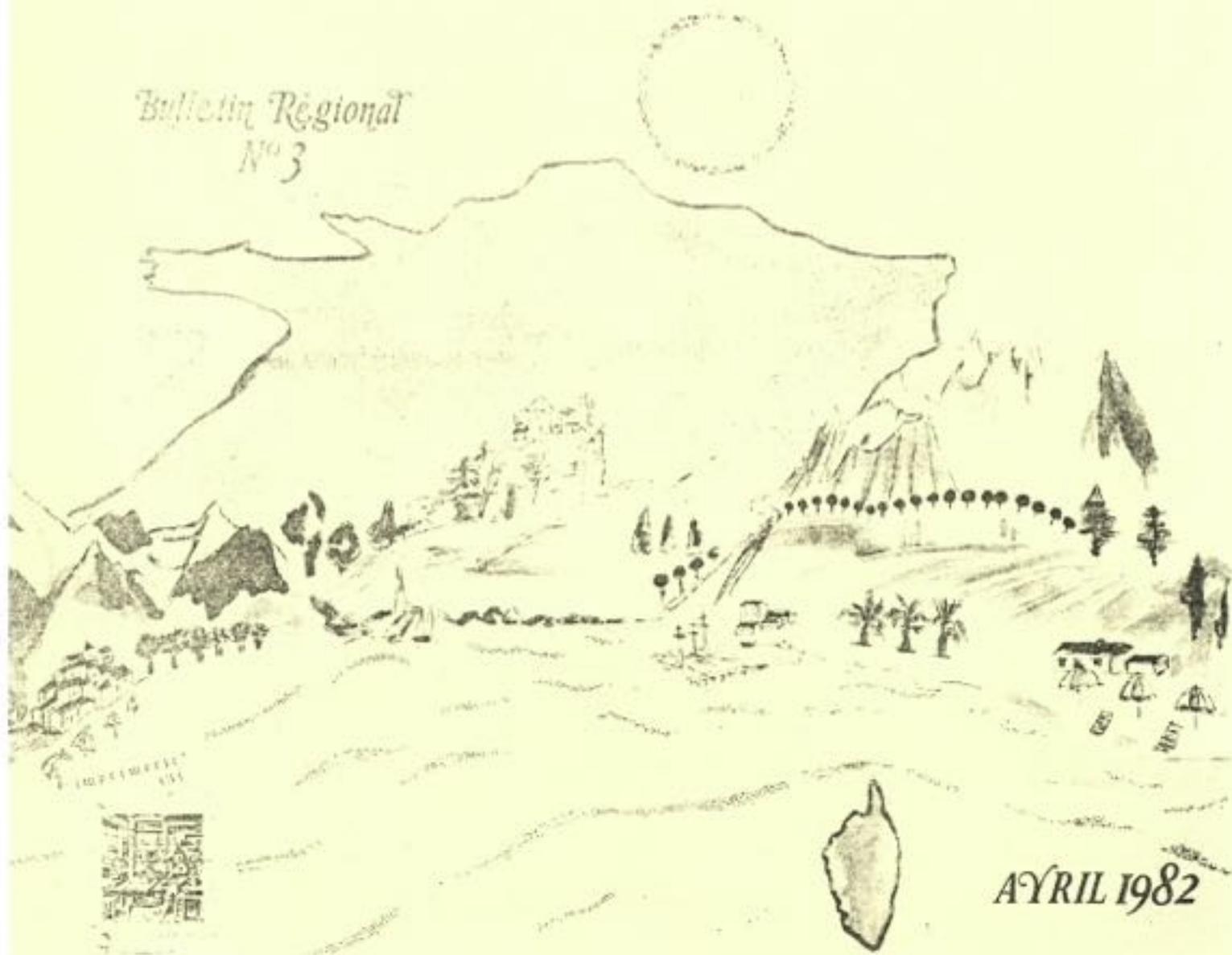


*Comité d'histoire de la Sécurité Sociale
dans la France Méditerranéenne*

*Languedoc - Roussillon
Provence - Alpes - Côte d'Azur
Corse*

*Bulletin Régional
N° 3*



AVRIL 1982

*Des circonstances particulières ne nous
ont pas permis d'éditer le présent numéro du
Bulletin Régional dans sa forme habituelle.*

*Nous prions nos lecteurs de bien vouloir
nous en excuser.*

Sommaire

INFORMATIONS	1
EDITORIAL	2
DOCUMENT :	
- La lutte antituberculeuse, instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930)	4
L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS	
- Plan pour une monographie de Caisse ..	20
ETUDE	
- L'appareillage - Essai d'histoire générale - Son histoire locale Marseillaise	38
BIBLIOGRAPHIE	53

Information -

Le COMITE d'HISTOIRE de la SECURITE SOCIALE dans la FRANCE MEDITERRANEENNE a appris avec stupeur le décès de Monsieur René LUCET, Directeur Général de la CAISSE PRIMAIRE CENTRALE d'ASSURANCE MALADIE des BOUCHES-du-RHONE.

Monsieur LUCET avait été l'un des premiers Directeurs à faire adhérer au Comité d'Histoire l'Organisme dont il avait la charge. Il avait également mis à la disposition de notre Comité les Services Techniques de la Caisse des Bouches-du-Rhône, en vue de la réalisation du Bulletin.

Les Membres du Bureau et du Conseil d'Administration ainsi que la Rédaction tiennent à exprimer, à titre posthume, leurs plus vifs remerciements à celui qui, par ses actes, a puissamment contribué au rayonnement du COMITE d'HISTOIRE.

Editorial

Rien n'est plus utile, pour appréhender l'histoire de la Sécurité Sociale, que de connaître celle des Organismes qui, au fil des décennies, ont en quelque sorte façonné cette histoire. En effet, quel meilleur cadre de référence peuvent trouver les historiens sinon les Organismes de base qui, par leur évolution due aux modifications des textes qui les régissent et par leur vie propre au sein d'une région déterminée, ont marqué de leur empreinte - parfois légère, parfois profonde, mais toujours présente - la vie de toute une population.

Cette vérité première n'a pas échappé au Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale qui a publié, dans son Bulletin de Liaison n° 2, une note d'orientation pour une monographie de Caisse dont vous trouverez, in extenso, la copie de la deuxième partie dans les pages qui suivent.

Cette note d'orientation ne devait pas rester sans écho puisque certains, conscients de l'importance que représentera pour les générations futures l'histoire de la vie collective des peuples et de leurs institutions, ont d'ores et déjà établi la monographie de la Caisse qu'ils ont dirigée ou dans laquelle ils ont passé la plus grande partie de leur existence.

Ainsi nous publions, en introduction à la note d'orientation, la préface que M. Pierre LAROQUE, Président du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, a écrite pour la monographie de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Loire - établie par M. Louis PORTE, ancien Directeur de cet Organisme - suivie du plan adopté par cet auteur.

La région méditerranéenne se doit de suivre l'exemple et de montrer qu'elle ne se désintéresse pas de l'histoire de ses Institutions, c'est à dire de sa propre histoire.

Aussi, le Bureau du Comité Régional et la Rédaction du Bulletin lancent un pressant appel auprès des Cadres de Direction des Caisses, afin qu'ils soutiennent par leur action toutes personnes qui voudraient bien se pencher sur le passé de leur Organisme pour en retracer l'histoire.

La Rédaction

Document

A decorative flourish consisting of a horizontal line with a wavy, scalloped pattern in the center, extending to the left and right, and then curving downwards at both ends.

La "Lutte Antituberculeuse"
Instrument de la médicalisation
des classes populaires (1870-1930)

Par Mme Yvonne KNIBIEHLER

Le souci d'assainir et d'éduquer le peuple jusqu'à domicile, contre-coup des traumatismes de 1871, marque fortement le dernier tiers du XIXème siècle : en témoignent la loi Roussel (1874) sur la protection de la petite enfance, la loi Siegfried (1895) sur la construction des H.B.M., la loi de la Santé Publique (1902) qui impose la déclaration de certaines maladies infectieuses, la désinfection du logis des malades et les vaccinations. Dans cette démarche, la lutte contre la tuberculose n'est pas pionnière : on peut se demander pourquoi elle démarre si tard avec tant de peine. C'est à l'occasion de la guerre de 14-18, que, brusquement, elle explose. Mais alors, l'exigence des phthisiologues rattrape et dépasse celle de tous les autres responsables de la santé ; les méthodes qu'ils adoptent bousculent les traditions de la médecine française, et lui font franchir un seuil décisif. On essaie ici d'analyser cette conversion.

I - L'INVENTION D'UNE NOUVELLE STRATEGIE (1870-1914)

Durant la première phase, les médecins inventent peu à peu, contre la tuberculose, une nouvelle stratégie : observant les formes spécifiques de sa contagiosité, ils y adaptent le dispensaire, puis ils investissent les pouvoirs publics.

Une contagion particulière

Ce qui frappe, dans les années 1880-1890, c'est que la tuberculose n'entre pas d'emblée dans l'éthique pasteurienne : "aseptie", "prophylaxie" semblent ne pas la concerner.

Très répandue, mais rarement foudroyante (pour l'individu comme pour la collectivité), elle est le type même de la "maladie sociale" que les mesures les plus sévères d' "hygiène publique" (déclaration, isolement, désinfection) ne suffisent pas à enrayer ; aussi sa contagiosité est-elle discutée.

Elle avait été admise dès l'Antiquité ; le progrès des connaissances à l'âge des Lumières tendait à établir l'unité de la maladie sous ses diverses formes, et donc sa contagiosité (1). Pourtant le XIXème siècle refuse d'y croire. Laennec lui-même (dont les travaux confirment pourtant l'unité du processus infectieux), est loin d'admettre la contagion : spiritualiste, il croit à l'influence du moral sur le physique et au rôle des "passions tristes" dans l'éclosion du mal. Broussais ne voit dans la tuberculose qu'une inflammation banale peu ou pas contagieuse (surtout si on la compare au choléra...). L'Allemand Virchow va dans le même sens. Désormais le milieu médical préfère parler d'hérédité que de contagiosité, et ce consensus durera en France jusqu'au-delà de 1880.

Pourtant, dès 1865, un médecin militaire français, Villemin, réalise au Val-de-Grâce, une série d'expériences décisives : il inocule à des animaux les produits pathologiques de différentes formes de tuberculose et provoque à tous coups des infections, démontrant ainsi à la fois l'unité et la contagiosité. Un long débat a lieu en 1867 à l'Académie de Médecine, mais il reste sans conclusion ; le Docteur Pidoux dit bien pourquoi : adversaire de la contagion, il ajoute que si par improbable elle était réelle, loin de la proclamer, il faudrait la cacher, "le dire tout bas", de crainte que le malade, devenu objet de crainte et de répulsion, soit abandonné de tous les siens. L'intérêt de l'individu prime encore celui de la collectivité.

Il faudra plus de vingt ans pour que s'opère la conversion du corps médical français. En 1882, Koch isole le bacille, donnant à Villemin une confirmation éclatante. C'est seulement en 1888 que se réunit le premier congrès de la tuberculose (2) qui admet officiellement la contagion, et en 1889, que l'Académie de Médecine, après bien des hésitations, se décide à une déclaration officielle. Ses révélations ne provoquent aucune des réactions que certains redoutaient : "On sait bien aujourd'hui dans notre pays que la tuberculose est contagieuse, mais on se conduit encore comme si elle ne l'était pas" déplore La Grande Encyclopédie (dans les années 90), en précisant, d'ailleurs, que la contagion dépend autant du "terrain" que du "germe" ; "tout ce qui affaiblit, prédispose" : surmenage, taudis, lieux surpeuplés, alimentation insuffisante, alcoolisme... ; améliorer le "terrain"(c'est-à-dire la santé des pauvres) imposerait "l'étude de toute la question sociale" : il faudrait combattre la misère, nourrir les familles nombreuses, démolir les taudis, freiner l'alcoolisme et le dépeuplement des campagnes... Entreprise démesurée.

Aussi l'action antituberculeuse n'est-elle d'abord le fait que d'initiatives privées, dispersées et sans grands moyens. Quelques projets de loi pas même discutés se succèdent au Parlement (3). La Ligue antituberculeuse, fondée par le Docteur Armaingand à Bordeaux en 1892, avait surtout pour but de multiplier les sanas (4). Des "oeuvres" apparaissent (5). La plus intéressante est celle du Docteur Grancher (1903) : soucieux de "sauver la graine" (comme disait Pasteur à propos des vers à

soie), celui-ci s'emploie à protéger contre la contagion les enfants de parents tuberculeux en les séparant de leur famille dès l'âge de 3 ans pour les placer à la campagne ; cette initiative, qui plaît aux partisans du "retour à la terre", obtient un rapide succès et l'oeuvre parisienne se reproduit en douze filiales provinciales : "Pour combattre victorieusement la tuberculose, dit Grancher, il faut la devancer et non la suivre". Son effort marque à la fois l'adoption des méthodes pasteurienues et le changement d'attitude du médecin : jusque là passif, dans l'attente du malade, il devient actif, agressif même contre la maladie. Les notions de "dépistage", de prévention, de prophylaxie commencent à s'imposer.

