

POUR UNE HISTOIRE DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE DANS LA RÉGION LYONNAISE

En commençant cet exposé, je voudrais faire deux remarques :

- d'une part, cette présentation est celle d'un *projet* de recherche et non celle du *bilan* d'une recherche achevée;
- d'autre part, ce projet est issu des réflexions de chercheurs appartenant à des organismes différents et surtout à des disciplines différentes : la sociologie et l'histoire.

Projet et non bilan

Ce travail a été conçu à la suite d'un appel d'offres du Commissariat Général au Plan, dans le cadre de sa Commission «Politique sociales». Cet appel d'offres lancé au printemps dernier était centré sur les problèmes de l'emploi. Toutefois, une rubrique laissait aux équipes intéressées le choix d'opter pour une étude portant sur «les systèmes de protection sociale». Remis à la Commission en mai dernier, notre projet a été retenu, l'étude va pouvoir commencer.

Je présenterai ici la problématique générale de notre travail, les principaux jalons chronologiques de la lutte antituberculeuse et les principaux thèmes de réflexions. Je dirai aussi quelques mots de nos méthodes et présenterai très rapidement les sources.

Une recherche pluridisciplinaire

Plusieurs organismes de recherche se sont réunis dont l'habitude est déjà ancienne de travailler ensemble.

– «Économie et Humanisme», représenté par Michel Tachon, sociologue, s'intéresse, entre autres, à la sociologie des politiques sociales et cerne la genèse et les enjeux de l'équipement social : le financement, les problèmes administratifs, les rapports socio-politiques, le développement d'un marché de l'emploi caractéristique.

— Le G.I.S. (Groupement d'Intérêt Scientifique) «Économie de la Santé», représenté par Patrice Berger, sociologue, concentre une part de son activité dans le secteur de l'anthropologie de la santé, en développant ses recherches sur les rapports entre les pratiques sanitaires et les politiques sociales, les travaux sur les personnes âgées, l'histoire de l'émergence des mauvais traitements à enfants (problème sanitaire *et* social), l'apparition de la sexologie comme nouvelle pratique médicale. Ces champs divers n'en permettent pas moins de situer les problèmes théoriques et pratiques que posent les articulations du sanitaire et du social.

— Le Centre Pierre Léon (Histoire économique et sociale de la région lyonnaise) tient régulièrement un séminaire consacré à l'histoire de la santé, sous la direction de M. Maurice Garden. Je rappellerai l'étude menée par ce dernier, avec Mme Martine Delassise, sur le *Budget des Hospices Civils de Lyon*, où il montre, à travers une approche quantitative, l'émergence toute récente de la médicalisation du milieu hospitalier. La thèse de Martine Delassise consacrée aux problèmes sociaux de l'enfant sourd et celle d'Olivier Faure sur la *Genèse de l'hôpital moderne* sont d'autres signes des préoccupations du Centre en matière d'Histoire de la Santé. Il faudrait insister aussi sur une autre grande enquête en cours, financée sur un contrat D.G.R.S.T., tentant ambitieusement — et non sans difficultés — de cerner l'histoire économique de la santé publique, de l'hospitalisation et de l'assistance de 1800 à la seconde guerre mondiale. L'équipe s'est tout de suite intéressée aux problèmes posés par la tuberculose aux pouvoirs publics, aux intérêts privés, aux médecins, aux familles de malades, bref au corps social dans son entier dès la fin du XIXe siècle.

C'est donc autant à Michel Tachon, Patrice Berger, sociologues et à Olivier Faure, historien, qu'à moi-même que revient la signature de cette présentation qui n'est que le résumé d'un projet collectif pluridisciplinaire.

Une préoccupation essentielle anime cette recherche : les rapports entre le sanitaire et le social. La lutte contre la tuberculose illustre bien la mobilisation des domaines sanitaires et sociaux à travers la prise de conscience d'un fléau social, l'élaboration de thérapies spécifiques, l'intervention massive des corps de professionnels de la santé, l'utilisation et plus encore la création de nouvelles institutions, sanatoriums, préventoriums, aériums, la mise en place des éléments constitutifs de la médecine sociale : les dispensaires et les secteurs encore en place aujourd'hui, l'apparition d'associations de malades ou d'anciens malades.

