

Heurs et malheurs de la santé publique en France (1848-1945)

Lion Murard
Patrick Zylberman*

Resumé

Souvent dressé, et dans les mêmes termes, le constat a quelque chose de monotone: la France, nation scientifiquement avancée, mais souffrant de profondes faiblesses organisationnelles. Quelques lois sur l'hygiène ou l'habitation. Rien de complet, d'organisé, de méthodique. Signe parlant d'une faiblesse technique, sans doute, mais d'abord politique. Comme si la santé publique avait longtemps constitué une matière administrative extraordinaire, où l'Etat libéral aurait eu le plus grand mal à assumer ses fonctions régaliennes. Pareil constat ne va pas sans écorner le mythe de l'Etat jacobin, ni mettre en lumière la différence de traitement réservé à l'école, d'une part, à la santé de l'autre, les deux valeurs cardinales de la République. "La loi scolaire est une loi d'Etat", s'insurgeait le Sénat à l'orée du 20^e siècle. "Dans l'espèce, il s'agit d'une question d'administration locale". Le tout dessinant quelque chose comme un Etat inachevé. "Une vaste façade", pour citer l'Académie de médecine elle-même, "derrière laquelle il n'y a rien". Symbole d'une politique sanitaire "passive", l'action antituberculeuse, qui, conçue dans un esprit très libéral destiné à favoriser l'initiative privée, n'impose à cette dernière aucune obligation d'ordre technique. Et sans doute l'entre-deux-guerres s'accompagnerait-elle d'un effort financier tardif, mais réel. Indéniablement, la France s'équipe. Reste que cette impulsion paraît largement exogène, l'élan opérationnel largement imprimé par les "Rockefeller medicine men". En sous-œuvre de l'Etat-nation, un Etat importé.

Mots-clés: Etat-nation; Santé public; Professionnalisation; Action antituberculeuse; Fondation Rockefeller; France.

A century of public health in France (1848-1945)

Abstract

A frequently made observation has something of the monotonous about it: France was a scientifically advanced nation but suffered from profound organizational weaknesses. Some laws existed on hygiene or housing, but nothing comprehensive, organized and methodical. This is doubtless a clear sign of technical weakness, but of political weakness as well. It's as though public health had for some time been an exceptional subject for administration, where the liberal state had the greatest difficulty in assuming its regalian functions. Such an evaluation cannot be made without damaging the myth of the Jacobin state, nor without illuminating the differential treatment accorded the two cardinal virtues of the Republic, education on the one hand, and health on the other. "The law on education is a law of the state", the Senate declared at the dawn of the 20th century. "In this case, it is a question of local administration." In sum, the whole resembled an unfinished state. "A vast façade", citing the Academy of Medicine, "behind which there is nothing." Symbolizing a passive health policy, anti-tuberculosis activities, conceived in a very liberal spirit designed to encourage private initiative, imposed no technical guidelines on the latter. Yet, in the period between the two World Wars, there were doubtless late but real financial efforts made. Undeniably, France was equipping itself. Nonetheless, the impetus appears to have come mainly from the outside, with the operational inspiration largely influenced by the "Rockefeller medicine men". In the shadows of the nation-state was an imported state.

Keywords: Nation-state; Public health; Professionalization; Anti-tuberculosis activities; Rockefeller Foundation; France.

"Une occasion proprement inouïe"¹ (1917)... Au berceau de la santé publique en France, une alarme salvatrice, les hasards aussi d'une rencontre avec le Nouveau Monde. Qu'apparaissent au lendemain de la Grande Guerre un Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales (1920), puis de la Santé Publique (1930); que s'accélère l'ascension d'un corps de médecins-hygiénistes, fonctionnaires locaux (1902), puis

d'Etat (1941): ce sont là les tardifs bénéfiques d'un véritable état de siège sanitaire qui, sous la pression du Haut-Commandement, porta enfin les autorités à connaître des ravages de la tuberculose de guerre. Pas davantage ne devrait se sous-estimer le formidable élan opérationnel imprimé par les "Rockefeller medicine men". Près d'un quart de siècle durant, ils fournissent au mouvement hygiéniste français son *programme*.

* Endereço para correspondência:

CERMES (CNRS-INSERM-EHESS, Paris)

Campus CNRS 7 rue Guy-Môquet – 94801 VILLEJUIF Cedex

E-mail: murard@vjf.cnrs.fr

zylberma@vjf.cnrs.fr

“Un mouvement d'idées sans programme”,² d'effroyables besoins accusant un retard moins scientifique qu'organisationnel: la voilà l'occasion “inouïe” surprise à son arrivée à Paris par la Commission Américaine de Préservation contre la Tuberculose en France – plus communément nommée: Mission Rockefeller. Nous sommes en juillet 1917, l'année même où, sous les auspices de la Metropolitan Life Insurance Company, s'ouvre dans le Massachusetts la bientôt célèbre “démonstration d'hygiène” de Framingham, qui, en cinq ans, fera chuter de 68% le taux de mortalité tuberculeuse de cette localité. Et n'est-ce pas un Framingham en grand, une expérimentation simultanée mais autrement ambitieuse, qu'annonce en septembre le directeur de la Mission?

*La chance, câble Livingston Farrand, s'offre opportunément à l'heure présente d'élaborer en France pour la santé publique un plan de grande envergure, tel que le monde n'en a jamais connu auparavant.*³

Puissamment révélateur des démanagements de la “Progressive Era”, le propos éclaire la singularité de ce moment franco-américain.

*Ceci n'est pas une impertinente importation de connaissances scientifiques au pays de Pasteur, prévient en 1919 le président de la Fondation Rockefeller, mais plutôt une démonstration de méthode et de travail d'équipe organisé.*⁴

Comme en écho, la *Revue d'Hygiène*, organe de la Société de Médecine Publique (1877), concède la même année 1919: “La guerre et les Américains ont fait entrer la lutte contre la tuberculose dans la pratique. L'hygiène a cessé d'être une préoccupation spéculative”.⁵

L'Etat incomplet

*La France, avait noté Hermann Biggs au terme de son voyage dans le pays en mars 1917, la France possède en fait de santé publique une loi fort inefficace [celle de 1902], une administration et une organisation sérieusement déficientes. Jamais les autorités n'ont officiellement entrepris de connaître de la tuberculose.*⁶

Ce diagnostic n'a rien d'original, l'Académie Nationale de Médecine s'exprimait plus cruellement encore lorsqu'elle décrivait en 1912 l'organisation de l'hygiène en France comme “une vaste façade derrière laquelle il n'y a rien”.⁷

C'est ce paradoxe qu'il convient d'éclairer, d'une nation scientifiquement avancée mais souffrant de profondes faiblesses organisationnelles. Comme si la santé publique avait toujours constitué une matière

administrative extraordinaire, où l'Etat libéral aurait eu le plus grand mal à assumer cette fonction régaliennne majeure qu'est la protection de la collectivité contre le risque biologique.⁸

*C'est un sujet digne d'étonnement, soulignerait ainsi dans l'entre-deux-guerres la Revue d'Hygiène et de Prophylaxie Sociales (publiée à Nancy après 1922), que, dans une nation de faible natalité comme la France, les partis politiques aient fait une si petite part dans leur programme à la lutte contre les fléaux sociaux. Quelques lois sur l'hygiène, l'habitation, constituent tout l'appareil légal de combat. Rien de complet, d'organisé, de méthodique.*⁹

On citerait aussi bien Henri Monod, premier directeur central de l'Assistance et de l'Hygiène (1889) – l'équivalent français du grand Luigi Pagliani, – instruisant sur la fin de siècle qu'en ces matières “le gouvernement se borne à recueillir des renseignements et à donner des avis”.¹⁰ Ou encore Emile Roux, directeur de l'Institut Pasteur, rappelant en 1920 ce mot d'un directeur central de l'Hygiène, justement: “Je défends la France contre les épidémies avec mon porte-plume”.¹¹ Non que la puissance publique n'ait couvert son laisser-faire d'un “paravent de défense légale”, seulement le mouvement sanitaire ne cesse d'en dénoncer “l'aspect autoritaire et la réalité anarchique”.¹² Si nos lois ont toujours en ces matières constitué un “néant”, s'émeut dans la même veine la Commission d'hygiène publique de la Chambre des Députés à l'orée des années 1930, “c'est qu'elles manquaient précisément de ce principe essentiel à toutes les lois, l'obligation”.¹³

La loi facultative

On nous opposera la loi du 3 mars 1822, dite de police sanitaire aux frontières: mais, pour édicter la peine de mort à chacun de ses articles, cette loi votée sous une impression de terreur par un Parlement pris de panique à la nouvelle d'une féroce épidémie de fièvre jaune en provenance de la péninsule ibérique ne pouvait guère être qu'une loi dormante, virtuellement abrogée. Non, les apparences de textes, les textes facultativement obligatoires auxquelles nous songeons sont les suivants. 1848, d'abord. Des glorieux décrets du 10 août et du 18 décembre 1848 “datent réellement nos institutions de médecine publique”.¹⁴ au sommet, le Comité Consultatif d'Hygiène Publique de France, devenu Conseil supérieur en 1906 (sous la présidence d'Emile Roux); à la base, un Conseil d'hygiène et de salubrité dans chaque canton, dans chaque arrondissement, chaque département. Echafaudage parfaitement conçu, “l'exécution seule a fait défaut”.¹⁵ Curieusement, en effet, l'administration

parut redouter l'immixtion de l'homme de science et ne tolérer son expertise qu'à titre strictement consultatif: de préférence, aussi rarement que possible. A peine si dans quelques départements le préfet daigne les réunir pour les séances réglementaires. Quant aux assemblées élues priées de financer l'activité de ces mêmes Conseils, elles s'y résolvent si mal que, faute de crédits, quinze seulement d'entre les Conseils départementaux enverraient dans les années 1880 leurs travaux imprimés au Comité consultatif. 15 sur 86, la cause est entendue.

