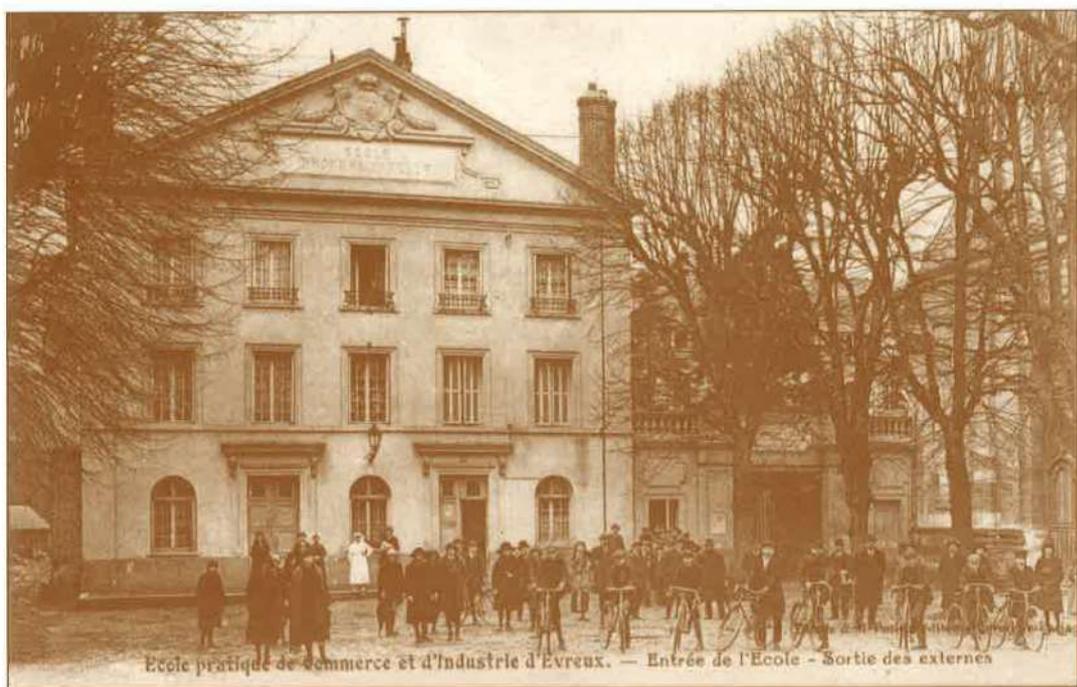


MEMOIRES

de la protection sociale en Normandie



Comité d'Histoire
de la **Sécurité sociale**
Région Normandie

N°14 - années 2017-2018

COLLOQUE

« *Hommage à Charles
Nicolle, un savant entre
la Normandie et la Tunisie* »

*Le 26 novembre 2016 à l'Hôtel
des Sociétés Savantes à Rouen.*

SOMMAIRE

Le mot du Président

VIE DE L'ASSOCIATION

Elvire DEMIRCAN

RECHERCHES

DOSSIER Charles Nicolle (1866-1936), un savant entre la Normandie et la Tunisie

Aspects normands du fonds Charles Nicolle Des Archives départementales Daniel FAUVEL

Charles Nicolle et une médecine de laboratoire Yannick MAREC

Charles Nicolle et le développement de l'organisation sanitaire en Tunisie Benoît GAUMER

L'entourage normand de Charles Nicolle en Tunisie Maher BEN YOUSSEF

Charles Nicolle et la découverte du rôle du pou Karl FELTGEN

Charles Nicolle au Collège de France Louis-Michel WOLF

VARIA

Le système social des entreprises Worms et Cie du Trait Mathieu BIDAUX

Du mendiant vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIXe siècle Antony KITTTS

TRACES du PASSE

Commémoration et patrimonialisation de Charles Nicolle Sophie MARINI

L'Hôpital psychiatrique de Navarre à Evreux Marine HALLAIS et Frédéric LEVITRE

BIBLIOGRAPHIE

Agenda

Table des matières

LE MOT DU PRESIDENT

Comme notre association s'y était engagée, elle a pris en charge la publication des actes du colloque commémorant le cent-cinquantième anniversaire de la naissance de Charles Nicolle (1866-1936), Prix Nobel de médecine en 1928, l'une des grandes figures de l'histoire médicale de Normandie.

Cette rencontre, organisée en novembre 2016 à l'Hôtel des Sociétés savantes de Rouen, en partenariat avec la Société libre d'émulation de Seine-Maritime, a connu un beau succès et réuni une bonne centaine de personnes, parmi lesquelles de nombreux représentants de notre association.

La majeure partie de ce numéro spécial des *Mémoires de la protection sociale en Normandie* est donc consacrée à la publication des différentes communications présentées lors de ce colloque dont le thème portait sur « Charles Nicolle, un savant entre la Normandie et la Tunisie ».

Parmi les interventions on pourra retenir notamment celle de M. Stéphane Holé, Directeur de la CPAM de l'Eure, sur « le rôle de la Sécurité Sociale dans le financement de la recherche hospitalière et le fonctionnement des institutions publiques ». Cela permet de relier les finalités des organismes de Sécurité Sociale aux progrès de la recherche médicale.

Cette présentation est aussi l'occasion de remercier les autres intervenants qui ont bien voulu nous confier les textes de leurs communications que l'on trouvera à la suite, dans le dossier principal de ce recueil, à la rubrique « Recherches ». Merci donc à MM. Daniel Fauvel, Benoît Gaumer, Maher Ben Youssef, Karl Feltgen et Louis-Michel Wolf pour leurs intéressantes contributions.

A celles-ci nous avons ajouté deux textes de « Varia ». En premier lieu celui de Mathieu Bidaux, doctorant à l'université de Rouen, sur le système social des entreprises Worms au Trait durant l'entre-deux guerres et l'après Seconde guerre mondiale, une manière de montrer que la mémoire de la protection sociale en Normandie peut aussi intégrer les politiques sociales d'entreprise.

Antony Kitts, docteur en Histoire contemporaine, fait une présentation de sa thèse soutenue en décembre 2016 à l'Université de Rouen sur « *Bons* » ou « *Mauvais* » pauvres ? *Du mendiant vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIX^e siècle (1796-1914)*. Dans le numéro précédent des *Mémoires* nous avons rendu compte de cet excellent travail qui a obtenu le **1^{er} prix de thèse 2017** du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale et le **1^{er} prix du concours 2018** de la Société libre d'Emulation de la Seine-Maritime. C'est donc avec une grande satisfaction que nous accueillons ce texte qui donne les grandes lignes d'un travail approfondi et de longue haleine. Les reconnaissances dont il a été l'objet font honneur non seulement au récipiendaire mais aussi à notre association dont fait partie Antony Kitts qui est par ailleurs professeur d'Histoire-géographie au Lycée professionnel Georges Dumézil de Vernon.

On trouvera également dans ce numéro des *Mémoires*, à la rubrique « traces du passé », deux articles issus de dossiers de master patrimoine de l'université de Rouen.

Celui de Marine Hallais et Frédéric Levitre, étudiant-e-s inscrits dans la formation Droit du patrimoine de la Faculté de droit et de sciences économiques, porte sur l'hôpital psychiatrique de Navarre à Evreux. L'autre article prolonge en quelque sorte le dossier principal de ce numéro puisqu'il porte sur la commémoration et la patrimonialisation de Charles Nicolle. Son auteure, Sophie Marini, effectuera d'ailleurs son stage de fin de Master 1 dans les locaux de la CPAM de l'Eure dont elle devrait contribuer à valoriser le patrimoine exceptionnel, en

liaison avec Madame Elvire Demircan, responsable de la Communication et de l'information à la CPAM de l'Eure.

Nous remercions vivement celle-ci d'avoir bien voulu prendre en charge la rubrique de la vie de l'association, en rappelant notamment les diverses initiatives auxquelles ont été associés notre association et différents membres du personnels de la CPAM de l'Eure, en particulier à l'occasion des journées du patrimoine de septembre 2017.

Ces différents aspects témoignent de la volonté des responsables du comité régional normand d'œuvrer pour faire connaître l'histoire et le patrimoine de la protection sociale mais aussi les diverses activités des organismes de Sécurité Sociale de Normandie.

Le Président

Yannick MAREC

Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Rouen Normandie

Vie de l'Association

MIEUX FAIRE CONNAITRE LA SECURITE SOCIALE : DES ACTIONS QUI SE POURSUIVENT AUPRES DES JEUNES

Par Elvire DEMIRCAN

Bilan des conférences auprès des lycéens

Depuis 2015, dans le cadre des actions UCANSS initiées lors des 70 ans de la Sécurité sociale, la CPAM de l'Eure en collaboration avec la CAF de l'Eure réalise des conférences dans les lycées intitulées « La Sécurité sociale : 70 ans de progrès et de solidarité ». Au programme : l'histoire de la sécurité sociale, ses valeurs et ses missions, les risques et besoins sociaux couverts, ses différents régimes et son financement.

Elles sont animées par Stéphane Holé Directeur de la CPAM de l'Eure et Annick Sourd Directrice de la Caf de l'Eure ainsi que par les agents de direction des deux organismes.

Sept conférences ont été réalisées en 2016 et 2017, dans cinq lycées du département de l'Eure auprès notamment des filières ST2S (Sciences Technologies Sanitaires et Sociales).



En avril 2017 - Lycée Léopold Sédar Senghor à Evreux.

Intervenants : Stéphane Holé (Directeur CPAM de l'Eure) et Annick Sourd (Directrice CAF de l'Eure)



En mai 2017 - Lycée Saint-Anselme à Bernay. Intervenants : Stéphane Holé (Directeur CPAM de l'Eure) et Pierre Lawniczak (Sous-directeur prestations CAF de l'Eure).

Promotion du concours national 2017-2018 "Les jeunes et la sécu"

L'Ecole nationale supérieure de la Sécurité sociale (EN3S), en partenariat avec le Ministère de l'Education nationale organise depuis 2016 un concours national « Les jeunes et la Sécurité sociale ». Ce concours vise à faire réfléchir les élèves sur la solidarité, ce qu'elle signifie et sur les finalités de la Sécurité sociale. Il a également pour ambition de les inviter à s'interroger sur leur propre rapport à la Sécurité sociale et leurs responsabilités en tant que citoyens.

L'édition nationale 2016/2017 fut une réussite avec 3 450 élèves participants et 229 enseignants issus de 130 lycées. Forts de ce succès, l'EN3S et le Ministère de l'Education nationale se sont de nouveau unis pour consolider et pérenniser cette coopération en renouvelant notamment le concours national "Les jeunes et la Sécurité sociale" sur l'année scolaire 2017-2018.

Le concours 2017/2018 a mobilisé 241 enseignants et professionnels. Neufs établissements ont concouru pour la Normandie, 37 projets ont été déposés. Des projets qui s'inscrivent dans l'une des quatre thématiques proposées ci-dessous :

Thème 1 : Comment redonner souffle à l'esprit de solidarité au sein de l'Europe ?

Thème 2 : Quelles initiatives locales pour une solidarité renforcée ?

Thème 3 : Une digitalisation pour une meilleure prévention.

Thème 4 : Les principes et les valeurs de la Sécurité sociale.

Le jury pour la Normandie s'est réuni le 20 février à la CARSAT de Rouen, et a souhaité que les projets retenus fassent l'objet d'une dotation régionale à l'issue de l'élection nationale qui se déroulera le 8 mars 2018 à Paris.



Le jury régional Normandie 2018 : Ollivier Dervillers / Directeur Urssaf Haute-Normandie ; Hervé Castre/Directeur Urssaf Basse-Normandie ; Jean-François Capo Canellas/Directeur action sociale Carsat Normandie ; Brigitte Pallec/Agent Comptable/Cpam de La Manche ; Jean-Baptiste Le Charles / Sous-directeur / Cpam de l'Eure ; Annick Sourd / Directrice / Caf de l'Eure ; Aurélie Lambillotte / Adjointe chef d'Antenne / MNC ; M. Djeffal / Enseignant STMS / Education nationale

Mieux faire connaître la Sécurité Sociale auprès du grand public et décideurs locaux

Depuis 2016, la CPAM de l'Eure ouvre les portes de son site historique, le Cloître Saint-Taurin à l'occasion de la Fête de la musique et des journées Européennes du Patrimoine. Evènements auxquels sont conviés les partenaires, les élus, décideurs locaux et le grand public et qui offrent l'opportunité de présenter l'histoire et l'offre de services de la Sécurité sociale.

Des rencontres entre la CPAM de l'Eure, la Caf de l'Eure et les nouveaux députés de l'Eure ont également été réalisées en 2017.

Retour sur les Journées Européennes du Patrimoine 2017 : la CPAM de l'Eure a ouvert son cloître au public

La CPAM de l'Eure a participé, pour la première fois, aux Journées Européennes du Patrimoine le samedi 16 septembre 2017, en ouvrant au public le Cloître Saint-Taurin à Evreux. Ce lieu méconnu des ébroïcien(ne)s est un lieu à l'histoire et à l'architecture remarquables qui abrite depuis 1986 le siège de la CPAM de l'Eure.

Au programme de cette journée, la visite commentée du Cloître ainsi qu'une exposition sur la Sécurité sociale.

Cette première édition a remporté un réel succès puisque 435 visiteurs ont fait le déplacement et ont assisté aux 6 visites guidées programmées. Ces visites étaient animées par deux agents de la CPAM de l'Eure, Benoît Braussen et Christelle Coureau.

Les retours ont été très positifs, tant de la part des visiteurs, que de la presse et des réseaux sociaux.

Rendez-vous est pris pour l'édition 2018, baptisée "Année européenne du patrimoine culturel".



Le Cloître Saint-Taurin, locaux de la CPAM de l'Eure à Evreux, ouvre ses portes au grand public à l'occasion des J.E.P. 2017.





435 visiteurs ont été accueillis sur la journée du samedi 16 septembre 2017.



L'exposition sur l'histoire et l'offre de services de la sécurité sociale installée dans le Cloître

Revue de presse

Plusieurs reprises de notre évènement dans la presse notamment dans le Figaro, Liberté Dimanche et Eure info. Ainsi que sur les sites internet des Journées du Patrimoine, de l'office du tourisme Evreux Normandie et de la ville d'Evreux.

<p>LE FIGARO / culture</p> <p>Large Format Musique Cinéma Théâtre Arts-épis Livres Fabrics BD Vidéo</p> <h3>Journées du patrimoine: ce qu'il ne faut pas rater, région par région</h3> <p>Par St-Julien 14/09/2017 à 00:07 1000 mots</p>  <p>Normandie</p> <p>• Le cloître Saint-Taurin, à Évreux</p> <p>Pour la première fois, ce bâtiment édifié au XIVe siècle ouvre au public. L'occasion de découvrir le cloître, classé au titre des Monuments historiques, qui vient d'être restauré.</p> <p>Ville coordonnée: Place Saint-Taurin, 27000 Évreux</p>	<p>Loisirs</p> <h3>Opération réussie</h3>  <p>Une équipe de spécialistes a ouvert pendant 6 mois pour rénover le cloître St-Taurin. Venez le voir samedi prochain ! #REP2017 @cpam_27 @Vilafranca</p>	<h3>Le cloître Saint-Taurin se dévoile</h3>  <p>Un lieu méconnu ouvert au public.</p> <p>Il a beau être en accès libre tout au long de l'année, c'est pourtant un lieu méconnu des Évreuxiens : le cloître Saint-Taurin, du nom du premier évêque et des évêques suivants d'Évreux. Restauré en début d'année, ce bâtiment, dont l'origine remonte à la fin du Xe siècle, attire depuis 1986 la Casse primaire d'assurance maladie de l'Eure. Pour la première fois, le site a fait l'objet d'une visite guidée lors des journées européennes du patrimoine. Derrière le cloître, le public a pu également découvrir un grand lavoir restauré au bord de l'Ille. Un cadre spacieux où les agents de la CPAM viennent pique-niquer aux beaux jours. « Il y a encore quatre ou cinq lavoirs dans cet état à Évreux », a expliqué Benoît Brousseau, agent de relations clients à la CPAM de l'Eure et guide lors de cette journée.</p>
<p>Le Figaro - 13/09/2017</p>	<p>Eure Info - 19/09/2017</p>	<p>Liberté Dimanche - 17/09/2017</p>

Revue de Tweets

Une communication active sur le compte Twitter de la CPAM de l'Eure.

<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 30 août</p> <p>#SaveTheDate : Le 16 septembre prochain, la CPAM de l'Eure ouvre le cloître Saint-Taurin à l'occasion des #REP2017 cc @REP @EvreuxNormandie</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 12 sept.</p> <p>Une équipe de spécialistes a ouvert pendant 6 mois pour rénover le cloître St-Taurin. Venez le voir samedi prochain ! #REP2017 @cpam_27 @Vilafranca</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 12 sept.</p> <p>Stués dans les locaux de l'ancien abbaye St Taurin la CPAM de l'Eure vous ouvre ses portes le 16/09 #Découverte #cloître #Eure #REP2017</p> 
<p>Stéphane MOLE @stephanevole - 25 sept.</p> <p>#EP au cloître Saint-Taurin dans les locaux de la CPAM Eure avec M. Marec président comité régional normand histoire de la Sécurité sociale</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 16 sept.</p> <p>Dans la cour intérieure devenue le parking des agents du site de St Taurin #REP2017</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 16 sept.</p> <p>Cloître de la première visite guidée par une explication de la symbolique du cloître #REP2017 cc @Vilafranca @REP @cpam_27</p> 
<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 16 sept.</p> <p>Début de la première visite de l'après-midi. Encore beaucoup de visiteurs nous sommes ravis ! #REP2017</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 16 sept.</p> <p>Explication du régime de la comende #REP2017</p> 	<p>CPAM Eure Actu @cpam_27 - 16 sept.</p> <p>Certains visiteurs ne nous sont pas inconnus ! Quand 2 directeurs (l'actuel et son prédécesseur) se retrouvent !!! #REP2017</p> 



Rencontre avec les nouveaux députés de l'Eure

Rencontre avec les nouveaux députés de l'Eure : présentation des missions et enjeux de la Sécurité sociale

Acteurs à part entière de la vie économique et sociale du département les directions de la CPAM et de la CAF de l'Eure ainsi que du service médical ont pu rencontrer les cinq députés de l'Eure. L'occasion d'échanger autour de nos missions de service public :

La CPAM assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'égal accès à des soins de qualité pour tous. Elle favorise l'accès aux droits et aux prestations sociales des personnes en situation de vulnérabilité et contribue au fonctionnement d'établissements médicosociaux.

La CAF apporte des réponses globales et adaptées à la diversité des situations et des besoins des familles sous forme de prestations familiales et sociales. Elle contribue également au développement d'équipements collectifs, au suivi et au conseil des familles.

Des échanges qui contribuent à mieux faire connaître la sécurité sociale, des rendez-vous à poursuivre et à inscrire dans le temps.





Les députés de l'Eure : Marie Tamarelle-Verhaeghe, Fabien Gouttefarde, Bruno Questel, Claire O'Petit.-



Annick Sourd, Directrice de la CF de l'Eure, Docteur Saphia Barry Médecin-conseil chef de service, responsable de l'échelon d'Evreux, Stéphane Holé, Directeur de la CPAM de l'Eure, Elvire Demircan responsable communication



La séance était présidée par Michel Tanchoux, Président du Conseil d'administration de la CAF de l'Eure et Michel Cadiet, Président du Conseil d'administration de la CPAM de l'Eure.



Frédéric Brance directeur adjoint de la CPAM de l'Eure, Docteur Saphia Barry Médecin-conseil chef de service, responsable de l'échelon d'Evreux, Stéphane Holé, Directeur de la CPAM de l'Eure et Annick Sourd Directrice de la Caf de l'Eure rencontre Séverine Gipson députée de la circonscription d'Evreux.

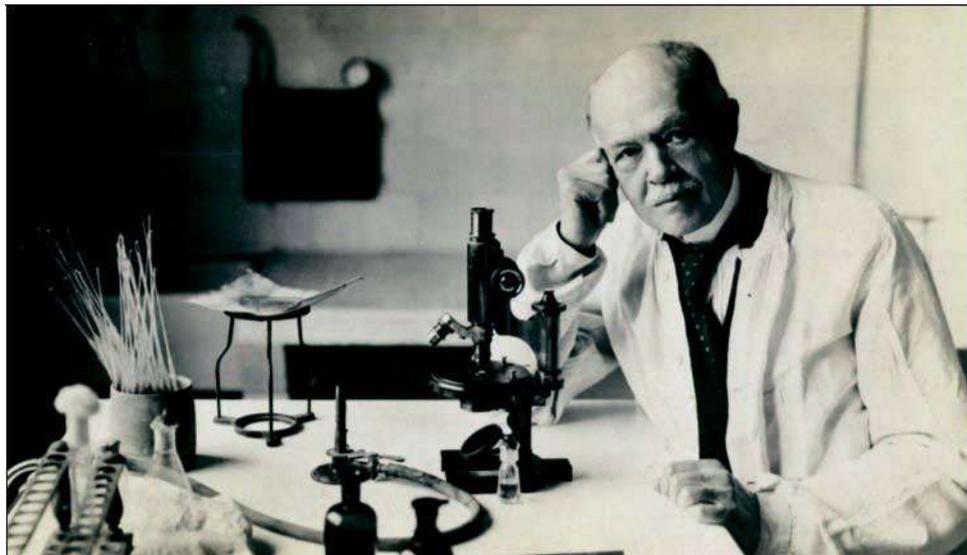
Recherches



SOCIÉTÉ LIBRE D'ÉMULATION
DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE
DE LA SEINE-MARITIME



ASSOCIATION POUR L'ÉTUDE DE
L'HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
EN NORMANDIE



DOSSIER
Charles Nicolle (1866-1936)
Un savant entre la Normandie et la Tunisie

ASPECTS NORMANDS DU FONDS CHARLES NICOLLE DES ARCHIVES DEPARTEMENTALES : LA FAMILLE GASCARD, GUSTAVE FLAUBERT...

Par Daniel FAUVEL¹

Le fonds Charles Nicolle des Archives Départementales de la Seine-Maritime a été déposé en 1984 par Mme Pannequin. Il est répertorié sous les cotes 146J 1 à 108. Les principales rubriques du classement en montre la diversité et la richesse. On peut s'intéresser à sa famille, à ses amis, à ses travaux scientifiques mais également à ses œuvres littéraires.

J'ai choisi deux sujets peu connus qui méritent l'attention: la famille Gascard et le centenaire de la mort de Flaubert.

La famille Gascard

Deux photos du fonds Charles Nicolle

On a retrouvé dans la liasse 146 J 18 deux photos de Charles Nicolle chez les Gascard². Sur la première, on reconnaît Charles Nicolle, son épouse Alice et leurs deux enfants. La date est inconnue mais on peut penser que le cliché a été pris entre 1895 et 1900 par un photographe dont nous ignorons l'identité.



*Les familles Nicolle et Gascard à Bihorel. Debout de G à D : Charles Nicolle, Alice Nicolle, A Gascard ?
Assis de G à D: Maurice Nicolle, Mme Gascard ?, Valentin Nicolle.
Les deux enfants sans doute Marcelle Nicolle et une petite Gascard*

La seconde est de moins bonne qualité technique mais une légende intéressante figure au verso : « Chez Albert Gascard à Rouen ». Au-dessous, de précieuses indications permettent l'identification des personnages :

Un autre tirage de ce cliché porte au verso la légende suivante : « Chez les Gascard aux environs de Rouen entre 1895 et 1900 ».

On peut sans difficulté apporter quelques précisions. Ces deux photos sont contrecollées sur un carton marron orné d'un liseré rouge. Leur parenté technique ne fait aucun doute et on peut en déduire que l'on peut se fier à la date indiquée au verso de l'une d'elles, c'est-à-dire entre 1895 et 1900. Le lieu donné par les légendes est vague : « les environs de Rouen » ou

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018

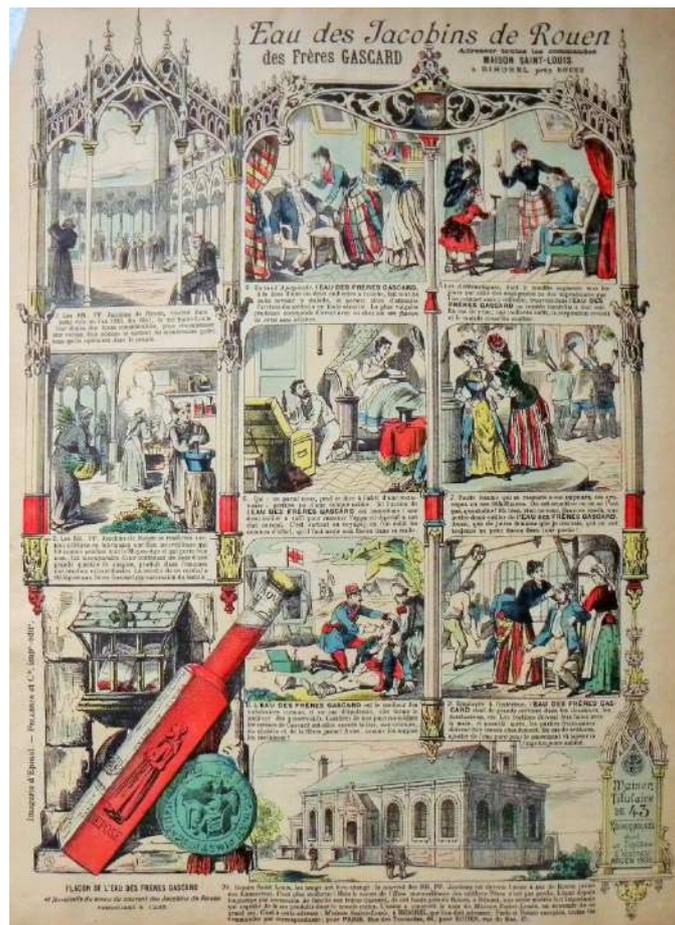
¹ Président de la Société libre d'émulation de la Seine-Maritime, docteur en Histoire

² ADSM, 146J 18

faussement précis : « Rouen ». En réalité, la maison de la famille Gascard existe toujours à Bihorel. J'y ai été reçu en 1978 par Albert Henri Gascard, le fils d'Albert Gascard qui était l'ami de Charles Nicolle. Même transformée aujourd'hui, on peut encore reconnaître la demeure qui fut familière à Charles Nicolle.

Histoire de leur amitié

Charles Nicolle et Albert Gascard appartiennent à la même génération. Le premier est né à Rouen en 1861 et le second dans la même ville en 1866. Tous deux ont fréquenté le Lycée Corneille mais ils ont connu ensuite des carrières parallèles. Chez les Nicolle, on était médecin de père en fils. Chez les Gascard, on était pharmacien de père en fils. Le père, Jules Gascard, originaire de l'Eure, tenait la grande pharmacie de la rue du bac à Rouen. Il envoya son fils Albert faire ses études à Paris. D'abord interne à l'hôpital Necker, il revint s'établir à Rouen. Les frères Gascard étaient d'habiles commerçants: ils produisaient depuis 1881 un remède secret, l'eau des Jacobins aussi célèbre dans la seconde moitié du XIXe siècle que la Bénédictine ou la jouvence de l'abbé Soury. L'eau des Jacobins était élaborée à partir de plantes mais sa composition était secrète. Elle était vendue en pharmacie et très appréciée, elle se vendait d'autant mieux que l'originalité de son flacon était garante de son authenticité, que la réclame du produit se faisait régulièrement dans les journaux et s'accompagnait d'images d'Épinal, de cadeaux publicitaires, de buvards.



L'eau des Jacobins. Image d'Épinal

En 1978, j'avais enquêté sur ce remède, donné des conférences à Rouen, Bihorel et Caen. L'une d'elles a été publiée en 1980 dans les Actes du Congrès National des sociétés

savantes³. Albert Henri Gascard m'avait ouvert les archives de la famille. J'avais alors découvert l'amitié qui existait entre Charles Nicolle et les Gascard. Il possédait des lettres et documents à ce sujet, des photos, des coupures de journaux... Je regrette aujourd'hui de n'avoir fixé mon attention que sur l'eau des Jacobins car les archives Gascard relatives à Charles Nicolle n'ont pu être retrouvées malgré les efforts entrepris pour renouer des liens avec les descendants d'Albert Henri Gascard.

Une proximité sur le plan intellectuel et philosophique

La phytothérapie d'Albert Gascard n'était pas simplement un remède secret datant de l'époque de saint Louis. Le célèbre pharmacien avait effectué des recherches en utilisant des technologies d'avant-garde.



Le laboratoire d'Albert Gascard à Bihorel

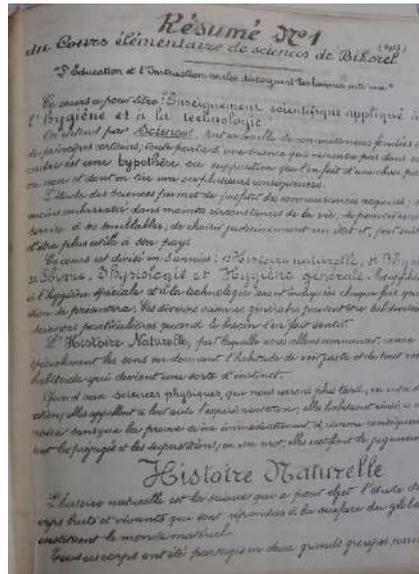
Le lieu de fabrication était un laboratoire et le microscope servait à étudier la biologie végétale et à fonder scientifiquement les propriétés de l'eau des Jacobins.

Albert Gascard était pharmacien mais également biologiste et chimiste et il fut adepte de la radiographie.

Charles Nicolle et Albert Gascard exploraient des domaines neufs des sciences médicales et leur approche humaniste les conduisait à populariser leurs découvertes, à les faire connaître dans des revues, à animer des cours publics gratuits. On les retrouvait tous les deux dans la création de la *Revue médicale normande* aux côtés d'André Halipré, Albert Martin, Paul Petit, René Hélot. Albert Gascard était le seul pharmacien du groupe. On sait que cette revue faisait concurrence à *La Normandie médicale* de Raoul Brunon. Aux yeux d'Albert Gascard, il fallait même ancrer au niveau local les progrès scientifiques. L'éducation populaire était une action de longue haleine qu'il faisait triompher à Bihorel au début du XXe siècle. Son cours de sciences a été conservé. Il comportait un programme très structuré permettant aux élèves d'acquérir des connaissances de base fondée sur l'expérimentation. Des résumés polycopiés étaient distribués et il fallait restituer la parole du professeur lors de la séance suivante⁴.

³ ADMS, 291 J 60, Fauvel Daniel, *L'eau des Jacobins de Rouen, histoire d'un secret, de son exploitation et de sa diffusion*, Actes du 105e Congrès national des sociétés savantes, Caen, 1980, t. II, p. 313-324.

⁴ Document communiqué par Mme Robert du Groupe d'histoire de Bihorel



Le 1^{er} résumé introductif du cours élémentaire de sciences de Bihorel

Jules Armand Turpin

Albert Gascard n'était pas le seul ami rouennais de Charles Nicolle. On sait le rôle important des rédacteurs de la *Revue médicale normande*, notamment celui d'Albert Martin. Il est cependant des rouennais beaucoup moins connus révélés par quelques documents inédits⁵.

Jules Armand Turpin est né à Rouen en 1865. Il a connu Charles Nicolle très jeune mais les premiers contacts ne s'effacent pas et, en 1927, à l'occasion du 25^e anniversaire de direction de l'institut Pasteur de Tunis, il fait connaître à Charles Nicolle un article intitulé "Un savant normand d'Afrique, Charles Nicolle" publié dans *La revue normande*, article que le prix Nobel se fera un plaisir de corriger et de dédicacer. Jules Armand Turpin recevra la très belle médaille à l'effigie de Charles Nicolle réalisée par le célèbre graveur Auguste Maillard.



Médailles en hommage à Charles Nicolle offerte à Jules Armand Turpin. On peut les porter l'une à côté de l'autre.

⁵ Documents communiqués par Mme Robert du Groupe d'histoire de Bihorel

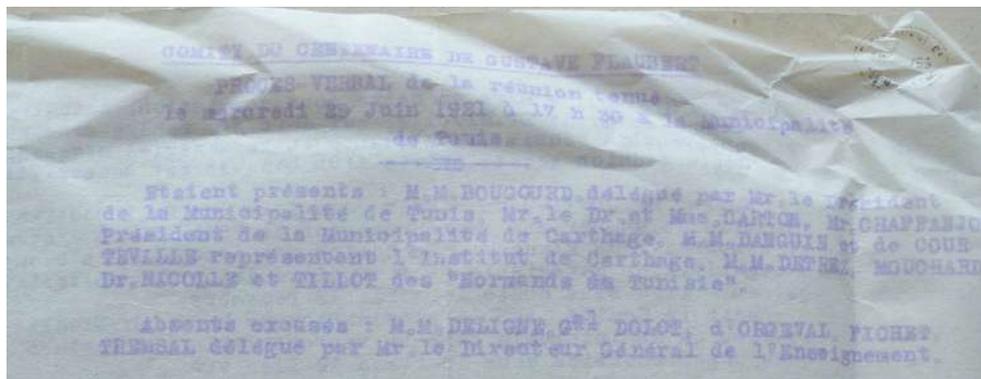
Les Gascard, les Turpin, des normands peu connus qui furent des amis de Charles Nicolle. Les rares documents qui nous sont parvenus doivent nous inciter à continuer les recherches pour enrichir nos connaissances relatives à Charles Nicolle.

Gustave Flaubert et Charles Nicolle

Deux normands, deux rouennais mais apparemment pas de relations directes car le premier est né en 1821 et le second en 1866⁶. Le prix Nobel n'a que 14 ans lorsque meurt l'écrivain. Des points communs cependant: ils sont fils de médecin et anciens élèves du lycée Corneille...Ce qui est surprenant c'est qu'un dossier Flaubert se trouve dans le fonds Charles Nicolle⁷. C'est que le célèbre médecin participa activement au centenaire de la naissance de Flaubert en 1921 et qu'on découvre qu'il était un fin connaisseur de *Salammbô*.

Les documents officiels

Le Comité tunisien du centenaire de Gustave Flaubert s'est réuni le 29 juin 1921. Nous disposons du procès-verbal.



P.V. de la réunion du comité Flaubert. Extrait.

On perçoit un antagonisme entre les représentants de Carthage et ceux de Tunis, entre l'association des Normands de Tunisie et les autorités. Deux projets principaux s'affrontent. On rejette d'abord la proposition de Roger Dessort, un chercheur indépendant qui souhaitait donner une conférence. Le docteur Carton avait déjà pris contact avec Louis Bertrand dont la notoriété n'était plus à démontrer. Il viendrait à Carthage le 11 décembre, donnerait une conférence magistrale et on dévoilerait une plaque rappelant l'importance de *Salammbô* dans l'œuvre du romancier normand. La proposition de Carton et son épouse était soutenue par Dauguin et Chaffangon, tous deux défendant les intérêts de Carthage. Charles Nicolle, Mouchard, Detrez et Tillet, les Normands de Tunisie envisageaient un tout autre programme: une séance cinématographique sur la Normandie suivie d'une causerie et d'un banquet. Le comité adopta les deux propositions. Le programme prévoyait l'inauguration de la plaque et la conférence de Louis Bertrand à Carthage le 11 décembre et la séance de cinéma et le banquet à Tunis le lendemain. On ignore, faute de documents, pourquoi ces manifestations furent provisoirement abandonnées. Ce qui est certain c'est que l'hommage n'eut pas lieu aux dates initialement prévues.

⁶ Charles Nicolle ne figure pas dans l'index de la *Correspondance*.

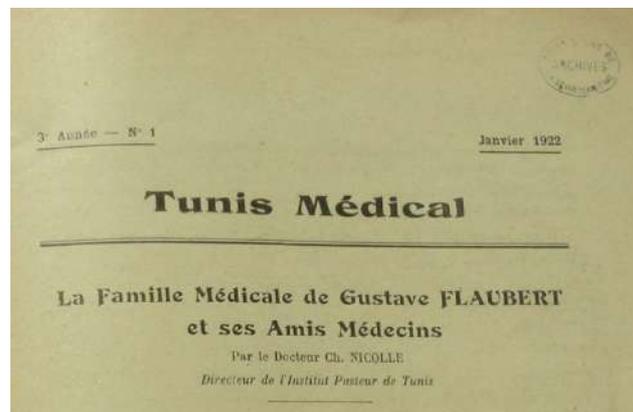
⁷ ADSM, 146 J 108.

Les membres du Comité furent convoqués pour une réunion d'urgence le 23 novembre 1921. Le procès-verbal fournit différentes informations. On apprend d'abord que les docteurs Carton et Nicolle offraient chacun la somme de 100 francs, que la municipalité de Carthage financerait le voyage de Louis Bertrand. Le report s'expliquait donc en partie par l'absence de budget des manifestations mais également par l'intervention des autorités. En effet, le ministre de l'instruction publique, le résident général de Tunisie souhaitaient "donner un certain éclat" au centenaire de la naissance de Gustave Flaubert. En haut lieu, on approuvait les décisions du comité mais il était question d'un monument, de la représentation de *Salammbô*, de l'importance à donner à la conférence de Louis Bertrand... Les célébrations auraient lieu le 12 mars 1922.

Les journaux rendirent compte de cet évènement. *La dépêche tunisienne* consacra deux pages au discours de Louis Bertrand. L'académicien français évoqua très longuement *Salammbô* mais curieusement il ne parla pas du *Carnet de voyage à Carthage* qu'il avait fait paraître en 1910 dans la *Revue des deux mondes*, document qui avait été repris dans les *Œuvres complètes* de l'édition Conard. En fait, l'histoire de Carthage était au centre des débats, ce qu'avait souhaité le docteur Carton. On oubliait cependant que Flaubert était normand et que son voyage en Tunisie aurait mérité l'attention. Le projet des Normands de Tunisie passa au second plan. Le banquet se déroula dans les salons du Tunisia Palace hôtel mais il ne donna lieu ni à la séance de cinéma ni à la causerie initialement prévue. Ce fut une cérémonie officielle émaillée par des discours de circonstance. Charles Nicolle fut sans doute très frustré. Il avait envisagé une tout autre manifestation.

L'envers du décor

L'idée de rendre hommage à Gustave Flaubert et non de chanter Carthage resta la préoccupation de Charles Nicolle. En janvier 1922, il publia un article dans la revue *Le Tunis médical*.



Article de Charles Nicolle dans la revue Tunis médical

Il évoqua les deux grands médecins que furent à Rouen Achille Cléophas Flaubert et son fils Achille, rendit hommage à Louis Bouilhet et surtout au grand romancier dont il publia une lettre peu connue adressée à Charles Lapierre, lettre dont il était le propriétaire. Dans son esprit, il s'agissait de s'appuyer sur les Normands de Tunisie pour faire vivre la commémoration dans toute la Tunisie.

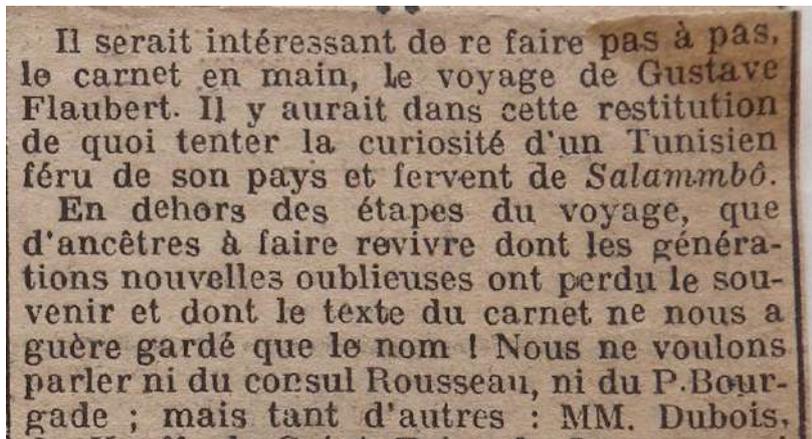


Article de Robec dans la *Dépêche tunisienne*. Titre

Un article paru dans la *Dépêche tunisienne* signé Robec retint l'attention des observateurs. Son titre exprimait implicitement des regrets: "Une date à célébrer en Tunisie Le centenaire de Gustave Flaubert (12 décembre 1921)". Le texte commençait ainsi :

« La France, la Normandie, les littérateurs de tous les peuples se préparent à célébrer le 12 décembre prochain, le centenaire de Gustave Flaubert ».

Implicitement, on accusait les organisateurs du comité tunisien d'avoir reporté les manifestations, de privilégier Carthage et Tunis alors que Flaubert avait visité de nombreux lieux en Tunisie, de commémorer à retardement alors qu'un hommage national, voire mondial était prévu le 12 décembre 1921. Robec, le journaliste, est un pseudonyme qui fait référence à la petite rivière normande affluente de la Seine. Il est sans doute normand. Il connaît parfaitement le roman *Salammbô*, mais également la *Correspondance* de Flaubert et le *Carnet de voyage*.



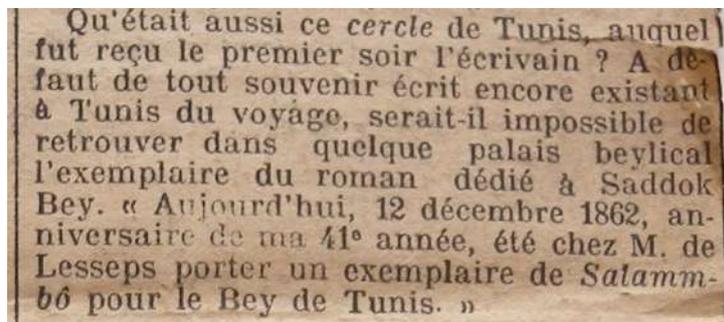
Article de Robec. Extrait.

Il donne des dates précises et indique les principaux personnages que Flaubert avait rencontré en 1858. Mais ce n'est pas seulement pour un simple constat, c'est pour inciter les Tunisiens à s'appropriier les indications du carnet :

« Il serait intéressant de re faire pas à pas le carnet en main le voyage de Gustave Flaubert. il y aurait dans cette restitution de quoi tenter la curiosité d'un tunisien féru de son pays et fervent de Salammbô ».

