

### Les ambiguïtés du Caducée Seconde partie



La Lettre d'information précédente était consacrée à la première partie de l'étude d'Albert Anouilh : « *L'État, la santé publique, les médecins. Aspects socio-historiques (1776-1892)* ». Elle couvrait la période de la Société royale de Médecine à la fin de l'Ancien Régime jusqu'à la période hygiéniste sous la Restauration.

Dans cette Lettre, il revient dans une introduction conséquente sur l'épidémie de fièvre jaune de Barcelone en 1821 qui va voir s'affronter en France partisans et adversaires de sa contagion. Ensuite, en 1831, la pandémie de choléra arrive en Europe de l'Est où seront envoyées des missions médicales puis mises en place de lourdes mesures sanitaires dans l'hexagone. Le choléra, s'il n'épargne aucun milieu, est révélateur de la question sociale.

Dans les pages suivantes Albert Anouilh aborde plusieurs thèmes de 1830 à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle :

- L'hygiénisme : il entend, dans les années 1830, prendre en charge par l'asile le traitement de la folie alors qu'à partir de 1850 l'hérédité devient son facteur explicatif. Ensuite, les travaux de Claude Bernard et de Louis Pasteur remettent en cause les fondements de la médecine et modifient le regard porté sur la maladie, la santé apparaissant comme un bien nouveau pouvant déboucher sur une obligation d'assurance.

- La profession médicale : elle s'organise, après le premier congrès médical de France en 1845, les médecins attendent de l'État la reconnaissance du corps médical, la presse médicale apparaît et deviendra un outil de lobbying comme *L'Association générale des médecins de France* reconnue par Napoléon III en 1858. Dès le début de la III<sup>e</sup> République, les médecins, classe sociale nouvelle, se lancent à la conquête du pouvoir dans les mairies et au Parlement.

La santé publique deviendra un élément de l'ordre public sous l'autorité des maires confortés dans leurs pouvoirs par la loi municipale du 5 avril 1884.

- L'exercice de la médecine : la loi du 30 novembre 1892 qui y est consacrée, concerne les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes (aux attributions réduites). Leurs diplômes sont délivrés par le Gouvernement Français (limitant l'accès des diplômés à l'étranger), ils sont inscrits sur des listes administratives, peuvent se constituer en associations syndicales et l'exercice illégal de ces professions est pénalement sanctionné. Cette loi reconnaît le monopole des docteurs en médecine face aux officiers de santé, organise les rapports de la médecine et de l'État, consacre l'exercice libéral de la médecine qui sera conforté par la *charte de la médecine libérale* de 1927.

Je remercie Albert Anouilh pour son étude qu'il a brillamment présentée à l'Assemblée générale du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées en juin 2021.

Michel Lages,  
Président du Comité régional d'histoire  
de la Sécurité sociale de Midi-Pyrénées

# Biographie d'Albert Anouilh



Albert Anouilh, né en 1948, diplômé de lettres et de philosophie, est ancien élève du Centre national d'études supérieures de Sécurité sociale (CNESS devenu EN3S). Il a été agent de direction dans plusieurs organismes du régime général et du régime agricole de sécurité sociale. Il a participé, en qualité de directeur général adjoint, à la création de la caisse de Mutualité sociale agricole (MSA) Midi-Pyrénées Sud.

Directeur honoraire de la MSA de l'Ariège, il a apporté un témoignage majeur à Mathieu Peter lors de son étude sur l'histoire de cet organisme (*Lettres d'information* n° 16 et n° 17).

Albert Anouilh a soutenu à Sciences Po Paris (avril 2014) un conséquent travail de recherche intitulé : *Sécurité sociale et handicap. Essai sur l'auto-fondation de l'État*.

Personne qualifiée du Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées et membre de son Conseil scientifique, il a présenté au conseil d'administration du Comité de plusieurs communications :

- « *Solidarisme et Sécurité sociale, entre passé et avenir* » présentée le 12 décembre 2018. L'auteur a exposé l'évolution des idées et des réalisations sociales vues sous l'angle du solidarisme des débuts de la III<sup>e</sup> République à la loi du 1<sup>er</sup> décembre 2008, généralisant le revenu de solidarité active (voir la *Lettre d'information* n° 25 d'avril 2019).
- « *Maurice Hauriou, penseur du social* » présentée le 7 décembre 2017 (résumé de la communication <http://www.histoiresecump.fr/content/maurice-hauriou-penseur-du-social>).
- « *Les ambiguïtés du caducée : L'État, la santé publique, les médecins. Aspects socio-historiques (1776-1892)* », communication présentée à l'Assemblée générale du Comité en juin 2021.

Dans le texte ci-après d'Albert Anouilh, les titres des ouvrages en notes de bas de page sont en caractère gras pour en faciliter la lecture. Ce texte est illustré par des couvertures d'ouvrages du XIX<sup>e</sup> siècle cités par l'auteur et le plus souvent issus du site internet gallica.bnf.fr de la Bibliothèque nationale de France.

Les extraits de la *Loi sur l'exercice de la médecine* du 30 novembre 1892 ont été reproduits à partir du Journal Officiel des établissements français de l'Océanie du 1<sup>er</sup> mars 1918 (site : [lexpol.cloud.pf](http://lexpol.cloud.pf)). Michel Lages.

# LES AMBIGUÏTÉS DU CADUCÉE (II)

## L'État, la santé publique, les médecins.

### Aspects socio-historiques (1776-1892)

La société royale de médecine s'était constituée pour lutter contre les épidémies, fléaux antiques devenus pour les Modernes risques stratégiques attentant à la sûreté du royaume.

Comment l'hygiénisme du siècle suivant aborda-t-il des épidémies dont le seul nom faisait trembler les populations et qui comportaient un risque de destruction et d'anarchie sociales ?

## PROLÉGOMÈNES CHOLÉRIQUES

### UNE AVANT-PREMIÈRE : LA FIÈVRE JAUNE DE BARCELONE

Une épidémie de fièvre jaune s'était déclarée à Barcelone en 1821, après qu'un brick en provenance de La Havane eut accosté. Le gouvernement français dépêcha sur les lieux une commission de médecins dirigée par Etienne Pariset (1770-1847), médecin aliéniste en faveur auprès de Louis XVIII, qui devait succéder à Pinel à la direction de La Salpêtrière. La commission séjourna sur les lieux du 8 octobre 1821 au 6 novembre. André Mazet, jeune chirurgien grenoblois, fut contaminé. Sa mort souleva une immense émotion. Les membres de la commission furent considérés comme des héros ayant fait le sacrifice d'eux-mêmes à la cause de l'humanité. Le chef de mission, Pariset, qui avait observé une épidémie de fièvre jaune en Andalousie en 1819, était convaincu que l'épidémie était liée au déplacement des hommes et par conséquent contagieuse.

Trois membres de la commission (Bally, François, Pariset)<sup>1</sup> publièrent un rapport historiographique, topographique, descriptif, médical<sup>2</sup>. L'ouvrage collationnait un nombre impressionnant de cas cliniques, d'observations sociales, statistiques et médicales qui démontraient la nature contagieuse de la fièvre jaune. La commission proposait le chiffre de 18 000 à 20 000 victimes à Barcelone pour 70 000

personnes atteintes, en 100 jours, entre la fin août et la mi-décembre 1821. On comptait jusqu'à 500 cadavres en vingt-quatre heures. Plus de la moitié de la population avait fui la ville. « Voilà pourquoi, en entrant à Barcelone, nous trouvâmes les rues désertes et silencieuses. Ce silence sinistre n'était interrompu, pendant la nuit, que par les pas des médecins qui couraient chez les malades et le retentissement des marteaux qui clouaient les cercueils, ou bien par le son de la cloche qui précédait le saint viatique, par les prières que murmurait le prêtre, et le bruit du tambour qui, d'instant en instant l'annonçait aux fidèles » (p. 26). La topographie et les relations sociales le montrent : « Ce qui ajoutait à la force du mal, ce qui lui donnait des ailes, c'était le mélange, c'était le rapprochement entre les hommes ; plus il était important, plus le mal était prompt et mortel ».

La contagion, difficilement démontrable, se voyait. Les auteurs problématissent une évidence sans preuve, le « contagionisme », enjeu idéologique et politique.

« Mais si une maladie se prend, elle se transporte : qu'en conclure ? Qu'elle a un germe, un principe, un ferment qui est l'agent, qui est l'instrument de sa transmission. Ce principe est invisible, mais il est réel ; et, nous l'avouons de bonne foi, cette réalité est pour nous une vérité démontrée. Quelle est la nature de cet être ? Nous l'ignorons. Où réside-t-il ? Nous espérons

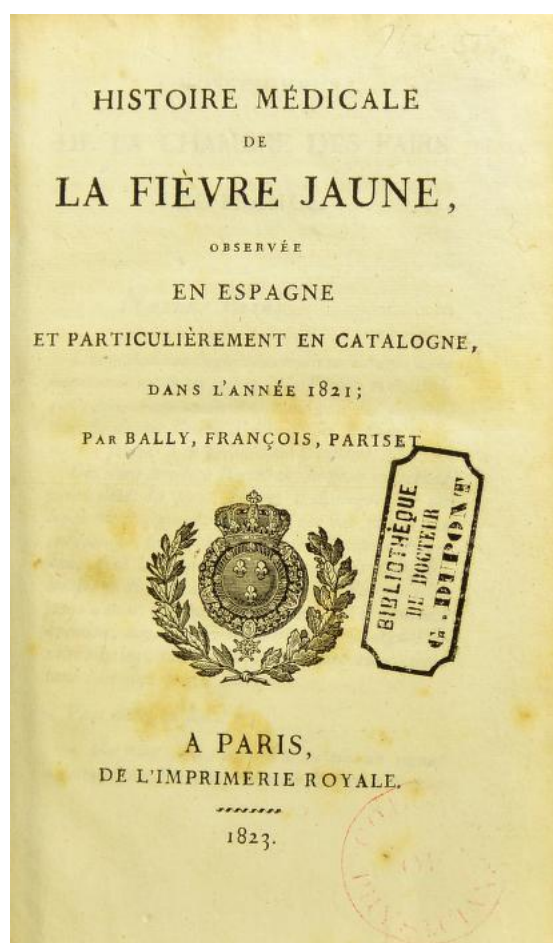
<sup>1</sup> Jean-André Rochoux (1787-1852) lui aussi membre de la commission s'en sépara précipitamment au décès de Mazet et rejoignit le camp des non-contagionistes.

Bally, François et Pariset se virent attribuer une rente de 2000 Fr par Louis XVIII (loi du 4 avril 1822).

<sup>2</sup> François-Victor BALLY, André FRANÇOIS, Etienne PARISSET, *Histoire médicale de la fièvre jaune observée en Espagne et particulièrement en Catalogne, dans l'année 1821*, Paris, L. Colas, 1823. 613 p.

faire voir qu'il réside, 1° dans les hommes, 2° dans les effets usuels, 3° dans les marchandises, 4° dans l'air qui environne tous ces objets à une assez faible distance ».

Selon les contagionistes, la maladie se communique d'un individu infecté à un individu sain par contact immédiat dans les relations sociales, ou médiat par l'intermédiaire d'objets. Or ces objets sont multiples et sont d'intérêt différent, des « hardes » et vêtements, impliqués dans les contacts sociaux, aux marchandises, substance des échanges commerciaux. Le contagionisme inclinait donc à restreindre la libre circulation des hommes et des marchandises, à imposer des mesures défensives privatives de liberté.



Source Internet Archive

<https://archive.org/details/b21353906/page/n8/mode/2up>

À son retour de Barcelone, Pariset concluait à l'importation de la fièvre jaune et approuvait la mise en place d'un cordon sanitaire de 15 000 hommes s'étendant tout au long de la frontière pyrénéenne, ainsi que le dispositif des quarantaines en usage dans les ports méditerranéens, notamment à Marseille et à Toulon. Il recevait l'appui éminent de Keraudren, Inspecteur général de la Marine, de Laënnec, de Fodéré, auteur de l'article *Quarantaines* dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* de Panckouke (1818) où il définissait les lazarets comme une « enceinte spatiale, parfaitement isolée, contenant plusieurs bâtiments destinés à recevoir les hommes et les choses des pays infestés par la contagion ».

Dès le départ de la délégation médicale française la polémique fit rage à Barcelone sur la nature *indigène* ou *exotique* de la maladie<sup>3</sup>. Un clan anti-contagioniste de treize médecins dont J-A Rochoux<sup>4</sup>, membre de la délégation française, par la plume de Puigillem, contestait le 22 décembre 1821, dans un supplément du *Diario*, les conclusions officielles françaises et plus tard (février 1822) par la publication d'une brochure « contre l'importation ». Le même Rochoux, membre officiel de la délégation, qui avait quitté précipitamment Barcelone à la mort de Mazet, publiait contre ses confrères, dès son retour, deux écrits anti-contagionistes : *Recherches sur la fièvre jaune et preuve de sa non-contagion dans les Antilles*<sup>5</sup> et *Dissertation sur le typhus amaril ou maladie de Barcelone improprement appelée fièvre jaune*<sup>6</sup>.

L'offensive anti-contagioniste déclenchait en mars la contre-attaque d'un pack de huit contagionistes, membres de l'Académie de médecine pratique de Barcelone devant laquelle l'affaire fut portée et tranchée par un vote. L'épidémie est-elle exotique ou indigène ? Contagieuse ou non contagieuse ? Les contagionistes l'emportèrent par huit voix contre six, une abstention (ne sait pas) et un vote médian : l'épidémie est l'une et l'autre. À noter que dans chaque camp un médecin déclara l'épidémie « essentiellement contagieuse »<sup>7</sup>.

Le contagionisme qui cherchait dans la circulation l'origine du mal, contestait le principe même du libéralisme : la libre circulation.

<sup>3</sup> D-M HENRY, Archiviste de la Préfecture des Pyrénées-Orientales, *Relation historique des malheurs de la Catalogne*, Paris, Audot et Béchét, 1822. L'ouvrage est dédié à Pariset, Bally et François.

<sup>4</sup> Ainsi notamment que Macléan (Londres) et Lassiss (Paris).

<sup>5</sup> Paris, Bréchet jeune, 1822.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

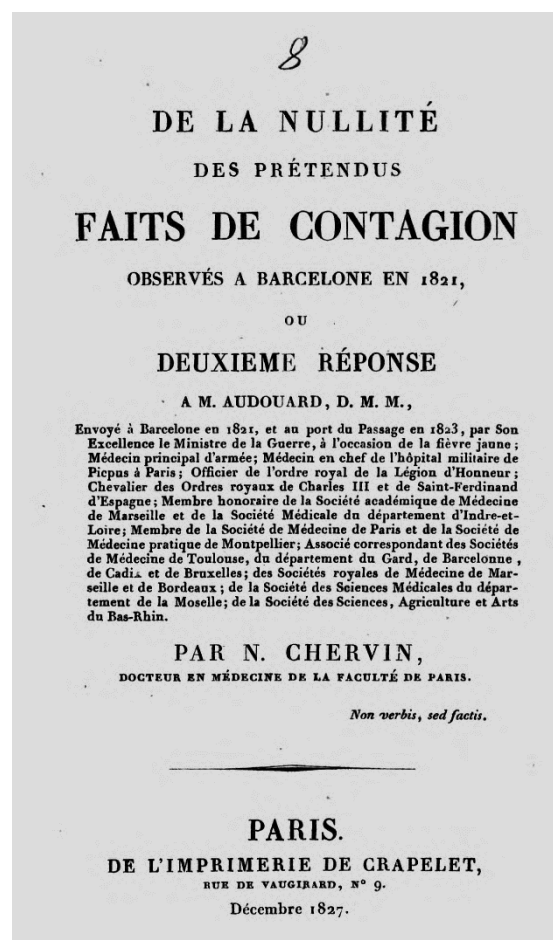
<sup>7</sup> Le contagionisme et l'anti-contagionisme ont leurs extrémistes et leurs modérés. Larrey, auteur de *Considérations sur la fièvre jaune*, favorable à l'isolement, se range parmi les modérés : « Je vais essayer de reconnaître l'existence de cette propriété contagieuse, dont l'existence est contestée par les uns, et c'est le plus grand nombre, et exagérée par beaucoup d'autres, autant pour sa communication ou sa propagation, que pour sa durée et sa stabilité dans les *organisations* (expression du docteur Pariset). »

L'appréciation de l'état sanitaire varie selon l'air du temps politique. L'Espagne de 1820 est libérale. Les Cortes ont imposé à Ferdinand VII une constitution. Le monarque déchu, de sa retraite d'Aranjuez, crie au crime de lèse-majesté, implore la Sainte-Alliance. Il est entendu, par Chateaubriand et quelques ultras. Le cordon sanitaire pyrénéen déployé de Bayonne à Perpignan était prêt à l'emploi contre la « peste libérale ». Le 16 juillet 1822, Chateaubriand écrivait, de son ambassade de Londres : « Dans tous les cas nous serons bientôt obligés d'en finir avec le cordon sanitaire, car, une fois le mois de septembre passé, et la peste ne réapparaissant pas à Barcelone, ce serait encore une véritable dérision que de parler de *cordons sanitaires* ; il faudrait donc avouer tout franchement une *armée* et dire la raison qui nous oblige à maintenir cette armée. La guerre aux Cortes ? »<sup>8</sup> C'était, le 6 avril 1823, chose faite. Le cordon sanitaire, reconverti en corps expéditionnaire, franchissait la Bidassoa. Le contagionisme liait son sort à la pire des réactions.

Le champion des non-contagionistes était le docteur Nicolas Chervin (1783-1843). Il s'était convaincu de la non-contagiosité de la fièvre jaune ; il l'avait observée sur le terrain, dans les Caraïbes, avait recueilli les avis de 600 médecins américains, pratiqué sur lui-même de multiples expérimentations. Chervin fit de l'anti-contagionisme une croisade personnelle à laquelle il consacra sa vie. Il réfutait Pariset dans une étude polémique publiée en 1827 sous le titre : *De la nullité des prétendues faits de contagion observés à Barcelone en 1821*. Bretonneau, contagioniste, faisait en 1829 une communication à l'Académie de Médecine : *Notion sur la contagion de la dothinentérie* (typhoïde) dans laquelle il postulait l'existence d'un germe contagieux, mais spécifique à chaque épidémie. Broussais prétendait réfuter le contagionisme par sa théorie physiologique de l'inflammation gastrique. Kéraudren, Inspecteur général de la marine, essayait les foudres anti-contagionistes d'un officier de santé de Rochefort. Frédéric Bastiat, tête pensante de l'économie libérale, se déclarait contre le contagionisme.

Quoique minoritaires, les contagionistes avaient obtenu la mise en œuvre d'un arsenal légal et réglementaire (lois des 3 et 9 mars, ordonnances des 14 et 16 août 1822). Ces textes restauraient les patentes de santé, les passeports sanitaires, organisaient la défense du littoral contre les « fièvres pestilentielles » au moyen de

lazarets et de lieux de quarantaines construits sur le modèle marseillais, et la défense des frontières terrestres par le déploiement des cordons sanitaires.



Source : Google books

À l'échelon national un conseil supérieur de santé était institué, décliné en « intendances » locales. L'épidémie de choléra de 1832 devait relancer la polémique.

### L'ACTION PUBLIQUE HYGIÉNISTE FACE AU CHOLÉRA-MORBUS (1832)

En 1817, pour la première fois dans l'histoire le choléra avait quitté son habitat endémique immémorial du Bengale, et, au cours d'une première pandémie, s'était arrêté dans le Caucase, bloqué par le relief et le rude hiver caucasien de 1823-1824<sup>9</sup>. Il est établi aujourd'hui que les militaires anglais ont joué un rôle d'agents de transmission, contribuant à l'épidémisation de l'Inde et de la Perse, et à l'exportation du vibron, au gré des campagnes militaires et des lignes commerciales terrestres et maritimes. Dès lors,

<sup>8</sup> CHATEAUBRIAND, Lettre du 16 juillet 1822 adressée de Londres à Mathieu de Montmorency, ministre des Affaires étrangères, in *Mémoires d'outre-tombe*, 3e partie, livre 9.

<sup>9</sup> Voir sur ce point l'ouvrage de P. BOURDELAIS et J-Y RAULOT : *Une peur bleue ; histoire du choléra en France (1832-1834)*, Payot, Paris, 1987.

l'exode du fléau et sa course devenaient irréversibles sinon irrésistibles.

Une seconde pandémie partie du Bengale en 1826, diffusée et surmultipliée par les guerres russo-persanes, russo-turques et russo-polonaises, franchit les portes de l'Europe. Dans les capitales, dans les chancelleries, on suivait anxieusement la marche inexorable du choléra, devenu objet d'intérêt supranational et de coopération européenne médicale et scientifique, diplomatique, géostratégique, et catalyseur interne de conflits nationaux. Marche inexorable : Kiev le 26 décembre 1830, Varsovie le 14 avril 1831, Londres le 27 janvier 1832.

### **1. 1831 : Préparatifs, mobilisation générale, mesures sanitaires lourdes.**

À Paris la prévention s'organise<sup>10</sup>.

Le gouvernement dispose de deux organes consultatifs :

1°) l'Académie royale de médecine, héritière de la Société royale de médecine (SRM), fondée en 1820 par Louis XVIII pour constituer un patrimoine de science médicale et conseiller le gouvernement en matière de santé publique, d'épidémies et d'épizooties. Dès le 25 janvier, l'Académie de médecine avait nommé une commission spécialisée dans l'étude du choléra, présidée par Kéraudren, Chomel, Desportes et Boissieu. Les contagionistes y sont minoritaires. 2°) le conseil supérieur de santé du royaume, institué par ordonnance du 1er avril 1822, après l'épisode épidémique de Barcelone, dans le cadre d'une vaste législation de police sanitaire. Il compte 22 membres dont Degérando, conseiller d'État, le chimiste Gay-Lussac, les médecins Pariset, Kéraudren, contagionistes notoires, Marc, Dubois, Bally, Moreau de Jonnés théoricien du contagionisme.

Le gouvernement s'employa à renforcer les mesures sanitaires existantes : une ordonnance du 16 août 1831 créait des intendances sanitaires dans 22 chefs-lieux de départements du nord, de l'est et du sud-est, en première ligne de l'invasion cholérique par terre ou par mer. Ce renforcement des barrières répondait aux préconisations du conseil supérieur de santé, acquis aux idées contagionistes.

Le comte d'Argout, ministre du commerce et des travaux publics de qui dépendait la santé publique, institue dans les chefs-lieux de départements des commissions centrales de salubrité et de santé publiques déclinées par des commissions d'arrondissement. Des conseils de

salubrité sont créés à l'initiative des maires et des sociétés médicales. À Paris, un arrêté conjoint du Préfet de la Seine et du Préfet de police (20 août 1831) institue dans la capitale une *commission centrale de salubrité* de 43 membres, 48 commissions de quartiers et 12 commissions d'arrondissements intermédiaires chargées de recueillir les informations des commissions de quartiers, et d'assurer leur liaison avec la commission centrale. Les cordons sanitaires se déploient aux frontières des pays infectés, Allemagne et Angleterre. Une ordonnance du 26 août rétablit l'arsenal sanitaire lourd (entrepôts-lazarets) dans les bureaux douaniers de l'Est. Les transactions commerciales avec l'Allemagne sont soumises à la discipline quarantenaire. Le courrier postal en provenance de Belgique est soumis à de fastidieuses procédures de désinfection.

### **2. Un champion du contagionisme : Alexandre Moreau de Jonnés (1778-1870)**

Le rétablissement de mesures sanitaires lourdes n'était que la mise en œuvre de la législation de 1822 ; il s'inscrivait dans la mémoire sanitaire du pays et les habits des pouvoirs publics face aux épidémies, qui nous l'avons vu, pouvaient se réclamer d'un expert, membre influent du conseil supérieur de santé : Alexandre Moreau de Jonnés. « Chargé depuis 13 ans, comme il l'écrit lui-même, en qualité de rapporteur de la commission sanitaire centrale et du conseil supérieur de santé, de recueillir les faits qui peuvent faire connaître la nature du choléra pestilentiel, sa marche, ses progrès et les moyens de les arrêter », Moreau de Jonnés avait fourni huit rapports au conseil supérieur de santé et lu dix mémoires à l'Académie des sciences dont il était correspondant depuis 1816, avant d'en devenir membre en 1849. À la demande du conseil supérieur de santé, il rédige une synthèse de ses travaux sous le titre de *Rapport sur le choléra-morbus pestilentiel*<sup>11</sup>.