1850, maintenant, la loi relative à l'assainissement des logements insalubres. Un de ses avantages était de mettre les décisions relatives aux maisons malsaines sous l'autorité d'une commission indépendante, mais il était annihilé par le fait de la désignation de cette même commission par le conseil municipal et l'approbation par le même conseil de ses décisions. "Avec une telle loi, messieurs, que faites-vous? ronchonait Théophile Roussel à la Chambre. Très certainement vous ne faites rien. Tout le monde sait quelle est l'apathie des municipalités; et avec la faculté de faire ou de rien faire, il y a pleine certitude que rien ne sera fait".¹⁶ Bilan, pour 36.000 communes, c'est à peine si l'on compte dans les années 1880 quatre ou cinq villes où fonctionnent sérieusement les commissions: Paris, Lille, Le Havre, Roubaix et Nancy. Et voilà la loi facultative jugée. Aurait-elle toutes les qualités, elle a un défaut qui les ruine toutes: "à peine née, elle est morte".¹⁷

1884, enfin, la charte municipale, point d'orgue et consécration du droit de police sanitaire conféré à l'élu local. A l'autorité municipale, en effet, la compétence essentielle en matière de salubrité. Depuis la Révolution, cette prérogative forme comme la base de notre organisation sanitaire. Mais le point pour un maire, c'est de rester maire. Contraindre l'électeur à déplacer son fumier, combler une mare croupissante – les épidémies, pour l'essentiel, sont alors d'origine hydrique, acharnées contre les nourrissons, – il lui faudrait une âme de héros quand l'on apprend, à Bagnères-de-Bigorre, par exemple, que

*toute mesure de police émanant de la municipalité au point de vue de la propreté et de l'hygiène des habitations soulèverait des protestations telles qu'il en résulterait la non-réélection de cette municipalité.*¹⁸

Rien d'étrange qu'il s'abstienne, ou bien, affolé, terrifié, se résolve à des mesures absolument excessives. L'un d'eux, dans une épidémie de choléra, avait pris un arrêté pour faire sauter la ligne de chemin de fer qui arrivait jusque dans sa commune... Ses pouvoirs, nous dit-on, sont considérables, presque dictatoriaux: ils ne sont qu'indéterminés. Purement platoniques, surtout, à l'égard des particuliers que protègent des tribunaux

spontanément soucieux d'empêcher en toutes circonstances le maire de porter atteinte au droit de propriété. La Commission d'hygiène de la Chambre concluant là-dessus: "Tous les droits conférés aux maires et aux préfets par la loi de 1884 sont frappés de restriction et deviennent la plupart du temps inefficaces ou illusoire".¹⁹

Obstructions, oppositions, scepticisme

Mais la loi du 15 février 1902, dite de police sanitaire?²⁰ Loi mort-née, au sens où sa pierre angulaire – la création d'une inspection d'hygiène dans chaque département – s'effondrait sous les coups de boutoir du Sénat. En chantier depuis 1886, seize ans dans les cartons du Parlement, le projet élaboré par la Société de Médecine Publique s'autorisait du fait que, sur 36.000 communes, 29.000 n'avaient ni "medico condotto", ni même de médecin à demeure, pour insinuer que les plus petites localités seraient celles où les lois de la salubrité seraient les plus méconnues. "Nous aimerions que la loi sanitaire en projet imitât les sages dispositions de la loi anglaise de 1875",²¹ avait supplié la Société, et, par-dessus tout, qu'elle instituât auprès du préfet un agent autorisé de la santé publique. Peine perdue. Le Sénat y mettait son veto, et, sacrant une nouvelle fois les maires grands hygiénistes de France, confiait les pouvoirs d'exécution à ceux-là mêmes qui ont intérêt à ne pas agir. "Nous avons une loi sanitaire, en conclurait le Comité consultatif d'hygiène publique, mais personne de compétent pour en assurer l'exécution".²²

Et quelle loi! Née de la vexation et du désespoir, nous voulons dire de la terrible saignée variolique de l'année 1870-1871 (plus de 20.000 hommes fauchés dans les armées françaises, non vaccinées, peut-être 200.000 dans les populations civiles, quand les troupes prussiennes, vaccinées, n'en perdaient quasiment aucun), les contemporains eux-mêmes la tiennent pour une loi de principes: "une belle fille que personne n'aura voulu épouser".²³ Des trois principales dispositions obligatoires qu'elle contient (vaccination, déclaration, désinfection), persifle la Chambre dans les années 1930,

*une seule, la vaccination antivariolique, touche à la dignité du plein exercice: la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, en réalité soumise au bon vouloir des médecins praticiens, est restée à peu près inopérante et l'obligation de désinfection n'a guère réussi qu'à s'attaquer à des chimères.*²⁴

Habitué à légiférer en ces matières sans vexations ni inquisitions, le Parlement "n'avait pas voulu que son vote lui aliénât les sympathies électorales et n'avait voté la loi qu'à la condition qu'elle fût inapplicable".²⁵

Désengagement du pouvoir central, qui s'en remet au bon vouloir des assemblées locales, l'aventure est

étrange. Pareil constat ne va pas sans ébranler le mythe de l'Etat jacobin, ni mettre en lumière la différence de traitement réservé à l'école et à la santé, deux des valeurs cardinales de la République. "La loi scolaire est une loi d'Etat, s'insurgeait le Sénat lors des débats relatifs à la loi de 1902. Dans l'espèce, il s'agit d'une question d'administration locale".²⁶ Rapprochement des plus intéressants: le mouvement des mœurs semblait si favorable à l'école que le législateur n'avait qu'à le reconnaître, le prendre en charge et le conduire à son terme – alors qu'il devait tout au contraire devancer et comme forcer l'état des mœurs en matière sanitaire. Car enfin, de quels appuis peut se flatter l'œuvre de prévention dans une France qui reste majoritairement rurale, farouchement attachée à ce droit de propriété que blesse l'hygiène?

Révolution pastorienne, paraît-il. Nous nous garderons pour notre part de conclure de la pastorisation de la médecine à celle de la société. Hors les colonies peut-être, on ne saurait d'ailleurs dire que les pastoriens eux-mêmes se soient beaucoup préoccupés de santé publique: Albert Calmette lance sans doute à Lille en 1901 le modèle du dispensaire antituberculeux, ce ne sera jamais là qu'un prototype. La vérité est qu'absorbée par la rage ou la diphtérie, la science pastorienne dans ses commencements navigue à l'écart de l'urgence épidémique (variole) et plus encore de ce péril constant que représente la maladie sociale (tuberculose). Son effet normatif sur les mentalités est certain, mais tardif. Longtemps le public manifesterait à son endroit quelque chose comme un scepticisme limité. Et sans doute la Belle Epoque enregistre-t-elle une demande grandissante de prophylaxie. Mais, demande de soins et de médicaments, d'assistance et de secours, cette demande n'est certainement pas une demande de prévention au sens moderne du terme (isolement des contagieux, obligation de soins). Une demande, oui, mais sélective: la première se substitue à la seconde, et même lui fait barrage.

Un déficit d'expertise

Le tout dessinant quelque chose comme un Etat incomplet, ou inachevé. La défense sanitaire au tournant du siècle? Aucun service, persiflait le maire de Reims dans un projet d'organisation de la santé publique en France, "aucun service dans aucune branche de l'administration publique" qui fonctionne de façon "aussi défectueuse".²⁷ En fait d'administration centrale, une maigre direction de l'Assistance et de l'Hygiène a bien été créée au Ministère de l'Intérieur en 1889: les sept fonctionnaires de son unique bureau d'hygiène publique soutiennent mal la comparaison avec les 19 agents de la "Direzione generale della sanita publica", et plus encore avec les 150 directeurs et employés du puissant Local Government Board britannique qui depuis Londres gardaient la main haute

sur des milliers de fonctionnaires sanitaires locaux.

Certes, la charte de 1902 s'est tout de même résolue à l'exemple du Havre (1879), de Reims ou de Nancy, à obliger les villes de plus de 20.000 habitants (et les stations thermales de plus de 2.000) à instituer un bureau municipal d'hygiène pourvu à sa tête d'un directeur. Mais, tantôt médecins ou pharmaciens, et tantôt architectes ou agents des Ponts et Chaussées, ce ne sont là que des employés locaux, nommés et révoqués à la fantaisie de l'élu. Confirmation de cet adage cher à Max Weber selon lequel l'administration des notables menace de se détraquer sitôt qu'y met son nez le fonctionnaire spécialisé, bien des maires n'auraient d'ailleurs pour pensée que d'éloigner du bureau d'hygiène toute personne compétente pour réserver le poste à ses clients et obligés, souvent à titre gratuit.

Partout le caprice et la diversité, aussi bien – un manteau d'Arlequin. Une double centaine de fonctionnaires locaux, tous différents par le statut, la formation, la fonction ou les émoluments: voilà le personnel sanitaire en poste dans le pays en 1919, quand la State Medicine britannique en compte plusieurs milliers dès 1890, dont 1.700 Medical Officers of Health.

