des dispensaires de la Société Philanthropique, 1883 et 1884	p.49
Figure 9	Dessin : Un petit hôpital-Dispensaire	p.56
Figure 10	Photographie : Inauguration du dispensaire Léon-Bourgeois le 12 décembre 1913	p.78
Figure 11	Photographie : Sanatorium maritime de Berck-sur-Mer	p.82
Figure 12	Photographie : Le sanatorium marin de Roskoff	p.83
Figure 13	Photographie : Sanatorium Félix-Mangini à Hauteville dans le département de l'Ain	p.87
Figure 14	Tableau comparatif des conditions d'admission et de cotisations dans les SSM	p.96
Figure 15	Cotisations en francs de la SSM d'Oeuilly entre 1894 et 1936	p.98
Figure 16	Les premiers dispensaires antituberculeux ouverts à Paris entre 1900 et 1903, classés par arrondissements	p.105
Figure 17	Plan du dispensaire antituberculeux des VIII et XVII arrondissements rue Boursault Paris	p.110
Figure 18	Mouvements du dispensaire des VIII et XVII arrondissements de Paris en 1903	p.110
Figure 19	Photographies : Dispensaire Jouye-Rouve et Tanies	p.110
Figure 20	Crachoir fermé et crachoir de poche modèle du docteur Guelpa	p.115
Figure 21	Mouvements enregistrés au dispensaire de Nantes de juin 1901 à décembre 1903	p.118
Figure 22	Tableau récapitulatif des recettes de 1903 à 1908 au dispensaire Lalance à Paris	p.121
Figure 23	Récapitulatif des dépenses effectuées de 1903 à 1908 au dispensaire Lalance	p.122
Figure 24	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1904	p.123
Figure 25	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1905	p.123
Figure 26	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1906	p.124
Figure 27	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1907	p.124
Figure 28	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1908	p.125
Figure 29	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1910	p.125
Figure 30	Mouvements du dispensaire des VIIIe et XVIIe arrondissement de Paris en 1911	p.126
Figure 31	Graphique : Evolution de la fréquentation au dispensaire Lalance entre 1904 et 1911	p.126
Figure 32	Graphique : Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1904	p.127
Figure 33	Graphique : Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1905	p.127
Figure 34	Graphique : Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1906	p.128
Figure 35	Graphique : Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1907	p.128
Figure 36	Graphique : Tuberculeux par âge et par sexe consultants le dispensaire Lalance en 1908	p.128
Figure 37	Plan du dispensaire Emile-Roux de Lille	p.132
Figure 38	Préventorium Emile-Roux de Lille : la blanchisserie	p.133
Figure 39	Préventorium Emile-Roux de Lille : le séchoir	p.133
Figure 40	Nouveaux consultants et nouveaux tuberculeux par mois cumulés de 1901 à 1903 dispensaire Lillois	p.134
Figure 41	Pourcentage des malades reconnus tuberculeux au dispensaire de Lille entre 1901 et 1903	p.135
Figure 42	Graphique du mouvement du dispensaire Emile-Roux de Lille de 191 à 1904	p.135
Figure 43	Le docteur Albert Calmette (caricature)	p.142
Figure 44	Photographie salle d'attente du dispensaire antituberculeux des VIII et XVII arrondissements de Paris	p.151
Figure 45	Photographie de la salle d'attente du préventorium Emile-Roux de Lille	p.152
Figure 46	Photographie du préventorium Emile-Roux de Lille (file d'attente)	p.153
Figure 47	Tableau de la mortalité parisienne de 1893 à 1898	p.166
Figure 48	Les consultants reconnus tuberculeux par professions au dispensaire de Lille 1903-1904	p.167
Figure 49	Les consultants reconnus tuberculeux par professions au dispensaire de Lille 1903-1904	p.168
Figure 50	Les consultants reconnus tuberculeux par professions au dispensaire de Lille 1903-1904	p.169
Figure 51	Les consultants reconnus tuberculeux par professions au dispensaire de Lille 1903-1904	p.169
Figure 52	Tableau récapitulatif des consultants reconnus tuberculeux par professions	p.170
Figure 52b	Représentation graphique issue des données de tuberculeux par professions	p.170