Et Robec rend hommage à Chéruel, le professeur d'histoire de Flaubert, à Maupassant, au père Delattre, à Hubert Saint, le résident général lui aussi normand. En fait, Robec souhaite qu'on

cultive le souvenir. Il faut aller à la rencontre de tous les personnages que Flaubert avait rencontré, vérifier s'ils sont toujours vivants ou si l'on peut garder leur souvenir. Il faut aller à la quête du réel de 1858. Robec se fait historien en quête de documents.



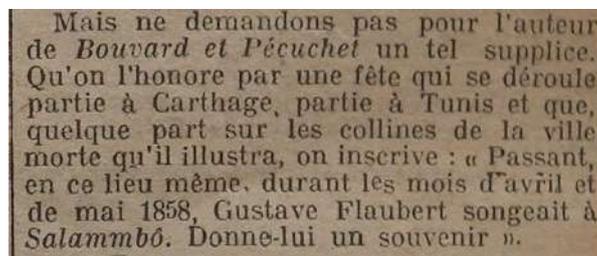
Qu'était aussi ce *cercle* de Tunis, auquel fut reçu le premier soir l'écrivain ? A défaut de tout souvenir écrit encore existant à Tunis du voyage, serait-il impossible de retrouver dans quelque palais beylical l'exemplaire du roman dédié à Saddok Bey. « Aujourd'hui, 12 décembre 1862, anniversaire de ma 41^e année, été chez M. de Lesseps porter un exemplaire de *Salammbô* pour le Bey de Tunis. »

Article de Robec. Extrait

« A défaut de tout souvenir écrit encore existant à Tunis du voyage, serait-il impossible de retrouver dans quelque palais beylical l'exemplaire du roman dédié à Saddok bey ».

« Aujourd'hui, 12 décembre 1862, anniversaire de ma 41^e année, été chez M. de Lesseps porter un exemplaire de *Salammbô* pour le bey de Tunis ».

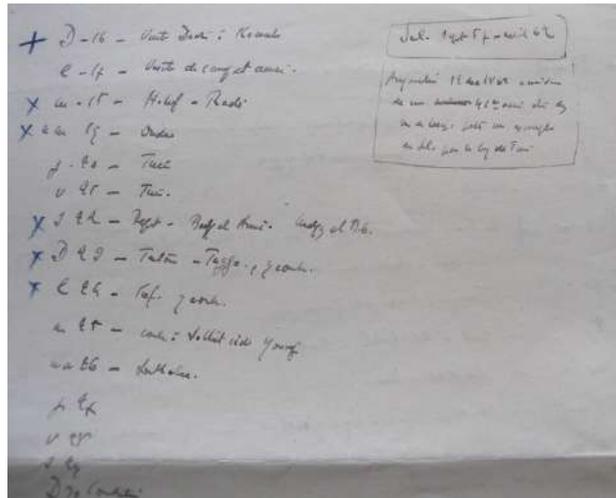
Robec était hostile au projet de monument, à la statue qu'on voulait ériger à Carthage. Ce n'est pas dans la pierre qu'on rend hommage aux hommes illustres, c'est en les honorant « par une fête ». Se souvenir, c'est marcher dans les pas du romancier, aller « quelque part sur les collines de la ville morte qu'il illustra » et y inscrire « passant, en ce lieu même, durant les mois d'avril et de mai 1858, Gustave Flaubert songeait à *Salammbô*. Donne-lui un souvenir ».



Mais ne demandons pas pour l'auteur de *Bouvard et Pécuchet* un tel supplice. Qu'on l'honore par une fête qui se déroule partie à Carthage, partie à Tunis et que, quelque part sur les collines de la ville morte qu'il illustra, on inscrive : « Passant, en ce lieu même, durant les mois d'avril et de mai 1858, Gustave Flaubert songeait à *Salammbô*. Donne-lui un souvenir ».

Article de Robec. Extrait

Qui était ce journaliste iconoclaste nommé Robec ? C'était Charles Nicolle lui-même. Nous en avons la preuve quand on analyse les documents du dossier, les feuillets qui ont servi de brouillons pour l'article.



Exemple de feuillet. Date; lieu et notes. On notera que Dougga est écrit Tugga

Mais il ne faut pas seulement concevoir, il faut voir. Il faut donc voyager. C'est pourquoi Robec préconisait de suivre l'itinéraire de Flaubert, ce que fera Charles Nicolle à plusieurs reprises. Toute l'iconographie du fonds Charles Nicolle nous prouve que le prix Nobel de médecine a emboité le pas au romancier. Comme lui, il est passionné par l'histoire et par l'archéologie. Il connaît fort bien le père Delattre, normand lui aussi. En 1922 et en 1923, pas à pas, il a refait le voyage de Flaubert Les clichés le montrent à Thuburba Majus en octobre 1922, à Dougga en octobre 1923.



Charles Nicolle à Dougga en 1923

Avec Georges Duhamel, il pouvait affiner son humanisme, méditer sur la vie et la mort des religions. Plus tard en 1934, avec Paul Giroud, il refait le voyage sans doute dans une perspective plus religieuse que littéraire. A la suite de Flaubert, il a interrogé les lieux. Les ruines parlaient-elles de Carthage, de la Grèce, de Rome ou des premiers siècles de l'ère chrétienne ?



Charles Nicolle à Dougga en 1934

Comme au début de sa carrière, il gardait le goût de la transmission des connaissances et accepta volontiers de présider la distribution des prix du lycée corneille le 13 juillet 1929.

L'humanité montre des différences heureuses. Chaque peuple a ses qualités. Tous les peuples concourent au progrès dont bénéficie l'universalité des hommes. Vous êtes Français. N'abandonnez pas les caractères de notre nation. Maintenez, développez chez vous ces caractères. N'écoutez pas ceux qui vous disent que tels peuples ont des qualités qui nous manquent et qui les font plus riches ou plus puissants. Vainement vous tenterez de battre ces adversaires sur leur terrain. Vous y êtes battus d'avance, comme eux le sont lorsqu'ils s'aventurent sur le nôtre. Soyez de meilleurs Français, vous serez plus forts; et vous serez des hommes meilleurs. Ne souhaitez pas l'asservissement, la disparition des peuples rivaux. Le jour où périclète une civilisation, toute la civilisation humaine est ébranlée.

Extrait du discours de distribution des prix au lycée corneille en 1929

L'expression de ses convictions philosophiques devait sans doute beaucoup à sa découverte des sites archéologiques de Tunisie et indirectement à Gustave Flaubert dont le roman *Salammbô* avait retenu son attention et nourri sa réflexion. Il s'exprima ainsi:

« L'humanité montre des différences heureuses. Chaque peuple a ses qualités. Tous les peuples concourent au progrès dont bénéficie l'universalité des hommes... Ne souhaitez pas l'asservissement, la disparition des peuples rivaux. Le jour où périclète une civilisation, toute la civilisation humaine est ébranlée ».

Flaubert séjourna à Dougga en 1858 et en découvrit les ruines. Charles Nicolle s'y rendit à son tour en 1923. Les Amis de Flaubert et de Maupassant effectuèrent le même pèlerinage sur les pas de Flaubert en 1995. Nous étions une cinquantaine d'amis partis à la même période de l'année que Flaubert, en avril-mai, dans le cadre d'un programme littéraire qui comportait un colloque consacré à *Salammbô*. *Le carnet de voyage à Carthage* était notre livre de référence mais nous ignorions alors que Charles Nicolle nous avait devancés à plusieurs reprises.

Lire, voir et commémorer. En fait de la Normandie à la Tunisie, il n'y a qu'un pas et bien des sujets en partage: de l'histoire, de la littérature et de la médecine.

CHARLES NICOLLE ET L'EMERGENCE D'UNE MEDECINE DE LABORATOIRE A ROUEN AU TOURNANT DES XIX^e ET XX^e SIECLES : UNE INNOVATION CONFLICTUELLE

Par Yannick MAREC¹

Introduction

Dans le cadre d'une publication consacrée à Charles Nicolle entre la Normandie et la Tunisie, il semble logique d'évoquer ce qui a pu pousser le jeune médecin normand à s'expatrier pour aller diriger l'institut Pasteur de Tunis.

- Dans cette perspective, il est indispensable de rappeler le contexte hospitalier rouennais au moment du retour de Charles Nicolle dans sa ville natale après ses années de formation à Paris. Cela nous amènera à évoquer le « système rouennais d'Assistance Publique » mis en place à partir du début des années 1880 dans la cité normande et qui a servi de modèle d'organisation sanitaire et médico-sociale en France à la fin du XIX^e siècle.
- Dans une seconde partie nous nous attacherons à évoquer l'activité de Charles Nicolle dans le laboratoire de bactériologie en liaison avec la lutte contre certains fléaux, en particulier la diphtérie. Cela devait lui permettre d'acquérir une certaine notoriété, de même que ses enseignements de microbiologie, mais aussi lui susciter des jalousies et des animosités.
- La troisième partie sera consacrée précisément à d'autres sujets de conflit qui ont conduit finalement à la mise à l'écart de Charles Nicolle et à son départ pour Tunis.

L'organisation hospitalière et médico-sociale à Rouen à la fin du XIX^e siècle

Les hôpitaux de Rouen dans le cadre du « système rouennais » d'assistance publique

À la fin du XIX^e siècle il existe à Rouen de grands établissements hospitaliers regroupés dans les hospices civils depuis la période du Directoire. En effet, depuis cette époque on assiste à un processus de communalisation de l'aide sociale publique, la commune jouant un rôle décisif à la fois dans le financement des établissements hospitaliers et leur mode de fonctionnement. Il existe ainsi une seule commission administrative commune aux deux hôpitaux avec en particulier des représentants de la municipalité, le maire lui-même assurant au moins en théorie les fonctions de président. Depuis le Second empire il existe une direction administrative unique confiée à un secrétaire directeur, le premier ayant assuré cette fonction à partir de 1861 étant Félix Maupas. Cependant les deux établissements demeurent bien individualisés².

À l'ouest de la ville au-delà des boulevards qui correspondaient aux anciens fossés, se trouve l'Hôtel-Dieu qui occupe depuis 1758 les locaux de l'ancien Lieu de santé qui avait été construit au XVII^e siècle pour faire face aux épidémies de peste. Cet établissement qui a été complété au XVIII^e siècle par la chapelle de la Madeleine, ce qui témoigne de sa vocation

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018

¹ Professeur d'Histoire contemporaine, Université de Rouen Normandie, Président de l'Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale et de la protection sociale en Normandie, vice-président de la Société libre d'Emulation de la Seine-Maritime.

² Pour une approche générale de l'histoire des Hôpitaux de Rouen nous renvoyons à Yannick Marec (sous la direction de), *Les Hôpitaux de Rouen du Moyen Âge à nos jours. Dix siècles de protection sociale*, Rouen, éditions PTC2006, 178p. Voir aussi le Chapitre 18 « Entre tradition et modernité : les Hôpitaux de Rouen au temps de Charles Nicolle (1870-1940) » de notre ouvrage *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien. Culture politique, patrimoine et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles*, PURH, 2009, p409-443.

également religieuse, est donc relativement récent. C'est dans cet établissement qu'Achille-Cléophas Flaubert, le père de l'écrivain, a exercé les fonctions de chirurgien chef. Gustave Flaubert est d'ailleurs né dans cet établissement, l'ancien logement de fonction étant maintenant occupé par le musée Flaubert et d'histoire de la médecine.



L'Hôtel-Dieu de Rouen en 1850 (aquarelle de A. Vilain BMR)

Durant les années 1880 l'Hôtel-Dieu comporte environ 700 lits. C'est l'établissement le plus médicalisé qui comprend alors deux divisions chirurgicales et trois divisions médicales. À l'est de la cité, dans les quartiers populaires, on trouve l'hospice général dont les bâtiments du XVIII^e siècle ont été construits grâce aux Legs de l'abbé de Germont. Cet établissement comprend environ 1600 lits et est destiné aux malades chroniques, aux vieillards, aux vénériennes et aux enfants abandonnés. Rue de Germont sur le côté de l'ancienne entrée principale il existe d'ailleurs l'emplacement d'un tour pour enfants abandonnés en fonction jusqu'au début des années 1860.

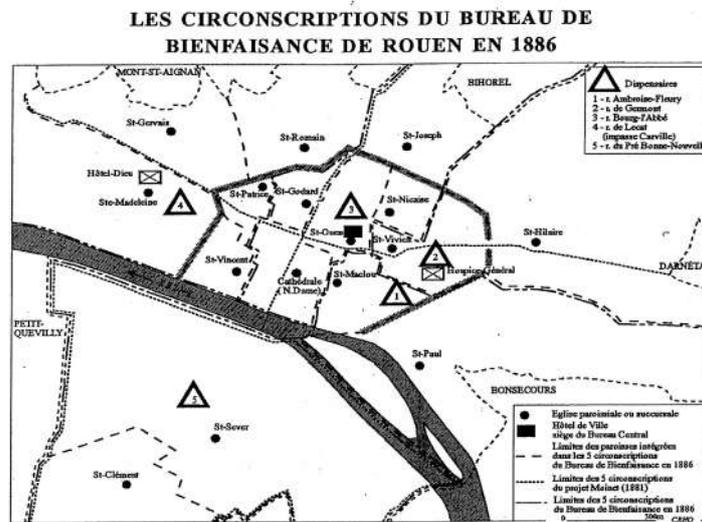


L'Hospice général de Rouen à la fin du XIX^e siècle (carte postale)

Cet hospice général a surtout une fonction d'accueil mais il comprend cependant deux divisions médicales et une division chirurgicale.

Depuis le début des années 1880 les établissements hospitaliers publics ont été intégrés dans une organisation médico-sociale et sanitaire originale qualifiée de « système rouennais » d'Assistance Publique. Celle-ci a été mise en place, par étapes, entre 1881 et 1886. Elle consiste à associer l'administration des hospices civils à celle des bureaux de bienfaisance chargée des secours à domicile, notamment des secours médicaux par le biais de visites de

médecins et aussi par l'intermédiaire de cinq dispensaires modernisés situés à l'intérieur des cinq nouvelles circonscriptions du Bureau de Bienfaisance³.



Les circonscriptions du Bureau de Bienfaisance de Rouen en 1886

Il existe de fait une administration commune aux deux branches de l'Assistance Publique, les mêmes administrateurs ayant été nommés dans les deux commissions administratives. De même, à l'instar de ce qui existe à Paris dans le cadre de l'Assistance Publique, un seul secrétaire directeur a la responsabilité à la fois des Hospices civils et du Bureau de Bienfaisance. Depuis la mise en place du « système rouennais », il s'agit d'Édouard Moinet, un ancien conseiller municipal républicain qui a joué un rôle décisif dans la mise en place de cette organisation voulue par les élites sociales républicaines de l'époque, comme les maires Louis Ricard et Maurice Lebon, ou encore le préfet Hendlé.

En se rattachant à une tradition républicaine, il s'agissait en effet de promouvoir l'aide sociale de proximité par le biais d'une priorité donnée aux secours à domicile, y compris médicaux, sur les hospitalisations. Cela répondait au désir de réduire les coûts mais aussi de maintenir les liens de famille. Cette organisation devait donc conduire à limiter les journées d'hospitalisation tout en développant la couverture médico-sociale de la population par le biais des secours à domicile ou par les nouveaux dispensaires. Cette nouvelle organisation a pu être présentée comme un modèle à la fin du XIX^e siècle en France, notamment lors du deuxième congrès national d'Assistance Publique tenu à Rouen et au Havre en juin 1897. Elle a effectivement permis la diminution des hospitalisations et donc évité la création d'un nouvel hôpital. Par ailleurs, elle s'est traduite par un développement considérable des secours médicaux à domicile dont le nombre moyen est passé par année d'environ 400 à 15 000.

Cependant, cette organisation est alors vivement combattue par certains médecins hospitaliers, en particulier les docteurs Brunon et Cerné lors du deuxième congrès national d'Assistance Publique évoqué plus haut.

³ Yannick Marec, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, Paris, La documentation française/Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2002, 2 volumes, 1362p.



Le Docteur Raoul Brunon



*Le Docteur Alfred Cerné
(ADSM 74 Fil)*

Ils reprochent en effet au « système rouennais » d'être davantage un progrès administratif plus qu'un progrès de la médicalisation de la population. Ils soulignent, par exemple, les difficultés à intervenir efficacement dans les foyers qui ne comportent bien souvent ni eau courante ni tout-à-l'égout, ni les conditions d'hygiène indispensables à une bonne prise en charge médicale. De fait, comme médecins hospitaliers, ils sont les représentants d'un courant hostile à la réduction du rôle de l'hôpital dans la prise en charge thérapeutique des populations, à une époque précisément où l'hôpital est en voie de médicalisation affirmée y compris à Rouen.

Les progrès de la médicalisation des Hospices civils de Rouen

A partir de 1887, on observe une restructuration des services des Hospices civils en liaison avec la création de salles d'opération tenant compte des progrès décisifs intervenus dans l'asepsie et l'antisepsie et aussi de l'utilisation de plus en plus fréquente de l'anesthésie. Cela se traduit par la décision prise d'ouvrir une première salle d'opération moderne à l'Hôtel-Dieu en 1888. L'année suivante, une deuxième salle est envisagée à l'hospice général. En 1893, c'est une cinquième salle qui est ainsi envisagée. Cette évolution structurelle accompagne le fort développement des pratiques chirurgicales.

Des 1882, un service de microscopie est ouvert à l'Hôtel-Dieu. Dans les années suivantes plusieurs médecins prennent l'initiative d'ouvrir un laboratoire d'anatomie à l'Hôtel-Dieu, auquel il est rattaché en 1890. Un laboratoire de bactériologie est fondé avec le soutien financier des médecins en particulier le docteur Leudet. Cette création est complétée en 1894

au moment même du retour de Charles Nicolle à Rouen. Ces différents laboratoires qui préexistent donc à sa venue dépendent de l'École de Médecine.

Quels sont les traductions de cette évolution à la fois sur les comportements des usagers des hospices civils et les dépenses hospitalières.

Un premier constat concerne l'augmentation même du personnel des Hospices civils qui passe de 261 personnes en 1876 à 500 en fin de siècle. Parallèlement on observe une diminution notable de ce qu'on appelait les « utilisés », c'est-à-dire l'emploi d'hospitalisés valides à différentes tâches de fonctionnement. Le taux d'encadrement du personnel médical s'améliore et l'on voit poindre la nécessité d'avoir un personnel auxiliaire mieux formé. Au début des années 1890 des débats ont lieu à l'intérieur des hôpitaux et aussi à l'extérieur notamment dans la presse régionale autour de la création d'écoles de garde-malades ou d'infirmières. Paradoxalement, cette idée est combattue par certains médecins, tel le docteur Brunon qui souhaite éviter une laïcisation des Hospices civils comme cela s'est produit dans les dispensaires où les sœurs ont été remplacées par des laïques. Des raisons de coût sont également mises en avant, les sœurs ne recevant qu'une pension de vestiaire, bien moins élevée que le salaire d'une infirmière. De plus, pour certains médecins les sœurs n'ont pas démérité et sont bien plus disciplinées que les laïques dans la mesure où elles obéissent à une règle. Finalement il faudra attendre 1900 pour voir se créer à Rouen une école d'infirmières où les médecins acceptent d'intervenir dans la formation à condition que les religieuses puissent l'intégrer⁴.



Onze patrons des Hôpitaux de Rouen en 1913 (Tableau de René Dubuc, Musée Flaubert et d'Histoire de la médecine)

Au total, l'hôpital demeure principalement encore une structure d'accueil, particulièrement l'hôpital général, mais on note cependant une évolution des hospitalisés qui ne sont plus seulement des « indigents » selon l'ancienne formulation administrative. On y trouve de plus en plus de salariés ou de personnes momentanément « privées de ressources », selon la définition adoptée par la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite obligatoire. De même, deux lois de 1898 contribuent à cette évolution. Celle qui réorganise la Mutualité dans un sens plus républicain et surtout celles avril 1898 dite loi Ricard, du nom de l'ancien maire de Rouen qui en a été un des principaux rapporteurs et qui concerne la réparation des accidents du travail. On passe donc progressivement de l'aide facultative à l'indigent à l'assistance obligatoire au pauvre secouru. Ces lois sociales, avec d'autres adoptées au tournant des dix-neuvième et vingtième siècles, ont donc contribué à renforcer la médicalisation hospitalière.

⁴ Voir Yannick Marec, *Vers une République sociale ? Un itinéraire d'historien*, op cit, en particulier « Des « Demi-savantes » ? Débats autour de la création de l'école d'infirmières de Rouen au tournant des XIX^e et XX^e siècles », p 303-310.

C'est dans ce contexte, que le jeune Charles Nicolle effectue son retour à Rouen au milieu des années 1890

Le retour d'un jeune pastorien à Rouen : Charles Nicolle, nouveau chef du laboratoire de bactériologie

L'accueil favorable d'un jeune pastorien

La tradition médicale est relativement récente dans la famille Nicolle. C'est Eugène, le père de Charles qui est à l'origine d'une dynastie de médecins, lui-même étant le fils d'un armurier. Elève de Pouchet, le fondateur du Muséum d'Histoire naturelle de Rouen et l'un des protagonistes de la querelle avec Pasteur autour de la génération spontanée, Eugène (1832-1884) a été médecin-chef à l'hôtel Dieu, médecin du Bureau de Bienfaisance tout en assurant des cours d'hygiène à l'école normale de jeunes filles. Son décès prématuré en 1884 devait marquer profondément son épouse et ses trois fils Maurice, né en 1862, Charles né en 1866 et Marcel né en 1871.

D'emblée, le père destinait l'aîné particulièrement brillant, à une carrière nationale et parisienne. Pour Charles, plus timide, une carrière en province semblait davantage adaptée, même si le cadet devait suivre les traces de l'aîné. Quant au troisième fils, il devait s'orienter vers le droit et surtout la critique d'art.

Après de solides études au lycée Corneille où il s'est distingué dans les études littéraires, notamment l'Histoire, Charles suit les traces de Maurice en débutant des études médicales à l'Ecole de médecine de Rouen en 1884 puis à Paris à partir de 1887 en passant l'internat des hôpitaux parisiens. C'est là qu'il devait suivre les enseignements d'Emile Roux, le collaborateur de Pasteur, ainsi que celui de Metchnikoff. Il soutient une thèse sur le chancre mou et le bacille de Ducrey, ce qui témoigne déjà de son intérêt pour l'étude des maladies vénériennes. Un début de surdité l'oriente aussi vers les recherches de laboratoire.

Après ses études parisiennes, il profite d'opportunités pour passer des concours de recrutement à deux postes qui se sont libérés dans sa ville natale. En novembre 1893, il obtient ainsi un poste de Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen, une fonction qui lui est assurée pour 9 années. Quelques mois plus tard, il peut intégrer les Hôpitaux de Rouen comme médecin adjoint avant de poursuivre sa carrière comme chef de service en dermato-vénérologie.

En revenant à Rouen, il peut compter sur l'appui d'un réseau d'amis principalement formé à l'occasion de ses études médicales, en particulier avec les docteurs Albert Martin, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Rouen et fondateur de la future clinique Saint-Hilaire avec le chirurgien Pierre Derocque, un autre ami de Charles Nicolle. Celui-ci peut aussi compter sur le soutien d'André Halipré, chef de clinique médicale, et d'autres médecins de sa génération ou encore le pharmacien Albert Gascard.

En 1895, il épouse une orpheline rouennaise Alice Avice. Le jeune ménage qui aura deux enfants, Pierre et Marcelle, s'installe dans un immeuble en location, 9, rue Bourg l'Abbé où Charles Nicolle transfère son cabinet de consultation auparavant situé chez sa mère, 7, place de la Rougemare.

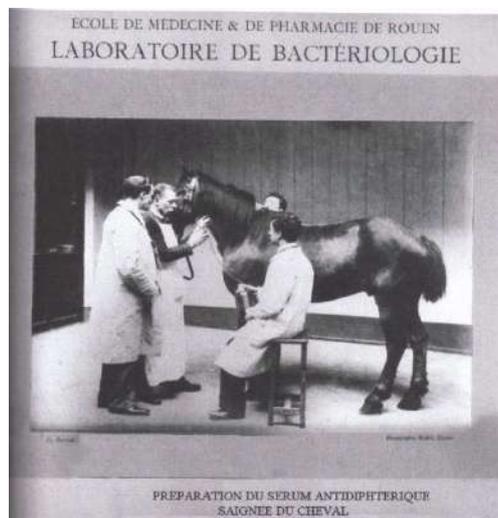


Charles Nicolle jeune marié en 1895 (ADSM 146 J 19)

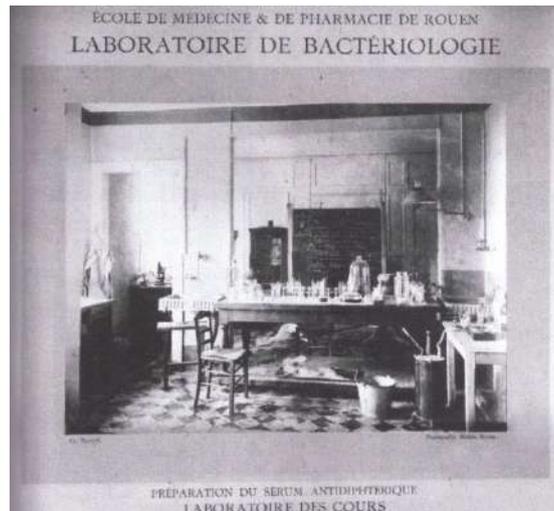
Une grande activité de laboratoire et d'enseignement

Sa formation de pasteurien, ses problèmes de surdité orientent rapidement Charles Nicolle vers la recherche de laboratoire. Les circonstances le poussent aussi à développer ses compétences spécifiques, en particulier la lutte contre un fléau qui touche durement les familles, la diphtérie, sous la forme terrible du croup qui peut conduire à la mort par étouffement des nourrissons et jeunes enfants.

Or le maître de Charles Nicolle, Emile Roux, a mis au point en 1894 un sérum antitoxique contre la diphtérie et l'Institut Pasteur ne peut répondre seul à la demande. Dans ces conditions le concours d'autres laboratoires devient nécessaire. Cette situation suscite diverses initiatives en province et en particulier à Rouen où la presse républicaine, particulièrement le puissant *Journal de Rouen* et aussi le *Petit Rouennais* plus radical, soutiennent des campagnes de souscription. Celles-ci sont lancées pour réunir les fonds nécessaires à l'obtention des moyens destinés à la fabrication du sérum. (notamment l'achat de chevaux).



***Laboratoire de bactériologie. Préparation du sérum antidiphtérique
(Service du Professeur Lemesland, Hôpital Charles Nicolle)***



Laboratoire des cours
(service du Professeur Lemesland, Hôpital Charles Nicolle)

Cela permet au laboratoire de bactériologie dirigé par Charles Nicolle d'entreprendre rapidement la fabrication du sérum qui est disponible dès janvier 1895. Cela conduit à la création d'un service de sérothérapie et assure une certaine notoriété à Charles Nicolle qui voudrait prolonger ce succès par la création d'un centre moderne de recherche bactériologiques comme cela existe notamment à Lille.

Cette perspective paraît d'autant plus plausible que Charles Nicolle arrive à donner une grande publicité au cours de microbiologie qu'il organise dans les années suivantes, à partir de 1896.

En août 1899, dans *la Normandie médicale*, il peut donner un article de synthèse « Réflexions sur cinq années de pratique de laboratoire » dans lequel il souligne les apports de son enseignement à la science médicale. Il montre comment des travaux de natures diverses ont pu être menés grâce à un outillage perfectionné, en particulier la préparation de différents sérums. Il se félicite de ce que les médecins prennent peu à peu l'habitude d'avoir recours au laboratoire pour préciser leur diagnostic, et il démontre le développement des applications de la recherche scientifique dans de nombreux domaines. Il peut s'agir aussi bien d'analyses effectuées pour lutter contre certains fléaux comme la fièvre typhoïde que de travaux utiles à l'agriculture ou à l'industrie⁵. Ces activités de recherche et d'enseignement se développent particulièrement au tournant des XIX^e et XX^e siècles. Notons aussi que ses enseignements lui ont permis de repérer des auditeurs de ses cours auxquels il fera appel par la suite comme collaborateurs à l'Institut Pasteur de Tunis.

⁵ Charles Nicolle, « Réflexions sur cinq années de pratique de laboratoire », *La Normandie médicale*, 15 août 1899, p409-426

« Du jour de la disparition de son suppléant, Bourrois s'était fait à l'idée qu'un autre de ses élèves, le petit Darcet, remplirait la double place, à moins qu'il ne prétendit qu'à l'une et que l'autre fût laissée à quelque comparse aussi peu gênant. De toute façon, nulle atteinte n'étant portée à la suprématie du Maître, l'événement aurait des suites très sûres.

D'un coup d'œil, Bourrois vit à bas ces heureuses perspectives. L'inconnu avait de trop bons titres pour ne point bousculer les fantoches locaux, si même ils se risquaient à l'affronter. Il en avait un infiniment trop beau, puisque, celui d'ancien interne parisien étant commun au professeur et à lui, Heuvel possédait en plus celui de chef de laboratoire.

Jusque-là, dans cette ville arriérée, les premières connaissances que la médecine a reçues des découvertes pastoriennes n'avaient guère pénétré. Bourrois, étant l'esprit le plus accessible au progrès, était seul à les connaître. Il tirait de l'originalité d'en parler, tranchait dans l'espèce. On sentait que les nouvelles méthodes l'intéressaient.

Il se trouva de moins fortes raisons d'y croire, du moment où il lui apparut que, sur ces questions, il serait vite distancé par un autre.⁶ »

On peut sans doute identifier Bourrois avec le docteur Raoul Brunon, Charles Nicolle s'étant lui-même identifié à Heuvel...

Les raisons du départ de Charles Nicolle pour Tunis

La mise sous tutelle du laboratoire de bactériologie et la question du transfert de l'Ecole de médecine

Les ambitions de Charles Nicolle se heurtent aussi aux intérêts de l'Ecole de médecine défendus par ses directeurs successifs, les docteurs Merry-Delabost et Raoul Brunon, ce dernier entrant en fonction en 1895⁷.



Merry Delabost.

Le Docteur Merry Delabost

A cette date un compromis semble avoir été trouvé avec la location pour le laboratoire d'un immeuble au 48 rue Stanislas Girardin. Cependant pour les directeurs de l'Ecole de médecine le laboratoire de bactériologie ne peut prétendre à une véritable autonomie. Bien plus, ils

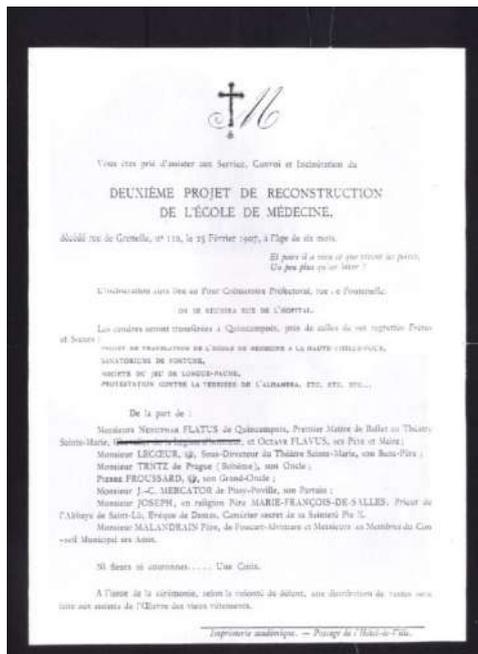
⁶ Charles Nicolle, « Bourrois et Heuvel », le *Mercur de France*, 15-III-1929 p 568-618, en particulier extrait p571. D'après les manuscrits déposés à la Bibliothèque municipale de Rouen sous la cote Ms mm168, 3^e boîte, la nouvelle est datée du 18 juin 1923

⁷ Pour les développements qui suivent voir Mélanie Mataud, Pierre-Albert Martin, *La médecine rouennaise à l'époque de Charles Nicolle de la fin du XIX^e siècle aux années 1930*, Préface de Béatrice Pannequin-Nicolle, caricatures de René Dubuc, Luneray, éditions Bertout, 2003, 188p (nombreuses illustrations) ; Dr Karl Feltgen, *Charles Nicolle (1866-1936). Des luttes rouennaises à la gloire tunisienne*, Groupe d'Histoire des Hôpitaux de Rouen/Chu – Hôpitaux de Rouen, 2012 ; Dr Maurice Huet, *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie (1866-1936)*, Préface Pr Hachemi Louzir, Tunis, Berg édition, 2013, 239p.

n'hésitent pas à vouloir revendiquer des financements qui pourraient lui être attribués, en provenance notamment des fonds reçus au moment de sa création à l'initiative de quelques professeurs ou par le biais des souscriptions lancées pour la production du sérum antidiphthérique. Il est même arrivé que le directeur de l'Ecole ait cherché à faire réduire ou annuler des crédits dévolus au laboratoire...

Cette question de rapports de pouvoir a été envenimée par le projet de transfert de l'Ecole de médecine porté principalement par le docteur Raoul Brunon. En 1898, celui-ci imagine en effet de transférer l'Ecole des locaux de l'enclave Sainte-Marie où ils se trouvaient depuis 1854 et devenus insuffisants vers le bâtiment de la Haute-Vieille-Tour, bien plus vaste.

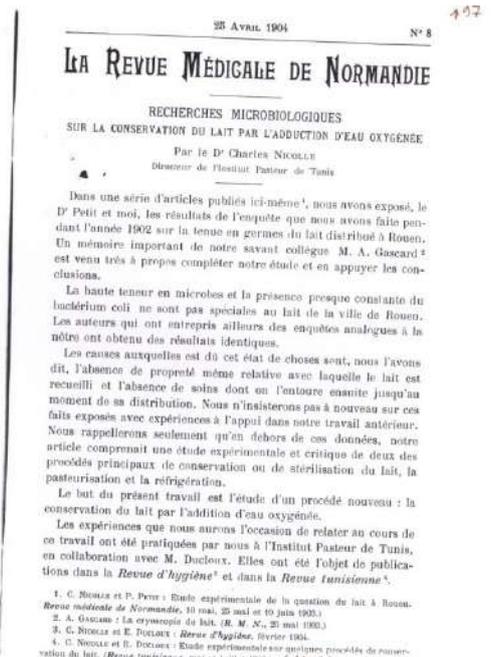
Mais faute de subvention et après différentes péripéties marquées par la confrontation des différents réseaux, ce transfert ne put se réaliser de même qu'un deuxième projet de reconstruction dans le jardin Sainte Marie soutenu par la municipalité Leblond en 1906. Il donna d'ailleurs lieu à un faire-part de décès ironique, datant de février 1907, émanant des proches de Charles Nicolle mais bien postérieur à son départ de Rouen en 1902⁸. Entre-temps, en effet, les oppositions entre deux réseaux s'étaient cristallisées autour de deux revues, *La Normandie médicale* principalement animée par les docteurs Brunon et Cerné, et *la Revue médicale de Normandie* créée au tout début du XX^e siècle par Charles Nicolle et ses amis, particulièrement les docteurs Albert Martin et André Halipré. C'est ce qui explique que les confrontations ont continué bien après 1902 et ne se réduisent donc pas à de simples animosités personnelles⁹.



Faire-part de décès du projet de transfert de l'Ecole de médecine (1907)

⁸ Un historique de ces différents projets est présenté au Maire de Rouen en août 1923 par le Docteur Raoul Brunon dans un texte concernant l'histoire de l'enseignement médical à Rouen et plus précisément l'avenir de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen. (Document du Musée Flaubert et d'Histoire de la médecine) Selon le Docteur Brunon l'échec du second projet provenait de ce « qu'une haute personnalité rouennaise avait peur des mouches que les laboratoires d'anatomie devaient attirer, suivant elle ». Il s'agit probablement de l'opposition de l'ancien maire, député et ministre Louis Ricard qui demeurait à proximité. Cependant le docteur Brunon précise qu'« une majorité parmi les professeurs du lycée Corneille et du lycée Jeanne d'Arc se réunirent en syndicat de défense pour faire chorus avec la personnalité éminente en question ». Précisons que les surnoms de « Fucus » et « Flatus » étaient attribués par Charles Nicolle respectivement aux directeurs successifs de l'Ecole de médecine Merry Delabost et Brunon. Celui de Flatus est évoqué dans le Faire-part de décès.

⁹ Sur ces aspects nous renvoyons à notre ouvrage, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927)*, op. cit.

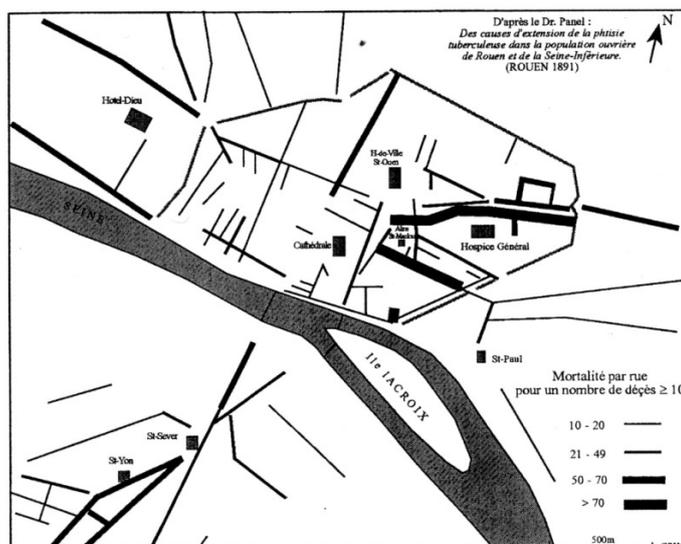


Début d'un article de Charles Nicolle dans la Revue médicale de Normandie du 25 avril 1904, après son départ de Rouen

La Radicalisation des conflits pousse Charles Nicolle à quitter Rouen

D'autres sujets de discord contribuent à tendre encore davantage les relations entre Charles Nicolle et ses opposants, en particulier la question de la contagiosité de la tuberculose et des moyens de sa prophylaxie. Ce débat est d'autant plus sensible que les ravages de ce fléau social deviennent patents à la fin du XIX^e siècle. Ainsi à Rouen sur 3200 à 3400 décès par an plus de 500 peuvent être imputés à la tuberculose soit entre 15 et 20 % de la mortalité. Cela concerne en premier lieu les quartiers populaires de l'est et du sud de la ville de Rouen mais pas de manière exclusive, certains quartiers centraux étant également concernés.

LA MORTALITÉ PAR AFFECTIONS TUBERCULEUSES À ROUEN (ANNÉES 1885 À 1890 INCLUSES)



Carte de la mortalité par affections tuberculeuses à Rouen à la fin du XIX^e siècle

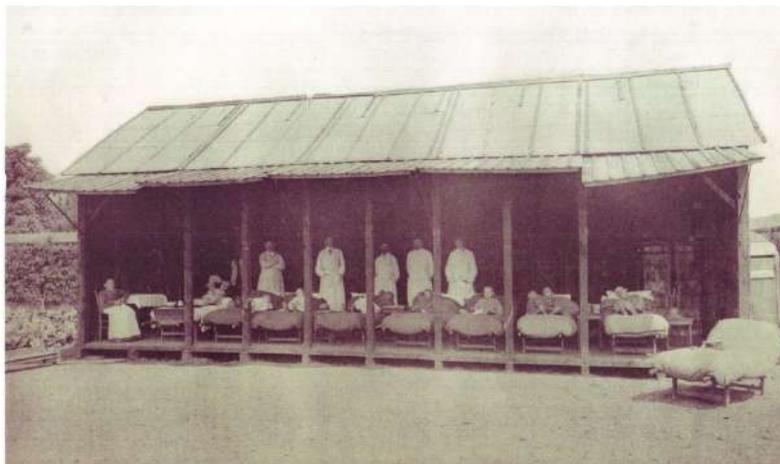
Cette situation suscite à l'époque des débats sur la manière de faire face à ce fléau. Certains médecins prônent un isolement drastique des contagieux en s'inspirant du modèle du sanatorium expérimenté notamment en Allemagne. Charles Nicolle, avec d'autres comme le docteur Halipré ou le docteur Cotoni, s'inscrivent dans ce courant et militent pour la création d'un sanatorium privé à proximité de Rouen. Différents articles publiés dans la nouvelle *Revue médicale de Normandie*, créée en 1900 par Charles Nicolle et ses proches, évoquent cette solution qui aboutira en 1905 avec la création du sanatorium de Oissel.



Carte postale de 1907, où l'on devine le docteur Cotoni, (le personnage au chapeau melon).

Le sanatorium d'Oissel en 1907 (carte postale)

Cette initiative est combattue par d'autres médecins, qui n'estiment pas indispensable un tel isolement aussi radical et coûteux. C'est le cas tout particulièrement du docteur Raoul Brunon partisan de « sanatoriums de fortune » qui prennent la forme « d'aériums », baraquements installés dans le jardin de l'Hospice général dès 1900 puis de l'Hôtel-Dieu. Localement, dans le cadre des Hospices civils, c'est donc cette solution qui prévaut.



L'aérium de l'Hospice général en 1903 (garçons) (La Normandie médicale, 15 avril 190)

Un autre sujet contribue à mettre Charles Nicolle en porte à faux avec l'administration des Hospices civils, la question du traitement des vénériennes de l'Office XII de l'Hospice général. Sa nomination, le 19 juillet 1900, à la tête de la division médicale de l'Hospice général comme chef du service de dermatologie vénérologie, lui permet de développer une action donnant la priorité à la dimension médicale. Bravant l'opinion publique, il proteste contre le régime disciplinaire imposé aux prostituées qui sont enfermées dans des « loges »

lorsqu'elles contestent, par le « chahut » ou les bris de carreaux, leurs conditions de prise en charge. Dans cette affaire il fut en butte à l'opposition de l'administration de l'hôpital qui l'accusait d'avoir favorisé les désordres en faisant supprimer les « loges ».