L'adaptation des hôpitaux parisiens commence en 1897, quand Maurice Letulle installe le premier service réservé aux tuberculeux dans le nouvel hôpital Boucicaut ; ses efforts joints à ceux de Verneuil, Brouardel, Grancher, Landouzy, Calmette, imposent entre 1900 et 1905 l'hospitalisation rationnelle des tuberculeux parisiens (6). La découverte des rayons X (en 1895 par Röntgen) permet bientôt un diagnostic et un pronostic plus précis ; la mise au point du pneumothorax (à la fin du siècle par Forlanini) va permettre un traitement "ambulatoire" (sans hospitalisation) des malades.

L'invention du dispensaire antituberculeux

C'est alors que se met en place une arme décisive : le dispensaire antituberculeux. Jusque là les dispensaires donnaient gratuitement des soins et des secours à tous les indigents (7), aux moindres frais et sans les séparer de leur famille. En 1901, Calmette (alors directeur de l'Institut Pasteur de Lille et fondateur de l'Oeuvre antituberculeuse du Nord) adapte la formule : au lieu d'accueillir n'importe quel malade, il spécialise un dispensaire dans la lutte contre la tuberculose ; il en fait un instrument non pas de soins (c'est l'hôpital qui donne les soins) mais de dépistage, de prophylaxie et d'assistance aux tuberculeux. Outre cette "division du travail" (8), il apporte une autre innovation : son dispensaire sera un lieu d'éducation sanitaire pour le peuple ; des "ouvriers enquêteurs qui savent parler à leurs camarades le langage des prolétaires" (9), leur expliquent la contagion par la poussière, le lait, le danger de l'alcoolisme, les bienfaits de la sobriété et de la propreté. "Ce moniteur d'hygiène, dit M. Calmette, pour être compris et écouté partout sans défiance doit être un homme du peuple, intelligent, actif, dévoué, capable d'initiative et d'autorité, convaincu de l'importance de la fonction sociale qui lui est confiée" (9).

L'exemple est bientôt suivi. L'Oeuvre de la tuberculose humaine du Docteur Bernheim va fonder entre 1901 et 1914, une vingtaine de dispensaires où est retenue l'idée d'assistance et d'éducation, mais non celle de moniteur ouvrier. "Dès la première visite le médecin... fait l'éducation personnelle du tuberculeux afin de le rendre inoffensif, ajoute à ses conseils des antiseptiques, un crachoir de poche, un bon de viande, de lait ou de pain, des vêtements quand c'est nécessaire. Avec une semblable attitude le dispensaire est maître de la situation et le malade lui appartient définitivement, mieux que s'il était alité dans un hôpital" (9). Le malade est reçu également par une "dame patronesse affectueuse et prévenante" qui s'enquiert de sa situation, de son logement, de sa famille, et va le voir à domicile pour

s'assurer de son hygiène. L'Oeuvre du Docteur Bernheim entreprend aussi une action de propagande par conférences et par brochures auprès des instituteurs et des mutualistes ; mais elle ne dispose que de fonds limités d'origine privée et philanthropique.

Il faut signaler d'autres initiatives, féminines celles-là, et d'autant plus importantes que pour pénétrer au foyer des pauvres, les médecins préféreront employer des femmes de leur propre milieu plutôt que les moniteurs ouvriers de Calmette. A la fin du siècle, le nombre s'accroît des grandes dames et des bourgeoises qui veulent "aller au peuple" et faire de la visite aux pauvres, usage traditionnel des gens charitables, une activité méthodique et organisée. Beaucoup ont reçu une formation sanitaire dans les Sociétés de la Croix-Rouge (nées un peu partout après la guerre de 70). Pour certaines (féministes sans le savoir ou sans le dire), l'action charitable est une manière d'échapper au mariage, de s'affirmer dans des initiatives et des responsabilités autonomes. Quelques-unes, dans leur milieu, ont sans doute entendu parler des enquêtes de Le Play et de ses disciples. On pourrait aussi évoquer les bénévoles des consultations de nourrissons, habituées de longue date à aller voir à domicile les jeunes mères consultantes, pour s'assurer que les prescriptions médicales sont bien suivies. D'autres enfin sont d'anciennes religieuses soignantes, les unes "sécularisées", les autres restées religieuses, avec une activité de soins à domicile (les Petites Soeurs de l'Assomption, par exemple). Pour rester dans le domaine de la tuberculose, voici quelques exemples.

Léonie Chaptal a vingt ans en 1893 quand elle "adopte" le quartier de Plaisance, si misérable malgré son joli nom (son frère est vicaire de la paroisse) ; les statistiques qu'elle se procure et ses propres investigations lui révèlent les ravages effrayants de la mortalité infantile et de la tuberculose ; en 1903, elle fonde une Oeuvre des tuberculeux adultes avec deux dispensaires, un dans le XIXème, un dans le XIVème, en 1905 une Maison-Ecole pour infirmières privées qui donnent des soins à domicile, et une oeuvre d'assistance maternelle et infantile. A Charonne, Mlle de Miribel, à Levallois, Mlles Bassot et Girault développent des activités plus modestes, mais analogues.

Une autre initiative pleine d'avenir se développe rue Amyot. Là, Mme Alphen-Salvador fonde, de ses deniers en 1901, un petit hôpital privé accueillant surtout des femmes et des enfants, et destiné à fonctionner comme Ecole professionnelle d'assistance aux malades (10) ; cette école accueille d'abord des jeunes filles, en peine, déjà, de débouchés professionnels. Les "Amyottes" nouent avec les malades des relations d'amitié qui se prolongent hors de l'hôpital par des soins à domicile dans le quartier de la rue Mouffetard ; elles conquièrent rapidement une réputation de compétence et de dévouement, et par l'intermédiaire du Docteur Rist, phtisiologue, elles entrent en stage dans les hôpitaux et les dispensaires parisiens.

Enfin, dernière initiative décisive : Mlles de Montmort et Diemer, qui ont vu manoeuvrer en Angleterre les infirmières visiteuses, décident de doter la France de la même institution. Sous la présidence de la marquise de Ganay, elles créent au début de 1913 un Comité des infirmières visiteuses de France (11).

L'investissement des pouvoirs publics

L'investissement des pouvoirs publics se fait peu à peu. Du 2 au 7 octobre 1905 se tient à Paris un Grand Congrès international de la tuberculose. Le Président Emile Loubet vient l'inaugurer. Le Grand Palais abrite une exposition, l'Alliance d'hygiène sociale organise des conférences. La presse fait un grand succès à cette manifestation.

Dès 1899, Waldeck-Rousseau avait fondé une Commission extra-parlementaire de préservation contre la tuberculose, commission qui devient bientôt permanente au ministère de l'Intérieur : elle est le lieu principal de débats tumultueux ; parallèlement, le Conseil de surveillance de l'assistance publique élabore des solutions pratiques. Dans ces deux assemblées siège l'homme politique qui va se faire désormais le champion de la lutte antituberculeuse, Léon bourgeois. C'est lui qui aidera de toutes ses forces à la création de dispensaires antituberculeux ; dès avant la guerre, toutes les grandes villes en sont pourvues (12) ; à Paris, les deux plus importants sont celui de l'hôpital Beaujon (où le Docteur Nicole Girard-Mangin ébauche, dès 1914, un enseignement d'hygiène et de psychologie ouvrière à l'intention des infirmières visiteuses) et celui de l'hôpital Laennec, inauguré solennellement en 1913 et qui porte le nom de Léon Bourgeois (13). Mais le but de ce dernier est de couvrir la France d'un réseau de dispensaires, distincts des hôpitaux, postes avancés de la médecine dans les quartiers pauvres : en 1913, il dépose un projet de loi facilitant la création de "dispensaires d'hygiène sociale", projet activement soutenu de divers côtés. La menace de guerre n'est pas pour rien dans cette politique : "La tuberculose est pour notre époque un véritable fléau national, une maladie qui affaiblit notre race et qui fauche chaque année, par milliers, ce que nous avons de plus précieux, les hommes de 20 à 40 ans..." (14).

Cette inquiétude explique que la guerre n'ait suspendu que durant quelques mois l'offensive contre la tuberculose ; dès 1915, non seulement cette offensive reprend, mais deux facteurs viennent renforcer sa vigueur : la recrudescence de la maladie d'abord, l'exemple américain ensuite.

II - L'ESPRIT D'OFFENSIVE

Les fatigues de la guerre de mouvement, puis les souffrances cruelles des tranchées ont provoqué l'apparition de nombreux cas de tuberculose parmi les soldats. Ces malades, la plupart dans un état sérieux, étaient réformés sans pension (ils n'étaient pas blessés de guerre) : c'étaient les "réformés n° 2". Rentrés dans leurs foyers, incapables de travailler, souvent trop pauvres ou trop ignorants pour se faire soigner, ils tombaient à la charge de leur famille qu'en outre ils contaminaient. Le Docteur Landouzy pousse un cri d'alarme le 5 mars 1915 à la commission permanente. On s'émeut. Le mois suivant, la Chambre des Députés obtient du gouvernement un crédit de 2 millions pour assurer aux "blessés de la tuberculose" les soins nécessaires et l'éducation qui protégera leur famille ; le directeur de l'Assistance publique aménage des stations sanitaires pour les premiers soins et pour une information hygiénique élémentaire. Des comités spéciaux d'as-

sistance se forment dans tous les départements, reliés en avril 1916 à un Comité central : organisation du temps de guerre que préside, encore, Léon Bourgeois. Des "hôpitaux sanitaires" spéciaux, sont réservés aux soldats tuberculeux.. Millerand crée "La Protection du Réformé n° 2", oeuvre de secours (15). L'Association des infirmières visiteuses, récemment créée, se dote d'une école et y organise une formation accélérée.

A la faveur de ce mouvement d'opinion, le projet de loi sur les dispensaires d'hygiène sociale, déposé par Léon Bourgeois, en 1913, est voté le 15 avril 1916. Ces dispensaires pourront être institués par décret à la demande des autorités locales ; mais la création peut être déclarée obligatoire "lorsque pendant cinq années consécutives le nombre des décès sur le territoire d'une ou de plusieurs communes dépassera la moyenne de la mortalité en France". Le texte de la loi précise que ces dispensaires seront "spécialement chargés de faire l'éducation antituberculeuse", que leur personnel comprendra un ou plusieurs enquêteurs, des moniteurs ou monitrices d'hygiène, capables de donner l'éducation sanitaire soit sur place, soit au domicile du malade. La circulaire d'application (31 juillet 1917), impose l'examen de la famille du malade et sa surveillance ultérieure : "Le dispensaire devra suivre les malades chez eux, voir comment ils ont compris et appliquent les conseils reçus à la consultation ; vérifier, en plus des conditions d'habitations qui leur sont imposées, les habitudes d'existence auxquelles ils sont soumis et le milieu familial dans lequel ils vivent ; modifier autant que possible les défections constatées ; donner des leçons de choses aux malades et des indications au médecin sur leurs véritables besoins et sur leur docilité à suivre ses avis. Ce rôle sera dévolu à un personnel spécialisé, de préférence des infirmières visiteuses...

Une coordination étroite devra d'ailleurs toujours régner entre la consultation médicale et le service d'enquête. Pour l'obtenir, on constituera et on conservera les fiches concernant chaque malade, sur lesquelles seront portés les renseignements recueillis au cours des enquêtes médicale, familiale et sociale".

Cette circulaire signale un durcissement du corps médical et des pouvoirs publics : désormais, on ne peut plus tolérer que les pauvres restent contagieux ; on les soignera et on les mettra hors d'état de nuire, au besoin par des méthodes autoritaires et inquisitoriales. C'est évidemment l'état de guerre qui explique ce durcissement : l'urgence des périls met au premier plan l'intérêt collectif et relègue au second les libertés individuelles.

L'impulsion américaine

L'arrivée des Américains donne à la nouvelle institution une impulsion décisive (16). "Nous arrivions au moment propice" dit le Docteur Bruno (16) ; en outre leur qualité d'étrangers les plaçait au-dessus des partis et des rivalités personnelles, et leur qualité d'allié providentiel leur assurait partout un accueil favorable, "enthousiaste" même jusque dans les villages les plus reculés ; ils se défendent d'avoir imposé une organisation et des méthodes (déjà rodées chez eux depuis plus de vingt ans) ; en fait, ils ont tenté et, semble-t-il, réussi une véritable "acculturation" des Français ; les subsides

qu'ils apportaient et que Letulle qualifie d' "incommensurables" y ont bien aidé (17).

La Croix-Rouge américaine s'est occupée des blessés, des enfants, puis, au lendemain de la guerre, des régions dévastées. La Mission Rockefeller, elle, était spécialisée dans la lutte contre la tuberculose.

A titre démonstratif, elle commence par créer deux groupes complets de dépistage et prophylaxie, un dans le XIXe arrondissement, pour donner un modèle urbain, l'autre dans le département d'Eure-et-Loir, modèle d'organisation départementale et rurale.