Dans une période de crise économique où d'importantes questions se posent sur les systèmes de santé et de protection sociale, il devient urgent de

connaître les enjeux pratiques et théoriques de cet interface santé-social. En outre, la tuberculose ne suscitant plus aujourd'hui, malgré une recrudescence à nouveau signalée, des réactions angoissées ou passionnées, elle peut être l'objet d'une recherche assez sereine.

Notons enfin que Lyon est un poste d'observation privilégié pour une étude de la lutte contre la tuberculose. Outre l'importance et l'ancienneté de son système hospitalier, le rôle joué par les médecins dans la vie locale, la région a été pionnière. C'est à Hauteville, à une centaine de kilomètres de Lyon, qu'a été créé le premier sanatorium populaire de France où se sont réalisés les premiers pneumothorax artificiels. C'est dans le cadre de son école vétérinaire qu'Arloing a mené ses recherches sur la tuberculose bovine.

Une vision chronologique de la lutte antituberculeuse peut s'articuler autour de trois phases :

– *Les origines* (fin XIXe - 1918) qui, bien que lointaines, ont mis sur pied des choix qui sont encore les nôtres aujourd'hui : dépistage, campagnes du timbre, et dans une moindre mesure, sanatoriums. Cette période peut se caractériser par un contexte idéologique bien particulier qui est celui de l'optimisme médical né des découvertes de Pasteur, de l'essor statistique qui permet de mieux cerner l'essor de la maladie et la dépopulation, l'angoisse de la dégénérescence avec l'alcoolisme et la syphilis, l'exaltation patriotique (la revanche contre l'Allemagne imprègne la France entière).

Dans ce contexte idéologique des intérêts convergents se manifestent : l'État qui développe une politique de protection de l'enfance et du citoyen malade (AMG* 1893), des groupes d'intérêts alliant des médecins autour d'hôpitaux, de stations thermales qui peuvent voir là une possibilité d'élargissement de leurs activités et de leurs ressources. Il est important de montrer que toute politique sociale naît non pas mécaniquement d'un besoin évident mais d'une convergence d'intérêts au sens large.

– *La croissance et l'apogée* (1918 - 1950). C'est aux lendemains de la guerre que se structure, à l'échelle nationale, la lutte antituberculeuse. La loi Honnorat (1916) imposant un sanatorium par département s'applique peu à peu.

Au cours des années 1930-1950, le système semble atteindre une apogée que l'arrivée des antibiotiques déséquilibra. C'est la grande période sanatoriale et il faut relever que les constructions se multiplient en pleine crise économique

(*) A.M.G. : Assistance Médicale Gratuite.

et peuvent être en partie une réponse conjoncturelle aux problèmes d'alors (emploi, marasme économique d'une région vivifiée par l'implantation d'un sanatorium). L'hypothèse sera à vérifier.

La diffusion de la vaccination s'opère à l'échelle mondiale grâce à l'empire colonial français. Parallèlement au B.C.G. se diffuse le vaccin bovin, tout particulièrement en Amérique latine. La thoracoplastie se diffuse également à Lyon et à Hauteville.

C'est encore au cours de ces années 1930-1950 qu'émerge un corps de santé spécifique, médecins phthisiologues, médecins-directeurs de sana, infirmières visiteuses, personnel des dispensaires. Quels sont les liens de ces nouveaux professionnels avec les autres instances médicales ? Élite ? Ghetto ? Rivalité ou complémentarité ?

C'est enfin pour la première fois sans doute dans l'histoire moderne, qu'apparaissent des organisations de malades plus ou moins bien structurées, mais qui se posent en interlocuteurs des pouvoirs qui prétendent les soigner, disposent parfois d'une presse et posent les problèmes de la réinsertion professionnelle et sociale.

L'armement antituberculeux ainsi mis sur pied est coûteux et doit se vendre. Une forme de publicité médicale nouvelle naît alors, vantant parfois à l'aide de films, les mérites de tel ou tel établissement de soins.