*Une réponse assez topique, s'insurgeait notre premier directeur central de l'Hygiène, à ceux qui opposent à la France, inondée de fonctionnaires grasement rétribués, l'Angleterre où tout serait abandonné aux forces individuelles.*²⁸

Lutte contre les épidémies? "on chercherait en vain ce qui est fait pour arrêter la propagation du mal".²⁹ Au point que les avis de déclaration des cas contagieux ne sont "pas même décachetés dans certaines mairies".³⁰ Rien en somme qui réponde au péril constant des maladies populaires. En fait de services *permanents*, le dispositif que voici: "un maire qui ne veut pas, un préfet qui n'ose pas, un hygiéniste qui ne peut pas".³¹

L'Etat importe

Août 1914 avait surpris. En l'absence de catastrophes sanitaires analogues à celles causées par la variole en 1870, le danger ne parut plus résider dans les pestes de guerre (typhus, choléra) mais dans celles dites sociales: à la terreur intermittente et violente des épidémies exceptionnelles succéda la crainte constante d'endémies ordinaires jusqu'alors inaperçues. Hier encore, la peste blanche fauchait en masse mais dans les coulisses: "revêtue d'un uniforme",³² conglomérée et repérée grâce à son entrée dans l'armée, elle figura un fait nouveau, saisissant. Le "lourd et fatal sommeil de l'opinion",³³ l'apathie de ses chefs, tout cède à la découverte d'un "problème *militaire*"³⁴ inconnu.

La Grande Guerre, un immense épisode de la tuberculose

Les chiffres parlent d'eux-mêmes: élevé en juillet 1915 au rang de Secrétariat d'Etat, le Service de Santé Militaire aura entre août 1914 et juin 1919 dépisté 4 à 500.000 "suspects" de tuberculose sur 9 millions de mobilisés, trié 150.000 "vrais" malades, déploré 30.000 décès: plus de 100.000 soldats furent renvoyés dans leurs foyers, dont 65.000 dans les quatorze premiers mois du conflit. Abandonnés à eux-mêmes, rejetés dans un monde que leur présence affolait jusqu'à la panique, ceux-là s'en allaient semant l'infection dans le pays; très vite, la question des "blessés de la tuberculose" devint de la sorte question de salut public. Les praticiens étaient aux armées, leur "coutumière méfiance"³⁵ (pour ne pas dire plus) à l'endroit de la médecine publique brisée net. Pour le reste, tout était à improviser. Méthodes, personnels, laboratoires, statistiques, le conflit trouvait la défense antituberculeuse dans un parfait "état de dénuement".³⁶ Albert Calmette à Lille avait créé en 1901 le premier dispensaire antituberculeux. On n'en dénombrait pourtant que 46 éparpillés dans 15 départements, dont beaucoup étaient fermés, les autres de simples distributeurs de médicaments – et 12 sanatoriums représentant 1.662 lits, contre 1.500 réalisations analogues, et 11.000 lits, en Allemagne. Un trait résume ce pénible bilan: "la maladie qui décimait le plus la nation" – la tuberculose, 90.000 victimes annuelles environ – "n'était, pour ainsi dire, pas reconnue légalement".³⁷ Maladie-tabou, jusqu'à la loi du 15 avril 1916 sur les dispensaires.

La guerre totale inaugure l'ère des solutions partielles. "Aussi incompréhensible que cela puisse paraître", fait savoir depuis Paris, cette même année 1916, le professeur W. C. Sabine à la Fondation Rockefeller, "l'intégralité de l'effort consenti va exclusivement aux militaires tuberculeux".³⁸ L'attention tout entière dirigée vers une catégorie de malades déterminée, l'on veut dorénavant connaître, et ne connaître que de la tuberculose militaire. Aussi vite que possible, l'armée, dans l'intérêt même de la défense nationale, éliminait de ses casernes des poitrinaires parfois pourvus d'un lit au détriment des civils.

*Chose terrible à dire, insistait le professeur de Harvard, il n'est plus à ce jour, face à un fléau responsable d'une mort sur dix, d'hôpitaux ou de sanatoria ouverts aux femmes et aux enfants.*³⁹

Rien ne pouvait davantage choquer la sensible Amérique que ce sacrifice de la nation à l'armée. 80% des praticiens mobilisés laissent à la disposition de la population du Havre, par exemple, en 1917, un médecin pour 7.500 habitants (1 pour 10.000 dans le Gard au même moment), contre un pour 5.777 en Allemagne et un pour 2.344 en Angleterre. Le bilan d'une pareille

autoprotection de l'armée?

Les maladies épidémiques banales du temps de paix (rougeole, scarlatine, oreillons, diphtérie) ont à peine effleuré les troupes du front: celles-ci furent toujours moins touchées que celles de l'intérieur, dans la proportion du simple au quintuple, du simple au triple, du simple au double, selon la maladie considérée...⁴⁰

L'essentiel, en matière tuberculeuse, est ailleurs: dans la dévolution d'autorité à un Comité privé, le 1er avril 1916.

Au bord du désespoir, comment méchamment "l'œil" de la Rockefeller à Paris, le gouvernement s'est déchargé de la totalité du problème sur une œuvre privée mais officiellement reconnue, le Comité Central d'Assistance aux Anciens Militaires Tuberculeux⁴¹

– lequel prendrait le nom en 1919 de Comité National de Défense contre la Tuberculose (CNDT).⁴² Fallait-il que le désarroi fût affreux!

L'élan opérationnel: les "Rockefeller medicine men"

Débarquant à Bordeaux le 18 juillet 1917, la "Commission pour la Prévention de la Tuberculose en France", dite Mission Rockefeller, n'ignore pas que l'attend "a delicate job of diplomacy."⁴³ Conçu "under the assumption that the giver knows what is good for the receiver", le plan d'opération adopté pour la France était fondamentalement identique à celui mis en œuvre contre l'ankylostomiase dans le "New South" en 1910, première intrusion de la philanthropie privée dans le domaine de la santé publique: une étude statistique préliminaire pour déterminer l'incidence du fléau, l'établissement de dispensaires et le lancement d'une vaste campagne d'éducation populaire. Les choses ne se passèrent pas du tout ainsi. Portée en première ligne, la Fondation dut se rendre à un impératif imprévu: prévenir un terrible et proche désastre par "un travail systématique à grande échelle".⁴⁴ Hermann Biggs le premier en avait pris la mesure, notant que la question de la tuberculose devait être "pratiquement reprise à zéro, la situation présente en France étant à peu près ce qu'elle était aux Etats-Unis aux alentours des années 1895-1900".⁴⁵ A son corps défendant, la Mission devait envisager quelque chose d'infiniment plus vaste que prévu. D'autant qu'elle se trouvait confrontée à une certaine réserve de la part des autochtones – "un scepticisme poli en tout autre domaine que le financier".⁴⁶

Car le paradoxe n'est pas mince, d'une entreprise censée "to direct the French in the right way"⁴⁷ tout en évitant de produire le sentiment "that foreigners are coming to assume functions which belong to the

French”.⁴⁸ Et sans doute la nation en guerre se trouve-t-elle de l’aveu d’Hermann Biggs dans “an extraordinarily receptive mood”,⁴⁹ the brutal discovery of tuberculosis as a war problem of “stupendous magnitude” galvanisant l’opinion from indifference to panic and alarm: “400.000 à 500.000 cas de tuberculose, instruisait en mai 1917 l’éminence grise de la Fondation sur ce sujet, – et ce, pratiquement sans le moindre équipement”.⁵⁰ This combination of a decimating menace and a very suddenly awakened consciousness justifie les faveurs consenties à une nation où, privilège quasi exorbitant, the two millions and a half dollars expended for tuberculosis work alone paraîtraient bientôt “entirely out of proportion to that which we are doing in other countries, even in the United States”.⁵¹

Fort de vingt-cinq personnes au fil des ans, la Mission s’organise à partir de 1918 avec la création progressive de quatre services auxquels viendra bientôt se joindre un département de statistiques: propagande, infirmières-visiteuses, organisation des comités départementaux, trois divisions issues du département médical qui conservait la direction technique des dispensaires.⁵² Le travail accompli dans les départements se divise en deux phases: en 1917 et 1918 on renforce l’appui technique procuré aux quelques dispensaires existants (matériel pour la consultation médicale et l’infirmier, équipements diagnostiques, statistiques et matériel éducatif); l’année 1919 est, elle, consacrée à la création de nouveaux dispensaires dans les départements non encore organisés. Le choix des départements aidés n’est en rien laissé au hasard. La Mission privilégie ceux qui se sont déjà engagés si peu que ce soit dans la prévention et s’attache de préférence aux circonscriptions préalablement visitées par ses expositions itinérantes. Surtout, fidèle à l’un de ses principes de base: “the best influencing the rest”, elle s’emploie à sélectionner dans chaque région un département parmi les plus importants qui, convenablement soutenu aux points de vue technique et financier, servira d’exemple, entraînant derrière lui tous les autres.⁵³

A la veille du démantèlement de la Commission, 421 dispensaires auront été créés par la Fondation depuis juillet 1917 (dont 301 coopérant étroitement avec elle) et de 79 départements dotés d’un comité antituberculeux. Il convient d’y ajouter la formation durant la même période d’environ 700 visiteuses d’hygiène (la Mission ayant distribué près de 900 bourses), nombre insuffisant si l’on en croit le Dr. Linsly R. Williams, directeur de la Commission depuis avril 1919, qui déplorait la quantité de postes encore non pourvus dans les dispensaires en 1921.⁵⁴ Comme l’on avait posé en axiome que le succès de la Mission dépendrait de la réussite du transfert progressif de ses activités aux Français,⁵⁵ les équipes américaines seraient dès que possible remplacées par des équipes indigènes (fin 1919), le financement US par

des fonds en provenance du gouvernement ou des départements, et la responsabilité des travaux peu à peu dévolue à des organismes du cru. En décembre 1922, la Mission cédait ainsi la place au bureau parisien de l’International Health Board dirigé par le Dr. Selskar Gunn, alors chargé des relations de la Fondation avec la Société des Nations. Seul le service des infirmières-visiteuses demeurerait administré par l’IHB à Paris, avant d’être transféré à l’Office national d’hygiène sociale (ONHS, une autre créature de la Fondation) en 1925.