Son plan de travail se développe ensuite dans trois directions. D'abord une action de propagande et d'éducation des masses : des camions parcouraient la France ("le char d'Hygie") transportant affiches, tracts, brochures, jeux (de l'oie par exemple), bandes dessinées que l'on distribuait dans tous les lieux publics et que l'on commentait dans les écoles, les ateliers, les administrations ; des conférences, des émissions radio, des représentations de cinéma, de marionnettes se succédaient rapidement tenant le public en éveil. Le scepticisme initial du corps médical français dut céder : les gens venaient en foule, avec leurs enfants, posaient des questions, commentaient les images. Léon Bernard parle d'une "imprégnation intellectuelle" qui disposait les foules à se faire examiner. La propagande s'adressait aussi d'une autre manière aux milieux aisés : dans les départements, dans les grandes villes, la Mission suscitait des Comités de propagande, ou de patronage, ou d'aide sociale, destinés à regrouper les oeuvres privées et à attirer des concours bénévoles.

En même temps, les "missionnaires" américains s'attellent à la formation d'un personnel spécialisé : ils professent que le médecin du dispensaire antituberculeux doit être un spécialiste à temps complet, sans clientèle extérieure ; mais surtout ce sont eux qui imposent l'infirmière-visiteuse comme cheville ouvrière de l'organisation prophylactique ; leur aide financière à un dispensaire est subordonnée au recrutement d'une visiteuse diplômée, et pour mieux décider les responsables, ils offrent de rétribuer pendant un an (à raison de 500 F par mois, traitement fort important) l'infirmière compétente. "L'idée si féconde du rôle de la femme dans la lutte contre la tuberculose s'est trouvée officiellement mise en valeur, et par dessus tout réalisée" commente Letulle (dans la préface de l'ouvrage d'A. Bruno). Les missionnaires précisent le rôle de la visiteuse et la font accepter par un corps médical, au début réticent ; ils donnent des cours spéciaux dans les écoles parisiennes déjà existantes ; ils rétribuent les directrices et les monitrices d'écoles nouvelles, spécialement créées à Paris et en province ; ils fondent des bourses pour faciliter le recrutement des élèves (700 bourses d'études de 1917 à 1922). Enfin, ils stimulent l'essor de la statistique médicale, encore modeste en France : ils donnent l'exemple de fichiers complexes, tenus avec rigueur, et permettant des rapports mensuels et annuels, sur tout le territoire.

Fascinante efficacité ! Letulle parle de "magnifiques épopées" ! L'effet tonique s'en manifeste bientôt : on l'observe à travers le langage médical qui s'imprègne d'agressivité ; c'est alors surtout qu'on parle de "lutte", de "campagne" d' "offensive" antituberculeuse. Le bacille, en 1918, remplace "le boche" comme ennemi n° 1, et d'aucun voudraient souder autour de lui une nouvelle "union sacrée". Les

dispensaires deviennent des "postes avancés", les visiteuses des "officiers de l'active". La notion de "fléaux sociaux" (tuberculose, mortalité infantile, syphilis), puissamment mobilisatrice, est alors vulgarisée. Proches des métaphores militaires, les métaphores policière : contre le bacille, on multipliera les "visites domiciliaires" (18); l'action du dispensaire "ressemble plus à une opération de police sanitaire ou mieux à une expédition d'hygiène qu'à une consultation médicale" (19). Bientôt apparaîtront les métaphores économiques : souci du "rendement" d'un dispensaire ou d'un service hospitalier ; ce qui s'entend de deux manières : le bon rendement hygiénique est assuré par la surveillance des soins à domicile ; le bon rendement économique se compte d'après les allègements que la surveillance procure aux budgets de l'assistance médicale gratuite (20)...

Tout un réseau d'institution se met en place. En 1918, des Offices départementaux d'hygiène sociale (article 10 de la loi Léon Bourgeois) s'organisent sous la direction des préfets pour créer des dispensaires, subventionner les cures, coordonner les oeuvres privées. Un Office national les centralise. En 1919, le Comité national de défense contre la tuberculose prend la succession de la Mission Rockefeller et des oeuvres de guerre (21) ; en étroite coopération avec le ministère de l'Hygiène, récemment créé, il assure le service technique et l'inspection des établissements, poursuit la propagande et l'instruction populaire (émissions de radio, publications du périodique La Vie Sainte, campagne du timbre antituberculeux, 1925) ; il dirige la plus importante école d'infirmières-visiteuses ; il organise enquêtes et statistiques d'où il dégage une information scientifique diffusée par la Revue de physiologie médico-sociale. La loi Honorat facilite la création de sanas (1919). Quand aux dispensaires, la vaccination par le BCG conduit à leur confier (outre la lutte contre la tuberculose), la lutte contre la mortalité infantile, ce qui augmente encore leur rôle et donne aux visites à domicile une justification de plus. Le nombre total de ces visites passe de 27 000 en 1918 à plus de 800 000 en 1928. Prolongeant, consolidant l'action du dispensaire, elles ont été un moyen essentiel de la médicalisation des classes populaires. Il faut tenter de voir comment elles étaient conçues et pratiquées.

III - LA DIALECTIQUE DU MEDICAL ET DU SOCIAL

On dispose de trois types de documents : les "bibles" américaines, les directives données aux infirmières-visiteuses, les témoignages des médecins et des infirmières elles-mêmes.

Les ouvrages américains de référence, fréquemment cités, sont au nombre de trois : Richard Cabot, "Essais de médecine sociale. La fonction de la visiteuse à domicile" (Paris-Zurich, 1919) ; Mary Richmond, "Méthodes nouvelles d'assistance" (trad. 1926) ; Mary Gardner, "L'infirmière-visiteuse" (trad. 1927). Tous trois véhiculent la même idéologie qui s'adresse essentiellement à la visiteuse. Voici les idées de Cabot. Le seul moyen d'être bien accueilli dans les familles est d'apparaître comme un rouage de la machine médicale ; mais en fait le rôle de la visiteuse n'est pas médical, il consiste à chercher le pourquoi de la maladie ; on doit écarter la notion populaire de maladie accidentelle ou "catastrophique". "La véritable science tend à prouver

que rien n'est accidentel, mais que tout découle de causes antérieures" (p. 78). Plusieurs chaînes de causalités se rejoignent en général : faits biologiques, sociaux, familiaux, hérédité... Pour les découvrir, il faut d'abord laisser parler le malade, le mettre en confiance et libérer sa spontanéité tout en écoutant avec une "attention active" (p. 274), ensuite il faut attaquer avec un arsenal de questions logiquement ordonnées : quand ? où ? comment ?... Il faut avoir su créer une "amitié suffisante" pour faire accepter une "enquête pénétrante". Le plus délicat est de déceler les causes économiques de la maladie, mais ce sont rarement les plus importantes ; les causes mentales et morales sont plus déterminantes, et surtout l'ignorance. La tuberculose n'est pas due à l'avidité des patrons comme on l'a prétendu : "Les 8 ou 10 heures qu'une personne passe à l'atelier ou à l'usine constituent souvent un facteur infime de son état maladif" (p. 194). Remonter les chaînes de causalité c'est retrouver l'ordre même, alors que le point de vue "catastrophique" est un élément de désordre ; aucune maladie ne se déclare sans causes. C'est sur ces causes que l'infirmière-visiteuse doit faire porter son investigation.

Comment les médecins français ont-ils transposé le modèle américain ? Le plus probable est que chacun l'adapte à sa manière selon les conditions où il est placé. Voici deux exemples, assez différents, de conseils donnés aux visiteuses.

Le Docteur Guérin de Valmale, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille fait une conférence, le 6 octobre 1930, à Paris, devant les directrices des écoles d'infirmières et devant les visiteuses d'hygiène sociale : il jette une lumière assez crue sur l'exigence médicale (22). La démarche de la visiteuse doit comporter deux étapes : un "interrogatoire" au dispensaire et une "enquête à domicile". Interrogatoire ? "Non ! il ne faut pas que la malheureuse femme ait l'impression de se trouver en face d'un véritable juge d'instruction qui a l'air de s'immiscer dans ses petites affaires personnelles ou ses petits secrets familiaux...". Il vaut mieux : "Une conversation entre femmes... dans laquelle l'infirmière s'efforcera de faire parler librement la femme (23)... Il faudra que tout en gardant sur elle un certain ascendant nécessaire à conserver son autorité ; l'infirmière ait avec elle une conversation presque amicale... C'est la seule façon de lui faire dire tout ce qu'on a intérêt à connaître". Et plus loin "La bonne femme est arrivée à vous raconter sa petite affaire, vous la confessez". Cette confession doit aller des antécédents familiaux aux conditions de travail, en passant par l'examen des dessous (corset, culotte, jarretières), la toilette intime, les relations conjugales. La visiteuse doit convaincre la femme que des examens médicaux fréquents lui sont nécessaires ; mais il faudra le plus souvent que l'infirmière conduise elle-même la femme à la consultation ("En vertu de l'inertie elle n'y sera pas allée") et informe le médecin. L'interrogatoire ne saurait suffire : il faut se méfier des "orgueilleuses" (qui se disent bien logées, alors qu'elles habitent un "immonde taudis") et des "quémandeuses" (qui "espèrent toujours vous soutirer quelque chose" alors qu'elles ont "un petit appartement pas trop mal, il y a même une armoire à glace, beaucoup de colifichets et de choses inutiles"). "Il faut voir de ses propres yeux, et quand on a vu on sait... Vous verrez peut-être le mari... Vous trouverez la soeur, la tante, la belle-mère. Ah Mesdames, la belle-mère, quel triomphe !... Vous ne sauriez croire la ressource que cela représente pour vous (24). Personne ne vous décrira aussi bien les défauts et les tares du mari comme la belle-mère... : le mari n'est pas là, et comme on dit, elle tapera dessus. Vous saurez

qu'il a beaucoup couru, et même, quand il était jeune, il avait attrapé une de ces maladies...". De même la belle-mère de la jeune femme vous dira que "quand elle était jeune elle a eu une pleurésie... un petit crachement de sang dont on ne parle jamais plus... Ma belle-fille ceci, ma belle-fille cela... Vous serez documentée".

Ce paternalisme, inquisiteur, condescendant, vulgaire, était-il ordinaire parmi les médecins ? Espérons que non (25). Vincent de Paul disait à ses filles : "Il te faudra beaucoup d'amour pour faire accepter le pain que tu donnes". Le professeur Guérin de Valmale fait, lui aussi appel au "coeur" de ses auditrices (le mot revient cinq fois dans une conclusion de sept lignes)... "il faut qu'elle y mette du coeur, qu'elle travaille avec tout son coeur. Et si la femme vraiment, qui est chargée de cette mission admirable d'infirmière ou d'infirmière-visiteuse, s'y donne de tout coeur, elle obtiendra des merveilles"... , etc.

Les manuels publiés à l'intention des infirmières-visiteuses ne sont pas nombreux. Le plus répandu a été sans doute celui du Docteur Küss (1932). Après des informations précises sur la tuberculose, la contagion, la prophylaxie, il insiste, lui, sur le rôle d'éducatrice et de conseillère de la visiteuse : la "phobie des tuberculeux" coexiste avec "le mépris le plus complet des règles élémentaires de l'hygiène". La visiteuse doit dire la vérité, mais en même temps rassurer le malade et les siens en leur expliquant les moyens de guérir, de limiter la contagion à des infections légères abortives, vite enrayerées (et qui quelquefois protègent contre une infection ultérieure) : elle doit enseigner l'usage du crachoir garni de désinfectant, l'aération du logement, la propreté méticuleuse du linge et de la vaisselle, la consommation de lait bouilli et de viandes très cuites ; elle doit obtenir la visite régulière au dispensaire (au besoin en y conduisant elle-même les membres de la famille) ; elle doit aussi faire accepter (c'est le plus difficile) les séparations : placement des enfants, départ du contagieux au sana... C'est une action "tutélaire", une "tutelle morale" qu'elle doit exercer. Et de vanter aussi "la beauté et l'importance sociale de cette tâche", où les Françaises pourront déployer "avec éclat leurs dons naturels, leurs qualités d'intelligence et de coeur... leur esprit de décision, leur tendance à se dévouer, leur diplomatie persuasive" (26).

On voudrait évidemment connaître ce qu'a été la pratique réelle de cette médecine à domicile ; mais les sources, très rares, dont on dispose sont assez contradictoires. Sur le comportement des malades d'abord. Le Docteur Küss, en 1932, insiste encore sur l'égoïsme et l'euphorie du phtisique qui se croit toujours convalescent, refuse d'admettre qu'il peut contaminer, et répond en dernier argument qu'il veut "mourir chez lui". Mais le Docteur Cavaillon en 1930 (27) affirme (il est vrai à propos de la syphilis) : "Les malades ont beaucoup moins de préjugés que l'on veut bien leur en prêter, et ils n'ont pas honte de leurs maladies, beaucoup moins qu'on ne le dit en général, à moins qu'on ne leur en donne l'idée en ayant l'air de considérer celles-ci avec mépris". Les réformés du service militaire, à cette époque, sont paraît-il très contents d'aller au dispensaire passer une radio. Quelques témoignages d'infirmières-visiteuses inclinent dans le même sens : Isabel de Hurtado, fille de banquiers, bénévole des années 20, découvrit sa vocation le jour où visitant un "pauvre" elle le vit mourir entre ses bras, d'hémoptysie, tout souillé de son sang ; le malheureux qui ne pouvait plus travailler de façon régulière, était dépourvu de toutes ressources et de tout soin... (28).