Figure 53	Liste des dispensaires antituberculeux entre 1911 et 1913	p.174
Figure 54	Population totale et mortalité tuberculeuse recensées dans les arrondissements parisiens au 7/03/1926	p.177
Figure 55	Graphique : mortalité tuberculeuse pour 100 000 habitants dans les 20 arrondissements de Paris	p.178
Figure 56	Graphique : Mortalité tuberculeuse et bronchite à Lille entre 1885 et 1910	p.179
Figure 57	Graphique : Mortalité tuberculeuse des 6 arrondissements de Lyon entre 1900-1904, entre 1905-1909	p.180
Figure 58	Graphique : Nombre de morts à Paris par tuberculose entre 1887 et 1903	p.181
Figure 59	Graphique : Mortalité tuberculeuse à Paris pour les enfants de 0 à 1 an (1894-1903)	p.182
Figure 60	Tableau : Nombre de réformés pour tuberculose de 1915 à 1917	p.187

Figure 61	Affiches plébiscitant les actions de la PR2	p.190
Figure 62	Médaille en carton distribuée aux donateurs lors de la Journée Nationale des tuberculeux, 1917	p.195
Figure 63	Graphique : Evolution des recettes du Pari Mutuel entre les années 1891 et 1921	p.207
Figure 64	Affiche publiée pour la journée nationale des tuberculeux en 1917	p.208
Figure 65	Affiche de la French Tuberculosis Soldiers Relief Committee, New York	p.213
Figure 66	Tableau et graphe : Crédits budgétaires de l'État pour la lutte contre la tuberculose de 1920 à 1932	p.221
Figure 67	Départements possédant un dispensaire et nombre de dispensaires existants entre 1917-1919	p.223
Figure 68	Provenance des fonds employés pour la lutte antituberculeuse en France entre 1919 et 1922	p.225
Figure 69	Graphe : Evolution des fonds publics pour la lutte antituberculeuse 1919-1922	p.226
Figure 70	Tableau et graphe : Nombre de dispensaires fonctionnant entre 1917 et 1926	p.227
Figure 71	Graphe : Evolution de la population lilloise de 1887 à 1923	p.232
Figure 72	Graphe : Mortalité par tuberculose et bronchites chroniques à Lille de 1887 à 1923	p.232
Figure 73	Etude comparative de population en 1923 pour 4 départements (Oise, Hérault, Finistère, Nord)	p.234
Figure 74	Graphe : Tuberculeux suivis pendant l'année 1923 pour les 4 départements choisis	p.234
Figure 75	Nombre de dispensaires et d'infirmières visiteuses dans l'Oise, l'Hérault, le Finistère, le Nord en 1923	p.235
Figure 76	Graphe : Mortalité tuberculeuse en 1923 pour les villes du Nord dotées d'un dispensaire	p.235
Figure 77	Tableau : Activité des dispensaires de Seine-et-Marne en 1924	p.239
Figure 78	Photographie : Demande de renseignements avant embauche d'une infirmière-visiteuse	p.240
Figure 79	Tableau et graphe : Visites à domicile, consultants, tuberculeux suivis en Seine-et-Marne 1922 à 1926	p.242
Figure 80	Tableau : Population, tuberculeux suivis en Seine-et-Marne, dans le Nord et la Seine, 1926	p.243
Figure 81	Schéma de l'activité de l'Office Public d'Hygiène Sociale du département de la Seine	p.245
Figure 82	Nombre de visites à domicile et consultants pour les dispensaires de la Seine de 1918-1926	p.246
Figure 83	Tuberculeux diagnostiqués et suivis dans le département de la Seine 1918-1926	p.246
Figure 84	Dispensaires en fonction à Paris en 1922	p.247
Figure 85	Graphe : Mortalité tuberculeuse dans les 20 arrondissements parisiens en 1901, 1913, 1926	p.248
Figure 86	Variations en % de la mortalité tuberculeuses dans les 20 arrondissements parisiens 1910-13, 1913-26	p.248
Figure 87	Tableau : Classement des départements en fonction du nombre de personnes suivis par un dispensaire	p.252
Figure 88	Tableau : Classement des départements en fonctions des décès par tuberculose en 1926	p.254
Figure 89	Tableau rétrospectif des divers travaux effectués par les dispensaires de 1918 à 1926	p.256
Figure 90	Graphe : Nombre de consultations données dans les dispensaires français de 1918 à 1926	p.257
Figure 91	Tableau et graphes admissions nouvelles et nouveaux cas de tuberculose diagnostiqués en 1924-25-26	p.257
Figure 92	Graphe : Décès par tuberculose par sexes pour l'année 1926	p.258