L'auteur mérite au moins quelques indications biographiques sommaires. Comme son contemporain Louis Garneray, peintre de marine et inventeur du genre d'aventure maritime, il possède une âme d'aventurier et de corsaire. Mêlé très jeune à la guerre révolutionnaire de Bretagne, il participe au siège de Toulon en même temps qu'un certain capitaine Bonaparte. Tenté par le large, il embarque, devient officier d'état-major de marine, traverse plus de dix fois l'Atlantique, connaît naufrages et abordages. Comme Garneray, il est capturé par les Anglais et passe

<sup>10</sup> Voir sur ce point P. Bourdelais et J-Y Raulot, *op. cit.* et DR DELAUNAY : *Le corps médical et le choléra-morbus en 1832*, extrait de Médecine internationale illustrée, oct. 1931-oct. 1933.

<sup>11</sup> Titre complet : Alexandre MOREAU DE JONNÈS, *Rapport au conseil supérieur de santé sur le choléra-morbus pestilentiel*, Paris, imprimerie De Cosson, 1831.

quelques années enfermé dans les pontons de Londres où il acquiert la pratique de l'anglais. Il est ébloui par les Antilles qui deviendront son terrain d'étude de prédilection. Il en observera tous les aspects géographiques, naturels, humains, économiques, militaires et médicaux. Il partage avec toute sa génération le goût des navigations savantes et de l'observation de l'homme, servi par de remarquables dons de topographe et de statisticien, discipline émergente qu'il contribue à instituer et qui assurera sa carrière de haut fonctionnaire comme directeur de la statistique de France. Il reste fidèle à sa vocation de savant naturaliste, disposant d'un réseau d'une vingtaine d'académies et de sociétés savantes françaises, européennes et américaines, et de correspondants divers, voyageurs, militaires, médecins de toutes nationalités.

Moreau de Jonnés avait observé la fièvre jaune aux Antilles et suivi le développement de la première pandémie de choléra (1817-1823). Il avait retiré de son immense documentation et de ses échanges que la marche du choléra était due aux migrations humaines, à commencer par les mouvements de troupe :

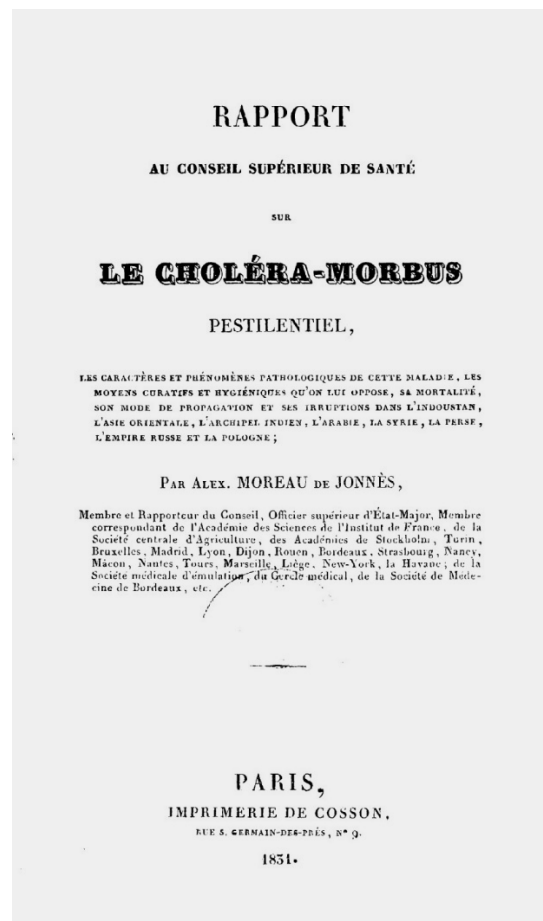
« Le choléra est importé et transmis d'un pays ou d'un lieu à un autre :

- 1°) par les communications maritimes ;
- 2°) par les caravanes ;
- 3°) par les corps d'armée ;
- 4°) par les troupes de pèlerins ou de fuyards ;
- 5°) par les individus isolés »<sup>12</sup>.

L'auteur donne de la pathologie un tableau classique et complet que tous les médecins observeront à Paris en 1832 et relateront dans leurs rapports : vomissements et déjections alvines, crampes, respiration laborieuse, apâlisement et refroidissement du corps, ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la pression artérielle, sueurs froides, teint plombé et cyanosé, soif continuelle, prostration, douleurs violentes au niveau de l'épigastre.

Il récuse les explications usuelles, notamment la notion d'épidémie. Dans le langage médical de l'époque, l'épidémie revêt un sens spécial : elle exclut la contagion et suppose une constitution spécifique de l'atmosphère, des eaux, des aliments, voire du sol, qui détermine la maladie mortelle d'un grand nombre, dans la même période de temps, en un même lieu. À côté du facteur général, inconnaissable, elle suppose des prédispositions individuelles au mal. L'épidémie explique la migration de la maladie collective par rapport à l'endémie qui désigne un même mal collectif, récurrent en un même lieu. L'épidémie frappe au hasard et ses victimes réagissent selon des prédispositions personnelles observables par la médecine.

<sup>12</sup> A. Moreau de Jonnés, *op. cit.* p. 128.



Source gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France

Moreau de Jonnés postule dans la contagion un agent pathogène, « des principes morbifiques, des germes vénéreux dont les conditions d'existence varient singulièrement de l'une à l'autre et constituent leur caractère spécifique ». Il en déduit que « ce qui caractérise les contagions, c'est la reproduction de leur germe par une force assimilatrice semblable à celle du levain ; c'est leur transmission aux hommes et aux choses par le contact ou même à distance ; c'est enfin leur propagation qui s'opère, non pas comme dans les épidémies, par des attaques simultanées, éparse et sans ordre, mais bien par une marche progressive, régulière, proportionnée aux distances et dirigées d'après des lignes itinéraires constamment identiques avec les communications commerciales et maritimes les plus fréquentes » (p. 91). Le choléra est lié aux relations et à l'activité des hommes, à leurs contacts médiats ou immédiats. Il ne relève pas de l'épidémie comme la malaria, mais de la contagion comme la peste, d'où la qualification de « choléra pestilentiel », syntagme qui sera reproché à son auteur comme connotant un alarmisme criminel.

Il n'existe, contre le choléra, aucun moyen curatif ou hygiénique rationnel. Les remèdes proposés sont « inefficaces ou extrêmement

incertains ; les moyens prophylactiques ne donnent que des chances rares ou douteuses ; mais les mesures sanitaires, pour arrêter ou prévenir l'irruption, pour la fuir ou s'en préserver par la séquestration, obtiennent au contraire les plus heureux succès » (p. 68). Au dispositif sanitaire lourd, il convient d'ajouter des gestes individuels d'hygiène, en particulier un lavage fréquent des mains au moyen de liquides oléagineux ou de corps gras.

Mais Moreau de Jonnés n'est pas médecin, sa théorie du germe n'est pas jugée probante non plus que sa négation du caractère épidémique du choléra ; ses conclusions paraissent ruineuses pour la médecine et la santé publique, calamiteuses pour l'esprit public, et, disqualifiant tous les moyens prophylactiques et curatifs, laissent l'Administration démunie face au mal.

### 3. Les missions médicales françaises à l'étranger.

L'intendant sanitaire de Marseille qui détenait un grand nombre de bâtiments en quarantaine et s'inquiétait de la situation et de la propagation des germes, avait questionné l'Académie le 8 mars 1831. Kéraudren, président de la commission compétente en matière de choléra, pose la question préjudicielle : l'avis de la commission reposera-t-il sur des bases contagionistes ou non-contagionistes ? Ce dilemme devait obérer les réflexions des académiciens, les condamnant au blocage, à l'indécision épistémologique, au verbiage.

Le gouvernement veut une évaluation médicale du risque cholérique et un *modus operandi* face à l'épidémie qui ne cesse de se rapprocher. Le ministre de l'intérieur, Montalivet, saisit l'Académie de médecine et sollicite un rapport nosologique sur le choléra, suivi d'une partie pratique, d'ordre prophylactique et curatif. La commission *ad hoc* est aussitôt renforcée de plusieurs membres dont Desgenettes, Dupuytren, Itard. Double, secrétaire, assume la rédaction.

Se prononçant sur la nosologie (rapport d'août 1831), l'Académie, sous la plume de Double, donnait une définition pour le moins sibylline du choléra : « *Une affection complexe, variée, bizarre, caractérisée par la diminution de l'innervation générale liée à un état catharral particulier* ».

Elle reconnaissait au choléra un caractère épidémique et non contagieux, mais n'en jugeait pas moins utiles les mesures de police sanitaire. Quant aux mesures prophylactiques et curatives (rapport de septembre 1831), elle professait un agnosticisme sans mélange : « *Pas de règles, pas de méthode générale, tout est livré pour ainsi dire au caprice et au hasard* ».

Passant en revue les traitements, saignées, antispasmodiques, toniques, amers, bains de vapeur, sinapismes, frictions, opium, laudanum, bismuth, calomel... l'Académie les déclarait « *employés avec des succès et des revers égaux* ». Pour le reste, elle répétait les poncifs hygiénistes, signalait les dangers des « agglomérations » de troupes et de population, des privations, des lieux insalubres et non aérés, etc.

La réponse ne pouvait satisfaire un gouvernement en quête de données fiables et de stratégie de santé publique face à un fléau inédit.

Pour parfaire son approche du phénomène et éclairer son action, il organisa des missions médicales dans les pays où régnait le choléra espérant puiser dans les exemples étrangers des principes de conduite. Il y eut une émulation interministérielle dans la mise en place de ces expéditions médicales.

Le ministre du commerce demande à l'Académie de médecine de désigner une commission médicale à destination de la Pologne ; une délégation dirigée par Londe et comprenant Allibert, Boudard, Dalmas, Dubled et Sandras est constituée le 19 mai. Elle quitte Paris le 12 juin 1831, arrive à Varsovie le 30 juin, traverse la Prusse, observe le choléra à Berlin. Le rapport est clos le 15 décembre, date de sa signature, et remis au ministre le 30 décembre.

Une autre commission est envoyée en Russie : le docteur Augustin Gérardin, membre de l'Académie de médecine, est désigné le 15 mai 1831 ; il s'adjoint le naturaliste Gaimard et Hippolyte Cloquet, médecin, qui sera contraint par la maladie d'abandonner l'expédition. La délégation passe par Weimar où elle salue Goethe, Berlin et Lübeck où elle se heurte aux mesures quaranténaires. Elle parvient en Russie au prix d'un détour par le Danemark, la Suède, la Norvège et l'*Esthonie* (sic). Elle arrive le 10 août à Saint-Pétersbourg ; Cloquet, malade, n'ira pas plus loin. Gérardin et Gaimard, observent les ravages du choléra dans la flotte russe de Cronstadt, partent de Saint-Pétersbourg le 2 novembre, arrivent le 21 à Berlin et en décembre à Vienne. Au cours de leur périple, ils adressent régulièrement des lettres au ministre. Ils rendent compte de leur mission le 3 avril 1832, en pleine période cholérique.

À son tour le ministre de l'intérieur demande à l'Académie des sciences de désigner une équipe médicale pour la Pologne : sont volontaires Brierre de Boismont et Le Gallois qui partiront finalement sous l'égide du comité polonais. Le gouvernement polonais lance un appel aux médecins français : dans l'élan des Trois Glorieuses, Brierre, Scipion, Pinel, Foy, Delpech, Malgaigne, Sédillot volent au secours de l'héroïque Pologne écrasée par le despotisme oriental des Tsars.



Un médecin grec, Sophianopoulo, était *persona gratissima* auprès du ministre des affaires étrangères : le ministre l'envoie en Europe centrale et dans les Balkans. Parti de Paris le 8 août 1831, il est de retour le 9 mars 1832.

Le choléra sévissait en Angleterre. Magendie sollicite et obtient de l'Académie des sciences toutes les accréditations nécessaires, et, étant passé par Londres, observe l'épidémie dans son site originel de Sunderland.

Le conseil supérieur de l'armée ne fait pas montre d'une moindre curiosité. Il délègue en Pologne Chamberet, Trachez, Jacques et Guyon qui croisera Sophianopoulo. Quant au ministère de la marine, il se reposait sur sa longue expérience des épidémies. Le baron Larrey, vétéran des champs de bataille napoléoniens, entend, sans quitter la France, apporter sa contribution par un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg où il relate son expérience médicale et personnelle du choléra qualifié d'épidémique<sup>13</sup>.

Le ministère des affaires étrangères, à titre de réciprocité, favorisera l'arrivée de médecins étrangers, belges, espagnols, italiens... regroupés en société des médecins étrangers pour le choléra. Ainsi s'esquisse une coopération médicale internationale contre un fléau européen.

#### 4. Enjeux politiques du contagionisme et de l'épidémisme.

La Révolution de 1830 apparaissait comme la victoire du libéralisme. Le contagionisme était perçu comme une machine de guerre contre la liberté, le libre-échange et la libre circulation, une mesure de police à prétexte médical. Contre les contagionistes, les non-contagionistes allèguent l'infection, conséquence des conditions de vie : elle consiste en une émanation de miasmes produite par un air vicié et corrompu, habituel dans des lieux sales dont les habitants sont en surnombre et physiologiquement délabrés. Les épidémies se caractérisent par l'ampleur de la population attaquée et leur déplacement spatial (leur « marche ») au gré des conditions météorologiques et de la direction des vents. Les endémies, statiques, sont propres à certains lieux dits « foyers d'infection », et se définissent par leur récurrence aussi longtemps que ces lieux n'ont pas été assainis. Mais les miasmes se transportent par l'air et les vents. L'étiologie contagioniste accuse la circulation des personnes et des choses. L'étiologie non-contagioniste accuse la concentration excessive de population et des conditions de vie dégradées. Deux champs qui ne se superposent pas et impliquent des enjeux différents. Les

deux théories s'affrontent sans concession et se renvoient la charge de la preuve.

Ni l'un ni l'autre camp n'est en mesure de démontrer l'existence : 1°) d'un « germe morbifique » agent de contagion, ou, 2°) d'un « miasme », ou « contagé », exhalé par des corps putrides, des déchets organiques, des matières alvines, des odeurs méphitiques, en suspension dans l'air, respirable et mortel. Parce qu'ils supposent un miasme piégé dans l'atmosphère, les non-contagionistes sont également appelés « aéristes ».

Le contagionisme est réputé obscurantiste : il rappelle trop l'époque de Fracastor, son premier théoricien, contemporain de Machiavel et de l'Inquisition, et l'ancienne médecine. Il suscite des comportements primitifs : villes désertées, populations qui fuient, se claquemurent, cherchent des boucs émissaires. Tout cela relève de l'ignorance, de l'arriération et de peurs ataviques. Le contagionisme n'est pas davantage appuyé par l'élite médicale. L'opinion contagioniste des médecins de campagne et des médecins militaires est réputée dictée par leurs préjugés réactionnaires. Enfin le mot de contagion possède une étonnante force performative. Il suffit de le prononcer pour provoquer la panique ; il doit être tabou. La dimension psychologique de la maladie est déterminante pour le sort du malade.

Un autre enjeu, fondamental, concerne l'essence de l'hygiénisme : les épidémies caractérisent les foyers d'infection qui constituent l'un des champs de prédilection de l'hygiénisme. Ils sont l'objet d'étude, la raison d'être des hygiénistes dont tous les efforts visent à l'amélioration des conditions de vie par l'assainissement des logements, la lutte contre l'habitat « insalubre », la création de réseaux d'égouts, le traitement des déchets, le nettoyage des rues, l'assèchement des marais, l'agencement de la cité et l'aménagement du territoire, clefs des modificateurs de santé.

#### 5 Une polémique russe en France : Jaehnichen contre Moreau de Jonnés.

Dans sa livraison du 1er trimestre 1831, la *Revue des deux Mondes* publiait une lettre de Russie, sans nom d'auteur, datée du 27 janvier 1830, intitulée : « Lettre de Saint-Pétersbourg sur le choléra-morbus ».

Dès les premières lignes on comprend que l'auteur, très informé sur la situation du choléra en Russie et en Asie, reprenant le terme de choléra pestilentiel, professe une opinion contagioniste. Ayant évoqué l'atonie constitutionnelle du paysan russe, la misère et l'abus d'alcool, qui le rendent plus vulnérable au fléau que les autres

<sup>13</sup> Baron D.-J. LARREY, *Copie d'un mémoire sur le choléra-morbus envoyé à Saint-Pétersbourg en janvier 1831 pour le concours relatif à cette maladie épidémique*, Paris, imprimerie de Demonville, 2 mai 1831.

populations européennes, il en vient aux diverses phases de la maladie que l'on croit éteinte lorsqu'elle n'est qu'assoupie. L'auteur s'étonne que le choléra, naguère traité comme contagieux et pestilentiel, semble aujourd'hui considéré en Russie comme ayant perdu ses attributs redoutables. « De ce que le nombre des malades a progressivement diminué le mois dernier [novembre 1830], on a tiré l'étrange conclusion que le mal était expiré jusque dans sa racine ». « Le choléra-morbus, dit un des derniers bulletins de Moscou, étant presque entièrement éteint, on a jugé convenable de lever les quarantaines extérieures, et désormais les précautions sanitaires sont concentrées dans la ville ».

Quelles sont les bases médicales d'un tel diagnostic ? Mais s'agit-il encore de médecine ou plutôt d'intérêts commerciaux dissimulés ? « Les médecins les plus sages [...] ne trouvent que des explications politiques à donner au gouvernement impérial ». L'article s'achevait par un appel à un rempart sanitaire intra-européen si le fléau approchait de l'Allemagne, rempart qui laisserait à la France « le temps de fonder sur des bases solides et régulières les garanties de la santé publique ».

Une riposte anticontagioniste arriva de Moscou en 1831, sous le titre : *Quelques réflexions sur le choléra-morbus*, par le Dr Jaehnichen, Moscou, 1831. L'auteur s'y prévalait d'une expérience clinique de 8 000 patients. Très vite il s'en prenait nommément à Moreau de Jonnés : « J'ai sous les yeux le rapport de M. Moreau de Jonnés au conseil supérieur de santé sur le choléra de 1824, et je confesse franchement qu'en le lisant quelques jours avant l'invasion de cette fatale maladie à Moscou, j'en fus singulièrement effrayé : il me semble un arrêt de mort pour le lecteur » (p. 19).

L'auteur procède par affirmations : des milliers de faits « prouvent d'une manière incontestable la non-réalité de la contagion immédiate ». Des recherches faites à Moscou « avec la plus grande exactitude » établissent « de manière irrécusable » que la maladie n'y a pas été importée mais qu'elle s'y est développée « spontanément ». Autre preuve : « les rangs des contagionistes sont aujourd'hui presque déserts », la théorie de la contagion ne résistant pas aux données de l'expérience.

Ensuite l'auteur dévide le credo hygiéniste-infectionniste. L'épidémie procède de causes sociales, sévit dans les classes inférieures, cesse en cas d'assainissement des lieux. Sociale, l'épidémie doit être combattue par des moyens sociaux : action sur les causes morales, secours aux indigents, assainissement des quartiers populeux, purification de l'air des hôpitaux, isolement des malades, secours à domicile, toutes ces mesures devant concourir à l'abolition des quarantaines et des mesures sanitaires lourdes, lesquelles ont fait partout faillite.

Quant à l'étiologie proposée, qui répète la vulgate aériste, elle postule l'existence d'un miasme se transmettant de l'atmosphère au malade par inhalation, et provoquant un foyer d'émanations pulmonaires qui transforme le patient en agent infectieux par exhalaison. Mais le miasme n'est pas nécessairement pathogène : il peut être entraîné dans « le torrent de la circulation sanguine » et excrété ; « naturalisé » par le sujet et indolore ; il n'est toxique qu'ingéré par le patient « prédisposé » dans lequel il opère une « décomposition du sang » curable par injections salines<sup>14</sup>. C'est l'originalité de Jaehnichen de faire consister la « cause prochaine » du choléra - la cause seconde, inhérente au malade - « dans une décomposition directe et particulière du sang » (p. 64).

Jaehnichen admet pourtant la contagion lorsqu'il y a *absorption cutanée* d'un virus ou d'un miasme par contact direct ou indirect. Les *inspirata* et les *ingesta*, non cutanés, ne participent pas du processus contagieux ainsi compris, mais d'une *pénétration* infectieuse. L'absorption cutanée parfaite, indiscutable, consiste dans l'inoculation. Elle constitue l'expérience probante par excellence qui fonde irréfragablement l'intime conviction de ceux qui l'ont pratiquée. Ils sont nombreux, et parfois illustres. Jaehnichen, Chervin qui réclame l'organisation de séances publiques et officielles d'inoculation et d'infection volontaire, Scipion, Pinel, Foy, Delpech, y alimentent leur conviction<sup>15</sup>. Pour ces praticiens, la positivité de l'expérience personnelle l'emporte sur la déduction logique de l'observation.

Mais, en l'espèce, s'agit-il d'expérience scientifique ou d'ordalie ? L'expérience se tient-elle encore dans les limites de la raison ?

<sup>14</sup> Jaehnichen a proposé cette médication à l'Académie de médecine qui a formulé les plus expresses réserves.

<sup>15</sup> Tel est aussi l'argument de BRIERRE-DE-BOISMONT in *Relation historique et médicale du choléra-morbus de Pologne*, Paris, Germer-Baillière, 1832, pp. 129-130. : « J'ai touché des centaines de cholériques, j'ai respiré leur haleine, je me suis coupé dans les dissections ; M. Le Gallois a ouvert un assez grand nombre de cadavres, s'est piqué plusieurs fois et a examiné beaucoup de cholériques ; les docteurs Jannichen de Dresde, Foy, Pinel et Vérat de Paris, se sont courageusement inoculé le sang d'un individu infecté, ils ont goûté des matières vomies, et cependant personne n'a été incommodé. »

## 6. Le fait cholérique, révélateur de la question sociale.

Le choléra éclata à Paris le 26 mars 1832<sup>16</sup>, en pleine mi-carême. L'épidémie avait franchi implacablement frontières, barrières et cordons. Le rapport officiel<sup>17</sup> de la commission centrale de sécurité distingue deux périodes d'invasion. Durant la première période (de mars au 15 juin 1832) la commission dénombrait 13 901 sépultures dûment enregistrées dans les cimetières parisiens, imputables au seul choléra. On dénombrait 90 morts au cours de la dernière semaine de mars<sup>18</sup>. Aussitôt la commission publia dans *le Moniteur universel* du 30 mars une « *Instruction populaire sur les principaux moyens à employer pour se garantir du choléra-morbus* ». On y préconisait notamment les bains chauds et les flanelles.

Le pic de mortalité fut atteint en avril, de manière soudaine, brutale, massive et inexplicable : 12 733 morts. Les autorités durent faire face à un problème imprévu : la pénurie de moyens de transport des corps. Le rythme de production de corbillards devait être accéléré. Les ouvriers refusèrent d'augmenter leur temps de travail, malgré les hausses de salaire (« *la haute-paye* »), par crainte de s'affaiblir.

« L'idée vint d'avoir recours aux fourgons d'artillerie... On les essaya en effet pendant une nuit ; mais le bruit des ferrailles, particulier à ces sortes de voiture, ce bruit si bien connu et que leur nombre augmentait encore, interrompait douloureusement le sommeil des habitants, et d'ailleurs un accident grave qu'on n'avait pas prévu, se manifesta presque aussitôt. Ces voitures ne sont pas suspendues ; les fortes secousses imprimées dans la marche aux cerceaux qu'elles portaient en déclouaient les planches, en chassaient les corps, et, brisant le tissu sans ressort des viscères, en laissaient échapper un liquide infect qui se répandait dans l'intérieur des voitures et de là sur le pavé. Dès le lendemain il fallut abandonner ce moyen » (p. 15).

On mit en service des voitures de tapissiers, vastes véhicules adaptés au transport des meubles. « Mais la vue de ces nouveaux chars funèbres, qui s'avançaient lentement au milieu des rues, retardés dans leur marche par le poids du triste dépôt dont ils étaient chargés, portait dans l'âme des citoyens et des femmes surtout, une telle impression de douleur et d'effroi que l'on fut bientôt obligé de renoncer à s'en servir » (p. 16).

On manquait de main-d'œuvre dans les cimetières dont on redoutait l'infection. Les autorités surent jouer sur la hausse des salaires et le chômage, et rassurèrent les ouvriers des cimetières en y installant des postes sanitaires.