Mais si l'on pouvait espérer le consentement des malades, la médicalisation des familles tuberculeuses en milieu populaire se heurtait à bien d'autres obstacles. Il y eut d'abord l'hostilité de la majorité des médecins (et de leurs syndicats) à l'égard du dispensaire et de la visiteuse (29) : ils voyaient là une concurrence inadmissible. Au cours des négociations que les offices d'hygiène sociale ont ouvertes avec eux, ils ont essayé d'obtenir que les dispensaires ne s'occupent que des malades envoyés par leur médecin (ce qui aurait éliminé tous les "pauvres" qui n'ont pas de médecin) ; ils ont refusé, au nom du secret professionnel, de déclarer les cas de tuberculose dont ils avaient connaissance... Cette mauvaise humeur s'est peu à peu réduite : les médecins ne pouvaient pas tous acheter les instruments coûteux nécessaires désormais au diagnostic et à la thérapeutique ; ils ont pris l'habitude d'envoyer leurs patients au dispensaire ; une collaboration semble établie au seuil des années 30. Quant aux visiteuses (bien chapitrées au cours de leur formation), elles ont su désarmer toute méfiance : jamais elles ne se sont permis de faire des diagnostics ou des prescriptions et elles sont bien restées dans la situation d'auxiliaires, modestes et dociles, qui leur a été assignée en France (30).

Autre obstacle : la "tuberculo phobie" (31). Le dépistage méthodique révèle de nombreux tuberculeux jusque là ignorés ; et la propagande intensive effraie la population qui voit dans le bacille comme un nouvel "esprit du mal" (31). "Toutes proportions gardées, dit le Docteur Marthe Jacquelin (32), la tuberculose apparaît à beaucoup comme apparaissait la lèpre aux populations du Moyen Age". Celui qui va au dispensaire devient suspect ; son patron exige de lui un certificat attestant qu'il n'est pas contagieux. Que serait-ce si la déclaration devenait obligatoire ?

Les nouveaux apôtres de la lutte antituberculeuse devaient en outre affronter d'énormes obstacles d'ordre matériel (32) ; le nombre des places dans les sanas et les préventoriums était insuffisant, et l'oeuvre Grancher, malgré son succès, ne réussissait pas à placer tous les enfants en danger. D'un autre côté, comment arracher une famille à un taudis étroit et infect, à une époque où sévissait la crise du logement ? Et si elle restait dans son taudis, comment lui procurer l'air pur indispensable ? où placer le lit supplémentaire qui aurait permis d'éviter, ou du moins de limiter, la contagion ? où placer un poêle quand (même dans les HBM) rien n'était prévu pour le chauffage domestique, hormis le fourneau de cuisine... Les médecins et les pouvoirs publics, hantés par le "retour à la terre", rêvent de transplanter les tuberculeux à la campagne, par familles entières (pour éviter les séparations et la tristesse du sana), ou même par villages entiers : "villages sanitaires" qui pourraient vivre sur eux-mêmes sans provoquer la méfiance des ruraux. Pour assurer leur subsistance, on rêve de "rééducation agricole"... Mais le travail de la terre est dur : va-t-on faire de l'ajusteur un éleveur d'abeilles, et de la dactylo une tresseuse de paniers (33) ? Et, pour tout, où trouver l'argent ?

Face à ces difficultés, la tuberculose prenait sa vraie dimension de maladie sociale, "mal de misère" qui relève moins des soins médicaux que de l'élévation du niveau de vie. "Plus on pénètre dans la connaissance de la tuberculose des classes populaires, dit le Docteur Küss, et plus on s'aperçoit en effet combien sont fréquents les obstacles, les complications, les difficultés qui rendent aléatoire et inopérante la prophylaxie antibacillaire au foyer familial..."

CONCLUSION

Il faudrait, pour évaluer l'efficacité de cette lutte, réaliser des monographies de dispensaires, étudier la mortalité tuberculeuse différentielle, selon les milieux sociaux, les quartiers urbains, les métiers. En attendant, on ne peut que présenter, à titre d'hypothèse, les trois conclusions suivantes :

Au point de vue biologique : La "lutte antituberculeuse" n'était sans doute pas indispensable pour faire reculer la maladie dont la régression est antérieure à tout traitement. En effet, l'acmé de la tuberculose se situe à la fin du XVIIIème siècle pour l'Angleterre, au cours du XIXème pour l'Europe continentale ; le déclin est commencé partout avant le début du XXème siècle. Les médecins le savent bien: en France, Léon Bernard (34) voit le recul de la tuberculose pulmonaire commencer vers 1880 et s'accélérer à partir de 1907. Donc, tout ce à quoi la "lutte antituberculeuse" pouvait prétendre c'était d'enrayer et de résorber la recrudescence due à la guerre. Dans l'état actuel des connaissances, on ne peut pas dire dans quelle mesure cet objectif a été atteint, ni s'il justifiait à lui seul le grand branlebas qui vient d'être décrit.

Au point de vue culturel : La "lutte antituberculeuse" a beaucoup appris aux médecins français en matière de propagande et de publicité. Désormais, ils sauront orchestrer leurs actions et leurs résultats en tous domaines, ils sauront attirer les fonds publics et privés, faire admettre partout leur intervention comme décisive, créer autour d'eux un consensus, une docilité unanime, et cela dans tous les milieux. C'est bien le temps du Docteur Knock !

Au point de vue social : La "lutte antituberculeuse" a mis en marche un processus irréversible, celui de la démocratisation de la médecine. En communiquant aux humbles l'espoir et le désir de la santé, elle fait cesser, pour toujours, une résignation millénaire. Mais, ce faisant, elle a aussi contribué à révéler aux médecins, aux pauvres, au public, l'étendue de la misère et des souffrances populaires comme "causes" des maladies. Elle a imposé avec force la dialectique du médical et du social. Du métier d'infirmière-visiteuse sortira celui d'assistante sociale. Et le Docteur Marthe Jacquelin appelle de ses vœux, dès 1920 "la loi sur l'assurance obligatoire contre les maladies qui seule peut apporter la solution complète au problème de la lutte antituberculeuse : soins au tuberculeux, secours à sa famille, protection de la société". Mais les médecins sont encore loin de partager tous cette opinion (35).

*Article paru en 1979 dans
Les Annales de Bretagne et
des pays de L'Ouest (Anjou,
Maine, Touraine)*

NOTES

(1) 1733, Pierre Desault, "Essai sur la phtisie" ; 1810, G. Laurent Bayle "Recherches sur la phtisie pulmonaire".

(2) Cf. Léon Bernard, "L'organisation de la lutte antituberculeuse en France" (1928).

(3) 1898, projet Emile Dubois : créer dans chaque département un ou plusieurs laboratoires de bactériologie destinés à prévenir la tuberculose ; 1900, projet Fleury-Ravarin : créer un institut antituberculeux.

(4) On sait que l'esprit "ligueur" anime alors ceux qui se sentent un peu marginaux, depuis les enseignants autour de Jean Macé (1866), jusqu'aux "patriotes" autour de Déroulède.

(5) "Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire" du Docteur Peyrot ; "Oeuvre des tuberculeux adultes" de Mlle Chaptal (1903) ; "Oeuvre de la tuberculose humaine" du Docteur Bernheim (1901).

(6) Letulle aimait à décrire le sort pitoyable du tuberculeux dans les hôpitaux des années 90 : on lui administrait de la tolucodéine, et on ne s'occupait plus de lui. Letulle aménage dans l'hôpital Boucicaut une sorte de sana avec aération des salles, cure d'air dans le jardin, alimentation spéciale ; et il inaugure pour les médecins le port de la blouse blanche, au grand scandale du directeur de l'hôpital qui lui reproche de dégrader sa fonction en adoptant la tenue réservée jusque-là aux infirmiers. Cf. Docteur A. Bergeron, "L'oeuvre médico-sociale du professeur Maurice Letulle", 1937. Le pneumothorax ne sera pas pratiqué en France avant 1908.

(7) Le modèle cité par la Grande Encyclopédie est le dispensaire du Havre, fondé par le docteur Gibert en 1875, qui soignait surtout les enfants des quartiers populeux, en leur donnant plutôt de bons aliments que des médicaments.

(8) Application d'un principe alors en plein essort dans l'industrie américaine, cette méthode séduit Richard Cabot, cf. ci-après, p. 9.

(9) Documents parlementaires, Chambre, année 1914, annexe n° 3528. Proposition de loi tendant à la création de dispensaires antituberculeux.

(10) Les statuts publiés en 1912 soulignent d'une part l'insuffisance du personnel soignant en France, et la nécessité d'élever la profession d'infirmière "à la dignité d'une carrière nouvelle et honorable, de laquelle la femme pourrait se livrer au soins des malades sans se lier par des voeux monastiques".

(11) Cf. Apolline de Gourlet "Cinquante ans de service social", 1948. Il faudrait citer aussi l'oeuvre "Foi et Vie" fondée par le pasteur Doumergue qui forme des femmes pour l'action sanitaire (et notamment antituberculeuse) en milieu populaire.

(12) Lille et Lyon sont les mieux équipés ; mais sur le nombre total des dispensaires en France, les témoignages ne concordent guère : le Document parlementaire, déjà cité (note 9), en compte 80 en 1914 ; Léon Bernard (L'Organisation de la lutte antituberculeuse en France, 1928) déclare qu'en 1913 il y en avait 46, répartis dans 15 départements ; mais en 1917, Alexandre Bruno (Contre la tuberculose, 1925) n'en a trouvé que 22. Il faut dire que la définition du "dispensaire antituberculeux" était encore approximative.

(13) Raymond Poincaré, Président de la République, vient inaugurer le dispensaire Léon bourgeois le 12 décembre 1913. Voici comment il définit la "lutte antituberculeuse" (Documents parlementaires, op. cit.) : "Organiser en faveur des tuberculeux une grande consultation hospitalière accessible à tous ceux qui se sentent atteints ou menacés : ne se point borner à recevoir et à examiner le malade pauvre ; s'empres- ser d'aller à lui et de pénétrer chez lui ; recueillir des renseignements précis sur les ressources de la famille et sur l'état du loge- ment ; donner aux intéressés des conseils d'hygiène et de propreté ; assainir le foyer ; préserver de la contagion la femme et les enfants ; assister au dispensaire même, un certain nombre de malades ; leur permettre de passer le temps, sous la surveillance de médecins, dans des locaux bien aérés ; distribuer des secours individuels et des se- cours aux familles ; ouvrir, en connexion étroite avec ce dispensaire, un quartier d'hôpital, spécialement affecté à la tuberculose ; complé- ter l'ensemble de ces organes protecteurs par l'installation d'un hôpi- tal suburbain ; établir entre ces divers services l'unité administrai- tive et médicale ; donner au dispensaire une sorte de pouvoir régulateur ; laisser à une même direction le soin de décider si le malade doit être soigné chez lui, admis à l'hôpital parisien ou envoyé à la campagne".

(14) Documents parlementaires, op. cit.

(15) Cf. Léon Bernard, "L'Organisation de la lutte antituberculeuse en France". Publication du Comité National de défense contre la tubercu- lose, 1928.

(16) Cf. Docteur Alexandre Bruno, "Contre la tuberculose. La mission américaine Rockefeller en France et l'effort français", 1925.

(17) Selon Bruno, la Mission a dépensé plus de 20 millions de 1919 à 1922 (p. 470). Il faudrait ajouter l'apport, considérable lui aussi, de la Croix-Rouge américaine.

(18) Cf. Richard Cabot, op. cit.

(19) E. Burnet, "Prophylaxie de la tuberculose", Masson, 1923.

(20) En 1925, le Docteur René Sand démontre que le service social a permis dans un chantier naval d'accroître la production de 19 % (in Le Service Social, mai 1925) ; il est vrai qu'on déborde ici la lutte antituberculeuse.

(21) Toutefois, la Mission ne se retire que quand elle juge l'avenir parfaitement assuré, c'est-à-dire en 1923 ; elle assure encore pendant trois ans une subvention importante au Comité de propagande.

(22) Son propos dépasse la lutte antituberculeuse : il parle du rôle de l'infirmière et de la visiteuse dans l'hygiène et la protection sociale anténatale.

(23) Souligné dans le texte.

(24) Souligné dans le texte

(25) Il faut aussi indiquer que des propos aussi familiers se trouvent rarement dans les textes. Mais est-ce parce que les médecins les tenaient rarement, ou bien parce qu'ils prenaient soin de ne pas les écrire ?

(26) L'armistice avait démobilisé nombre d'infirmières militaires ; certaines se souciaient peu de rentrer au foyer ; d'autres femmes se trouvaient (veuves ou orphelines) dans la nécessité de gagner leur vie. Mais la tuberculose faisait peur, et il était moins noble, moins patriotique, moins exaltant, de soigner les pauvres que de soigner les blessés...

(27) Réunion..., op. cit.

(28) Des monographies de dispensaires permettraient peut-être de mesurer le progrès de la médicalisation à domicile.