Parallèlement apparaît le fonctionnaire de santé publique et un réseau de médecine sociale qui resteront disponibles pour des luttes ultérieures contre d'autres fléaux sociaux.

Cette période dont on précisera les limites et les rythmes a-t-elle juxtaposé des pratiques ou réellement établi une politique sanitaire ? L'épreuve de Vichy pourra servir de test.

— *La chute*

Après la Seconde Guerre Mondiale, commence la période du recul affirmé de la maladie dans l'ensemble des pays développés selon un triple enchaînement de causes nécessitant des comparaisons internationales :

- recul spontané de la maladie. Une réponse ne peut être fournie qu'après une étude précise des sources permettant de chiffrer la morbidité et la mortalité;

- affermissement des politiques de dépistage et de vaccination. On observera notamment le caractère structurant, dans le développement d'institutions comme la médecine du travail et de la médecine scolaire, de la prophylaxie de la tuberculose ;

et peuvent être en partie une réponse conjoncturelle aux problèmes d'alors (emploi, marasme économique d'une région vivifiée par l'implantation d'un sanatorium). L'hypothèse sera à vérifier.

La diffusion de la vaccination s'opère à l'échelle mondiale grâce à l'empire colonial français. Parallèlement au B.C.G. se diffuse le vaccin bovin, tout particulièrement en Amérique latine. La thoracoplastie se diffuse également à Lyon et à Hauteville.

C'est encore au cours de ces années 1930-1950 qu'émerge un corps de santé spécifique, médecins phthisiologues, médecins-directeurs de sana, infirmières visiteuses, personnel des dispensaires. Quels sont les liens de ces nouveaux professionnels avec les autres instances médicales ? Élite ? Ghetto ? Rivalité ou complémentarité ?

C'est enfin pour la première fois sans doute dans l'histoire moderne, qu'apparaissent des organisations de malades plus ou moins bien structurées, mais qui se posent en interlocuteurs des pouvoirs qui prétendent les soigner, disposent parfois d'une presse et posent les problèmes de la réinsertion professionnelle et sociale.

L'armement antituberculeux ainsi mis sur pied est coûteux et doit se vendre. Une forme de publicité médicale nouvelle naît alors, vantant parfois à l'aide de films, les mérites de tel ou tel établissement de soins.

Parallèlement apparaît le fonctionnaire de santé publique et un réseau de médecine sociale qui resteront disponibles pour des luttes ultérieures contre d'autres fléaux sociaux.

Cette période dont on précisera les limites et les rythmes a-t-elle juxtaposé des pratiques ou réellement établi une politique sanitaire ? L'épreuve de Vichy pourra servir de test.

— *La chute*

Après la Seconde Guerre Mondiale, commence la période du recul affirmé de la maladie dans l'ensemble des pays développés selon un triple enchaînement de causes nécessitant des comparaisons internationales :

- recul spontané de la maladie. Une réponse ne peut être fournie qu'après une étude précise des sources permettant de chiffrer la morbidité et la mortalité;

- affermissement des politiques de dépistage et de vaccination. On observera notamment le caractère structurant, dans le développement d'institutions comme la médecine du travail et de la médecine scolaire, de la prophylaxie de la tuberculose ;

connaître les enjeux pratiques et théoriques de cet interface santé-social. En outre, la tuberculose ne suscitant plus aujourd'hui, malgré une recrudescence à nouveau signalée, des réactions angoissées ou passionnées, elle peut être l'objet d'une recherche assez sereine.

Notons enfin que Lyon est un poste d'observation privilégié pour une étude de la lutte contre la tuberculose. Outre l'importance et l'ancienneté de son système hospitalier, le rôle joué par les médecins dans la vie locale, la région a été pionnière. C'est à Hauteville, à une centaine de kilomètres de Lyon, qu'a été créé le premier sanatorium populaire de France où se sont réalisés les premiers pneumothorax artificiels. C'est dans le cadre de son école vétérinaire qu'Arloing a mené ses recherches sur la tuberculose bovine.