La santé publique en France, avait noté Linsly Williams, second directeur de la Mission, “n’existe pratiquement au sommet que sur le papier; on en dirait autant pour ce qui concerne les départements”.⁵⁶ L’attention, pour le coup, se tournait vers la périphérie. Théorie des dominos, en ce sens que les départements seraient un à un organisés jusqu’à l’obtention d’une certaine masse critique, telle que “le gouvernement soit en fin de compte forcé de généraliser à la totalité du pays les méthodes appliquées”⁵⁷ dans les provinces-pilotes. Et de fait, facultatives en vertu de la loi de 1902, la création des inspections départementales d’hygiène connaît une accélération notable dans les années 1920 (Fig. 1).

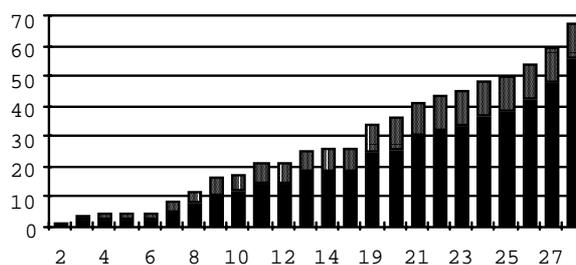


Figure 1 – Inspecteurs départementaux d’hygiène, 1902-28 (en sombre les inspecteurs médecins hygiénistes spécialisés). Source: Cavaillon et Leclainche, *Le Mouvement sanitaire*, 3, 1929, p. 164.

De 14 en 1914, elles passent à 36 en 1924, pour bondir à 58 en 1928. Cette période, correspond à la phase de pleine activité de l’ONHS (1924-1934), un organisme para-public habilité à recevoir les fonds de la Fondation Rockefeller et censé devenir la matrice des services techniques du Ministère de la Santé. En rendant obligatoires ces inspections, le décret du 30 octobre 1935 consolide et sanctionne l’action d’un expert transnational opérant par succursales interposées. En sous-œuvre de l’Etat-nation, un Etat importé.

“We have planted the seeds”,⁵⁸ s’enorgueillit Alexandre Bruno après le départ de la Mission. A lire Selkar Gunn dans les lendemains de la Victoire, on se prend néanmoins à penser que cette “formative stage”⁵⁹ n’aura jamais été franchie:

*A ces heures, l'on porte assurément beaucoup d'intérêt en France à la tuberculose, à la mortalité infantile et aux maladies vénériennes; pour ce qui est maintenant de la santé publique comme un tout, fort rares ou discrets sont les signes d'activité.*⁶⁰

Services faisant double emploi, manque de personnel compétent, absence de formation et de recrutement valables: il est assez significatif qu'à la veille de partir, Linsly Williams, "very distressed", confesse en être "gradually and unwilling come to the conclusion that we can do nothing for France in a large way at present"⁶¹... plus significatif encore que, récapitulant à vingt ans de distance l'immense effort déployé par la philanthropie américaine, James Alexander Miller ait estimé l'organisation set up for the control of tuberculosis "astorinishingly effective" et déploré dans le même temps que ce fût là "the only permanent result"⁶² enregistré.

Un Etat pauvre dans un pays riche

Des techniciens du haut en bas de l'échelle, communiquant directement avec leur ministre, voilà ce que souhaite le mouvement sanitaire. Une sorte de "18 Brumaire" administratif qui doterait enfin le ministère – la formule, paraît-il, est de Pasteur – d'un cadre des médecins des services de la santé publique. Cadre unique, s'entend, et cadre d'Etat. Cadre d'Etat, nos ministres de l'Hygiène (après 1920), puis de la Santé (après 1930) en ressentent les premiers toute l'urgence: privé de services extérieurs puisqu'il ne trouve dans les provinces que des employés municipaux, ou départementaux, le ministre n'est qu'un général sans troupes. Esquissée dans les décrets-lois de 1935, la chose ne se fera que sous Vichy. A cela rien de curieux, le plus haut fonctionnaire du ministère, Louis Aublant, n'étant autre que l'ancien président du Syndicat des médecins-hygiénistes de France: secrétaire général à la Santé, avec rang de ministre, on lui doit cette sorte d'épilogue de la loi de 1902 que fut l'élévation de son personnel d'exécution au rang de fonctionnaires d'Etat.

Plus douloureuse, l'affaire du cadre unique. Incohérentes, anarchiques, les lois spéciales poussaient comme champignons à la faveur de la Guerre: 1916 sur les dispensaires, 1919 sur les sanatoriums – lesquelles, indifférentes à l'ensemble, prétendaient vivre de leur vie propre. Le fossé pour le coup se creusait, entre l'action du fonctionnaire de la loi de 1902 (désinfection, vaccine, épidémies, statistique sanitaires) et celle des médecins de dispensaires ou de sanatoriums, pour ne rien dire de leurs confrères spécialisés dans les maladies vénériennes ou la protection maternelle et infantile. Un enchevêtrement incroyable d'agents sans liens entre eux, les uns obligatoires, les autres non...

Horizontes, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 205-218, jul./dez. 2004

Le régime de l'ordre dispersé

Encore n'est-ce pas assez dire. Conçue dans un esprit très libéral destiné à favoriser l'initiative privée, la législation antituberculeuse n'impose à cette dernière aucune obligation d'ordre technique. Or, qu'espérer de cette politique d'abandon consentie, quand on peinerait à citer un comité qui ne serve un programme politique? Rien que de naturel, si dans les départements ainsi livrés à de pareilles tutelles extra-sanitaires – Gotha mondain, politique ou confessionnel, – l'organisation technique s'avère "un perpétuel sujet d'étonnement".⁶³ Ingérence dans la marche intérieure des dispensaires, proteste à l'orée des années 1930 le Syndicat des médecins de dispensaires, et parfois éviction du personnel qualifié dans les décisions à prendre: il ne faut pas sursauter si, soumis à l'immixtion constante de quelques personnalités bien intentionnées mais incompétentes, le médecin-chef perpétuellement entravé abdique entre leurs mains ses pouvoirs de direction et de contrôle. Ici, la violation du secret professionnel paraît si bien ancrée dans les mœurs que les dames patronesses exigent le double des clefs des fichiers médico-sociaux; ailleurs, indéfiniment ajournée pour des motifs confessionnels,

*la question de l'inspection médicale des écoles n'a jamais été abordée parce qu'un nombre important de membres pense que cette inspection servirait à persécuter les écoles libres. Comme si la tuberculose faisait une distinction entre l'école laïque et l'école libre.*⁶⁴

L'Inspection Générale des Services Administratifs concluant sur ces entrefaites (1932): "Nous ne pouvons mieux caractériser l'organisation départementale de la lutte antituberculeuse qu'en soulignant que son régime est celui de l'ordre dispersé"⁶⁵.

Certes, puissamment servis par la manne américaine, les dispensaires antituberculeux poussent comme champignons. De 1917 à 1940, leur nombre a été multiplié par 19. Plus que son ampleur, le rythme de cette croissance apparaît remarquable. La moitié des dispensaires qui seront en service en 1940 fonctionnent, en effet, en 1922, au moment où la Mission Rockefeller cesse ses activités en France. Il est vrai que l'on était parti pour ainsi dire de rien, on l'a vu. Il reste que la phase d'organisation de l'armement antituberculeux (en ce qui concerne les dispensaires) est bien à mettre entièrement à l'actif de la Fondation. Après 1930, on entre plutôt dans une période de consolidation. A cette date, le pays disposera en moyenne d'un dispensaire antituberculeux pour 58.000 habitants, contre un seul pour 147.600 en 1920. Les besoins sont couverts en 1934 (1 pour 50.000 habitants).

Mais,

*s'il était relativement facile d'en créer un dans toutes les villes, comme le constate le directeur de la Mission, il était extrêmement difficile d'obtenir une organisation départementale complète.*⁶⁶

Convertir en institutions permanentes les stations sanitaires et autres dispensaires de fortune surgis en catastrophe, eût voulu pour le moins des médecins “full-time”: or, gagné à la conception dite “syndicaliste” du dispensaire, le corps médical n’a pas “la moindre idée de ce que nous entendons par Fichier Médical Central”⁶⁷ (dont le plus abouti, en Europe, est celui du dispensaire central de Copenhague), et ne conçoit le dispensaire lui-même que comme une sorte d’agence de recrutement où se succèdent par roulement tous les médecins syndiqués de la localité. Ainsi des médecins de Chinon qui se refusent à venir au dispensaire et font venir les malades chez eux, le dispensaire devenant par là un organe de recrutement de nouveaux clients, à l’usage des médecins syndiqués.

On devine la rage du CNDT qualifiant dans les années 1920 de “pétaudière”⁶⁸ le dispensaire syndicaliste. Comment l’infirmière-visiteuse, obligée d’appliquer dans les familles les conceptions prophylactiques de dix, vingt médecins différents, pourra-t-elle “conserver quelque foi dans sa mission et une tête sur ses épaules”,⁶⁹ s’enflamme Edouard Rist?

*N’oublions pas que les médecins traitants du dispensaire, ce sont tous les médecins syndiqués de la localité. Tous! Celui qui ne croit pas au bacille tuberculeux, comme celui qui s’imagine avoir trouvé pour le combattre un vaccin ou un sérum. L’un cherchera partout l’hérédité, l’autre supputera les contagions; l’un prônera l’exercice physique et l’autre les régimes.*⁷⁰

Vaines colères, tant il est vrai que toute organisation qui, loin de s’appuyer sur les praticiens, s’aliène leur concours, est frappée dans sa viabilité. Dans les faits, le médecin de dispensaire obtiendrait peu ou prou la collaboration de ses confrères sous cette seule condition de ne recevoir qu’avec une extrême parcimonie les consultants qui se présentent d’eux-mêmes. A Nancy, symbole de cette confiance péniblement instaurée, le pourcentage des malades adressé par le médecin traitant atteindrait ainsi jusqu’à 80% de la clientèle des dispensaires.