(29) Cf. Léon Bernard "La tuberculose pulmonaire", 1925. Le problème de la déclaration obligatoire est au centre des débats médicaux durant les années vingt.

(30) Les efforts de la Mission Rockefeller pour leur assurer, comme aux Etats-Unis, un statut élevé, ne semblent pas avoir été poursuivis par le Comité d'entente.

(31) H.Sellier et R.H. Hazeman, "La Santé publique et la Collectivité". Rapport général de la Commission d'hygiène de la troisième conférence du Service Social, Londres, 1936.

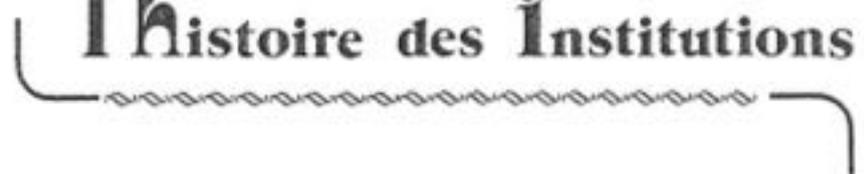
(32) Cf. Docteur Marthe Jacquelin, "Sur le fonctionnement pendant une année, d'un dispensaire d'hygiène sociale", Paris, Jouve, 1921. Cet auteur étudie des solutions alors envisagées (transplantation de familles entières du tuberculeux à la campagne, création de "villages sanitaires" où la vie serait moins triste que dans les sanas), mais pour en montrer le caractère utopique : comment assurer la "rééducation agricole" d'une famille dont le père est ajusteur, la mère travaille dans la chaussure et la fille est dactylo ? En leur enseignant à fabriquer des paniers ou à élever des abeilles ?

(33) Voir note 3, page 19.

(34) "La tuberculose pulmonaire", Masson, 1925, p.363.

(35) Sur les raisons de leur résistance. Cf. H. Hatzfeld, "Du paupérisme à la sécurité sociale".

L'histoire des institutions

A decorative flourish consisting of a horizontal line with a wavy, scalloped pattern, enclosed within a bracket-like shape that curves upwards at both ends.

PREFACE A LA MONOGRAPHIE
DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA HAUTE-LOIRE

Depuis 1973, le Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale et l'Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale entreprennent, avec le concours de tous les organismes nationaux, un effort d'ensemble pour que l'histoire de la Sécurité Sociale trouve la place qui doit lui revenir dans l'histoire politique, économique et sociale du pays.

Cet effort comporte notamment l'encouragement à l'élaboration de monographies historiques d'organismes de Sécurité Sociale. Ce sont les Caisses d'Allocations Familiales pour lesquelles les premières initiatives se sont manifestées. Et M. Louis PORTE a montré l'exemple en écrivant l'histoire de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Loire. Ce premier essai est une remarquable réussite.

L'on y trouve d'abord, vu d'un département du centre de la France, le panorama de l'évolution de l'institution même des allocations familiales depuis l'apparition de celles-ci au lendemain de la première guerre mondiale jusqu'à l'époque contemporaine.

L'on y trouve aussi retracée la réaction de divers milieux sociaux à la fois au principe même de ces allocations et aux formules successives adoptées pour leur mise en oeuvre, les particularismes locaux se heurtant, parfois, aux orientations venant du pouvoir central.

L'on y trouve encore l'image de la place prise progressivement par la Caisse dans l'ensemble de l'effort social entrepris dans le cadre du département, cette Caisse devenant chaque jour davantage un élément essentiel et un élément moteur de l'action sociale.

L'on y trouve enfin le portrait des hommes qui ont, pendant un demi-siècle, animé l'institution et qui ont déterminé son orientation.

Personne mieux que M. Louis PORTE ne pouvait écrire cette page d'histoire parce que, pendant plus de

.../...

trente ans, il a dirigé la Caisse et que le récit qu'il trace est aussi celui de toute son existence professionnelle. Peut-être serait-il possible seulement de regretter que, par discrétion et par modestie, il n'ait pas davantage fait ressortir son action personnelle qui a manifestement été considérable et largement déterminante, ne serait-ce que par le climat qu'il a su faire régner parmi les animateurs et les collaborateurs de la Caisse et par le rayonnement qu'il a exercé tant au sein de l'institution que dans l'ensemble de la vie sociale du département.

Nous devons à M. Louis PORTE un grand merci pour avoir ainsi ouvert la voie aux historiens de la Sécurité Sociale. Nous devons aussi un grand merci à la Caisse Nationale des Allocations Familiales pour avoir décidé de publier cette première monographie, montrant ainsi l'intérêt et l'importance qu'elle attache aux travaux entrepris.

Pierre LAROQUE

TABLE DES MATIERES

DE LA MONOGRAPHIE DE LA CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES DE LA HAUTE-LOIRE

Introduction

PREMIERE PERIODE (1925-1933) : LIBRE INITIATIVE
ET COMPLETE AUTONOMIE

Une initiative méritoire : des débuts
difficiles

- Naissance d'une Caisse
- La croissance
- Cotisations et prestations
- Les germes de l'action sociale
- La gestion

DEUXIEME PERIODE (1933-1946) : L'OBLIGATION VIENT
EN AIDE A LA LIBERTE

Chapitre I : Un développement progressif
(1933-1939)

- Circonscription et effectifs
- L'organisation et la gestion de la
Caisse
- Allocataires et prestations
- Les cotisations
- L'action sociale

Chapitre II : La guerre et ses conséquences
(1939-1946)

- L'évolution de la Caisse
- Les prestations
- L'action sociale
- Les cotisations

- La gestion
- La transformation

Chapitre III : Caisse des travailleurs
indépendants

- Création, organisation, compétence ...
- Les prestations
- L'action sociale
- Les cotisations
- La gestion

TROISIEME PERIODE (1946-1967) : L'INTEGRATION DANS
UN SYSTEME GLOBAL DE PROTECTION SOCIALE

Chapitre I : La mise en place du nouvel
organisme

- Le premier Conseil d'Administration ..
- Les élections de 1947

Chapitre II : L'empreinte de la tradition
(1947-1950)

- Le Conseil d'Administration
- Les prestations
- L'action sociale
- . Les vacances
- . Le service social
- . L'enseignement ménager
- . Le logement
- . Les autres secteurs de l'action
sociale
- Les cotisations
- Organisation et gestion

Chapitre III : La relève et la mutation
(1950-1955)

- Les élections du 8 Juin 1950
- Le Conseil d'Administration
- Les symptômes de l'évolution
- L'action sociale
- . Les vacances
- . L'enseignement ménager
- . Le service social
- . Les autres modalités de l'action
sociale

- Les signes de la continuité
- Prestations et cotisations, la gestion, la tutelle.....

Chapitre IV : Le régime de croisière

- (1955-1960)
- Les élections de 1955 et le nouveau Conseil
- Les allocataires et les prestations ..
- Les cotisants et les cotisations
- L'action sociale
- . Le logement
- . Les vacances
- . L'enseignement ménager
- . Le service social
- . Les travailleuses familiales
- . Les prêts pour l'équipement ménager
- . La revue "Bonheur"
- . Les prestations extralégales
- . Foyer de jeunes travailleurs
- . Subventions et secours
- La gestion de la Caisse
- . Le personnel
- . La gestion générale
- . L'Union de recouvrement des cotisations
- . L'exercice de la tutelle administrative

Chapitre V : Les ailes rognées

- L'élection de 1962
- Le Conseil d'Administration
- Prestations et allocataires
- L'action sociale
- . L'habitat social
- . L'aide aux vacances
- . L'enseignement ménager
- . Travailleuses familiales
- . Prestations extralégales
- . Les prêts et les secours
- . Documentation
- . Recours à la C.N.S.S.
- Les limites de l'action sociale
- La gestion de la Caisse
- . Le personnel
- . La gestion générale
- . L'exercice de la tutelle administrative

QUATRIEME PERIODE (1967-1977) : L'INTEGRATION A
UNE INSTITUTION HIERARCHISEE

Chapitre I : Les Conseils d'Administration .

- Le premier Conseil d'Administration
(1967-1971)
- Le deuxième Conseil d'Administration
(1971-1975)
- Le troisième Conseil d'Administration
(1975-1977)

Chapitre II : Prestations et allocataires..

- L'évolution des prestations
- . Le montant des prestations
 d'entretien
- . La structure des prestations.....
- Les allocataires
- Les prestations familiales : progrès
ou dégradation
- . Le service des prestations
- . La tutelle aux prestations
 familiales

Chapitre III : L'action sociale

- Le logement
- Les vacances
- Le service social
- Les travailleuses familiales
- L'enseignement ménager rajeuni en
économie sociale familiale
- Les prestations supplémentaires ,
secours, prêts d'honneur
- Les autres formes d'intervention de la
Caisse
- Le concours financier de la Caisse
Nationale

Chapitre IV : La gestion et le personnel ..

- Le personnel
- . Le recrutement
- . La formation
- . Les caractéristiques du personnel.

Conclusions

S O U R C E S

- Procès-verbaux des séances de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration de la Caisse Familiale de la Haute-Loire (1925-1946)
3 volumes
- Procès-verbaux des séances du Conseil d'Administration de la Caisse d'Allocations Familiales des Travailleurs Indépendants de la Haute-Loire (1940-1946)
1 volume
- Procès-verbaux des séances de l'Assemblée Générale de la Caisse d'Allocations Familiales des Travailleurs Indépendants de la Haute-Loire.
- Bulletin trimestriel de la Chambre de Commerce du Puy et d'Yssingeaux (années 1922 à 1940).
- Procès-verbaux des séances du Conseil d'Administration et des Commissions de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Loire (1946-1977)
56 volumes
- Procès-verbaux des élections au Conseil d'Administration de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Loire (en 1947, 1950, 1955 et 1962).
- Rapports annuels d'activité de la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Loire (1953-1976)
24 volumes

PRINCIPAUX OUVRAGES CONSULTÉS

- | | |
|--------------------|---|
| Dominique CECCALDI | Histoire des prestations familiales en France
Collection "Etudes C.A.F." Paris 1957. |
| Gérard ADAM | Atlas des élections sociales en France
Armand Colin - Paris 1964

C'est à cet ouvrage que sont empruntés les chiffres et les pourcentages des résultats obtenus par les différentes listes aux élections aux conseils d'administration de l'ensemble des Caisses d'Allocations Familiales. |

NOTE D'ORIENTATION POUR UNE MONOGRAPHIE DE CAISSE

2ème Partie - CANEVAS d'UN QUESTIONNAIRE TYPE AUQUEL DEVRAIT REPOUDRE UNE MONOGRAPHIE

Le plan proposé ci-après vaut pour l'ensemble des organismes chargés de la Gestion de la Sécurité Sociale.

Les références de comparaison ne pourront être prises qu'à partir de 1947, date véritable de l'installation du régime de Sécurité Sociale, dans tous ses aspects concrets.

Les grandes lignes de l'évolution gagneraient à être appréciées selon les principales étapes suivantes :

- la période d'installation 1945-1950,
- l'assise et le développement du régime 1950-1960 (en prenant peut-être une coupure à mi-parcours en 1955 pour cerner certaines évolutions statistiques),
- le tournant des réformes de 1960 et leurs incidences entre 1961 et 1967,
- la phase récente 1967-1975.

I - AVANT 1946

- a) Date et mise en place avant ou après la loi du 30 Avril 1930.

Il serait bon de préciser comment et par qui a été créée la première Caisse de Compensation dans la circonscription concernée.

S'il y a eu plusieurs Caisses, il est possible qu'il y ait plusieurs dates de création.

- b) Les organismes en place avant la Caisse actuelle.
- le choix des lieux d'implantation
 - les problèmes corporatifs et professionnels
 - leur nombre
 - leur implantation

.../...

.../...

- leur compétence
- leur importance
- leur rattachement à un autre établissement (industrie, syndicat patronal, syndicat ouvrier, mutuelle, oeuvre confessionnelle)
- étaient-ils autonomes ? étaient-ils partie d'un tout plus important ?

c) Comment payaient-ils les prestations ?

- pratique de la compensation
- rôle éventuel des entreprises
- paiement direct

d) Avaient-ils une action sociale développée ?

- prestations extra-légales
- gestion d'établissements propres
- services sociaux
- création d'associations parallèles ou annexes.

II - LA FUSION

a) Date de l'arrêté de fusion.

- Il y a peut-être plusieurs dates.

b) Comment s'est effectuée la passation des pouvoirs ?

c) Problèmes qui se sont posés à l'époque.

- Détermination des circonscriptions territoriales. Pourquoi y a-t-il encore plusieurs Caisses dans le département ?
- Problème de personnel.

Les difficultés d'application de l'ordonnance du 2 Novembre 1945 sur le reclassement.

.../...

- *Problème de Direction.*

S'il y avait antérieurement plusieurs Caisses, pourquoi et comment a-t-on choisi la Direction de la nouvelle Caisse ?

- *Quelle était la physionomie sociologique des cadres après la fusion ?*

- *Problèmes d'immeubles.*

La mise en place des services dans la nouvelle Caisse, exigeant le regroupement du personnel, a-t-elle posé, à l'époque, des problèmes de locaux ?