Une vision chronologique de la lutte antituberculeuse peut s'articuler autour de trois phases :

– *Les origines* (fin XIXe - 1918) qui, bien que lointaines, ont mis sur pied des choix qui sont encore les nôtres aujourd'hui : dépistage, campagnes du timbre, et dans une moindre mesure, sanatoriums. Cette période peut se caractériser par un contexte idéologique bien particulier qui est celui de l'optimisme médical né des découvertes de Pasteur, de l'essor statistique qui permet de mieux cerner l'essor de la maladie et la dépopulation, l'angoisse de la dégénérescence avec l'alcoolisme et la syphilis, l'exaltation patriotique (la revanche contre l'Allemagne imprègne la France entière).

Dans ce contexte idéologique des intérêts convergents se manifestent : l'État qui développe une politique de protection de l'enfance et du citoyen malade (AMG* 1893), des groupes d'intérêts alliant des médecins autour d'hôpitaux, de stations thermales qui peuvent voir là une possibilité d'élargissement de leurs activités et de leurs ressources. Il est important de montrer que toute politique sociale naît non pas mécaniquement d'un besoin évident mais d'une convergence d'intérêts au sens large.

– *La croissance et l'apogée* (1918 - 1950). C'est aux lendemains de la guerre que se structure, à l'échelle nationale, la lutte antituberculeuse. La loi Honnorat (1916) imposant un sanatorium par département s'applique peu à peu.

Au cours des années 1930-1950, le système semble atteindre une apogée que l'arrivée des antibiotiques déséquilibra. C'est la grande période sanatoriale et il faut relever que les constructions se multiplient en pleine crise économique

(*) A.M.G. : Assistance Médicale Gratuite.

et, surtout, des cures de repos et d'air dans les hôpitaux et les sanatoriums.

Sans prétendre arriver à saisir le coût global de la lutte et sa rentabilité, on voudrait approcher les réalités économiques de cette politique sanitaire et sociale à travers les débats sur les fixations des prix de journée, l'analyse des discours de médecins et des pouvoirs publics sur cette question. C'est en partie par cette approche économique que se dégagera ou non la volonté et la réalité d'une politique sanitaire.

4 – Médecins et thérapies

L'histoire des connaissances médicales sur la tuberculose est maintenant bien connue. On sait que Laënnec, au début du XIXe siècle, a mis sur pied le diagnostic clinique avec l'auscultation, que le diagnostic bactériologique est dû à Koch en 1882. On sait que la thérapie chirurgicale a été inaugurée par Forlanini au début du XXe siècle et que l'antibiothérapie s'est diffusée en Europe au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale. Mais cette reconstruction après-coup du cheminement des connaissances oublie les tâtonnements, les traitements abandonnés ou refusés et ne rend pas assez compte des conflits épistémologiques et des enjeux qu'ils représentaient en terme de politique sanitaire et sociale. La polémique sur le caractère héréditaire ou contagieux de la maladie animée à Lyon par Auguste Lumière révèle des conceptions sanitaires et sociales contradictoires et pas seulement un débat «scientifique». C'est ainsi que le refus en France de toute expérimentation du vaccin Firedman est à resituer dans le contexte nationaliste.

On étudiera aussi le rôle de différentes institutions dans la diffusion de nouvelles pratiques médicales et thérapeutiques et de nouvelles représentations de la maladie, par exemple, le rôle de l'École vétérinaire qui, en liaison avec la Faculté de Médecine, imposa la représentation bactériologique de la maladie ou celui de l'École de Santé Militaire pour la diffusion de la radiologie.

L'évolution des thérapeutiques pose d'ailleurs la question de la pertinence des équipements dont la réalisation est parfois en retard sur les méthodes de soins, d'où un risque de rapide inadaptation.

5 – Médecine sociale et lutte contre la tuberculose

L'histoire de la lutte contre la tuberculose, fléau social, met en évidence le développement de la médecine sociale et de son idéologie. L'idée de service gratuit à donner à la population vient en partie des animateurs de la lutte antituberculeuse, ainsi que la démultiplication des «postes de contact», des postes de service auprès de la population et non plus seulement dans le cadre de l'hôpital.

Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse

dont l'organisation est précisée par la loi Bourgeois de 1916, outre leurs activités de soins, de dépistage et de prévention, s'occupent des problèmes sociaux entraînés par la maladie : reclassement social, réadaptation au travail et au milieu social, assistance... Les décrets et circulaires de 1935-36-37 élargissent les compétences des services départementaux à toutes les questions touchant la protection de la santé publique et l'hygiène sociale.

La création des O.P.H.S. (Office Public d'Hygiène Sociale) semble être l'héritage de la Fondation Rockefeller dont une mission était venue en France au cours de la Première Guerre Mondiale. Un comité français s'était chargé de la mise en place de l'ensemble du dispositif : un médecin par dispensaire, un secteur par dispensaire, un secrétaire, deux ou trois assistantes sociales avec chacune un sous-secteur : ceci apparaît comme le prototype de la sectorisation.

Les hommes formés à cette philosophie de la médecine imposent progressivement leurs orientations en particulier sous le Front Populaire où ils occupent des postes de responsabilités (Sellier — Cavaillon — Hazemann — Bonnafé)

Il sera donc important d'étudier ces aspects institutionnels en ce qu'ils révèlent les premières initiatives organisées de sectorisation et de circonscription sociale.

Méthodes et sources

a) Approche locale

La région lyonnaise, on l'a déjà montré, est particulièrement bien placée pour être l'objet d'une approche locale de la lutte antituberculeuse permettant de décrire les différentes dimensions du phénomène et les interactions entre les agents. En effet, seule cette approche locale permet de saisir les rapports entre des projets et leurs applications, d'observer les faits selon des lieux et des milieux sociaux différents. A cet égard, la région présente, dans un espace relativement réduit, des milieux engagés à différents titres dans cette histoire : d'une part, une ville pilote en matière médicale (Lyon); des terrains d'accueil pour les sanatoriums (l'Ain et l'Isère), des villes et des régions industrielles probablement « fournisseuses » de malades et enfin des campagnes.

b) Approche quantitative

Nous essaierons de bien situer des faits tels que le nombre de malades soignés afin de tester l'efficacité des moyens mis en œuvre, d'approcher le coût des dépenses à travers l'analyse de budgets et des prix de journée.

Grâce à l'enquête menée parallèlement au Centre Pierre Léon sur l'his-

toire quantitative de la santé, il sera possible de replacer la lutte antituberculeuse dans un contexte général d'évolution sanitaire.

c) Approches monographiques et transversales

L'enquête repose à la fois :

- sur des monographies (de dispensaires, de sanatoriums, de politique municipale, d'hôpital) indispensables pour saisir la complexité des problèmes;
- sur des approches transversales autour d'un thème précis, telles que la géographie de la vaccination ou le corps médical des sanatoriums.

d) Étude par interviews

Nous utiliserons deux méthodes d'interviews :

- auprès de personnes ayant participé à la mise en place des différentes réformes administratives; nous mènerons des interviews non directives touchant à la philosophie des initiatives, aux moyens, aux rapports entre le local et le national, aux rapports entre les acteurs et les structures;
- auprès des membres des personnels des institutions de dépistage et de traitement et des membres d'associations de malades; nous mènerons des interviews fermées avec élaboration de questionnaires.

Les sources

– Parole des acteurs : littérature scientifique et les grands débats que cela entraîne dans le social; littérature de vulgarisation afin de saisir les étapes de la diffusion de la lutte antituberculeuse. Cette littérature va des journaux médicaux destinés aux praticiens, aux encyclopédies, aux dictionnaires et aux articles ou publicités de la grande presse.

– La réalité dans les archives :

- . délibérations des commissions de surveillance des sanatoriums, conseils municipaux ou généraux,
- . les archives publiques des sanatoriums, dispensaires,
- . enfin, les archives privées des associations de lutte contre la tuberculose, des associations de malades, d'organisations mutualistes.

Dominique DESSERTINE
(Centre Pierre Léon, Lyon)