Les services d'état civil étaient dépassés. Le procureur du Roi prit toutes dispositions pour ouvrir les bureaux jour et nuit, et multiplier les lieux d'enregistrement. Ce flottement dans les services d'état civil avait favorisé les rumeurs et les supputations les plus fantaisistes sur le nombre de décès dus au choléra : 30 000, 50 000. Le rapport de la commission, rédigé par Benoiston de Châteauneuf et coproduit par Villermé, Parent-Duchâtelet et le chimiste Chevallier, avait notamment pour mission d'en établir le décompte officiel et de mettre fin aux rumeurs.

## 7. Le lumpenprolétariat, une révélation cholérique.

Les relevés de la commission confirmaient les constatations de Villermé sur l'inégalité des conditions face à la maladie et ses pronostics sanitaires de 1824 en conclusion de ses enquêtes : certains quartiers deviendraient des théâtres épidémiques, comme le quartier Saint-Antoine, la rue Sainte-Marguerite, la bien nommée rue de la Mortellerie<sup>19</sup>, notamment les immeubles sis aux numéros 62, 38, 20, 114. On voyait dans le choléra « une peste de la populace ». Jules Janin corrigeait : « la peste d'une populace qui se meurt seule ». La maladie fait rage dans « les maisons garnies », estuaires de la misère. 3 171 habitats de ce type abritent 32 430 personnes

<sup>16</sup> Voir notamment : Gabriel VAUTHIER, Le choléra à Paris en 1832, *Revue d'histoire du XIXe siècle-1848*, n° 127, 1928, pp. 234-241.

<sup>17</sup> *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et les communes rurales du département de la Seine, par la commission nommée avec approbation de Monsieur le ministre du commerce et des travaux publics par MM les préfets de la Seine et de police*, année 1832, Paris, imprimerie royale, 1834, signé par BENOISTON DE CHÂTEAUNEUF, CHEVALLIER, PARENT-DUCHÂTELET, VILLERMÉ.

<sup>18</sup> Nombre de morts par périodes distinguées par la commission :

1 <sup>re</sup> période dite « invasion »		2 <sup>e</sup> période dite « recrudescence »	
Mars (une semaine)	90	À compter 15 juin	602
Avril	12 733	Juillet	2 573
Mai	812	Août	969
Au 15 juin	266	Septembre	357
Total	13 901	Total	4 501

Le nombre de morts s'élève à 18 402 au total.

<sup>19</sup> *Journal des débats*, 27 novembre 1825.

pendant la phase aiguë du choléra contre 40 000 auparavant (près de 7 500 personnes ont fui, exportant la maladie hors de Paris). On dénombre 2 342 personnes atteintes (soit 1/14e) dont 1 033 succombent (soit 32/1000). Au total, pour la période du 26 mars au 30 septembre 1832, la commission dénombre 32 000 décès enregistrés à Paris, dont 18 402 sont imputables au choléra (plus de 57 %).

À la veille de l'épidémie les propositions d'assainissement s'étaient multipliées. Irréalisables. L'hygiène commande la multiplication des bornes-fontaines, l'enlèvement des boues, le pavage et le nettoyage des rues. « Sans la propreté, sans la salubrité publique, il n'y a point aussi de santé publique » (p. 203). La santé publique suppose le concours de la population. Or, une partie de la population défie la santé publique : « Cette partie trop nombreuse de la capitale, en tous temps disposée à braver toutes les défenses, à repousser toutes les exhortations ; population qui se plaît à ne reconnaître aucune gêne, aucun frein, aucune loi, et s'applaudit sous les haillons de son opprobre et de ses vices comme on s'honore ailleurs de sentiments meilleurs et d'une conduite plus durable » (p. 204).

Telle est la population des chiffonniers. Lorsque l'enlèvement des déchets est confié à un nouveau concessionnaire (Jacob), l'opération les prive de leur matière première. Ils déclenchent une émeute le 1<sup>er</sup> avril. Pillés, renversés, cassés par les chiffonniers, pendant plusieurs jours les tombereaux de la voirie doivent être escortés par la troupe.

Telle est la population de la plus basse catégorie des garnis observée par Villermé, « un ramas de gens sans aveu, de vagabonds, de femmes

publiques, de voleurs vivant dans une continuelle débauche, et n'ayant d'ordinaire d'autres moyens d'existence que le produit incertain de leurs infamies », prédestiné au choléra, exécuté d'une justice immanente : « Le choléra, en choisissant partout les victimes parmi ceux que leur immoralité autant que leur misère, porte à commettre de fréquents attentats contre la société, a dû épurer celle-là »<sup>20</sup>. Vision moraliste et bourgeoise d'un « *lumpenprolétariat* »<sup>21</sup> auquel, au contraire, Hugo a conféré un rôle d'acteur historique soulevé contre sa condition et magnifié dans sa révolte. Ce sont eux qui ont transformé les obsèques du général Lamarque, drapeau du libéralisme, en insurrection. Ces *gueux*, cette *canaille*, cette *ochlocratie*, cette *populace*, sont les héros mobilisés par Hugo pour construire la barricade métaphorique<sup>22</sup> de la rue de la Chanvrière lors de l'insurrection de juin 1832, et, en février 1848, les deux barricades homériques : la *Charybde* du Faubourg Saint Antoine et la *Scylla* du Faubourg du Temple<sup>23</sup>.

Le choléra est un principe de division sociale, un catalyseur de fractures, propice au soupçon et au complot. Le bruit courut qu'on voulait empoisonner le peuple. Fable récurrente en temps d'épidémie. On agressa des ecclésiastiques, des médecins. Des attroupements se formaient autour de passants dont il suffisait qu'un geste parût suspect. Des lynchages furent commis<sup>24</sup>. Magendie témoigne : « Je n'oublierai jamais l'impression que j'éprouvai quand, faisant tous mes efforts pour soulager et sauver s'il était possible, les malheureux qui me furent alors confiés, je lus sur leurs visages inquiets, leurs airs taciturnes et leurs propos sourds, qu'ils me soupçonnaient de les empoisonner »<sup>25</sup>.

<sup>20</sup> VILLERMÉ, *Note sur les ravages du choléra-morbus dans les maisons garnies de Paris, depuis le 29 mars jusqu'au 1<sup>er</sup> août 1832*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, XI, 1834, p. 404.

<sup>21</sup> Marx partage avec le bourgeois Villermé la même vision du lumpenprolétariat qu'il décrit, dans la *société du dix décembre*, voué au service des œuvres crapuleuses de Louis Bonaparte et de son régime :

« À côté de « roués » ruinés aux moyens d'existence douteux et d'origine également douteuse, d'aventuriers et de déchets corrompus de la bourgeoisie, on y trouvait des vagabonds, des soldats licenciés, des forçats sortis du bagne, des galériens en rupture de ban, des filous, des charlatans, des *lazzaroni*, des pickpockets, des escamoteurs, des joueurs, des souteneurs, des tenanciers de maisons publiques, des portefaix, des écrivassiers, des joueurs d'orgue, des chiffonniers, des rémouleurs, des rétameurs, des mendiants, bref toute cette masse confuse, décomposée, flottante, que les Français appellent la *bobème*. » *Le 18 brumaire de Louis Bonaparte*, présenté par J.-N. DUCANGE, Le Livre de poche 2007, p. 94. Dans une perspective marxiste, le lumpenprolétariat marque une limite de l'intégration sociale que les auteurs réactionnaires interpréteront comme un déterminisme criminogène.

<sup>22</sup> Victor HUGO, *Les Misérables*, 5<sup>e</sup> partie, livre I, ch. 20, « On leur [aux révolutionnaires] reproche d'élever, d'échafauder et d'entasser contre le fait social régnant un monceau de misères, de douleurs, d'iniquités, de griefs, de désespoirs, et d'arracher des bas-fonds des blocs de ténèbres pour s'y créneler et y combattre. » Discours d'Enjolras : « La barricade n'est faite ni de pavés, ni de ferrailles ; elle est faite de deux morceaux : un monceau d'idées, un monceau de douleurs ».

<sup>23</sup> *Ibid*, ch. 1<sup>er</sup> : « Et ces mots qui veulent être des injures, gueux, canaille, ochlocratie, populace... », registre lexical utilisé *ad nauseam* depuis les Lumières et fréquents chez les *Philosophes*, en particulier Voltaire.

<sup>24</sup> Cf Karine SALOMÉ : *Le massacre des empoisonneurs à Paris au temps du choléra (1832)*. *Revue historique* 2015, n° 163, pp. 102-124.

<sup>25</sup> M-F MAGENDIE, *Leçons sur le choléra-morbus faites au Collège de France*, Paris, Méquignon-Marvis, 1832, 9<sup>e</sup> leçon, p. 239. Voir aussi le témoignage de Brierre-de-Boismont : Relation historique et médicale du choléra-morbus en

Le 7 avril 1832, après une visite à l'Hôtel-Dieu où il avait accompagné le duc d'Orléans, le président du Conseil Casimir-Périer est touché. Choc : la barrière de classe est franchie ! La maladie de Casimir-Périer illustre la confusion médicale régnante. On appelle à son chevet Broussais, figure dominante et dominatrice de la médecine officielle qui ajoute à son prestige médical une aura libérale qui consomme sa gloire. Il est secondé par son fils, Casimir. Le principe médical de Broussais explique tout et partout : l'irritabilité, l'irritation des tissus, l'irritation de l'épigastre. Un seul remède : la saignée, les sangsues, et combattre la fièvre des tissus par le froid. L'état de Casimir-Périer empire. Il délire. On appelle Esquirol. Le conflit médical est inévitable. Face à la coalition broussaisienne, Esquirol se retire. Casimir-Périer meurt le 16 mai, à l'acmé de l'épidémie.

La politique sanitaire de la France est la cible des libéraux systématiquement anticontagionnistes. Dans une brochure qui relève du pamphlet plus que de la science médicale, le vénéré réologiste Giraudeau de Saint-Gervais dénonce un lien intrinsèque, un intérêt commun entre contagionisme et despotisme ; il cite Jahnichen, Foy, Brierre, et un remarquable texte de Moreau de Jonnés décrivant les effets terrifiants du choléra et ses effets sociaux dévastateurs en Orient. « Non, le choléra ne se transmet pas par contact ; tous les gouvernements ont voulu accrédi- ter l'opinion contraire, la vérité s'est fait jour et l'on a connu l'abus des cordons sanitaires, le danger de la séquestration, des lazarets etc., car quand on isole les individus on les dévoue à la mort ». Et il conclut : « Nous sommes menacés d'une invasion de rois et de choléra »<sup>26</sup>.

Le docteur F. Delarue, confrère de Giraudeau, lance à son tour un brûlot sous-titré *Appel à la Chambre des Députés*, où il dénonce une politique de la peur et, sous couvert de mesures sanitaires, des manœuvres coercitives.

Le contagionisme est l'alibi et l'allié objectif du despotisme :

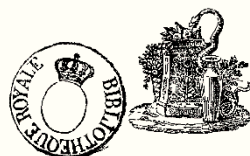
« Vous ne l'ignorez pas, vous gouvernants, que la peur n'est pas la fille de la liberté ; et vous avez intérêt de la voir rentrer dans le néant d'où elle était sortie en juillet 1830. En cela vous êtes puissamment secondés par les circonstances qui semblent plaider pour votre cause aux yeux de la multitude ignorante que vous épouvantez à dessein [...] Pendant ce temps, vous laissez massacrer nos frères de Pologne par le glaive de barbares obéissant aux ordres du despotisme »<sup>27</sup>.

Pologne, *op. cit.* p. 181 : « A-t-on oublié les atrocités commises par les paysans de Hongrie et d'autres pays sur les médecins ? Quelles raisons donnait-on de ces fureurs ? Que les médecins étaient chargés de les empoisonner. Pourquoi ? Parce qu'ils s'apercevaient que la mortalité était beaucoup plus élevée chez eux que dans la classe aisée. »

<sup>26</sup> Jean GIRAUDEAU DE SAINT-GERVAIS, *Choléra-morbus*, chez l'Auteur, rue Richer, Paris 1831, p. 31.

<sup>27</sup> F. DELARUE, *De la peur et de la folie des gouvernements d'Europe au sujet du choléra*, Paris, Delaunay, 1831, p. 10.

DE LA PEUR ET DE LA FOLIE  
DES  
GOUVERNEMENTS DE L'EUROPE,  
AU SUJET  
**DU CHOLÉRA,**  
ET DE LA SEULE MANIÈRE D'EN PRÉSERVER LES PEUPLES,  
ou  
*Appel à la Chambre des Députés*  
DE 1831 ;  
**PAR F. DELARUE,**  
DOCTEUR EN MÉDECINE.



PARIS,  
CHEZ DELAUNAY, LIBRAIRE, PALAIS-ROYAL.  
1831

Source ? <https://books.google.fr/>

Quel bilan tirer des missions médicales dépêchées à grands frais sur les sites du choléra, censées contribuer à la prévention et à la santé publique ?

### 8. Essai de bilan des missions médicales.

Les rapports, relations, lettres, suscités par l'observation *in situ* du choléra sont si nombreux et si stéréotypés qu'ils peuvent constituer un genre littéraire spécifique. Leur charme vient de la diversité des tons et de l'élégance de la forme. Leurs auteurs, généralement mondains ou hommes de cour, académiciens ou professeurs en vue, se plaisent en la compagnie de l'élite sociale russe ou polonaise. La courtoisie confraternelle, la déférence aux grands et aux savants imprègnent parfois leurs pages d'une onction consensuelle, peu propice à l'esprit critique, d'une étiquette et d'une politesse qui comportent pour nous un parfum d'étrangeté. Sous le réseau mondain il apparaît toutefois qu'un réseau intellectuel européen circule malgré les péripéties politiques. Ces missions médicales inaugurent une coopération internationale que la lutte contre la pandémie rend inévitable. Ne sont pas moins remarquables les publications en

français de Jaehnichen et de Markus, secrétaire du comité médical temporaire de Moscou. Documents ethnographiques de premier ordre parfois, qui ne sont pas sans rappeler les travaux des observateurs de l'homme des années 1800. L'aventure et l'exotisme impriment à ces documents officiels un caractère romanesque quand bien même les descriptions cliniques y tiennent la plus grande place. Tous font montre d'une grande érudition historique et tiennent à s'inscrire dans la tradition des Anciens. Markus donne ses descriptions médicales en latin. L'usage du grec n'est pas rare. Tous exploitent avec brio la dramatique terreur du choléra, le spectacle désolé des villes ou claquemurées ou désertées, l'entassement des cadavres, les odeurs insupportables, les anecdotes macabres.

Il s'en faut que les recommandations égalent les qualités narratives. Il se dégage de ces documents une pénible impression de compilation et de répétition. Tous sont anti-contagionistes ou feignent de le devenir ; pour la plupart, il y va du choléra comme de la division kantienne du noumène et du phénomène. La maladie présente un aspect atmosphérique nouménal, duquel il est vain de spéculer, et un aspect corporel localisé, phénoménal, concret, sur lequel le médecin peut agir.

Quant aux préconisations, elles relèvent de la vulgate hygiéniste inlassablement répétée depuis la société royale de médecine.

### 9. Défaite du contagionisme.

Question topique : le choléra est-il importé ?

Non, car importation signifie contagion, et l'inoculation volontaire contredit la contagion. Il est donc atmosphérique et se joue des barrières humainement tyranniques qu'on lui oppose. Brierre de Boismont qui place sa *Relation* sous les auspices de Kéraudren et Moreau de Jonnés, prend ses distances, au nom de l'expérience vécue et relatée loyalement.

Il est du ressort de la médecine d'examiner le siège corporel du mal. Le désordre gastrique incline à justifier la théorie de Broussais. Jaehnichen, reprenant les théories de son collègue chimiste Hermann penche pour une décomposition du sang. Magendie récuse la théorie de l'inflammation du tube intestinal et la pratique des saignées, mais avoue, désabusé, « qu'il y a dans le traitement du choléra un vague désespérant »<sup>28</sup>. Sophianopoulo ne jure

que par les sangsues, et les saignées particulières ou générales, et s'acquiert l'estime et la protection de Broussais.

Au fond, la scolastique qui se construit autour de cet *ens rationis* nommé tour à tour contagion, vibron, virus, germe, miasme, mofette, saprophyte aérobie... recouvre d'un voile pédantesque épais une question de cohésion sociale brisée par des mesures sanitaires lourdes confiées à l'armée, les risques d'émeute et de désorganisation sociale. Brierre, instruit par l'expérience polonaise, condamne les cordons sanitaires qui étouffent la vie sociale, et plaide pour l'ouverture des théâtres, des cafés, des salles de concert, sous réserve de mesures hygiéniques : aération systématique, emploi du chlore, emploi de la chaux, lavage des mains au moyen d'une solution chlorée.

Gérardin, dans une lettre au comte d'Argout postée le 16 octobre 1831 de Saint-Petersbourg, ayant relaté la disparition du parti contagioniste au conseil de médecine de Moscou, exalte la sagesse dudit conseil :

« Ce conseil, par une conduite toujours calme, prudente et courageuse, a su préserver Moscou d'un fléau plus redoutable encore que le choléra : nous voulons parler des émeutes populaires qui ont constamment accompagné les mesures qu'on a crues répressives de la contagion »<sup>29</sup>.

Le gouvernement se laissa convaincre. Le dispositif sanitaire lourd aux frontières fut levé par une circulaire de mai 1832.

### 10. Retour du contagionisme.

Mais le contagionisme n'avait pas dit son dernier mot. Bretonneau inventeur de la *dothinentérie*, puis Velpeau, s'y rallient. En 1834, le docteur E. Gendron relève le tracé des contagions dans les petites localités. Il établit que le choléra est la maladie des mains sales. « L'épidémie est l'effet, non la cause de la contagion. »

La doctrine évolue. Dans un rapport sur les épidémies de 1854 et 1855<sup>30</sup>, Barth admettait que les contagionistes « se sont multipliés en 1849 ; ils sont devenus prédominants par leur nombre dès 1854, et aujourd'hui, il ne reste plus dans le camp opposé que de rares combattants » (p. 122). Barth, casuiste, n'emploie pas le mot de contagion, mais celui de transmissibilité : « le choléra n'est pas contagieux en tant qu'il faut un contact immédiat avec un cholérique pour contracter la maladie, il est *transmissible*

<sup>28</sup> M. F. MAGENDIE, *Leçons sur le choléra-morbus faites au Collège de France*, Paris Méquignon-Marvis, 1832, 10e leçon, p. 239.

<sup>29</sup> *Du choléra-morbus en Russie, en Prusse et en Autriche pendant les années 1831 et 1832*, Paris, F. G. Levrault, 1832, lettre IV, p. 22.

<sup>30</sup> *Rapport sur les épidémies du choléra-morbus qui ont régné en France pendant les années 1854 et 1855* par M. BARTH au nom d'une commission composée de MM Bouillaud, président, Briquet, Davesne, de Kerkaradec, J. Guérin, Méliér, Barth, rapporteur. Académie de médecine. Paris, G. Masson, 1874.

de près ou à certaine distance, communicable par les émanations cholériques à ceux qui les subissent de près ou de loin dans certaines conditions données » (p. 123). À propos du choléra de 1854, sur 97 rapports énonçant un avis sur la question litigieuse, 61 admettaient la transmissibilité. Les épidémies de choléra surgies au Proche-Orient justifiaient « de grandes mesures d'hygiène internationale capables de prévenir des invasions nouvelles ».

### 11. L'internationalisation de la lutte contre le choléra.

Les épidémies de choléra devaient se succéder : 1849, 1854, 1865, 1870<sup>31</sup>...

La défense sanitaire terrestre par les cordons sanitaires, et côtière par les lazarets et les « séquestrations quaranténaires », cet arsenal formidable apparaissait singulièrement désuet contre les invasions du « triptyque morbifique »<sup>32</sup>. La marine à vapeur avait accéléré le temps ; les conquêtes coloniales instauraient de nouvelles relations maritimes, nombreuses, rapides et fréquentes avec les zones à risques. L'âge de la stratégie statique et contraignante était révolu. Il fallait agir au plus près des épidémies, se transporter sur leur lieu de naissance, les combattre à leur apparition. Clovis Prus (1793-1857), médecin militaire, proposa, en 1847, la création d'un corps spécial, les *médecins sanitaires du Levant*. L'hygiène devenait un enjeu européen décliné en conférences internationales sous l'impulsion des docteurs Sulpice Fauvel (1813-1884) et Adrien Proust (1834-1903)<sup>33</sup>, et du diplomate Camille Barrère<sup>34</sup>. « Nous allons au-devant du danger jusqu'au foyer primitif de la maladie et nous essayons

d'opposer à la marche envahissante du fléau venant d'Orient des barrières infranchissables sur les routes qu'il a choisies pour pénétrer en Europe »<sup>35</sup>. Des postes sanitaires permanents, des écoles de médecine furent implantés à Smyrne, Beyrouth, Alexandrie, Damas, Constantinople, Le Caire. La veille sanitaire et la lutte contre les épidémies s'organisaient sur leurs sites d'origine. Les contrôles sanitaires maritimes furent désormais effectués en amont, dans les ports de départ, et la surveillance maintenue pendant les traversées. À partir de 1877, les acquis de la révolution pasteurienne achevaient de transformer le contrôle international des épidémies.

\*\*\*\*

Le choléra qu'on ne pouvait penser hors de son contexte politique était apparu comme une maladie sociale autant que médicale. Les Trois Glorieuses présentaient l'aspect d'une fausse tranquillité, un ordre instable, une inquiétude des esprits dont le romantisme révélait l'ampleur. Le siècle était dysharmonieux : une bourgeoisie qui érigeait en vertus cardinales le travail et le gain, qui supposaient un ordre établi et défendu ; des mages romantiques épris de chimères, de rêveries, d'idéal et d'infini ; une jeunesse instruite sans avenir (les capacités), qui participerait à la révolution suivante ; des parasites, artistes bohèmes et dandys ; des utopistes sociaux nourrissant un espoir révolutionnaire. Il convenait de stabiliser la société et de canaliser dans le réalisme du « juste milieu » les ambitions et les talents. Plus que jamais se faisait sentir le besoin de consolider les normes de la raison pratique et de la vie sociale, d'ériger des garde-fous contre toutes les déraisons et tous les irréalismes.

---

<sup>31</sup> En 1870, le choléra décima une partie de l'armée impériale. Pourtant en 1854, Snow, à Londres, démontrait, sur la base d'un travail topographique et statistique exhaustif, l'origine hydrique du choléra dont, la même année, Pacini isolait l'agent pathogène sous le nom de *vibrio cholerae*, trente ans avant Koch.

<sup>32</sup> Fièvre jaune, peste, choléra.

<sup>33</sup> C'est l'occasion de rappeler le rôle capital d'Adrien Proust, père de Marcel, dans l'hygiène française, en interne et au plan international. Né à Illiers en 1834. Accomplit des missions sur le terrain à travers la Russie et la Perse, qui sont de véritables aventures, où il observe la prophylaxie des épidémies. Enquête sur les rives du canal de Suez, route des épidémies en provenance de l'Inde et de La Mecque. Hygiéniste pasteurien. Membre du comité Consultatif d'hygiène de France, de l'Académie de médecine. Adjoint et successeur de Fauvel l'initiateur des conférences sanitaires internationales. Adrien Proust est l'auteur d'un *Essai sur l'Hygiène internationale. Ses applications contre la peste, la fièvre jaune, et le choléra asiatique*, Paris, Masson, 1873. Ouvrage riche en définitions. Contient en note une description détaillée du pèlerinage à La Mecque. A. Proust s'y montre contagioniste. « Le choléra est importé ; il s'attache aux pas des voyageurs ». Négociateur hors pair, âme des conférences internationales. Son adjoint est Brouardel. Adrien Proust meurt au cours de la conférence internationale de Paris de 1903 qui aboutit à la création de l'Office international d'Hygiène publique dont le siège serait à Paris. Le gouvernement lui fit des obsèques quasi nationales. En 1892 il avait défendu en qualité de commissaire du gouvernement un projet de loi relatif au tout-à-l'égout dans la capitale ; il était l'un des promoteurs de la loi sur la santé publique de 1902. Il était le coauteur d'un traité d'hygiène où on peut lire (pensait-il à Marcel ?) : « La neurasthénie est la regrettable rançon de la paresse et de l'inutilité ».

<sup>34</sup> Académie nationale de médecine, séance du 22 mars 2011 : communication de Bernard HILLEMAND, *Rénovation de la prévention des épidémies au XIXe siècle. Rôle majeur de ses pionniers et novateurs de l'Académie de médecine injustement oubliés*.