Les « Loges » et leurs graffitis d'après le docteur Dubuc « Des poules dans une cage », Musée Flaubert et d'Histoire de la médecine

Bien plus, avec quelques confrères, en particulier les docteurs André Halipré, Albert Martin et Pierre Derocque, il a cherché à étendre son action en dehors du cadre de l'hôpital. En 1901, il crée une consultation hospitalière de polyclinique où il prend en charge les problèmes liés à la vénérologie. L'année suivante, le 25 janvier, dans le cadre de l'Université populaire de Rouen, il donne une conférence publique sur le péril vénérien.

Ses prises de position, souvent courageuses dans le contexte rouennais de l'époque, ont certainement contribué à sa fragilisation sur le plan institutionnel.

L'aboutissement de cette évolution est la non reconduction de sa fonction de Professeur suppléant de l'Ecole de Médecine dont le mandat arrivait à échéance en 1902. Dans cette ultime affaire, le Directeur de l'Ecole, le Docteur Raoul Brunon, a opposé son veto au renouvellement du contrat de Charles Nicolle qui outre l'humiliation qui pouvait en être ressentie perdait un revenu annuel de 2000 francs, une somme non négligeable à l'époque.

Dans ces conditions, la proposition qui lui était faite, après des démarches effectuées au cours de l'année 1901, de prendre la direction de l'Institut Pasteur de Tunis, ce qui lui assurait un revenu annuel de 10 000 francs et un logement de fonction, devenait alléchante même si elle pouvait lui apparaître comme un pis-aller. En conséquence, le 24 novembre 1902, il adresse sa démission des hôpitaux et laisse sa place au laboratoire. En décembre 1902, en compagnie de sa femme et de ses deux jeunes enfants, il quitte Rouen pour Tunis où, comme Directeur de l'Institut Pasteur, il devait obtenir en 1928 le prix Nobel de médecine. L'année précédente, le 22 octobre 1927, à l'occasion de l'attribution du prix Osiris, une réception en son honneur fut organisée à l'Hôtel de ville de Rouen. De son discours de remerciement, on peut retenir les passages suivants :

« Jadis, nos ancêtres élevaient ces monuments dont jalousement nous sommes fiers et qui font partie de nos âmes, même exilées, comme tout ce que nos yeux d'enfant ont vu. Les monuments, en ce siècle, ce sont les laboratoires, les foyers d'instruction, de découvertes. Les Rouennais peuvent-ils continuer de s'enorgueillir du génie de leurs ancêtres, sans rien y ajouter ?

Pourtant, Rouen n'est pas devenue stérile. Notre ville produit, sans repos, des hommes d'intelligence, d'action, de bonne volonté. Allez-vous laisser ces forces se consumer dans l'obscurité mesquine ou bien chercher ailleurs leur emploi, s'éloigner ? Quelle richesse pour Rouen si elle savait conserver, installer, utiliser chez elle, les intelligences qu'elle forme... »



*Charles Nicolle au début du XX^e siècle dans son laboratoire
(ADSM 74 Fi5)*

CHARLES NICOLLE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ORGANISATION SANITAIRE EN TUNISIE (1903-1936)

Par Benoit GAUMER¹

Introduction

Charles Nicolle, célèbre second directeur de l'Institut Pasteur de Tunis pendant trente-trois ans, fût d'abord un brillant chercheur scientifique, homme de laboratoire minutieux et habile expérimentateur dans le large domaine microbiologique des hommes, des animaux et des végétaux. Rien de ce qui concernait la microbiologie de ces êtres vivants, durant son long séjour dans son pays d'adoption, la Régence de Tunis, ne lui fût étranger. Tous ses travaux de recherche microbiologique, publiés principalement dans la revue qu'il avait lui-même fondé en 1906, *Les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, ont été répertoriés de manière quasiment exhaustive. Ils ont été finement analysés par deux de ses principaux biographes, Maurice Huet², dans *Le Pommier et l'olivier*, Germaine Lot³, dans *Charles Nicolle et la biologie conquérante*.

Ces mêmes biographes ont été également sensibles à l'écrivain romancier et philosophe, analysant tous ses romans et n'hésitant pas à porter un jugement parfois sévère sur certaines de ses œuvres.



Charles Nicolle devant son microscope (Collection images de l'auteur) Source Internet : thJUH41LZW

Le personnage de Charles Nicolle, hygiéniste ou homme de santé publique, est probablement moins bien connu, caché par la remarquable œuvre microbiologique du Prix Nobel de physiologie ou médecine de 1928. Et pourtant son intérêt pour l'hygiène publique n'est pas apparu pour la première fois sur le territoire de la Régence de Tunis. Sa contribution au développement de cette discipline en Normandie, sa province natale, ne fût pas négligeable. Lorsqu'il écrit ses mémoires d'enfance à la fin de sa vie, Charles Nicolle raconte avec humour les règles d'hygiène appliquées dans la famille. La Normandie de l'époque n'était pas une adepte de l'hygiène privée ! Son père par contre, comme médecin de la ville de Rouen, s'intéressait beaucoup à l'hygiène, cette « inconnue » de ses contemporains comme il l'écrit⁴. Ne l'aurait-il pas beaucoup influencé, malgré son décès trop prématuré ?

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018

¹ Benoît Gaumer est médecin et historien de la santé publique, un vieil ami de la Tunisie qu'il a adopté comme seconde patrie, dès son premier poste de médecin hygiéniste épidémiologue dans le Gouvernorat de Sousse, en 1971-1972. Il est diplômé de la Faculté de médecine de Paris et titulaire d'un PhD en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal. Ayant quitté la Tunisie en 1984 pour Montréal où il demeura pendant vingt ans, il est présentement retraité en France à Montauban.

² Huet Maurice, *Le Pommier et l'Olivier. Charles Nicolle, une biographie (1866-1936)*, Tunis, Berg Édition, 2013.

³ Lot Germaine, *Charles Nicolle et la biologie conquérante*, Paris, Éditions Seghers, 1961.

⁴ Archives de l'Institut Pasteur de Paris (AIPP), boîte NIC.A1, « Mémoires de Monsieur Charles Nicolle. Première partie. Enfance », ainsi que « Mémoires de Charles Nicolle, commencé de dicter à mon ami Salah ben Annaïs ».

Premières préoccupations normandes pour l'hygiène publique

On retrouve les premières préoccupations de Charles Nicolle pour « les applications pratiques des connaissances bactériologiques à la médecine », dans *La Normandie médicale* des 1er janvier, 15 février, 1er avril et 1er mai 1896. Il a trente ans. *Le Bulletin de la Société normande d'hygiène pratique* révèle également ses premières préoccupations pour l'hygiène publique, en publiant un article intitulé : « Analyse bactériologique d'un échantillon d'eau de Rouen », le 17 mars 1896, ainsi qu'une étude quasiment épidémiologique sur « La rage dans le département de la Seine inférieure », dans le même numéro.

Tout au long des années 1896 et 1897 il publie beaucoup sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde, en modifiant le procédé de Widal et l'appliquant à l'analyse épidémiologique de « L'épidémie de fièvre typhoïde de Rouen », article publié en juin 1903 dans la *Revue médicale de Normandie*, peu avant son départ pour Tunis.

En publiant dans le *Bulletin de la Société normande d'hygiène pratique* du 16 novembre 1897 « Une visite aux lépreux de Scutari », on perçoit ses premiers intérêts de santé publique pour cette maladie. En 1899, c'est autour de la tuberculose d'être l'objet de ses préoccupations d'hygiéniste. Après une conférence faite à l'Hôtel de ville de Rouen, le 25 avril intitulée : « La lutte contre la tuberculose (1ère partie). La tuberculose, le bacille tuberculeux. La tuberculose est une maladie contagieuse », reproduite dans la *Société normande d'hygiène pratique*, il publie avec André Halipré, dans la *Normandie médicale* du 15 octobre 1899 : « La vie au sanatorium. Visite aux sanatoria des bords du Rhin (Hohenhonnef, Falkenstein, Ruppertsheim). Toujours avec Halipré, il publie : « L'œuvre du Sanatorium », dans la *Revue médicale de Normandie* du 2 juin 1900, et se prononce en faveur d'une déclaration obligatoire de la tuberculose et de quelques autres maladies contagieuses. On décèle même chez lui, le fils de la grande bourgeoisie rouennaise, une vision sociale de la médecine, en intervenant avec Halipré lors du Congrès des sociétés industrielles, techniques et savantes, tenues à Rouen en août 1901, sur la « Nécessité de la création de sanatoriums suburbains pour le traitement des tuberculeux de la classe ouvrière », dans la *Normandie médicale* du 25 août 1901.

La peste aussi, qui sera l'objet de ses interventions lorsqu'il abordera le sol tunisien, sera bien connue de lui, publiant : « La géographie actuelle de la peste », toujours dans la *Revue médicale de Normandie*.

Parmi les autres préoccupations de santé publique manifestées par Charles Nicolle, en collaboration avec des hygiénistes, on retrouve déjà à Rouen avec P. Petit dans la *Revue médicale de Normandie* en 1903 (p. 185-189 et 208-205), une « Étude expérimentale sur la question du lait à Rouen », qu'il appliquera dès son arrivée en Tunisie avec E. Ducloux et publiera dans la *Revue Tunisienne* (t. X (1903), p. 215 et 300). Toujours avec des hygiénistes de son époque normande, il s'intéressera à l'alimentation des villes en eau potable, pas seulement à Rouen. (A. Bigot, L. Lecornu, A. Louise et Ch. Nicolle, « Études de sources destinées éventuellement à l'alimentation de Cherbourg en eau potable », dans *Bull. de la Soc. Linnéenne de Normandie*, 5ème série, 6^{ème} vol., Caen, 1902).

Il n'est pas indifférent non plus de mettre en lumière l'engagement social de Charles Nicolle concernant la lutte anti vénérienne. Ayant soutenu sa thèse en 1893 sur ses *Recherches sur le chancre mou*, et publié durant sa période rouennaise plusieurs articles concernant le « Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'hermophényl (mercure-phénol-disulphonate de sodium), dans la *Revue médicale de Normandie*, 25 avril 1902, ainsi que ses « Recherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis au singe (bonnet chinois), dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XVII, 1903, p.636 et la *Revue Médicale de Normandie*, 1903, p. 481, Charles Nicolle dirigeait le service des vénériens à l'Hospice Général de Rouen. Avec beaucoup d'humour il raconte, en 1934 devant ses confrères du Congrès de médecine de Tunis des 21, 22, 23 et 24 mars consacré à la syphilis et qu'il préside, ses démêlés avec l'administration rouennaise pour améliorer le sort des « hospitalisés

d'office », le service des femmes surtout, « l'office 12 » et abolir le service dit des « Loges » pour les récalcitrantes⁵. Il raconte également une conférence, faite à la demande de Léon Brunschvicg, le philosophe ayant fondé l'Université populaire de Rouen, la première publique en France, sur les maladies vénériennes et leurs dangers. La Société protestante à laquelle appartenait la salle lui avait défendu de parler de prophylaxie individuelle. « Qui s'exposait au péché devait subir les conséquences du péché », conclut-il !

Autrement dit, lorsqu'il foule la terre africaine en 1903, Charles Nicolle est déjà bien aguerri en santé publique. Ce n'est pas qu'un homme de laboratoire, l'œil rivé sur son microscope à défaut d'entendre ce qui se passe autour de lui. L'organisation sanitaire de sa région d'origine fait partie de ses soucis professionnels. Il gardera cet état d'esprit dès son arrivée dans la Régence et le conservera tout au long de son séjour, fortement épaulé par son principal collaborateur et ami, Ernest Conseil⁶.

Bref portrait de l'organisation sanitaire de la Régence en 1903

Pourrait-on appliquer à cette organisation le même regard que porte Amor Chadly en 2016 sur la politique de santé du Protectorat dans la Régence avant l'indépendance de la Tunisie : une médecine de tradition libérale au profit d'une clientèle aisée, une assistance gratuite insuffisante pour les pauvres dans les hôpitaux, des médecins hospitaliers mal payés se consacrant à leur clientèle privée, un corps médical concentré dans les villes avec peu de Tunisiens musulmans⁷.

Le portrait est sévère, plutôt exact, mais il nécessite d'être nuancé⁸.

La ville de Tunis est dotée de deux principaux hôpitaux, ayant l'inconvénient peut-être d'accueillir des clientèles sur une base ethnique, mais déjà bien outillés et disposant de médecins de qualité. L'Hôpital Sadiki, le plus ancien, avec l'arrivée en 1903 de son nouveau directeur, le docteur Brunswic Le Bihan, épaulé par deux brillants anciens internes des hôpitaux de Paris, les docteurs Comte et Broc, est l'objet de transformations importantes, avec l'appui de Béchir Sfar, le directeur des Habous finançant l'hôpital. L'Hôpital civil français, après une fondation longtemps hésitante reçoit son premier malade le 16 novembre 1898. Conçu au départ pour 450 lits, sa belle architecture de type pavillonnaire enthousiasmait son premier directeur, le docteur Witold Lemansky. Ces deux hôpitaux bénéficiaient déjà des services de l'Institut Pasteur pour leurs examens microbiologiques et chimiques, avant l'arrivée de Charles Nicolle.

La communauté italienne, nombreuse à Tunis comme dans le reste de la Régence, bénéficiait d'un dispensaire-hôpital moderne de 250 lits, le premier à introduire efficacement l'antisepsie. Fondé en 1884, il recevait également les anglo-maltais de la Régence.

Il existait aussi un Hôpital israélite de 40 lits, installé dans un ancien palais beylical depuis 1894, desservant l'importante communauté juive de Tunis.

Des hôpitaux militaires ont été construits dans toutes les régions du pays, dès le début de la pénétration militaire, d'abord pour assurer les soins aux occupants, mais rapidement aussi aux populations civiles. La première infirmerie hôpital militaire avait été ouverte au Kef en 1882. Suivront rapidement celles

⁵ « Congrès de médecine de Tunis, 21, 22, 23, et 24 mars 1934, sous la présidence de Charles Nicolle », numéro spécial de la *Tunisie médicale* décembre 1934.

⁶ Tous ces travaux de Charles Nicolle sont répertoriés dans « Hommage à Charles Nicolle », *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, T. XXV, fasc. 2, avril 1936, p. 201-248.

⁷ « La politique de santé au lendemain de l'indépendance ». Texte du professeur Amor Chadli, daté du 19 mai 2016. Document personnel prêté à l'auteur. Consulter aussi « La médecine en Tunisie depuis la veille du protectorat à nos jours », Conférence inaugurale prononcée par le Dr Amor Chadli lors des travaux de la réunion franco-tunisienne de l'Académie nationale de médecine de France, Tunis, le 21 octobre 2010, reproduit dans *Leaders* du 14/11/2010.

⁸ Voir aussi Amor Chadli, « La médecine en Tunisie de la veille du protectorat à nos jours », *La Tunisie médicale*, vol 89 (n° 5), 2011, p. 411-417.

de Kairouan, Sousse et Sfax. Gabès disposera d'un véritable hôpital militaire comme celui de Tunis ou de Bizerte, dès 1882 également.

Parallèlement des infirmeries dispensaires civils avaient vu le jour, comme celle de Nabeul, appelé hôpital indigène, fondé en 1900 par le docteur Brunswic Le Bihan. A Sousse, il existait un « morstane » ou hôpital arabe, et la municipalité de Sfax fût l'une des premières à se doter d'un hôpital dispensaire⁹. Dès 1905, à Monastir, grâce à l'initiative des habitants, appuyés par le caïd Ladjimi, président de la commune, un projet d'infirmerie dispensaire voyait le jour, concrétisé cinq ans plus tard, malgré les oppositions de certains et les freinages administratifs¹⁰.

Le corps des médecins de colonisation n'existe pas encore, mais à l'heureuse surprise de Charles Nicolle, d'assez nombreux médecins exercent dans le « bled », sensibles aux actions de santé publique, comme le démontrera leur forte participation à sa grande enquête épidémiologique sur la lèpre. D'après le Journal officiel de 1892 (p. 364-365), parmi les 106 médecins autorisés à exercer en Tunisie, 47 diplômés d'écoles ou facultés de médecine européenne sont concentrés à Tunis ou dans les grandes villes de la côte. Les 59 médecins tolérés, des Tunisiens musulmans pour la plupart, sont mieux répartis sur tout le territoire.

Impossible également de ne pas signaler la naissance en 1902 de la Société des sciences médicales de Tunis, rassemblant l'élite médicale de la Régence, dont Charles Nicolle assurera la présidence en 1909.

Pour coiffer tout cela, par décret beylical du 1^{er} avril 1901, la Régence, après une recommandation de la Conférence consultative en 1897, s'était doté d'un Bureau de l'assistance et de l'hygiène publique, sous l'autorité du Secrétariat général du Gouvernement tunisien. Le décret beylical du 19 avril 1900 qui organisait cette assistance publique ouvrait la porte à son financement par le budget de l'État, malgré les réserves de son initiateur le Résident Général René Millet, donnant sa préférence à l'initiative privée. La Société de bienfaisance musulmane, créée en 1905 avec 12 bureaux régionaux, prenait le relai d'institutions existantes et déjà décrites par Béchir Sfar en 1896¹¹. En 1904, François Gomma ex-interne des hôpitaux de Tunis dénonçait le retard de la Tunisie en matière d'assistance médicale par rapport à l'Algérie proche mais aussi Madagascar et l'Indochine, tout en reconnaissant les qualités des différents systèmes d'assistance publique au début du siècle¹².

Premières interventions en santé publique

En publiant en 1904, dans le *Bulletin de la direction de l'agriculture et du commerce* (p. 297), son « Essai de campagne antipaludique en Tunisie (Oued Zargua, Pont de Trajan) », Charles Nicolle inaugure une première campagne de lutte contre le paludisme, conduite selon les nouvelles méthodes expérimentées par les frères Sergent sur la ligne de chemin de fer Bône Guelma et qu'ils poursuivront, à la demande de Charles Nicolle lui-même, très occupé qu'il était par d'autres projets. Alors que ses premières publications dans sa revue les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* seront consacrées à l'hygiène publique : « Analyse microbiologique de l'eau d'alimentation de Tunis pendant l'année 1905 » (AIPT, t. I, 1906, p. 71) et la même année : « Expériences sur la pollution des eaux du Lac de Tunis dans les conditions actuelles de déversement des eaux d'égout dans le lac » (AIPT, t.1, 1906, p. 74), il découvre une nouvelle maladie dont il révèle l'importance en santé publique : « Sur

⁹ Dr Bastide, *Projet de réorganisation de l'assistance publique en Tunisie*, Tunis, Imprimerie Picard, 1905.

¹⁰ Bergaoui Mohamed, *Monastir Les cent ans de l'Hôpital « Fattouma Bourguiba » 1910-2010*, Tunis, Berg Édition, 2011.

¹¹ Gaumer Benoît, « Esquisse d'une histoire de l'administration de la santé publique en Tunisie de la fin du XIX^e siècle à l'Indépendance », *IBLA Revue de l'Institut des belles lettres arabes*, 51^{ème} année, no 161, 1988/1, p. 37-57. Voir Béchir Sfar, *Assistance publique musulmane en Tunisie par le délégué du Gouvernement tunisien à l'administration des Habous*, Tunis, Imprimerie rapide, 1896.

¹² Gomma François, *L'assistance médicale en Tunisie. Essai sur l'histoire de la médecine et de l'hygiène publique dans la Régence*, thèse pour le doctorat, Faculté mixte de médecine et de pharmacie, Bordeaux, Imprimerie F Cadoret, 1904.

l'existence en Tunisie de la fièvre méditerranéenne » dans *Comptes Rendus de la Société de biologie*, t. LVII, 1904, II, p. 295, puis un an après dans la *Presse médicale* 1905-I, p. 113 « La fièvre méditerranéenne en Tunisie ». Après avoir perfectionné le sérodiagnostic de la maladie et démontré la spécificité de la séroration avec Charles Comte et Israël Eugène Hayat (ayant soutenu sa thèse en 1902 à Montpellier sur La brucellose ou fièvre de Malte), publié dans *Comptes Rendus de la Société de biologie*, t. LIX, 1905-II, p. 240 et 242, il entreprendra avec Ernest Conseil une première enquête épidémiologique sur cette anthrozoonose : « Recherches sur la fièvre méditerranéenne entreprise à l'Institut Pasteur de Tunis. Enquête sur les chèvres laitières de Tunis (note préliminaire) », dans : *Bulletin de la Société De Pathologie exotique*, t. II, 1909, p.191. Dès son arrivée à Tunis, Charles Nicolle entreprendra de compiler les données des personnes traitées contre la rage, pour les analyser sur le plan épidémiologiques et les publier dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* : « Statistiques des personnes traitées à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1903 », *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XVIII, 1904, p.654. Analyse épidémiologique annuelle qu'il poursuivra régulièrement.

Charles Nicolle et la lutte anti lépreuse

Avant d'entreprendre avec le docteur Bastide, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique de la Régence, une grande enquête épidémiologique sur la lèpre en Tunisie, Charles Nicolle rapportait dans les *Comptes Rendus de l'Académie des sciences* du 20 février 1905, puis dans la revue *Lepra*, vol. 5, fevr.3, sa « Reproduction expérimentale de la lèpre chez le singe ».

Pour cette grande étude épidémiologique, les deux enquêteurs pourront compter sur la collaboration de quasiment l'ensemble de la communauté médicale du pays. Les 106 médecins participant, fournissant les cas de lèpre repérés dans leur entourage, exerçaient dans toutes les régions, avec une concentration sur le littoral. Commencée en juin 1906, l'enquête sera prolongée jusqu'en mars 1907. Les résultats montraient que Tunis était avec l'île de Djerba le centre de lèpre le plus important. Une soixantaine de cas étaient ainsi recensés, mais les auteurs estimaient que les cas réels seraient plutôt d'une centaine, étant donné les difficultés du diagnostic clinique. La cartographie de la répartition des cas démontrait que la presque totalité des cas se rencontraient sur la côte ou à peu de distance de celle-ci. Rétrospectivement, il s'agissait probablement d'un biais de sélection.

Faisant le rapprochement avec la coutume alimentaire de consommer abondamment du poisson généralement grillé « c'est-à-dire incomplètement cuit », Charles Nicolle va se lancer, avec Charles Comte et leur préparateur Gaston Catouillard, dans des recherches du bacille de Hansen chez les poissons et animaux de mer qui n'aboutiront pas : « Recherches sur la lèpre (extrait des Rapports scientifiques sur les travaux entrepris au moyen des subventions de la Caisse des Recherches scientifiques) » dans *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. IV, 1909, p. 104. Dans *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français*, je concluais sur cet échec et l'abandon de la lutte anti lépreuse : « Bienheureux les lépreux d'ailleurs, car les mesures de prophylaxie que les deux enquêteurs proposaient consistaient à les isoler, de surcroît dans des établissements particuliers pour les différentes communautés du pays. Ils recommandaient également l'interdiction de l'entrée en Tunisie de tout individu porteur de lésions lépreuses. Cela aboutira probablement au décret beylical du 8 mars 1922 qui stipulait à son article 4: «l'expulsion et le refoulement vers son pays d'origine de tout étranger à la Tunisie trouvé atteint de lèpre à son arrivée ou s'il ne peut justifier d'un séjour de plus d'un an en Tunisie»¹³.

Charles Nicolle et la lutte antipaludique

En 1905, la petite équipe de l'Institut Pasteur de Tunis était composée de Charles Nicolle, son directeur, d'un chef de laboratoire, le docteur Charles Comte préparateur au Collège de France recruté

¹³ Gaumer Benoît, *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français (1881-1956)*, Lévis (Québec), Les Presses de l'Université Laval, 2006, p.68.

le 1er octobre 1904, un préparateur Gaston Catouillard entré en fonction le 1er août 1903, et un aide préparateur Joseph Chaltiel.

En 1905, Albert Alexandre Husson, médecin de colonisation à Grombalia, intègre l'équipe et crée ainsi le premier service antipaludique d'État. C'est à la suite de son « Enquête sur le paludisme dans trois centres de colonisation Mateur, Beja, Goubellat (août-novembre 1906), publiée dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* de 1907, 2, p. 3-14, que le Directeur de l'Agriculture, du Commerce et de la Colonisation décide, sur proposition de Charles Nicolle, la création de ce service spécial de lutte antipaludique. S'appuyant sur le modèle italien de quinzisation préventive, il obtiendra la publication d'un arrêté réglementant la vente au public de la quinine dans les débits de tabac. Probablement victime de graves problèmes de santé, il démissionne prématurément de son poste et sera remplacé par un autre collaborateur de Charles Nicolle de la première heure, Charles Comte.

En 1924, le service antipaludique de l'Institut Pasteur, tombé quasi en sommeil durant la guerre de 1914-1918, est rattaché à la direction de l'hygiène, dépendant de la Direction de l'intérieur.

Une nouvelle impulsion va être donnée à cette lutte avec le recrutement par le docteur Ernest Gobert, directeur de l'hygiène, du docteur Georges Villain, médecin de colonisation dans le sud à Tozeur. En 1934, c'est ce dernier qui mettra en place tout un dispositif de lutte très efficace, après l'explosion épidémique de 1932-1933. Les structures de lutte antipaludique seront renforcées sur le terrain, avec le recrutement d'agents pour dépister les cas, les orienter vers le médecin de colonisation et les lazarets anti paludiques installés dans les régions les plus touchées par l'épidémie, assurer la prophylaxie par la quinine, repérer les gîtes larvaires du parasite, l'anophèle, et les détruire. Ce nouveau corps de personnel, constituant de véritables « infirmiers itinérants », au nombre d'environ 200 pour l'ensemble du pays, parcourant chaque semaine toute leur circonscription à cheval ou à dos d'âne, constituera l'épine dorsale de cette lutte anti paludique. Des essais de traitement et de prévention par les antis malariques de synthèse sont entrepris dès cette période.

Un laboratoire du paludisme est créé à l'Institut Pasteur de Tunis, supervisant les laboratoires régionaux de Sousse et Sfax ainsi que les laboratoires volants créés par le service de la santé publique¹⁴.

Support diagnostic aux hôpitaux de Tunis, Sousse et Sfax

Dès le premier numéro des Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, la revue qu'il vient de fonder, Charles Nicolle annonce que l'Institut assure gratuitement le service des analyses médicales pour l'Hôpital civil français et l'Hôpital Sadiki. Un bureau de ville est maintenu dans les anciens locaux occupés au centre-ville, avant l'installation au Belvédère, pour y recevoir les produits à analyser, fournir les résultats des examens ainsi que la vente des sérums, vaccins et produits divers de l'Institut. En 1928 (lettre du 23 juillet), la Direction générale de l'intérieur écrit au Directeur de l'Institut Pasteur pour former une commission de contrôle des laboratoires d'analyse de toute la Régence, dont il serait le président. Dans sa réponse, Charles Nicolle propose Charles Anderson en tant que secrétaire et Mr Hector Diacono dirigeant d'un laboratoire privé à Sousse comme inspecteur, remplacé en cas d'absence par Mr Bance chef de laboratoire à l'Institut. Son remplaçant à lui serait Étienne Burnet, le directeur-adjoint¹⁵.

Cette nomination de Charles Nicolle et ses propositions concrétisaient le décret beylical du 2 juillet 1928, réglementant le contrôle des laboratoires d'analyse médicale. Cette commission des laboratoires comprenait également un représentant du corps médical choisi dans le corps des hôpitaux de Tunis et un représentant du corps des pharmaciens. Ce décret avait été inspiré d'une communication de Remlinger à l'Académie de médecine, inspirée par les nombreux faits de tromperie de la part des

¹⁴ *Ibidem* référence 12 Gaumer, chapitre 6, Le paludisme, une fatalité ? p. 114-120 et Henry Charles, *La lutte antipaludique en Tunisie*, thèse pour le doctorat, Faculté de médecine de Paris, 1936.

¹⁵ Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, Salle de réunion du Belvédère, boîte concernant la commission des laboratoires, documents non classés.

laboratoires de Tunis qu'il dénonçait. Le décret sera contesté par plusieurs pharmaciens directeurs de laboratoire, Mrs Jarmon, Casanova, Chemla et Tavernier. Estimant que cette réglementation portait atteinte à leur droit, ils dénonçaient le rôle de l'Institut Pasteur dans le fonctionnement de la commission. L'institut effectuant pour le compte de sa clientèle des analyses tant gratuites que payantes, ils jugeaient qu'on ne peut être à la fois juge et parti. Le laboratoire de Sousse était lui aussi subventionné par l'État, la région et les communes du centre. Dans sa réponse aux contestataires, la Direction de l'intérieur soutiendra Charles Nicolle précisant qu'« il est impossible de trouver à Tunis des juges plus impartiaux que les fonctionnaires de l'Institut Pasteur de Tunis, parfaitement désintéressés puisque fonctionnaires sans clientèle ». Quelques modifications seront apportées au décret mais la commission sera mise en place et la succession de Charles Nicolle à son décès sera assurée par Étienne Burnet comme président.

En 1935 les deux laboratoires régionaux de Sousse (toujours dirigé par Hector Diacono) et de Sfax (dirigé par E. Espié) élargissent leur champ d'activité au contrôle du paludisme et au dépistage de la syphilis, offrant leurs services, à Sousse aux deux hôpitaux civil et militaire et au dispensaire d'hygiène sociale, à Sfax à l'hôpital régional et à l'infirmerie régimentaire.

Charles Nicolle et le bureau municipal d'hygiène de Tunis

Qui a eu l'initiative du développement d'un bureau municipal d'hygiène à Tunis, alors que la Loi sur la protection de santé publique du 15 février 1902, promulguée en France, recommandait cette création pour les villes de plus de 20000 habitants et dans les communes d'au moins 2000 habitants avec un établissement thermal. Charles Nicolle mais aussi Ernest Conseil, tous deux originaire Normandie devaient bien connaître ou avoir entendu parler du Bureau d'hygiène de la ville du Havre, l'un des premiers à être installé en France, bien avant la promulgation de cette loi de 1902 et dont Adrien Loir, fondateur de l'Institut Pasteur de Tunis, en deviendra le directeur à partir du 1^{er} avril 1909¹⁶.

En 1908, date de cette création (arrêté du 2 août) et l'installation d'Ernest Conseil comme directeur, ce dernier collaborait déjà étroitement avec Charles Nicolle, travaillant dans son laboratoire à sa thèse sur le typhus depuis son arrivée à Tunis au cours de l'automne ou l'hiver 1906. On a de bonnes raisons de croire que c'est Charles Nicolle qui a patronné cette candidature, bien introduit comme il l'était dans les milieux administratifs et politiques de la Régence. Gabriel Alapetite était Résident général de France en Tunisie, à l'origine de plusieurs initiatives de développement de l'assistance publique, appuyé par son chef de cabinet François Manceron. Ce dernier, en devenant résident général entre 1929 et 1933, appuiera plus tard la création de l'Office tunisien d'hygiène sociale et médecine préventive. Le maire de Tunis, Sadok Ghileb, était l'ancien aide de camp de Sadok Bey, grand réformateur de la Tunisie du XIX^e siècle. Charles Nicolle collaborait aussi étroitement avec le docteur Bastide directeur de l'hygiène et assistance publique.

Grâce à ce bureau d'hygiène, recueillant systématiquement les statistiques de décès et plus difficilement de naissance, la situation sanitaire de la ville va être mieux connue des autorités administratives et politiques, entraînant quelques réformes importantes, outre cette « veille sanitaire », protégeant la ville avant qu'elle ne soit étendue à l'ensemble de la Régence. Le dispositif de surveillance de la peste fût renforcé avec la collaboration de l'Institut Pasteur de Tunis. S'appuyant sur le lazaret de La Rabta, Ernest Conseil pût déjouer ou endiguer plusieurs épidémies majeures comme celle de choléra en 1911 et de peste pulmonaire en 1929¹⁷.

Charles Nicolle et la direction de la santé et assistance publique

Comme pour la nomination d'Ernest Conseil au Bureau municipal d'hygiène de Tunis, c'est probablement Charles Nicolle qui proposa la candidature d'Étienne Burnet au poste de directeur de la santé et assistance publique. Toujours bien introduit dans les milieux de l'administration du

¹⁶ Janssens Pieter G., Wery Marc et Paskoff Sonia, *Adrien Loir Pastorien de première génération*, Bruxelles, Académie royale des sciences d'Outre-mer, 2000.

¹⁷ Gaumer Benoît, *Ernest Conseil (1879-1930) Un médecin modeste et discret*, Tunis, Berg Édition, 2013.

Protectorat, il est membre de droit du Conseil consultatif d'hygiène (ce conseil est mentionné dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunisie 1923-1924*). Dans les Archives de l'institut Pasteur de Tunis, numéro commun aux années 1919-1920, le rapport de fonctionnement de l'Institut Pasteur de Tunis pour l'année 1919 précise : « Mr le docteur Étienne Burnet, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris, est venu à son tour travailler dans un de nos laboratoires dans les derniers jours de l'année ». Le décret beylical du 20 février 1920 avait créé une direction de l'hygiène regroupant assistance publique et hygiène. Etienne Burnet en devient le premier directeur pour une année seulement. Lors de ce bref passage, à son initiative appuyée par Charles Nicolle et le Dr Morax, deux enquêtes épidémiologiques concernant le trachome furent entreprises par le Dr Petit dans le Sud tunisien. Quelques années plus tard, l'engagement de Charles Nicolle aux côtés d'Auguste Cuénod en faveur de cette lutte contre cette maladie, se traduira par la création de la Ligue internationale contre le trachome en 1923 et de sa filiale tunisienne en 1925. Le successeur d'Étienne Burnet à la Direction de l'hygiène en Tunisie fera toujours partie du personnel de l'Institut Pasteur de Tunis comme membre associé, officialisant l'intérêt de Charles Nicolle pour l'hygiène publique.

Charles Nicolle et le développement sanitaire des années 30

A la fin des années vingt, une Commission d'études économiques et financières, réunie pendant trois ans (1929-1931), aux travaux de laquelle Charles Nicolle aurait peut-être participé comme « expert », publia un « Rapport sur l'hygiène et l'assistance », suivi dans les années suivantes de nouvelles institutions sanitaires et sociales¹⁸.

Ce même rapport ayant dénoncé la concentration des moyens hospitaliers à Tunis, deux hôpitaux régionaux, remplaçant les anciens plutôt vétustes, seront ouverts en 1935, à Sousse (300 lits) et Sfax (300 lits également). Celui de Kairouan est agrandi. Des projets d'hôpitaux civils sont en cours de réalisation à Djerba et Tozeur. Des infirmeries-dispensaires couvraient déjà l'ensemble du territoire en 1930, répartis dans les cinq régions : 1^{ère} région, 7 dont Bizerte avec 75 lits, 2^{ème} région, 5 dont Nabeul avec 31 lits, 3^{ème} région 4 dont Le Kef avec 80 lits, 4^{ème} région, 7 dont Sousse 95 lits, Kairouan 62 lits, Monastir 40 lits, 5^{ème} région, 4 dont Gabès 17 lits. D'importance très variable, certains sont dotés d'un équipement chirurgical complet et d'une maternité. Le service médical y est assuré par les médecins de colonisation. Le décret beylical du 15 janvier 1910 continue à en réglementer le fonctionnement sous l'autorité d'une commission administrative. Les hôpitaux militaires à Sfax, Gabès, Gafsa et l'Hôpital maritime de Sidi-Abdallah continuent à recevoir, sans distinction de nationalité, les malades qui ne peuvent trouver place dans les hôpitaux civils, soit aux frais des intéressés, soit aux frais de l'Administration lorsqu'il s'agit d'indigents.

A Tunis pas de nouveaux hôpitaux sauf l'ouverture en 1931 d'un hôpital pour malades mentales de 180 lits à la Manouba, de type « asile village », avec des pavillons disséminés dans une propriété-jardin de 32 hectares. Les hôpitaux existants s'agrandissent, voient leur budget s'améliorer par une dotation plus importante de l'État et bénéficient de nouveaux équipements. L'Hôpital civil français reçoit toujours gratuitement les malades indigents français et tunisiens israélites. L'admission payante est ouverte à tous les malades sans distinction de nationalité. Le budget va plus que doubler entre 1920 et 1930, Une pharmacie centrale, annexée à l'hôpital civil français, approvisionne en médicaments et objets de pansements tous les établissements hospitaliers de la Régence et les médecins de colonisation pour leur distribution gratuite aux indigents. L'Hôpital Sadiki doté de la personnalité civile depuis 2010, toujours en principe destiné aux Tunisiens musulmans, s'est beaucoup développé, bien qu'un peu à l'étroit dans ses locaux. En 1930, les 268 lits sont pour les 2/3 affectés à la chirurgie. Il comporte en outre des services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, de stomatologie, de radiologie, une maternité et un laboratoire bien équipé. Le budget était toujours alimenté par une double subvention, de l'administration des Habous d'une part, et de l'État d'autre part beaucoup plus élevée. L'Hôpital de La Rabta, ayant pris le nom d'Ernest Conseil après sa mort, est toujours une

¹⁸ Archives Diplomatiques de Nantes (ADN), brochure 164 (1932), tome III, « Rapport sur l'hygiène et l'assistance », Sous-commission d'études économiques, Protectorat français, Régence de Tunis, Commission d'études économiques et financières (1929-1931).

annexe de L'Hôpital Sadiki, Il s'est agrandi de deux nouveaux pavillons avec 224 lits dont 60 réservés aux contagieux, les autres aux tuberculeux osseux et pulmonaires et aux malades de médecine générale. De nouveaux pavillons viendront compléter ce dispositif au cours de la décennie 1930, pour répondre aux besoins d'assistance de la population musulmane du Nord de la Tunisie et permettre le décongestionnement de l'Hôpital Sadiki dont l'extension était très difficile. L'Hôpital italien avec ses 200 lits est toujours subventionné par le Gouvernement italien. Sous l'impulsion du nouveau Résident général de France en Tunisie, François Maceron, un Office tunisien d'hygiène sociale et médecine préventive est installé en 1930. Il a pour vocation de coordonner les efforts des œuvres privées, du corps médical et des pouvoirs publics en vue de l'organisation des services de lutte contre les maladies sociales. Parmi les œuvres relevant de l'initiative privée, trois d'entre-elles sont particulièrement importantes : la Ligue antituberculeuse instituée en 1920, le Comité central de protection et d'assistance de l'enfance fondé en 1923 et la Ligue française de Tunisie contre le péril vénérien créée en 1928. Cette même année était fondé le Secrétariat social tunisien dans le but d' « étudier les problèmes sociaux, de seconder les œuvres existantes et d'aider à la création d'œuvres de bienfaisance complémentaires »¹⁹. L'Office, organisme public autonome, est rattaché à la Direction générale de l'intérieur. Au début des années 1930 plusieurs sections sont installées chargées de lutter contre les principaux « fléaux sociaux » : une section de propagande éducative et sanitaire, une section de protection de l'enfance et de lutte contre la mortalité infantile, une section de lutte contre les maladies vénériennes, une section de lutte contre la tuberculose, une section de lutte contre le trachome. Les crédits d'hygiène et d'assistance vont augmenter considérablement, bien que toujours insuffisants devant l'ampleur des besoins de soins et d'assistance. La tuberculose est reconnue comme l'un des problèmes d'hygiène sociale le plus important avec l'ouverture du dispensaire Villemin à Tunis et celui de l'Institut héliothérapique du Kram. Les gouttes de lait « Lucien Saint » seront multipliées dans les cinq régions du pays, une trentaine au début des années 1930. Des dispensaires polyvalents, anti tuberculeux et anti vénériens sont progressivement installés dans les centres de Bizerte, Sousse, Sfax, Kairouan et Le Kef²⁰.

Conclusion : Un bilan toujours ambiguë et controversé

Le diagnostic d'Amor Chadli, premier directeur tunisien de l'institut Pasteur de Tunis, sur l'organisation sanitaire de la Tunisie avant l'Indépendance, tel que déjà rapporté, est plutôt exact, mais il ne prend pas suffisamment en compte les efforts importants, quoique toujours insuffisants, de développement de l'organisation sanitaire, principalement au cours des décennies 1920 et 1930, sans parler de l'Institut Pasteur solidement implanté depuis le début du siècle et participant efficacement à ce développement. Il est vrai qu'un autre observateur de l'organisation de l'assistance médicale et de l'hygiène publique en 1931, tout en reconnaissant les efforts importants faits au point de vue sanitaire par la France (des médecins communaux dans toutes les villes, 40 médecins de colonisation dans les campagnes, 25 hôpitaux et infirmeries dispensaires), déplorait l'absence d'unité de direction de toutes les questions intéressant la protection sanitaire du pays, comme cela se pratiquait au Maroc, lui aussi sous régime de protectorat de la France. Ludovic Chatenier, dans cette thèse soutenue à la Faculté de médecine d'Alger en 1931 écrivait dans sa conclusion : « Si la lutte contre la syphilis est en bonne voie, si l'assainissement des régions palustres se poursuit activement, si le trachome commence à diminuer d'intensité, il reste encore la tuberculose, le cancer contre lequel rien n'a été fait, et la bilharziose, un nouveau fléau qui menace d'envahir les oasis du Sud »²¹. Pour éclairer le débat sur ce bilan ambiguë et controversé, il serait intéressant de comparer avec la situation en Algérie, ce que fait trop discrètement Ludovic Chatenier, peut-être également avec la France où la médecine était toujours

¹⁹ *La Tunisie bienfaisante et sociale. Répertoire des institutions d'entraide et d'éducation sociale*, Tunis, Secrétariat social, 1930.

²⁰ *Monographies des services*, Direction générale de l'intérieur, Régence de Tunis, Protectorat français, Bourg, Imprimerie Victor Berthod, 1931.

²¹ Ludovic Chatenier, né le 27 janvier 1905 à Sisteron dans les Basses Alpes : *Organisation de l'Assistance médicale et de l'hygiène publique en Tunisie. Essai d'histoire médicale tunisienne*, thèse sous la direction de Chassevant professeur d'hygiène et de climatologie et directeur de l'Institut d'hygiène, soutenue à la Faculté de médecine et pharmacie d'Alger en 1931 (n° 22).

de tradition libérale et payante sauf pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite, statut très stigmatisant, et malgré les balbutiements d'une sécurité sociale pour les travailleurs salariés de l'industrie²².