L’échec du ministère

On distingue avec Tocqueville deux types de centralisation: la centralisation *administrative*, d’abord, qui place la gestion des affaires locales (communes et département) sous l’autorité hiérarchique de la capitale; la centralisation *gouvernementale*, ensuite, qui concentre l’autorité et la décision au sein de l’Etat.⁷¹ Dans le

domaine de la santé, les pouvoirs publics français n’ont su réaliser ni la première ni la seconde.

Installé le 21 janvier 1920 – Emile Littré en avait réclamé la création dès 1859, – le premier ministre de l’Hygiène demeure, nous l’avons dit, un général sans troupes. Sans troupes dans les provinces où les médecins-hygiénistes ne formeraient un corps d’Etat qu’en 1941. Et sans troupes à Paris: 137 employés en 1920, huissiers, cyclistes et concierges compris, 232 en 1938; 15 chefs de bureaux, sous-directeurs et directeurs en 1920, 30 en 1930, mais 18 seulement en 1938, en somme, les effectifs d’un département comme la Guerre ou l’Instruction publique... en 1870! Sournoisement battu en brèche, le ministère à peine dans ses meubles sera d’ailleurs fondu dès 1924 dans un département du Travail et de l’hygiène, pour renaître comme maroquin à part entière en 1930.

Emile Roux se berçait de l’illusion qu’au rebours de cette “hygiène à l’improvisiste” qu’avait seule connue le pays jusqu’ici, des services permanents en viendraient à arrêter “des mesures menues mais incessantes contre les fléaux sociaux”⁷²: on ne voit pas néanmoins qu’ait disparu avant la Seconde Guerre ce schème de l’intermittence. Car enfin qu’espérer d’une direction de la Santé que la plus haute autorité de la phtisiologie française dans l’entre-deux-guerres, Léon Bernard, le successeur d’Emile Roux à la présidence du Conseil supérieur d’hygiène publique de France, nous décrit comme

*indigente, ballottée de ministère en ministère, n’ayant de constant que de symboliques locaux sordides, dépourvue de cadres, démunie de techniciens, dépouillée de tout pouvoir sur les fonctionnaires sanitaires des départements et des villes, eux-mêmes privés d’autorité et de moyens et n’ayant que leur bon vouloir à opposer aux maladies.*⁷³

Né de l’urgence, dans les affres de la pandémie grippale, le nouveau venu n’a d’autorité qu’indirecte: “Pour l’exécution des lois, nous dit-on, le ministre adresse des instructions aux préfets. Ce ne sont là que des commentaires”⁷⁴. Pis, sa principale source de revenus, la taxe sur les cercles de jeu – à son origine, ne l’oublions pas, la santé publique dépend de ressources extra-budgétaires, – la taxe est administrée par le ministère de l’Intérieur. Le ministère en somme est tributaire d’un autre pour ses besoins normaux.

A ces tares rédhibitoires, le ministère ajoute encore la faiblesse de son élément technique et des liens distendus avec le corps médical. A la veille de la Première Guerre mondiale, la France est le seul des grands pays industrialisés où l’hygiène est gouvernée par des profanes (non médecins) et où l’administration centrale n’a pour ainsi dire aucun lien avec la profession médicale.⁷⁵

*En France, écrira André Cavaillon, chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère, le service de santé du ministère de la Guerre est composé de médecins militaires. De même le ministère des Colonies a son personnel médical. Il y a même des médecins au ministère du Travail. Seul le ministère de la Santé n'a jamais pu avoir les siens.*⁷⁶

Sur les 8 inspecteurs généraux (dont 2 inspectrices) attachés à l'Hygiène en 1920, 3 seulement sont médecins, tous prêtés par le ministre de l'Intérieur qui refuse avec obstination de les placer sous l'autorité directe de son collègue. Pas plus de technicité dans les "hauteurs" (directeurs), où évoluent d'aimables dilettantes, préfets en attente de postes plus prestigieux et plus rémunérateurs.⁷⁷ Former non pas des administrateurs d'hygiène mais des administrateurs *hygiénistes*, un corps d'hygiénistes d'Etat, puis les placer en position d'autorité, rompre avec l'amateurisme des bureaux, édifier une administration de la santé permanente et compétente: tel sera le point central de la politique du mouvement sanitaire français entre les deux guerres.

Encore plus préoccupante peut-être apparaît la coupure entre le ministère et le corps médical. Les syndicats médicaux, Léon Mirman (ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène), Henri Doizy (député des Ardennes et grand spécialiste de la santé au parti socialiste), toutes les langues louaient les "méthodes nouvelles" que se devait d'incarner le nouveau ministère, méthodes qui consisteraient à "s'appuyer sur les techniciens et les groupements professionnels": à ce prix seulement l'administration de l'hygiène serait à même de rompre avec son "ignorance des réalités" et surtout avec "son indifférence à l'égard des groupements sociaux".⁷⁸

Ce n'est pas cette voie qui sera suivie. Sans doute, avec une trentaine de commissions techniques instituées entre 1920 et les années 1930 (comprenant 1.223 membres en 1937), la création du ministère de l'Hygiène devait-elle imprimer une force d'organisation nouvelle au système consultatif, en poussant à sa spécialisation. Mais était-ce un envol sérieux et surtout durable? En réalité, cette activité multiforme tranche sur le prodigieux effacement de la direction de l'Hygiène. En dépit du large éventail des sujets abordés, les commissions techniques ne peuvent dégager aucune synthèse susceptible d'éclairer le ministre sur les grands problèmes "horizontaux" de son département. Conséquence, la politique sanitaire s'élabore en des lieux n'ayant avec le ministère que des liens assez lâches, Mission Rockefeller, CNDT, plus tard ONHS (deux organismes qui doivent tout ou presque aux *Rockefeller Medicine Men*). Ce sont les délégués du CNDT, organisme de droit privé, qui dans les années 1920 représentent officiellement le ministère dans les départements. Signe parlant d'une faiblesse technique, sans doute, mais d'abord

politique. Sans moyens ni autorité, l'administration ne déploie, dit Calmette, qu'une "politique sanitaire passive".⁷⁹

Un effort financier tardif, mais réel

Rien en hygiène n'est cependant tout noir ou tout blanc. Si, en 1939 encore, le ministère au sentiment des "Rockefeller medicine men" "se débat désespérément contre les critiques et, pire, contre le dédain",⁸⁰ si la défense sanitaire se mène plutôt dans l'entre-deux-guerres aux marges de la puissance publique, dans ces administrations parallèles que sont le CNDT ou l'ONHS, il reste que la France s'équipe. De 1917 à 1940, le nombre des dispensaires antituberculeux a été multiplié par 19. Dès 1930, le pays en dispose en moyenne d'un pour 58.000 habitants, contre un seul pour 147.600 en 1920. Dès 1934, les besoins sont couverts, 1 pour 50.000 habitants. Leur rendement toutefois progresse lentement. Les nouveaux cas diagnostiqués ne dépassent le chiffre des décès qu'en 1928. Pour l'hospitalisation, les 80.000 tuberculeux bacillifères ne disposent dans le milieu des années 1930 que de 30.000 lits, 40% des malades restant chez eux plus de trois mois avant d'être admis dans un établissement spécialisé. La norme un décès-un lit dépassée en Norvège et en Suède depuis 1928, ne le sera pas encore en France à la veille de la Seconde Guerre. Plus de la moitié des lits sont réservés aux formes non contagieuses de la maladie (17% des écès), le secteur privé fournissant davantage de facilités que le secteur public. La plupart des grandes villes seront néanmoins équipées de dispensaires antivénériens en 1926. Deux gros points noirs persisteront jusqu'à la guerre: l'insuffisance des laboratoires (contrôle des eaux), protection maternelle et infantile.

Plus généralement, l'effort financier paraît tardif mais réel. En 1926, le budget de la section Hygiène du Ministère du Travail et de l'Hygiène représente 1,1% du budget de l'Etat. En 1932, le meilleur cru de l'entre-deux-guerres, 3,1%. Même chose à peu près en 1938. La lutte antituberculeuse, qui représente 0,04% du revenu national en 1922, atteint 0,29% en 1938. (Notons en passant que la part des fonds publics consacrés à la lutte contre le sida s'élevait en 1993 à 0,23% du budget national.)

L'évolution des dépenses par chapitres est également intéressante (Fig. 2 et Annexe). Ascension rapide, mais décalée, de trois postes: tuberculose, maladies vénériennes et hygiène mentale, qui forment l'ossature de toute l'hygiène sociale dans l'entre-deux-guerres; avec une nette domination de la lutte antituberculeuse, à qui va en moyenne plus du tiers du volume des dépenses. Tout change en 1937. Les dépenses du ministère connaissent une hausse très sensible, cependant que les fonds dévolus la lutte antituberculeuse déclinent. Se détachent trois chapitres en forte augmentation: la protection maternelle et infantile, d'une part, le cancer et l'hygiène mentale de

l'autre. Signe d'une plus ample évolution que couronne en juillet 1939 le Code de la famille, ce glissement des priorités dénote une ère nouvelle. La Seconde Guerre catalyse, accélère, elle ne fait point coupure. Le nouvel âge de la politique sanitaire, celui des années 1950-70 est né en 1937-38. L'origine des fonds est elle aussi significative.

Déjà prépondérante avant 1914, la part des municipalités augmente tout au long de l'entre-deux-guerres, de même que celle des départements. Sans conteste, le rôle des collectivités locales dans le financement de la santé publique va croissant. Ce qui explique en partie cette singularité de notre politique sanitaire – sa centralisation inachevée.