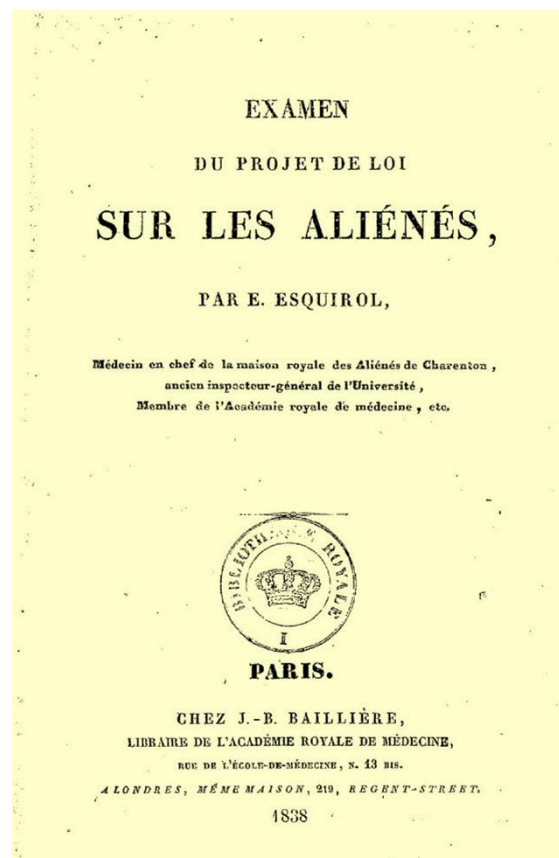
<sup>35</sup> Fauvel, cité par Bernard Hillemand, communication citée note *supra*.

## I. ORDRE PSYCHIATRIQUE ET DIRECTION MORALE

À partir de 1830, l'hygiénisme entame la nouvelle carrière que le prospectus des *Annales d'hygiène publique* annonçait : prendre en charge la direction morale de la société spécialement la folie et la prévention de la folie. Les aliénistes devaient instaurer un ordre psychiatrique dual : un traitement public de la folie par l'asile ; une prévention sociale par la formulation de règles de direction de l'hygiène mentale. La médecine mentale s'est imposée dans les tribunaux. Elle a confondu le sens commun des juges devant la folie. La psychiatrie élargit son audience hors de l'enceinte de l'asile. Nul n'est à l'abri de la folie. Il y a, dans l'aliéniste, un inquieteur. La médecine mentale énonce des normes, assume un directoire moral, et se rend indispensable par ses conseils dans la conduite de la vie. Le nouvel ordre psychiatrique évoluera ; il faut défendre la société contre la folie, protéger le fou de lui-même et des autres ; Esquirol assume et prolonge cet héritage des Lumières. Survient une autre génération, celle de René, dont il faut conjurer le vague des passions. La génération de 1830 a ses maux particuliers, exacerbés par le romantisme et la culture des excitants. Enfin, il faut enrayer la réaction en chaîne des révolutions et des émeutes qui secrètent des passions criminelles ; il faut s'attaquer aux causes, identifier le foyer pathogène.

### A. L'ASILE

Déjà en septembre 1818, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) avait présenté au ministère de l'intérieur un mémoire où il dénonçait, comme avant lui Pinel, l'état misérable des aliénés (« je les ai vus... »), et imaginait ce que devrait être leur hospitalisation : « Je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécial qui n'offrît à l'esprit aucune idée pénible ; je voudrais qu'on les nommât asiles. » Ce mot, selon Esquirol, exprimait la protection due à ces malades. Il précisait : « Un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison ». La conception organique de l'établissement au centre duquel résidait le médecin-chef et son fonctionnement réglé constituaient le plus puissant des traitements. Dans son *Examen du projet de loi sur les aliénés* (1838)<sup>36</sup>, il rappelait que la folie est une maladie curable dont le cadre hospitalier et l'ordre intérieur constituent « l'agent de guérison le plus énergique et le plus efficace ».



Source [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque_nationale_de_France)

Cette machine qu'est l'asile est animée par la volonté première, centrale, exclusive, du médecin. Un seul règne sur un grand nombre d'âmes. La folie était au centre des préoccupations gouvernementales : il « fallait secourir le malheur » et « défendre la société ». Le bon ordre de l'asile reflétait ce que devait être le bon ordre social. Toute la structure matérielle, scientifique et administrative de l'asile concourt à réaliser la condition ultime et nécessaire de la guérison : l'isolement, qui devient le concept central des doctrines asilaires et pénitentiaires. Avec Esquirol, l'asile devient une « institution totale » et l'aliéniste un guide de l'action publique et un acteur indispensable de la paix sociale. Franck, Fodéré, les fondateurs de l'hygiène avaient associé à leur ministère le domaine de la médecine légale, discipline auxiliaire la justice qu'elle se donne la charge d'éclairer. En inventant la « monomanie criminelle »<sup>37</sup>, délire soudain qui dévaste un esprit sain par ailleurs, folie intermittente, indécélable, tapie sous une conduite apparemment normale, illustrée par les

<sup>36</sup> J.-E. ESQUIROL, *Examen du projet de loi sur les aliénés*, Paris, JB Baillière, 1838, p 27.

<sup>37</sup> J.-E. ESQUIROL, *Des maladies mentales considérées sous leur rapport médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, Baillière, 1838, 2 tomes.



affaires Papavoine et Cornier<sup>38</sup>, Esquirol externalise l'aliénisme au cœur du social et place l'aliéniste en surplomb du juge qu'il dessaisit : l'appréciation de la folie, inaccessible au sens commun, relève d'une compétence spécifique, la sienne, seule capable d'apprécier cette altération momentanée des facultés qui met en jeu la responsabilité pénale du sujet.

## B. LA CONDUITE DE LA VIE

La folie est un risque permanent qu'il faut prévenir. En 1843, la création des *Annales médico-psychologiques* constitue la psychiatrie comme science et légitime son action. Cette revue est fondée par Baillarger, Moreau de la Sarthe, Cerise et Longet. Le valdôtain Laurent Cerise (1807-1869) est un disciple du saint-simonien Buchez dont il éditera le *Traité de politique et de science sociale* (1866). Cerise et Buchez ont un passé commun dans la charbonnerie et un projet de réforme sociale d'inspiration spiritualiste. Rompant avec le saint-simonisme d'Enfantin, Buchez opte, vers 1835, pour un catholicisme librement interprété qui structurait sa vision politique et sociale<sup>39</sup>. Cerise publie en 1841 un mémoire couronné par l'Académie de médecine : *Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux*. Il veut mettre en évidence ce qu'il qualifie de plus grand phénomène de l'activité humaine : « la direction éducatrice du régime et des exercices, des idées et des sentiments, se matérialisant en quelque sorte dans l'intimité des tissus, pour se produire sur la scène du monde avec des résultats moraux et intellectuels, individuels et sociaux »<sup>40</sup>. L'impressionnabilité et l'innervation sont les canaux internes de la vie sociale. Le système nerveux, enregistreur permanent d'une série infinie d'impressions, est le point d'entrée de la vie sociale dans l'homme : lieu de passage de l'éducation comme de la surexcitation. La vie mentale est l'intériorisation de la vie sociale. Notre système psycho-physiologique est le moyen de notre socialisation. Le désordre intérieur participe du désordre social et fonde

l'intervention du médecin mandaté par la société pour œuvrer « au triomphe de la moralité et de la santé publiques qui sont inséparables »<sup>41</sup>. La surexcitation génératrice de folie procède de l'ennui, de l'art, de la mystique, de la métaphysique, de l'hypersensibilité, du génie, de tous les constituants du « mal du siècle » qui affecte une génération romantique. La véritable hygiène morale réside dans le décentrement du moi, source de désordre, et dans la poursuite d'« un but d'utilité sociale ». L'injonction utilitariste anti-romantique et la valeur salutaire du travail remplissent le discours des hygiénistes mentaux dont un patient d'élite, Charles Baudelaire (1821-1867), ressent la pénible tutelle.

## C. BAUDELAIRE ET L'HYGIÈNE MENTALE

*Fusées, Mon cœur mis à nu* dont la rédaction s'étale de 1852 à 1866, peuvent être interprétés comme le mémorandum du combat intérieur d'un étranger au monde pour rejoindre la voie commune balisée par les hygiénistes. Dans sa quête d'équilibre, Baudelaire, recourt aux hygiénistes dont, pour mieux s'en convaincre, il reproduit les maximes articulées sur la grande loi du travail. « J'ai cultivé l'hystérie avec violence et terreur. Maintenant j'ai toujours le vertige, et aujourd'hui, 23 janvier 1862, j'ai subi un singulier avertissement, j'ai senti passer sur moi le vent de l'aile de l'imbécillité » (*CIV, Hygiène, projets*)<sup>42</sup>. Baudelaire note un régime alimentaire et physique : « Poissons, bains froids, douches, lichens, pastilles occasionnellement ; d'ailleurs suppression de tout excitant ». Ailleurs il s'exhorte, combat ses tendances, tente de se fixer une direction d'utilité sociale : « Il est grandement temps d'agir, de considérer la minute présente et de faire ma perpétuelle volupté de mon tourment ordinaire c'est-à-dire du Travail » (*CX, Hygiène morale*). Et encore : « Le plaisir nous use, le travail nous fortifie. Choisissons ! » (*CIV, Hygiène, conduite morale*). Le travail est la panacée : « Pour guérir de tout, de la misère, de la maladie et de la mélancolie, il ne manque absolument que le goût du travail » (*CXII, Hygiène*).

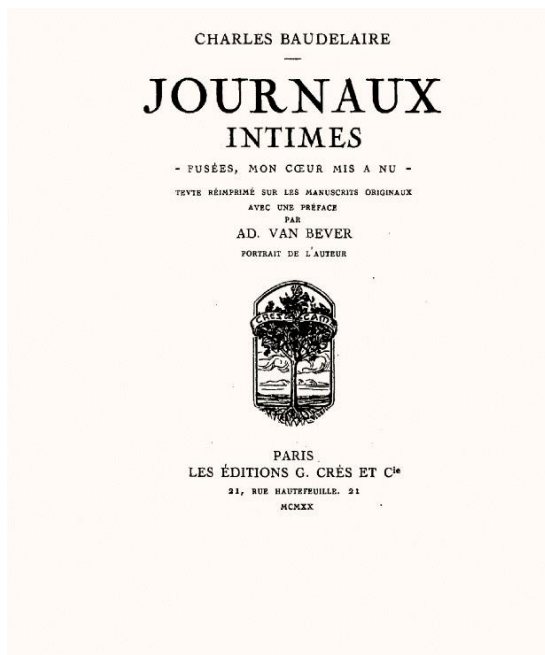
<sup>38</sup> Papavoine avait égorgé deux enfants au bois de Vincennes, sous les yeux de leur mère. Henriette Cornier avait décapité de sang-froid la petite fille de ses patrons. Esquirol intervint dans les débats au nom de la monomanie et ne convainquit pas les jurés. Son disciple le Dr GEORGET publia une brochure *pro domo* : *Examen médical des procès criminels dénommés Léger, Feldtmann, Lecouffé, Jean-Pierre et Papavoine ...*, Paris, Migneret, 1825.

<sup>39</sup> En leur qualité d'exécuteurs testamentaires de Buchez, L. CERISE et A. OTT ont édité son *Traité de politique et de science sociale*, Paris, Amyot, 1866.

<sup>40</sup> *Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale du système nerveux*, Paris, Baillière, 1841, p 15. Cet ouvrage sera réédité en 1842 sous le titre *Des fonctions et des maladies nerveuses dans leurs rapports avec l'éducation sociale et privée, morale et physique*, sous-titré : *Essai d'un nouveau système de recherches physiologiques et pathologiques sur les rapports de physique et du moral*, Paris, Germer-Baillière, 1842. L'ouvrage est dédié à Buchez en termes d'admiration hyperboliques.

<sup>41</sup> L. CERISE, *op cit*, p 17.

<sup>42</sup> Nous citons d'après *Journaux intimes, fusées, mon cœur mis à nu*, Paris, G Crès et Cie, 1920.



Source [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque_nationale_de_France)

Baudelaire avait consulté « le subtil Lélut », auteur de *La démence de Socrate* et de *L'amulette de Pascal* où il se plaisait à démasquer, sous le génie apparent, une folie hallucinatoire réelle. Il mentionne Brierre de Boismont auteur en 1833 d'un *Traité d'hygiène, ou précautions à prendre pour l'entretien de la santé* et qui publie en 1850 *Du suicide et de la folie-suicide* dont Baudelaire cite le titre (XIV, *Du suicide et de la folie-suicide*). Brierre fait paraître en 1850 *Tædium vitae*, étude prophylactique contre l'ennui, l'*athumia*, l'acédie, la tristesse, le spleen, le découragement, le dégoût de vivre, l'impuissance à agir, qui peuvent pousser au suicide. Ces maux ne procèdent pas de la folie mais d'un mal social, la mélancolie romantique incarnée par Werther et René, et le repli sur soi. Brierre conclut en diagnostiquant une asthénie sociale actuelle, généralisée, propice au *tædium vitae* : l'insécurité du lendemain, l'instabilité des fortunes et des positions sociales, la ruine des institutions, l'absence d'idéal politique. Il n'est que trois remèdes pour vaincre la tentation du désespoir : la poursuite d'un but d'activité, les responsabilités familiales, surtout le travail qui est la loi de Dieu. Au lendemain de la Commune de Paris, Brierre se dit favorable à la création d'établissements spéciaux « destinés à ces êtres dangereux que sont les partisans de la Commune », qui, fous ou prédisposés à la folie, ont pillé et incendié.

L'ordre psychiatrique valide scientifiquement les valeurs bourgeoises et leur représentation de l'ordre social, et risque une explication scientifique de la question sociale.

## D. ROMAN NOIR DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

À partir de 1850, l'aliénisme va entreprendre la médicalisation de l'hérédité et construire un nouveau paradigme qui compense son impuissance thérapeutique et remplace les théories périmées de Pinel et d'Esquirol : la théorie de la dégénérescence. Prosper Lucas, dans son *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle* (1847) ouvre la question et pose l'hérédité comme facteur explicatif global. « Nous avons rencontré la question du rapport de la nature physique et morale de l'être à celle de ses auteurs : *l'obscur et grand problème de l'hérédité* »<sup>43</sup>. Lucas distingue deux lois dans la procréation dont chaque individu est porteur : une loi d'*innéité*, génératrice d'innovation, de liberté de la vie, de singularité et d'originalité qui est le propre de l'individu ; une loi d'*hérédité*, loi de permanence, d'imitation, de mémoire et de répétition qui relève de l'espèce.

Bénédict Augustin Morel (1809-1873) publie en 1857 son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Cet ouvrage est né d'une double déception : la médiocre condition sociale faite aux médecins et leur insuccès thérapeutique. Les guérisons obtenues ne sont pas à la hauteur des légitimes espérances des savants et des progrès du système hospitalier. Ce constat doit modifier le point de vue aliéniste. Morel met la folie en perspective et l'inscrit dans le temps, hors de son cadre clinique : elle marque le stade ultime de la dégénérescence, le terminus d'états dégénératifs de longue durée liée à des prédispositions héréditaires. Elle hante l'individu dès sa naissance et n'attend que l'occasion pour exploser. La notion de terrain prédisposant que Morel emprunte à son condisciple et ami Claude Bernard, réfute le psychologisme et le paroxysme de la nosologie des seules passions. La folie n'est pas la confusion de la déraison, mais le signe d'une irréparable dysharmonie entre l'intelligence et son instrument malade, le corps. La dégénérescence est l'écart qui, dans la succession décadente des générations, sépare l'individu pathologique de son type normal originel. La dégénérescence, enchaînement fatal de faits qui se commandent et s'engendrent successivement, révèle le mal absolu où se fécondent continuellement le mal physique et le mal moral jusqu'à leur autodestruction.

Dans le roman noir de la dégénérescence, Morel est un maître du soupçon. Sa notion de dégénérescence est théologique : une transgression originelle a déchu le genre humain et perpétue la race de Caïn. Nul n'est assuré d'être indemne. La dégénérescence n'est pas seulement dénaturation, hémitérie ; elle est déviance et

<sup>43</sup> P. LUCAS, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, Paris, Baillière, 1847, p. VII

délinquance : incendie, vol, vagabondage, débauche, ivrognerie, inaptitude à la réalisation d'un acte utile et moral. Elle oblige la société à prendre des mesures de « prophylaxie défensive » (coercitive et rééducative) en séquestrant les individus nuisibles et les infirmes congénitaux, et de « prophylaxie préservatrice » (corrective et rééducative), en agissant sur leurs conditions physiques et morales. Morel esquisse le modèle des prisons-asiles repris par Magnan et Legrain. Les mesures préventives consistent « en moralisation des masses » au moyen de « formulaires d'hygiène morale ». Les concepts de milieu (social ou géographique) et d'hérédité entraînent dans les catégories socio-psychiatriques. Morel était conscient d'écrire un chapitre de l'histoire naturelle ; en biologisant la loi naturelle, il écrivait un *De natura rerum* théiste, coulé dans le moule d'un traité d'hygiène à l'ancienne, dont le héros, produit d'une solidarité de causes et porteur d'un mal immérité et irréparable, faisait un roman métaphysique ou une tragédie cosmique. La dialectique de la chute abrite un message : Morel en appelle à la régénération par la redécouverte de la loi morale conservatrice de l'ordre universel, et la restauration des vertus familiales, civiques et politiques détruites par la révolution de 1848. La médecine mentale fait œuvre de salut public<sup>44</sup>.

Les disciples de Morel opéreront une réduction, passant de la dégénérescence de l'espèce à celle de l'individu.

Le dégénéré devient un type dont Magnan et Legrain dressent le tableau objectif, simplifié, débarrassé du cadre théologico-politique de Morel, cliniquement observé comme le suggère le titre : *Les dégénérés. État mental et syndromes épisodiques* (1895). La notion d'écart par rapport à un type primitif est abandonnée au profit d'une « déviation du type normal d'humanité ». L'homme normal se définit selon le concept darwinien d'aptitude à la vie, par sa capacité à « assurer par ses propres efforts le maintien de son équilibre biologique et de reproduire un être doué des mêmes attributs que lui ». La notion de normalité biologique est complétée par un critère social : est normal celui qui dispose d'une conformation cérébrale capable d'assimiler les règles sociales reçues de son milieu. L'habitus de socialité procède d'un dépôt cérébral « dû aux acquisitions ancestrales ».

À côté des dégénérés inférieurs, notoirement inaptes à la lutte pour la vie, incapables d'autonomie et dépendants, il est des dégénérés supérieurs à l'intelligence brillante, singuliers, originaux, dont le type est Jean-Jacques Rousseau. Si le principe de prédisposition héréditaire en aliénation est absolu, le lien entre dégénérescence et criminalité ne l'est pas moins : « Le dégénéré devient souvent un délinquant ». Contre le péril social de la dégénérescence, la société a le droit et le devoir de se défendre. Elle prospère dans des milieux dégradés par la misère, l'alcoolisme, l'insalubrité, et se reconnaît au comportement : indiscipline, violence, résistance à l'autorité, « conflit permanent avec les usages reçus et par suite avec les tribunaux ». À la différence du juge qui agit *a posteriori*, le médecin prévient et arrête les modalités de ségrégation applicables aux dégénérés criminels : asile pour les criminels arriérés et les criminels sur lesquels pèse un doute ; prison pour les criminels auxquels n'est reconnue aucune atténuation de peine. Les notions de prison et d'asile sont interchangeable comme les notions de dégénéré et de criminel<sup>45</sup>.

Les thèses de Morel sur l'hérédité comme facteur uni-causal du monde social et du cosmos ont débordé le milieu aliéniste, offert à un large public une réponse totale et compréhensible du monde et du mal physique et moral.

Elles ont influencé d'illustres lecteurs comme Darwin et Zola. Ce dernier utilise l'hérédité comme le ressort littéraire qui structure la durée romanesque des *Rougon-Macquart*, et s'est lui-même volontiers prêté à « l'examen médico-psychologique » d'un jeune psychiatre, le docteur Edouard Toulouse (1896).

Les continuateurs de Morel, en réduisant le modèle du dégénéré au cas médical observable, ont accéléré la transition de la psychiatrie vers la sélection sociale et l'eugénisme reprochés à Alexis Carrel dans *l'Homme cet inconnu* (1935). Pessimiste sur le présent, Morel se tournait vers l'avenir et lançait un message entendu par l'immense majorité des médecins jusqu'en 1945, lorsqu'il exaltait la foi de ces jeunes médecins « dont les efforts auront pour but l'AMELIORATION physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine ». Le dernier mot de l'ouvrage était *Régénération*. L'absolutisme de l'hérédité marquait la fin de l'hygiénisme des

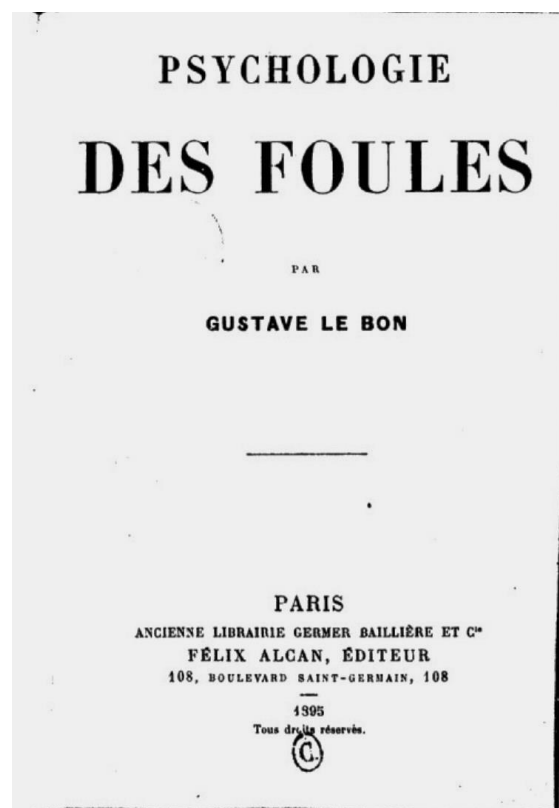
---

<sup>44</sup> La médecine mentale convie « à cette œuvre de régénération tous ceux auxquels sont confiés le bien-être et les destinées des populations, tous ceux qui possèdent les moyens de réaliser les projets d'amélioration que la science médicale soumet à leur examen ». B. A. MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, Paris, J.B. Baillière, 1857, Préface, p XIX.

<sup>45</sup> Magnan et Legrain sont pionniers dans la lutte contre un fléau social qu'ils contribuent à démasquer : l'alcoolisme. Cf. Dr V. MAGNAN, *De l'alcoolisme*, Paris, Adrien Delahaye, 1874 et P-M Legrain, *Hérédité et alcoolisme*, Paris, Octave Doin, 1889, préface de Magnan. Pour le préfacer, l'auteur établit scientifiquement les effets de l'alcoolisme sur un terrain privilégié, le dégénéré. « Qu'il vole ou qu'il boive d'une façon irrésistible, le dégénéré n'est jamais qu'un impulsif qui pourra dans d'autres circonstances ou allumer un incendie ou commettre un homicide d'une manière également impulsive et irrésistible ». L'« isolement clinique » s'impose.

premières générations, de ses actions de terrain, de ses préceptes, de son regard bienveillant et optimiste.

La médecine qui se comprenait comme agent conservateur de la société, construisait le socle de la criminologie, contribution à la sécurité publique. Ses orientations concordaient avec les recherches de la Société Anthropologique de Paris, stimulées par la colonisation et l'ethnologie, axées sur la craniologie, la hiérarchie des classes et des races, et la sélection naturelle. Un Paul Brouardel n'hésitait pas à déclarer lors du 2<sup>e</sup> congrès international d'anthropologie criminelle (1889) : « En menant de front l'étude des anomalies organiques d'une part et les études de la psychologie des criminels d'autre part, il sera possible d'indiquer ceux que la société ne peut conserver dans son sein, d'assurer sa préservation de façon scientifique et efficace ». Le dogme de l'hérédité, constat d'échec du modèle esquirolien, permettait à l'aliénisme de se reformuler dans une idéologie non vérifiable où ses thèses devaient alimenter les peurs des bien-pensants, et aboutir à la société disciplinaire d'un Alexandre Lacassagne<sup>46</sup> ou d'un Victor Parant imputant les désordres sociaux aux « anormaux », aux « kakogéniques », aux « fils d'alcooliques », issus des classes laborieuses et dangereuses, réduisant la médecine mentale à la criminologie et la thérapeutique à la guillotine. Le concept de dégénérescence légitime celui d'enfance coupable. Le concept de folie morale remplace la faute par la faute contre l'espèce. L'internement est l'équivalent de la quarantaine en cas d'épidémie. La dégénérescence prolifère, s'amplifie, élargit son rayon d'action, agglomère dangereusement les déclassés, les dévoyés, les révoltés, les inassimilables, les inadaptés. L'originalité, l'excentricité sont les symptômes d'un mal plus grave : le déséquilibre personnel est une menace potentielle contre l'ordre social. Il est, de surcroît, contagieux. La contagion est alors, avec la récurrence, l'une des obsessions de la criminologie. Lasègue a fait de la folie contagieuse une catégorie nosologique<sup>47</sup>. Gabriel Tarde, dans sa *Philosophie pénale*<sup>48</sup> (1890) a élevé l'imitation au niveau de loi sociologique.