²² Lors du colloque, au cours de la discussion suivant mon intervention, Yannick Marec fit allusion à notre « moderne CMU (Couverture médicale universelle) ». Ne serait-elle pas fille de ce qui existait dans la Régence, comme en France, sous le nom d'assistance publique ou AMG (Assistance Médicale Gratuite). Mesures sociales tout aussi stigmatisant, mais peut-être efficaces pour ceux qu'on appelait les indigents et maintenant les exclus de la Sécurité sociale.

**L'ENTOURAGE NORMAND DE CHARLES NICOLLE EN TUNISIE,
LE ROLE D'ERNEST CONSEIL**
Par Maher BEN YOUSSEF¹

Introduction

La coopération médico-scientifique entre la région rouennaise et Tunis, trouve ses origines dans l'œuvre accomplie par cet éminent praticien dans les deux pays. Ces liens n'auraient pas existé sans la présence depuis de ce praticien à Tunis.

Charles Nicolle rouennais et normand d'appartenance fait appel au moment de sa présence à Tunis à plusieurs Normands. Que ce soit des simples collaborateurs, des médecins ou des proches, on voit se former à Tunis un réseau normand qui montre l'attachement de Charles Nicolle à sa terre natale et le rapport qu'il avait avec cette région.

Nous avons choisi de travailler sur 4 personnages qui ont été le plus souvent cités par Charles Nicolle. Il s'agit de Gaston Catouillard, Ernest Conseil, Alfred Conor et Marcelle Nicolle.

Gaston Catouillard

Dès son arrivée à Tunis Nicolle commence par modifier l'équipe de l'institut en introduisant des nouveaux éléments : le premier arrivant est Gaston Catouillard (1877-1926), Charles Nicolle le connaissait déjà. Il remarque son sérieux et sa volonté de s'instruire au cours des conférences qu'il donnait à Rouen pour un public populaire.



*Gaston Catouillard au Laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis.
Archives départementales de la Seine Maritime, Série 146-J-19*

Le recrutement de ce préparateur se fait par un ami de Charles Nicolle, Albert Gascard, pharmacien des hôpitaux à Rouen, qui s'occupe de faire le choix final entre Catouillard et un autre candidat. Les toutes premières correspondances de Charles Nicolle avec sa mère, au moment de son installation à Tunis, mentionnent souvent le nom de ce chimiste.

En pleine organisation de l'Institut Pasteur, Charles Nicolle attendait avec empressement l'arrivée de Catouillard : « J'attends avec impatience l'arrivée de M. Catouillard pour mettre

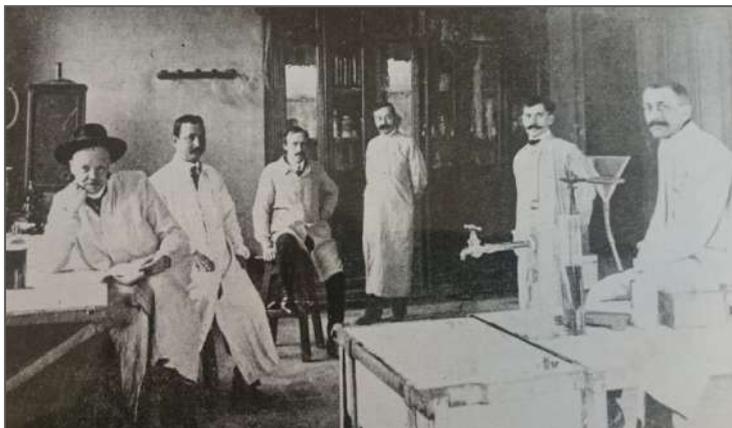
Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018

¹ Docteur en Histoire contemporaine (Université de Rouen Normandie).

de l'ordre à l'I.P. La vie devient de plus en plus difficile avec le préparateur actuel à cause de sa nullité et son état cérébral. Je vais lui accorder 5 jours de congé pour ne plus le voir. »² Catouillard arrive à Tunis avec son épouse en 1903. Charles Nicolle les installe dans la maisonnette de garde et initie Catouillard à quelques travaux de laboratoire. Notre pastorien semble séduit rapidement par le travail de ce préparateur. Il va être l'homme à tout faire au sein de l'Institut et ses collègues ont inventé le verbe « catouiller » pour se moquer de l'activité empressée de cet homme timide mais très dévoué à son travail. Catouillard s'attache beaucoup à l'Institut et veille sur lui comme un être cher³. Il restera pendant 23 ans le fidèle collaborateur de Charles Nicolle qui lui consacra un article nécrologique après son décès.

Alfred Conor

Le deuxième personnage auquel nous allons nous intéresser est Alfred Conor (1870-1914) que nous pouvons qualifier de normand d'adoption.



De gauche à droite : Charles Nicolle, B. Chattiel, (préparateur), Dr L. Blaizot, Gaston Catouillard, Alfred Jarmot (Préparateur) et Alfred Conor, Archives départementales de la Seine Maritime, Série 146-J-19.



Alfred Conor lors d'une consultation médicale à l'Hôpital Belvédère à Tunis. Archives départementales de la Seine Maritime, Série 146-J-19.

² « Lettre de Charles Nicolle à sa mère, le 20 mars 1903 », in *les premières années de Charles Nicolle à Tunis depuis son arrivée jusqu'à l'inauguration « officielle » de l'Institut Pasteur de cette ville, d'après des lettres de lui à sa mère et à un ami rouennais*, Centre de documentation du C.H.U de Rouen, p 28,

³ D'après André Prévot-Barancy, *Charles Nicolle*, imprimerie R. Foulon, p 29.

En 1896 il sort médecin aide-major de 1^{ere} classe de l'Ecole du Service de Santé de Lyon, et devient en 1901 l'adjoint du directeur des services de santé du 3^{ème} corps d'armée à Rouen.

En 1902 il suit le cours de microbiologie donné par Charles Nicolle, et fait connaissance d'une amie rouennaise proche de ce dernier qui est Marthe Bugnot⁴. Les deux protagonistes finissent par se marier en 1903. Marthe suit son mari au hasard des affectations militaires pendant que Charles Nicolle s'installe à Tunis. Malgré cette séparation Charles Nicole et Marthe Bugnot continuent de s'écrire régulièrement. Marthe qui est passionnée de lecture, a été souvent conseillée par Charles Nicolle sur le choix des livres, d'où la naissance d'une complicité littéraire et artistique et un rapport mentor-élève. Mais avec l'installation de Charles Nicolle à Tunis, c'est Marthe qui va devenir sa conseillère littéraire en lui envoyant les livres qu'il ne trouve pas sur place.

En poste au laboratoire militaire de bactériologie de Marseille, Alfred Conor est pressenti pour prendre la tête de l'Institut Impérial de bactériologie de Constantinople, pour être affecté finalement à l'Hôpital militaire du Belvédère de Tunis, comme chef de laboratoire militaire en 1908. Cette nomination est appuyée par Charles Nicolle qui le fait détacher plus tard, en 1909, à l'Institut Pasteur avec le titre de Sous-directeur.

Dès qu'il arrive à Tunis Alfred Conor s'investit énormément dans son travail et se montre un excellent élément dans le milieu médical tunisien. Il s'intéresse au typhus, à la fièvre de Malte, à la typhoïde, au choléra et à la bilharziose⁵ dans le sud tunisien, connue également sous le nom de « Conor and Brunch's disease ».

Alfred Conor se trouve associé à la plupart des découvertes réalisées à l'Institut Pasteur. Membre du comité de rédaction de la revue mensuelle de médecine et de chirurgie « la Tunisie Médicale », il l'enrichit de plusieurs articles sur les diverses maladies qu'il a étudiées. Le couple Conor participe également aux publications de l'Institut Pasteur où Marthe signe avec Nicolle des articles sur la toxoplasmose et la leishmaniose des chiens.

Avec cette activité scientifique intense, Alfred Conor est récompensé en 1913 par l'obtention du prix Monbinne de l'Académie de médecine de Paris ainsi que par la Croix de Chevalier de la légion d'honneur en 1914.

Le couple Conor mène une vie paisible à Tunis où ils viennent d'acquérir une villa agréable pas loin de Carthage. Mais une infection, contractée au laboratoire en 1913, dégrade la santé d'Alfred et provoque sa mort en 1914⁶. Ernest Conseil lui a consacré un article nécrologique⁷, dans le cadre de la revue de La Tunisie Médicale.

Marcelle Nicolle

L'autre personnage pivotant autour de Charles Nicolle est sa fille Marcelle qui a suivi une carrière médicale dont une partie exercée en Tunisie (1927-1936). Deux enfants sont nés du couple Charles Nicolle et Alice Avice, Marcelle en 1896 et Pierre en 1898. Ils suivent une partie de leur scolarité à Tunis et se destinent plus tard à la médecine.

⁴ Marthe qui fut une amie très proche de Charles est la fille d'un couple d'amis à lui, le docteur Bugnot et d'une mère passionnée par la littérature. Celle-ci, possédant une bibliothèque très riche en œuvres littéraires, transmet le goût de la littérature et des arts à sa fille. Grâce à une passion commune pour la littérature, une amitié particulière voit le jour entre Charles et Marthe malgré leur différence d'âge.

⁵ Entre 1910 et 1913 Alfred Conor participe à deux missions d'étude sur la bilharziose en Algérie et en Sicile, en apportant une importante contribution aux connaissances sur l'étiologie de cette maladie.

⁶ Le mystère qui entoure la nature de sa maladie a permis cependant d'attribuer comme origine à celle-ci une blessure qu'il se serait fait avec le bistouri dont il venait de se servir sur le corps d'un cobaye.

⁷ Ernest Conseil, « Nécrologie : le docteur Alfred Conor » in *La Tunisie Médicale*, 4^{ème} année, N° 4 avril 1914, p. 128-129.



Charles Nicolle en compagnie de Pierre et Marcelle Nicolle, Archives départementales de la Seine Maritime, Série 146-J-19

Marcelle, l'ainée après avoir été interne provisoire des hôpitaux de Paris, exerce la médecine. Elle entame sa carrière avec la décision de quitter Paris en 1927 et de venir rejoindre son père à Tunis afin d'ouvrir un cabinet médical. Elle loue un appartement dans la rue Es-Sadkia, en plein centre-ville de Tunis. Malgré des débuts difficiles elle réussit à fidéliser une clientèle ce qui lui assure un certain succès professionnel. En plus de l'exercice de son cabinet, Marcelle est attachée à un ou deux services hospitaliers où elle découvre une autre médecine que celle des hôpitaux parisiens⁸. Au cours de cette carrière médicale, Marcelle s'intéresse également au problème des vaccinations. Elle se voit même confier le service des vaccinations au sein de l'Institut Pasteur de Tunis, et tout ce qui concerne la protection maternelle et infantile.

Quant à Pierre, médecin et biologiste, il exerce à son tour, pendant une courte période, en tant que chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis mais se destine plutôt à une carrière parisienne. Il va être connu par la suite pour ses recherches en microbiologie et en bactériologie et plus spécialement avec ses travaux sur la lysotypie qui sont mondialement connus.

En ce qui concerne Marcelle, Charles Nicolle va être tourmenté par l'avenir de sa fille. Il n'a jamais été satisfait par l'idée de son installation à Tunis. Il lui souhaitait un avenir professionnel et personnel meilleur. C'est ce qu'il exprime à travers une lettre envoyée à son épouse Alice : « Surtout, ne tourmente pas Marcelle en la mettant au courant. Elle n'est pas heureuse, c'est pour moi une grande peine. Combien je suis désolé qu'elle ne soit pas mariée ; elle serait sortie de la situation pénible où elle est venue se mettre en habitant Tunis. »⁹

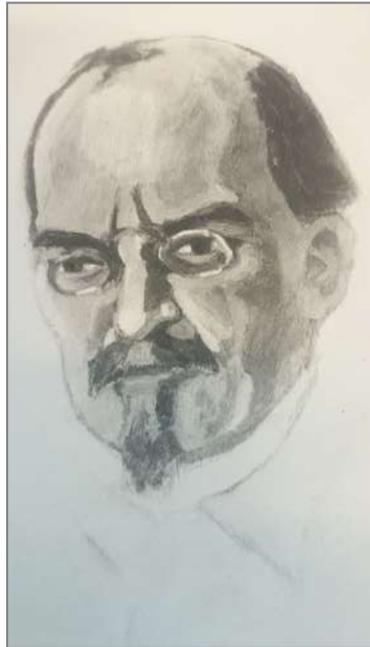
Ernest Conseil

Parmi toute cette équipe normande exerçant à Tunis à côté de Charles Nicolle, le nom d'Ernest Conseil est celui qui a le plus marqué la Tunisie et les tunisiens. Né à Charleval en 1879, pas très loin de Rouen, et issu d'un milieu modeste, rien ne prédestinait ce jeune

⁸ D'après Maurice Huet, *Le Pommier et l'Olivier*, Charles Nicolle, une biographie (1866-1936), Sauramps médical, 1955, p 134.

⁹ « Lettre de Charles Nicolle à Alice », in *Le Pommier et l'Olivier...*, op. Cit, p 178.

normand à une carrière en médecine.



Ernest Conseil, Archives départementales de la Seine Maritime, Série 146-J-19.

Quand il intègre l'Ecole de médecine de Rouen il a comme professeur Charles Nicolle. En 1906 il part occuper une place d'assistant à l'hôpital de Tunis dès qu'il apprend que le poste est libre. Un an à peine après son arrivée, il se pique au doigt pendant une intervention et contracte une ostéomyélite ce qui le rend infirme d'un bras. Cet accident fera d'Ernest Conseil un esclave des narcotiques, et mettra fin à son rêve de chirurgien. « Il se trouve tourné définitivement vers la recherche scientifique et l'épidémiologie appliquée. »¹⁰ C'est à ce moment délicat qu'intervient Charles Nicolle qui le console et l'encourage mais le fait aussi travailler à ses côtés.

Il faut mentionner que les médecins à cette époque mettaient leur vie en danger au service de la cause de la médecine. Les conditions de l'exercice de leur métier étaient encore précaires, d'où le risque grandissant de la contamination.

Donc Sur les conseils du maître, l'élève s'intéresse rapidement aux recherches de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis. En 1909, grâce à Charles Nicolle, Ernest Conseil, reçoit la mission de créer et d'organiser un service d'hygiène dans la ville de Tunis. Ernest Conseil y contribuera tous les ans de 1909 à 1931 en faisant un rapport sur l'état sanitaire de la ville de Tunis, avec une coupure de 1914 à 1916 à cause de sa mobilisation sur le front de guerre (pour intégrer la mission médicale française en Serbie, en qualité de médecin aide major 1^{ère} classe.)

Malgré une santé fragilisée par le travail sur le front de guerre, Ernest Conseil ne cesse pas ses activités et continue à travailler en étroite collaboration avec Charles Nicolle. Il apporte à notre praticien ses qualités d'homme de terrain et de fin clinicien.

Notre médecin montrera encore ses capacités de praticien hors pair, lors de la peste pulmonaire de 1929. Il en reconnaît les premiers cas et il soigne beaucoup de patients à La Rabta, Le rôle d'Ernest Conseil dans le développement de cette structure médicale était crucial. Un passage cité par Charles Nicolle nous montre l'épatant travail effectué par Ernest Conseil ainsi que son rôle dans l'évolution de la Rabta : « ... vous vous enfermiez dans la

¹⁰ D'après Benoît Gaumer, *Ernest Conseil, un médecin modeste et discret*, (1879-1930), Berg éditions, 2013, p 24.

Rabta, cette Rabta dont vous avez fait un lazaret exemplaire et qui ne montrait, au pied du vieux fort, que deux méchantes constructions de pierre, les vides de ses vingt silos béants comme d'insatiables tombes et la tente où vous couchiez, hier, par un acte inspiré hardi, irréalisable pour qui n'eut pas possédé, comme vous, l'unanime confiance indigène, vous sortiez de Tunis un peuple entier contaminé et vous sauviez notre ville du plus grave des dangers qu'elle ait connus. »¹¹

Le lazaret de La Rabta qui devient en 1924 l'hôpital des Contagieux, doit beaucoup à Ernest Conseil. Les diverses tâches qu'avait ce fin clinicien au bureau d'hygiène, à l'Institut Pasteur, et l'homme du terrain qu'il était auprès des malades à La Rabta, auront été capitales dans la transformation du lazaret d'une structure rudimentaire et sommaire pour isoler les malades contagieux au début du XX^e siècle en un hôpital efficace dans la lutte contre les maladies infectieuses vers la fin des années 20. C'est un épidémiologiste avant l'heure, voire un « précurseur »ⁱ dans ce domaine. Ce n'est pas étonnant que l'hôpital des Contagieux prenne à partir de 1930 le nom d'Ernest Conseil, et qu'il le demeurera jusqu'à 1984ⁱⁱ.

Ernest Conseil était bien intégré dans la société tunisienne. Il parlait l'arabe tunisien et fréquentait les milieux musulmans populaires aussi bien que le milieu européen¹². Mohamed Chenik¹³, un homme politique tunisien à l'époque du protectorat, lui avait rendu hommage en ces quelques mots : « ... l'homme de cœur dont la paternelle bonté, la compatissante charité, le noble désintéressement apportaient aux humbles et aux déshérités de la vie comme un baume précieux et bienfaisant à leurs souffrances et à leurs misères...l'ami qui a vécu toujours parmi eux, dans leur intimité qui a appris à les connaître, à les aimer... »¹⁴

L'hommage que lui consacre Charles Nicolle plus tard montre la qualité des rapports entre les deux médecins. D'une brève connaissance à Rouen à une grande amitié à Tunis, le tout couronné d'un projet en commun qui est la lutte contre les maladies qui ravagent la population dans cette partie de l'Afrique. Charles Nicolle demande même à son ami l'écrivain Georges Duhamel¹⁵ qu'il fasse partie de son roman le prince Jaffar avec le pseudonyme de Lami en symbole de sa personnalité attachante qui lui a valu l'amitié de tout le monde. C'est ce qu'exprime ce passage rédigé par Charles Nicolle dans le cadre de l'hommage qu'il a fait à son compagnon de route « Mieux qu'un autre, je pourrais vous parler du Médecin. Nos efforts ont été unis depuis vingt ans ; nos idées se sont si intimement mêlées que je ne sais plus, moi-même, dans l'œuvre commune, ce qu'un y apporta et ce qui revient à l'autre. C'est pourquoi j'ai scrupule d'en parler et je n'en ai pas le courage au moment où le plus jeune quitte l'ainé...devant tant d'amis, dirais-je, à présent, l'ami que vous étiez ? L'amitié se ternit quand on la sort du cœur. Quel trésor que le vôtre. Comme vous en étiez libéral à ce point qu'ayant à vous désigner sous un d'emprunt dans ses livres, l'un de nos plus grands écrivains vous

¹¹ « Les obsèques du docteur Conseil », in *La Dépêche Tunisienne*, samedi 7 juin 1930, p 3, Archives départementales de la Seine-Maritime, série 146-J-14.

¹² D'après Benoit Gaumer, *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français, 1881-1956. Un bilan ambigu et contrasté*, Les Presses de l'Université de Laval, 2006, p 57.

¹³ Mohamed Chenik (1889-1976), est un homme politique et homme d'affaires tunisien. Il dirige deux gouvernements sous le Protectorat française : le premier sous Moncef Bey (1943) et le second sous Lamine Bey (1950-1952). Il est représenté souvent comme un réformateur qui essayait de moderniser le pays malgré le lourd retard économique et la domination française.

¹⁴ « Les obsèques du docteur Conseil », in *La Dépêche Tunisienne*, samedi 7 juin 1930, p 3, Archives départementales de la Seine-Maritime, série 146-J-14.

¹⁵ Georges Duhamel (1884-1966), écrivain et journaliste, sa rencontre avec Charles Nicolle se fait grâce à un ami rouennais commun, le Docteur Albert Martin, qui essaye à plusieurs reprises de les inviter ensemble dans sa propriété privée en Normandie. Cette amitié se consolide avec des échanges réguliers, souvent littéraires, entre les deux personnalités et se couronne avec le passage de Georges Duhamel à Tunis. Charles Nicolle comptait beaucoup sur l'aide de l'écrivain, bien connu dans le monde de l'édition, pour faire publier ses romans.

donnait le nom de Lami. »¹⁶

Charles Nicolle forme donc des collaborateurs de premier plan en faisant venir plusieurs personnes qu'il a pu évaluer durant ses années de travail à Rouen. En plus des personnalités évoquées nous pouvons parler également d'autres Normands qui ont accompagné Charles Nicolle à Tunis, comme Charles le Comte, Ludovic Blaizot, Edouard Chatton, Charles Lebailly, Jacques Colas-Belcour, Raymond Neuveu, etc.

Ces équipes, en plus de leur rôle médico-scientifique, se chargent également de former des cadres tunisiens en leur transmettant les connaissances nécessaires dans ce domaine.

Les travaux d'agrandissement de l'Institut Pasteur de 1925 à 1930 étaient également l'œuvre d'un ami rouennais de Charles Nicolle, l'architecte Edouard Delabarre¹⁷. Celui-ci surveillait l'évolution des travaux à distance de son cabinet de la rue « aux-juifs » à Rouen en parfaite collaboration avec des confrères tunisiens.

Conclusion

Entre une région française, celle de Rouen, l'ancienne capitale de Normandie et une capitale d'Afrique du Nord les relations n'auraient jamais été si fortes sans la présence du fils de cette région, Charles Nicole, à Tunis. En arrivant à Tunis il trouve un champ libre pour exercer ses talents de médecin-chercheur, un pays dévasté par les maladies et l'inexistence des querelles au sein du milieu médical. Charles Nicolle constitue donc tout un noyau normand au sein de l'Institut Pasteur de Tunis, une preuve de son attachement à sa région natale et aux compétences normandes.

Malgré son amère expérience rouennaise, Nicolle va garder un contact régulier avec Rouen et tient à revenir souvent dans sa ville natale afin de se recueillir sur le souvenir de ses parents et rencontrer ses divers amis du milieu scientifique ainsi que littéraire. Quant à la Tunisie, elle marque profondément Charles Nicolle au point de choisir de se faire enterrer au sein même de l'Institut qu'il a bâti. Charles Nicolle a eu une double appartenance, française et tunisienne, ou plutôt une appartenance tuniso-normande.

Bibliographie

- Ben Rais (Hadi), « L'Hôpital Ernest Conseil », in *Médecine et Médecins de Tunisie, de 1902 à 1952*, Société des sciences médicales de Tunisie, sous la direction de Raoul Dana, Maurice Uzamp, Raymond Didier, 1952, p. 189-195.
- Ben Youssef (Maher), *La Tunisie du Néo-destour à l'indépendance, Arabité et Occident à travers le discours nationaliste, 1934-1956*, thèse de doctorat, Université de Rouen, sous la direction de Yannick Marec, 2011, 376 p.
- Ben Youssef Maher, « Les rapports médico-sociaux entre la région Rouennaise et Tunis à l'époque de Charles Nicolle », in *Mémoires de la protection sociale en Normandie*, sous la direction de Yannick Marec, N° 11, Publication de l'Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité Sociale et de la protection sociale en Normandie, 2013, p. 73-96.
- Boudier (François), *Vie et œuvre du Docteur Ernest Conseil, thèse de doctorat en médecine*, sous la direction de François Caron, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2013, p. 77.
- Didier (Raymond), « Contribution de la Tunisie à la science médicale », in *Médecine et Médecins de Tunisie, de 1920 à 1952*, Société des sciences médicales de Tunisie, sous la direction de Raoul

¹⁶ Charles Nicolle, « Les obsèques du Docteur Ernest Conseil » ...op. Cit, p 388

¹⁷ D'après Karl Feltgen, « Charles Nicolle (1866-1936). Des luttes rouennaises à la gloire tunisienne », in *Etudes normandes*, N° 3, Edition du groupe d'Histoire des Hôpitaux de Rouen, 2012, p 19.

- Dana, Maurice Uzamp, Raymond Didier, 1952, p. 63-103.
- Gaumer (Benoît), *L'organisation sanitaire en Tunisie sous le Protectorat français, (1891-1936), un bilan ambigu et contrasté*, Les Presses Universitaires de Laval, 2006, 276 p.
 - Gaumer (Benoît), *Ernest Conseil, un médecin modeste et discret, (1879-1930)*, Berg édition 2013, 95 p.
 - Hueber (J.- J.), *Entretiens d'humanistes. Correspondances de Charles Nicolle et Georges Duhamel, 1922-1936*, Imprimerie Bertout, 1995, 420 p.
 - Huet (Maurice), *Le Pommier et l'Olivier. Charles Nicolle, une Bibliographie, 1866-1936*, Suramps médical, 1955, 243 p.
 - Huet (Maurice), « Les premiers pas de l'Institut Pasteur de Tunis », in *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1944, p. 351-353.
 - Marec (Yannick), *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927) : expériences locales et liaisons nationales*, Paris, La Documentation française, 2002, 1362 p.
 - Marec (Yannick), (dir.), *Les hôpitaux de Rouen du Moyen Age à nos jours*, éditions PTC, 2005, 178 p.
 - Mataud (Mélanie), Martin (Pierre-Albert), *La médecine Rouennaise à l'époque de Charles Nicolle, de la fin du XIXe siècle aux années 1930*, Luneray, 2003, 188 p.
 - Moulin (Anne-Marie), « Charles Nicolle, savant tunisien », in *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, N° 71, 1994, p. 355-370.
 - Nicolle (Charles), « À la cérémonie de la remise de la médaille d'or pour le 25ème anniversaire de sa direction à l'Institut Pasteur », in *Les Revues médicales Normandes*, février 1964, Tome 6, p 165.
 - Zitouna (Mohamed Moncef), *L'Hôpital La Rabta : un siècle d'histoire*, Tunis, Simfact, 1997, 126 p.
 - Zitouna (Mohamed Moncef), *Béchir Dinguizli. Vie et œuvre du premier tunisien musulman docteur en médecine (1869-1934)*, Tunis, Centre de Publications Universitaires, 2003, 161 p.
 - Zitouna (Mohamed Moncef), *La Médecine en Tunisie, 1881-1994*, Tunis, Simfact, 1994, 480 p.

CHARLES NICOLLE ET LA DECOUVERTE DU ROLE DU POU DANS LA TRANSMISSION DU TYPHYS : FAITS ET CONTROVERSES

Par Karl FELTGEN¹

Le 28 octobre 1928, Charles Nicolle, alors âgé de 62 ans, reçoit à Tunis un télégramme en provenance de Stockholm sur lequel il apprend une nouvelle qui marquera à jamais sa carrière de scientifique : « *A vous est décerné le prix Nobel de physiologie et de médecine au nom de l'Institut Royal Carolin de Médecine & de Chirurgie*². » Dans une lettre tapuscrite en date du 25 octobre, une précision importante est apportée par G. Hedren, Recteur de l'Institut Carolin : « *J'ai l'honneur de vous informer que le Conseil des professeurs de l'Institut a décidé de décerner à vous le prix Nobel de Physiologie et de Médecine pour vos travaux sur le typhus exanthématique*³. »

Ainsi, de tous les travaux du Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, ce sont ceux consacrés au typhus qui furent couronnés par le Nobel et qui lui valurent une renommée internationale, le faisant entrer au Panthéon des gloires de la médecine française. Partant de constatations épidémiologiques, Charles Nicolle avait fini par être convaincu que l'agent de la contagion était attaché à la peau, au linge des malades et que l'insecte vecteur devait être le pou. En 1909, il en apporta la preuve expérimentale avec l'aide de deux de ses collaborateurs. Les années suivantes, la démonstration de la sensibilité du cobaye lui permit de poursuivre ses expériences et de préciser les modalités précises de la transmission du germe typhique avec, pour principal objectif, de développer des méthodes prophylactiques. Après l'obtention du prix Nobel, Charles Nicolle a raconté de manière détaillée les circonstances de sa découverte du rôle du pou dans la transmission du typhus comme ayant procédé d'une illumination personnelle subite, d'un éclair révélateur qui se serait imposé à lui. Selon ce schéma cette découverte pourrait se résumer en une phrase : du néant jaillit la lumière.

Dans cet exposé, nous nous proposons de comparer ce récit tardif de la découverte avec la réalité de l'acquisition de la connaissance scientifique qui, relativement au rôle joué par le pou, a procédé d'un long processus d'accumulation de faits épidémiologiques et d'une démarche scientifique collective nourrie du raisonnement et de l'expérimentation⁴.

La légende de l'éclair révélateur

« Qu'on l'ait ou non provoqué, l'éclair jaillit, imprévu, brutal, illuminateur. L'instant d'avant, tout n'était qu'obscurité, confusion, torpeur. D'un coup, tout devient clair, évident. C'est une révélation. Elle s'impose à la raison qui s'en est emparée.[...]. Ce choc, cette illumination subite, cette possession instantanée de soi par le fait nouveau, j'en puis parler. Je les ai éprouvés, vécus. C'est bien ainsi que me fut révélé le mode de transmission du typhus exanthématique. [...]

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018.

¹ Médecin territorial au Conseil départemental de Seine-Maritime et praticien attaché dans le service des maladies infectieuses du CHU de Rouen. Groupe d'Histoire des hôpitaux de Rouen.

² Fonds Charles Nicolle. Archives de l'Institut Pasteur de Paris.

³ Fonds Charles Nicolle. Archives de l'Institut Pasteur de Paris.

⁴ Ceci avait été déjà bien relevé par Kim Pelis, dans l'excellent travail qu'il consacra à l'œuvre de Charles Nicolle : Pelis Kim, *Charles Nicolle, Pasteur's Imperial Missionary. Typhus and Tunisia*, University of Rochester Press, 2006. Voir en particulier, p. 61-64.

Un jour, un jour comme les autres, un matin, pénétré sans doute de l'énigme de contagion du typhus, n'y pensant pas consciemment toutefois, (de cela, je suis bien sûr), j'allais franchir la porte de l'hôpital lorsqu'un corps humain, couché au ras des marches, m'arrêta.

C'était un spectacle coutumier de voir de pauvres indigènes, atteints de typhus, délirants et fébriles, gagner, d'une marche démente, les abords du refuge et tomber, exténués, aux derniers pas. Comme d'ordinaire, j'enjambai le corps étendu. C'est à ce moment précis que je fus touché par la lumière. Lorsque, l'instant d'après, je pénétrai dans l'hôpital, je tenais la solution du problème. Je savais, sans qu'il me fût possible d'en douter, qu'il n'y en avait pas d'autre, que c'était celle-là. Ce corps étendu, la porte devant laquelle il gisait m'avaient brusquement montré la barrière à laquelle le typhus s'arrêtait. Pour qu'il s'y arrêtât, pour que, contagieux dans toute l'étendue du pays, dans Tunis même, le typhique devînt inoffensif, le bureau des entrées passé, il fallait que l'agent de la contagion ne franchît pas ce point. Or, que se passait-il en ce point ? Le malade y était dépouillé de ses vêtements, de son linge, rasé, lavé. C'était donc quelque chose d'étranger à lui, qu'il portait sur lui, dans son linge, sur sa peau, qui causait la contagion. Ce ne pouvait être que le pou. C'était le pou. Ce que j'ignorais la veille, ce que nul de ceux qui avaient observé le typhus depuis le début de l'histoire, (car il remonte aux âges les plus anciens de l'humanité) n'avait remarqué, la solution indiscutable, immédiatement féconde venait de m'être révélée⁵. »

« Puisque je pouvais apporter la démonstration avec la découverte, je gardai pour quelques semaines le secret, même dans mon entourage, et j'entrepris les essais, nécessaires pour la preuve. Ce travail ne me causa ni émotion ni surprise. Il fut mené à sa fin en deux mois⁶. »

C'est donc ainsi qu'en 1932, Charles Nicolle nous racontait de quelle manière subite le mode de transmission du typhus lui avait été révélé. Avant l'éclair créateur, le néant régnait. Nul n'avait jamais observé la clarté, l'évidence. Personne n'avait approché la solution. Cette version tardive de la découverte a été, à juste titre, rapidement contestée, en particulier par les collaborateurs de Charles Nicolle lui-même. Nous allons montrer que l'hypothèse de Charles Nicolle qui a prélué à ses travaux expérimentaux, loin de procéder de l'illumination, faisait suite à de nombreuses constatations et déductions antérieures, notamment sur le plan épidémiologique. Mais avant cela, il nous faut présenter l'acteur principal : le typhus.

Le typhus

Nous savons aujourd'hui que le typhus est une maladie d'origine bactérienne due à *Rickettsia prowazekii*, germe découvert en 1910 par Howard Taylor Ricketts (1871-1910) et, en 1913, par Stanislaus Josef Mathias von Prowazek (1875-1915). Cette infection est responsable d'un tableau fébrile caractérisé par un état d'hébétude, de stupeur (typhos) et une éruption cutanée (exanthème). Sa mortalité est de 10 à 60 % en l'absence de traitement. Le mode de transmission de cette bactérie resta incertain jusqu'en 1909, date des travaux de Nicolle et de ses collaborateurs.

⁵ Nicolle Charles, *Biologie de l'Invention*, Félix Alcan, Paris, 1932, p. 56-58. Nous soulignons.

⁶ Nicolle Charles, *Biologie de l'Invention*, Félix Alcan, Paris, 1932, p. 59. Nous soulignons.

Cette version s'oppose d'ailleurs nettement avec celle que Charles Nicolle a donné un peu plus tard dans un autre ouvrage : « **Ni Comte, ni Conseil, ni moi-même nous n'avions gardé pour nous le secret d'une opinion dont nous étions désormais pénétrés. Il diffusait.** Cet éclaircissement, encore imprécis, cette menace d'un ennemi qu'il semblait impossible d'éviter, le pou, loin de constituer une arme prophylactique, semait la panique et s'opposait aux mesures de protection. (...) **La peur du pou précéda donc, en Tunisie, la preuve expérimentale du rôle du parasite.** Elle n'en préserva pas les gens braves. Au printemps de 1909, le typhus faisait son apparition à Tunis et Conseil le contractait. » Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 128-130.

Historiquement, ce fléau ne fut clairement défini et distingué des autres pestilences, en particulier de la typhoïde et de la fièvre récurrente, qu'à partir du milieu du XIX^e siècle. Probablement présent dès l'Antiquité, et certainement dès la fin du Moyen-âge, le typhus exanthématique, encore dénommé typhus des prisons, typhus (ou fièvre) des camps, des armées, typhus famélique, typhus tacheté ou fièvre pétéchiiale, a toujours été un compagnon fidèle des guerres et de la misère. Ainsi a-t-il sévi à l'état quasi endémique aux XVIII^e et XIX^e siècles en Irlande⁷ et a-t-il contribué au désastre de la campagne de Russie (1812-1813), au cours de laquelle plusieurs dizaines de milliers de soldats de Napoléon I^{er} périrent de froid, de famine ou de maladies. En 2006, il a d'ailleurs pu être démontré que les poux avaient décimé à eux seuls un tiers des soldats de la Grande Armée en leur transmettant le typhus ou la fièvre des tranchées⁸.

En France, l'une des dernières épidémies de typhus fut celle de 1892-1893, dont Arnold Netter (1855-1936) et Léon Henri Thoinot (1858-1915) ont donné un compte-rendu détaillé⁹. Lors de cette épidémie, qui débuta en Seine-Maritime, quelques cas furent observés à Rouen, ce qui donna à Charles Nicolle l'occasion d'être confronté à ses premiers cas à l'hospice général¹⁰.

Au début de la Grande Guerre, entre septembre 1914 et juillet 1915, une épidémie sévit sur le front oriental en Serbie ne faisant pas moins de 150 000 morts dont de nombreux prisonniers autrichiens¹¹. Quelques années plus tard, c'est la Russie qui, en pleine guerre civile, eut à subir la plus grande épidémie de typhus du siècle puisqu'entre 1919 et 1922, elle toucha près de 30 millions de personnes et fut responsable de 3 millions de morts. Le pou faillit avoir raison du socialisme et Lénine aurait eu cette phrase célèbre : « Ou bien le pou vaincra le socialisme ou bien le socialisme vaincra le pou¹². »

Durant la seconde guerre mondiale, le typhus fit de très nombreuses victimes dans les camps de concentration et d'extermination nazis. Anne Frank (1929-1945) en est restée le douloureux symbole. Il fallut attendre la découverte du DDT (dichloro diphényl trichloroéthane) et de son activité insecticide en 1939 par le chimiste suisse Paul Hermann Müller (1899-1965), pour trouver une arme efficace contre les épidémies de typhus, complétée en 1949 par la découverte d'antibiotiques actifs : les tétracyclines. Pour autant le

⁷ Kelsh Louis, *Considérations sur l'étiologie du typhus exanthématique*, Paris, Masson, 1872, p. 1-2.

Sur les épidémies irlandaises au XVIII^e voir aussi : Murchison Charles, *La Fièvre typhoïde*. trad du Dr Lutaud, 1878, p. 339-343. Ou Murchison Charles, *A Treatise on the continued fevers of Great Britain*, London Parker, 1862, p. 26-34.

⁸ Raoult D. et Al., Evidence for louse-transmitted diseases in soldiers of Napoleon's Grand Army in Vilnius, *The Journal of Infectious Diseases*, Jan. 2006, 193 (1), p. 112-120.

⁹ Netter A. et Thoinot L.H., Rapport général sur le typhus de 1892-1893, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1896, série 3, n°35, p. 112-133.

¹⁰ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 120.

¹¹ Sur cette épidémie lire avec intérêt : Dr Petrovitch, Considérations épidémiologiques et cliniques sur l'épidémie de typhus exanthématique au cours de la guerre actuelle en Serbie, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1916, n°38, p. 849-864.

Voir également à ce sujet le témoignage du célèbre journaliste John Reed : Reed John, *La guerre dans les Balkans*, Paris, éditions du Seuil, 1996. Voir chapitres III et IV, p. 65-82.

Il est à noter que le Dr Ernest Conseil, fidèle collaborateur de Charles Nicolle, qui avait tenu à s'engager, partit en 1915 dans le cadre de la mission militaire française en Serbie. Il fut affecté à l'hôpital de Valiévo et, peu après son arrivée, il écrivait à Charles Nicolle : « *Les hôpitaux serbes sont dans un état de saleté inimaginable, l'épidémie trouve un véritable milieu de culture.* » Lettre d'Ernest Conseil à Charles Nicolle en date du 22 avril 1915. ADSM. Fonds 146J25.

¹² Schultz G., *Sanitarnaia i protivoepidemicheskaia rabota v SSSR* (Munich, 1951), 8. Cité in : Balinska M.A., La Pologne : du choléra au typhus, 1831-1950, *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 1999, 92, p. 349-354.

typhus n'a pas disparu de la surface de la planète et des pays comme le Burundi, l'Éthiopie et le Rwanda ont été confrontés assez récemment à des épidémies sérieuses¹³.

L'état des connaissances sur les modes de transmission du typhus avant 1909

En 1743, le médecin écossais Sir John Pringle (1707-1782) avait constaté qu'une fièvre maligne n'avait pu être transmise à des ouvriers de Gand que par des ballots de tentes qui avaient servi de couverture à des malades typhiques soignés sur un bateau¹⁴. Lors de l'épidémie de 1814 en France, il fut clairement observé que le typhus pouvait se communiquer « par le contact immédiat des individus qui en sont atteints » mais également « par le contact de tout ce qui a été à l'usage des malades¹⁵. »

En 1862, le médecin britannique Charles Murchison, dans son *Traité sur les fièvres continues de Grande-Bretagne* qui fit longtemps référence, définissait le typhus comme « *une maladie attaquant des personnes de tous âges, générée par la contagion, ou par l'entassement d'êtres humains dans un environnement insuffisamment ventilé, et prédominant sous une forme épidémique, dans des périodes ou dans des conditions de famine et de misère*¹⁶. » Ainsi, la famine et la misère semblaient être les causes essentielles du typhus. Son origine première, un poison spécifique, était alors supposé émaner des corps précédemment infectés (contagion) ou être généré de novo¹⁷. Rappelons qu'à cette date les idées pastoriennes n'avaient pas encore diffusées. Il fallut attendre les publications liées à l'épidémie de 1892/1893 en France pour voir l'origine microbiologique du typhus commencer à être évoquée¹⁸. Le coupable semblait en effet être un germe, transporté par les malades et transmis par voie de contagion, ce qui était démontré par le lourd tribut payé par les personnels soignants. Restait à comprendre comment se faisait la transmission. L'eau, contrairement au choléra, pouvait être mise hors de cause. Plusieurs arguments forts plaidaient en faveur d'une transmission par contact direct avec le malade. Quelques observations cependant, confirmaient qu'il existait bien une contamination indirecte. L'atteinte de soldats d'administration, chargés à Marseille de débarquer et nettoyer les tentes-hôpitaux qui avaient servi à abriter les typhiques au cours de la guerre de Crimée, avait été à ce titre, exemplaire¹⁹.

Aussi, pour expliquer la contamination, deux hypothèses coexistaient à la fin du XIX^e siècle : la première, défendue par les microbiologistes André Chantemesse (1851-1919)²⁰ et Henri

¹³ Débat D. et al., Le typhus épidémique en Afrique tropicale. Une maladie ré-émergente mais durable, *Cahiers d'études et de recherches francophones*, vol. 10, n°5, septembre-octobre 2000, p. 339-344.

Voir aussi : Typhus à poux, OMS, aide-mémoire n°162, mai 1997. www.who.int

¹⁴ Dr Pringle, *Observations sur les maladies des armées dans les camps et dans les garnisons*, ouvrage traduit de l'anglais sur la seconde édition, Tome premier, Paris, Gagneau, 1755, p. 41.

¹⁵ Instruction sur le typhus, fièvre des camps, fièvre des hôpitaux, fièvre des prisons ; Publiée par son Excellence le Ministre de l'Intérieur ; *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 1814, n°29, p. 396-401.

¹⁶ Murchison Charles, *A Treatise on the Continued Fevers of Great Britain*, London Parker, 1862, p.17.

¹⁷ Murchison Charles, *A Treatise on the Continued Fevers of Great Britain*, London Parker, 1862, p.78.

¹⁸ Dubief H., Sur le traitement et la prophylaxie du typhus, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1893, n°125, p. 541-554.

¹⁹ Dubief H., Sur le traitement et la prophylaxie du typhus, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1893, n°125, p. 541-554.

²⁰ *Le mercredi médical* du 5 juillet 1893, n°27, p. 329.