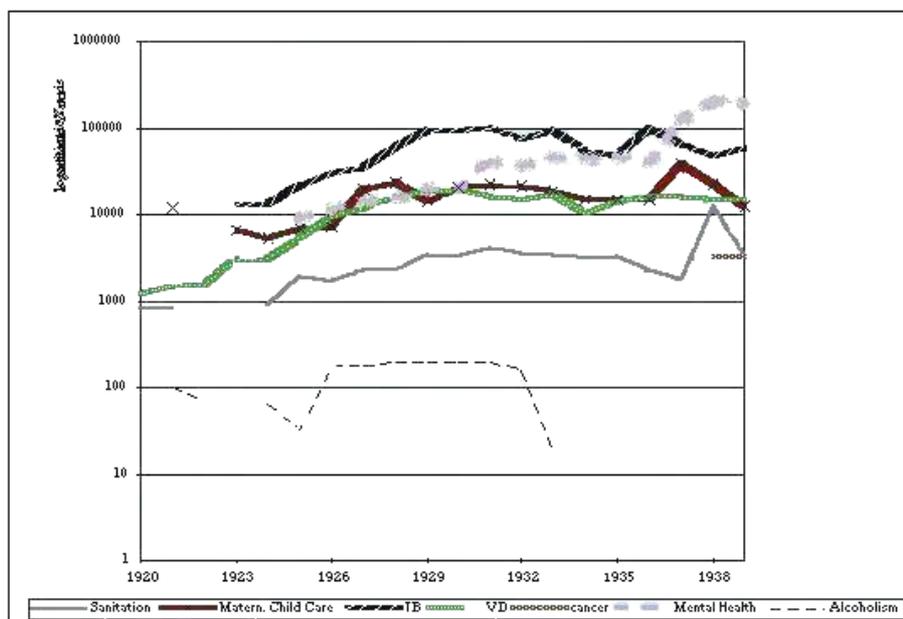


Figure 2 – Ministère de la Santé, ventilation des dépenses, 1920-1938 (en milliers de francs courants). Sources: Rapports annuels du contrôle des dépenses engagées. Ministère des Finances.

Comme si l'aide américaine, en définitive, s'était révélée "of importance but never of critical value",⁸¹ la Seconde Guerre trouvait l'hygiène française in a "deplorable" state.⁸² "Tuberculosis program was a success and left a permanent organization to carry on. Efforts at strengthening the Minister of Health and local health work were not flattering".⁸³ Découplage parlant. La question sous-jacente nous paraît celle de la pertinence du cadre étatique. Trop grand pour traiter des aspects quotidiens de la la gestion sanitaire, qui relèvent des administrations locales, mais trop petit pour régler ces problèmes de sécurité sanitaire qui se règlent à l'échelle européenne, voire planétaire, l'Etat en France semble n'avoir été en ces matières qu'un acteur de second plan. Supplanté par une myriade d'acteurs sub-étatiques (administrations locales) ou trans-étatiques (Section d'hygiène de la Société des Nations, Fondation Rockefeller, Croix-Rouge et autres organisations non gouvernementales), il ne figure plus dès l'entre-deux-guerres le personnage principal de la pièce.

L'influence étrangère cantonnée sur le terrain étroit pour laquelle on la sollicitait – la tuberculose, – le cas français soulève la brûlante question du transfert culturel. Un processus à deux faces: l'apport étranger doit être testé quant à sa compatibilité avec la tradition,

et la tradition peut devoir être réinterprétée pour rendre possible le test.⁸⁴ Or, qui dit civilisation dit à la fois emprunt et refus. Comme en Dordogne, par exemple, et plus généralement dans le Sud-Ouest, où

*le Préfet seul à lutter contre une corporation toute entière a dû céder et a laissé le syndicat médical prendre la direction des œuvres sociales. On n'a pas voulu de visitense d'hygiène.*⁸⁵

Le témoignage intrigue, pour peu que l'on se souvienne du jugement de Wickliffe Rose comme quoi l'action de la Mission

*conferred small permanent benefit upon the national health organization of France, but had the most useful effect [in highlighting] the vital role of the visitense d'hygiène in the health education of the people; this was the first entry of the International Health Board into public health nursing.*⁸⁶

Wickliffe Rose songe probablement à des réalisations-pilotes comme celles de l'Hérault qui, non contente de présenter sous la houlette de Louis Aublant

une organisation “somewhat similar to county health work in the United States”,⁸⁷ figurerait dans les années 1920 la “first to have a system of generalized public health nursing.”⁸⁸ On ne s’en étonne que davantage de lire sous la plume de ce même Louis Aublant retour des Etats-Unis où il aura visité pendant quatre mois les services provinciaux d’hygiène, qu’entachant dans une certaine mesure l’autorité du Sanitary Officer, les infirmières-visiteuses “tiennent à mon sens un peu trop de place.”⁸⁹ Décoché par un homme qui sera président du Syndicat des médecins-hygiénistes français, le trait indique assez la profondeur du malentendu.

“To teach French doctors American methods”⁹⁰ n’allait pas au demeurant sans quelque présomption, the average standard of medical education dans la France des années 1920 pouvant de l’aveu même d’un Raymond B. Fosdick “fairly be described as superior to that obtaining in the United States.”⁹¹ Ce qui soulève à propos de l’expertise américaine la plus vaste question de sa valeur normative. Enlightenment, avait sans une ombre d’hésitation tranché Hermann Biggs, “must come from outside of France”;⁹² tandis que, “far from convinced that American methods in public health work are necessarily the best for European countries”,⁹³ un Selskar Gunn en perçoit dès 1926 le caractère trop évidemment importé. Attraction et répulsion mêlées, Paris would not rely upon l’apport étranger s’il ne revêtait peu ou prou l’apparence d’un produit indigène. Et peut-être le doute ainsi épandu sur the ultimate penetrability of one civilization by another entre-t-il pour quelque chose dans the Rockefeller’s growing uneasiness with holistic programs such as the French one – “never very popular with the officers of the International Health Board”,⁹⁴ confesse le même Gunn.

Organiser la médecine publique avait fait dans les années 1880 la raison d’être de la Société de Médecine Publique. Trois quarts de siècle plus tard, en mission sanitaire en France occupée, le jeune José Aboulker retire de ses contacts avec le Comité Médical de la Résistance la conviction que le ministère “n’existe pas. En matière de santé publique, il n’est même pas besoin d’être révolutionnaire, car il n’y a rien à changer: tout est à construire.”⁹⁵ Loin du schéma d’une croissance étatique endogène, pragmatique et cumulative, prévaut en ces matières une logique discontinue, sectorielle, segmentaire. Une suite d’élan et de pannes.

Notas

¹ H. Biggs, Commissioner of the New York State Department of Health, à E. R. Embree, 2 avril 1917, au retour d’une mission d’étude en France effectuée à la demande de la Fondation Rockefeller, Rockefeller Archive Center, 1.1., 500T, 28, 268.

² L. Williams, second directeur de la mission, à W. Rose, directeur de l’International Health Board de la Fondation, 28 novembre 1921, 1.1., 500T, 27, 262.

³ L. Farrand à W. Rose, 29 septembre 1917, 1.1., 500T, 25, 250.

⁴ G. Vincent. *The Rockefeller Foundation: A review for 1919*, p. 20, cité par R. B. Fosdick, *The story of the Rockefeller Foundation*. New Brunswick, Oxford: Transaction Publishers, 1989 [1958]. p. 38.

⁵ E. Marchoux, chef de service à l’Institut Pasteur. Rapport à la Sixième Réunion Sanitaire provinciale. *Revue d’Hygiène et de Police Sanitaire*, 61, p. 1093-94, décembre 1919. Sur ce sujet, L. Murard et P. Zylberman. *Seeds for French Health Care: Did the Rockefeller Foundation plant the seeds between the Two World Wars? Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31, 3, p. 463-75, 2000.

⁶ H. Biggs. *Report of the War Relief Commission on Tuberculosis in France*, 31 mars 1917, 5, Series 2 Special Reports, 54, 335, 500 France. “In contrast with England, soulignait-il également à son retour de Paris, France had done practically nothing before the war”, *A War Tuberculosis Program for the Nation*, Annual Meeting of the National Association for the Study and Prevention of Tuberculosis, Cincinnati, Ohio, May 9, 1917. “American Review of Tuberculosis”, 1, 5, p. 258, 1917.

⁷ R. Wurtz, rapporteur de la Commission des Épidémies de l’Académie de Médecine, cité par H. Doizy. Projet de réforme de la loi de 1902. *Revue d’Hygiène et de Police Sanitaire*, 35, p. 350, 1913.

⁸ Sur ce point, L. Murard et P. Zylberman. *L’hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l’utopie contrariée, 1870-1918*. Paris: Fayard, 1996.

⁹ M. Weiss. La politique et la prophylaxie des maladies sociales, *Revue d’Hygiène et de Prophylaxie Sociales*, 3. p. 55, 1924.

¹⁰ H. Monod. Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats. *Bulletin de la Société de Médecine Publique*, 14, p. 79, 1891.

¹¹ E. Roux. La propagation de l’hygiène en France. *Revue d’Hygiène et de Police Sanitaire*, 42, p. 391, 1920.

¹² P. Strauss. *La croisade sanitaire*. Paris: Charpentier, 1902, p. 49-51.

¹³ G. Legros. Rapport fait au nom de la Commission d’Hygiène [déposé le 11 avril 1930] sur le projet de loi portant modification de la loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. *JO, Documents parlementaires*, Chambre, annexe n. 357 à la séance du 4 juillet 1932, p. 9.

¹⁴ A.-J. Martin. Essai d’Organisation de la Médecine Publique en France. *Revue d’Hygiène et de Police Sanitaire*, 2. p. 577, 1880.

¹⁵ A.-J. Martin. *Essai...* p. 602-03. 1880.

¹⁶ Cité dans les débats préparatoires à la loi de 1902 par L.-A. Cordelet, *JO, Débats*, Sénat, séance du 9 février 1897, p. 126.