Source : [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque_nationale_de_France)

Sur fond de contagion, d'imitation et d'hypnose, le docteur Gustave Le Bon (1841-1931) construisait un nouvel acteur criminel : la foule. On pourrait parler de la création d'un mythe décadentiste.

Son ouvrage *Psychologie des foules* (1895), traduit en plusieurs langues, constamment réédité jusqu'en 1930, eut un retentissement international qui assura la gloire de son auteur. Il devint le manuel obligé des hommes d'ordre et des dictateurs. « La plèbe est reine et les barbares avancent. La civilisation peut sembler brillante encore parce qu'elle possède sa façade extérieure créée par un long passé, mais c'est en réalité un édifice vermoulu que rien ne soutient plus et qui s'effondrera au premier orage »<sup>49</sup>.

<sup>46</sup> A. LACASSAGNE publie *Peine de mort et criminalité*, Paris, Maloine, 1907. Le criminel peut être ou un malade ou, le plus souvent, un coupable et un anti social. La médecine mentale fin de siècle tend à unifier les deux concepts. L'oisiveté est mère de tous les vices et de tous les crimes. Dans sa perspective les procédures médicales doivent l'emporter sur les procédures juridiques. Il se déclare pour la « manière forte » dont la peine de mort. Comme Morel, il désespère de l'efficacité curative de la médecine mentale et préconise les « expédients et les règles d'une hygiène préventive » (p 182).

<sup>47</sup> LASÈGUE et FALRET, *Folie à deux*, in *Archives générales de médecine*, nov. 1877, p 257.

<sup>48</sup> G. TARDE, *Philosophie pénale*, Paris, A. Stork et G. Masson, 1890.

<sup>49</sup> G. LE BON, *Psychologie des foules*, Paris, Alcan, 38<sup>e</sup> édition, 1930, p 181.

## II. LES PROMESSES DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

L'avenir de la médecine se jouait dans le silence des laboratoires, à l'échelon de l'infiniment petit. Deux monstres sacrés, gloires nationales, héros de la République devaient modifier son cours : Claude Bernard (1813-1878) et Louis Pasteur (1822-1895). D'idéologique la médecine devenait expérimentale.

### A. CLAUDE BERNARD : L'ASCÈSE DU LABORATOIRE

La parution de *l'Introduction à la médecine expérimentale*<sup>50</sup> (1865) ruinait les œuvres antérieures, bloquées au stade de l'observation et d'un empirisme dénué de méthode, inscrites dans l'histoire naturelle. Pour faire entrer la médecine dans l'âge scientifique (*i.e. expérimental*) Claude Bernard la dégageait de la magie du naturalisme hippocratique : les réalités étudiées « ne se trouvent ni dans le sentiment, ni dans la raison qui sont seulement des guides indispensables, mais dans la réalité objective des choses où elles se trouvent cachées avec leurs formes phénoménales ». Le chercheur est double : à sa fonction passive d'observateur, il ajoute une fonction active d'expérimentateur, critère de science. L'expérimentateur, actif, en fonction d'une « idée préconçue », provoque l'expérience et se dédouble en observateur neutre, passif, qui enregistre le résultat.

L'âge de l'observation est celui d'une « médecine expectante » qu'il s'agit de transformer en médecine agissante. La discipline méthodologique et l'ascèse expérimentale, loin de diminuer l'essor des sciences médicales conditionnent leur volonté de puissance.

Claude Bernard ne se veut, modestement, qu'un précurseur, mais prophétise une science de l'avenir, une science « conquérante », une « révolution scientifique » : « À l'aide de ces sciences expérimentales actives, l'homme devient un inventeur de phénomènes, un véritable contremaître de la nature ; et l'on ne saurait, sous ce rapport, assigner de limites à la puissance qu'il peut acquérir sur la nature par les progrès futurs des sciences expérimentales ».

La méthode expérimentale impose une révision de la nosographie et un nouveau statut de la maladie dont est récusé le caractère abstrait d'entité autonome se déployant selon les rythmes de la nature. La maladie n'est pas un être en soi ; elle n'est qu'une variation quantitative au sein

d'un organisme défini par des échanges et un milieu. À partir de la physiologie, son fondement, la médecine saura élaborer de nouveaux modificateurs de vie, les maladies n'étant que des « mécanismes qu'il s'agit d'expliquer, de régler ». Elle fournira aux praticiens une thérapeutique plus sûre et mieux fondée que les instruments puissants et mortels qu'ils sont réduits à utiliser parfois au hasard. Claude Bernard est conscient d'une dualité qu'il veut surmonter : le praticien, empêtré dans les contingences de la clinique et les croyances de son art, et le savant de laboratoire œuvrant dans un esprit de libre recherche scientifique. L'hôpital n'est que le vestibule de la science dont le laboratoire est le sanctuaire. En faisant du médecin un physiologiste, Claude Bernard l'éloigne de la clinique et du malade, sourd aux cris, aveugle au sang qui coule, n'apercevant que des « organismes qui lui cachent des problèmes qu'il veut découvrir ».

### B. LE MANIFESTE PASTEURIEN (30 AVRIL 1878)<sup>51</sup>

Un non-médecin, Louis Pasteur, hâtait cette révolution scientifique. En 1862, il entamait par une série de conférences sa réfutation de la théorie de la génération spontanée et démontrait l'existence de micro-organismes qui devait conduire aux règles d'asepsie et transformer la pratique chirurgicale. À l'occasion de ses leçons sur la dissymétrie moléculaire des organismes naturels, Pasteur exposa son cadre théorique de travail : les faits naturels ne comportent pas leur principe de raison suffisante et leur observation n'a pas de valeur scientifique ; seuls relèvent de la science les faits dont l'observation est commandée par l'hypothèse de travail qui les construit. Cette épistémologie disqualifie les constatations empiriques au chevet des malades et consigne les progrès de la science dans l'espace du laboratoire. Les expérimentations de Pasteur confirment sa théorie des germes et déterminent un changement de paradigme qui transformera l'hygiénisme et la médecine ambulatoire : l'asepsie. Ce changement est historiquement daté ; il s'exprime par la voix de Pasteur en personne dans sa lecture à l'Académie de médecine le 30 avril 1878, d'un mémoire de moins de 30 pages : *La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie*. « Si j'avais l'honneur d'être chirurgien... », Pasteur y traite de la septicémie et de sa

<sup>50</sup> Nous citons d'après *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, 1966.

<sup>51</sup> *La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie*. Lecture faite à l'Académie de médecine par M. Pasteur en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland le 30 avril 1878, Paris, G Masson, 1878.

prévention par des règles d'asepsie d'une nécessité absolue, plus efficaces que l'antisepsie d'un Lister : flambage des instruments, lavage soigneux des mains, emploi de charpie et de bandelettes préalablement exposées à un air de 130° à 150°, emploi d'une eau qui aurait subi une température de 110° à 120°. Il faut traquer le microbe. Les deux dernières décennies du XIXe siècle inaugurent l'âge de la découverte des micro-organismes, notamment des bacilles de la typhoïde, de la tuberculose, de la rage, de la peste, déterminant un nouveau regard sur la maladie. Le diagnostic par écoute, observation des signes et symptômes, palpation, le cède à « une stratégie de l'invisible » et se soumet à la vérification du laboratoire, lieu de la découverte et du théâtre de la preuve. Le statut du malade change : l'attention se porte sur un objet biologique étudié pour lui-même. La maladie, suivie par les courbes de température, est une intrusion pernicieuse, un mal qu'il faut combattre. La découverte du bacille de la tuberculose (1882), fléau social et mal du siècle, démontre spectaculairement la puissance de la médecine alliée au laboratoire et stimule deux secteurs de santé : la médecine de santé publique, la médecine ambulatoire.

### C. LES GRANDES ESPÉRANCES DE L'HYGIÉNISME RÉPUBLICAIN

Jules Arnould, (1830-1894), professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lille et dont le manuel *Nouveaux éléments d'hygiène*<sup>52</sup> n'a cessé d'être réédité de 1881 à 1907 appelle de ses vœux une « Direction médicale » centrale, autonome, une sorte de « Ministère de la santé publique sans politique », qui serait le moteur et le cerveau du réseau des conseils d'hygiène publique. Arnould conçoit une « hygiène spéciale », caractéristique de l'espèce humaine, index d'humanité qui « sépare absolument l'homme du reste des êtres et en fait un groupe dans la série animale ». Jules Rochard (1819-1996), chirurgien de la marine, inspecteur général du service de santé de la marine, président de l'Académie de médecine, a publié notamment *Questions d'hygiène sociale* (1891) et dirigé la monumentale *Encyclopédie de médecine et d'hygiène* publique à laquelle ont contribué Arnould, Brouardel, H. Monod, A. Proust. « Il n'est pas de problème social qui ne soit doublé d'un problème d'hygiène »<sup>53</sup>. Comme ses collègues hygiénistes, il donne une définition extensive de l'hygiène à laquelle il assigne un rôle défensif contre « le flot montant de l'alcoolisme et

de l'aliénation mentale » et les ravages de la syphilis. Il parle de l'hygiène comme d'une science qui n'est ni l'annexe de la physiologie ni la clinique de l'homme sain, mais une médecine de santé publique intégrant d'autres compétences que médicales mais dont les médecins formeront toujours le corps de bataille, conseillère et non rivale de l'administration. L'hygiène n'est pas thérapeutique, son objet est collectif. La notion d'hygiène publique est une contradiction dans les termes. « Tout ce qui intéresse la santé et la vie humaine est de son ressort ; mais son action s'arrête au seuil de la maladie une fois déclarée ». Rochard propose une division des compétences : une hygiène sur le terrain prophylactique, *a priori* ; une médecine clinique, thérapeutique *a posteriori*. L'hygiène, science constituée, n'est pas reconnue : souhaitée par l'administration, l'opinion publique, elle ne se connaît qu'un adversaire, le monde des affaires qui conteste son statut pour se soustraire à son autorité.

En Paul Brouardel (1837-1906), institution et personnalité se confondent. Il apparaît comme l'homme-clé de l'institutionnalisation de la médecine. Élève de Claude Bernard, disciple d'Auguste Comte, familier de Pasteur, doyen de la Faculté de Médecine, théoricien et praticien de la médecine légale, gravitant dans les cercles dirigeants de la IIIe République, conseiller officieux du gouvernement, il défend en qualité de commissaire du gouvernement le projet de loi relatif à l'exercice de la médecine (loi du 30 novembre 1892). Président du comité consultatif d'hygiène publique (1892), il est l'un des artisans de la grande loi de santé publique (15 février 1902), couronnement d'un siècle d'hygiénisme français. Paradoxal, Brouardel professe un hygiénisme autoritaire et social, et promeut la médecine libérale. L'encyclopédique *Traité d'hygiène* publié en fascicules, qu'il dirige avec Mosny<sup>54</sup>, traduit, au lendemain du désastre de 1870 et de la Commune, la grande peur d'une diminution de la population française face au péril allemand et d'un soulèvement populaire. Brouardel formule les objectifs collectifs et politiques de l'hygiène. Régie par « l'autorité de la science », consciente de « l'intérêt supérieur de la race », l'hygiène est « un facteur essentiel d'amélioration de la race », une « préservation collective et sociale » qui se substitue à la « sauvegarde individuelle » et ne saurait concourir à la prospérité collective sans restreindre les libertés privées. Elle exercera plus particulièrement son influence (« moralisatrice et salutaire ») sur les ménages d'ouvriers et l'amélioration de leur habitat. Elle assurera « la protection sanitaire

<sup>52</sup> J. ARNOULD, *Nouveaux éléments d'hygiène*, Paris, Baillière et fils, 1ère édition 1881, 1350 p., réédité jusqu'en 1907, édition refondue par son fils, le Dr Arnould.

<sup>53</sup> J. ROCHARD, *Questions d'hygiène sociale*, Hachette et Cie, 1891, préface, p 5.

<sup>54</sup> La rédaction en était confiée à des spécialistes reconnus. En 1906, 18 volumes étaient parus chez Baillière.

intégrale » des parties vulnérables de la société : l'enfant et l'ouvrier. Ces éléments socialement faibles, dont la minorité appelle une mise en tutelle, constituent la principale ressource populationnelle, la masse des travailleurs et des défenseurs, base de la prospérité générale. Brouardel formule l'impératif eugéniste qui zigzague dans l'hygiénisme depuis Frank : agir sur la reproduction en écartant le « péril vénérien » et en favorisant « la fécondité du mariage ». Point d'articulation de la médecine expérimentale et de son application sociale et environnementale, l'hygiène, pour vaincre charlatanisme et la superstition doit soumettre les idées et les habits moraux au crible de la critique scientifique.

#### D. DUCLAUX, UN SOLIDARISTE PASTORIEN

Il appartenait à Émile Duclaux (1840-1904), élève, proche collaborateur, ami, héritier spirituel de Pasteur, âme de l'Institut Pasteur dont il fut le second Directeur après le Maître, de tirer rigoureusement les conséquences sociales du *pastorisme* (doctrine des disciples les plus proches de Pasteur, par rapport au *pasteurisme*, doctrine de ceux qui partagent les idées de Pasteur).

La découverte des germes 1°) donne des informations sur les liens sociaux, 2°) modifie le regard porté sur la maladie. Le biologiste déduit une sociologie de la microbiologie.

Dans *L'Hygiène sociale*<sup>55</sup> (1902), recueil de ses cours à l'École des hautes Études sociales, il modifie définitivement la relation du malade et de la maladie, et le statut du malade : « Le malade a cessé d'être la *res sacra*, *miser* sur lequel s'épuisaient en vain les ressources de la charité. Il est devenu un être redoutable par les milliards de germes de maladie qu'il crée et répand autour de lui. On a le devoir de le traiter humainement parce qu'il souffre, et n'est pas responsable ou ne l'est qu'un peu du péril qui est en lui ; mais on a le droit de l'empêcher d'être nuisible à la communauté ».

Le malade est un être dangereux qu'il faut traiter comme tel. Il ne s'appartient plus. Il a le devoir d'assumer son rôle de patient, de support d'une maladie qui le réduit au rôle passif d'« agent d'enseignement » à la disposition de « ceux qui viennent se faire la main sur lui ». Le malade n'est pas pour autant un exclu ; il entre dans une communauté : « La situation change pour le malade, dès qu'il cherche dans l'association un remède contre les maux quels qu'ils soient dont il est atteint ».

Ce modèle associatif, Émile Duclaux l'avait observé et admiré dans les coopératives ouvrières qui prenaient en charge la détection et

les conséquences de l'ankylostomiase, maladie parasitaire contagieuse contractée par les mineurs de fond, entraînant une déchéance physique et une incapacité partielle ou totale. C'est l'organisme assureur, - en l'espèce la coopérative sociale de Liège - qui, au vu des frais médicaux de ses membres, a mesuré l'ampleur de la contagion et confié à ses médecins, - non à ceux de la compagnie - le soin de l'enrayer. Ces types de groupements prolétariens ont la puissance d'introduire dans la cité « une influence nouvelle, venue d'en bas exercée par des égaux sur des égaux ». La maladie génère un lien social spécifique et une nouvelle logique institutionnelle. Duclaux donne l'exemple des assurances sociales bismarckiennes qui ne sont pas des maisons de charité mais des « maisons de commerce qui vendent de la santé à leurs clients qui sont aussi leurs commanditaires ». En matière d'assainissement et d'amélioration de l'habitat, il invoque l'exemple anglais, la solidarité de voisinage qui dispose des moyens contraignants de la loi pour réduire la résistance ou vaincre l'inertie des propriétaires de maisons malsaines présentant des risques infectieux.

Pour Émile Duclaux, dans une perspective pastoriennne, l'hygiène ne saurait être coercitive et imposée par l'État. Seule la légalité scientifique, objective et vraie, est capable de fonder en raison la loi sociale. La maladie contagieuse est révélatrice d'une double innovation sociale : le solidarisme assurantiel et le marché. La mutualisation des risques, favorisée par la loi, bien reçue de l'opinion, responsabilise les acteurs, élargit le jeu du marché. « Toute amélioration, tout perfectionnement s'achète, et crée par cela un marché sur lequel il y a nécessairement un vendeur et un acheteur ». La santé est ce bien nouveau qui apparaît sur le marché, un bien qu'on n'aperçoit qu'en partie, dont une partie nous est voilée. Nous sacrifions une partie de nos ressources et de notre liberté en échange d'un bien réel mais invisible à l'échelon individuel, mais mesurable et quantifiable au niveau collectif. Les offreurs de ce bien sont les savants, les demandeurs sont les membres des groupements assureurs, simultanément administrateurs et bénéficiaires. L'arbitrage est économique, décidé par les résultats et les choix des bénéficiaires. L'intérêt sanitaire combiné à l'intérêt économique peuvent seuls faire accepter le principe de l'obligation d'assurance. Ces groupements d'assurés seront des foyers de diffusion d'éducation sanitaire, de prévention et de bonnes pratiques.

Les maladies, singulièrement les maladies contagieuses, doivent être traitées non sous l'angle de l'inefficace charité, mais conformément à l'intérêt social réglé par un principe d'économie.

<sup>55</sup> Émile DUCLAUX, *L'Hygiène sociale*, Alcan, 1902.

Rien ne sert de soigner des malades condamnés, incurables et dangereux. Un principe que Duclaux qualifie de « recteur » commande « le minimum aux tuberculeux inguérissables, le maximum à ceux qu'on peut guérir ».

La cité hygiéniste de Duclaux réévalue les valeurs éthiques à partir de la maladie et du respect des bonnes pratiques préventives appuyées sur une discipline collective. Rapprochant la maladie de la faute civile, elle exclut l'incurable contagieux et réhabilite le syphilitique qu'il faut traiter comme un malade et non comme un coupable. La syphilis étant, comme la tuberculose, un mal du siècle et un fléau social qui menace l'espèce, il convient de réintégrer socialement sa cause, la prostitution, dont l'immoralité prétendue ne procède que de risques sanitaires non maîtrisés, de l'astreindre à un contrôle sanitaire strict, plus utile que la police des mœurs, et de soumettre son activité aux règles de la probité commerciale.

L'hygiène mérite un Ministère spécial, « celui auquel Bentham avait fait place dans sa constitution idéale sous le nom de Ministère de la Santé publique », qui devrait un jour remplacer le Ministère de la Guerre. Car la guerre est une maladie contagieuse dont on peut guérir. Les hygiénistes ont le sentiment de participer d'une internationale de l'hygiène capable de transformer les rapports sociaux internes tout autant que l'ordre public international. Désignant la maladie comme unique ennemi commun, public, universel, l'hygiène transnationale et pacifiste conduira contre elle une guerre juste et légitime qui éliminera toutes les autres. Un Léon Bourgeois, théoricien du solidarisme, président de la Société des Nations, partagera cet idéal.

## E. L'ARMEMENT THÉRAPEUTIQUE<sup>56</sup>

La découverte des micro-organismes dote la médecine d'un arsenal sans précédent et lui confère un pouvoir nouveau qui l'impose au public. Entre 1878 et 1898 on ne compte pas moins de douze découvertes majeures : staphylocoque (Pasteur, 1878), bacille de la fièvre typhoïde (Eberth, 1880), bacille de la tuberculose (Koch, 1882), vaccin contre la rage (Pasteur, 1884), vibrion cholérique (Koch, 1884), bacille de la peste (Yersén, 1894)... Les vaccins suivent : contre la rage (1885), le choléra (1892), la typhoïde (1896), la peste (1897). Règles d'asepsie et prévention vaccinale rendent possible une réelle politique de santé publique à laquelle l'immense labeur des hygiénistes de terrain a ouvert la voie, et que promeut la conjonction de l'hygiénisme, de la microbiologie et de l'industrialisation qui démultiplie la puissance de frappe

thérapeutique. Les hôpitaux se dotent de laboratoires. La chirurgie est transformée ; la généralisation de l'asepsie, l'anesthésie générale, les pinces homéostatiques la délivrent de la triade fatale qui hantait les salles d'opération : l'infection, la douleur, l'hémorragie. Le pasteurisme se greffe sur l'hygiénisme : un Brouardel travaille avec Chantemesse sur les fièvres typhoïdes. La diphtérie, tueuse d'enfants, recule. Des titulaires de chaire aussi éminents que Georges Dieulafoy ou qu'Isidore Strauss suivent le cours de microbiologie technique d'Émile Roux. Les pasteurien occupent des postes clés. Émile Vallin, commandant de l'École de Santé militaire de Lyon, rallie au pasteurisme la médecine militaire. La médecine curative, une fois convaincue de l'étiologie microbienne, promeut les campagnes de désinfection et les règles d'asepsie. Les médecins-hygiénistes départementaux impressionnent notables et élus par leur nouveau savoir et la modernité de leurs choix techniques : filtres de Chamberland, étuves à désinfection par pression. Ils diffusent des consignes d'hygiène domestique élémentaire telles que faire bouillir le lait. La révolution pasteurienne avait consolidé sa victoire intellectuelle par la reconnaissance publique : l'Institut Pasteur, inauguré en grande pompe par le Président Sadi Carnot (1884), monument-centre de production, raison sociale et symbole.

Pasteur et le pasteurisme étaient célébrés comme un modèle par les ténors du solidarisme. « On peut dire que l'un des grands chefs de l'école de la solidarité a été Pasteur, écrit Charles Gide, quand il a montré aux hommes qu'un grand nombre de maladies, - on pourra sans doute dire demain toutes les maladies -, sont données à l'homme par l'homme ». Quant à Léon Bourgeois il voyait en Pasteur celui qui, en formulant la doctrine microbienne, avait le mieux démontré l'interdépendance de tous les vivants.

Pourtant, la théorie des germes devait générer deux visions sociales opposées :

- 1°) une protection collective, solidariste, impliquant prévoyance sociale et l'obligation d'assurance, fondée sur l'ontologie et l'étiologie microbiennes, celle des pastoriens ;
- 2°) une protection individuelle contre un microbe indifférent aux conditions de vie, fondée sur l'ingénierie vaccinale et mise en œuvre par les médecins libéraux. Conception pasteurienne.

On attendait Hygie, et l'âge d'or de la santé publique. Ce fut Panacée, la revanche de la médecine consultante, armée de sa panoplie pasteurienne, ornée de vertu républicaine.

<sup>56</sup> Cf. Bernardino FANTINI, « La microbiologie médicale », in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, dir. Mirko D. Grmek, Seuil, vol. 3, pp 116-146.