- *Problème du choix du siège.*

Quelles raisons ont pu motiver, pour le choix du siège, telle ville plutôt que telle autre ?

III - CARACTERISTIQUES GENERALES

. *Circonscription géographique.*

. *Attributions.*

. *Populations des ressortissants (nombre d'assurés et d'ayants droit. Dans la mesure du possible : répartition socio-professionnelle. Répartition par sexe et groupes d'âge. Echelle des revenus moyens).*

IV - CONSEIL D'ADMINISTRATION

. *Composition.*

Répartition en fonction des résultats des élections jusqu'en 1967.

Qualités des personnes désignées depuis cette dernière date.

Par delà les clivages des organisations peut-on connaître quels sont les groupements et les catégories professionnelles les plus représentés ? Quelles sont les origines sociales et locales (villes, zones rurales) des membres des conseils ? Y a-t-il constance ou mutation profonde au cours des 30 dernières années ?

.../...

Peut-on observer une continuité dans l'exercice des fonctions de Président ? Celui-ci est-il doté d'une forte personnalité ? Anime-t-il réellement la gestion de la Caisse ?

Existe-t-il un consensus entre les hommes de différentes origines pour conduire une action commune ?

Les membres des conseils d'administration exercent-ils d'autres responsabilités locales, professionnelles ou nationales ?

- . Commissions internes.
- . Représentations extérieures (y compris celles assurées par des agents administratifs).
- . Résumé descriptif des délibérations importantes portant sur le fonctionnement de la Caisse et sur les problèmes généraux de l'institution.

V - ORGANISATION

- . Organigramme général des services. Effectifs du personnel. Encadrement.
- . Méthodes et moyens de travail pour les fonctions essentielles (par ex. mécanisation, électronique..).

VI - EQUIPEMENTS IMMOBILIERS

1) Depuis 1946, la Caisse a-t-elle changé ses locaux ?

a) A-t-elle déménagé plusieurs fois ?

- Raisons qui ont pu justifier ces déménagements.

b) La Caisse a-t-elle procédé à des extensions ?

2) Nature de l'occupation des locaux ?

a) La Caisse est-elle propriétaire ou locataire ?

b) Occupe-t-elle les locaux en liaison avec un autre organisme de sécurité sociale ? Il faut, le cas échéant, voir le fonctionnement d'une Union Immobilière.

.../...

- c) Occupe-t-elle les locaux avec un autre établissement privé ou public, ou dans le cadre d'une cité administrative ?

Il serait bon d'indiquer si la situation, telle qu'elle se présente, est consécutive à une situation de fait ou à un choix délibéré dont les motifs devraient être indiqués.

3) En cas d'une construction directe par la Caisse, il serait nécessaire d'évoquer les différents problèmes qui ont pu se poser, à la fois pendant la construction et avant la construction, tels par exemple :

- . le choix du terrain,
- . le choix de l'architecte,
- . le financement du projet,
- . les différentes autorisations avec, le cas échéant, les contradictions entre les exigences des différentes administrations appelées à donner un avis.

On indiquera, à titre indicatif, la durée d'acheminement des dossiers et la durée de la construction proprement dite.

VII - LES PRESTATIONS

- a) Evolution du nombre des allocataires.
- b) Evolution de la masse des prestations.
- c) Explication des différents taux de croissance qui peuvent exister, par rapport aux moyennes nationales.
- d) Problèmes posés à l'occasion du passage de la Caisse du lieu d'activité à la Caisse du lieu de résidence.
- e) Appel pour la gestion du service au traitement informatique.
 - . Formule utilisée.
 - . Equipement propre.
 - . Travail à façon.
 - . Recours à un atelier mécanographique inter-Caisses.

- f) *Activités de la Commission de Recours Gracieux et importance relative des litiges. Activité du Service Contentieux.*
- g) *Quelques résultats des contrôles de l'Administration en matière de prestations.*
- h) *Mesure de l'activité.*
 - . *Nombre, suivant le cas, de décomptes, de liquidations, d'encaissements, de comptes individuels, etc.., au total et par subdivision (risques, catégories de bénéficiaires, etc...).*
 - . *Nombre de réclamations reçues, groupées suivant leur objet (montant des prestations, refus de prestations. Plaintes relatives au fonctionnement des services, etc..).*

VIII - ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

- a) *Au cours des 28 dernières années, y a-t-il eu des modifications d'orientation de l'action sociale de la Caisse ?*
- b) *La Caisse a-t-elle toujours utilisé ses crédits d'action sociale ?*
- c) *A-t-elle eu recours fréquemment, et dans quelle importance, au concours financier de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale d'abord et des Caisses Nationales ensuite ?*
- d) *Dans quel domaine la Caisse a-t-elle donné plus d'importance à une forme d'action sociale ? Ce point doit notamment être étudié au travers d'un budget commenté d'Action Sanitaire et Sociale.*
- e) *La Caisse a-t-elle des services ou des établissements en gestion directe ?*

Il serait bon d'indiquer succinctement les raisons du choix de la gestion directe. Dans le cas où, pour un service ou un établissement donné, la gestion directe aurait été abandonnée, il serait souhaitable d'en indiquer les motifs.

- f) *Evolution de la politique de la Caisse en matière de prestations extra-légales.*

- g) Position de la Caisse, en théorie et en pratique, dans le cadre de la coordination des services sociaux.

IX - LES COTISATIONS

Il serait bon de poser quelques questions pour savoir à quelle date la Caisse d'Allocations Familiales ou la Caisse Primaire a abandonné à une Union de Recouvrement l'encaissement des cotisations.

- . L'a-t-elle fait spontanément, et si oui, pourquoi ?
- . Ou a-t-elle attendu qu'elle soit concernée par les textes qui en faisaient une obligation ?
- . Quelle est la politique de l'organisme en matière de recouvrement ?

X - QUESTIONS DE PERSONNEL

- a) Agents de direction.

A quel rythme se sont succédés les agents de Direction depuis 1946 ?

Quelles ont été les raisons des départs des uns ou des autres ?

Peut-on mesurer l'impact et les différents apports respectifs des agents de direction qui ont successivement occupé des fonctions de responsabilité dans l'organisme ?

Quelle est l'origine locale, régionale des agents de direction ?

Quelle est leur origine socio-professionnelle (reconstitutions de carrière, discernement de l'origine interne ou externe à l'institution, essai de détermination du cadre familial, etc..) ?

Quelle est la formation préalable des agents de direction ? Cours de cadres ? E.N.O.E.S., C.E.S.S.S. ? Diplômes extra-professionnels délivrés par l'Université, des cours privés, le Conservatoire National des Arts et Métiers ?

Quelle a pu être l'incidence de son appartenance

.../...

à des groupes intermédiaires extérieurs à la hiérarchie de l'institution tels que partis politiques, organisations syndicales professionnelles, groupements confessionnels ou philosophiques, oeuvres de bienfaisance, etc... ?

Est-il possible de dresser le portrait des agents de direction qui ont le plus marqué leur passage à des postes de responsabilité ? Quel a été leur caractère, leurs habitudes de travail (travail en solitaire, en groupe, qualité des réunions organisées, sens de la délégation, goût du contact humain) leur tempérament (qualité des relations avec le personnel, nature des réactions devant les circonstances graves).

Quels sont les traits qui ont le plus influencé le fonctionnement même de l'organisme ?

b) Cadres et agents d'exécution.

- . Evolution du nombre des uns et des autres (motifs particuliers de certaines augmentations).
- . Moyens internes mis en oeuvre pour leur formation.
- . Problèmes posés par certaines décentralisations (par exemple permanences).

c) Personnel social- progression.

- . Importance relative par rapport au personnel administratif.

d) Conflits.

- . Y a-t-il eu souvent des conflits collectifs autres que les mouvements de grève nationaux ?
- . Les conflits individuels ont-ils été réglés à l'amiable ; par le Conseil de Discipline, par la Commission Paritaire, par les Tribunaux de Droit Commun ?

e) Problèmes avec la Tutelle.

- . Importance des mesures de suspension ou d'annulation concernant le personnel.

- . Le Décret du 12 Mai 1960 donnant pouvoir au Directeur a-t-il apporté des modifications fondamentales ?

f) *Activités du Comité d'Entreprise.*

- . Quels sont les principes de son action ?
- . Gère-t-il directement certaines activités ?
- . Adhère-t-il à des associations inter-entreprises ?
 - soit sur le plan de l'Institution,
 - soit en dehors de l'Institution.

g) *Les syndicats et leurs activités :*

- . les syndicats en présence,
- . les sections syndicales,
- . les délégués du personnel et les procès-verbaux des réunions de délégation du personnel avec la Direction,
- . la nature des relations avec la Direction.

XI - DONNEES FINANCIERES

- . Risques : recettes-dépenses (avec subdivisions par nature de prestations et par catégories de bénéficiaires).
- . Remises et dépenses de gestion.

XII - LE CONTROLE MEDICAL

- . Etude de l'installation du Contrôle Médical à ses débuts.
- . Analyse de son évolution : effectifs, nature et origine du recrutement (docteurs ayant déjà consulté dans un cabinet de ville ou non en particulier).
- . Relations avec les services administratifs.

- . Relations avec les praticiens et les malades sur le plan local.
- . Examen de la nature des interventions (systématisme sur certaines affections ou coup par coup).
- . Essai de mesure de l'efficacité des contrôles opérés, en cernant notamment l'impact du profil médical et de son utilisation.

On peut envisager de joindre en annexe à la monographie un certain nombre de documents de références : procès-verbaux du Conseil et de ses Commissions, rapports annuels d'activité, budgets, comptes d'exploitation et bilans, études statistiques menées dans le cadre de l'organisme.

e tude

A decorative flourish consisting of a horizontal line with a wavy, scalloped pattern in the center, extending from the left and right sides, and a vertical line extending downwards from the right end.

L'appareillage

Essai d'Histoire Générale

Son Histoire Locale Marseillaise

par M. le Docteur L. DEVAUX
MEDECIN-CONSEIL CHARGE de l'APPAREILLAGE
pour la REGION du SUD-EST

Voir, entendre, saisir sa nourriture dans le milieu extérieur, se déplacer pour la trouver ou pour échapper à un ennemi ont été, à l'aube des temps, des fonctions essentielles à la survie de l'Homme dans un milieu hostile. Cela impliquait évidemment l'intégrité physique de son corps, c'est à dire l'absence de tout handicap sensoriel ou moteur.

Aujourd'hui, le handicap ne menace plus sa vie. Mais il obère lourdement ses conditions d'existence d'homme civilisé, subjectivement et socialement. C'est pourquoi il a dépensé des trésors d'imagination et d'intelligence dans la création de mécanismes étrangers à son propre corps, dans le but de reconquérir la fonction perdue ou altérée. L'ensemble de ces mécanismes constitue l'Appareillage.

Constat d'échec de l'Art de guérir, Art d'accommoder les restes à l'instar de la cuisine, ou thérapeutique de substitution, peu importe la façon dont on le considère : il fait partie intégrante de l'Art Médical dont on ne saurait le dissocier et, partant, de son histoire dont il n'est qu'une facette. Sa petite Histoire Locale est l'aboutissant de son Histoire tout court qu'il nous a paru intéressant de rappeler, non pas de façon exhaustive mais par le biais d'un survol des étapes marquantes de ses progrès avec, en contrepoint, celui des points forts de l'évolution de la Science Médicale et des découvertes fondamentales dans les diverses disciplines qui ont fait de la Médecine et de l'Appareillage ce qu'ils sont aujourd'hui.

.../...

Très schématiquement, on peut définir quelques grandes époques :

- la période archaïque, des origines jusqu'à la Renaissance ;
- le siècle de la Renaissance ;
- la période des 17ème et 18ème siècles ;
- le 19ème siècle et la période moderne.

LA PERIODE ARCHAÏQUE. Nous ne possédons que de très rares informations sur les tentatives d'appareillage durant ce laps de temps. Il est certain que, dès la préhistoire, l'homme a su immobiliser une fracture, débrider un abcès, recourir à la cautérisation. La première orthèse a dû être le bâton sur lequel il s'appuya pour soulager un membre inférieur blessé, ou la branche fourchue glissée sous son aisselle, ancêtre de notre "moderne" béquille.

La plus ancienne prothèse digne de ce nom qui nous soit parvenue date de 1500 ans avant J.C. Trouvée récemment en Russie, elle est constituée par un membre postérieur de renne ou de cerf dont le cuissot a été évidé, puis tanné, réalisant une emboîture dans laquelle se logeait le moignon. Le reste du membre servait de pilon (Fajal).

La décoration d'un vase grec, datant du 4ème siècle avant J.C., représente un amputé marchant sur un pilon.

Plus rien jusqu'à PLINE le JEUNE (62-125 après J.C.). Il parle, dans son *Histoire Naturelle*, d'un citoyen romain, MARCUS SERGIUS, amputé au cours de la seconde Guerre Punique, qui portait une main de fer qui lui servait pour combattre.