¹⁷ H. Monod. Des pouvoirs de l’administration publique en matière sanitaire. *Recueil des travaux du Comité Consultatif d’Hygiène Publique de France et des Actes officiels de l’administration sanitaire*, 19, p. 323, 1889.

¹⁸ E. Deschamps, secrétaire du Comité Consultatif d’Hygiène Publique, in *Recueil des travaux du Comité...*, 31, p. 116, 1901.

¹⁹ Ch. Borne. Rapport fait au nom de la Commission d’Hygiène Publique chargée d’examiner le projet de loi adopté avec modifications par le Sénat, ayant pour objet la protection

- de la santé publique. *JO, Documents parlementaires*, Chambre, séance du 5 décembre 1901, annexe n. 2807, p. 194.
- ²⁰ Amendée, la loi du 15 février 1902 constitue la matière du Livre I^{er} du Code de la Santé du 5 octobre 1953 sous l'intitulé: "Protection générale de la santé publique".
- ²¹ G. Drouineau. De la déclaration des maladies contagieuses. *Bulletin de la Société de Médecine Publique*, 14, p. 178, 1891.
- ²² P. Brouardel, président du Comité Consultatif. La protection de la santé publique. Loi du 15 février 1902. *Annales d'Hygiène Publique*, 3^e série, 49, p. 163, 1903.
- ²³ G. Mesureur, directeur de l'Assistance Publique de Paris, Sur le projet de révision de la loi du 15 février 1902. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 85, 1921, séance du 8 février 1921, p. 176.
- ²⁴ G. Legros. *Rapport fait au nom de la Commission d'Hygiène...*, 1932, p. 9.
- ²⁵ E. Mosny. La loi relative à la protection de la santé publique (Loi du 15 février 1902). Etude critique d'hygiène sociale. *Annales d'Hygiène Publique*, 49, p. 546, 1903.
- ²⁶ R. Milliès-Lacroix. *JO, Débats*, Sénat, séance du 9 février 1897, p. 132.
- ²⁷ H. Henrot. *Projet d'organisation de la santé publique en France*. Reims, Matot-Braine, 1887, p. 22.
- ²⁸ H. Monod. Médecine et hygiène publiques. Administration sanitaire en Angleterre. *Recueil des travaux du Comité Consultatif...*, 22, p. 44-45, 1892; A. S. Wohl. *Endangered lives. Public health in Victorian Britain*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1983, p. 182.
- ²⁹ Selon un conseiller municipal de Rouen, Levillain, le 4 août 1882, cité par S. Jones-Thornton. *Public Hygiene and Hygienists in Rouen (France), 1880-1930*, Ph.D., St Catharines College, Cambridge University, 1992, p. 131.
- ³⁰ Ch. Ott, inspecteur départemental d'hygiène de la Seine-Inférieure. La Pratique de la désinfection. *Revue d'Hygiène...*, 32, p. 1293, 1910.
- ³¹ A. Violette, inspecteur départemental d'hygiène des Côtes-du-Nord. Refonte de la loi du 15 février 1902 (deuxième communication). *Revue d'Hygiène...*, 42, p. 637, 1920.
- ³² L. Bernard. *La défense de la santé publique pendant la guerre*. Paris: PUF, 1929, p. 239.
- ³³ L. Bourgeois cité par H. Sellier. *La lutte contre la tuberculose dans la région parisienne (1896-1927)*. Le rôle de l'Office Public d'Hygiène Sociale. Son organisation; bilan de l'action prophylactique et sociale... Paris: Imprimerie municipale, 1928, p. 548.
- ³⁴ H. Biggs, 2 mai 1917, cité par C.-E. A. Winslow. *The life of Hermann Biggs, physician and statesman of public health*. Philadelphie: Lea and Febiger, 1929, p. 302.
- ³⁵ G. Vincent. *Memorandum on visit to Italy, France and England, March 30- June 2, 1918*, daté de juillet 1918, 1.1., 500T, 29, 269, qui poursuit: "Il ne reste que fort peu de praticiens dans les collectivités civiles. Aussi bien y a-t-il peu de résistance à vaincre".
- ³⁶ L. Bernard. *La défense de la santé publique...* 1929, p. 236.
- ³⁷ L. Bernard. Allocation au Conseil de direction du CNDT. *Revue de Physiologie Médico-Sociale*, 6, p. 433, 1925.
- ³⁸ W. C. Sabine. *War Relief Report n° 11*, 18 septembre 1916, 1.1., 500T, 28, 268, p. 11.
- ³⁹ *Ibid.*, p. 13.
- ⁴⁰ J. Toubert. *Le Service de Santé Militaire au Grand Quartier Général français (1918-1919)*. Paris, Charles Lavauzelle, 1934, p. 100; P. Zylberman. A holocaust in a holocaust: The Great War and the 'Spanish' influenza epidemic in France. In: H. Phillips; D. Killingray. *The Spanish flu pandemic of 1918*. New perspectives. Londres: Routledge, 2003.
- ⁴¹ W. C. Sabine. *War relief report...* 1916, p. 11.
- ⁴² A. Bruno. *La mission américaine Rockefeller en France et l'effort français, 1917-1925*. Paris, Thèse de médecine, 1925, p. 178.
- ⁴³ G. Vincent à L. Farrand, May 31, 1917, 1.1., 500 T, 25, 249. Sur l'action de la Mission en France, voir L. Murard et P. Zylberman. Les fondations indestructibles: la santé publique en France et la Fondation Rockefeller. *Médecine/Sciences*, 18, p. 625-32, 2002.
- ⁴⁴ *Memorandum regarding work of Dr Biggs in France (Anti-Tuberculosis Work)*, March 9, 1917, 1.1., 500T, 25, 248.
- ⁴⁵ H. Biggs à S. J. Murphy, November 29, 1916, 1.1., 500T, 25, 247, après lecture du *War relief report* rédigé en France par le professeur Wallace C. Sabine, September 18, 1916.
- ⁴⁶ L. Farrand à W. Rose, December 21, 1917, 1.1., 500T, 25, 251.
- ⁴⁷ L. Williams à V. H. Heiser, October 13, 1919, 1.1., 500 T, 26, 258.
- ⁴⁸ G. Vincent à Mrs. Bliss, July 11, 1917, 1.1., 500 T, 25, 249.
- ⁴⁹ H. Biggs à E. R. Embree, à son retour de France, April 2, 1917, 1.1, 500 T, 28, 268.
- ⁵⁰ H. Biggs. Tuberculosis in France, an informal address before the Conference of State and Provincial Boards of Health at Washington, May 2, 1917, *American Journal of Public Health*, 7, p. 610, July, 1917. Sur l'autorité dont jouit Biggs auprès de la fondation, ce mot de W. Rose à L. Farrand, 11 octobre 1917, cité dans RF History, 900, Hist. 1, 8, p. 1973: "We never take any important step without consulting him".
- ⁵¹ V. H. Heiser à L. Williams. August 10, 1920, 1.1., 500 T, 27, 260.
- ⁵² RF History, 900, Hist. 1, 8, p. 1972-3.
- ⁵³ RF History, 900, Hist-1, 8, p. 1955-7.
- ⁵⁴ RF History, 900, Hist-1, 8, p. 2033-9.
- ⁵⁵ Rose à Williams, sept. 1919, RF History, 900, Hist-1, 8, p. 2045.
- ⁵⁶ L. Williams, dans un texte rédigé en octobre 1922 à l'intention de la fondation pour préparer la prochaine visite en Angleterre et aux Etats-Unis du professeur Léon Bernard, 1.1., 500A, 22, 100.
- ⁵⁷ L. Williams à W. Rose, 28 novembre 1921, 1.1., 500T, 27, 262.
- ⁵⁸ A. Bruno. *Annual Report Dec. 31 - 1922, Bureau of Departmental Organization* [59 f], 1.1., 500T, 32, 275, p. 33. The commission, as such, was disbanded on June 30, 1921, but L. Williams remained for eighteen months longer as representative of the International Health Board, jusqu'à son remplacement par S. M. Gunn as vice-president of the Rockefeller Foundation for Europe. The propaganda work of the commission was transferred to the CNDT in April, 1922, and the rest of the activities (nurses, departmental health work) handed over to the same voluntary agency in January, 1923.
- ⁵⁹ Our staff, écrit L. Williams à W. Rose, June 2, 1920, is "anxious to extend our work while the question of hygiene is in such a formative stage, and while we would have a greater influence than, if we came to the game later, after the French had taken the initiative", 1.1., 500T, 26, 259.