Chantemesse pensait cependant qu'outre les sécrétions des voies respiratoires, le micro-organisme du typhus pouvait se trouver dans la peau, les cellules épidermiques. Société médicale des hôpitaux. Séance du 30 juin 1893. *L'Union médicale*, 1893, n°56, p. 23.

Dubief (1856-1934)²¹, était celle d'une excrétion et d'une contamination par les voies respiratoires, comme pour la tuberculose. La seconde était celle d'une transmission par les produits cutanés ou par le sang, défendue par Arnold Netter.(1855-1936) qui fut le premier à évoquer le rôle des parasites :

« *En disant que la contagion du typhus demande ordinairement un contact intime et prolongé avec le typhique ou les objets ayant approché le typhique, je n'ai rien préjugé du véhicule du contagé, du mode habituel de la contagion. Je ne pense pas qu'il faille accuser seulement les pellicules, mais je fais la part de toutes les sécrétions et aussi celle du sang, que les parasites peuvent transporter du typhique à l'homme sain*²². »

Léon Henri Thoinot (1858-1915) avait, quant à lui, insisté sur le rôle majeur joué par les vagabonds :

« *Quant au mode de propagation, il est d'une simplicité qui tient presque de schéma : partout nous avons retrouvé les mêmes faits. Ce sont les vagabonds, les nomades qui sont atteints ; ils se contagionnent les uns les autres dans ces refuges de nuit, ces asiles de nuit qui les abritent dans les communes ou les villes. L'hôpital urbain ou communal, ou cantonal les recueille, et là ils sèment encore autour d'eux la maladie en transmettant le typhus aux médecins, aux sœurs, aux infirmiers qui les soignent*²³. »

Les insectes parasites en accusation

Aussi, en cette fin du XIX^e siècle, plusieurs auteurs s'approchaient de la vérité sans pour autant la reconnaître. Il fallut d'autres découvertes pour faire évoluer les esprits et, en particulier, celle du rôle joué par les insectes vecteurs dans la transmission de plusieurs maladies infectieuses.

C'est ainsi qu'en 1877, Patrick Manson (1844-1922) découvrit que les moustiques transmettaient l'agent de la filariose. En 1881, c'est Carlos Finlay (1833-1915) qui démontra le rôle du moustique *Aedes* dans la transmission de la fièvre jaune. En 1897-1898, Ronald Ross (1857-1932) et Giovanni Grassi (1854-1925) identifièrent l'anophèle comme agent transmetteur du paludisme et, en 1898, c'est Paul Louis Simond (1858-1947) qui précisa la culpabilité de la puce dans les épidémies de peste.

²¹ Dubief H., Sur le traitement et la prophylaxie du typhus, Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, 1893, n° 125, p. 548.

²²Netter A., Etiologie et prophylaxie du typhus, *Le mercredi médical* du 12 juillet 1893, n° 28, p. 340.

Sa façon de voir est reprise en 1894 dans l'admirable synthèse sur le typhus réalisée par le médecin militaire Achille Kelsch (1841-1911). Kelsch A., *Traité des maladies épidémiques. Etiologie et pathogénie des maladies infectieuses*, Tome premier, Paris, Doin, 1894 p. 520.

²³ Thoinot L.H., L'épidémie actuelle de typhus exanthématique, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1893, n° 29, p. 454.

Aussi, le rapport établi par Thoinot et Netter insistait sur la désinfection des vêtements et le lavage du corps de tout entrant dans un asile de nuit. Netter et Thoinot, Rapport général sur le typhus de 1892-1893, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1896, n° 35, p. 112 -133.

Il est à remarquer ici que ce rapport était bien connu de Charles Nicolle lorsqu'il entreprit son travail sur le typhus : « *Sans affirmer que les parasites du corps et des vêtements soient les agents de transmission de la maladie, plusieurs auteurs avaient émis déjà à ce sujet des opinions très suggestives. Parmi ceux-ci, nous citerons MM. Netter et Thoinot, dont le Rapport Général sur le typhus en France de 1892 à 1893 mérite une mention spéciale.* » Nicolle C., Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique, entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1909, *Annales de l'Institut Pasteur*, Tome 24, 1910. Voir partie IV : Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps (En collaboration avec MM. C. Comte et E. Conseil), p. 261-262.

Durant l'épidémie de 1893, le rôle des vêtements avait également été clairement mis en évidence par Le Dr Léon Colin : Académie de médecine. Séance du 11 avril 1893. *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 1893, p. 413.

Mais du pou, en cette fin du XIX^e siècle il n'en était pas encore pas question. C'est une maladie alors réputée proche du typhus exanthématique : le typhus récurrent, qui conduisit à suspecter le vrai coupable. L'agent infectieux de cette maladie avait en effet été découvert en 1873 à Berlin par le prosecteur de l'hôpital de la Charité : Otto H.F. Obermeier (1843-1873)²⁴ et l'année suivante, le Russe Grigori Nikolaevich Minkh (1836-1896) avait démontré, par une expérience réalisée sur lui-même, que l'inoculation du sang de sujets atteints de typhus récurrent provoquait la maladie²⁵.

C'est l'Allemand Edwin Klebs (1834-1913), célèbre pour avoir identifié en 1883 le germe de la diphtérie, qui aurait émis le premier l'hypothèse de la transmission du typhus récurrent par les parasites²⁶. En 1896, le Russe Tiktine l'a vérifié dans les asiles de nuit d'Odessa où venaient s'échouer les matelots avinés. Ces asiles étant peuplés de punaises il démontra expérimentalement que l'estomac de ces insectes ayant piqué des malades contenait bien des spirochètes et que le sang qui y était contenu, une fois inoculé à un singe, pouvait transmettre le typhus récurrent²⁷. Le rôle joué par l'écrasement de l'insecte lors du grattage, plutôt que celui de la piqûre elle-même, fut alors évoqué comme mode de contamination bien avant les travaux réalisés par Charles Nicolle en 1912²⁸.

En 1896, Arnold Netter, rédigeant le chapitre *Typhus exanthématique* dans le *Traité de médecine et de thérapeutique*, n'hésita pas évoquer le même mode de transmission pour les deux typhus :

« On a démontré dans l'étiologie du typhus récurrent le rôle des parasites qui puisent le contagion dans le sang et le portent à d'autres individus. La non-transmissibilité habituelle du typhus dans les classes aisées plaiderait en faveur du même facteur dans la fièvre pétéchiale²⁹. »

En 1899, dans le *Traité de médecine*, Léon Henri Thoinot, même s'il était moins catégorique, se laissait séduire par l'hypothèse :

« M. Netter a émis l'opinion que les parasites jouaient un rôle dans la propagation du typhus. (...) Cette hypothèse est plausible, au moins pour certains cas de transmission typhique, mais non pour tous, croyons-nous: elle est surtout séduisante quand on voit la maladie, comme en 1892-1893, en France, ne s'adresser qu'aux vagabonds, aux chemineaux couverts de vermine et à ceux qui s'en approchent³⁰. »

Il est à noter que Charles Nicolle n'ignorait pas ces ouvrages de référence qui ont obligatoirement influencé ses propres travaux.

Quant au rôle spécifique du pou, il semble n'avoir été évoqué pour la première fois que quatre ans avant la découverte de Nicolle. Lorsque le 30 mai 1905 le Dr Pierre Just Navarre (1849-1922), professeur d'hygiène coloniale, est reçu à l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et

²⁴ Netter Arnold, Article Typhus récurrent in : *Traité de médecine et de thérapeutique*, Tome 2, Paris Baillière, 1896, p. 43.

²⁵ The Great Soviet Encyclopedia, 3rd Edition (1970-1979).

En 1876, son élève : O. O. Mochutkovskii, a réalisé une expérience similaire. *Archives de pathologie de médecine clinique et de bactériologie*, 1900, vol. IX, fasc. I, p. 73.

²⁶ Cité par : Netter Arnold, Article Typhus récurrent in : *Traité de médecine et de thérapeutique*, Tome 2, Paris, Baillière, 1896, p. 50. Nous n'avons pas pu retrouver la publication de Klebs.

²⁷ Tiktine O ; Transmission des spirochètes de la fièvre récurrente par les punaises, *Meditsinskoïe Obozrené*, 1896, n°21. *Annales de micrographie*, 1897, vol. 9, p. 361. Voir aussi: Coupin H., Le typhus et les insectes, *La Nature*, n°1249 du 8 mai 1897, p. 358.

²⁸ Brault M.J., Rôle considérable de l'animalité dans l'étiologie et la pathogénie des maladies, *Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 1900, p. 1241.

²⁹ Brouardel P., Gilbert A., Girode J., *Traité de médecine et de thérapeutique*, Tome deuxième, Paris, J.B. Baillière, 1896, p. 10.

³⁰ Charcot, Bouchard, Brissaud, *Traité de médecine*, 2^e édition, Tome deuxième, Paris, Masson, 189, p.416.

Arts de Lyon, il consacre son discours aux insectes inoculateurs de maladies infectieuses et ne manque pas d'aborder le rôle probable du pou en pathologie : « *Les poux n'ont pas été accusés, mais il est admissible qu'ils puissent jouer aussi un rôle actif dans la propagation des deux typhus, le typhus pétéchial et le typhus à rechute*³¹. » Cela allait être effectivement vérifié peu après.

La transmission du typhus récurrent par le pou fut d'abord clairement suspectée en 1907 sur la base de données épidémiologiques par Frederic Percival Mackie (1875-1944), assistant du laboratoire bactériologique de Bombay qui, au cours d'une épidémie, put rapprocher le plus grand nombre de cas observés chez les garçons d'un pensionnat de celui du nombre de poux infectés dans cette partie de l'établissement. Il retrouva le germe dans le tube digestif de poux disséqués et tenta, sans succès, une expérience de morsure d'un *macacus sinicus* par le pou³². La même année, Henri Foley³³ (1871-1956) et Edmond Sergent³⁴ (1876-1969) entreprirent l'étude épidémiologique d'une épidémie de fièvre récurrente qui sévissait à Béni-Ounif dans le Sahara sud-oranais. Recherchant le rôle possible joué par des arthropodes piqueurs, ils constatèrent que les données épidémiologiques ne permettaient de ne retenir que les poux et les argas. C'est alors qu'ils adressèrent des poux, des punaises et des argas ayant piqué des malades dont le sang contenait des spirilles, à l'Institut Pasteur de Paris où six jours plus tard ces parasites broyés furent inoculés sous la peau de singes. Seuls les singes inoculés avec le broyat des poux s'infectèrent³⁵. Cette expérience, il est vrai, ne permettait pas de conclure définitivement car il ne s'agissait pas de la reproduction expérimentale de la contamination par piqûre. Charles Nicolle, qui avait immédiatement pris connaissance des travaux de son confrère algérien, écrivit plus tard qu'il s'agissait d'une « expérience intéressante » mais qui « n'apportait pas la démonstration du rôle du pou³⁶. »

Ainsi, à la veille des travaux de Nicolle et de ses collaborateurs, si la compréhension exacte du mode de transmission du typhus était encore en débat et si des faits précis restaient encore à établir, il n'en est pas moins certain que le rôle des parasites -et des poux en particulier- était déjà clairement évoqué par plusieurs pathologistes et que Charles Nicolle avait connaissance de tous ces travaux.

Les travaux de Charles Nicolle et de ses collaborateurs sur l'inoculabilité du typhus

Il est d'abord important de noter qu'avant 1909, Charles Nicolle n'avait consacré aucune publication scientifique au typhus. Son biographe Maurice Huet et moi-même, dans un article antérieur, avons évoqué une lettre d'Emile Roux adressée à Nicolle, en date du 24 août 1906, dans laquelle sont clairement évoquées les expériences d'inoculations du typhus et le rôle des

³¹ Just Navarre P., *Les insectes inoculateurs de maladies infectieuses*, Mémoires de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, 1893, p. 41.

³² Mackie F.P., The part played by pediculus corporis in the transmission of relapsing fever, *The British Medical Journal*, 14 décembre 1907, p. 1706-1709.

³³ Doury Paul, Henry Foley apôtre de la médecine au Sahara, *Histoire des sciences médicales*, Tome 34, n°4, 2000, p. 367-374.

³⁴ de la Tribonière Xavier, Edmond Sergent (1876-1969) et l'Institut Pasteur d'Algérie, *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 93, n° 5, 2000, p. 365-371.

³⁵ Sergent E. et Foley H., Fièvre récurrente du Sud-Oranais et *Pediculus vestimenti*, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 1908, p.174-176.

³⁶ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 144.

poux³⁷. Une lecture de l'intégralité de cette correspondance me permet toutefois d'affirmer aujourd'hui qu'Emile Roux a fait une coquille en inscrivant l'année 1906 : il faut lire en effet 1909 et non 1906. Les lettres envoyées par le Directeur de l'Institut Pasteur de Paris à Charles Nicolle nous permettent en effet de suivre avec précision les travaux de ce dernier sur le typhus entre le 26 mai et le 9 septembre 1909 et il ne peut y avoir aucun doute sur la date véritable³⁸.

Pour autant Charles Nicolle s'est préoccupé du typhus dès avant 1909, cela est certain. Comme il l'a écrit : « *En raison de son importance historique, de sa gravité, des contacts que j'avais avec lui à l'hôpital indigène de Tunis et dans mes déplacements dans la Régence, le typhus était une des maladies dont j'avais le devoir d'entreprendre l'étude*³⁹. » Dès le début de son séjour en Tunisie il fut confronté à ses premiers cas et acquit une bonne connaissance clinique de la maladie en étudiant les malades admis à l'hôpital indigène de Tunis : l'hôpital Sadiki⁴⁰. Le typhus exanthématique était en effet endémique en Afrique du Nord et en Tunisie avec, certaines années, des bouffées épidémiques. C'est au cours de celle qui sévit en 1906, qu'il proposa ce sujet d'études à un jeune interne normand qui allait devenir l'un de ses plus fidèles collaborateurs : Ernest Conseil (1879-1930)⁴¹.

Ce natif de Charleval (Eure), après avoir fait ses études de médecine à Rouen et à Orléans, décida de partir pour Tunis en 1905, où le Dr Brunswic-le-Bihan, chirurgien en chef de l'hôpital Sadiki, lui proposait un poste d'interne. A peine arrivé, il alla visiter Charles Nicolle qui avait été pendant quelque temps son professeur à l'École de Médecine de Rouen⁴². C'est donc peu après la prise de fonction d'Ernest Conseil à Tunis que Charles Nicolle lui proposa d'étudier l'épidémie de typhus, comme cela est précisé dans la dédicace de sa thèse :

« *A M. le docteur Ch. Nicolle de l'Institut Pasteur de Tunis revient l'idée de ce travail ; après avoir mis à notre disposition tous les matériaux nécessaires, il voulut bien guider souvent lui-même nos recherches. Ce travail lui doit beaucoup et nous n'oublierons jamais l'affabilité dévouée avec laquelle il nous reçut toujours*⁴³.

Notre ami, M. le Dr Comte, de l'Institut Pasteur de Tunis, a droit à nos remerciements pour le concours qu'il nous accorda si souvent. »

³⁷ Huet Maurice, *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie (1866-1936)*, Sauramps médical, 1995, p. 92.

Feltgen K., Charles Nicolle (1866-1936). Des luttes rouennaises à la gloire tunisienne, *Etudes normandes*, n°3, 2010, p. 5-18.

³⁸ ADSM. Fonds Charles Nicolle 146J33.

³⁹ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 118-119.

⁴⁰ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 121.

⁴¹ Il faut préciser qu'au cours de sa première année de séjour à Tunis, Charles Nicolle prêta son laboratoire à Roberto Franco, un élève du Pr Blanchard qui désirait étudier le typhus. Charles Nicolle nota au sujet des résultats obtenus par cet étudiant : « Rien ne pouvait sortir de recherches improvisées sans orientation. » Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 123. Toutefois il est intéressant de noter que, dans sa thèse, Roberto Franco, avait émis une hypothèse audacieuse, relevée plus tard par Charles Comte : « *La contamination par l'air a été admise par plusieurs observateurs : mais si l'on pense qu'une simple piqûre d'insecte peut passer inaperçue, le côté mystérieux et subtil de la transmission par l'air perd de son importance. Les objets qui ont servi aux malades sont dangereux et de nombreux exemples le démontrent d'une façon indiscutable. Mais le sont-ils par eux-mêmes ou par les parasites qu'ils peuvent transporter ?* » Roberto Franco, *Du Typhus exanthématique. Notes sur quelques cas observés à Tunis*, 1903, p.19. Cité par Comte C., Contribution à l'histoire du rôle du pou dans la transmission du Typhus exanthématique, *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, n°10, octobre 1932, pp. 303-306 et Archives de l'Institut Pasteur de Paris, fonds Charles Comte.

Les matériaux de cette thèse ont été recueillis par R. Franco à l'hôpital Sadiki et les recherches expérimentales ont été pratiquées à l'Institut Pasteur. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1906, p. 39.

⁴² ADSM. Fonds Charles Nicolle 146J25.

⁴³ Conseil Ernest, *Le Typhus exanthématique en Tunisie. Epidémie de 1906*, Paris, Bonvalot-Jouve, 1907, p. 8-9.

C'est même Charles Nicolle qui fit le choix du directeur de thèse⁴⁴ : à savoir le Pr André Chantemesse, pastorien de la première heure et grand spécialiste de la typhoïde⁴⁵.

Avec près de quarante cas admis à l'hôpital Sadiki de Tunis, qui ne recevait que les « indigènes de la Régence⁴⁶ » Conseil étudia dans le détail 37 observations médicales et procéda à de nombreuses analyses de laboratoires aidé par Charles Comte, le chef de laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis. Plusieurs expériences d'inoculations sur l'animal furent tentées (lapin, cobaye, rat, singe), sans succès. Sur le plan épidémiologique, un fait important fut observé : bien que plusieurs malades furent soignés dans les salles communes, il n'y eut aucun cas de contamination intra-hospitalière à l'exception notable d'un infirmier qui « était éloigné du contact direct des malades » mais était « prédisposé à la désinfection de leurs vêtements⁴⁷. » Pour l'heure il ne s'agissait que d'un fait dont la signification ne sera comprise que plus tard.

En effet, dans la conclusion de sa thèse, qui reflète à cette date les connaissances de son mentor Charles Nicolle, Conseil n'avance aucune hypothèse novatrice quant à la transmission du typhus et reprend même l'opinion avancée par Chantemesse en 1893 :

« Le typhus appartient donc à la classe des maladies virulentes possédant un germe spécifique.

Quel est ce germe ? Où réside-t-il ? Comment se transmet-il ? Ces questions sont encore à l'étude et aucune de nos observations n'a présenté de particularités nous permettant d'éclairer cette controverse. Cependant, la constance des lésions des voies respiratoires nous font pencher vers l'hypothèse, soutenue jadis par le professeur Chantemesse, Dubief et Brühl, de la contamination par les voies aériennes.

Le professeur Chantemesse accorde maintenant une grande place à la transmission par la piqûre des parasites⁴⁸. »

A la même période, il est important de noter que d'autres expérimentateurs parvinrent à démontrer la transmission du typhus à l'homme par inoculation de sang de typhiques. Ainsi, en mai et juin 1906, après échecs d'inoculation à l'animal, Alexandre Yersin (1863-1943) et Joseph Vassal (1867-1957) réalisèrent en Indochine des expériences d'inoculation de sang de typhiques sur deux Tonkinois qui développèrent la maladie et eurent la chance de survivre à cette expérimentation peu éthique. Les deux auteurs en conclurent : « *Le Typhus Exanthématique semble être une maladie du sang transmissible à l'homme par piqûre d'un parasite animal⁴⁹.* »

Peu de temps après, c'est le Mexicain Miguel Otero (1850-1915)⁵⁰ qui, à l'occasion d'une épidémie de tabardillo (nom donné au typhus dans son pays), inocula en 1906 quatre individus sains avec le sang de typhiques, provoquant la maladie chez un seul sujet⁵¹.

⁴⁴ Lettre d'Ernest Conseil à Charles Nicolle du 30 janvier 1907. ADSM 146J25.

⁴⁵ Sur André Chantemesse, voir : Perrot A. et Schwartz M., *Le génie de Pasteur au secours des poilus*, Odile Jacob, Paris, 2016, p.44-47.

⁴⁶ Conseil Ernest, *Le Typhus exanthématique en Tunisie. Epidémie de 1906*, Paris, Bonvalot-Jouve, 1907, p. 11.

⁴⁷ Conseil Ernest, *Le Typhus exanthématique en Tunisie. Epidémie de 1906*, Paris, Bonvalot-Jouve, 1907, p. 125.

⁴⁸ Conseil Ernest, *Le Typhus exanthématique en Tunisie. Epidémie de 1906*, Paris, Bonvalot-Jouve, 1907, p. 126. Signalons que nous n'avons pas retrouvé de publications ou de déclarations du Pr Chantemesse dans lesquelles il se ralliait à l'hypothèse de la transmission par les parasites. Conseil lui-même ne donne à ce sujet aucune référence indicative.

⁴⁹ Yersin A et Vassal J.J., Une maladie rappelant le typhus exanthématique observée en Indochine, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 11 mars 1908, pp.156. Notons que Nicolle communiqua sur la peste dans cette même séance de la Société et avait donc une parfaite connaissance des travaux de son confrère de l'Institut Pasteur de Nha Trang.

⁵⁰ Neri-Vela R., Miguel Otero y Arce, *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México*, Vol. 56, N.o 5. Septiembre-Octubre 2013, p. 50-53.

C'est dans ce contexte d'une progression rapide des connaissances et à l'occasion d'une nouvelle épidémie en Tunisie que Charles Nicolle et ses collaborateurs débutèrent leurs recherches décisives en 1909. Il y avait bien eu de petites épidémies de typhus aux îles Kerkenah en 1907 et 1908 -étudiées par Charles Comte- et, en 1908, parmi les mineurs de Redeyef et de Metlaoui ; mais c'est celle qui débuta en mars 1909 qui fut l'occasion de réelles avancées⁵². Jusqu'alors, l'équipe de l'Institut Pasteur de Tunis butait sur la possibilité de trouver un modèle expérimental, nécessaire préalable à la poursuite de l'étude du typhus : « *Aucune espèce animale ne s'était montrée sensible; l'expérimentation sur l'homme paraissait le seul moyen de faire la preuve (du mode de transmission)*⁵³. »

Sur la proposition du Secrétaire général du Gouvernement Tunisien, Urbain Blanc, de mettre à la disposition de Nicolle un condamné à mort, l'idée de l'expérimentation humaine fut un temps évoquée, mais vite rejetée : « *Il était, d'autre part, à craindre que le condamné, du fait de sa vie antérieure, eût déjà contracté le typhus et je n'avais pas souci d'une expérience négative*⁵⁴. » Finalement ni Nicolle ni Blanc ne décidèrent de prendre le risque d'une expérimentation humaine. Aussi l'achat d'un chimpanzé fut-il décidé. Ce fut fait grâce à l'intervention d'Emile Roux qui, de Paris, adressa 550 francs à M. Rambaud de Marseille pour faire livrer l'animal à Tunis⁵⁵.

Le 10 et le 17 mai 1909, deux macaques (*Macacus cynomolgus* et *Macacus sinicus*) furent inoculés avec du sang de typhiques hospitalisés à l'hôpital d'isolement (ou lazaret) de la Rabta⁵⁶. Ce furent deux échecs.

Le 19 mai au matin, le chimpanzé arriva. Il fut aussitôt inoculé avec le sang d'un autre typhique isolé à la Rabta⁵⁷. Le 12 juin, le chimpanzé débuta un typhus caractéristique et mourut le 8 juillet. Entre temps, le 15 juin, le sang du chimpanzé avait été inoculé à un bonnet chinois (*Macacus sinicus*), qui avait développé à son tour un typhus à partir du 27 juin. Pour Nicolle c'était un succès et un événement d'importance : « *Le typhus exanthématique, maladie considérée comme particulière à l'homme, n'avait pu jusqu'à présent être reproduite*

⁵¹ Otero M., Agente patogeno del tifo exantemático, Memoria presenta a la Academia de Medicina de Mexico, 1907.

⁵² Conseil E., Le typhus exanthématique en Tunisie pendant l'année 1909, *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1910, p. 20-42.

⁵³ Nicolle Charles., *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 127.

⁵⁴ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 73.

⁵⁵ Lettre d'Emile Roux à Charles Nicolle du 26 mai 1909. ADSM 146J33.

⁵⁶ D'après Charles Comte, à partir du 29 avril 1909, tous les cas de typhus exanthématiques étaient dirigés et soignés au lazaret de la Rabta, installé par le Dr Broc sur une colline hors les murs de Tunis. Notes manuscrites. Archives de l'Institut Pasteur de Paris, fonds Charles Comte.

⁵⁷ Voici comment Nicolle raconte cet épisode : « *C'est alors que je reçus le chimpanzé. Il me parvint, un matin, vers 9 heures. Je téléphonai aussitôt à Broc. Un typhique, en pleine période fébrile, se trouvait au lazaret. J'y montai avec mon préparateur Alfred Jannot et le chimpanzé ; l'inoculation fut pratiquée le soir même de l'arrivée de l'animal. Par prudence, je ne lui injectai qu'un centimètre cube de sang sous la peau. La même réserve avait empêché l'infection antérieure des petits singes. Fort heureusement, le chimpanzé prit le typhus.* » Nicolle C., *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 130.

Etrangement, le chef du laboratoire, Charles Comte, en a donné une autre version, également tardive, situant l'expérience au Djebel Djouggar, un pénitencier agricole situé à 80 kilomètres au sud de Tunis :

« *le chimpanzé infecté par sang de TE qui avait été inoculé au Djouggar le 19 mai par le Dr Nicolle avec l'aide d'E. Conseil, n'a eu son début de fièvre que le 12 juin et la nature de cette fièvre ne put être établie aussitôt. Cette reproduction du TE chez le singe fut communiquée à l'Institut le 12 juillet avec le seul nom de Nicolle, son collaborateur E. Conseil n'y figure pas.* » Notes manuscrites. Archives de l'Institut Pasteur de Paris, fonds Charles Comte. Il est probable qu'à ce sujet, Charles Comte, qui relate ces faits près de vingt ans après, se soit trompé, confondant avec la campagne d'expériences réalisée par Nicolle et Conseil en 1910.

chez les animaux. Son étude expérimentale qui semblait impossible devient réalisable du fait de son inoculabilité au singe⁵⁸. »

Le 12 juillet 1909, Emile Roux lisait une note de Charles Nicolle à l'Académie des Sciences reprenant cette première avancée scientifique.

Avant d'exposer la suite des travaux de Nicolle et de ses collaborateurs, il nous faut, au sujet de ces expérimentations scientifiques réalisées en mai et juin 1909, aborder un évènement dont la cause reste obscure : la maladie d'Ernest Conseil.

Ernest Conseil, malade du typhus : une auto-inoculation ?

Charles Nicolle, dans *L'Expérimentation en médecine*, évoque la contamination de son collaborateur en une ligne : « *Au printemps de 1909, le typhus faisait son apparition à Tunis et Conseil le contractait. Comte prit la place vacante au Bureau d'hygiène. René Broc assura le service des contagieux de la Rabta⁵⁹. »*

En 1909, Ernest Conseil avait pris la direction du Bureau d'hygiène de la ville de Tunis qui venait d'être créé grâce à l'intervention de son protecteur, Charles Nicolle. La même année, il avait également été nommé médecin du lazaret de la Rabta⁶⁰.

Nous savons, grâce au récit du Dr Charles Comte⁶¹ et à la suite des recherches du Dr Benoit Gaumer⁶², que le Dr Conseil déclara les premiers signes du typhus vers le 1^{er} juin et fut hospitalisé à l'hôpital civil français de Tunis, le 4 juin 1909. Les 6 et 7 juin le pronostic était des plus sombres et Ernest Conseil frôlait la mort. Heureusement, à partir de la mi-juin, son état s'améliora et la guérison fut obtenue.

Nous avons un écho de cette maladie par une lettre qu'Aline Nicolle, la mère de Charles, a adressée à son fils Marcel le 12 juin 1909 :

« Mon cher Marcel,

(...) Charles m'apprend que M. Conseil (ce jeune médecin que tu as vu à la maison en convalescence d'une grave maladie) est atteint du typhus et tout à fait en danger, il courait le voir.

Le malheureux garçon a soigné l'an passé les pesteux, cette fois il aura été victime de son nouveau dévouement. Charles n'est pas pessimiste par nature, aussi ai-je peu d'espoir qu'il se soit trompé. Mlle Conseil⁶³ est à Tunis, elle ne devrait rentrer à Charleval qu'en août, voilà plusieurs fois qu'elle fait de longs et agréables séjours chez son frère. Quelle situation si elle le perd⁶⁴. »

Selon les explications données à l'époque, Ernest Conseil se contamina en exerçant sa mission de Directeur du Bureau d'Hygiène, allant au contact des malades.

Charles Comte lui-même semble confirmer cette explication :

⁵⁸ Nicolle Charles., *Reproduction expérimentale du typhus exanthématique chez le singe*. Note de Ch. Nicolle présentée par M. Roux, *Comptes-rendus hebdomadaires de l'Académie des Sciences*, séance du 12 juillet 1909, p. 157-160.

⁵⁹ Nicolle Charles, *L'expérimentation en médecine*, Paris, Félix Alcan, 1934, p. 130.

⁶⁰ Nicolle Charles, *Hommage à Ernest Conseil*, s.l., s.d., p. 5.

⁶¹ Comte C., Contribution à l'histoire du rôle du pou dans la transmission du Typhus exanthématique, *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, n°10, octobre 1932, p. 303-306.

⁶² Gaumer Benoit, *Ernest Conseil (1879-1930). Un médecin modeste et discret*, Berg Edition, Tunis, 2013, p. 27-28.

⁶³ Il s'agit de Gilberte Conseil, la sœur d'Ernest.

⁶⁴ ADSM, 146J40.

« A deux reprises déjà, le Dr Conseil avait manqué mourir, tout d'abord à l'hôpital Sadiki, au temps où il préparait sa thèse sur le typhus, poursuivant, dans le sang des malades, la recherche du parasite du typhus. Puis, étant chef du bureau d'hygiène de Tunis⁶⁵, il lui fallait aller journalièrement au début de 1909, dans les réduits les plus obscurs et malpropres de la ville, rechercher et reconnaître les malheureux indigènes atteints de typhus. Il fut ainsi contaminé et très gravement malade⁶⁶. »

Charles Comte donne une autre version dans un article publié en 1932, dans laquelle il lie cette fois les expérimentations faites en commun avec Charles Nicolle avec la contamination d'Ernest Conseil :

« Le chimpanzé avait été inoculé de sang de malades du Djougar le 19 mai par le Dr Nicolle avec l'aide du Dr Conseil qui lui avait permis de reconnaître la sensibilité du singe au T.E., inoculé avec le sang. La fièvre chez le singe a débuté le 12 juin, un certain délai fut nécessaire pour établir le diagnostic certain de T.E. Le résultat heureux de cette expérience fut l'objet d'une communication à l'Académie des Sciences le 12 juillet. Il est à remarquer que cette note ne porte que la signature du Dr Ch. Nicolle, son collaborateur Conseil n'y figure pas ; il n'a pu en effet suivre les résultats de cette expérience car le 4 juin il a dû être transporté à l'hôpital avec un T.E. bien déclaré. Tandis que l'expérience se déroulait à l'Institut Pasteur sur le chimpanzé, le T.E. de Conseil évoluait d'une manière sinistre. Peu s'en faut que ce fût la dernière expérience qu'eût faite Conseil, il n'eut même pas le bénéfice d'y voir figurer son nom quand il devint convalescent. A-t-il été contaminé dans le Djougar, on ne peut en avoir la preuve, mais il est à remarquer que l'incubation du T.E. chez l'homme est de 12 à 15 jours, et que c'est 16 jours après son voyage au Djougar qu'il est porté délirant à l'hôpital⁶⁷. »

Ce qui nous conduit à penser qu'Ernest Conseil a pu s'inoculer le typhus pendant les expérimentations qu'il fit avec Nicolle en 1909, c'est d'abord sa citation à l'Ordre de la Nation, obtenue à titre posthume et reprise au *Journal Officiel* du 12 juin 1930, dans laquelle on peut lire :

« Le Gouvernement porte à la connaissance du pays la belle conduite de M. le docteur Alfred Ernest Léopold Conseil, mort victime de son dévouement à Tunis, le 5 juin 1930. Il n'a pas cessé depuis 1905 de lutter contre les plus redoutables épidémies qui ont sévi dans la régence de Tunis.

Il s'est inoculé à lui-même le typhus exanthématique pour en déterminer complètement l'étiologie et a combattu ce même fléau pendant la retraite de Serbie⁶⁸. »

Charles Nicolle semble contester cette affirmation, pourtant très officielle, dans une lettre du 20 juin 1930 adressée à Georges Duhamel :

« Enfin dans l'ordre du jour à la Nation consacré à Conseil, on lui donne comme titres des actes héroïques sans doute, mais qu'il n'a pas accomplis et qui, s'il les avait accomplis, lui auraient valu assez justement l'internement dans un asile d'aliénés ! »

Nicolle a exprimé la même réprobation dans la notice nécrologique qu'il consacra à son collaborateur : « Les honneurs lui sont venus après la mort. Une juste citation à l'Ordre de la

⁶⁵ Pendant la maladie de Conseil, il faut noter que c'est Charles Comte qui le suppléa à la direction du Bureau d'hygiène.

⁶⁶ Notes manuscrites non datées. Archives de l'Institut Pasteur de Paris, fonds Charles Comte.

⁶⁷ Comte C., Contribution à l'histoire du rôle du pou dans la transmission du typhus, *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, n°11, novembre 1932, p. 331-334.

⁶⁸ JO du 12 juin 1930.

Nation dont on doit regretter pourtant qu'ayant choiX entre tant de mérites éclatants, le rédacteur en ait choisi d'imaginaires ; ...⁶⁹ »

Dans cette même notice, il indique cependant :

« Il contracte bientôt, dans ces fonctions dangereuses, le typhus qui le met à deux doigts de la mort (1909). Ces infections sévères, d'autres moins graves, consécutives à des expériences pratiquées volontairement sur lui-même, une activité qui ne connaît pas la fatigue, un dévouement sans limites lors de la grave épidémie cholérique de 1911, lors de toutes les autres épidémies qui menacent la ville, ont vite attenté à sa santé⁷⁰. »

Que Conseil ait expérimenté sur lui-même ne semble laisser aucun doute comme le confirme cet article de presse de 1930 :

« Atteint d'un typhus contracté au chevet des malades, il y a 25 ans, et condamné par les médecins, Conseil, contre toute prévision, recouvra la santé. (...)

Rien ne l'arrêtait dans son ardeur réalisatrice.

Les animaux utilisés pour certaines expériences particulièrement dangereuses, ne permettant pas toujours d'établir des diagnostics certains pour l'homme, Conseil n'hésita pas et, simplement, discrètement comme toujours, il prit une seringue et s'injecta à lui-même la solution destinée aux cobayes.

Combien de fois Conseil a-t-il renouvelé ce geste ? Lui-même, sûrement, n'aurait pas pu le dire⁷¹. »

Un dernier élément qui semble confirmer l'expérience réalisée par Conseil sur lui-même en mai 1909 est cette phrase extraite d'une lettre du Dr Roux adressée à Charles Nicolle le 30 juin 1909 : « *Comment va le Dr Conseil ? Il vaut mieux inoculer la maladie aux singes qu'aux hommes⁷².* »

Il nous manque malheureusement la lettre de Charles Nicolle à laquelle celle-ci fait réponse et dans laquelle nous aurions pu trouver des informations précieuses. Nous sommes cependant en droit de penser qu'après leurs échecs d'inoculation chez l'animal, et peu avant leur tentative chez le chimpanzé, Conseil a dû prendre l'initiative de tenter l'inoculation sur l'homme, peut-être sans l'accord de Charles Nicolle, en se choisissant lui-même pour objet d'étude et en décidant de laisser cette tentative sous silence. Ce qui est certain c'est que les expériences sur le pou eurent lieu en l'absence d'Ernest Conseil qui, après sa guérison, partit en juillet et août 1909 à Anvers, Lille, Paris, Berlin, Hambourg, sans omettre de faire la tournée des marchands de singes pour fournir l'Institut Pasteur de Tunis et de faire halte dans sa famille à Charleval⁷³.

Sur la piste du coupable : le pou

Nous l'avons dit plus haut, dans la version tardive donnée par Nicolle, celui-ci, après avoir reçu l'illumination, décida de conserver le secret de sa conviction, le temps d'en apporter la preuve expérimentale :

⁶⁹ Nicolle Charles, *Hommage à Ernest Conseil*, s.d., p. 6-7.

⁷⁰ Nicolle Charles, *Hommage à Ernest Conseil*, p. 5. Nous soulignons.

⁷¹ Un grand deuil dans le corps médical. Le docteur Conseil est décédé hier. *La dépêche tunisienne* du 6 juin 1930. Article d'Adrien Tillot. Nous soulignons.

⁷² ADSM. Fonds Charles Nicolle 146J33.

⁷³ ADSM. Fonds Charles Nicolle, 146J25 et archives privées famille Ravenel.

« Puisque je pouvais apporter la démonstration avec la découverte, je gardai pour quelques semaines le secret, même dans mon entourage, et j'entrepris les essais, nécessaires pour la preuve. Ce travail ne me causa ni émotion ni surprise. Il fut mené à sa fin en deux mois⁷⁴. »

C'est cette phrase qui permet de dater la révélation de Charles Nicolle aux environs de la fin mai 1909. Les premières publications relatives aux travaux réalisés en 1909 par l'équipe de l'Institut Pasteur de Tunis nous content toutefois une histoire toute différente. Ce sont en effet plusieurs constatations épidémiologiques, réalisées entre 1906 et 1909 qui permirent d'orienter les recherches vers des parasites du corps humain puis vers le pou.

« Le typhus est, dans l'Afrique mineure, une conséquence de l'encombrement et de la disette ; il sévit sur les populations les plus misérables et les moins soucieuses des règles d'hygiène ; il n'est point contagieux dans une maison propre ou dans les salles d'un hôpital bien tenu. Dans ces conditions, seuls les insectes parasites de l'habitation, du vêtement et corps, poux, puces, punaises pouvaient être suspectés. L'époque ordinaire d'apparition des épidémies de typhus (printemps) rendait insoutenable le rôle des moustiques, des tiques ou des stomoxes⁷⁵. »

Ces déductions épidémiologiques sont assez similaires à celles présentées par Sergent et Foley dans leur communication de 1908 sur le typhus récurrent⁷⁶. D'ailleurs, Charles Nicolle a avoué lui-même la parenté qui pouvait exister entre les recherches effectuées en Algérie sur le typhus récurrent et celles que lui et son équipe réalisaient sur le typhus exanthématique :

« Les médecins qui se sont attachés à l'étude de la fièvre récurrente dans l'Afrique du Nord ont été tous frappés de l'analogie que présentent ses épidémies avec celles du typhus exanthématique : même mode d'extension, mêmes milieux atteints ; les deux fièvres s'arrêtent au seuil des hôpitaux, frappant le personnel de l'entrée, épargnant ceux qui se trouvent en contact avec les malades, dépouillés de leur linge et lavés ; comme agent possible de transmission, un seul facteur constant dans les deux cas, le pou⁷⁷. »

En juin 1909, les instructions contre le typhus exanthématique, diffusées par le secrétariat général du Protectorat, restaient encore très prudentes quant aux modes de transmission : « Notre ignorance de la cause intime du typhus rend très incertaine la façon dont il se propage. Il est admis qu'il peut se transmettre par contact avec les malades ou les objets souillés par eux ; mais l'opinion la plus généralement admise maintenant est que la transmission a lieu par les parasites (poux, punaises, puces). Ni l'air ni l'eau ne paraissent être les véhicules du contagement⁷⁸. » Cependant, plusieurs données d'observation allaient permettre à Nicolle et ses collaborateurs de ne retenir que le pou. Comme ils l'ont écrit en 1911 : « L'observation seule des faits avait suffi à notre collaborateur C. Comte et à nous-mêmes pour nous prouver que les épidémies de typhus étaient liées au pou du corps et point à d'autres parasites⁷⁹. »

⁷⁴ Nicolle C., *Biologie de l'Invention*, Félix Alcan, Paris, 1932, p. 59.

⁷⁵ Nicolle C., Comte C., Conseil E. ; Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps, *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 6 septembre 1909, p. 486-489.

⁷⁶ Sergent E. et Foley H., Fièvre récurrente du Sud-Oranais et *Pediculus vestimenti*, *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 1908, p.174-176.

⁷⁷ Nicolle C., Blaizot L., Conseil E., Etiologie de la fièvre récurrente. Son mode de transmission par le pou, *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, Séance du 10 juin 1912, p. 1636-1638.

⁷⁸ Protectorat français. Gouvernement tunisien. Secrétariat général, *Instructions contre le typhus exanthématique*, Tunis, 1909, p. 7. Ces instructions seraient l'œuvre d'Ernest Conseil. (Selon C. Comte, *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, septembre 1932, p. 271).

⁷⁹ Nicolle C., Conor A., Conseil E., Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis en 1910, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome 25, février 1911. Voir partie III : Etiologie du typhus exanthématique par C. Nicolle et E. Conseil, p. 117-118.

Voici ces faits d'observation⁸⁰ :

1. A l'hôpital Sadiki de Tunis, où les malades entrants sont lavés et revêtus d'effets propres, aucun cas de contagion intra-hospitalière n'a été observé, notamment lors des épidémies de 1902 et 1906, malgré l'absence d'isolement et la présence de nombreuses punaises dans les salles. Les seuls cas de contagion ont concerné le personnel chargé de recueillir et de désinfecter les vêtements des entrants.
2. Le typhus n'est pas une infection de maison, où règnent les punaises.
3. Aux îles Kerkennah, à l'est de Sfax, foyer endémique de typhus, les punaises sont rares.
4. Dans le Djerid, région semi-désertique au sud-ouest de la Tunisie, les puces manquent alors que les cas de typhus y sont réguliers.
5. Dans les galeries des mines de phosphates (Redeyef) où les punaises pullulent y attaquant indigènes et Européens, seuls les premiers sont atteints par le typhus.
6. Le pou et le typhus ont la même fréquence saisonnière, absents entre septembre et novembre.
7. Deux observations de cas de typhus, ont succédé à la piqûre d'un pou. Première observation d'un officier piqué par plusieurs poux, la seconde d'une dame piquée par un seul pou. « Tous deux ont contracté, dix jours environ plus tard, le typhus et la seconde malade en est morte⁸¹. »

« Ces remarques étaient présentes à notre esprit lorsque nous avons commencé en avril 1909 nos recherches expérimentales⁸². » Nous sommes donc loin d'un éclair créateur survenu à la fin mai et d'un secret bien gardé par le seul Nicolle puisque ce sont en effet les études épidémiologiques réalisées dans des conditions difficiles par le Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis et ses collaborateurs, en particulier par Comte et Conseil⁸³, qui permirent progressivement d'éliminer, les uns après les autres, les différents coupables et de ne retenir que le pou.