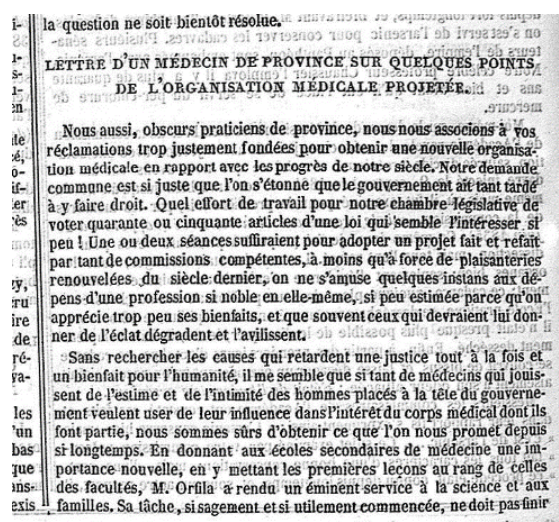
### III. GENÈSE DE LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892

Balzac qui a fait de la médecine un ressort de la *Comédie humaine*, dépêche volontiers les médecins au chevet de ses personnages et dessine des types<sup>57</sup>. Le docteur Benassis en est un, dont l'hippocratismes démiurgique assainit et transforme un canton déshérité des Alpes, où le goitre et le crétinisme sont endémiques, par une politique sanitaire basée sur le génie civil des hygiénistes et le développement économique des saint-simoniens. À ses qualités d'entrepreneur, à son intuition de la santé comme affaire politique et construction collective, Bénassis joint l'auréole d'une vocation de médecin des pauvres : « Je me vouai religieusement à l'état de chirurgien de campagne, raconte Bénassis, le dernier de tous ceux qu'un homme pense à prendre dans son pays. Je voulus devenir l'ami des pauvres sans attendre d'eux la moindre récompense ». Élève et ami du célèbre Desplein (Dupuytren), Professeur à la faculté de médecine de Paris, gloire de l'École de Paris, « grand consultant de la Monarchie de Juillet », médecin attiré de la haute bourgeoisie, le docteur Horace Bianchon auquel Bouillaud se flattait d'avoir servi de modèle, est le plus illustre médecin de la *Comédie humaine*, l'égal et l'intime des ministres qu'il soigne. Au pôle opposé de la fortune médicale, le docteur Poulain, « médecin du quartier » au Marais, croupissait, malgré son talent, pauvre, sans relations, célibataire, enviant les deux à cinq louis d'or qui honoraient les visites de Bianchon, alors que les siennes, qu'il faisait à pied, lui étaient payées - parfois - quarante sous, « car, en médecine, le cabriolet est plus nécessaire que le savoir ».

#### A. ANAMNÈSE D'UN RESENTIMENT

Dans la vie réelle, les Poulain étaient, naturellement, plus nombreux que les Bianchon. Le discours institutionnel d'en haut sur le dévouement et le désintéressement alterne avec les aigres revendications d'en bas sur la concurrence et la rémunération. Les officiers de santé créés par la loi de Ventôse an XI (10 mars 1803) en font les frais. Ils dégradent la profession en métier, empiriques sans science, captateurs de clientèle, concurrents déloyaux. « Mauvais médecins », ils jettent l'opprobre sur « les sources d'où ils tiennent l'être », c'est-à-dire ces jurys

départementaux exécutés d'une formule dont Orfila réclamera le retrait : « Ces promenades officielles dans les départements qui n'ont pour objet que de favoriser l'ignorance »<sup>58</sup> (Académie de médecine, séance du 19 novembre 1833). En vain Dupuytren avait-il appelé à la fin de l'officiat (1821) ; en vain le comte Corbière avait-il demandé la suppression des jurys médicaux, et la Chambre des Pairs, à l'instigation de Dupuytren, d'Orfila, de Velpeau, de Double, voté le remplacement des officiers par des licenciés. La lettre d'un médecin de province à la *Gazette médicale* publiée le 4 janvier 1840 atteste l'âpreté de la concurrence et l'intensité du mépris de classe. Le médecin de campagne est cerné par l'espèce trafiquante des officiers de santé qui sont aussi cabaretiers, charlatans, ivrognes et ignorants : « L'un d'eux a une clientèle très nombreuse, malgré l'inconvénient de se faire tuer sans connaissance de cause, quand le trop de vin fait chanceler le peu de science qu'il possède ». Et d'ajouter l'*ultima ratio*, l'argument basé sur le « retour sur investissement » : « Ceux qui sentant la dignité de leur profession calculent les dépenses et le travail que leur a coûté le diplôme, se révoltent de voir leurs consultations taxées au prix de vingt-cinq ou cinquante centimes ; cependant il leur faut les accepter ou consulter gratis, car on se passerait de médecins ou l'on s'en trouverait d'autres qui s'estimeraient assez peu pour mettre la médecine au rabais »<sup>59</sup>.



Source : [www.biusant.parisdescartes.fr/histmed/medica/](http://www.biusant.parisdescartes.fr/histmed/medica/)

<sup>57</sup> Les balzaciens liront avec autant de plaisir que de profit l'étude de Jacques BOREL : *Médecine et psychiatrie balzaciennes*, José Corti, 1971.

<sup>58</sup> *Gazette médicale de Paris* n° 74 du samedi 23 novembre 1833, « compte-rendu de la séance de l'Académie de médecine du 19 novembre 1833 ».

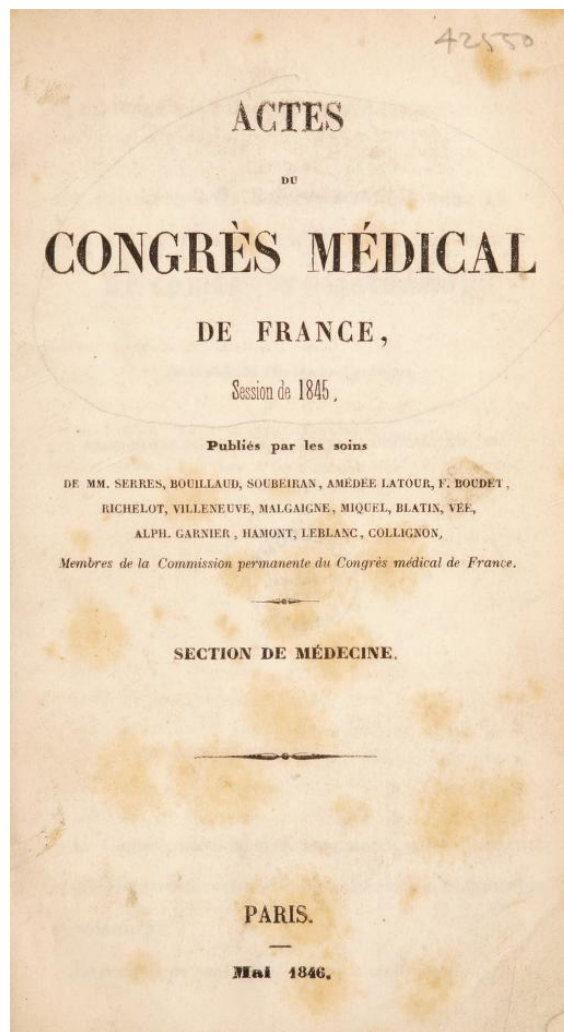
<sup>59</sup> *Gazette médicale de Paris*, tome VIII, 4 janvier 1840, p. 10-12, « Lettre d'un médecin de province sur quelques points de l'organisation médicale projetée ».

Cette lettre illustre le malaise des médecins et sous-entend les motifs de la nécessité de l'officiat : majoritairement les gens des campagnes préfèrent le « guérissage » dont le terme connote le succès, et le recours à l'officier de santé, issu du peuple, à la science, au langage et aux manières d'un médecin étranger à leur classe, victime de sa distinction au sens de Bourdieu. Dans les classes populaires, l'anti-médecine exclut le médecin. La médicalisation couvre un champ, au sens sociologique, dont la conquête suppose plusieurs conditions de possibilité : la suppression de l'officiat, pourvoyeur d'une indispensable petite chirurgie qualifiée de charlatanisme, l'amélioration des performances médicales, une volonté politique dont les médecins constitueraient la force motrice.

C'est pourquoi l'impossible réforme des professionnels de santé, toujours en chantier, jamais aboutie, est la maladie chronique du siècle qui alimente le malaise identitaire et économique de la profession. La suppression de l'officiat soumet la politique de santé à un dilemme : ou augmenter le nombre de médecins, à quoi la profession se refuse au nom de la concurrence ; ou obliger les médecins à « s'établir dans les campagnes », contre quoi la profession invoque le principe de la libre installation. À ce malaise devait répondre un *Congrès national*, le premier du genre qui réunit, le 1<sup>er</sup> novembre 1845, un millier de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires en la salle Saint-Jean de l'Hôtel de Ville de Paris. Les organisateurs évoquent des « États généraux de la médecine », la « constitution du corps médical ».

Le premier congrès médical de France<sup>60</sup> promettait beaucoup. Il s'ouvrait sur une retentissante et visionnaire déclaration de Serres dans son discours d'ouverture : « Le caractère dominant du XIX<sup>ème</sup> siècle est le perfectionnement du bien-être physique et moral de l'homme ». Il fut une manifestation de masse d'immobilisme et de *statu quo* revendicatif : suppression du second ordre, suppression de la patente, répression du charlatanisme, émancipation de la tyrannie judiciaire en matière légale, reconnaissance de la « dignité de la profession » au nom de la « science » qu'elle incarne et de ses services désintéressés pour l'« humanité souffrante », reconnaissance publique de son rôle social. Les médecins attendent de l'État la reconnaissance d'un *corps médical*.

Mais le Congrès, rapidement dominé par les notabilités, révélait en profondeur une fracture entre une « aristocratie » médicale et un « prolétariat » médical dont Amédée Latour, secrétaire et organisateur, se faisait le porte-parole



Source : <https://archive.org/details/b29286724>

contre l'illustre Malgaigne : « C'est le cri du prolétariat médical qui a provoqué le congrès ! » En vain Salvandy, ministre de l'Instruction publique, appelle-t-il l'attention des congressistes sur l'inégale répartition des médecins et la dangereuse sous-médicalisation des campagnes et des classes pauvres génératrices d'épidémies, qui inquiètent le gouvernement. La rhétorique, la phraséologie, l'emphase s'épuisent dans un dialogue de sourds. L'objectif de santé publique du gouvernement ne trouve ni écho ni écoute dans un congrès qui structure la lutte de la profession pour sa reconnaissance, et la prise de conscience de sa force et de ses clivages.

Dans le projet de loi qu'il dépose sur le bureau de la Chambre des Pairs le 15 février 1847, Salvandy mentionne avec déférence les vœux du Congrès mais s'inspire en réalité des propositions d'une haute commission des études médicales créée *ad hoc*, où siégeaient notamment Orfila, Royer-Collard, Andral, Forget, Velpeau, Pariset... La presse médicale ne s'y trompe pas.

<sup>60</sup> Cf L. BURQUELOT : « Le Congrès médical de France : défense d'une profession libérale sous la monarchie de juillet » in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, tome 86, n°2, 1979, pp 301-312. Voir aussi J. LÉONARD : « Les médecins de l'Ouest au XIX<sup>ème</sup> siècle », *ibidem*, tome 86, n°1, pp. 152-160.

Aussitôt, l'*Union médicale*, fraîchement créée par Amédée Latour, diffuse le projet « précédé et suivi de réflexions » qui taillent en pièces une loi duplice, sa lettre et son esprit. Latour, en sa qualité de secrétaire général de l'Association des Médecins de France, n'approuve qu'un seul article, le premier, qui reconnaît le monopole de l'exercice médical réservé aux seuls docteurs, et prononce l'abolition du second ordre. Récusant tout le reste, il dénonce le but caché de la loi : « courber nos libres et indépendantes professions sous le joug du pouvoir », « enlever à nos nobles professions leur indépendance et leur spontanéité », « développer encore l'élément aristocratique de nos professions, annihiler la part déjà si minime de l'élément démocratique ». Le projet Salvandy ménage et renforce les sommités médicales, phares de l'enseignement, et crée une médecine à deux vitesses, l'une bourgeoise, l'autre vouée aux classes populaires, méfiantes et insolubles, délaissée par les « docteurs » et clientèle obligée, hier des officiers de santé, aujourd'hui des médecins cantonaux.

À la lutte commune contre l'officiat de santé, succède le combat des médecins de base, qui passe par une lutte de classe interne contre l'« aristocratie » médicale, et une opposition systématique au pouvoir pour cause de quasiprolétarianisation. Christophe Charles observe qu'à Grenoble, en 1848-1850, 39 % des membres des professions libérales ne laissent aucun capital à leur décès. Pour la même période, 22 % restent célibataires, et la moitié de ceux qui sont mariés a un enfant au plus<sup>61</sup>. Le capital culturel du diplôme ne vaut que par le capital social ou économique qui en est le support. Dans le monde censitaire des notables propriétaires fonciers, le « niveau » n'efface pas la « barrière » et les hommes nouveaux du diplôme sans relations n'égalent pas les « héritiers ». Intermédiaire entre le peuple que sa bienfaisance oblige et les représentants de l'État qui favorisent ses affaires, le notable bloque l'ascension des « capacités », les précipitant, en 1830 et en 1848, vers le renversement de l'ordre établi. L'« encombrement » est le synonyme du moins et le revers du diplôme, le spectre de la « capacité », l'autre nom de la misère sociale, la hantise des professions libérales et l'explication de leur malthusianisme. L'*exposé des motifs* du projet de loi Salvandy reflète cet état de fait lorsqu'il évoque la création de bourses au bénéfice de « jeunes gens sans situation, sans fortune, sans état », « jeunes gens pris dans les rangs de la société où rien ne les a préparés à l'instruction élevée qu'ils reçoivent ». Comme si la qualité du milieu où elle est reçue faisait la qualité de l'instruction, simple valeur ajoutée du capital social.

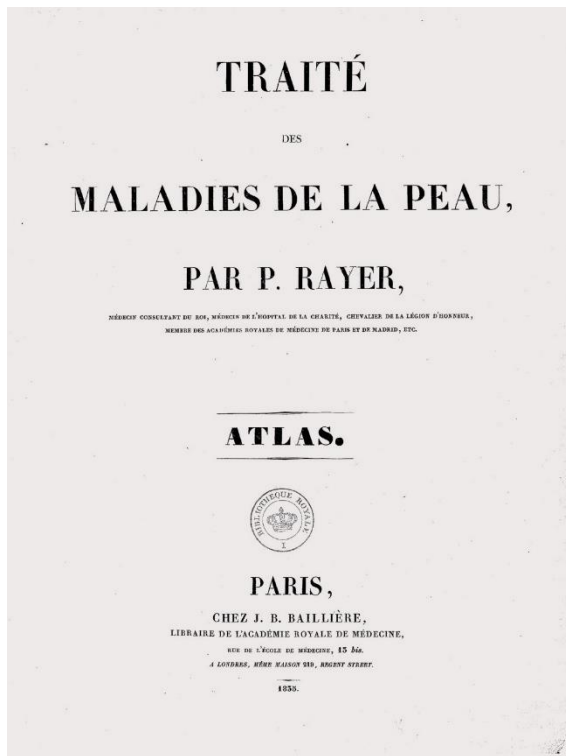
L'institution de boursiers et de médecins cantonaux au service des collectivités qui ont financé leurs études, était une façon d'assurer la couverture médicale du pays et de réduire les déserts médicaux. Objectif incompréhensible pour le commentateur de l'*Union médicale* qui est crispé sur l'élimination de toutes les concurrences, l'exemption des servitudes légales, la défense et la garantie des revenus élevés au rang d'une obligation morale, la demande de considération sociale et de reconnaissance d'un rang conforme à la « dignité » de la profession. Dilemme, contradiction œdipienne d'une profession contrainte de solliciter son institution auprès d'un pouvoir « odieux, tyrannique, draconien », qui ne lui inspire qu'aversion, qu'elle investit d'un dessein machiavélique. « La pensée secrète et cachée, - pas si cachée qu'elle ne se montre évidente à chaque article -, est de lier les professions médicales au pouvoir, et d'anéantir leur liberté ». En bref, est réputé entrave tout ce qui ne favorise pas la liberté d'installation et la liberté des revenus. Est charlatanisme tout ce qui contient une menace de concurrence, - des médecins étrangers au personnel religieux des hôpitaux -, en passant par les catégories professionnelles intermédiaires comme les oculistes et les dentistes. À libre entreprise, revenus libres, la liberté consistant dans l'exonération de toute obligation légale à l'égard de la collectivité et de l'État, et pour ce dernier, l'obligation inconditionnelle d'éliminer la concurrence.

## B. LA LUTTE POUR LA RECONNAISSANCE

La révolution de 1848 devait interrompre le processus législatif. La profession cependant ne laissait pas d'organiser la défense de ses intérêts par des moyens nouveaux : la presse dont elle a compris la puissance sous le double rapport de la vulgarisation médicale et de la publicité, et l'association. Outre l'*Union médicale* de Latour (1847), paraissent le *Mouvement médical* (1852), la *Tribune médicale* (1867), le *Progrès médical* (1873), enfin le *Concours médical* (1879) d'André Cézilly, fer de lance du syndicalisme médical.

Le congrès de 1845 avait rejeté la proposition de Latour de constituer une association générale des médecins qui fût une société d'entraide et de défense des intérêts professionnels. Celui-ci relança son projet auprès de Pierre Rayer, gloire médicale, auteur d'un *Traité des maladies de la peau* traduit en plusieurs langues, et de travaux de pathologie comparée, fondateur de la Société de biologie, président du Comité consultatif d'hygiène de France, dont les élèves avaient nom Jean-Martin Charcot, Claude Bernard, Émile Littré, Charles-Édouard Brown-Séquard.

<sup>61</sup> C. CHARLES, *Histoire sociale de la France au XIXe siècle*, Seuil, coll. Points, 1991, p. 48.



Source : [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France)

Secondé par le pharmacien Julien-François Jeannel, Rayer, médecin personnel de l'Empereur favorable au projet, réunit une commission préparatoire prestigieuse : Charcot, Littré, C. Bernard, Bouillaud, Villermé, Michel Lévy, Larrey fils, Michel Chevalier, promoteur du modèle industriel saint-simonien, inspirateur économique de l'Empire. Le 31 août 1858, Napoléon III approuvait les statuts de l'*Association générale des Médecins de France* (AGMF), organisation de solidarité médicale à l'échelle nationale en phase avec le développement des sociétés ouvrières de prévoyance. L'AGMF devenait l'interlocuteur médical national dont l'État avait besoin. Son institution consacrait la reconnaissance de la profession médicale, sa prise de participation dans l'action de l'État, ses missions médico-sociales auprès des sociétés ouvrières et des indigents. C'est un succès. Entre 1860 et 1880, l'AGMF passe de 3 000 à 6 000 adhérents. L'AGMF qui vaut à la médecine un titre de reconnaissance publique, de science officielle et de respectabilité médicale, est un outil efficace de conquête de terrain. Le mutualisme, instrument de paix sociale, grand dessein social de l'Empire, dépassant le cadre ouvrier, s'étend à toutes les professions, modifiant les conditions d'exercice et favorisant l'expérimentation de nouveaux

modes de rémunération. Des conventions sont conclues entre mutuelles et sociétés de médecins pour tarifer les actes médicaux et financer la gratuité des soins aux indigents. Par ce moyen, le médecin parvient au contact de populations plus coutumières du « guérissage » que de la médecine.

La guerre contre les ennemis héréditaires ne désarme pas : l'officiant de santé, cible permanente ; le charlatanisme contre lequel l'État coordonne une action répressive interministérielle ; les expertises judiciaires obligatoires dont les honoraires sont revalorisés. Les anciennes revendications continuent : interdiction de l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, prohibition des médicaments secrets, admission des médecins à l'administration hospitalière, autorisation de la publicité médicale dans la presse. L'AGMF fonctionne comme une société en réseau assurant la circulation de l'information.

La lutte contre les empiriques marque des points : lors de l'assemblée générale de 1861, le tableau de chasse est de 833 condamnations, dans 21 professions différentes, dont 164 commerçants, 162 religieux, 4 bourreaux. L'Empire avait servi la cause des médecins, sans combler leurs attentes.

### C. L'ACTIVISME RÉPUBLICAIN DES MÉDECINS<sup>62</sup>

Peut-on parler d'un tournant républicain des médecins ? Les médecins pouvaient-ils rester indifférents à l'appel de Gambetta aux « nouvelles couches sociales », fondement de la République, refondation des rapports sociaux, reconnaissance du travail et du mérite, remplacement d'une classe par une autre ? « Oui, je pressens, je sens, j'annonce la venue et la présence dans la classe politique, d'une *couche sociale nouvelle*... ». Leur profession, toujours sur le qui-vive, en proie au complexe de persécution, toujours en manque de reconnaissance, n'avait-elle pas des raisons d'espérer, de se reconnaître dans la classe élue, messianique, annoncée par le *Discours de Grenoble* (26 septembre 1872) ? Les médecins se lancent à la conquête du pouvoir. Élus locaux, ils ont participé avec les artisans et les commerçants, à la *révolution des emplois*, consécutive à la *révolution des mairies*, « dispersée en trente mille centres », que Daniel Halévy décrit comme une révolution culturelle qui « affecte le tissu même de la Société, atteint et change les mœurs »<sup>63</sup>.

<sup>62</sup> Cf. J. LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, op cit, et « La médicalisation de l'État : l'exemple des premières décennies de la III<sup>ème</sup> République », in *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, tome 86, n°2, 1979, pp. 313-320.

<sup>63</sup> D. HALÉVY, *La fin des notables*, Grasset, 1930, réimpr. Le livre de poche, 1972, pp 343-344. Voir également P. BARRAL, *Les Fondateurs de la III<sup>ème</sup> République*, Armand Colin, 1968, notamment les pp. 229-230.

Fin des notables. Les « couches nouvelles » s'emparent des quatre cent mille places que les notables abandonnent. Maires, adjoints, délégués communaux, les médecins sont à pied d'œuvre dans tous les secteurs : hygiène, sécurité et salubrité des usines, protection de l'enfance, soins aux indigents, campagnes de vaccinations, développement des sociétés sportives...

La démission de Mac Mahon, l'élection de Grévy ouvrent une ère nouvelle. Républicains conservateurs, les médecins de ville, hommes de science et de progrès, s'intègrent dans une gauche opportuniste et un radicalisme raisonnable. Leur idéologie politique est en osmose avec leur idéologie professionnelle.

Dans les coulisses du pouvoir les médecins occupent des points stratégiques comme la Société française d'hygiène, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, la Société protectrice de l'enfance... Ils sont actifs dans la franc-maçonnerie, « laboratoire de plusieurs lois importantes, et armature idéologique du régime nouveau » (J. Léonard). Ils s'illustrent dans les hauts grades maçonniques : Henri Thulié, grand maître du Grand-Orient de France est un spécialiste de l'enfance abandonnée ; autre grand maître, Antoine Blatin est hygiéniste et milite pour l'incinération. Paul Bert, « incarnation de la philosophie maçonne » devient ministre de l'Instruction publique. Émile Combes sera le premier médecin président du Conseil.

Le suffrage universel envoie au Parlement son contingent stable de médecins : 10 % de l'effectif de la Chambre des députés entre 1880 et 1900. À partir des années 1880, le nombre de médecins sénateurs, anciens députés, ne cesse d'augmenter : 35 médecins pour la législature 1891-1894, majoritairement opportunistes et radicaux. Parmi eux :

- le pastorien Charles Chamberland, second directeur de l'institut Pasteur après Duclaux, élu du Jura (1885-1889) ;
- Odilon Lannelongue, ami de Gambetta, son médecin personnel, professeur de chirurgie aux facultés de Lille, élu de Condom ;
- Théophile Roussel, sénateur de la Lozère, membre de l'Académie de médecine, rapporteur d'une loi contre l'alcoolisme (1873), promoteur de la protection de l'enfance (1874) ;
- Victor Cornil, pasteurien, ami de Gambetta, membre, lui aussi de l'Académie de médecine, histologiste, anatomo-pathologiste, professeur à la Faculté de médecine de Paris, associé à toutes les lois médico-sociales ;
- Antoine Chevandier, sénateur de la Drôme, auteur de plusieurs propositions de loi supprimant l'officiat de santé et réprimant l'exercice illégal.

Médecins, députés et sénateurs forment une commission interparlementaire qui va se comporter comme un lobby relayant les aspirations corporatistes et les revendications de la base.

En 1880 la question d'un organe officiel de représentation et de défense des intérêts professionnels agite la profession médicale. En 1881 se créent, dans la plus complète illégalité, les premiers syndicats médicaux. En 1884, rompant avec l'AGMF, le *Concours médical*, sous la conduite de son fondateur Cézilly, ancien chirurgien auxiliaire de la marine devenu homme de presse, lance l'*Union des syndicats médicaux (USM)*. Mouvement radical, provincial, émané de la base, le syndicalisme médical entend organiser une position commune des médecins face à leurs multiples interlocuteurs institutionnels : administrations, mutuelles, sociétés industrielles, compagnies d'assurances...

Revendication statutaire et économique sont liées : il faut organiser la résistance économique pour que la **profession** ne devienne pas un métier ; il faut vivre de l'honoraire et non pour l'honoraire ! La défense des intérêts économiques efface l'image d'Épinal du médecin des pauvres, du saint laïc, du médecin philanthrope, qui entretenait le lustre des médecins bourgeois. La médecine n'est ni un sacerdoce ni un métier. En 1892 l'USM comptera plus de 200 syndicats et 3 500 praticiens syndiqués, soit 20 % de la profession.