- ⁶⁰ S. M. Gunn à W. Rose, February 14, 1919, 1.1., 500T, 26, 257.
- ⁶¹ Williams à Rose, June 7, and May 10, 1922, même référence.
- ⁶² J. A. Miller. The beginnings of the American Antituberculosis Movement. *American Review of Tuberculosis*, 48, p. 379, 1943.
- ⁶³ L. Triollet, inspecteur départemental d'hygiène de l'Indre. Nécessité du contrôle de l'Etat sur les Comités Privés Antituberculeux. *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociales*, 10, p. 282, novembre, 1931.
- ⁶⁴ H. Petit, médecin des dispensaires de l'Ardèche. Rapport sur la transformation des Comités Privés d'Hygiène Sociale en offices publics. *Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums et des Dispensaires d'Hygiène Sociale*, 7, 3, p. 85, 1931.
- ⁶⁵ G. Dequidt. La lutte antituberculeuse, rapport présenté par l'Inspection Générale des Services Administratifs. *JO, Documents administratifs*, Annexe, 6 novembre 1932, p. 1137. On conçoit que le monde hygiéniste – un Jacques Parisot en Meurthe-et-Moselle – n'eût eu de pensée dans les années 1930 que la constitution du monde des œuvres, du syndicalisme médical, des services d'hygiène et des Caisses d'Assurances Sociales naissantes en un bloc unique. Sur ce point, L. Murard et P. Zylberman. French Social Medicine on the Map of International Public Health in the 1930s, à paraître. In: E. Rodriguez-Ocana, éd. *The politics of healthy life: An international perspective*. Sheffield: European Association for the History of Medicine and Health Publications, 2003.
- ⁶⁶ L. Williams à L. Bourgeois, président du CNDT, December 13, Archives du CNDT, 14, 1919.
- ⁶⁷ L. Williams à W. Rose, February 21, 1921, RAC, RG 1.1., 500T, 27, 261.
- ⁶⁸ L. Bernard. Le dispensaire type syndicaliste. *Revue de Physiologie Médico-Sociale* [ex-Bulletin du CNDT], 5, 1, p. 7, 1924.
- ⁶⁹ E. Rist. Quelques remarques sur la conception syndicaliste du dispensaire antituberculeux. *Revue de Physiologie...*, 5, 1, p. 14, 1924.
- ⁷⁰ *Ibid.*, p. 13-14.
- ⁷¹ A. de Tocqueville. *De la démocratie en Amérique* (1835-40), 1^e partie, chap. V.
- ⁷² E. Roux. La propagation de l'hygiène... *Revue d'Hygiène...*, 42, p. 393, 1920.
- ⁷³ L. Bernard et E. Marchoux. Rapport au Comité d'Hygiène de la Société des Nations, Commission du Paludisme. *Le Mouvement Sanitaire*, 1, 6, p. 243, 1924.
- ⁷⁴ E. Schnerb. Participation des pouvoirs publics à l'hygiène sociale. In: L. Martin; G. Brouardel. *Traité d'hygiène*, Paris, Baillière, v. 22, p. 374, 1929.
- ⁷⁵ H. Doizy. Sur la création d'un Ministère de la Santé Publique. *Revue d'Hygiène...*, 38, p. 866-9, 1916.
- ⁷⁶ A. Cavaillon. *Ordinance with regard to the organization of the Ministry of Public Health and its services*, juin 1945, 1.1., série 700 Europe.
- ⁷⁷ A. Bruno. *Annual report of the Bureau of Departmental Organization... for the period of Jan. 1/1920 to Jan. 1/1921*, RAC, 1.1., 500T, 30, 272, p. 47. Steeg à Breton, 12 février 1920, Archives J.-L. Breton, AN 398 AP 20. L. Mirman devant le XI^e Congrès d'hygiène. *Revue d'Hygiène*, 46, p. 1024, 1924.
- ⁷⁸ L. Mirman, apud Boyé G. Le Ministère de la Santé Publique. Ce qu'il est. Ce qu'il devrait être. *Archives d'Hygiène Publique...*, 12, p. 43, 1934; R. LE FUR. A propos d'un Ministère de la Santé Publique. *Bull. Méd. de Paris*, 4 et 25 janvier 1919, p. 9-10, 12, 39; Doizy à Breton, 8 février 1920. Archives J.-L. Breton, an 398 ap 22.
- ⁷⁹ A. Calmette. Défendons-nous contre les épidémies, 5 décembre 1920, *Archives J.-L. Breton*, AN 398 AP 22.
- ⁸⁰ D. P. O'Brien. *Teaching and research in pediatrics at the University of Paris and their relation to child and maternal welfare and to Social Medicine in France* [dactyl., 23 f.], December 20, 1939, RAC, RG 1.1., où il évoque par ailleurs, toujours à propos du ministère, "the distressing situation of being partly ignored in addition to being criticized".
- ⁸¹ *O. Brien's Diary*, September 15, 1940.
- ⁸² *Alan Gregg's Memorandum, Social Medicine in France*, February 27, 1940, RAC, RG 1.1., 500 A, 3, 22.
- ⁸³ A. J. Warren à W. A. Sawyer, May 24, 1940, RAC, RG 1.1., 700, 6, 37.
- ⁸⁴ Nous empruntons sur ce point à G. E. Von Grunebaum. Le problème de l'influence culturelle. In: *L'identité culturelle de l'Islam*. Paris: Gallimard, 1973. p. 1-18.
- ⁸⁵ *Voyage de M. le Dr. Cailleret dans les départements de la Dordogne, des Hautes-Pyrénées et des Basses-Pyrénées*, 10-28 octobre 1923 [dactyl., 5f], Archives du CNDT, Com. Dép. 9, Dordogne.
- ⁸⁶ Cité in *Lewis Hackett manuscript, history of the International Health Division*, RAC, RG 3, 908, 5, 33, chap. 6, Wickliffe Rose, p. 3.
- ⁸⁷ RF History, 900, Hist. 1, 8, p. 2065.
- ⁸⁸ *Gunn's Diary*, October 18, 1926.
- ⁸⁹ L. Aublant. Notes et impressions sur les Etats-Unis d'Amérique, *Bulletin de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, 5, 1924, séance du 21 mars 1924, p. 255.
- ⁹⁰ *Report of the 19th arrondissement* [Paris], September 18, 1919, in RAC, RF History, 900, Hist.1, 8, p. 1974.
- ⁹¹ R. B. Fosdick. *The story of the Rockefeller Foundation...* 1989 [1958], p. 108.
- ⁹² Biggs à Embree, lettre précitée d'April 2, 1917.
- ⁹³ S. M. Gunn à R. B. Fosdick, October 6, 1926, RF 900, 17, 122.
- ⁹⁴ Gunn à Fosdick, même lettre.
- ⁹⁵ J. Aboulker. Délégué sanitaire du Gouvernement d'Alger en France occupée. Rapport de mars du délégué sanitaire au BCRA, Paris, 25 mars 1944, *Archives Nationales*, F1a 3760.

Annexe

Evolution des dépenses du Ministère de l'Hygiène, du Travail et de l'Hygiène, de la Santé Publique (en millions de francs)

Année	Dép. min. (1)	Hyg. pub. (2)	PMI (3)	Tb (4)	Mal. Vén. (5)	Cancer (6)	Hyg. ment. (7)	Alcool (8)	Total (2-8)
1914	139								2,4
1920	259	0,8			1,2				
1921	369	0,8	12	16,2	1,5			0,1	
1922	410				1,5			0,06	
1923	440		6,5	12,7	3				
1924		0,9	5,3	12,7	2,9		7,2	0,06	29
1925		1,9	6,7	21,9	5,2	2	9,2	0,03	46,9
1926	499	1,7	7,1	29,7	9,5	2,4	11,3	0,17	61,8
1927		2,2	20	35,7	11,7	3,8	13,8	0,17	87,3
1928	620	2,2	23,2	58,8	15,9	3,7	15,3	0,19	119,6
1929		3,3	13,8	94,6	18,6	5,8	20,7	0,19	156,9
1930	1085	3,1	20,6	95,6	19,4	8,4	18,8	0,2	166,1
1931	1325	4	22	102,3	16,7	5,6	41,7	0,2	192,5
1932	1298	3,6	21,6	77,3	14,6	4	37,3	0,15	158,5
1933	1432	3,4	19,2	92,8	17,4	5,4	46,3	0,02	184,5
1934	1094	3	14,9	55	10,3	3,5	44,9		131,6
1935	1419	3,2	14,7	47	14,1	1,7	47,3		128
1936	1457	2,2	14,6	96,3	16,5	1,2	39,7		170,9
1937	1670	1,7	38,3	64,6	16,7	6	121,4		249,5
1938	2560	12,2	22,5	46,8	14,8	3,1	199,7		300
1939	3843	3,6	12,6	59,4	14,9	3,2	191,9		286,8

Sources: Rapports annuels du contrôle des dépenses engagées, Ministère des Finances; J. Parisot, *Le Développement de l'hygiène en France* (Nancy: G. Thomas, 1933), 34; *Statistiques & Etudes Financières*, supplt. n° 44, 1960 et n° 175, 1963.

Notes: De 1924 à 1929: Ministère du Travail et de l'Hygiène, section n° 2.

“Hygiène publique”: le montant exceptionnel du poste en 1938 s'explique par un crédit de 11,5 millions en provenance des affaires étrangères (rapatriement des réfugiés français venant d'Espagne); grands travaux (loi du 18/8/1936) en 1936-8.

“Protection maternelle et infantile”: application de la loi de 1874, subventions aux œuvres d'assistance maternelle et protection du premier âge, aux camps de vacances, y compris à partir de 1936 crédits de protection de l'enfance (décret du 30/10/1935), contribution de l'Etat aux dépenses des départements pour l'enfance pré-scolaire en 1937-9.

“Tuberculose”: subventions aux laboratoires et dispensaires, construction des sanatoriums publics, création des dispensaires et des préventoriums, assistance aux tuberculeux, y compris subventions aux œuvres de préservation de l'enfance contre la tuberculose en 1925, contribution exceptionnelle pour la création d'un village sanitaire pour tuberculeux en 1929, frais de fonctionnement des sanatoriums d'Etat en 1936-9.

“Total”: total des colonnes 2 à 8, plus lutte contre le paludisme en Corse en 1931, propagande sanitaire en 1936-9, transfusion sanguine et centre d'épouillage en 1939.

Sont exclus de ces séries les chapitres rémunérant des traitements (sauf sanatoriums de l'Etat), le fonctionnement des diverses commissions techniques siégeant au ministère. Non pris en compte également: service sanitaire maritime, service d'hygiène des régions libérées, d'Alsace-Lorraine, assistance médicale gratuite (loi de 1893).

Sobre os autores:

Lion Murard é pesquisador do CERMES – Centre de Recherche – Médecine, Maladie et Sciences Sociales (CNRS – INSERM – EHESS, Paris).

Patrick Zylberman é pesquisador do CERMES – Centre de Recherche – Médecine, Maladie et Sciences Sociales (CNRS – INSERM – EHESS, Paris).