Figure 93	Affiche représentant une allégorie de l'infirmière visiteuse	p.267
Figure 94	Photographie : Une infirmière-visiteuse rencontre une famille dans la rue	p.268
Figure 95	Tableau : Visites à domicile ramenées à 100 000 habitants par départements	p.271
Figure 96	Graphe : Rendement médical enregistré de 1918 à 1926	p.272
Figure 97	Populations surveillées par une infirmière en Seine-Inférieure en 1925	p.273
Figure 98	Photographie : Sanatorium de Saint-Hilaire du Touvet dans le département de l'Isère	p.278
Figure 99	Photographies : Microscope et Bacilles de Koch	p.291
Figure 100	Photographie : Le laboratoire du dispensaire antituberculeux des VIII et XVII arrondissement de Paris	p.292
Figure 101	Tableau et graphe : Consultants et de crachats analysés au dispensaire des VIII-XVII de 1904 à 1907	p.293
Figure 102	Photographie : Etat statistique de l'activité du dispensaire de Lille Emile-Roux pour l'année 1921	p.294
Figure 103	Tableau : Statistiques des dispensaires du Nord pour l'année 1921	p.295
Figure 104	Graphe : % des examens de crachats pratiqués par rapport aux inscrits au dispensaire du Nord en 1921	p.297
Figure 105	Photographie : Questionnaire à compléter par les préfetures pour une demande de subvention	p.299
Figure 106	Graphes : Travaux effectués par les dispensaires entre 1918 et 1926	p.300
Figure 107	Photographies : Portrait de Wilhelm Röntgen et appareil de radiologie	p.302
Figure 108	Photographie : Une « petite Curie » pendant la Première Guerre mondiale	p.304
Figure 109	Voiture radiologique utilisée par les dispensaires dans les années 1920	p.305
Figure 110	Graphe : Nombre d'examen radiologiques et bactériologiques pratiqués en France en 1920 et 1926	p.305
Figure 111	Statistiques des dispensaires du département de Nord pour l'année 1921	p.306
Figure 112	Tableau et graphe : Statistiques des dispensaires de Seine-et-Marne	p.307
Figure 113	Graphe : % des radios effectuées en Seine-et-Marne par rapport aux personnes en dispensaires	p.308
Figure 114	Graphe : Visites effectuées en Seine-et-Marne entre 1923 et 1930 par les infirmières-visiteuses	p.308
Figure 115	Graphe : Nouveaux tuberculeux détectés entre 1923 et 1930 en Seine-et-Marne	p.308
Figure 116	Photographies : Séance de pneumothorax par le docteur Forlanini, appareil de pneumothorax	p.310
Figure 117	Photographie : Cabinet médical d'un dispensaire entre deux guerres	p.312
Figure 118	Tableau Enfants vaccinés par le B.C.G en contact avec des tuberculeux du 1/07/1924 au 1/1/1927	p.316
Figure 119	Tableau : Notice technique distribuée avec les doses du vaccin B.C.G de l'Institut Pasteur	p.317
Figure 120	Tableau et graphe : Nombre de vaccination au B.C.G de 1924 à 1931	p.319
Figure 121	Graphe : Mortalité par tuberculose chez les enfants de moins d'un an de 1898 à 1938	p.321
Figure 123	Tableau et graphe : Rendement de l'organisation antituberculeuse enregistrée de 1918 à 1932	p.325
Figure 124	Graphes : Consultants et tuberculeux suivis dans les dispensaires de 1926 à 1932	p.326
Figure 125	Graphe : Subventions octroyées par les pouvoirs publics au CNDT de 1921 à 1931	p.328
Figure 126	Tableau : Dépense moyenne des caisses non agricoles par cotisant	p.329
Figure 127	Graphes : Mortalité masculine et féminine par tuberculose toutes formes confondues de 1930 à 1936	p.331
Figure 128	Photographie : Consultation dans un dispensaire d'hygiène sociale de l'OPFS de la Seine en 1936	p.332

Figure 129	Morbidité tuberculeuse pulmonaire observée dans 8 arrondissements parisiens en 1927-28 et 1937-38	p.333
Figure 130	Liste des dispensaires de l'OPHS du département de la Seine publiée en 1937	p.336
Figure 131	Tableau et graphes : Décès par tuberculose par tranches d'âge dans les IX et X et XIII et XIX arrond.	p.338
Figure 132	Tableau : Liste des dispensaires de l'OPHS dans les municipalités de la Seine autour de Paris en 1935	p.341