Mais le syntagme syndicalisme médical n'est-il pas auto-contradictoire ? Les médecins de l'USM se prévalaient de la loi du 21 mars 1884 relative à la création des syndicats professionnels. Quels sont les intérêts communs d'ordre économique à défendre, et comment se distinguent-ils des intérêts agricoles, industriels et commerciaux ?

Un arrêt de cassation du 27 juin 1885, instaurant une coupure entre activité libérale et activité commerciale, refuse toute assimilation et dénie aux médecins le droit de se constituer en associations syndicales et, en conséquence, celui d'ester en justice.

Le *Concours médical* repart à l'offensive contre la loi de Ventôse an XI et mobilise ses troupes. Une commission du *Concours* travaille étroitement avec le docteur Antoine Chevandier (1822-1893), parlementaire persévérant, qui dépose sa quatrième proposition de loi.

## IV. LE TRIOMPHE DE PANACÉE : LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892<sup>64</sup>

Chevandier est rapporteur, Brouardel commissaire du gouvernement. On retrouve les constantes : reconnaissance du monopole des docteurs ; suppression de l'officiat ; reconnaissance des syndicats médicaux ; répression de l'exercice illégal.

La ligne directrice du projet : le monopole des docteurs en médecine, et une farouche politique de terre brûlée de tout acte médical ou apparenté hors du médecin. L'acte médical et ses moyens de réalisation, les instruments et les produits médicaux, deviennent des objets protégés. L'attribution du monopole entraîne l'exclusivité d'emploi de l'outillage médical et de la production pharmaceutique, sanctionnés par la liberté de prescription. Qui fait œuvre de médecin doit être muni du diplôme. Hors la loi, *rebouteurs, noueurs d'os* et autres *bailleuls, rhabilleurs, orthopédistes, magnétiseurs, oculistes et lithotimistes* ! Disparaît toute cette petite chirurgie que les officiers de santé partageaient avec une multitude d'empiriques. Sans hors champ médical les *pédicures, manucures et masseurs*. Le statut des *bandagistes-herniaires* est indécis.

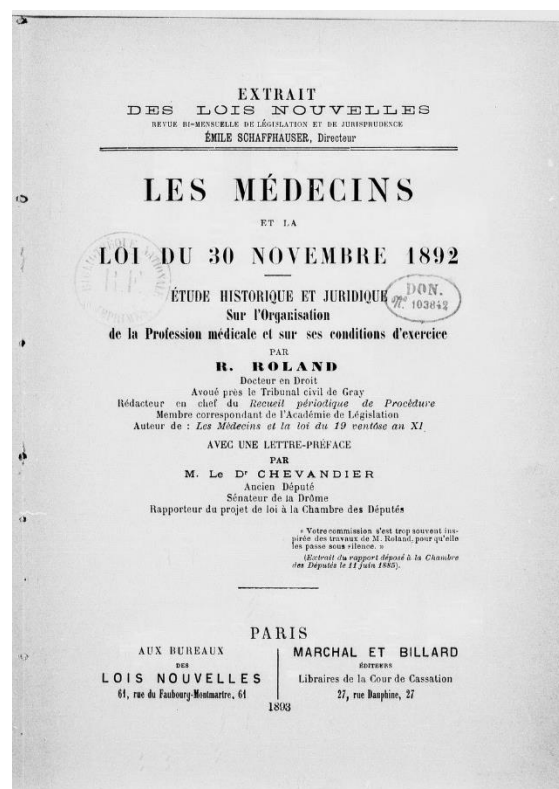
### A. L'ÉLIMINATION DE LA CONCURRENCE

Dans l'*exposé des motifs* de sa proposition de loi de 1883, Chevandier plaidait la suppression des officiers de santé sur la base de la distinction sociale, habitus de classe que cristallise depuis un siècle le terme *dignité* :

« Le pied d'égalité sur lequel ils sont avec les docteurs [...] est une injustice dont ces derniers se plaignent à bon droit [...] La question de la dignité du corps médical français ne peut être passée sous silence. Le médecin est appelé à tenir dans la société un rang social élevé, à soutenir, par sa distinction, par son degré d'instruction, la considération due à la confrérie. Pourquoi admettre que celle-ci sera faite de personnes ayant reçu une instruction différente ? »

En 1892, Chevandier se sert d'arguments nouveaux : l'officiat est devenu techniquement inadapté et, politiquement, peu défendu. La législation de 1803 qui avait présidé à l'instauration du « second rang » de la médecine était, en 1892, « surannée, vicieuse, incomplète ». Le

monopole, expliquait Chevandier, en assurant l'unité de grade, devait instaurer une égalité démocratique de tous les malades devant la science. Le recrutement des officiers de santé se tarit, découragés par la loi de trois ans de service militaire dont sont exemptés les docteurs, et l'allongement de leurs études. Une enquête du sénateur Cornil auprès des conseils généraux montre que 54 sont favorables à la disparition de l'officiat, 21 favorables à sa conservation, 7 sans opinion. Il est spécieux d'associer officiat et médicalisation des campagnes ; les officiers de santé, non moins que les docteurs, recherchent les régions agréables et la clientèle solvable. L'avenir de la médicalisation des campagnes dépendra d'un dispositif d'assistance médicale.



Source : gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France

La loi dispose spécifiquement et restrictivement pour les dentistes et les sages-femmes dont les services sont indispensables. Des serruriers, des forgerons s'improvisaient dentistes ou mécaniciens-dentistes. Les dentistes auront-ils le droit de pratiquer l'anesthésie générale ou

<sup>64</sup> Sur le contenu et les circonstances du vote de la loi, nous nous sommes référés à deux documents majeurs :

1°) R. ROLAND, *Les médecins et la loi du 30 novembre 1892. Étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice*. Lettre-préface du Dr Chevandier. Paris, Aux bureaux des lois nouvelles, Marchal et Billard, 1893.

2°) A. SALOMÉ, *Le médecin et la loi. Étude juridique sur la condition du médecin en droit français*. Thèse pour le doctorat en droit, Paris, Arthur Rousseau, 1898.

locale ? La loi nouvelle accorde ce droit aux dentistes diplômés, les dentistes non diplômés étant placés sous le contrôle d'un docteur en médecine. Quant aux sages-femmes, il leur est interdit d'utiliser des instruments ou des antiseptiques.

L'exercice illégal, jusqu'alors simple contravention, est érigé en délit d'habitude c'est-à-dire équivalent à « une direction de traitement suivie » : un seul acte emporte condamnation. Cette disposition mettait fin à une jurisprudence traditionnelle de tolérance en faveur du clergé au titre de la bienfaisance. « Les religieux et religieuses de tout ordre, écrivait Chevandier, sont les délinquants perpétuels et les récidivistes incorrigibles de l'exercice illégal de la médecine » (*Rapport du 11 juin 1885*). Autre concurrence redoutée, - infatigable rengaine, xénophobie persistante -, celle des médecins étrangers dont il fallait, faute de les interdire absolument, diminuer drastiquement les possibilités d'installation en durcissant les règles d'équivalence de diplôme.

## B. LA DONATION DU MONOPOLE

Surprise, émotion, choc, lorsqu'au cours des débats le gouvernement prétend obliger les médecins à déclarer les *maladies transmissibles* ! La profession oppose aussitôt le secret professionnel. Pourtant l'article 15 relatif au signalement des maladies « *transmissibles* » apparaît au rapporteur de la Chambre des députés comme « *une des dispositions les plus importantes de la loi, parce qu'elle a pour but d'assurer la protection de la santé publique [...] Il faut connaître le mal dès son apparition, sa localisation, dans telle maison, dans tel quartier. C'est donc l'intérêt qu'a le corps social à connaître dès son apparition une maladie épidémique qui a conduit le législateur à faire de la dénonciation de cette maladie une obligation pour les médecins. C'est là en quelque sorte le prix du monopole concédé aux médecins par l'État* ». Chevandier, au Sénat, concluait en termes identiques : « *Il est juste que l'Administration demande au corps médical des services d'intérêt public en même temps qu'elle lui octroie des privilèges* »<sup>65</sup>.

Ce fut l'article le plus passionnément discuté. Il constitue la pierre angulaire de la loi, un nœud de problématiques. S'y jouait l'avenir de la santé publique, le troc entre santé publique et monopole. On y essayait la force de résistance du secret médical. On actait l'exemption de toute participation des médecins libéraux à une mission de santé publique et sa conséquence : l'abandon d'une politique publique hygiéniste

hégémonique. Le modèle libéral triomphait. La profession constituait un corps, le corps médical, reconnu et respecté par l'État.

Le secret médical, visé par l'article 378 du Code pénal, est une pièce maîtresse de l'esprit de la profession et de sa différence. Inhérent à l'habitus de classe et à la distinction, valeur-fétiche, en plaçant la médecine hors du droit commun, le secret médical l'élève au-dessus des activités profanes et la constitue en classe sacerdotale. Rempart invisible, source de cette confiance qui inspire le colloque singulier et le principe de la cure, la dimension religieuse du secret médical, secret de la confession sécularisé, doit être mesurée à la hauteur répressive de sa transgression. L'infraction est réalisée par la seule divulgation à un tiers de la moindre information médicale relative au patient, fût-elle dénuée de toute intention de lui nuire et dans son intérêt.

La valeur absolue du secret médical, sa légitimité, sa charge symbolique, permettaient à la profession de contester les exceptions souhaitées par le Gouvernement en matière de santé publique, de les réduire à leur plus simple expression, et d'obtenir tous les ménagements dus à son rang. Le premier alinéa de l'article 15 pose une obligation polie qui associe occasionnellement le médecin à une mission générale de santé publique : « Tout docteur [...] est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation ». L'impératif dur et désobligeant « *doit* » a été évité. L'expression « *est tenu* » fait davantage appel à l'obligation de conscience, à la bénévolence du médecin qu'à une servile soumission à l'autorité. Le terme *transmissibles* a été remplacé par *épidémiques* moins évocateur du contact de personne à personne et plus neutre dans la matière controversée du contagionisme. La déclaration n'est que l'accessoire, l'élément aléatoire d'un acte médical dont la singularité s'affirme par la redondance diagnostic-observation. Le dépistage des épidémies, occasionnel, vulgaire, ne saurait corrompre le regard médical ni troubler l'activité libérale.

Le second alinéa dispose que « la liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du Ministre de l'Intérieur après avis de l'Académie de Médecine et avis du Conseil consultatif d'Hygiène de France. Le même arrêté fixera les modes de déclaration desdites maladies ». L'autorité médicale surplombe celle de l'État. Quant aux détails pratiques de la déclaration, tels que les arrête Henri Monod sous couvert du ministre, en sa qualité de directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, elle consiste en un carnet à souche où ne seront

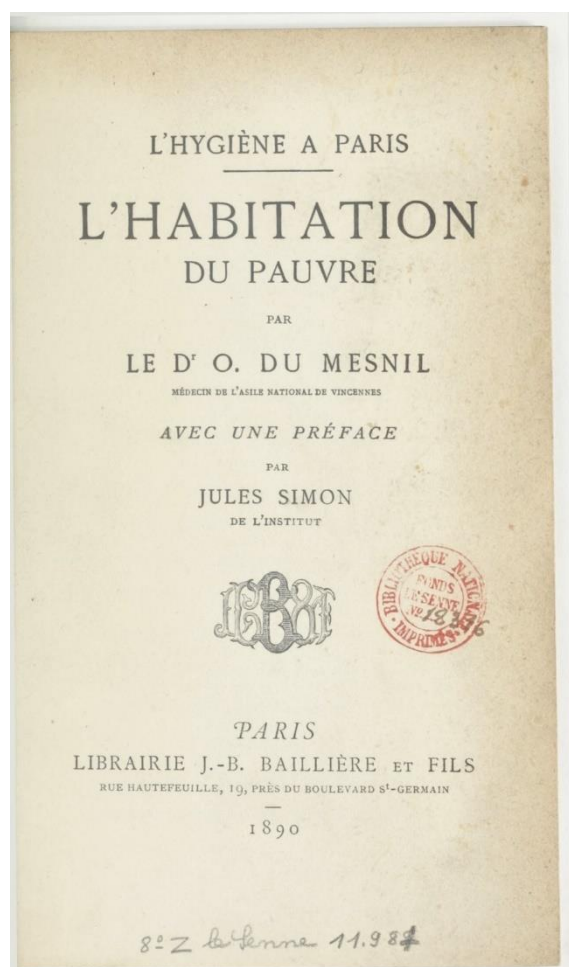
<sup>65</sup> Citations de Henri Monod, rédacteur : *Circulaire du Ministre de l'Intérieur Aux Préfets, relative à la déclaration des maladies épidémiques*, 1<sup>er</sup> décembre 1893.

mentionnées que la nature de la maladie épidémique et l'adresse de la maison où elle s'est produite. Le médecin ne sera pas tenu de signer sa déclaration. Il ne sera identifié que par un numéro d'ordre administratif. L'anonymat du médecin est garanti. Son rôle s'arrête au signalement, la lutte contre les épidémies relevant en première ligne du pouvoir de police des maires. Un commentateur perspicace du projet de loi notait : « Une nouvelle loi sanitaire devrait donc suivre et compléter celle qui va régir l'exercice de la médecine. Cette loi s'impose comme une nécessité sociale » (*Gazette des tribunaux*, 10 décembre 1891).

L'article 15 consacre, divise la santé publique en objet collectif de police d'une part, en objet médical individuel de l'autre. La loi du 30 novembre 1892 balaye et réduit au silence plus d'un demi-siècle d'expérience hygiéniste.

### C. L'INCERTAIN COMBAT CONTRE L'INSALUBRITÉ

En 1890 paraît *L'habitation du pauvre*<sup>66</sup>



Source : gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France

Ce rapport d'enquête et cette brochure de combat du docteur Octave Du Mesnil, avait relancé la question de l'habitat insalubre et de son action dans la propagation des épidémies. L'étude était dédiée au docteur Émile Roux, pastorien du premier cercle, et reprenait l'observation de terrain des enquêteurs sociaux sous un angle pasteurien. Octave Du Mesnil, maire de Créteil, était un missionnaire de l'hygiène en milieu ouvrier et un militant reconnu de la santé publique. Continuant l'œuvre d'un Villermé ou d'un Parent-Duchâtelet, le docteur Du Mesnil a parcouru, mesuré mètre par mètre, cartographié les rues et les quartiers de Paris les plus exposés au choléra. Ce savant collaborateur des *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* décrit des choses débusquées, palpées, flairées.

Les tableaux de Paris se succèdent sous les espèces du putride, des résidus organiques, du cadavérique, de l'irrespirable, de la pestilence et du miasme. Tel est le décor des baraques disjointes de la  *cité de Kroumirs*. « Le logement des ouvriers » détermine un type de logement, purement spéculatif qui les fait ressembler « aux navires jadis destinés à la traite », reproduisant systématiquement « malfaçons » et « nuisances » intérieures : locaux humides, gluants, confinés, sans air ni lumière, sans évacuation des immondices. Il est des « nuisances » spécifiques à l'habitat du pauvre, quelle que soit sa situation géographique, centrale ou périphérique. L'auteur décrit les bouges de l'avenue de Choisy, du boulevard de la Gare, de la rue du Château. Il a visité des garnis, inspecté les cités où se concentrent les populations ouvrières : la cité Jeanne d'Arc, la cité des Kroumirs.

La rue Sainte Marguerite, dans le Faubourg Saint Antoine, où croupissent ouvriers du bâtiment et chiffonniers qui trafiquent les linges et la literie des varioleux de l'Hôpital Saint Antoine, s'avère la plus sordide, la plus infectée, la plus menaçante. Là, « tous les germes infectieux, ceux de la fièvre typhoïde comme ceux de la variole, trouvent un terrain de culture admirablement préparé pour se reproduire et se répandre dans les quartiers voisins ». L'analyse prédictive de 1883 se réalisait l'année suivante. Du n° 19 de la rue sainte Marguerite devait partir l'épidémie de choléra de 1884.

Du Mesnil passe de la question de l'habitat insalubre à la question sociale. Comme Monod, comme Napias<sup>67</sup>, il plaide pour un système où l'assistance, - un droit continu -, remplace l'aumône, aide ponctuelle à un misérable « apparu entre deux néants de misère, celle d'où il surgit, celle où il retourne ». Il importe de renouveler la charité, de la socialiser, de la structurer par deux

<sup>66</sup> O. DU MESNIL, *L'habitation du pauvre*, Préface de Jules Simon. Paris J.-B. Baillièrre et fils, 1890.

<sup>67</sup> H. NAPIAS, *Le mal de misère, étude d'hygiène sociale*, Paris, A la librairie républicaine, 1876. Henri Napias, directeur de l'Assistance publique, est également l'auteur d'un *Manuel d'hygiène industrielle* (1882).



notions empruntées au droit romain : l'adoption et la clientèle. « Aujourd'hui [...] nous voulons connaître ceux qui souffrent pour leur continuer notre aide jusque dans leurs caves et sous leurs combles, notre charité a pris la figure d'un acte d'adoption, elle s'est fait une clientèle perpétuelle de misérables, de leurs femmes, de leurs enfants ». Le solidarisme original du docteur Du Mesnil perçoit un danger social imminent qu'il est urgent de prévenir : « Ce n'est pas de la vertu, c'est de l'héroïsme qu'il faudrait à tout ce monde pour ne pas contracter dans ces bouges la haine de la société qui les tolère ». Son préfacier, Jules Simon, n'est pas moins dramatique : les « réclamants », c'est-à-dire les propriétaires procéduriers, sont « les porte-parole de la mort », des empoisonneurs sollicitant le délai nécessaire à l'écoulement de leurs stocks.

La santé publique se heurte aux murs de la propriété privée. Du Mesnil retrace deux séances de l'Académie des Sciences morales, en 1882 et 1884, où à l'occasion de ses écrits, se sont affrontés d'une part, les réformateurs (Jules Simon, Jules Siegfried, Georges Picot, Charles Dietz-Monnin), promoteurs d'une association encourageant l'habitat à bon marché, demandeurs d'une véritable politique de salubrité publique et d'autre part, les libéraux (Paul Leroy-Beaulieu, Léon Say, Frédéric Passy) partisans intransigeants de la propriété et de la responsabilité individuelle. Les premiers revendiquaient un « devoir social ». Les seconds, soupçonnaient dans l'encouragement à l'habitat à bon marché un « socialisme camouflé », accusaient l'irresponsabilité des locataires. Leroy-Beaulieu diagnostiquait un mal passager, Léon Say ne voulait pas être dupe d'« une ruse du sentimentalisme », Passy, pragmatique, disait préférer des logements misérables à l'absence de logement.

Depuis la loi du 13 avril 1850<sup>68</sup>, relative aux logements insalubres, « loi de haute police municipale » selon la formule de l'un de ses rapporteurs, Anatole de Melun, la santé publique était devenue un élément de l'ordre public, un objet de police sous l'autorité des maires.

La loi de 1850 est d'empreinte civiliste. Ses promoteurs avaient dû se conformer à la dogmatique libérale dominante. Imprécise sur les causes d'insalubrité, n'admettant que des causes internes dépendantes de la volonté de l'homme, d'un champ d'application étroit quant aux lieux (locations privées) et quant aux personnes (locataires), limitée au bâti privé, dépendante du principe de propriété, instituant des commissions municipales facultatives, à la discrétion des maires, ne prévoyant que de faibles sanctions contraventionnelles, cette loi accusée

d'inéquité aux dépens des propriétaires, devait, malgré les critiques, survivre jusqu'à la grande charte sanitaire du 15 janvier 1903.

Entre-temps la loi municipale du 5 avril 1884 avait considérablement musclé les compétences de police des maires. Leur était dévolu (art. 97, 6°) « le soin de prévenir par des précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux, tels que les incendies, les inondations, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, en provoquant, s'il y a lieu, l'intervention de l'autorité supérieure ». Pour ce faire les maires disposent d'un recueil d'instructions émanant du Comité consultatif d'Hygiène de France. Suivant la gravité de l'épidémie, se met en place une chaîne ascendante de responsabilités dont le premier maillon est le maire, et, dans l'ordre hiérarchique, le sous-préfet, le préfet, le ministre de l'intérieur, et retour. La mesure de police sanitaire de premier niveau, celle du maire, consiste à isoler la maison infectée. Les épidémies ne sont maîtrisables que par la contrainte. L'antique arsenal mis à jour par Louis XVIII n'a rien perdu de sa vigueur. Il se renouvelle. La prévention reste l'affaire de l'exécutif.

#### D. ENFIN LIBRES !

Les médecins n'entendent pas davantage se compromettre avec la fonction publique qu'avec la santé publique. Il est amplement rappelé que l'obligation d'inscription du médecin à la préfecture et au greffe n'induit aucune sujétion administrative. Son exercice est libre et ne participe d'aucun service public que ce soit. Rappel d'autant plus nécessaire que le Président du Conseil, Émile Loubet, s'était demandé, lors de la discussion de l'article sur la liberté syndicale, si leurs fonctions auprès des indigents, des enfants assistés, leur qualité d'inspecteur des enfants du premier âge et de médecins des épidémies, leurs divers mandats auprès des collectivités locales et de l'État, ne transformaient pas les médecins libéraux en fonctionnaires exclus du champ d'application de la loi relative aux syndicats.

L'un des critères de la profession libérale consiste dans la liberté des honoraires. Dans un souci de promotion et de légitimation de leurs honoraires, les médecins avaient réclamé une prescription de cinq ans, et leur protection en forme de créances privilégiées ; la loi leur accordera une prescription de deux ans, exorbitante du droit commun, soulignant que l'acte médical n'étant pas un acte de commerce. Faute de base sérieuse, il apparut impossible de fixer un

<sup>68</sup> Sur cette loi, voir A. DES CILLEULS, *Commentaire de la loi du 13 avril 1850 sur les logements insalubres*, Librairie générale de jurisprudence, 1869.

quantum du paiement à l'acte ; le médecin apprécie librement le montant de ses honoraires. Une convention entre le médecin et son patient est licite. Dérogation au paiement direct, un patron est garant des frais médicaux en cas d'accident du travail survenu à ses ouvriers ; de même la commune au titre des soins prodigués aux indigents. Vieille pomme de discorde, les expertises requises par la justice : obligatoires, mal rémunérées, techniquement risquées, dangereuses pour le prestige, subies comme une corvée féodale, humiliantes en un mot. De ce fait dans l'Aveyron les médecins coalisés, avaient su résister aux demandes de la justice et paralysé l'action d'un juge d'instruction en 1889 (« scandale de Rodez »). Les actes de médecine légale, revalorisés, seront dévolus à un corps spécialisé de docteurs en médecine qui restent détenteurs du monopole de l'expertise judiciaire.

Il est un domaine où les médecins ne parvinrent pas à s'affranchir du contrôle des juges en matière professionnelle. Leur demande relative la constitution d'un ordre professionnel propre à assurer leur cohésion et à régler leurs différends fut rejetée, et ne devait être accordée que par le Gouvernement de Vichy.

## E. INSTITUTION D'UNE MÉDECINE OFFICIELLE

La loi du 30 novembre 1892 organise les rapports de la médecine et de l'État.

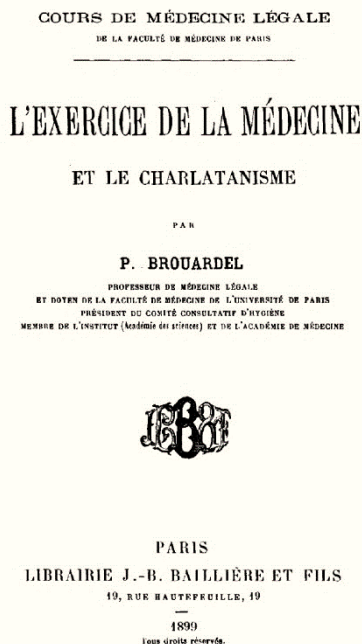
Peut-être pourrait-on parler d'un compromis en échange du monopole, voire d'un contrat : délégation de la santé publique à la médecine libérale. Les médecins n'ont pas obtenu le ministère de la santé où ils rêvaient de régner en maîtres. Mais ils ont préempté l'hygiène laissée à la merci des maires et des préfets en cet âge d'or des collectivités locales qui s'administrent librement, au lendemain de cette révolution des mairies qui marquait la suprématie d'élus allergiques aux fonctionnaires et aux entraves de la réglementation. Le commentaire de Paul Brouardel, l'un des meilleurs connaisseurs d'une loi qui est partiellement son œuvre, dans son *Cours de médecine légale* (1899), conforte l'hypothèse d'un contrat synallagmatique entre l'État et la médecine libérale qui cumule et confond, dans son monopole, soin aux particuliers et santé publique :

*« La base de la discussion parlementaire était, suivant moi, celle-ci : d'une part et en première ligne, les intérêts de la société qui veut être protégée dans sa généralité et dans chacun de ses membres contre la maladie ; en seconde ligne se trouvaient les intérêts du corps médical*

*auquel la société confie le soin de sa santé [...] La loi s'est préoccupée de ces deux intérêts, qui ne sont contradictoires qu'en apparence, car nous vous montrerons que si la protection de l'exercice de la médecine devient insuffisante, la santé publique est en danger »*<sup>69</sup>.