La longue nuit du Moyen Age ne nous a pas transmis grand-chose. Le folklore Anglo-Saxon nous décrit le pirate BARBAROSSA HOKUS comme porteur d'un crochet. Une mosaïque de la Cathédrale de LESCAR (Pyrénées-Atlantiques), datant du 12ème siècle, représente un chasseur maure amputé d'un pied et appareillé avec un pilon à marcher sur le genou (Giraudet).

Nous sommes bien mieux informés sur ce que fut la médecine archaïque. Elle eut un caractère sacerdotal pendant des millénaires au sein des peuples dont nous connaissons l'histoire. Le premier texte qui fasse

état de la profession médicale qui nous soit parvenu est le Code d'HAMMOURABI (BABYLONE 1700 ans avant J.C.).

Par la suite, la Profession Médicale eut ses "phares". ESCULAPE (Grèce, vers 1270), les Ecoles Médicales de CNIDE, de RHODES et de COS. HIPPOCRATE, mort en 377. A partir du 3ème siècle de notre ère, la médecine devait être dominée par la personnalité de GALIEN (131-201) au détriment de la médecine Hippocratique. " Son héritage médical sera érigé en dogme, comme celui d'ARISTOTE dans le domaine de la philosophie pure " (MM. BARIETY et C. COURY - Histoire de la Médecine). Cela devait durer 15 siècles !

LE SIECLE DE LA RENAISSANCE. Sans aucun doute, des appareillages ont été réalisés auparavant : les esprits inventifs ainsi que les artisans habiles ont toujours existé. Chacun travaillait pour soi, de façon dispersée, sans pouvoir faire connaître ses méthodes ni ses résultats faute de moyens de communication efficaces, dans un désintérêt total des Maîtres de la Faculté pour leurs travaux. Rien n'a survécu de ce patrimoine.

Au 16ème siècle, Ambroise PARE a marqué la chirurgie de son sceau et lui a donné une impulsion nouvelle. Il n'a pas non plus négligé l'appareillage, prolongement obligé de cet Art.

Il est l'auteur d'une main de fer articulée manoeuvrée par la main valide dont les doigts pouvaient saisir et tenir, la tenue de la prise étant assurée par des cliquets déverrouillables.

Il est également l'auteur d'un pilon pour amputés de cuisse ; le moignon était logé dans un cuissard. Il avait dénommé cet appareil "la jambe des pauvres". Sa "jambe des riches" dissimulait dans un revêtement métallique un pilon articulé qui pouvait être verrouillé par une gâchette.

L'Orthèse ne lui a pas été inconnue ; il préconisait l'usage d'un corselet de fer "pour redresser les corps tortus".

Nous connaissons d'autres mains de fer datant de la même époque : celle du Chevalier GOETZ de BERLICHINGEN, mort en 1562 ; celle du Chevalier de MITTELHOUSE, décédé en 1654, fut trouvée dans sa tombe lors de la restauration de l'Eglise de BALBRONN près de STRASBOURG.

Au 16ème siècle, on fabriquait aussi des mains artificielles en cuir bouilli, en papier collé, ancêtres de nos prothèses de vie sociale modernes. Esthétiques, légères, elles n'étaient certainement ni plus ni moins fonctionnelles que celles d'aujourd'hui.

L'impulsion donnée à la chirurgie par Ambroise PARE reposait sur une meilleure connaissance de l'anatomie. L'idée de mieux connaître la structure du corps humain, afin d'en mieux réparer les désordres, vérité d'évidence aujourd'hui, s'était fait jour. Mais la science de l'anatomie ne vit le jour qu'après plusieurs siècles de gestation ! A titre d'exemple, la Faculté de Médecine de MONTPELLIER fut fondée le 17 Avril 1220 ; son premier amphithéâtre d'anatomie ne fut ouvert qu'en 1552. Entre temps, Henri de MONDEVILLE, puis Guy de CHAULIAC, avaient pu se livrer à de rares dissections, l'Eglise n'accordant les autorisations qu'exceptionnellement. Sait-on qu'au 15ème siècle LEONARD de VINCI (1452-1519) fut un des plus brillants anatomistes de son temps ? Mais à quoi n'a-t-il pas touché ? A l'aube du 17ème siècle, la croissance de l'anatomie était terminée.

L'étude de l'anatomie humaine s'appuyait sur l'observation objective rigoureuse et non plus sur les constatations de GALIEN qui, faites à partir de dissections d'animaux, étaient rarement transposables à l'homme: Une méthodologie nouvelle qui devait avoir des prolongements dans bien d'autres domaines. C'est à partir de l'observation objective et rigoureuse des faits qu'en 1546 FRACASTOR découvrit la notion de contagion de certaines maladies (de contagione et contagionibus morbis). Quelques esprits particulièrement audacieux déduisirent de l'observation objective des mêmes faits que la transmission de certaines maladies épidémiques était due à des germes spécifiques qu'ils ne pouvaient pas voir. Quelque 300 ans plus tard, PASTEUR devait vérifier la justesse de cette déduction.

L'édifice monolithique créé par GALIEN commençait à se lézarder !

.../...

LES 17ème et 18ème SIECLES. Peu d'acquisitions remarquables en matière d'appareillage des membres inférieurs.

Les amputés de cuisse se contentèrent du pilon cuissard pour se déplacer, cône creux en bois, à sommet inférieur, muni d'une fenêtre, dans lequel se logeait le moignon auquel faisait suite un pilon. Sa fixation était assurée par une ceinture attachée à une palette externe remontant à la taille, dont l'appareil était muni.

Les amputés de jambe marchaient sur un pilon de bois à appui terminal, muni d'une palette externe remontant le long de la jambe et fixée à celle-ci par une courroie. Ce genre d'appareil a eu une longévité extraordinaire. On trouve la figuration dans certaines oeuvres de Jérôme BOSCH et de Jacques CALLOT ; le Général DAUMESNIL en portait un, qui lui avait valu le surnom de "Jambe de bois", lorsqu'il refusa de se rendre aux Alliés en 1814 ! L'appareil à marcher sur le genou fléchi en était une variante pour les amputés courts ; la palette externe s'accrochait à la cuisse.

En 1743 apparaît le premier appareil à traiter le torticolis, sorte de mentonnière montée sur un hausse-col destinée à redresser la tête des enfants, ancêtre des modernes minerves.

Vers 1750, SEBASTIEN, religieux de l'Ordre des Carmes, construisit la première main à articulations mobiles. Le mouvement des doigts était actionné par celui du moignon. C'était un progrès considérable sur les mains de fer mais, surtout, le premier essai d'animation des prothèses.

Le fauteuil roulant à propulsion manuelle était connu au 18ème siècle. Celui qu'utilisait COUTHON, guillotiné avec ROBESPIERRE, est parvenu jusqu'à nous. Il était actionné par deux manivelles fixées chacune sur les accoudoirs.

Nous possédons aussi une chaussure orthopédique ayant appartenu à TALLEYRAND ; chacun sait qu'il était atteint de pied bot.

Les 17ème et 18ème siècles ont accumulé les découvertes fondamentales qui permirent l'explosion du progrès de la science médicale au siècle suivant. Tous les médecins de l'époque ne furent pas des Monsieur PURGON

.../...

ou des Thomas DIAFOIRUS. Ignorés de MOLIERE, de BOILEAU ou de Madame de SEVIGNE, c'est à dire du "Grand Public", les chercheurs de l'époque ont accompli une oeuvre remarquable, compte tenu des moyens dont ils disposaient. Les découvertes furent nombreuses dans le domaine de la physiologie. Celle de la circulation du sang par HARVEY en 1649, du mécanisme de la reproduction (De GRAEF découvre le follicule ovarien en 1673, Jean HAN le spermatozoïde en 1677, SPALLANZANI la fécondation quelques décennies plus tard). La fin du 18ème siècle vit naître l'électro-physiologie avec les travaux de GALVANI et de VOLTA. LAVOISIER, avant d'être guillotiné, avait découvert l'oxygène et la composition de l'air, ouvrant la voie à la connaissance de la physiologie de la respiration et à celle des échanges métaboliques. En 1798, JENNER publie un mémoire de soixante pages sur la non réceptivité à la variole des sujets ayant été atteints de cow-pox ou vaccine ; d'où le nom de vaccination donné à l'exploitation de sa trouvaille. Il avait vaincu la variole et avait ouvert une voie nouvelle dont il ne pouvait prévoir le caractère général et les applications dans la lutte contre bien d'autres maladies.

Toutes ces découvertes furent le fruit de l'observation rigoureusement objective au service de la raison. Malheureusement, nous ne pouvons toutes les citer ; mais le rationalisme scientifique allait effacer quinze siècles de domination des dogmes anciens !

C'EST A PARTIR DU 19ème SIECLE que l'appareillage prend son véritable essor avec la découverte de la possibilité d'animer les prothèses.

En 1848, De GRAEFE utilise, dans ce but, des cordes à boyau fixées à un harnais, mettant en jeu la force de muscles lointains. Technique reprise et appliquée par BAILLIF : l'élévation du bras provoquait l'ouverture de la main prothétique grâce à une corde fixée à un harnais s'attachant à l'épaule ; une corde spéciale reliée à la ceinture animait le pouce. Un peu plus tard, VAN PEETERSEN construisit un appareil à corde qui utilisait l'extension de l'avant-bras pour animer la main. Enfin, CHARRIER imagina un appareil recourant à la rotation de l'avant-bras pour ouvrir ou fermer les doigts. En fait, vers 1850, les principaux moyens d'animation des prothèses par la force musculaire étaient connus ; on les emploie encore.

Les amputations partielles de la main étaient appareillées de façon assez simple. La main amputée de tous ses doigts opposait sa palette restante à une butée fixée à l'avant-bras par un brassard, assurant ainsi une certaine possibilité de préhension (appareils de MATHIEU, appareil de GALEOZZI).

Les amputés de l'avant-bras ont bénéficié de nombreux types de prothèse au bout desquelles étaient accrochés quantité d'outils variés à visée fonctionnelle, animés ou non, qui ont été perfectionnés au fil des ans. Du simple crochet ou de l'anneau de MATHIEU inertes (mais toujours utilisés) on en est arrivé à construire des mains à câble fonctionnelles de plus en plus perfectionnées en passant par les crochets-pince ou les dispositifs à prise tridigitale. Nous ne pouvons entrer dans le détail. Disons aussi que les amputés de bras se servent des mêmes accessoires.

Les premières prothèses pour amputation du bras consistèrent en un manchon de cuir moulé accroché à l'épaule ou bien en un brassard prolongé par une tige métallique. Divers accessoires pouvaient être accrochés à leur extrémité. Vinrent ensuite des prothèses plus élaborées, avec flexion du coude par la main restante et verrouillage en position, porteuses d'outils ou d'une main prothétique (CHARRIER). En 1844, VAN PEETERSEN construisit un véritable bras mobile actionné par câbles et produit en France par les fabricants de l'époque (CHARRIER, MATHIEU, BECHARD). En 1867, le Comte de BEAUFORT réalisa un bras mû par les mouvements des épaules ainsi que la main prothétique dont il était porteur. En arrondissant le dos, l'amputé provoquait l'ouverture de la main ; la fermeture était passive. Un modèle plus simple ne comportait qu'un pouce mobile qui s'opposait avec les autres doigts.

Grâce aux travaux de DUCHENNE de BOULOGNE sur la physiologie du mouvement, de nombreuses orthèses fonctionnelles de la main furent réalisées. Elles visaient à pallier les conséquences de paralysies des muscles animant la main et les doigts ; en suppléant de façon passive aux muscles paralysés, les muscles antagonistes redevenaient fonctionnels. AMBROISE PARE avait déjà imaginé des solutions analogues. Ce genre d'appareillage est encore employé actuellement.

A la fin du siècle, et encore aujourd'hui, de nombreuses recherches ont eu lieu dans le but d'améliorer l'animation des prothèses du membre supérieur. Cinématisation par câble à partir de la contraction d'un muscle

.../...

tunnelisé porteur d'un palonnier (cinéprothèse : VANGHETTI en 1899, puis SAUERBRUCH). D'autres techniques ont fait appel à des sources d'énergie extérieures au corps humain : énergie pneumatique, énergie électrique notamment, commandées par des systèmes variés. Toutes ont été abandonnées au profit de la prothèse à commande myo-électrique, dernière née des prothèses opérationnelles.

De notables progrès sont intervenus dans le domaine des accessoires des prothèses du membre supérieur. L'attache à prise rapide a remplacé ses systèmes à vis. Il existe maintenant toute une gamme d'articulations de poignet, de coude, d'épaule ; fabriquées en série, leur variété de types couvre pratiquement tous les besoins. De nouveaux moyens d'accrochage ont été imaginés : le gant de succion, le contact avec accrochage condylien pour les prothèses d'avant-bras.

La chimie a créé de nouveaux matériaux qui ont pris le relais du cuir et de l'acier dans bien des cas : alliages légers (duralumin), statifié de polyester, chlorure de polyvinyle ; ce dernier matériau permet de réaliser des gants de recouvrement reproduisant exactement le relief de la main avec une carnation identique à celle de la main restante.