Mais pour Nicolle, seule comptait la preuve expérimentale et le succès de l'inoculation du chimpanzé en juin 1909, allait lui permettre d'apporter cette preuve⁸⁴.

⁸⁰ Nicolle C., Comte C., Conseil E. ; Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps, *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 6 septembre 1909, p. 486-489.

Nicolle C., Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique, entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1909, *Annales de l'Institut Pasteur*, Tome 24, 1910. Voir partie IV : Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps (En collaboration avec MM. C. Comte et E. Conseil), p. 261-267.

Nicolle C., Conr A., Conseil E., Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis en 1910, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome 25, février 1911. Voir partie III : Etiologie du typhus exanthématique par C. Nicolle et E. Conseil, p. 109-119.

⁸¹ Nicolle C., Conr A., Conseil E., Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis en 1910, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome 25, février 1911. Voir partie III : Etiologie du typhus exanthématique par C. Nicolle et E. Conseil, p. 111.

⁸² Nicolle C., Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique, entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1909, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome 24, 1910, p. 262.

⁸³ Nicolle C., Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique, *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1911, p. 3.

⁸⁴ Il semble que les recherches expérimentales sur la transmission par le pou ont commencé peu après avril : « Ces remarques étaient présentes à notre esprit lorsque nous avons commencé en avril 1909 nos recherches expérimentales. Nous ne disposions alors que d'un nombre très restreint de singes, cependant cette hypothèse nous paraissait si probable et si importante comme conséquences que nous n'avons point hésité à employer pour sa vérification 2 sur 6 des bonnets chinois que nous possédions.

Nous avons vu qu'à partir du 12 juin 1909, le chimpanzé inoculé avait déclenché un typhus. Le 13 juin, le sang prélevé sur ce chimpanzé fut inoculé à un bonnet chinois (*macacus sinicus*) qui déclara les premiers symptômes le 27 juin. Seize jours après son inoculation, soit le 30 juin, 29 poux furent nourris sur ce macaque. A partir du 1^{er} juillet, ces poux furent placés pendant plusieurs jours sur deux autres bonnets chinois. L'un de ces singes développa les signes du typhus le 22 juillet et l'autre le 9 août. Avec le sang de ces deux singes, plusieurs bonnets chinois furent à leur tour inoculés et quelques-uns contractèrent le typhus. C'est à la suite de ces expériences fondamentales que le rôle du pou dans la transmission du typhus fut définitivement démontré. La note lue par Roux à l'Académie des Sciences dans la séance du 6 septembre 1909 était cosignée par Charles Nicolle, Charles Comte et Ernest Conseil. En voici la conclusion, assez sobre :

« Ces expériences montrent qu'il est possible de transmettre le typhus exanthématique du bonnet chinois infecté au bonnet neuf par le moyen du pou du corps. L'application de cette donnée à l'étiologie et à la prophylaxie de la maladie chez l'homme s'impose. Les mesures à opposer au typhus devront avoir pour but la destruction des parasites ; elles viseront principalement le corps, le linge, les vêtements et les objets de couchage des malades⁸⁵. »

Cette découverte eut un impact majeur en permettant de mettre en œuvre des mesures efficaces de prophylaxie du typhus en luttant contre le pou. C'est ainsi, que quelques années plus tard, dans la tourmente du premier grand conflit mondial, Nicolle et Conseil se firent le devoir de diffuser les méthodes qui avaient si bien réussi à Tunis :

« L'histoire prouve que presque toujours des épidémies des deux typhus ont accompagné les grandes guerres. (...) Pour qui connaît la gravité de ces maladies, capables de terrasser en quelques jours d'importantes fractions de troupes, des mesures prophylactiques s'imposent. (...) Il faut en premier lieu, empêcher l'apport du virus. Pour cela, surveiller sévèrement, au double point de vue état sanitaire et poux, les effectifs indigènes, surtout ceux de l'Afrique du Nord, répéter cette surveillance à leur arrivée en France, s'y outiller pour un diagnostic précoce. (...)

Il faut aussi s'opposer à la pullulation des poux. Les moyens sont connus : propreté corporelle, ébouillantage du linge usagé, linge propre, y joindre, pour tuer les insectes, les onctions à l'huile camphrée. Ces mesures seront appliquées, non seulement aux contingents ou prisonniers suspects, mais à tous : militaires et population civile des régions occupées⁸⁶. »

Lors de sa conférence Nobel, Charles Nicolle, avec style et emphase, expliqua comment sa découverte avait permis de sauver l'humanité d'un fléau inéluctable en temps de guerre :

« Dès le début de la guerre mondiale, des mesures ont été prises sur mes indications pour surveiller les contingents militaires du Nord de l'Afrique. Aucun indigène n'a quitté le sol africain pour l'Europe sans avoir été probablement épouillé. C'est cette mesure, appliquée par toutes les nations dans des conditions pareilles, qui a sauvé les armées du typhus. La pullulation des poux a pu se produire dans les tranchées et y devenir un fléau, sans que, pour la première fois dans les annales des hommes, le typhus ait accompagné une longue guerre.

*Une première expérience de la transmission de la maladie de l'homme au M. cynomolgus, au moyen de poux du corps prélevés sur un malade, ne nous avait donné qu'un résultat négatif.» Nicolle C., Recherches expérimentales sur le Typhus exanthématique, entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1909, *Annales de l'Institut Pasteur*, tome 24, 1910, p. 262-263.*

⁸⁵ Nicolle C., Comte C., Conseil E. ; Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps, *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, séance du 6 septembre 1909, p. 486-489.

⁸⁶ Nicolle C, Conseil E., Nécessité des mesures à prendre pour préserver nos armées en campagne du typhus exanthématique et du typhus récurrent, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1915, n°37, p. 18-20.

Si l'on avait ignoré, en 1914, le mode de transmission du typhus, si des poux infectés avaient été importés en Europe, ce n'est pas par une victoire sanglante que les hostilités eussent pris fin. C'eût été dans une catastrophe sans exemple, la plus terrible de l'histoire. Soldats du front, réserves, prisonniers, populations civiles, les neutres même, l'humanité toute entière se serait effondrée. On aurait vu, ce qu'on vit dans la malheureuse Russie, les hommes périr par millions⁸⁷. »

Outre cette gloire individuelle liée au Nobel, c'est surtout le récit que Nicolle fit de SA découverte qui fut la source de conflits avec certains de ses confrères ou collaborateurs, au premier rang desquels viennent Charles Comte et Edmond Sergent.

Le temps des controverses

Philippe-Charles Comte est né le 20 janvier 1869 à Sus (Pyrénées Atlantiques). Après des études au lycée Louis le Grand à Paris, il débute des études de médecine dans la capitale. Il devient préparateur à l'École pratique des Hautes Etudes et préparateur du professeur Etienne Jules Marey (1830-1904) au Collège de France de 1894 à 1902, ainsi qu'au laboratoire privé Carrion, Comte est appelé par son camarade, le Dr Brunswic-le-Bihan, pour s'installer à Tunis et prendre un poste d'assistant à l'hôpital musulman (Sadiki). Il y organise un laboratoire d'analyses et une unité de stérilisation. En 1904, Charles Nicolle, nouvellement nommé à la tête de l'Institut Pasteur de Tunis, s'empresse de recruter Charles Comte et le nomme chef de laboratoire, poste qu'il occupera jusqu'à la mésentente de 1910.

Jusqu'à cette date, leur collaboration a été fructueuse, notamment sur l'origine canine du Kala-Azar. Elle se traduit par onze publications communes entre 1905 et 1910.

Dans son discours de 1928 à l'occasion de ses vingt-cinq ans à la tête de son Institut, Nicolle qualifie Charles Comte d'« ingénieux ouvrier des premières heures⁸⁸. » Pourtant, en 1910, à la suite de leurs travaux sur l'étiologie du typhus, une brouille profonde sépara définitivement ces deux hommes de valeur. Charles Comte quitta l'Institut Pasteur de Tunis et devint médecin inspecteur près le bureau d'assistance publique et des établissements pénitentiaires de l'Administration générale du Gouvernement Tunisien⁸⁹. Son œuvre fut consacrée à l'hygiène et à la lutte contre les épidémies. Il s'occupa en particulier de la lutte contre le paludisme (1910-1928) et contre la tuberculose. Il décéda à Tunis le 10 novembre 1943⁹⁰.

Nous n'avons pas trace de sources permettant d'éclairer les raisons précises du différend qui opposa Comte et Nicolle en 1910 et qui se traduisit par le départ définitif de Charles Comte. Par contre, les archives de l'Institut Pasteur de Paris possèdent un fonds qui a été déposé en 1995 et qui comporte tout un dossier composé de notes manuscrites et d'articles relatifs à la contribution fondamentale de Comte dans la découverte du rôle du pou dans la transmission du typhus, ainsi qu'une lettre explicative de Ch. Martin dans laquelle on peut lire : « *En 1937, le Dr Comte, désabusé et las, m'a donné tout ce dossier : il ne désirait aucune récompense, il voulait seulement que son rôle dans la découverte fut reconnu à égalité avec celui du Dr Nicolle.* »

⁸⁷ Nicolle Charles, Conférence Nobel. In : *Les prix Nobel en 1928*, Stockholm, Imprimerie Royale, 1929.

⁸⁸ *En l'honneur du 25^e anniversaire de Direction de L'institut Pasteur de Tunis du Docteur Charles Nicolle (1903-1927)*. Tunis, 28 avril 1828, p. 35.

⁸⁹ Dans une note manuscrite de Charles Comte, brouillon d'un courrier destiné à un ministre, on trouve cette précision : « Elles ont eu cette conséquence fâcheuse que M. Urbain Blanc me fit attacher au Dar el Bey pour la lutte contre les épidémies, poste qui comme je le prévoyais me faisait perdre tous les avantages que procurait le travail dans les laboratoires. » Fonds Charles Comte, Institut Pasteur de Paris.

⁹⁰ Valynseele J., *Les Say et leurs alliances: l'étonnante aventure d'une famille cévenole*, Paris, 1971. Voir p. 70 et 76.

La lecture de ce dossier ne convainc pas entièrement car les arguments développés par Charles Comte sont en fait assez faibles. L'éclairage qu'il apporte n'en est pas moins très instructif.

Ce qui a déclenché chez le collaborateur cette volonté de reconnaissance, c'est à l'évidence la publication, en 1932, de *Biologie de l'invention*, ouvrage dans lequel, nous l'avons vu, Charles Nicolle fit le récit de sa découverte comme un éclair créateur. Cet extrait d'un brouillon manuscrit d'une lettre adressée à un ministre, nous donne des clés pour comprendre la démarche de Charles Comte :

« Monsieur le Ministre,

Menacé d'être mis à la retraite sous peu et de perdre ainsi ma qualité de fonctionnaire, je voudrais bien, avant cette date fatale, attirer votre attention sur un fait personnel.

Me sachant d'un esprit peu combattif pour défendre mes propres intérêts, à plusieurs reprises j'ai été lésé par des promesses même formelles qu'on a pas cru nécessaire de tenir. Il m'a été porté pendant ma carrière en Tunisie un préjudice grave du fait que le Dr Nicolle a su se faire attribuer tout le mérite d'avoir découvert quel était l'agent de transmission du typhus exanthématique.

Jusqu'à ce jour je n'ai pas cherché à faire de revendication, ne voulant pas, dans ce pays cosmopolite, engager une polémique entre médecins français ; on me l'a souvent reproché. »

Puis loin, il revendique pour lui seul la découverte du rôle du pou dans le typhus, poursuivant : « *Beaucoup de personnes le savent, n'osent le dire, par respect pour l'honneur d'un savant qui se trouverait atteint si ouvertement. Il serait cependant exagéré de ma part de garder le silence dans de telles circonstances et c'est pour cette raison qu'en tout premier lieu je m'adresse à vos sentiments de haute justice...⁹¹ »*

Nous ne rentrerons pas là dans les détails apportés par Charles Comte. Contentons-nous de dire que ce médecin dit avoir été le premier des trois signataires de l'article de septembre 1909 à être persuadé du rôle du pou et ce, au moins dès le mois de mars 1909 où il donna des recommandations prophylactiques précises à l'hôpital militaire de Gafsa. Mais cette conviction faisait essentiellement suite à de longues et patientes observations recueillies depuis 1902 : « *Ma découverte n'avait pas été un trait de lumière mais la conséquence d'une enquête longue et précise de toute une série d'épidémies qui m'avait permis de m'assurer qu'il ne pouvait y avoir de transmission du typhus en l'absence de pou⁹².* »

Le rôle joué par le Dr Comte dans la découverte du rôle du pou avait déjà été mis en avant par le Dr Marcel Labbé (1870-1939) dans un article de 1912, inséré dans le *Journal des Débats politiques et littéraires* :

« *C'est surtout M. Charles Comte, médecin sanitaire du gouvernement tunisien, qui s'est attaché à fournir la démonstration du mode de contagion et qui a donné la preuve de sa théorie en montrant que la destruction des poux amène la suppression du typhus dans un pays, comme la destruction des moustiques abolit le paludisme et la fièvre jaune, et celle des rats empêche la propagation de la peste⁹³.* »

Mais c'est surtout le Dr Félix Régnault (1863-1938), rédacteur en chef de la *Revue moderne de médecine et chirurgie*, qui s'engagea le plus à défendre Charles Comte en publiant dans sa revue en 1932 plusieurs articles de l'ancien chef de laboratoire de l'institut Pasteur de Tunis, qui furent regroupés en 1933 dans une plaquette intitulée : « *Comment fut découvert le rôle du*

⁹¹ Note manuscrite. Fonds Charles Comte, Institut Pasteur de Paris.

⁹² Note manuscrite. Fonds Charles Comte, Institut Pasteur de Paris. Nous soulignons.

⁹³ Labbé Marcel, Le typhus pétéchiol. Transmission et prophylaxie, *Journal des Débats politiques et littéraires*, 11 juillet 1912.

pou dans la transmission du typhus exanthématique. » et dans laquelle Régnauld rédigea un instructif « *Historique de la découverte*⁹⁴. »

Malgré cela, la part prise par Charles Comte dans la découverte du rôle du pou dans la transmission du typhus resta sous-estimée. Il n'était pas de taille à réécrire l'histoire face à l'illustre Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, a fortiori suite à l'attribution du Prix Nobel en 1928. A l'âge de la retraite, Charles Comte s'installa dans un quartier populaire de Tunis « où il se consacra à l'étude, la méditation et la charité autour de lui⁹⁵ » et où il s'éteignit le 10 novembre 1943.

Si Charles Comte s'attribuait les déductions épidémiologiques qui ont permis d'élucider le rôle du pou, Ernest Conseil a, quant à lui, revendiqué la démonstration expérimentale, comme le révèle cet entretien réalisé en 1929 :

« J'ai fait tout ce que j'ai pu pour seconder avec fruit l'œuvre entreprise et dirigée par mon cher maître et ami, Charles Nicolle, que je considère comme un grand savant, un noble cœur et une haute intelligence.

Chaque fois qu'il a bien voulu me confier une mission déterminée, je me suis refusé à limiter mes efforts, mes démarches, mes observations et mon temps pour la faire aboutir. Et c'est avec une confiance sans bornes qu'au moment des résultats, j'ai fourni au directeur de l'Institut Pasteur, les conclusions de mes recherches. Je ne m'en repens pas. Je ne veux pas entendre parler d'autre gloire que d'avoir été le collaborateur fidèle d'un tel maître.(...)

« Le premier -ceci je puis le dire nettement- j'ai apporté la preuve expérimentale que le pou était l'agent de transmission du typhus. Le docteur Nicolle avec qui je travaillais en plein accord, le constata comme moi. Les poux, infectés sur des singes ou des hommes malades, transmettent le typhus aux singes sur lesquels ils sont ensuite nourris. Cette découverte nous a permis de vaincre l'un des plus redoutables fléaux de l'humanité⁹⁶. »

Mais l'amitié entre les deux hommes n'a pas semblé en souffrir et Charles Nicolle lui-même, au terme de longues années de collaboration, a admis le rôle joué par Ernest Conseil : « *Nos efforts ont été unis depuis vingt ans; nos idées se sont si intimement mêlées que je ne sais plus, moi-même, dans l'œuvre commune, ce qu'un y apporta et ce qui revient à l'autre*⁹⁷. »

Pour terminer ce chapitre sur les controverses, il nous faut évoquer un autre différend : celui qui opposa Charles Nicolle au Directeur de l'Institut Pasteur d'Alger : Edmond Sergent⁹⁸. Nous avons parlé plus haut des travaux de ce dernier sur la fièvre récurrente. Maurice Huet, le biographe de Charles Nicolle, a publié une lettre de 1923, qui détaille le conflit qui opposa les deux savants quant à la revendication de la priorité de la démonstration du rôle du pou⁹⁹. Sergent a, en effet, dès 1914, toujours voulu mettre en avant, probablement à juste titre, le fait

⁹⁴ *Comment fut découvert le rôle du pou dans la transmission du typhus exanthématique. Contribution à l'Histoire de la Médecine par les Docteurs Ch. Comte et Félix Régnauld*, Revue Moderne de médecine et de chirurgie, Paris, 1933.

⁹⁵ Huet Maurice, *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie (1866-1936)*, Sauramps médical, 1995, p. 232.

⁹⁶ Duquesne Robert, Portraits Normands. Le Docteur Ernest Conseil, Supplément du *Journal de Rouen* du samedi 13 avril 1929. Nous soulignons.

⁹⁷ Nicolle Charles, Discours prononcé aux obsèques du Docteur Ernest Conseil, le 6 juin 1930.

⁹⁸ Doury Paul, Henry Foley et la découverte du rôle du pou dans la transmission de la fièvre récurrente et du typhus exanthématique, *Histoire des sciences médicales*, Tome 30, n°3, 1996, p. 363-368.

⁹⁹ Lettre de Charles Nicolle à Pasteur Valléry-Radot du 25 juin 1923. Citée par : Huet M., *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie (1866-1936)*, Sauramps médical, 1995, p. 119-120.

que ses propres travaux sur la fièvre récurrente en 1908, avaient eu pour conséquence ceux de Nicolle sur le typhus en 1909. A la suite de la parution de *Biologie de l'invention*, Sergent n'a pu manquer de réagir une nouvelle fois :

« *Le rôle propagateur du pou dans la propagation de la fièvre récurrente a été mis en évidence par Edmond Sergent et H. Foley dans leurs expériences de 1907-1908, rapportées dans une première note en mars 1908. Et c'est le 1^{er} juillet 1909 que Charles Nicolle et ses collaborateurs commencèrent leurs recherches sur la transmission du typhus par le pou. Ils la publièrent en septembre 1909.*

Cependant, bien plus tard, en 1932, la découverte du rôle du pou dans la transmission du typhus a été présentée comme une « illumination subite », un « éclair créateur », « éclair imprévu, brutal, illuminateur », une « intuition aiguë », une « révélation illuminante », la « visite de l'ange » -survenue au moment d'enjamber un typhique moribond.¹⁰⁰ »

Décidément la version de l'éclair créateur avait du mal à être admise par tous !

Il apparaît difficile de comprendre pourquoi, sur la fin de sa vie, le Docteur Charles Nicolle a eu la volonté de présenter une nouvelle version de la découverte qui lui a valu le Nobel, tant celle-ci est peu en accord avec ses textes antérieurs et ne résiste pas à la confrontation avec les faits historiques que nous avons exposés. Ses ouvrages de philosophie scientifique nous donnent quelques éléments de compréhension.

Nicolle croyait en l'acte créateur à l'origine de la découverte. L'acte d'invention procédait selon lui de la révélation subite : « *Un éclair. Le problème, obscur jusque-là et que nulle lampe aux lueurs timides n'aurait révélé, se trouve, du coup, inondé de lumière. On dirait une création¹⁰¹.* » Mais cette révélation ne pouvait être qu'un acte individuel :

« *En dehors du hasard, le génie ne connaît pas de collaborateurs. L'acte de découverte est, par nature, individuel. On voit mal comment l'étincelle féconde pourrait jaillir à la fois dans deux cerveaux, fussent-ils imprégnés de connaissances identiques et dirigés, tous deux, vers la solution du même problème.* » « *Dans la collaboration scientifique, il n'y a qu'un cerveau créateur¹⁰².* »

« *...toutes les conquêtes, toutes les attitudes dont l'humanité tire orgueil et profit sont l'œuvre lumineuse de cerveaux particuliers et non le lent aboutissant d'efforts associés¹⁰³.* »

Sans nul doute, Charles Nicolle était profondément convaincu d'avoir été le « cerveau créateur » à l'origine de la compréhension du rôle du pou dans la transmission du typhus. Si son but n'a pas été de méconnaître la part prise par ses collaborateurs, Nicolle avait la conviction d'avoir été le phare qui guide ces « acteurs du succès » mais qui ne peuvent être considérés que comme des aides : les soutiens et les « compagnons du génie¹⁰⁴. » Il avait en effet acquis la certitude d'avoir toute légitimité pour se réclamer, devant la postérité, seul propriétaire de la découverte :

« *A mon opinion, l'invention est un phénomène instantané, une divination, quelque chose qui rappelle les mutations.*

¹⁰⁰ Notice sur l'Institut Pasteur d'Algérie. Tome II, Alger, 1949, p. 237-238.

¹⁰¹ Nicolle Charles, *Biologie de l'invention*, Paris, Félix Alcan, 1932, p. 6.

¹⁰² Nicolle Charles, *Biologie de l'invention*, Paris, Félix Alcan, 1932, p. 93.

« *Je considère l'esprit d'invention comme une faculté individuelle.* » Nicolle Charles, *Responsabilités de la médecine*, Paris, Félix Alcan, 1936, p. 37.

¹⁰³ Nicolle Charles, *Responsabilités de la médecine*, Paris, Félix Alcan, 1936, p. 9.

¹⁰⁴ Nicolle Charles, *Biologie de l'invention*, Paris, Félix Alcan, 1932, p. 94.

Ma conclusion, au point de vue pratique, est donc que l'inventeur a le droit de réclamer le fait établi par lui comme son bien propre. Il a, sur ceux qui l'ont précédé et dont il serait injuste d'oublier l'effort, cette supériorité évidente d'avoir vu le premier la voie lumineuse, alors qu'ils n'ont pas quitté l'ombre, quand bien même ils côtoyaient la bonne voie¹⁰⁵. »

Et, balayant ces controverses et polémiques, voici ce qu'il écrivait à la fin de sa vie :

« A présent, devant les pires attaques, je ne me sens plus le besoin d'écrire. Les ans m'ont rendu sage. Ils ne m'ont pas rendu insensible. J'éprouve, par moments, l'envie démesurée, brûlante, de répondre. J'esquisse parfois le monologue en moi. Mais l'expérience me dit qu'il n'est qu'une réponse qui fasse taire: le silence¹⁰⁶. »

¹⁰⁵ Nicolle Charles, *Responsabilités de la médecine*, Paris, Félix Alcan, 1936, p.38.

¹⁰⁶ Nicolle Charles, *Responsabilités de la médecine*, Paris, Félix Alcan, 1936, p.54-55.

CHARLES NICOLLE AU COLLEGE DE FRANCE

Par Louis-Michel WOLF¹

Mai 1932

A 80 ans, couvert d'honneurs, Arsène d'Arsonval a pris sa retraite. Auréolé de sa célébrité, et malgré son âge, ses charges à Tunis, et un état cardiaque qu'il n'a confié qu'à son ami Duhamel, Charles Nicolle a été élu pour lui succéder dans la prestigieuse chaire de Claude Bernard au Collège de France. A 65 ans, bien qu'il soit toujours directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, Nicolle est conscient d'avoir sa carrière de chercheur derrière lui, et se tourne délibérément vers l'avenir, auquel il prévoit de consacrer son enseignement au Collège.

Il va dès lors, au-delà de ses recherches personnelles sur les maladies infectieuses, qui lui ont valu quatre ans plus tôt le prix Nobel, développer des vues générales sur l'évolution de ces maladies infectieuses au cours de l'histoire de l'humanité, et sur la pratique de la médecine expérimentale. Le titre de son ouvrage « Introduction à la carrière de la Médecine expérimentale » est un clin d'œil évident à l'« Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale », œuvre culte de son illustre prédécesseur Claude Bernard. Son but, tel qu'il l'a exposé lors de sa candidature, est d'éveiller des vocations de chercheur parmi les « jeunes médecins instruits, particulièrement les internes des hôpitaux de Paris. » (*lettre à Georges Duhamel du 31 12 1931*).

Lors de sa leçon inaugurale, en présence d'Arsène d'Arsonval, il confirme et détaille son projet d'enseignement.

- 1° Introduction à la carrière de la médecine expérimentale (1° année, 1932) ;
- 2° Le Destin des maladies infectieuses (2° année, 1933) ;
- 3° L'Expérimentation en Médecine (3° année. Première série, 1934) ;
- 4° Responsabilités de la Médecine (Première série, 1933) ;
- 5° Responsabilités de la Médecine (Seconde série, 1935).

La maladie, puis son décès le 28 février 1936 ne lui permettront pas d'achever lui-même ce projet d'enseignement. Dans une remarque préliminaire, il indique « ne point chercher le plaisir mesquin d'entretenir (l'auditeur) de ses travaux, bien qu'il lui faille en parler, même longuement, à titre de document ou d'exemple. » C'est donc à partir des réflexions que lui ont inspiré ses travaux de pastorien qu'il commence cet enseignement. Convaincu que, comme tout ce qui touche le vivant, les maladies infectieuses évoluent, il s'interroge sur leur naissance, puis sur leur devenir, et leur éventuelle disparition. Charles Nicolle aimait écrire, et avait choisi le terme de philosophie biologique pour regrouper ses écrits de cette période. Compte tenu de son don des formules, et de sa personnalité complexe, non dénuée de contradictions, il m'a semblé que le mieux est de lui permettre de s'exprimer lui-même, en préférant toutefois un ordre thématique à la stricte chronologie. Laissons-lui donc la parole.²

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14, années 2017-2018

¹ Professeur émérite à la Faculté de Médecine de Rouen, Université de Rouen Normandie.

² Huet, Maurice, *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie*.

Vie et mort des maladies infectieuses

Lors de sa 4^e leçon, il aborde son thème d'élection :

« J'ai défini l'infection inapparente : une maladie aiguë, septicémique, qui a son incubation, son évolution caractérisée par le pouvoir infectant du sang, ou d'un autre organe, qui a sa guérison, laquelle laisse une immunité plus ou moins durable. Je l'opposais à la forme latente, qui est un état subaigu ou chronique dans lequel le porteur conserve, sans en souffrir, le germe d'une maladie dont il a pu souffrir antérieurement, et qui est susceptible de reprendre de la virulence pour le porteur lui-même ou de se transmettre à d'autres individus... La notion des infections inapparentes nous intéresse encore au point de vue historique. Elle permet de comprendre comment certaines maladies actuelles ont pu apparaître et³ surtout sous quelles formes elles pourront s'éteindre... J'aurai à répondre, dans les mesures où nos connaissances y autorisent, à des questions que vous vous êtes posées, que chaque esprit réfléchi, même seulement curieux, se pose :

Les maladies infectieuses que nous observons ont-elles toujours existé ?

En est-il, parmi elles, qui soient apparues au cours de l'histoire ? Peut-on supposer qu'il en paraîtra de nouvelles ? Peut-on supposer que certaines de ces maladies disparaîtront ? En est-il déjà disparu ? ...L'une d'elles...la fièvre ondulante (ou fièvre méditerranéenne) est apparue au début du XIX^e siècle dans l'île de Malte... Elle justifie le nom de maladie d'avenir que je lui ai donné il y a une dizaine d'années...

Nous est-il permis de chercher à nous représenter comment sont apparues les maladies infectieuses ?

L'évolution des êtres supérieurs...se fait suivant deux mécanismes : des transformations lentes que la lenteur qui y est nécessaire rend incertaines, précaires et qui, pendant très longtemps, sont réversibles ; des variations brusques par acquisition soudaine d'un caractère nouveau, les mutations qui, elles, sont irréversibles. Il ne peut en être autrement des agents pathogènes vivants.

Il y aura des maladies infectieuses nouvelles... C'est un fait fatal. Un autre fait, aussi fatal, est que nous ne saurons jamais les dépister dès leur origine. Lorsque nous aurons notion de ces maladies, elles seront déjà toutes formées, adultes pourrait-on dire. Pour qu'on la reconnaisse plus vite, il faudrait que l'infection nouvelle soit d'importation exotique et douée d'un pouvoir marqué de contagiosité, telle autrefois la syphilis à son débarquement en Europe. Le monde est devenu trop petit pour que cette hypothèse se réalise et, d'ailleurs, il ne s'agirait pas, dans ce cas, d'une maladie inédite. Quant à saisir le mal lors de ses premiers essais, la chose est irréalisable.»

L'exemple des légionelloses, du SIDA, du SRAS, de la maladie d'Ebola viennent évidemment aujourd'hui en écho à ces réflexions de Nicolle.

La guerre microbienne

³ Sauramps médical, Montpellier, 1995, 1 vol. 243 p.

« Il aurait été surprenant que l'homme dont le génie s'emploie tout autant au mal qu'au bien n'ait pas cherché une arme de destruction contre ses semblables dans les acquisitions de la science des maladies infectieuses. On a donné, à ce genre de crime, le nom de guerre microbienne. Il ne faudrait pas croire que l'homme ait attendu, pour songer à cette utilisation scélérate de nos maux, la découverte des microbes. Dans bon nombre de cas, la propagation criminelle d'une maladie infectieuse quelconque aurait cette fatale conséquence qu'elle se retournerait contre ceux qui l'emploieraient. Gardons-nous toutefois de conclure que la guerre microbienne est impossible et que, dans le secret de certains laboratoires, malgré les protestations publiées, elle n'est pas partout préparée. Il y a certainement des méthodes inédites à l'étude. Ce serait s'associer à l'œuvre criminelle que de divulguer celles dont on pourrait attendre des méfaits. »

Là encore, les attentats utilisant, voici quelques années, la bactérie charbonneuse (Anthrax) sont venus confirmer ces prédictions de Nicolle.

Les maladies infectieuses que nous connaissons existeront-elles toujours ?

« S'il en naît d'inédites, comme il est logique de le supposer, vont-elles s'ajouter aux autres, ou bien le nombre des maladies se réduira-t-il par suite de la disparition, de la mort de certaines ?... Tout ce que les observations, pratiquées depuis que la médecine est une science, nous montrent de moins obscur, c'est que les maladies infectieuses se modifient avec le temps, qu'elles évoluent... Qui dit vie dit évolution.

Donnons quelques exemples de transformations observées : La pneumonie est une ancienne connaissance à nous. Elle a été, depuis longtemps, excellemment observée et décrite dans sa forme classique, dite franche parce que les symptômes en sont bien apparents, tranchés... Or cette pneumonie classique devient de plus en plus rare... Depuis la date de son importation en Europe, la syphilis a beaucoup changé. Si donc, à l'exception près que nous avons dite, l'effort des hommes peut réaliser un jour la suppression d'une ou de quelques maladies infectieuses, le fait n'appartiendra qu'à lui. Il ne sera pas d'ordre naturel ; il n'éclairera pas sur les voies obscures par lesquelles la nature peut arriver au même but... dans l'état actuel de nos connaissances, elle ne saurait être espérée que pour quelques maladies particulières... Comment envisager sans témérité comme possible l'extinction de la grippe, mal insaisissable dans ses foyers d'origine et de conservation ? Pour la plupart des maladies infectieuses, l'œuvre semble dépasser actuellement nos moyens et nos efforts. En pratiquant le traitement périodique des professionnelles, en soignant tous les syphilitiques, il est aisé aujourd'hui, dans une région civilisée, de faire disparaître la contagion... La suppression totale de la syphilis ne peut-être le résultat que d'une entente commune entre les hommes et de l'universalité de l'effort. Comment espérer cet effort quand les hommes cherchent encore à se détruire ? Bien souvent, nous ne pouvons appliquer qu'incomplètement nos méthodes... Si la dose inoculée du produit curatif approche, sans l'atteindre, de la dose stérilisante, la plupart des germes périssent ; mais ceux qui ont résisté donneront une descendance qui témoignera, vis-à-vis du même médicament, de **résistances** plus fortes, parfois insurmontables.

Le traitement aura donc eu pour résultat de créer des races microbiennes plus difficiles à détruire

La seule voie par laquelle une opération naturelle peut amener la disparition d'une maladie, c'est la répétition de cette maladie sur les individus de l'espèce sensible à toutes les générations pendant la durée de longs siècles... Il est classique de citer à ce sujet le typhus exanthématique et la fièvre jaune dont on connaît les formes graves chez les nouveaux venus dans les pays où ces maladies sont habituelles, tandis que les autochtones les contractent sous

forme atténuée, souvent méconnaissable. Il est donc probable que, dans la voie d'atténuation progressive, d'effacement, les maladies infectieuses ont passé, passent et passeront par des formes inapparentes.

Ce que seront les maladies infectieuses dans l'avenir

Il en naîtra de nouvelles ; il en disparaîtra lentement quelques-unes ; celles qui subsisteront ne se montreront plus sous les formes que nous leur connaissons aujourd'hui. Au total, quel sera le résultat de ce changement ? Si le nombre des maladies nouvelles dépasse celui des maladies qui disparaîtront, que deviendront nos descendants et les animaux domestiques dans un monde, de plus en plus peuplé en germes pathogènes ? L'homme, par son intelligence, constitue un tel facteur de l'avenir du monde qu'il nous faut, pour essayer de répondre, envisager deux cas, celui où la civilisation humaine ne fera que se développer et s'étendre davantage, celui où la civilisation des hommes rétrograderait.

Si la civilisation humaine se maintient, si elle continue de se développer et de s'étendre... les échanges, les migrations, importeront en tous pays les maladies humaines et animales de chaque région. L'œuvre est déjà très avancée ; elle est assurée d'avenir. Mais, si l'homme civilisé doit fatalement poursuivre son rôle de propagateur des agents pathogènes, les progrès de la science humaine armeront de mieux en mieux nos descendants contre toutes les maladies infectieuses. Plus nombreuses, plus répandues, ces maladies seront moins à craindre. Il n'y a cependant point, en biologie, d'anticipation qu'on doive systématiquement écarter. Si la civilisation humaine subissait un recul,...si le nombre total des hommes venait à diminuer, si même notre espèce venait à disparaître,...l'avenir des maladies infectieuses n'appartiendrait plus qu'à la nature...

La connaissance des maladies infectieuses enseigne aux hommes qu'ils sont frères et solidaires. Nous sommes frères parce que le même danger nous menace, solidaires parce que la contagion nous vient le plus souvent de nos semblables...Nous devons faire confiance à ceux qui nous suivront. Pacifiques et meilleurs, ils sauront de mieux en mieux se défendre, protéger leurs pareils et les animaux utiles à leur vie contre la tourbe dantesque, mais inintelligente, indisciplinée des maladies infectieuses. »

La Carrière de Médecine expérimentale

Ainsi Charles Nicolle a-t-il fait part à ses auditeurs du Collège de France de l'essentiel des réflexions issues de ses travaux de pastorien à Tunis, qu'il avait développées par ailleurs dans son ouvrage *Destin des Maladies infectieuses*. Mais, comme il l'avait d'emblée annoncé, le but de ses leçons au Collège va bien au-delà de ces réflexions sur les maladies infectieuses. Il souhaite avant tout susciter des vocations de chercheur pour cette Médecine expérimentale qu'il a pratiquée avec passion, et sur le présent et l'avenir de laquelle il va exprimer ses vues. Allant plus loin, il se préoccupe de la formation des médecins de son époque, formation dont il critique vertement l'archaïsme, l'inadéquation et l'injustice des modes de recrutement, et pour laquelle il formule de remarquables projets de réforme. Pour un médecin de ma génération, qui a eu la chance de faire partie des quelques internes des hôpitaux de Paris recrutés en 1959-60 par Robert Debré pour participer très modestement à l'élaboration de sa réforme hospitalo-universitaire, ces projets de Charles Nicolle suscitent une vive admiration par leur caractère novateur, courageux et prédictif. C'est sans doute la mort de Charles Nicolle, puis la seconde guerre mondiale qui expliquent que dans ce domaine rien n'ait changé pendant un quart de siècle, jusqu'à ce que Robert Debré se saisisse du problème.

Là encore, laissons la parole à Charles Nicolle qui justifie cette orientation de son enseignement au Collège, et sa prédilection pour la formation de chercheurs qui aient une solide base médicale, avant de se consacrer ensuite rapidement et exclusivement à la recherche, biologique et/ou médicale, en renonçant à une « carrière » universitaire.

« J'ai pensé qu'au soir de sa carrière, le savant qui avait pu mener à bien son aventure devait compte des conditions dont relevait le succès...et que j'avais **un message à porter aux jeunes gens...** »

Je n'ai pas cherché, en me présentant à cette chaire, une satisfaction d'amour-propre...Je n'ai point cherché davantage le plaisir mesquin de vous entretenir de mes travaux, bien que je doive en parler, même longuement, à titre de document ou d'exemple. Je ne suis même point venu pour vous exposer des idées personnelles. J'ai formé le projet d'entraîner une partie de vous à se consacrer à la médecine expérimentale. Nos laboratoires de France n'attirent plus la jeunesse...Si vous laissez crouler l'édifice de la médecine expérimentale française, qui sait quand et par quelles mains le travail sera repris ? La disette présente s'explique. Elle est naturelle. Des erreurs persistantes l'ont amenée. Si elle doit porter un préjudice à notre société, ce préjudice, notre société l'a mérité. Elle l'a mérité par son indifférence... »

Charles Nicolle se lance alors dans une de ses diatribes familières contre les gouvernants, les journalistes, et la Société en général :

« **Ce qu'on a marchandé le plus de tout temps (aux chercheurs), c'est l'argent...**

Le public admet que la presse s'occupe des savants, un peu moins que des vedettes des spectacles et des sports dont il comprend mieux les mérites ; mais il souffrirait de ne pas être informé sur tout. Les savants n'ont rien gagné à cette nouvelle attitude. Bâclés trop souvent par des ignorants, les articles de journal déforment leurs travaux et outragent leurs idées... Battons aussi notre coulpe. Les hommes de science ne sont point parfaitement innocents de la désertion qu'ils déplorent...Ils ont péché contre l'avenir en laissant se créer, se développer la légende du savant modeste, indifférent à la fortune, à la rumeur publique, soucieux seulement de sa passion. »

Puis il revient à son propos :

« **Les jeunes médecins sont, pour la tâche, les premiers ouvriers utiles** et elle ne peut être entreprise que par eux. Pour la mise en chantier des études auxquelles je vous convie, la première condition est de connaître la médecine. Je sais bien qu'on va m'objecter que les plus grands progrès ont été souvent l'œuvre d'esprits supérieurs, étrangers par leur instruction à la branche du savoir humain dont ils devaient s'assurer la conquête. Il est exact que Pasteur n'était point médecin, mais chimiste, et que Lavoisier était fermier général. De tels exploits, les plus éminents, n'ont été possibles que dans des périodes héroïques, comme il s'en rencontre à l'aube de toutes les sciences. Qui douterait, d'autre part, que Pasteur n'ait pris conseil de médecins, de vétérinaires avant de s'engager sur la route que son génie devait éclairer ?

... La première qualité que nous demandons à nos jeunes adeptes est donc de savoir la médecine. C'est aussi de l'aimer. On ne s'intéresse au progrès que de ce qu'on aime. Il faut aimer la médecine dans son idéal qui est celui de toute science, la connaissance, et dans son objet immédiat qui est le bien des hommes...Il est, pour la compréhension des phénomènes de la vie, des façons de concevoir particulières, de même que, pour leur étude, un état de l'esprit qu'ignorent et que repousseraient justement les servants des sciences exactes...Pas plus qu'aux physiciens et aux chimistes, nous n'avons à demander à nos collègues botanistes et zoologues leur esprit et leurs conceptions...Tout en demandant leur collaboration à nos collègues des sciences exactes, nous devons employer, pour nos investigations d'attente, des méthodes à

nous, les méthodes de la biologie médicale....Adaptation, accoutumance, peut-être plus simplement mémoire, sont des expressions purement biologiques, les faits qu'ils définissent de simples constatations. Pour concevoir de tels faits, pour en dégager ensuite les applications qu'ils engendrent, certes un esprit méthodique, celui du savant, est nécessaire. Sans méthode, sans discipline, tout essai dans la connaissance demeure stérile. L'esprit qu'il faut apporter en biologie n'est pas toutefois celui des sciences exactes. Il se situe à mi-chemin entre cet esprit, le plus élevé, et celui de l'observateur imaginaire. C'est à cet esprit intermédiaire que nous donnons le nom d'esprit biologique. Aussi, les jeunes collaborateurs auxquels nous faisons appel doivent-ils être surtout des biologistes et des médecins. »

Nicolle expose ensuite sa conception du chercheur, qui doit à la recherche l'exclusivité de son travail :

« **La découverte n'est pas une création**, bien qu'elle en donne l'apparence. Les faits de science existent avant leur révélation. Si nous sommes les premiers à en saisir un, à le présenter, il est bien évident que nous ne le forgeons pas de toutes pièces. Nous l'avons seulement mis au jour. Plus souvent, l'invention est la saisie d'un rapport entre des faits déjà connus ; c'est une association inédite d'idées...