Figure 133	Graphe : Total des décès par tuberculose par sexes pour les enfants de 0 à 1 an de 1927 à 1936	p.347
Figure 134	Graphe : % des décès par causes pour les enfants de 0 à 1 an en 1929	p.348
Figure 135	Graphe : % des décès tuberculeux par rapport au total des décès par sexes de 0 à 1 an de 1927 à 1936	p.348
Figure 136	Graphes : % des décès par causes pour les enfants de 0 à 1 an en 1932 et en 1936	p.349
Figure 137	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les enfants de 1 à 4 ans de 1927 à 1936	p.350
Figure 138	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes pour les enfants de 5 à 9 ans de 1927 à 1936	p.351
Figure 139	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 10 à 14 ans de 1927 à 1936	p.351
Figure 140	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 15 à 19 ans de 1927 à 1936	p.352
Figure 141	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 20 à 24 ans de 1927 à 1936	p.353
Figure 142	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 25 à 29 ans de 1927 à 1936	p.353
Figure 143	Tableau comparatif du nombre de décès masculins et féminins additionnés de 15 à 29 en 1927 et 1936	p.353
Figure 144	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 30 à 34 ans de 1927 à 1936	p.354
Figure 145	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 35 à 39 ans de 1927 à 1936	p.354
Figure 146	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 40 à 44 ans de 1927 à 1936	p.355
Figure 147	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 45 à 49 ans de 1927 à 1936	p.355
Figure 148	Graphe : Nombre de décès dus à la tuberculose par sexes, personnes de 50 à 54 ans de 1927 à 1936	p.355
Figure 149	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 0 à 1 an en 1936, 1941 et 1942	p.357
Figure 150	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 1 à 4 ans en 1936, 1941 et 1942	p.357
Figure 151	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 5 à 9 ans en 1936, 1941 et 1942	p.358
Figure 152	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 10 à 14 ans en 1936, 1941 et 1942	p.358
Figure 153	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans en 1936, 1941 et 1942	p.358
Figure 154	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans en 1936, 1941 et 1942	p.359
Figure 155	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 25 à 29 ans en 1936, 1941 et 1942	p.359
Figure 156	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans en 1936, 1941 et 1942	p.359
Figure 157	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 35 à 39 ans en 1936, 1941 et 1942	p.360
Figure 158	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 40 à 44 ans en 1936, 1941 et 1942	p.360
Figure 159	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 45 à 49 ans en 1936, 1941 et 1942	p.360
Figure 160	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 50 à 54 ans en 1936, 1941 et 1942	p.361
Figure 161	Graphe : Nombre des décès par sexes dans la tranche d'âge de 55 à 59 ans en 1936, 1941 et 1942	p.361
Figure 162	Tableau : % des variations de la mortalité tuberculeuse entre 1936 et 1941 par tranches d'âges et sexes	p.362
Figure 163	Graphe : % de la variation des décès dus à la tuberculose par âges et par sexes entre 1936 et 1941	p.362
Figure 164	Graphe : Mortalité tuberculeuse toutes formes pour la France 1938, 1941, 1942, 1943, 1944 et 1945	p.363
Figure 165	Morbidité et mortalité de la tuberculose pulmonaire dispensaire Léon-Bourgeois de 1926 à 1945	p.365
Figure 166	Photographie : Couvertures des rapports du dispensaire de Nantes 1904 et des Tourelles Paris 1907	p.370
Figure 167	Affiches : Pas d'armistice pour la tuberculose et Avis, il est absolument défendu de cracher par terre	p.371
Figure 168	Affiche : Défense de cracher par terre	p.372
Figure 169	Cartes postales : Allons au dispensaire et Le balayage humide	p.372
Figure 170	Cartes postales : Chouette un crachat et Il paraît que tout le monde doit se baigner	p.373