Malheureusement, quelque perfectionnée qu'elle puisse être, la prothétisation du membre supérieur reste grevée de lourdes servitudes en raison même de la complexité de la fonction de préhension. L'outil ne remplacera jamais totalement la main vivante, en raison de son manque de sensibilité. Dans bien des cas il faudra choisir entre l'esthétique et la fonction. Ce dernier impératif se retrouve dans la classification actuelle des prothèses du membre supérieur :

- prothèses de travail de force : toutes en cuir et acier. Laides.
- prothèses de service : en matériaux divers, elles permettent les gestes de la vie courante et de petits travaux.
- prothèses de vie sociale : très esthétiques mais très peu fonctionnelles.

Sans toutefois atteindre au degré de sophistication de la prothèse à commande myo-électrique, la prothétisation du membre inférieur s'est considérablement améliorée dans le courant de la période moderne. Cela tient à la fonction ; il est plus facile de marcher que de prendre.

Les amputations partielles du pied relèvent de la chaussure orthopédique, munie ou non d'un faux bout (chaussure dite "pied de cheval"). L'amputation tibio-tarsienne s'appareille toujours avec l'antique botte de ROUX (on en voit encore), ou de façon plus esthétique par un faux pied logé dans une chaussure reliée à une gaine jambière de cuir.

Les amputés de jambe se contentèrent longtemps du pilon à marcher, amélioré par le Comte de BEAUFORT qui y avait ajouté un faux pied au bout du quillon ; l'appareil ne s'enfonçait plus dans les sols mous. Le même Comte de BEAUFORT imagina un appareil à marcher le genou étendu : les attelles latérales de l'appareil étaient munies d'un verrou à commande manuelle les bloquant en extension pendant la marche. En même temps, les différents appuis, y compris l'appui ischiatique, étaient définis par divers prothésistes. En 1842, MARTIN avait amélioré la stabilité des prothèses en extension en postériorisant l'axe du genou.

L'articulation prothétique tibio-tarsienne posa bien des problèmes ; aussi, de nombreux mécanismes furent imaginés, tous plus ou moins compliqués, à l'exception du pied MARK, ancêtre de nos pieds actuels. La guerre de 1914-1918 donna un nouvel essor à l'appareillage du membre inférieur avec la technique de l'appareillage immédiat (on devrait plutôt dire précoce) dès la cicatrisation du moignon, suivi de l'utilisation de prothèses provisoires, pour en arriver à la prothèse définitive dont les plus connues furent les jambes tibiales classiques et la jambe à corde américaine, encore utilisées. La guerre de 1939-1945 a engendré les prothèses de contact réalisées en stratifié de polyester. Légers, solides, esthétiques, ces appareils tiennent sans l'aide d'un cuissard, générateur d'amyotrophie.

Pendant longtemps les amputés de cuisse furent appareillés avec la jambe BEAUFORT à appui ischiatique. Une meilleure connaissance de la biomécanique du moignon conduisit à modifier la forme des emboîtures : de rondes elles devinrent triangulaires puis quadrangulaires, épousant les reliefs et les creux de la hanche et la forme du moignon. Les prothèses ne tournaient plus, l'appui était meilleur. L'emboîture a maintenant atteint sa forme définitive. L'introduction de matériaux nouveaux, duralumin en 1928, stratifié de polyester, bois allégé consolidé par parcheminage ou frettage, a permis la réalisation de la technique du contact total ou de l'adhérence musculaire pour accrocher ces prothèses, supprimant les harnais bretelles ou ceintures avec pièce de hanche.

L'articulation du genou a suscité de nombreuses recherches ; de très nombreux types de cette articulation ont été réalisés, que nous ne pouvons tous citer, certains très simples, tels le genou à axe simple et le genou physiologique de STRIEDE, d'autres perfectionnés, tel le genou à frein stabilisateur de la firme OTTO BOCK qui se bloque automatiquement lors des faux-pas et prévient les chutes.

Parallèlement, les systèmes de blocage du genou en extension lors de la marche ont été perfectionnés, et de nouveaux types de verrous ont été conçus : verrou central, verrou Hoffa, verrou à coulisseau dit verrou canadien.

Le problème de l'articulation prothétique de la cheville est pratiquement résolu aujourd'hui. On utilise soit le pied articulé, soit le pied à coin talonnier de souplesse variable dit "pied SACHS" qui supprime tout mécanisme d'articulation.

La fabrication des prothèses de membre inférieur s'est profondément modifiée. Actuellement, on les classe en prothèses exosquelettiques dont la prothèse elle-même est porteuse, et les prothèses endosquelettiques. Leur montage se fait à l'aide de tubes reliés entre eux par des articulations. La liaison avec l'emboîture se fait par un dispositif qui permet de régler les alignements. Le tout est "habillé" d'un revêtement en mousse recouvert par un bas qui les rend très esthétiques. Ces prothèses, dites "tubulaires" peuvent aussi être "modulaires", c'est à dire montées avec des éléments interchangeables fabriqués en usine. Dans le domaine des amputations de cuisse, la prothèse opérationnelle la plus perfectionnée est la jambe à accumulation d'énergie ; elle utilise la détente d'une réserve d'air comprimée pendant la phase d'appui de la marche pour étendre la jambe lors du passage du pas et préparer la réception du talon sur le sol pour le pas suivant. Elle donne une marche très proche de la marche physiologique.

Quant aux désarticulés de hanche, ils sont appareillés aujourd'hui par des prothèses tubulaires mises au point par les Canadiens, dites "prothèses canadiennes".

Les orthèses du membre inférieur n'ont pas connu de développement très spectaculaire, tout au moins dans leur principe... depuis la période d'Ambroise PARE. L'attelle la plus ancienne connue est

celle de VON GERDOFF (1517) : deux montants latéraux en fer, jambe et cuissard articulés au genou avec une fronde de genou. Le cuir et l'acier ont remplacé le fer. Dès 1890 on connaissait le grand appareil de marche (appareil de COLIN et ROBERT). Actuellement, les alliages légers ont remplacé l'acier dans la réalisation d'autres appareils, toujours sur le même principe, destinés à l'appareillage des IMC, des myopathes, des poliomyélitiques, des paraplégiques : appareil de PHELPS, petit appareil de marche dit "appareil de PERLSTEIN, etc... Les matières plastiques sont aussi largement utilisées dans la confection d'orthèses légères.

Citons l'orthèse pneumatique pour paraplégiques et malades atteints de maladie de Lobstein (maladie des os de verre) construite par la firme Aerazur. Enfin, des recherches sont en cours en vue de construire un appareil à marcher, mû par l'énergie électrique et programmé par microprocesseur (Professeur RABISCHONG - Institut de recherches biomécaniques de MONTPELLIER).

L'orthèse du tronc, pressentie par Ambroise PARE, va prendre son essor au cours du 19ème siècle. Notamment dans le traitement des scoliozes par des appareils utilisant soit le soulèvement axillaire, soit des pressions latérales, soit les deux combinés (Appareil de BIGG, appareil de PORTAL, appareil de MATHIEU etc...). Depuis, de nombreuses orthèses ont été construites dont les plus utilisées sont le corset de STAGNARA et le corset de MILWAUKEE. D'autres déformations thoraciques ou vertébrales, telles que la cyphose dorsale, le thorax en carène par exemple, relèvent du traitement orthopédique.

Alliages légers, matières plastiques, sont largement employés dans la confection des orthèses du tronc.

Citons pour mémoire les nombreux types de colliers et de minerve qui ont été construits.

A titre anecdotique, le 19ème siècle nous a légué quelques appareils qui ont appartenu à des personnalités célèbres. Le fauteuil roulant de Louis XVIII, simple poussette mais combien luxueuse ! La main prothétique du Capitaine DANJOU, tué à la Bataille de Camérone, religieusement conservée par la Légion Etrangère à Aubagne.

.../...

Pour terminer, disons que l'appareillage ne se limite pas à la prothèse ni à la chaussure orthopédique ou au fauteuil roulant. Il touche maintenant à des domaines qu'on n'aurait pu envisager il y a seulement cinquante ans.

Qui n'a entendu parler du stimulateur cardiaque "la pile" ?

L'appareillage des sourds et des malentendants a fait d'énormes progrès. Les "aides-ouïe" dits "prothèses auditives" sont de plus en plus miniaturisés et de plus en plus performants : on en loge maintenant dans des pendants d'oreille. La prothèse auditive, dans le vrai sens du terme, a fait son apparition avec la stimulation cochléaire directe selon la technique de Chouard.

Des machines de transfert permettent aux aveugles de lire : elles transduisent en messages tactiles les signaux recueillis par une caméra de télévision miniaturisée qui balaie les lignes du livre ou du journal. Et pourquoi ne pas inclure dans l'appareillage la cassette enregistrée ? Une bibliothèque est en voie de formation à Marseille.

Moins de cent ans après la mort de MENDEL, on parle de manipulations génétiques. Moins de cent ans après la découverte des rayons X par ROENTGEN, le mariage de l'appareil de radiographie et de l'ordinateur a donné le scannographe. Peut-on encore comparer les performances des premiers microscopes des JANSENN à celles du microscope électronique actuel ?

On ne peut passer sous silence certains appareils qui maintiennent en vie à domicile nombre d'êtres humains : les appareils de dialyse rénale, les appareils d'assistance respiratoire.

Sait-on que les Anglais, avec leur "possum", ont réalisé une commande de l'environnement d'un tétraplégique par le souffle et qu'un chariot plat se ballade en ville grâce à ce même procédé ? La télématique est entrée dans le domaine de l'appareillage ... et tout n'est pas encore dit.

Parallèlement, le 19ème siècle a été un feu d'artifice de découvertes médicales et technologiques. Il a su s'affranchir des dogmes hérités de GALIEN dont l'édifice était passablement ébranlé par les deux siècles précédents en balayant tous les systèmes préconçus.

.../...

Il a découvert une méthodologie rigoureuse. LAENNEC invente l'auscultation mais aussi la méthode anatomo-clinique : rapporter les symptômes observés aux lésions constatées.

En 1865, Claude BERNARD jette les bases de la physiologie moderne dans son Introduction à l'étude de la Médecine Expérimentale.

A la même époque, nous entrons dans l'ère des découvertes de PASTEUR, fruits de l'observation rigoureuse des faits. Si la chimie l'a haussé au rang de bienfaiteur de l'humanité, mais dans de tout autres voies, ce ne fut pas l'effet du hasard. Sans lui il n'y aurait pas eu d'asepsie, donc pas de chirurgie telle que nous la connaissons et beaucoup d'autres choses : la vaccination, par exemple, ou la sérothérapie. A partir d'expériences ratées sur le choléra des poules, puis sur la rage, son génie l'a conduit vers la notion d'immunité acquise dont Joseph MEISTER, puis JUPILLE et combien d'autres, ont bénéficié, et que devait plus tard confirmer la théorie humorale de l'immunité.

D'autres découvertes technologiques ont permis de développer nos moyens d'investigation. En Novembre 1895, ROENTGEN découvre les rayons X. En 1896, BECQUEREL découvre les radiations ionisantes alpha, beta et gamma émises par l'uranium. En 1898, Pierre et Marie CURIE découvrent le radium.

A partir de ces bases, et de bien d'autres acquisitions, la recherche médicale avance dans toutes les directions. L'application de ces recherches fondamentales a fait la médecine et la chirurgie actuelles.

La connaissance de la physiologie, les progrès de la chimie, ont abouti aux techniques modernes d'anesthésie et de réanimation qui autorisent les audaces de la chirurgie moderne. Les drogues chimiques dont nous disposons aujourd'hui et les antibiotiques ont révolutionné la thérapeutique.

La physique nucléaire nous a donné la bombe au cobalt (mais aussi celle d'Hiroshima) ainsi que les divers "traceurs" employés en clinique dans les recherches fondamentales. La technologie de pointe dans le domaine de l'électronique nous a donné le laser et le microscope électronique, porte de l'univers cellulaire.

.../...

Ces quelques exemples montrent qu'au cours des deux derniers siècles de notre deuxième millénaire la connaissance humaine a progressé davantage qu'en deux millénaires entiers.

Que nous apportera le troisième ? Chi lo sa ?

(à suivre)

Chronique bibliographique

A decorative flourish consisting of a horizontal line with a repeating diamond-shaped pattern, starting with a vertical line on the left and ending with a vertical line on the right.

Bibliographie

1 - LES INSTITUTIONS SOCIALES DE LA FRANCE

Ouvrage collectif réalisé sous la direction de Pierre LAROQUE avec le concours de l'Institut Français des Sciences Administratives et de la Documentation Française.

Cet ouvrage de 1200 pages paru en Mai 1980 est en vente à la Documentation Française, 29-31 Quai Voltaire - 75340 PARIS CEDEX 07 - Tél. : 261-50-10 ou LYON (3ème) - 165, rue Garibaldi.

2 - LA SANTE ET SON HISTOIRE

par Georges ROBERT - 46, rue St Maur - 75011 PARIS.

Ce document peut être consulté au Centre de Documentation de l'Assistance Publique et à la Bibliothèque du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale.

3 - L'HISTOIRE DU MOUVEMENT MUTUALISTE COOPERATIF AGRICOLE FRANCAIS

édité par la Confédération Nationale de la Mutualité, de la Coopération et du Crédit Agricoles.