Le métier de savant n'est pas différent des autres carrières. Pour l'aborder avec des chances de succès, il faut s'y sentir porté... Encore, avant de se donner, convient-il de confronter le but avec les ressources. Si vous sentez que vous vous êtes trompés de route, n'allez pas plus loin...Ni trop tôt ni trop tard, il faut se mettre à la recherche et, à partir de ce moment, cesser, quelles que soient vos lacunes, d'accroître le bagage. On ne doit pas, comme trop ont tendance à le faire, mêler, en la prolongeant outre mesure, la période d'emmagasinement des connaissances avec celle où l'on veut produire. Sans doute, il est nécessaire de se tenir au courant des progrès nouveaux. Une spécialisation étroite rend inapte à la compréhension de phénomènes qui dépendent des causes les plus diverses et, souvent, de causes générales. Il n'en est pas moins vrai que chercher à se tenir au courant de tous les détails n'est pas tant incompatible avec la recherche...que nuisible à l'exercice intime des fonctions de découverte. Rien de plus alourdissant que l'érudition pour le chercheur, engagé sur la route d'un problème...Ce n'est pas des idées des autres dont il a besoin, c'est de l'éclosion, du développement de ses idées propres. A ce titre, **il ne devra pas se mêler d'enseigner, sauf sur les questions qui ont trait à ses travaux** ou à ses conceptions personnelles. Celui qui professe est nécessairement un érudit. L'inventeur ne doit pas l'être. L'exercice de la chaire déforme l'esprit. Aussi, combien est-il absurde de donner à celui qui cherche, au perpétuel étudiant, le titre germanique de professeur...Le choix du sujet est essentiel. Il ne suffit pas que ce choix convienne à vos moyens ; il importe que la question vous plaise...Il est un collaborateur sur lequel nous ne pouvons pas grand-chose et qui, cependant, joue un rôle important, souvent décisif, dans la découverte : le hasard...Il faut nécessairement espérer pour entreprendre, s'il n'est point nécessaire d'avoir réussi pour persévérer...Il n'est d'ailleurs nullement souhaitable que le savant se retire en marge du monde. Il faut qu'il se mêle à la vie. La vie élargit le champ des idées... ».

Après avoir décrit la « griserie » de la recherche, Nicolle en vient aux autres « avantages » qu'elle peut apporter. Il met en garde contre la « fausse monnaie que sont les titres et les rubans ». Puis il en vient à l'argent :

« **Dites-vous bien que le temps est passé des subsides dérisoires.** La communauté a besoin de vos services; elle n'ignore plus qu'elle ne peut point s'en priver. Pourquoi continueriez-vous une générosité archaïque ? De quel droit lui sacrifier le bien des vôtres, celui de vos successeurs, le respect du travail et cette part de votre idéal, l'avenir de la science. Tant que la société humaine reposera sur l'argent, c'est l'argent seul qui donnera considération et

puissance. Vous êtes nécessaires, puisque vous manquez. Denrée rare, denrée la plus précieuse, faites-vous payer à votre prix...Ce qui vous attire, c'est la perspective de la découverte. Aimez cette perspective et, si vous touchez le succès, aimez le succès. Cependant, sachez bien ce que vous devez aimer dans la réussite. Ce n'est pas une renommée durable...C'est la grandeur et l'infirmité de la carrière du savant que les découvertes, à peine accomplies, échappent à leur auteur pour se fondre dans l'ensemble des connaissances. Il est, au demeurant, de meilleurs biens qu'une illustration posthume : l'estime de ceux qui vous entourent, celle des jeunes, celle de vos égaux, parfois la jalousie de certains, car la jalousie est un aveu et un hommage. Il est beau, au soir de la vie, comparant l'occupation de ses jours avec la banalité, le vide des autres existences, de se dire que... grâce à un effort courageux, le rêve qu'on a formé, vécu, s'est immortalisé dans les faits.»

Abordant, comme il l'avait annoncé, les divers aspects de cette carrière de la médecine expérimentale vers laquelle il souhaite orienter de jeunes médecins, Nicolle commente l'individualisme particulier qu'il prête aux médecins.

« **L'individualisme existe chez tous les hommes...**et ce sont les conditions particulières de la carrière médicale qui amènent son développement, voire son hypertrophie... C'est donc par suite de l'éducation de son esprit...et par influence du milieu, que le médecin acquiert la tendance personnelle qui se traduit par le caractère individualiste. Il n'est point d'ailleurs que les médecins à témoigner d'une hypertrophie de la conscience individuelle. Il n'est, cependant, nulle profession qui mène à cet état d'esprit aussi régulièrement que la médecine. Le médecin acquerra le respect de l'originalité, sachant que toutes les conquêtes, toutes les attitudes dont l'humanité tire orgueil et profit sont l'œuvre lumineuse de cerveaux particuliers et non le lent aboutissement d'efforts associés...L'exercice de la profession ne lui montre pas seulement des différences individuelles chez ses malades ; il lui enseigne le respect de la santé, de la vie.»

“ Infirmités de l'enseignement médical français ”

Puis Nicolle s'en prend, avec quelle véhémence ! Mais aussi avec une formidable lucidité, aux vices de l'enseignement médical français de son époque. Il faudra, nous l'avons vu, encore près de trente ans pour en voir la réforme. Chemin faisant, il revient sur une idée qui lui est chère, celle de la prééminence des “esprits supérieurs”, et il accable avec férocité les “esprits moutonniers”. Il en profite aussi pour défendre l'éducation classique des médecins, qui en fait des humanistes, et qu'il serait “criminel de leur enlever”.

« Il n'est pas jusqu'aux infirmités de l'enseignement médical français qui ne soient appelées à renforcer le sentiment individualiste. Le régime des concours, auquel il faut bien que le médecin se soumette, s'il veut, dans l'état de nos institutions françaises, obtenir une place d'élite, ce système désuet et déplorable, affrontant les individus, exagère chez chacun le sentiment de sa valeur particulière...Cette opinion exagérée de l'importance du rôle qu'on lui accorde contribue à développer, dans son propre esprit, le sentiment de la valeur de ses actes. Nulle action qui ne connaisse les excès quand l'habitude s'en mêle...

Comment ne se sentirait-il pas d'un tempérament différent des autres ? Les autres, c'est la masse qui souffre, c'est la société. Comment, à cette société ignorante ou inerte, esclave des préjugés ou de formules, n'opposerait-il pas un esprit affranchi et libre, novateur, ennemi des lois ? Comment son activité individualiste ne se dresserait-elle pas devant les routines de la majorité ?...C'est cette conception, en opposition avec l'opinion sociale, en opposition aussi bien avec la médecine officielle, qui fait du médecin un individualiste. Lorsqu'un tel médecin exerce des fonctions professorales, la tendance outrée de son esprit le conduit au système. Tout individualiste qui enseigne tend à fonder une chapelle. Le pontife y dogmatise. En médecine expérimentale, les excès de l'individualisme ne sont pas moindres. Mais là, si

brillamment qu'on les conduise, ils rencontrent le vivant rempart des faits. Qui s'entête est brisé...

Après avoir fait le procès des exagérations, établissons le bilan des avantages. En médecine, ils sont éclatants. Nous ne le répéterons jamais assez, les acquisitions nouvelles ne sont pas le fait de la masse, mais l'œuvre d'individus privilégiés...L'individualisme ne peut s'exercer sans indépendance d'intelligence et de caractère. Une qualité si éminente hausse celui qui la porte au-dessus des esprits moutonniers, sans indépendance, sans envergure, déplorablement soumis et plats...La modestie ne va pas sans le renoncement, sans la passivité. »

Amour propre, priorité des découvertes, et « récompenses » ...

Vient alors un point qu'on sent extrêmement sensible, celui de la priorité en matière de découverte.

« Je distingue invention et découverte. Je réserve le nom d'invention à la découverte individuelle. Je considère l'esprit d'invention comme une faculté individuelle. Il est des découvertes collectives. Dans celles-ci, la part de chacun des ouvriers est bien difficile à établir. Il est, cependant, une condition formelle à la revendication d'une découverte, condition exigible des plus grands esprits créateurs. Il ne suffit pas que leur intelligence ait conçu, publié le fait inédit, il faut qu'ils l'aient réalisé, démontré, et qu'ils en aient prévu, indiqué la portée générale ou pratique. Il est donc possible, il doit être assez fréquent qu'une invention ait été conçue, parfois affirmée avant le jour où un homme de génie l'imposa. Si le premier esprit n'a pas pesé la valeur de sa conception, s'il n'a pas apporté la démonstration du fait nouveau, de l'idée inédite, il n'a nul droit de priorité. Tout au plus pourrait-on dans certains cas, lui reconnaître le titre de précurseur...Je ne crois pas, pour un savant, à la justice de ses pairs ; pas davantage à celle de l'opinion...Elle ne retient que les grands noms, les vastes conceptions, les applications utiles. »

On en vient ensuite aux récompenses matérielles et aux honneurs.

« Existât-il, à titre d'exception, le savant indigent ne mériterait nulle louange. Moins indifférent à la vie, plus ménager de soi, de sa machine, il eût produit davantage. Il n'aurait pas imposé à ses disciples une règle qui les diminue en moyens, en activité, en valeur intellectuelle. Est-il des savants indifférents aux honneurs ? Il n'en est guère qui ne s'y complaisent ; moins encore qui ne les jalouent chez leurs pairs. Le scientifique modeste existe. Ai-je besoin d'ajouter qu'il ne rencontre pas l'approbation de ses collègues ? Ils le traitent volontiers d'original, d'orgueilleux... Ce que je viens de dire vaut pour la société actuelle, le régime capitaliste sous lequel nous vivons. Si le communisme venait à imposer ses doctrines à l'humanité... reste à savoir si, l'intérêt de l'individu étant rayé du jeu au départ, il y aurait encore des inventeurs. »

Réformer les études médicales en France

Nicolle aborde enfin le cœur de la réforme dont il rêve pour les études médicales en général, réforme dont beaucoup d'éléments ont fini par être, très tardivement, mis en œuvre.

« Ce n'est pas s'écarter de l'étude des problèmes qui relèvent de cette chaire que de traiter des méthodes de recrutement des artisans de notre patrie. Nous nous trouvons donc devant trois problèmes : Assurer au mieux le recrutement de ceux auxquels la communauté confiera la responsabilité d'une charge publique à l'hôpital ou dans un service d'hygiène ; élire les médecins responsables de l'enseignement et des applications de notre science ; enfin, recruter ceux auxquels reviendra la mission de découvrir des méthodes bienfaisantes nouvelles ou d'améliorer celles qui existent. L'anonymat sert le sujet moyen et le sujet médiocre. Il dessert

l'élite... Le choix a un avantage incontestable. Il est franc. Il s'exerce au grand jour. Quoi qu'on puisse penser des excès du favoritisme, il est une limite au cynisme : le jugement de l'opinion publique, le scandale. Tandis que, sous le couvert d'un anonymat qui, nous le verrons, n'est rien moins qu'assuré, l'injustice, lorsqu'elle se glisse, jouit de l'impunité des vilénies cachées. Le concours est une loterie. La mémoire est une ressource d'un prix inestimable... Quelle épreuve fera valoir des qualités d'un prix tout aussi grand : l'honnêteté, la conscience ?... Apprendre à exposer une question est école de clarté. Ce que l'entraînement aux concours a de mauvais... ce sont les moyens habiles de...dissimuler ses lacunes sous des termes vagues... L'entraînement aura fâcheusement développé chez ceux qui les possèdent... un penchant à préférer... la lettre à l'essentiel... »

Suivent les détails d'un projet, pour l'époque avant-gardiste : suppression du concours de l'externat, et fonctions d'externe pour tous les étudiants en médecine. Nul étudiant ne pourrait se présenter aux examens de faculté sans avoir validé ses stages hospitaliers. Sélection des « plus aptes » d'entre eux par le chef de service : ceux-là seuls seraient autorisés à présenter le concours de l'internat, mais uniquement après avoir validé tous leurs examens de médecine de façon à pouvoir exercer d'emblée leurs fonctions en sécurité pour les patients. Les internes seraient de ce fait plus âgés, si bien que

« ne persisteraient guère que ceux qu'animerait le ferme désir d'augmenter le bagage de leurs connaissances et de s'élever à un poste plus haut. Le concours y gagnerait d'être moins long, moins accablant pour le jury. En conséquence, le nombre des épreuves pourrait être augmenté, ce qui amoindrirait la part du hasard... »

Nicolle prévoit ainsi une épreuve pratique et un écrit, tous deux éliminatoires, puis deux questions d'oral : médecine et chirurgie, avec une limitation à quatre concours successifs. « Dans aucun cas, pas plus pour le recrutement des internes que pour celui des médecins d'un ordre plus élevé, le jury ne devrait être tenu à nommer autant de candidats qu'il se trouve de places à pourvoir... » Les médecins des hôpitaux seraient nommés uniquement sur l'examen de leurs travaux. Afin de restreindre la part de l'injustice, le nombre des juges serait augmenté. Dans le cas des hôpitaux de grandes villes, il y aurait un concours particulier pour chaque spécialité... Une même méthode d'élection s'impose pour les médecins chargés d'enseigner : le choix, sur examen des travaux. Mais ici, une épreuve d'un autre ordre est nécessaire : la leçon. Pour la sélection entre les admissibles, il serait tenu compte uniquement des travaux publiés. Le jury comprendrait des spécialistes... choisis parmi les professeurs de toutes les Facultés françaises. La nomination ne serait pas faite pour une Université déterminée, mais pour toutes les Universités du pays. Un certain nombre d'Écoles de Médecine, très peu, pourraient être élevées au rang de Facultés. Je verrais, avec soulagement, la plupart disparaître... L'homme en place ne doit pas jouir d'une inviolabilité formelle... Ne voit-on pas les excès auxquels conduisent une intangibilité, conférée par un diplôme ?... »

Problèmes de « morale professionnelle »

A lire la façon dont Nicolle envisage les questions posées par le secret professionnel, on mesure un tel fossé avec notre conception actuelle qu'en discuter paraîtrait assez anachronique. En revanche, il précède l'opinion de son temps lorsqu'il traite courageusement de "l'intervention homicide dans les cas désespérés", qu'on qualifierait aujourd'hui d'euthanasie active. Après avoir rappelé que le devoir du médecin est toujours de conserver la vie, et d'utiliser toutes les ressources des antalgiques, il s'arrête au cas du patient agonisant, où « s'opposent les règles et la conscience. Le médecin, plus familier des questions biologiques que la plupart des autres hommes, doit savoir prendre, au besoin, des déterminations interdites par les décrets ou bien ignorées d'eux. Il les prendra et les appliquera en évitant de donner à

ses actes un retentissement public... Dans le cas où le silence se trouve violé, ... le médecin ne devra pas s'excuser, ... il revendiquera ... fièrement la responsabilité de son acte ».

Santé publique, et rôle international de la Médecine : responsabilité du médecin

Viennent ensuite des considérations sur l'organisation de la santé qui, aujourd'hui, n'ont pas perdu leur pertinence. Elles témoignent d'une vision citoyenne qui surprend d'autant plus agréablement que leur auteur, à d'autres moments, ne cache pas son opinion sur les populations "inférieures".

« Le bien des malades offre partout le même prix. On ne saurait admettre que les provinciaux, les français et les indigènes des colonies soient moins bien traités à ce point de vue que les parisiens. Ils se trouvent assez desservis déjà par les circonstances dont la plus fâcheuse est l'éloignement du centre hospitalier et du médecin. »

Charles Nicolle conclut ces propos en envisageant le rôle international de la Médecine et des médecins, mais aussi la conscience que le médecin doit avoir de sa responsabilité dans la société...

« Biologiquement, zoologiquement, il n'existe qu'une humanité... La science montre au médecin... le néant des barrières, des classifications, des races... On conçoit qu'en dehors de leur action bienfaisante pour la collectivité des hommes, les groupements internationaux de médecins soient appelés à jouer un rôle dans le rapprochement des nations... L'exercice médical n'est possible que dans les conditions de liberté. On ne conçoit pas un médecin enchaîné... à un régime. Chez le médecin fonctionnaire, l'homme... de conscience doit dominer l'administrateur. »

Il termine en étudiant la responsabilité du chef d'un établissement de médecine expérimentale, et notamment l'attitude à avoir vis à vis de la presse, dont il constate la puissance, mais critique âprement « la totale incompétence... qui fait passer, avant le fond, les apparences. Il faudrait apporter aux journalistes des textes rédigés, avec interdiction d'y changer une lettre ».

Une pensée prospective et humaniste

Ces leçons au Collège de France, que sa santé déclinante ne lui a malheureusement pas permis de terminer, révèlent la personnalité complexe, fascinante et parfois paradoxale de Charles Nicolle. Intellectuellement novateur, homme de passions, d'abord et avant tout pour la science et la médecine, il est cependant resté profondément conservateur, marqué par la rigidité de son éducation, et peut-être par ses durables liens avec Léon Daudet, l'ami de sa jeunesse devenu le virulent politicien et polémiste que l'on sait. Aigri par sa précoce surdité, alternant enthousiasme et amertume, modestie et conscience de son génie, mais fidèle et aimé de ses amis, épris de justice et attentif au sort de tous les défavorisés, en même temps que censeur impitoyable de ses contemporains et de l'évolution de la société, il a heureusement trouvé dans la chaleureuse amitié de Georges Duhamel une influence humaniste, le constant réconfort, et les amicales remontrances qui l'ont aidé à se tourner avec clairvoyance vers le futur, malgré son angoisse existentielle.

Bibliographie

- Nicolle (Charles), *Leçons du Collège de France, première année. Introduction à la carrière de la Médecine expérimentale*, Paris, F. Alcan éd., 1932, 103 p.
- Nicolle (Charles), *Biologie de l'invention*. Paris, F. Alcan éditeur, 1931, 160 p

- Nicolle (Charles), *Destin des maladies infectieuses (3e éd.)* Paris, Presses universitaires de France, 1939, 1 vol. in-16, 301 p.
- Nicolle (Charles), *Leçons du Collège de France, Responsabilités de la Médecine.* Paris, F. Alcan éd., 1936, 245 p.
- Feltgen (Karl), *Charles Nicolle. Des luttes rouennaises à la gloire tunisienne.*
- Groupe d'Histoire des Hôpitaux de Rouen, 2012, 64 p.
- Hueber (Jean-Jacques), *Entretiens d'humanistes. Correspondance de C. Nicolle et G. Duhamel.*
- Académie des Sciences, Belles -Lettres et Arts de Rouen, Rouen, 1996, 420 p.
- Huet (Maurice), *Le pommier et l'olivier. Charles Nicolle, une biographie.*
- Sauramps médical, Montpellier, 1995, 1 vol. 243 p.

D'HIER A AUJOURD'HUI : LE ROLE DE LA SECURITE SOCIALE DANS LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE HOSPITALIERE ET LE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Par Stéphane HOLE¹

Introduction

L'hôpital public et en particulier le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, dont on fête cette année le 50^{ème} anniversaire et le colloque d'aujourd'hui le 150^{ème} anniversaire de l'illustre savant qui lui a donné son nom, est l'une des institutions la plus présente dans notre paysage.

Cette institution a su prendre une place unique au sein de la cité. C'est aujourd'hui le premier employeur de la cité (environ 10 000 salariés), son budget s'élève à plusieurs milliards d'euros et son rôle dans la prise en charge des soins et de l'excellence scientifique et technique est reconnu par-delà les frontières.

Si cette institution a pu se développer et prendre une telle ampleur, elle le doit à plusieurs facteurs :

1. D'abord, le développement des techniques médicales qui s'est appuyé sur l'accumulation d'un savoir ancestral et qui a connu une accélération due pour partie aux conflits mondiaux du début du XX^e siècle ;
2. Mais la population a aussi très vite compris qu'au-delà de soins curatifs prodigués aux soldats, la technique médicale pouvait aussi améliorer son confort de vie et augmenter son espérance de vie. Les employeurs ont investi également dans la santé de leurs salariés pour conserver une main d'œuvre efficace et productive. L'industrie médicale s'est développée grâce à de nombreux brevets ;
3. Enfin, les pouvoirs publics ont compris que la santé, bien supérieur, ne pouvait relever que d'une dimension individuelle mais supposait également des mécanismes assurantiels et solidaires pour s'épanouir, mécanismes permettant de mobiliser d'importantes ressources. La mise en place d'une Sécurité sociale obligatoire couvrant l'ensemble de la population apparaît ainsi comme l'un des principaux leviers ayant permis le développement de l'hôpital public.

Nous verrons comment ces mécanismes se sont mis en place, selon quelles logiques et quelles finalités.

Les premiers mécanismes de prévoyance proposent d'abord des revenus de remplacement

Longtemps, l'hôpital est un lieu à vocation sociale qui vise à s'occuper des indigents. C'est pourquoi, l'Eglise s'est consacrée à cette mission conforme à ses valeurs, d'aide aux nécessiteux, aux orphelins et aux vieillards en construisant d'importantes structures capables

Mémoires de la protection sociale en Normandie, n° 14 , années 2017-2018.

¹ Directeur de la Cnam de l'Eure. Secrétaire général du Comité d'Histoire Normand de la Sécurité sociale, Avec l'appui et l'aide de Mme Christelle Coureau, documentaliste de la Cnam de l'Eure.

d'organiser cette assistance. A côté, la charité privée joue un rôle important. Elle est le fait de riches particuliers qui y contribuent également.

Progressivement, pour des raisons d'ordre public d'abord et sanitaire ensuite, le pouvoir royal s'intéresse également de plus en plus à cette mission et organise le contrôle de ces établissements. Beaucoup sont des lieux d'enfermement des mendiants, des enfants abandonnés, des marginaux, des blessés et des malades. Il crée lui-même des lieux d'assistance (l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505 ou encore en 1656 l'Hôpital général). De même, le roi organise pour ses marins la création de l'Hôtel des Invalides qui leur garantit une subsistance par l'Etat et assez tardivement un observatoire sanitaire pour lutter contre les épidémies.

L'époque révolutionnaire voit la nationalisation des biens hospitaliers et des biens ecclésiastiques (Décret du 11 juillet 1794) qui sont dispersés et vendus. Se posent rapidement des problèmes de financement pour ces établissements car l'Etat est incapable de se substituer complètement à la charité religieuse qui prédominait jusqu'alors. Le Directoire confie alors la gestion et le financement des hospices et hôpitaux à des organismes communaux. Mais l'Etat ne peut faire face seul à l'augmentation importante des missions et des dépenses hospitalières. Les pouvoirs publics se désengagent de la gestion des hôpitaux, confiée dès lors aux communes. Les ressources de ces hôpitaux publics locaux sont encore propres, diverses mais non contributives. Elles sont constituées des revenus du patrimoine pour une part conséquente, des dons et legs et des subventions qui permettent d'équilibrer les finances hospitalières. Par ailleurs, des établissements religieux ont subsisté à la Révolution et poursuivent leurs œuvres de charité.

La vocation sociale de ces établissements ne se dément pas mais évolue vers la fin du XIX^e siècle. L'industrialisation du pays brise les mécanismes de solidarité familiale qui dominaient dans les campagnes. Les conditions de travail des ouvriers et les crises économiques génèrent un prolétariat pauvre considéré comme dangereux et qui doit être contrôlé pour éviter les révoltes. Alors les mouvements contestataires ouvriers se développent. Les réponses apportées sont diverses et politiques.

Cependant, une réponse sera progressivement apportée qui permettra de garder sous contrôle les plus velléitaires tout en investissant sur le capital social. C'est ainsi que se développent les premiers mécanismes de prévoyance collective à l'initiative d'abord des patrons d'industrie et de l'Etat. L'objectif est d'attirer des travailleurs qualifiés et de les retenir en leur proposant une forme de protection sociale leur permettant un accès aux soins et leur offrant la capacité de se constituer une retraite². Dans les entreprises, cette première forme de protection sociale est financée par des contributions ouvrières et patronales car elles permettent de responsabiliser le salarié et laisse à l'entreprise un contrôle sur la gestion des fonds dédiés à cette prévoyance naissante. Ces premières sociétés de secours mutuel posent les jalons d'une protection sociale. Pour ceux qui ne peuvent en bénéficier, les mécanismes d'aide sociale perdurent. L'Etat a organisé depuis longtemps des formes de protection sociale pour ses militaires. Le lien avec l'hôpital reste distant.

Dans ce contexte, ces premiers mécanismes de financement ont pour but principal, en matière sanitaire, de permettre l'accès à un médecin.

² Dans ce cadre, les mieux protégés sont les mineurs, cheminots, métallurgie. Ces modèles s'inspirent de ceux qui ont été mis en place par l'Etat.

Il faut attendre les toutes dernières années du XIX^e siècle pour que la vocation des hôpitaux change. Avec l'évolution des techniques médicales, l'hôpital s'éloigne progressivement de sa vocation sociale originelle pour privilégier peu à peu une mission sanitaire qui s'épanouira au XX^e siècle. L'hôpital accueille ses premiers malades. Il est réservé à une clientèle aisée qui peut déboursier des sommes importantes pour bénéficier des premiers soins hospitaliers. La Première Guerre mondiale a permis un développement important des techniques hospitalières et, en particulier, des interventions chirurgicales en plateau technique. L'accès à ces plateaux modernes est interdit au plus grand nombre qui ne peut payer les soins.

Après la première guerre mondiale, le modèle de protection sociale dominant est bismarckien. Avec le retour de l'Alsace et de la Moselle, il a fallu rechercher un nouveau mécanisme de protection sociale. La mise en place des premiers mécanismes d'assurance obligatoire en 1930 constitue une première tentative pour ouvrir l'accès aux soins car c'est à cette occasion que les hôpitaux s'ouvrent à toutes les classes sociales. S'inspirant des mécanismes mutualistes existants, la loi sur les assurances sociales de 1930 reste à base socio-professionnelle au profit des ouvriers et employés de l'Industrie et du Commerce dont les rémunérations sont inférieures à un plafond d'affiliation. La protection prend le double caractère d'une prestation en nature et en espèces. Le financement est assuré par une cotisation (employeur 12 % - salarié 4 % y compris retraite). Mais, seule une partie de la population bénéficie d'une protection sociale obligatoire ; un système d'aide sociale permet aux plus pauvres d'accéder aux soins de médecine de ville ou d'hospitalisation, mais les prises en charge ainsi organisées sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions ou les revenus de l'assisté revenu à meilleure fortune et donc peu incitatif.

C'est la mise en place du prix de journée initié en 1935 qui va s'imposer comme moyen de facturation.

Ainsi, les frais de séjour, calculés selon le prix de journée, sont déterminés en fonction du profil économique des malades :

- Si le malade est assuré social, le coût de ses frais d'hospitalisation sera pris en charge par les caisses d'affiliation comme base de remboursement ;
- Si l'assuré est aisé ou qu'il n'est pas concerné par les assurances sociales (artisans, commerçants, professions libérales) et donc non concerné par une assurance obligatoire, il paie lui-même le coût de son hospitalisation ;
- S'il est trop pauvre, il bénéficiera de l'aide sociale.

Ainsi, 2,5 % des malades payent la totalité des frais de séjour, 16 % effectuent un paiement partiel, 81,5 % sont totalement exonérés.

Les recettes issues du prix de journée s'ajoutent aux dons, legs et subventions. Les mécanismes de solidarité obligatoire, mis en place avant la Seconde Guerre mondiale, posent les premiers jalons d'une solvabilisation de la demande de soins qui interviendra dans toutes ses dimensions avec la création du vaste projet de Sécurité sociale au lendemain du conflit et qui permettra un développement important de l'hôpital public.

Le développement de l'hôpital permis par la solvabilisation de la demande grâce à la mise en place de la Sécurité sociale

L'hôpital moderne s'est constitué grâce à une politique hospitalière à laquelle ont participé l'Etat, en tant que promoteur et la Sécurité sociale en tant que financeur.

Le développement de l'hôpital public

L'ensemble des grandes lois hospitalières poursuit le même objectif qui définit l'hôpital comme un établissement de santé. L'hôpital est ainsi devenu un lieu de soins de plus en plus médicalisé, dont le cœur est le plateau technique et d'équipes médicales dédiées et professionnalisées.

- La première grande loi hospitalière du **21 décembre 1941** de « réorganisation des hôpitaux et des hospices civils » et le décret du 17 avril 1943 consacrent l'ouverture de l'hôpital à l'ensemble des patients. Un corps médical est recruté et rémunéré par les établissements.
- L'Etat conforte sa place sur le contrôle et la coordination des établissements. La loi transfère une partie des pouvoirs de la Commission administrative mise en place à l'époque au directeur de l'établissement qui est nommé par le ministère de la Santé.
- L'Etat engage au lendemain de la Seconde Guerre mondiale la modernisation hospitalière. Le tissu des établissements de soins est très hétérogène : coexistent des hôpitaux publics, des établissements spécialisés dans certaines maladies (tuberculose, psychiatrie), des établissements privés non lucratifs, gérés notamment par des congrégations et des cliniques à but lucratif. Les établissements de soins sont constitués en trois niveaux de développement (centre hospitalier régional, centre hospitalier et hôpital local) et la formation pratique et théorique des professions de santé est adaptée. D'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux sont engagés.

Les Ordonnances des **11 et 30 décembre 1958 (R. Debré)** créent l'hôpital moderne. Cette réforme propose trois moyens de modernisation :

- le rapprochement et la coordination des activités de l'hôpital et des facultés de médecine (Enseignement et Recherche) ;
- la mise en place du plein temps hospitalier ;
- le recrutement des médecins hospitaliers sur concours national et anonyme.

Tout en préservant le caractère local de l'hôpital, les ordonnances de 1958 accentuent le desserrement des liens entre la collectivité locale et l'établissement de soins, entre l'assemblée gestionnaire et les autorités exécutives. La décentralisation des pouvoirs s'estompe au fil des réformes législatives et réglementaires pour faire face à une concentration progressive au profit du directeur.

Cette réforme a permis ainsi le développement considérable de la qualité des soins hospitaliers, ainsi que leur popularité auprès du public.

La loi du 31 décembre 1970 crée le service public hospitalier, définit les conditions d'association et de participation des établissements privés au Service Public Hospitalier. Les fonctions du directeur sont encore renforcées : il est ordonnateur des dépenses et représentant légal de l'établissement. Pour organiser les soins sur le territoire, une planification est engagée grâce à la carte sanitaire qui répond à plusieurs objectifs :

- Rationaliser l'offre de soins (lutte contre les développements non maîtrisés, risques dans les plus petites structures) ;
- Développer une offre de soins équitable ;
- Assurer une complémentarité entre l'offre de soins publics et l'offre de soins privés.

Le classement des hôpitaux est revu et trois strates sont créées : hôpitaux ruraux, centres hospitaliers généraux et centres hospitaliers régionaux.

La politique mise en œuvre sur la période favorise l'amélioration des conditions sanitaires et se caractérise par une dynamique de croissance importante de tous les postes de dépenses, mais plus particulièrement par la hausse de la dépense hospitalière. La dépense hospitalière augmente sur un rythme annuel moyen de 16 % entre 1945 et la fin des années 70. Cette croissance est tirée à la fois par celle des volumes (+ 6 à 12 %), mais aussi par celle des prix. Les prix de l'hôpital augmentent en effet davantage que ceux des autres biens et services de santé (1,1 point de plus par an en moyenne) ; le poids de la dépense hospitalière culmine ainsi en 1982, pour représenter 54 % de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM).

L'hôpital est acteur d'une société qui connaît de profondes mutations aux premiers rangs desquelles le coût croissant des innovations technologiques et des techniques médicales dont le déploiement et la mise à disposition élargie à l'ensemble de la population sont consacrés. Un financement adapté se met en place qui va accompagner ce développement.

Le financement de l'hôpital public

Pour moderniser l'hôpital, la politique de santé déterminée par l'Etat fixe deux objectifs qui peuvent sembler contradictoires : garantir la primauté de l'Etat en matière hospitalière tout en obtenant le concours financier de la Sécurité sociale. Au lendemain de la guerre, les finances de l'Etat sont exsangues tandis que la modernisation de l'équipement sanitaire est un impératif.

Le ministère de la Santé va mobiliser en premier lieu les fonds d'action sociale des caisses pour enclencher la modernisation des établissements. Les caisses, d'abord réticentes posent comme condition préalable un financement au moins équivalent de la part de l'Etat. Le financement par les fonds d'action sociale s'avère rapidement insuffisant. C'est la prise en charge, par remboursement des soins qui va rapidement constituer le principal levier de financement permettant durablement le développement de l'hôpital.

Progressivement s'impose la mécanique de remboursement des soins que la généralisation de la Sécurité sociale garantira.

La Sécurité sociale : condition de la solvabilisation de la demande

L'accès à l'hôpital public, au début du XX^e siècle, est réservé aux premiers assurés de l'industrie et du commerce qui bénéficient des assurances sociales, aux fonctionnaires et de quelques personnes aisées qui peuvent prendre en charge le coût des soins hospitaliers auxquels ils recourent. Cette situation va être profondément modifiée par la création de la Sécurité sociale.

L'ordonnance du 4 octobre 1945, dont les objectifs sont portés par Pierre Laroque :

« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère ».

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie est un des éléments de ce qui constitue la Sécurité sociale au sens de l'ordonnance du 4 octobre. Elle inscrit son action dans les lois sur les ordonnances sociales. D'autres risques sont pris en charge par la solidarité nationale : l'assurance retraite et le versement des allocations familiales. L'assurance chômage, dont le risque couvert est quasi-inexistant au lendemain de la guerre, n'est pas intégrée à la Sécurité sociale.

Dans le prolongement des assurances sociales, la Sécurité sociale pose le principe de l'extension de la Sécurité sociale à tous les travailleurs et à leur famille. Les assurés sont les travailleurs et les membres de leur famille sont ayants-droit. La principale différence réside dans le droit aux prestations en espèces qui ne sont accordées, comme revenu de remplacement, qu'aux salariés. Les interstices des populations non couvertes, assurés en fin de droit, non travailleurs vont progressivement être couverts sur des critères de stabilité de résidence permettant une couverture totale de la population³ et l'accès à l'hôpital, à tous ceux dont l'état de santé l'exige.

Le modèle ainsi posé demeure libéral puisque l'assuré bénéficie du libre choix du médecin⁴ et de son établissement hospitalier. Le système libéral repose sur le principe de l'avance des frais par le patient qui fait ensuite l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie. S'agissant des dépenses d'hospitalisation, leur coût interdit le principe d'un paiement par l'assuré suivi d'un remboursement qui intervient dans un second temps. C'est pourquoi le tiers-payant s'applique pour les dépenses d'hospitalisation, qu'elles soient publiques ou privées. Par ailleurs, la législation sur les accidents du travail (AT) prévoit le recours systématique au tiers-payant.

Les dépenses sont remboursées à l'exception de celles relevant du ticket modérateur, dont le montant baisse sur la période, qui reste à la charge de l'assuré. Le plus souvent, le Ticket Modérateur (TM) est remboursé par une complémentaire santé.

Les études économiques s'accordent à considérer que la demande solvable est le principal facteur d'évolution des dépenses de santé à long terme. Les dépenses de santé augmentent, en effet, plus que proportionnellement avec le revenu.

Les règles de financement sont posées.

1. Une cotisation assise sur les salaires acquittée pour partie par les salariés et pour partie par les employeurs,
2. plafonnée pour permettre de réaffirmer le principe supérieur de la prévoyance individuelle pour les plus aisés et permettant de mieux couvrir les plus modestes.
3. Le financement de la Sécurité sociale est porté par une masse salariale optimisée grâce à un quasi plein emploi (taux de chômage frictionnel jusqu'au début des années 70).

Le refus d'une participation de l'Etat confirme l'ancrage dans le modèle salarial. Elaboré dans l'entre-deux-guerres, le système assurantiel est conçu d'abord comme garantissant un revenu de remplacement pour la retraite ou le maintien des ressources en cas d'arrêt de travail pour maladie. Ce n'est que progressivement que la place du remboursement des prestations en nature va s'accroître au profit de la médecine de ville mais également pour le développement des soins hospitaliers.

³ (Création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) en 1999 et généralisation complète avec la Protection Universelle Maladie (PUMa) en 2015 qui confère un droit individuel à l'Assurance Maladie avec la disparition du statut des ayants-droit majeurs, qui deviennent assurés. Seuls les mineurs jusqu'à 16 ans demeurent ayants-droit d'un de leurs parents.

⁴ Dans les conditions du médecin traitant.

C'est pour permettre le financement de ces dépenses de santé en forte augmentation que l'on assiste durant cette période à un double mouvement :

- l'augmentation des cotisations et leur déplafonnement pour accroître leur rendement
- le transfert de financement d'une branche à l'autre (famille vers vieillesse et Assurance Maladie)

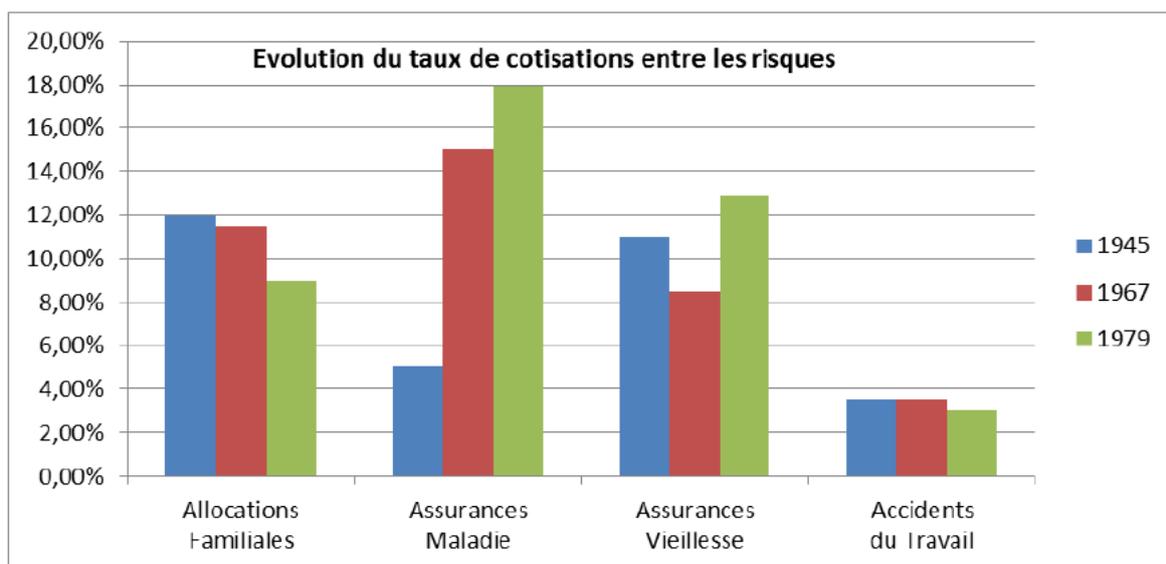
De 1945 à 1967, les besoins de financement sont apportés par une augmentation des cotisations sociales et en particulier des cotisations employeur.

Une parenthèse cependant entre 1951 et 1961, aucune augmentation de cotisation n'est réalisée : la CGT refuse un prélèvement supplémentaire sur le salaire des ouvriers et les employeurs ont du mal à s'adapter aux nouvelles formes de production et de distribution et dénoncent l'oppression fiscale : cela se traduit par le succès du mouvement poujadiste aux élections de 1954. Par ailleurs, le gouvernement est à la recherche de ressources fiscales pour financer la reconstruction et l'effort de guerre (Indochine et Algérie).

Cependant, après cette pause, l'augmentation des cotisations reprend.

1. Elle est permise par la croissance (>5% PIB) et le plein emploi qui autorisent des prélèvements indolores sur les entreprises qui peuvent aisément les répercuter sur les prix des prestations ou des produits.
2. L'inflation permet de résoudre une partie des tensions sociales liées à l'augmentation des prélèvements en rendant ceux-ci indolores.
3. Les effectifs cotisant au régime général augmentent dans de fortes proportions. Les premières générations du baby-boom qui arrivent en masse sur le marché de l'emploi dans les années 60 sont plutôt jeunes et en bonne santé, ce qui est bon pour l'équilibre du régime.

Après la phase de reconstruction, le régime général connaît une forte croissance financière : les flux gérés passent de 672 milliards de francs en 1951 à 1 500 milliards en 1958, soit une multiplication par 2,2 quand le PIB augmente de 2. A cette époque, ce sont les dépenses liées à la famille et à la retraite qui sont les plus importantes (respectivement 40 et 16 %) ; 8 % pour les accidents du travail ; le reste relève de l'Assurance Maladie dont une part importante pour les Indemnités Journalières (IJ) (qui augmentent durant la période de 6 à 8 %) ; les remboursements de soins passent de 20 à 24 %. Dans cet ensemble, les frais d'hospitalisation sont multipliés par 3 en valeur (44 à 132 milliards). Si les recettes augmentent, la dynamique des dépenses est plus importante, ce qui se traduit par la création d'un déficit des assurances sociales qui devient structurel : 40 milliards en 1950 et 65 milliards en 1957 mais peut être compensé par l'excédent des autres branches. C'est pourquoi, les pouvoirs publics organisent un transfert du financement entre la branche famille et la branche maladie.



Durant les Trente Glorieuses, la croissance des dépenses de santé a ainsi dépassé tous les ans de plusieurs points celle pourtant forte des revenus : 9 % à 10 % en volume par an pour la CSBM entre les années 1950 et 1975, contre 5 % pour le PIB. L'extension du système de financement public à travers le développement de la Sécurité sociale a permis l'accès financier à la plus grande partie de la population et a ainsi accru la demande solvable. Entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est ainsi passée de 50 % à 80 %.

La mécanique du prix de journée

Le financement permis par la Sécurité sociale contribue à la prise en charge des soins et à la modernisation engagée. Le remboursement socialisé est réalisé sur la base du prix de journée qui garantit une prise en charge du plan de modernisation de l'hôpital quasi exclusivement par l'Assurance Maladie.

La détermination du prix de journée est encadrée par les décrets de 1958, 59, 60, 62 et 64.