Brouardel insiste sur le lien quasi-contractuel noué entre la médecine libérale et l'État, le monopole médical et la santé publique. La loi transfère aux médecins l'appréciation des conditions de salubrité publique et les charge de « dévoiler à l'autorité sanitaire les circonstances qui font courir un danger à la santé de la collectivité, de la famille ou de l'individu ». Ce lien nous apparaît bien ténu, sinon artificiel, et sans rapport avec l'hygiénisme qui s'était donné pour objet la santé publique, et dont la mission semble vouée à s'éteindre.

Brouardel n'insiste pas moins sur la répression de l'exercice illégal qui protège le « rang social » du médecin et justifie la garantie de ses intérêts matériels. Les intérêts de la société et ceux des médecins sont solidaires. Si la société venait à les méconnaître, elle devra se demander « si elle n'a pas sa part de responsabilité dans l'effondrement de l'homme qu'elle aurait dû soutenir, qu'elle a délaissé et qui s'est vu, dans un moment d'égarement, contraint de prêter l'oreille à la *malasuada fames* »<sup>70</sup>.



Source : [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque_nationale_de_France)

<sup>69</sup> P. BROUARDEL, *L'exercice de la médecine et le charlatanisme*, Paris, Baillièrre et fils, 1899, p 8.

<sup>70</sup> « La faim, mauvaise conseillère. »

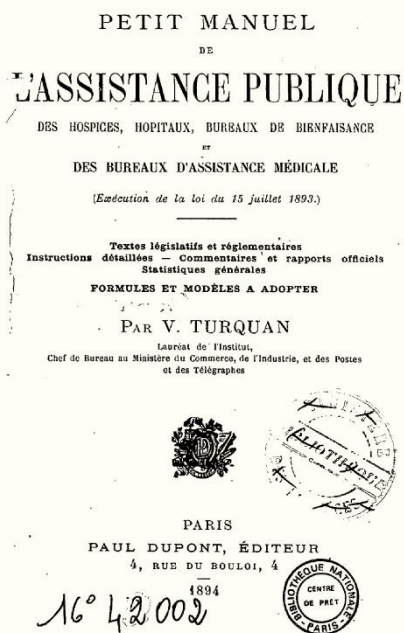
En consacrant l'exercice libéral et son contenu thérapeutique, juridiquement protégé, la loi du 30 novembre 1892 institue un modèle médical de référence, officiel, unique, dont la pratique est basée sur le soin biomédical de type pasteurien, les examens de laboratoire et les vaccins. Médecine libérale et soin biomédical allaient dorénavant constituer la médecine officielle dont l'État avait besoin. En transformant l'art de guérir, la révolution pasteurienne permettait de résoudre les causes du malaise technique et social séculaire dont souffrait la profession : l'absence d'arsenal thérapeutique, l'encombrement, la soumission du médecin à de multiples contraintes légales sous-payées.

L'institution de la médecine libérale est née de la rencontre d'un moment scientifique et d'un moment politique. Au moment où le pasteurisme dotait la médecine d'une thérapeutique efficace, l'avènement des « classes moyennes » facilitait l'ascension sociale d'une catégorie professionnelle ambitieuse, susceptible, avide de reconnaissance, active sur le terrain, élue locale, représentée au Parlement, d'un individualisme ombrageux, mais d'une incontestable loyauté républicaine, partageant avec l'élite politique l'état d'esprit positiviste qui fondait la pensée et l'action de l'État, capable, par son ascendant, d'enraciner le régime et de contribuer utilement à la stabilité républicaine.

L'exercice libéral et le monopole devaient être consolidés par deux monuments législatifs : la loi du 15 juillet 1893 instituant l'aide médicale gratuite (AMG) et la loi du 15 janvier 1902 relative à la protection de la santé publique.

La loi sur l'aide médicale gratuite entend renouer avec les principes révolutionnaires posés par la constitution de l'an I (Les secours publics sont une dette sacrée) et la loi du 24 vendémiaire an II dont l'article 18 dispose que « tout malade, domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru ou à son domicile de fait, ou à l'hospice le plus voisin ». La loi de 1893, largement inspirée et écrite par Henri Monod, Directeur du Conseil supérieur de l'Assistance publique (1888), imprimait à l'assistance un caractère d'obligation, élargissait la notion d'assistance à l'état de privation de ressources, incluait les femmes en couches assimilées à des malades, les malades chroniques, les malades étrangers sous réserve d'une convention de réciprocité avec leur pays d'origine.

Cette loi devait peser sur les modalités de l'exercice médical.



Source : [gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France](http://gallica.bnf.fr/Bibliothèque nationale de France)

Les *Instructions* de 1894<sup>71</sup> organisant l'AMG signalent deux systèmes de rémunération :

- 1°) un système directif : les médecins chargés de soigner les malades pauvres sont désignés par le Préfet. Les malades ne disposent pas du libre choix. Le médecin est astreint à soigner tous les malades figurant sur une liste.
- 2°) un système de libre choix : dans le système dit « landais » ou « vosgien », les médecins doivent se conformer aux conditions du service, mais les malades ont la faculté d'appeler le médecin de leur choix.

Les *Instructions* détaillaient d'autres modalités de rémunération : abonnement, rémunération proportionnelle au service rendu, rémunération suivant le nombre des visites (paiement à l'acte), d'après le nombre de personnes figurant sur la liste d'indigents (capitation), d'après le chiffre de la population. Indemnités de déplacement et majorations pour visites de nuit peuvent être prévues.

Le syndicalisme médical militera pour une uniformisation des pratiques basées sur le paiement à l'acte, augmentées des frais de déplacement et majorées pour visite de nuit.

<sup>71</sup> Nous nous référons aux **Instructions du 18 mai 1894 pour l'exécution de la loi sur l'assistance médicale gratuite**, in *Petit manuel de l'assistance publique, des hospices, des hôpitaux, bureaux de bienfaisance et bureaux d'assistance*, par V. TURQUAN, Chef de bureau au Ministère du Commerce, de l'Industrie, et des Postes et Télégraphes, Paris, Paul Dufont, 1894.

## F. UNE DUALITÉ SANITAIRE

Mais, paradoxalement, la loi sur l'AMG introduit un écart entre médecine de ville et hôpital, instaurant le principe d'une dualité sanitaire que l'avenir confirmera. En effet, l'article 1<sup>er</sup> de la loi du 15 juillet 1893, si elle fait des soins à domicile la règle, institue l'hôpital comme lieu d'accueil subsidiaire des indigents qui ne pourraient pas être soignés utilement à domicile. Le rapport d'enquête d'Henri Monod au Président du Conseil sur les équipements hospitaliers existants fait apparaître deux types d'établissements : 1°) les hôpitaux ruraux, locaux, cantonaux, hôpitaux-hospices, infirmeries, répartis en zone rurale, c'est-à-dire, suivant les normes en vigueur, les communes de moins de 2000 habitants ; 2°) les hôpitaux urbains « munis d'un outillage perfectionné, et desservis par un personnel de choix ».

Ce rapport se contente de la classification sommaire entre grands et petits hôpitaux, hôpitaux urbains et hôpitaux ruraux, ces derniers étant les satellites des premiers. Les médecins libéraux envahiront les hôpitaux locaux qu'ils considéreront comme le prolongement naturel de leur cabinet. Jusqu'aux années 1980 les hôpitaux locaux, avant leur reconversion en maisons de retraite, se définiront négativement comme dépourvus de plateau technique, et positivement comme lieux d'exercice d'une pratique ambulatoire assortie de prestations hôtelières.

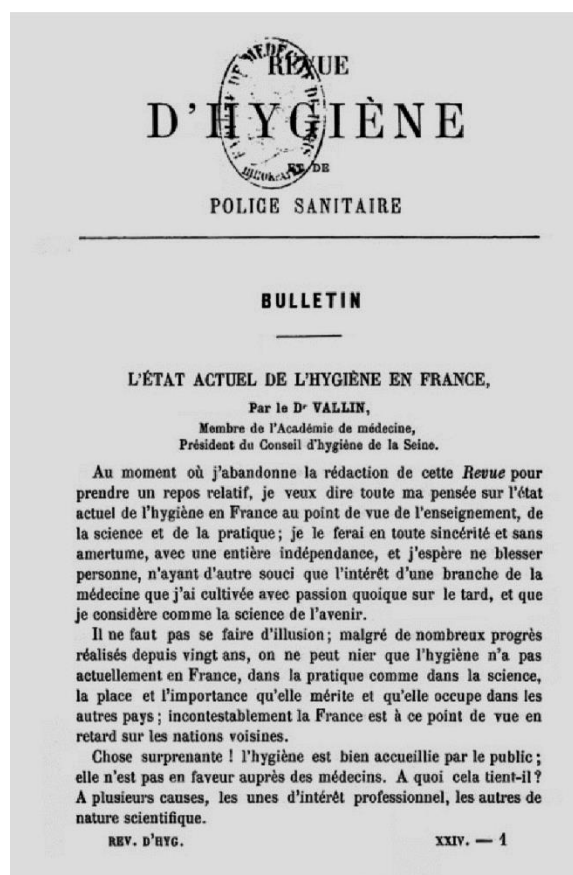
Les hôpitaux des grands centres urbains, quoique confondus avec l'assistance, comprenaient une élite médicale sélectionnée depuis 1812 par le concours de l'internat, placée sous l'autorité de l'Assistance publique, c'est-à-dire de l'État, organisée en un corps hiérarchisé, aux antipodes des conceptions entrepreneuriales des médecins libéraux réfractaires aux concours et hostiles à toute limitation externe de leur pratique. La taille des hôpitaux délimite clairement, à l'intérieur d'une profession toujours prompte à afficher son unité, un tiers état et une noblesse d'État qui le surplombe.

Faut-il en conclure que le prestige des sommités n'a pas été étranger à l'obtention du monopole ? Comment expliquer le ralliement actif d'un Brouardel, hygiéniste dominateur, à la cause de la médecine libérale ? Depuis 1776, les grands médecins sont aussi les grands professeurs. Brouardel lui-même est le doyen quasi inamovible de la Faculté de médecine de Paris. C'est sous la supervision des grands patrons que s'élaborent les programmes médicaux, que se cooptent les disciples, que s'engendre le tiers état médical. Eux seuls peuvent attester la valeur du corps médical qu'ils forment. Eux seuls peuvent prendre le pouls de la nation. Eux seuls sont les arbitres de la santé publique. Ils ont su

promouvoir la médecine libérale fondée sur le monopole lorsque la révolution pasteurienne a fait passer les médecins de la minorité empirique à la majorité scientifique. Mais ils tiennent les grands services, les chaires prestigieuses. Mais ils attachent leur nom aux grands hôpitaux. Ils ont conscience d'assurer la continuité de la santé publique et, en cas de calamité ou de fléau généralisé, d'être les artisans du salut. Mais, lorsqu'il y va du salut de tous, la médecine ne saurait agir sans un cadre politique. Le haut clergé médical en appelle au bras séculier de l'État dépositaire des instruments de contrainte publique.

## G. UN HYGIÉNISTE RÉFLÉCHIT SUR SA DÉFAITE

La loi du 15 janvier 1902, grande charte sanitaire, relative à la protection de la santé publique, munit l'appareil d'État de tous les moyens d'éteindre les menaces épidémiques et de soumettre la population à l'obligation vaccinale. Trois commandements : vacciner, déclarer, désinfecter ! Il appartient à l'État d'édifier les remparts biochimiques et d'entraîner les populations aux combats invisibles des germes. La loi de 1902 marque la fin officielle de l'école hygiéniste.



Source : [www.biusant.parisdescartes.fr/histmed/medica/](http://www.biusant.parisdescartes.fr/histmed/medica/)

Vallin écrit : « Chose surprenante ! L'hygiène est bien accueillie par le public ; elle n'est pas en faveur auprès des médecins ».

Cette même année 1902, en guise d'adieux à *la Revue d'Hygiène et de Police sanitaire* qu'il avait fondée et dirigée, Émile Vallin (1833-1924), ancien directeur de l'École de Santé militaire de Lyon, pasteurien militant, bras droit de Brouardel, dans un article intitulé « *l'état de l'hygiène en France* »<sup>72</sup>, dressait un bilan qui valait acte de capitulation. Il pointait une stratégie législative qui prenait l'hygiène publique en étau entre la loi du 30 novembre 1892 instituant un monopole de la médecine libérale, et la loi de 1902 investissant les maires et les préfets d'une compétence générale en matière de santé publique.

Malgré son corpus scientifique, ses encyclopédies, ses revues, malgré les hautes positions institutionnelles de ses membres dans l'Université, l'Académie de Médecine, la médecine militaire, malgré sa foi positiviste partagée avec le régime, malgré ses Héros républicains, - Claude Bernard, Pasteur, Paul Bert -, le parti de l'hygiène se reconnaît vaincu. L'Hygiène a manqué d'unité : « morcelée à l'infini » dans un pays « encombré de fonctionnaires », colonisée, dans les conseils départementaux d'hygiène, par médecins avides de notoriété, n'offrant que peu de postes peu lucratifs. Il n'y a de médecine que préventive. L'hygiéniste, tourné vers le futur, est le médecin des maladies évitables dont le coût social est élevé. Il prévient, alors que le médecin consultant arrive souvent trop tard.

Hygiénisme et médecine curative relèvent de cadres épistémiques opposés : laboratoire contre clinique ; recherche collective, communauté de chercheurs, contre diagnostic solitaire.

L'hygiéniste voit dans la médecine - science-reine - le principe hégémonique d'un ensemble de spécialisations qu'il déploiera en stratégie de la guerre épidémique, comme autant d'armes ordonnées à la défense du vivant patrimoine national, la santé publique. Il agit en capitaine, en commissaire de la République, prêt à sacrifier une partie pour sauver le tout.

L'hygiéniste reconnaît dans la sociologie le cadre cognitif le plus adapté à l'expression de ses pratiques et de ses représentations théoriques. L'hygiéniste fait prévaloir une vision collective de la maladie qui lui apparaît comme une déchirure des rapports sociaux. Le malade n'est pas le *patient* en déréliction qui a perdu tout rapport au monde, mais l'acteur, l'interlocuteur, le coopérateur, le militant qui concourt à l'extinction des maladies contagieuses, voire le disciple qui fait siennes les règles d'hygiène et les diffuse autour de lui.

Opposées, les conceptions éthiques et sociales. L'engagement hygiéniste est désintéressé.

C'est un sacerdoce au service d'une croyance : le progrès social. Ses choix scientifiques, sa conception de la maladie inclinent l'hygiéniste vers une protection sociale d'ensemble, régie par les assurances sociales, sur le modèle solidariste des coopératives ouvrières, comportant des choix économiques rationnels guidés par la sauvegarde du bien commun : la santé de tous.

## UN NOUVEAU JANUS

L'analyse de Vallin livre le secret de la défaite du parti hygiéniste. Les mérites dont se pare l'hygiénisme constituent les motifs circonstanciés de son élimination du champ médical.

Aucun patient n'est prêt à se reconnaître comme la partie sacrificable d'un tout, le maillon d'une maladie collective, l'élément anonyme d'un fait social collectif, l'épidémie. La médecine après Pasteur sait, grâce aux vaccins, les épidémies vincibles.

Le médecin libéral représente, pour l'État, le premier niveau de protection. L'extension de la protection individuelle constitue le socle de la santé publique. Aussi lui apparaît-il urgent de défendre la médecine contre ses déviances multiples et de contrôler la formation des médecins. La loi du 30 novembre 1892 organise, autant que la profession médicale, la répression du charlatanisme facilitée par le maillage territorial des médecins.

Mais surtout s'opposent deux conceptions de l'art médical entre lesquels la République a choisi. L'hygiéniste voit dans la médecine la science reine, un principe hégémonique au nom duquel il revendique la garde, la protection et l'amélioration du patrimoine vivant de la nation, la gestion sanitaire du « parc humain ». Ses conceptions scientifiques induisent sa préférence pour un système de protection collective garanti par l'État. Capitaine intrépide, il combat la maladie.

Le médecin guérisseur, que son idéal moral prépare à ses fonctions, reconforte et soigne le malade reconnu dans sa maladie, et accomplit auprès de lui une « mission apostolique » qui justifie sa confiance, « comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que son patient est en droit ou non d'espérer et de supporter »<sup>73</sup>.

Républicaine, la bourgeoisie est libérale, peu disposée à subir l'impérialisme hygiéniste, encore moins l'utopie sociale qu'il véhicule ; elle accueille le médecin de famille qu'elle considère à l'égal du prêtre, tenu au secret de ce qu'il voit et entend, confident, conseiller et sauveur dont la morale égale la science.

<sup>72</sup> E. VALLIN, *L'état de l'hygiène en France*, in *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, n° 24, Paris, Masson, 1902, pp. 1-15.

<sup>73</sup> M. BALINT, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 2000, pp. 237-238.

Au contraire du médecin de laboratoire selon Claude Bernard, il n'est ni « sourd aux cris », ni « aveugle au sang ».

Ce médecin fait sa place dans cette société qui juge chacun selon ses mérites, lesquels n'ont rien d'héroïque, et selon des valeurs pratiques qu'elle estime solides, et qui entend n'être pas dérangée dans la jouissance de ses biens durement gagnés. Si elle se refuse à admettre que les secours sont une dette sacrée, elle a une conscience vive que les droits de l'homme en société sont la liberté, l'égalité, la sûreté, la propriété. L'habitus révolutionnaire du petit bourgeois individualiste, du libre entrepreneur, maître chez lui, jaloux de sa liberté et des fruits de son travail, aspirant à l'autarcie, a retrouvé une nouvelle vigueur dans « les nouvelles couches sociales » qui ont remplacé les notables.

Le titre de médecin, si coûteux pour les familles, si pénible à obtenir, si difficile à exercer, n'est-il pas à la fois titre de propriété et droit d'exploitation ? Ne transforme-t-il pas son titulaire en entrepreneur, en travailleur indépendant ?

Les médecins partagent avec les petits propriétaires, les travailleurs indépendants, les commerçants, une même conception individualiste de la société, spontanée, simple, vivante, exempte de bureaucratie. Les vraies valeurs sont le droit de propriété et la libre entreprise. Ils ont peur de l'État, ce Léviathan aux pouvoirs illimités, dont, journellement, ils endurent la bureaucratie, contre lequel ils doivent, pied à pied, défendre leurs libertés, leurs gains<sup>74</sup>.

Le tiers-état médical devait continuer ses combats, tantôt s'appuyant sur le bâton d'Esculape, tantôt brandissant le caducée d'Hermès. Avec succès, lorsqu'il obtient la transformation d'un système de défense de ses intérêts professionnels - la « charte professionnelle » -, en principes déontologiques. Pendant plus d'un demi-siècle on le retrouvera combatif, au coude à coude avec les commerçants et les agriculteurs, dans sa lutte contre ses ennemis naturels, à sa façon « citoyen contre les pouvoirs » aux prises successivement avec les assurances sociales et la sécurité sociale.

---

<sup>74</sup> Cf sur cet aspect sociologique les développements de H. HATZFELD, *Du paupérisme à la Sécurité sociale 1850-1940*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2004, notamment pp. 283-294.

**Loi sur l'exercice de la médecine (du 30 novembre 1892) (extraits)**

LE SÉNAT ET LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS ONT ADOPTÉ,

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE PROMULGUE la loi dont la teneur suit :

**TITRE I<sup>er</sup> Conditions de l'exercice de la médecine.**

Article 1<sup>er</sup>. Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (Facultés, écoles de plein exercice et écoles préparatoires réorganisées conformément aux règlements rendus après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique) ...

**TITRE II Conditions de l'exercice de la profession de dentiste.**

Art. 2. Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Le diplôme de chirurgien-dentiste sera délivré par le Gouvernement français à la suite d'études organisées suivant un règlement rendu après avis du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et d'examens subis devant un établissement supérieur médical de l'État.

**TITRE III Conditions de l'exercice de la profession de sage-femme.**

Art. 3. Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1<sup>re</sup> ou de 2<sup>e</sup> classe, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine ou de pharmacie de l'État...

Les sages-femmes de 1<sup>re</sup> et de 2<sup>e</sup> classe continueront à exercer leur profession dans les conditions antérieures.

Art. 4. Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine ou un officier de santé.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques.

**TITRE IV Conditions communes à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et de la profession de sage-femme.**

Art. 5. Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, de dentiste ou de sage-femme, et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents. ...

Art. 10. Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et la provenance du diplôme des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes visés par la présente loi.

Ces listes sont affichées chaque année, dans le mois de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressé tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur.

Art. 15. Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations desdites maladies.

**TITRE V Exercice illégal. — Pénalités**

Art. 16. Exerce illégalement la médecine :

1<sup>o</sup> Toute personne qui, non munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, ou n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 29 et 32 de la présente loi, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence avérée ;

2<sup>o</sup> Toute sage-femme qui sort des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 4 de la présente loi ; ...

Art. 17. Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle. ...

**TITRE VI Dispositions transitoires**

Art. 28. Les médecins et sages-femmes venus de l'étranger, autorisés à exercer leur profession avant l'application de la présente loi, continueront à jouir de cette autorisation dans les conditions où elle leur a été donnée.

Art. 29. Les officiers de santé reçus antérieurement à l'application de la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 31 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire de la République. Ils seront soumis à toutes les obligations imposées par la loi aux docteurs en médecine.

Art. 32. Le droit d'exercer l'art dentaire est maintenu à tout dentiste justifiant qu'il est inscrit au rôle des patentes au 1<sup>er</sup> janvier 1892.

Art. 34. La présente loi ne sera exécutoire qu'un an après sa promulgation.

Art. 36. Sont et demeurent abrogées, à partir du moment où la présente loi sera exécutoire, les dispositions de la loi du 19 ventôse an XI et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 30 novembre 1892.

CARNOT.

Par le Président de la République :

*Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, EMILE LOUBET.*

*Le Garde des sceaux, Ministre de la Justice et des Cultes, L. RICARD.*

*Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-arts, LÉON BOURGEOIS. Le Ministre des Affaires étrangères, A. RIBOT.*

Retrouvez en ligne la *Lettre d'information* n° 28 consacrée à la première partie de l'étude « *Les ambiguïtés du Caducée* » réalisée par Albert Anouilh

et toutes les *Lettres d'information* du

Comité régional d'histoire de la Sécurité sociale MP en vous connectant sur : [www.histoiresecump.fr](http://www.histoiresecump.fr)

puis sélectionnez l'onglet «*Etudes, publications*» rubrique «*Lettres d'information*»

The screenshot shows the website interface. At the top left is the logo of the 'Comité régional d'histoire de la sécurité sociale Midi-Pyrénées'. A banner reads 'Le Souvenir, non comme une Nostalgie Mais comme une raison de vivre au présent' with the name 'Marie Rouanet' on the right. A navigation menu includes 'Accueil', 'Qui sommes-nous?', 'Editoriaux archivés', 'Etudes, publications', 'Historique dirigeants', 'Bibliothèque', and 'Contacts, liens'. A dropdown menu is open under 'Etudes, publications', listing 'Lettres d'information', 'Gouvernance de la protection sociale', 'Histoire des MSA en Midi-Pyrénées', 'Anniversaires de la Sécurité sociale', 'Contributions', and 'Mémoires et archives'. The main content area features the article title 'Lettres d'information' and 'Les ambiguïtés du Caducée, Première partie Lettre d'information n° 28 - juin 2021'. The article text discusses the research by Albert Anouilh on the 'Caducée' and its historical context. A sidebar on the right contains 'Nouveautés' with a link to 'Immatriculations, n° INSEE et informatique' and 'Le covid 19, agent de l'État-providence?'. At the bottom of the article, there is a 'Rechercher' field and a page indicator '1 de 14' with a 'suivant >' button.

ou flashez l'adresse avec votre smartphone :



Direction de la publication, mise en page : Michel Lages

Impression : Carsat Midi-Pyrénées