Figure 171	Affiche : Aux élèves des écoles : Il est défendu ...	p.374
Figure 172	Affiche : Combattez la tuberculose, comment elle se propage	p.375
Figure 173	Images de film : Pour résister à la tuberculose, soyons fort et Le taudis doit être vaincu	p.375
Figure 174	Images du film : Le petit feuilleton de la santé : lavez-vous les mains avant chaque repas	p.378
Figure 175	Timbre antituberculeux : Cinquantenaire du timbre antituberculeux 1954	p.380
Figure 176	Timbre antituberculeux : Villemain : 1951	p.381
Figure 177	Timbres antituberculeux : Laënnec 1926, Calmette 1934 et timbre de l'année 1936	p.381
Figure 178	Timbres antituberculeux : Propreté 1930, Net et propre 1938, Mieux vaut prévenir 1932, joie de vivre	p.383
Figure 179	Timbres antituberculeux : Le dispensaire 1952, Tôt dépisté, vite guéri, 1949, Reprends ta place 1957	p.384
Figure 180	Tableau des légendes du timbre antituberculeux français de 1927 à 1967	p.385
Figure 181	Couverture d'un carnet de timbres antituberculeux émis en France en 1930	p.386
Figure 182	Photographie : Formulaire des recettes et dépenses, campagne du timbre de Seine-et-Marne 1932-33	p.390
Figure 183	Tableau : Résultat de la campagne du timbre en Seine-et-Marne années 1932-33, 1933-34	p.390
Figure 184	Graphe : Recettes des campagnes du timbre menées en Seine-et-Marne 1928 à 1934	p.391
Figure 185	Photographie : Campagne nationale du timbre antituberculeux 1939-40, préfecture de Seine-et-Marne	p.391
Figure 186	Tableau : Résultat de la vente du timbre pour le département de l'Aube en 1931	p.392
Figure 187	Tableau : Répartition des recettes du timbre dans le département de l'Aube en 1931	p.393
Figure 188	Tableau et graphe : Ventes des timbres dans l'Eure et la Seine-Inférieure en 1927 et 1939	p.395
Figure 189	Tableau et graphe : Recettes brutes du timbre en France de 1925 à 1935	p.396
Figure 190	Photographie : 10 ^{ème} campagne du timbre antituberculeux menée en 1936	p.397
Figure 191	Graphe : Proportion des décès causés par la tuberculose en Europe, Australie et au Japon en 1925	p.404
Figure 192	Graphes : Proportion des décès par tuberculose : Europe, Australie et au Japon en 1930, 1935 et 1940	p.405
Figure 193	Graphe : Mortalité tuberculeuse : 19 pays d'Europe, l'Australie et le Japon en 1925, 1930, 1935, 1940	p.406
Figure 194	Tableau et graphe : % des baisses des décès par tuberculose entre 1925 et 1935 en Europe	p.407

Table des cartes

Carte 1	La tuberculose à Paris entre 1886 et 1890	p.40
Carte 2	Arrondissements de Paris représentant la couverture des dispensaires de la Société Philanthropique entre les années 1883 et 1884	p.51
Carte 3	Carte des arrondissements de Paris indiquant l'année d'ouverture des premiers dispensaires antituberculeux entre 1900 et 1902	p.113
Carte 4	Carte de France montrant par département le nombre de dispensaires fonctionnant au 31 décembre 1918	p.223
Carte 5	Carte de France montrant par département le nombre de dispensaires fonctionnant fin 1926.	p.228
Carte 6	La Seine-et-Marne et les départements voisins	p.237
Carte 7	Carte de la Seine-et-Marne avec l'emplacement des dispensaires	p.241
Carte 8	Région parisienne : le département de la Seine de 1790 à 1964	p.244
Carte 9	Déclin de la mortalité par tuberculose pulmonaire constatée dans chaque arrondissement de Paris au cours des années 1901, 1913, 1926	p.249
Carte 10	Carte de la France montrant par département le nombre des dispensaires fin 1926	p.255
Carte 11	Carte de la mortalité tuberculeuse en France d'après les statistiques établies pendant l'année 1926	p.234
Carte 12	Carte des huit arrondissements parisiens illustrant les travaux de Malthète et Moine en 1941	p.335
Carte 13	La lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne en 1935	p.340
Carte 14	Carte extraite du journal l'Humanité du 14 mai 1935 au lendemain des élections municipales	p.343
Carte 15	Zones géographiques couvertes par les dispensaires du département de la Seine	p.344