Le prix de journée correspond à la division de l'ensemble des dépenses prévisionnelles figurant au budget primitif de l'établissement (certaines comme les salaires et probables comme l'entretien) auquel s'ajoute ou se retranche le déficit ou l'excédent par le nombre de journées d'hospitalisations prévues (calculé à partir de la moyenne des trois dernières années). Un prix de journée est établi pour chaque grande catégorie de service. Ainsi, les déficits constatés en fin d'exercice sont réincorporés de droit dans le calcul du prix de journée de l'année suivante, le plus souvent au premier budget rectificatif.

Ce prix de journée sert de base au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Ce prix forfaitaire traduit la solidarité sociale à l'égard des hospitalisés. Ce mode de financement permet de rompre avec la logique caritative. La nouveauté réside dans le fait que l'hôpital tarifie son activité en fonction de son coût prévisible et non plus en fonction de son public.

Cependant, ainsi établi, le budget augmente d'une année sur l'autre sans contrainte et il apporte les besoins nécessaires au financement de la modernisation des établissements (appareillage, bâtiments). Entre 1950 et 1971, le prix de journée a connu une augmentation de 11,5 % (prix 4,9 %). Cette croissance est imputable à 4 facteurs :

- Réduction de la durée de séjour : permet de multiplier les patients et les actes médicaux et administratifs;
- L'augmentation des salaires des soignants;
- Densification médicale ;
- Croissance des consommations pharmaceutiques.

Sur ces bases, le budget de l'établissement est fixé pour l'année à venir, par le préfet. Progressivement, pour limiter le prix de journée, le législateur encadre son évolution en fixant un taux d'évolution qui détermine l'augmentation des principaux postes de dépenses et prévoit un encadrement de la croissance des prix de journée suivant les établissements. Les augmentations supérieures sont contrôlées et doivent être justifiées.

Les acteurs de la Sécurité sociale : un rôle secondaire

Le financement sociabilisé, permis par la création de la Sécurité sociale appelle selon les organismes de Sécurité sociale une contrepartie de participation à la gestion des Etablissements. Cependant, l'Etat s'y oppose et souhaite conserver son rôle prééminent. Si la réforme hospitalière de 1958 ouvre la présence des caisses dans les commissions administratives des établissements, ces commissions ont en fait été dépourvues de pouvoir au profit des préfets et surtout du directeur d'hôpital. Donner trop de prérogatives à la Sécurité sociale aboutirait pour l'Etat à constituer un pouvoir concurrent. De plus, la Sécurité sociale étant sous la tutelle du ministère du Travail, le ministère de la Santé se montre hostile.

La coupure institutionnelle est à peu près complète entre le système de santé, sous contrôle de l'Etat et la Sécurité sociale ; le rôle de cette dernière se limite presque exclusivement à la prise en charge du coût des soins et une intervention dans la production et la distribution de ces derniers assez marginale.

Consolider le financement pour pérenniser le rôle de l'hôpital

Adapter les mécanismes de financement⁵

La croissance des dépenses de santé a suivi durant toute la période une courbe sans cesse croissante. La dynamique des dépenses est portée par un besoin illimité de santé permis par un accroissement de la richesse et la solvabilisation de la demande quasi complète s'agissant en particulier des soins hospitaliers. Si l'assuré est couvert en tiers-payant intégral pour la prise en charge de ses soins hospitaliers, il peut être amené à déboursier une partie des

⁵ L'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) est chargée de la trésorerie du régime général et pilote les URSSAF qui collectent les cotisations et contributions sociales.

- 9,6 millions de comptes cotisants ont été gérés en 2014.

- 474,4 milliards d'euros de recettes ont été recouvrées en 2014.

- Les produits consolidés du régime général s'élèvent à 334 milliards d'euros en 2014.

La CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) gère la branche maladie du régime général de la Sécurité sociale et pilote le réseau des CPAM (Caisses Primaires d'Assurance Maladie).

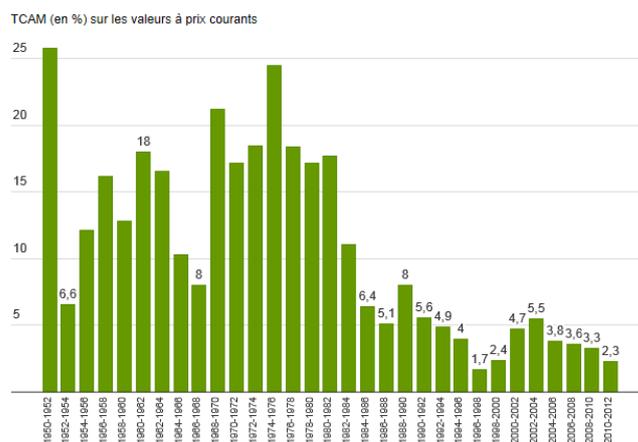
- Le régime général compte 60 millions de bénéficiaires.

- 91% de la population est assurée par la CNAMTS qui finance 86% de l'ensemble des dépenses d'Assurance Maladie.

- 158,3 milliards d'euros de prestations nettes ont été versés en 2014.

- Les dépenses totales de santé représentent 11,6% du PIB en 2013.

dépenses relevant pour l'essentiel de ses choix hôteliers. Dans ces cas, ce sont les mutuelles qui prennent le reste à charge.



Taux de Croissance Annuel Moyen de la dépense hospitalière

La couverture du risque santé représente plus du tiers des dépenses de protection sociale (672 milliards d'euros en 2013). Avec 11,8% du PIB, soit plus de 220 milliards d'euros par an, la France est le troisième pays de l'OCDE qui consacre le plus de dépenses à la santé. Les soins hospitaliers sont à l'origine de près de la moitié de la consommation en santé (46,3 %). L'Assurance Maladie finance en moyenne chaque année 93 % des dépenses hospitalières.

	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Soins hospitaliers	88,2	92,2	92,2	92,2	91,9	90,6
Soins ambulatoires	72,7	67,8	67,0	67,0	65,8	65,0
Médicaments	66,4	61,2	61,7	65,1	67,5	64,8
Ensemble CSBM	78,7	77,4	77,1	77,1	77,0	75,5

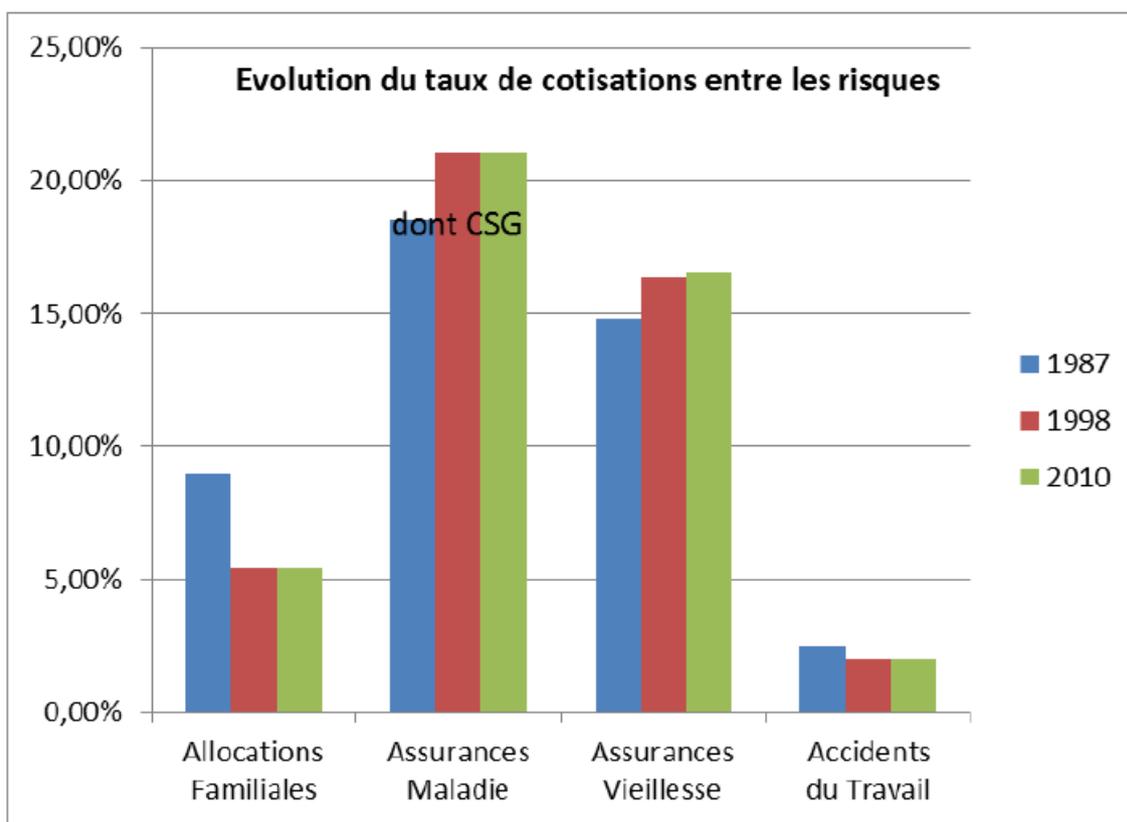
Source : Drees, Comptes de la santé

Evolution du taux de couverture par la Sécurité sociale des principaux postes de dépenses (%)

Cet accroissement des capacités de financement a continué de s'appuyer sur les mécanismes assurantiels des origines.

Sur les quarante dernières années, les dépenses de soins ont augmenté en moyenne à un rythme annuel supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5% du produit intérieur brut en 1960 à 8,9% en 2002.

Le prélèvement social s'opère toujours principalement avec une double contribution salariale et professionnelle.



Le processus observé sur la période précédente d'un transfert de la contribution de la branche famille vers la branche maladie est achevé.

Le poids prépondérant des recettes issues des cotisations a sensiblement diminué depuis l'origine. L'effet ciseau entre des recettes qui stagnent car portées par une masse salariale qui augmente moins vite que les dépenses a nécessité de trouver d'autres sources de financement.

Plusieurs raisons expliquent la diminution relative de ce poids :

- Economiques : en raison du lien de dépendance forte de ce mode de financement aux évolutions de l'emploi et des salaires. En période d'augmentation du chômage, les recettes assises sur les salaires stagnent. Aujourd'hui, ces recettes représentent près de 62% des recettes. Dans le même temps, de nombreuses exonérations de charges patronales (26 milliards en 2013) sont accordées et l'augmentation des cotisations est perçue comme contreproductive pour l'économie.
- Sanitaires et sociales : la logique assurantielle n'est pas cohérente avec la généralisation de la couverture maladie qui concerne tout le monde et en particulier pour les soins hospitaliers qui postule que chacun ait accès aux soins en fonction de ses besoins et non de ses moyens.

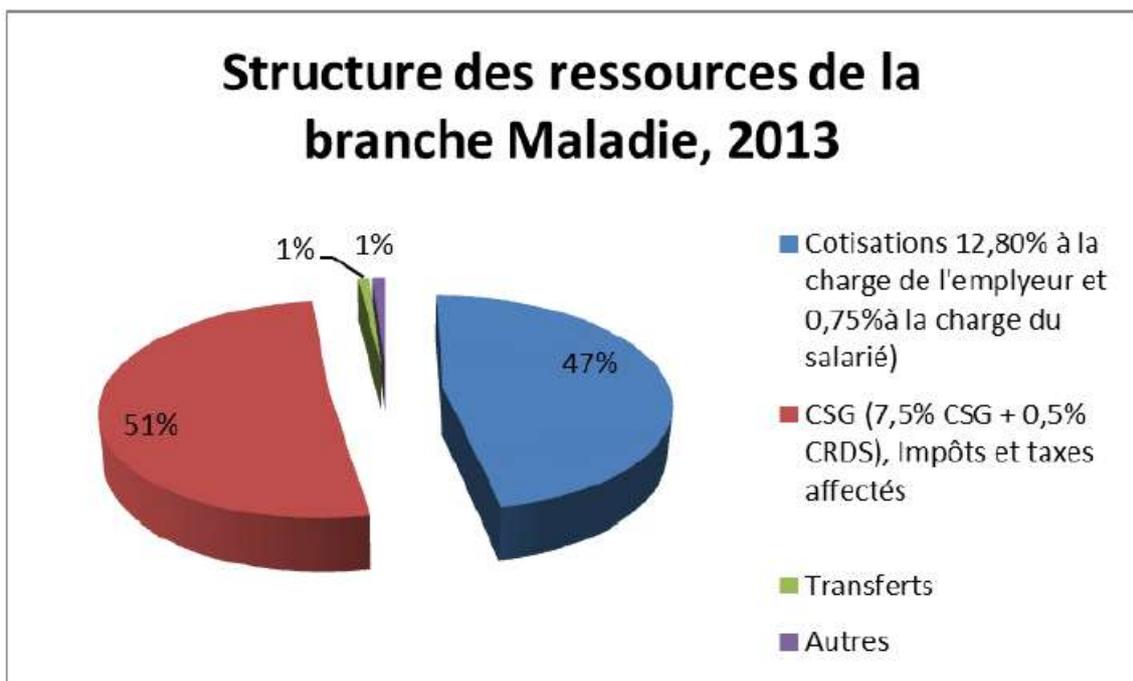
C'est pourquoi la fiscalisation progressive est apparue, d'un point de vue théorique comme une nécessité. Une réforme majeure intervient en ce sens en 1991 avec la création de la Contribution Sociale Généralisée (CSG). Celle-ci modifie le financement par un élargissement de l'assiette des revenus affectés à la protection sociale. La CSG est prélevée sur l'ensemble des revenus (travail, remplacement, capital, jeu) ; elle est individualisée, cependant, les personnes à faible ressources peuvent être exemptées ou bénéficier d'un taux

réduit. La CSG apporte en 2013 18% des ressources de la Sécurité sociale. Ressource d'origine fiscale, la CSG correspond mieux à la généralisation du droit à l'accès aux soins. L'origine professionnelle sur ce champ se réduit considérablement. Dans cette même logique, des ressources fiscales sont transférées pour alimenter les ressources de la branche maladie (tabac, alcool).

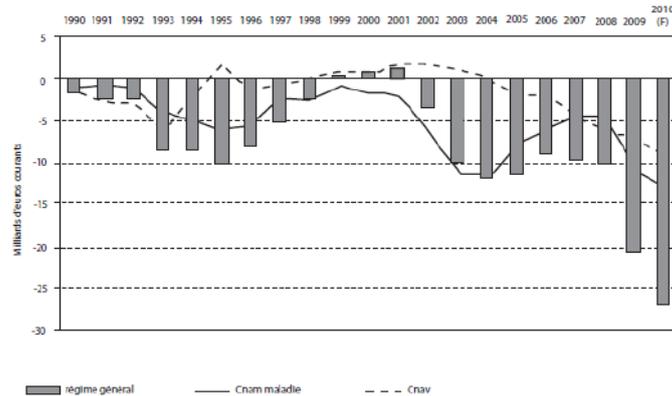
La cotisation maladie du salarié devient résiduelle pour financer uniquement les Indemnités Journalières.

Les déficits successifs de la Sécurité sociale et en particulier ceux de l'Assurance Maladie contribuent de manière indirecte à fiscaliser une partie du financement. La création de la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), chargée d'amortir la dette sociale en la finançant par l'emprunt gagé sur la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) a renforcé le caractère fiscal.

Au final, la branche maladie est financée en majorité par l'impôt traduisant bien le dépassement de sa source professionnelle et organisant une solidarité avant tout des biens portant vers les malades.



*Soldes du régime général de la CNAM maladie
et de la Caisse Nationale Assurance Vieillesse (CNAV)*



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2010

Les mécanismes de régulation

L'augmentation des dépenses de l'Assurance Maladie et les dépenses hospitalières en particulier a pu se financer ainsi, comme vu précédemment. La crise économique qui apparaît dans les années 70 impose des mesures d'adaptation plus douloureuse. La maîtrise de l'évolution tendancielle de l'offre apparaît comme une solution à mettre en place.

La dotation globale

Le mécanisme du prix de journée concentre de nombreuses critiques car il est par conception inflationniste. S'il a permis un développement rapide des établissements sanitaires et l'installation d'une médecine hospitalière de pointe, le prix de journée ne permet aucune régulation de la dépense à l'heure où les prélèvements obligatoires sont accusés d'être des charges qui pénalisent l'économie. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis fin à ce mécanisme comme modalité de financement en lui substituant le système de dotation globale censé limiter la dynamique des dépenses de santé.

La loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août 1983 instituent, parmi d'autres mesures relatives à l'hôpital, le système de dotation globale de financement. Une enveloppe annuelle de recettes fixée a priori pour chaque hôpital est allouée à l'établissement. Une caisse pivot de Sécurité sociale (pour le CHU : c'est la CPAM Rouen-Elbeuf-Dieppe) est désignée pour l'ensemble des régimes en charge du règlement des factures. Ce système de financement impose à chaque hôpital de ne pas dépasser le plafond alloué et de contrôler l'enveloppe de crédits qui leur a été attribuée.

Les hôpitaux publics ainsi que les établissements privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) sont financés par une dotation globale, qui constitue plus de 90% de leurs ressources. Ce système d'enveloppes fermées, revalorisées chaque année sur la base des budgets de l'année précédente par application d'un taux directeur, garantit la maîtrise de la progression des dépenses par l'ajustement du taux directeur.

Des prix de journée sont calculés pour :

- servir au calcul du ticket modérateur ;
- permettre de charger les comptes d'employeurs en accident du travail ;
- facturer en aide sociale ou encore en cas de recours de l'Assurance Maladie contre tiers.

Mais, la dotation globale est cependant rapidement apparue comme une allocation de ressources inéquitable, génératrice d'inégalités entre les établissements. En effet, les premiers budgets sous dotation globale ont été alloués sur la base du budget historique de l'année précédente. L'évolution des budgets sur la base d'un taux de progression relativement uniforme a ensuite conduit à figer les situations de 1983 même si le décret du 11 août 1983 permettait de moduler la dotation en fonction de « l'activité » de chaque établissement. S'appuyer sur l'activité réelle de chaque établissement était dans son principe, juste, mais en réalité l'histoire financière, c'est-à-dire la prise en compte des budgets passés, a continué d'être le déterminant principal des sommes qui ont été allouées. Les inégalités entre établissements se sont creusées.

Le budget global, dans la mesure où il se fonde sur une logique de reconduction des moyens d'un exercice budgétaire à l'autre, limite par ailleurs l'adaptation des établissements.

S'il a apporté un nouveau souffle aux finances hospitalières, il s'est révélé insuffisant pour contraindre les dépenses hospitalières.

L'atteinte d'une maturité de développement permis par ce financement solidarisé est acquise dans les années 90. Le nombre d'établissements apparaît comme suffisant, parfois même trop important au regard des besoins de santé. Ce qui importe c'est non plus d'augmenter l'offre mais de l'adapter aux nouveaux mécanismes de soins, aux nouvelles technologies et donc d'assurer un financement qui soit le reflet d'une activité et non d'une structure. De nouvelles réflexions sur le financement des établissements hospitaliers vont aboutir à la mise en place d'autres modes de financement.

La tarification à l'activité

Elle doit refléter le coût de l'acte médical sur la base d'une cotation partagée de la valeur de ces actes. L'objectif est d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins.

Instaurée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2004, la réforme de la tarification à l'activité vise à harmoniser le mode de financement du secteur public (et privé) afin d'ajuster les ressources des établissements de santé à leur activité. Cette réforme du financement a été suivie d'une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé. Ce mode de financement privilégie les recettes sur les dépenses ainsi que les résultats sur les moyens. Une logique gestionnaire est désormais affichée et attendue des établissements.

Les établissements assurant des soins de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) relèvent de la tarification à l'activité, qui laisse toutefois place, pour un quart de leur financement, à des dotations dites de « *missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation* » (MIGAC), au financement spécifique de médicaments et dispositifs médicaux implantables onéreux et non inclus dans les tarifs, et enfin de forfaits liés à certaines activités hospitalières particulières (urgences...).

L'objectif de la tarification à l'activité (T2A) vise à :

- mettre en place un mode de financement unique et équitable pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé publics et privés (tarifs nationaux). Le financement est fondé sur la nature et le volume de l'activité ;
- améliorer la transparence des activités et le mode de tarification ;

- induire des mécanismes de régulation en permettant les comparaisons entre établissements.

Les modalités de financement s'articulent en 5 catégories :

- Le paiement au séjour (Groupe Homogène de Séjours : GHS - et certaines autres prestations de soins) ;
- Le paiement en sus des GHS de produits de santé (certains médicaments et dispositifs médicaux) ;
- L'attribution de forfaits annuels et de forfaits à la prestation ;
- Les Missions d'Intérêt Général (MIG) ;
- L'Aide à la Contractualisation (AC).

La réforme assoit les budgets de ces établissements directement sur leur activité, c'est-à-dire sur le nombre et les caractéristiques des séjours réalisés dans l'année avec une classification de séjours en Groupes Homogènes de Malades (GHM), fonction du diagnostic, des actes pratiqués et le cas échéant de certaines caractéristiques du patient. Un tarif est alors associé à chaque GHM qui s'appuie sur les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Afin d'en lisser les effets, la réforme a été déployée progressivement entre 2004 et 2008 pour les établissements publics. La part du budget des établissements publics sous T2A a été graduellement portée de 10 % en 2004 à 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et finalement 100 % en 2008. Le reste du budget reste financé par une dotation annuelle complémentaire (hors MCO).

La seconde phase de la réforme, dite de convergence tarifaire intra sectorielle, entre 2009 et 2011, a consisté à rapprocher les prix appliqués aux différents hôpitaux publics jusqu'à obtenir un tarif unique pour chaque GHM.

Un des objectifs de la réforme était d'augmenter l'efficacité des établissements de santé. Elle a pu également conduire les hôpitaux à augmenter leur activité. En effet, certains hôpitaux peuvent, comme des acteurs privés, chercher à maximiser leur budget ; la réforme tarifaire les incite alors à augmenter leur activité, leurs ressources financières y étant directement liées.

Ils peuvent également chercher à maximiser le niveau d'attractivité, c'est-à-dire la qualité ressentie par les patients. Là encore, si la réforme permet de financer davantage de séjours et que cela répond à un besoin du côté des patients, l'activité des hôpitaux publics devrait augmenter en réponse à la nouvelle tarification⁶.

⁶ Dans les établissements de santé, la T2A :

- est perçue comme *un levier de la performance*. Dans les hôpitaux publics en particulier, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts.
- a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouvelles compétences autour du contrôle de gestion.
- s'est aussi avérée être un levier efficace pour *fédérer la communauté hospitalière*. Son instauration comme le déploiement des outils de gestion ont favorisé un dialogue nouveau entre directions et équipes médicales et soignantes.
- contribue à une accélération de la contractualisation avec les pôles et introduit plus de lisibilité dans le processus de décision au sein des établissements, en favorisant une implication plus grande du corps médical dans le management.
- favorise également des évolutions ciblées des pratiques et des organisations médicales.

Le rôle des acteurs

L'Etat va renforcer sa prééminence dans l'organisation et la gestion des soins hospitaliers pour essayer d'en limiter la dynamique de croissance en tentant de mettre en œuvre une politique régionale.

1. C'était un enjeu implicite de la loi de 1970 dont l'objet, avec la carte sanitaire, était de mettre un peu d'ordre dans un système qui se développait de manière incontrôlée.
2. C'était un objectif explicite de la réforme de Claude Evin, ministre de la Santé dans les années 90, qui créait les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) afin de coordonner les acteurs sanitaires et en particulier les hôpitaux. La fonction principale de cet outil de planification sanitaire est de répartir les équipements, qu'ils soient publics ou privés. Le SROS porte sur les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, la psychiatrie, mais également sur les urgences, la réanimation et les équipements et matériels lourds (scanner (IRM)...))

Dans le domaine de l'Assurance maladie, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie⁷ (CRAM) disposent d'attributions techniques, consultatives ou de représentation auprès des autorités dans le domaine des établissements sanitaires sociaux. Elles donnent leur avis sur le budget des hôpitaux.

En 1996, la création des Agences Régionales Hospitalières (ARH) à la tête desquelles étaient placés des "Préfets hospitaliers" a pour objectif de mettre un terme à la confusion des missions et des activités des hôpitaux de leur territoire en développant une politique régionale de santé, englobant la médecine de ville et le médico-social. L'idée fondatrice de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Créée sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public, associant les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie (DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM), l'ARH doit assurer une unicité de décision vis-à-vis des établissements.

L'objectif est de réduire les inégalités entre régions et entre établissements.

Les moyens pour y parvenir sont :

1. la responsabilisation et la contractualisation
2. la coordination entre établissements publics et
3. la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation

Des contrats d'objectifs et de moyens sont conclus entre les ARH et les établissements publics et privés pour des périodes de trois à cinq ans. Ils déterminent des objectifs de qualité et de sécurité et allouent des moyens de financement, d'autorisation de lits, de matériels et prévoit aussi la conclusion interne d'objectifs.

-
- sur ce point, le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) est l'impact le plus fréquemment cité et des réductions sont constatées dans le public. La T2A incite aussi les établissements publics à développer certaines pratiques, dont la chirurgie ambulatoire.

⁷ Depuis le 1^{er} janvier 2010, les CRAM ont changé d'identité et sont devenues des CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail). Ce changement est intervenu lors de la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Les missions exercées auparavant en matière de politique sanitaire par les CRAM ont été confiées aux ARS.

Ces agences planifient les structures et les équipements et allouent les ressources aux établissements. Les ARH récupèrent ainsi la plupart des pouvoirs dévolus aux préfets de région (planification) et aux préfets de département (budget et contrôle de légalité) : unité de pilotage de la politique hospitalière.

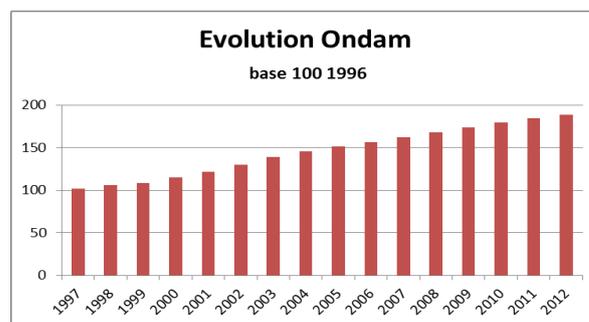
Les différents services de l'Etat sont désormais coordonnés pour améliorer leurs contrôles sur les établissements de santé.

Le processus de prise en main de l'organisation des soins se conforte avec la transformation des ARH en ARS, administration d'Etat qui sont chargées en région de coordonner l'ensemble des soins avec l'Assurance Maladie et de maîtriser la dynamique d'évolution des dépenses. S'agissant des dépenses, l'Assurance Maladie va mener avec l'ARS des mécanismes de régulation sur les postes de dépenses importants, notamment ceux ayant des impacts sur les soins de ville.

Un nouvel acteur : le Parlement

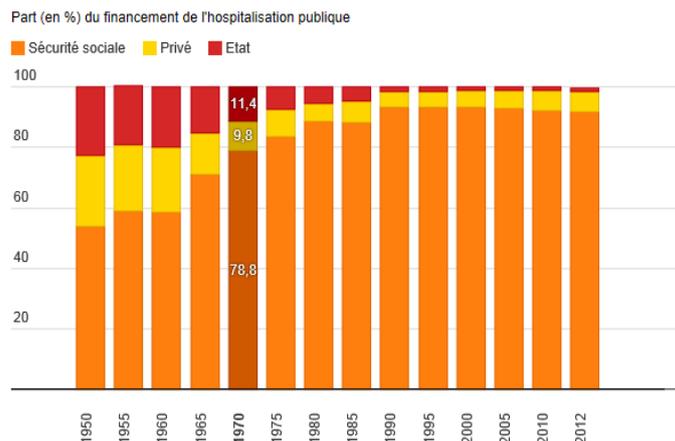
La réforme de 1996 a encore renforcé le rôle de l'Etat dans les mécanismes de régulation en créant la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Chaque année, le parlement délibère sur un objectif d'évolution des dépenses de santé. Au sein de cette dépense totale, la part prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire est représentée par l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) correspond au montant prévisionnel établi annuellement pour les dépenses de l'Assurance Maladie en France. C'est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance Maladie.

Le financement des établissements fait l'objet d'une dotation globale limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses fixé par les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (ONDAM). Elle veille à l'équilibre des dépenses avec les ressources publiques qui lui sont affectées.



Les dépenses ont été multipliées par deux entre aujourd'hui et 1997. Il n'y a pas de réduction de dotation. La mécanique portée par les pouvoirs publics vise à maîtriser l'évolution tendancielle des dépenses, nullement à baisser les dépenses.

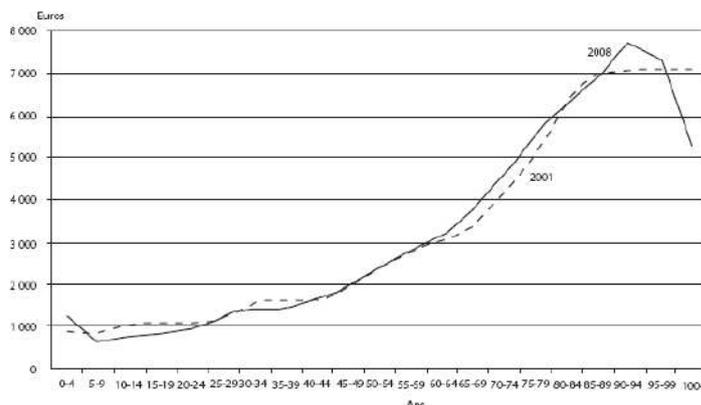
Les montants dépensés pour l'hospitalisation (secteur public et secteur privé) ont été tantôt inférieurs à l'objectif fixé par l'Ondam (1997-1999, 2006-2007, 2010-2012), tantôt supérieurs (2000-2005, 2008-2009).



Evolution des différents financements des soins hospitaliers publics

Conclusion

La généralisation de l'Assurance Maladie à toute la population et la diffusion de couvertures complémentaires permettent à tout assuré, quel que soit son état de santé, son âge ou ses revenus, d'avoir un accès aisé aux soins, avec un bon niveau de prise en charge.



Source : HCAAM, avril 2010

Dépense totale de soins en 2001 et 2008 par âge en euros constants 2008

L'état de santé des français s'est amélioré. En témoigne la forte augmentation de l'espérance de vie. Cette amélioration trouve sans doute, pour partie, son origine dans des déterminants de l'état de santé indépendants de l'offre de soins. Mais un tel résultat n'aurait jamais été atteint sans que l'offre de soins soit adossée à une prise en charge publique élevée et bien adoptée à la forte concentration des dépenses de santé.

Le Haut Conseil porte ainsi au crédit de notre système les éléments suivants :

- les régimes obligatoires remboursent 76% des dépenses globales de santé, ce qui signifie qu'ils atteignent, si l'on prend pour référence les biens et services qui font partie des soins «reconnus» par l'Assurance Maladie (le périmètre des soins dits «remboursables» qui représentent 2 000 € par personne et par an), un taux de prise en charge de 81%.
- ce niveau de prise en charge résulte de la combinaison de taux de remboursement (qui s'étagent, pour la plupart des biens et services, entre 65 et 80%) et d'un très puissant

système d'exonérations qui aboutit à un remboursement quasi-complet dès que les dépenses sont élevées.

Ce système d'exonérations présente trois caractéristiques :

- il bénéficie à tous : notre système a en effet fait le choix de ne pas retenir de condition de revenu qui le limiterait aux ménages de petites ressources et de ne pas introduire de modulation du taux de prise en charge avec le revenu.
- les assurés les plus malades sont pris en charge à 100% pour leurs pathologies (même si, en cas d'hospitalisation, le forfait journalier hospitalier peut constituer une charge parfois importante).
- le cumul des taux standard de prise en charge et des différents motifs d'exonération explique, par exemple, le très haut niveau moyen de prise en charge des soins d'hospitalisation qui atteint 97%.

Cette prise en charge par l'Assurance Maladie permet une égalité dans l'accès aux soins.

	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Soins hospitaliers	3,3	2,7	2,4	2,4	2,6	2,9	2,8
Soins ambulatoires	10,9	10,9	10,8	11,7	12,3	12,3	12,5
Médicaments	17,0	14,2	13,3	13,2	14,9	15,0	17,5
Ensemble CSBM	9,6	9,0	8,3	8,4	8,9	9,0	9,4

Source : Drees, Comptes de la santé

Évolution du reste à charge des ménages pour les principaux postes de dépenses (%)

Si la plupart des ménages peuvent assumer le ticket modérateur pour leurs dépenses «courantes» de soins, qui sont de montant très souvent modestes (moins de 40 euros par an pour 15% d'entre eux et moins de 200 euros pour 30%), le poids des fortes dépenses qu'ils doivent engager à certains moments de leur vie est tel qu'une large exonération du ticket modérateur s'impose si on veut ne pas trop solliciter leur budget ou évincer les plus modestes qui, faute de moyens, renonceraient à des soins de qualité.

Pour le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, ces perspectives de croissance des dépenses constituent un défi majeur. « *La progression continue des dépenses de santé depuis 40 ans débouche aujourd'hui sur une situation préoccupante : avec un déficit qui devrait frôler les 13 milliards d'euros en 2004 et qui, sans réforme de grande ampleur, pourrait dépasser les 60 milliards d'euros en 2020* ».

Cette situation résulte évidemment pour partie, d'éléments conjoncturels, liés au fléchissement de la croissance économique.

Compte tenu des enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé, la modernisation de leur organisation et de leur mode de financement constitue une absolue nécessité. Le creusement du déficit de l'Assurance Maladie a fait de la maîtrise des dépenses hospitalières une priorité qui demeure.

Bibliographie

- Damon Julien, Ferras Benjamin, *La Sécurité sociale*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? » 2015, 126 p.
- Johanet Gilles, *Sécurité sociale : l'échec et le défi*, Paris, Seuil, 1998, 215 p.
- Gilmant Gérard, *La protection sociale dans son époque*, Tome 2, *De la charité chrétienne aux initiatives sociales patronales et des assurances sociales obligatoire à la naissance de*

la Sécurité sociale, Rouen, Centre normand de formation et de perfectionnement, 2013, 208 p.

- Gueslin André, « Préface », Michelet Jules, « Avant-propos », in Valat Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) : l'Etat, l'institution et la santé*, Paris, Economica, Coll. Economies et sociétés contemporaines, 2001, 544 p.
- Morelle Aquilino, Tabuteau Didier, *La santé publique*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2010, 126 p.
- Palier Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, 7^{ème} éd., Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2004, 127 p.
- Valat Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967) : l'Etat, l'institution et la santé*, Paris, Economica, Coll. Economies et sociétés contemporaines, 2001, 544 p.

VARIA

LES ATELIERS ET CHANTIERS DE LA SEINE-MARITIME¹
WORMS & C^{ie} AU TRAIT : UNE POLITIQUE SOCIALE POUR ENRACINER
ET FIDELISER LA MAIN-D'OEUVRE
Par Mathieu BIDAUX²

Cet article s'appuie sur les recherches réalisées pour les besoins de l'ouvrage *50 ans de construction navale en bord de Seine : les ACSM et leur cité-jardin (1917-1966)* que la Maison Worms a publié, à partir de l'exploitation exhaustive de son fonds d'archives, sur www.wormsetcie.com à l'occasion de l'anniversaire de la fondation du chantier naval. Elle en a confié la rédaction à Christian Lebaillly, historien de la Maison Worms et à moi-même, doctorant de la Banque de France et de l'Université de Rouen. Soulignons la richesse documentaire du site où sont mis en ligne régulièrement de nouvelles archives des diverses entreprises du groupe Worms.

En écoutant attentivement les témoins du passé des chantiers navals du Trait, il se dégage une nostalgie pour cet univers ouvrier, pour ces années passées à l'usine, pour ce « monde de production³ » dans lequel a évolué dans les années 1950 et 1960 toute une génération née au sortir de la Deuxième Guerre mondiale : celle du *baby-boom* ouvrier qui a appris le métier auprès des pionniers du chantier. Le dernier témoignage recueilli, celui de l'écrivain Claude Soloy et ancien professeur du centre d'apprentissage des ACSM rencontré aux journées littéraires organisées par le Cercle d'études du patrimoine cauchois à Yvetot, corrobore les déclarations des retraités du chantier rassemblés au sein de l'association « Le Trait naval d'hier » présidée par Serge Lepême. Claude Soloy décrivait de jeunes apprentis qui se levaient très tôt, arrivaient au centre d'apprentissage à 7 h, portaient du charbon ou encore du bois sec pour chauffer la salle de classe. L'écrivain et jeune professeur, alors seulement un peu plus âgé que ses élèves, évoque une vie dynamique, pleine de vitalité au Trait, une population agréable, des enfants respectueux de leur environnement scolaire. Une vie où tout semblait plus simple en somme. Un temps où une réglementation moins stricte qu'aujourd'hui règne dans l'usine, où on semble se poser moins de questions comme lorsque les jeunes apprentis, parce que certains mesuraient une taille inférieure aux autres, étaient affectés, sans qu'on leur demande leur avis, aux ateliers de traçage des coques.

Pourquoi cette nostalgie chez les Traitons ayant connu les Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime ? L'histoire sociale de cette entreprise emblématique du territoire situé entre Duclair et Caudebec comporte, à n'en pas douter, des éléments de réponse.

Origine de la fondation de l'entreprise (1916-1917)

Les Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime naissent, d'après l'historiographie, d'un appel de l'Etat aux entrepreneurs pour construire des chantiers navals en vue de reconstituer la flotte

Mémoires de la protection sociale en Normandie, no 14, années 2017-2018

¹ Il s'agit du nom de l'entreprise dès le début de sa fondation. On trouve dans le fonds Bétons armés Hennebique, à la cité de l'architecture et du patrimoine, un projet de silo pour les Ateliers et Chantiers de la Seine, à Duclair en 1916 dont Gustave Majou est l'auteur. Le même projet est aussi référencé pour le commanditaire « Ateliers de forges et chantiers de la Seine » pour une « Compagnie maritime » de « Monsieur Worms ». Curieusement, on trouve également un projet porté par l'ingénieur Spangberg pour le chantier naval du « Mesnil près de Rouen » en 1918 et 1919.

² Doctorant contractuel à la Banque de France et Normandie Université (sous la direction d'Olivier Feiertag) ; laboratoire GRHis EA3831, Rouen).

³ R. Salais et M. Storper, *Les mondes de production. Enquête sur l'identité économique de la France*, Paris, EHESS, 1993.

nationale après les dégâts de la guerre sous-marine lancée par les Allemands⁴. Ce point de départ, pour l'histoire des ACSM, n'est pas tout à fait exact.

Comme l'a souligné Christian Lebailly⁵, dès 1916, Worms & Cie a repéré un besoin avant l'appel de l'Etat (1917) et avant la déclaration de la guerre sous-marine à outrance (janvier 1917).

Le besoin d'ateliers de construction navale apparaît évident lorsque l'on s'intéresse au trafic maritime dans le département de la Seine-Inférieure pendant la Première Guerre mondiale. Les ports du Havre et de Rouen deviennent les plus importants du pays en termes de trafic⁶, si bien que les collisions ne sont pas rares entre navires, lesquels demandent d'urgentes réparations. D'autre part, un certain nombre de chantiers navals se voit transformé en usines de munitions pour les besoins du conflit. Le ministre de la marine marchande Chappedelaine évalue à 3 millions le nombre d'obus fabriqués pendant la guerre par les chantiers, sans compter les locomotives, les affûts de canon et les chars d'assaut⁷.

Pour cette raison, les chantiers sont surchargés de travail entre 1914 et 1918. Les constructions de navires prennent du retard. Le manque de structures capables de remettre les unités à flot et de remplacer celles qui ont été coulées ou endommagées entraîne donc une industrialisation dans la vallée de la Seine, au Trait.

Quand les Allemands déclarent que les *U-Boote* engagent une guerre sous-marine totale, les experts de Worms & Cie ont une longueur d'avance sur l'Etat français et ont déjà choisi un lieu pour leur chantier : Le Trait où des achats de terrain ont déjà eu lieu (décembre 1916).

Finalement, l'appel de l'Etat et la mise en place d'une aide financière de 160 millions de francs destinée aux armateurs en 1917, à condition que ceux-ci commandent leurs navires aux chantiers français, incitent d'autres investisseurs, comme Schneider à Harfleur et la Banque de Paris et des Pays-Bas à Blainville-sur-Orne, à fonder leurs propres chantiers navals. En tout, sept nouveaux chantiers⁸ ouvrent leurs portes, industries issues de la guerre mondiale⁹. Ainsi les ACSM naissent-ils en même temps que six autres entreprises de construction navale.

⁴ J. Goube, « Le Trait, village en 1916, ville en 1926 », *Actes du Congrès national des sociétés savantes*, Vol. 100, Paris, Imprimerie nationale, 1976. Voir aussi P. Bonmartel, *Histoire des chantiers du Trait*, Luneray, Bertout, 1997.

⁵ De manière générale, concernant la genèse des ACSM, voir le chapitre de C Lebailly, « 1914-1917 Nécessités présentes et nécessités d'avenir » dans *50 ans de construction navale en bord de Seine (1917-1966) : les ACSM et leur cité-jardin*, www.wormsetcie.com, 2017, p. 16-52.

⁶ Voir le numéro d'*Etudes normandes* de 2014 : J.-P. Chaline, « Rouen, base britannique 1914-1919 », *Etudes normandes*, PURH, 2014/2 ; J. Delecluse, « Le port de Rouen pendant la guerre de 1914-1918 », *Etudes normandes*, PURH, 2014/2. On peut se reporter aussi à l'ouvrage de G. Dubosc et C. Yver, *Rouen 1914-1918*, Rouen, Editions des Falaises, 2014, 144 p.

⁷ *Le Matin*, 22 mars 1936 et *50 ans de construction navale en bord de Seine op. cit.*, p. 27.

⁸ M. Croguennec, *Les Chantiers de Normandie (1893-1987). Un siècle de construction et de réparation navale en Seine-Maritime*, Rouen, Gecko/Petit à petit, 2008, p. 72.

⁹ Voir la conférence de M. Bidaux, « Les Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime – Worms & Cie (1916-1921) : une entreprise issue de la guerre », Société libre d'émulation de la Seine-Maritime, 27 septembre 2017.



Pendant la Première Guerre mondiale, trois chantiers navals sont fondés en même temps que ceux de Worms & Cie, au Trait : les Chantiers navals français à Blainville-sur-Orne, près de Caen par la Banque de Paris et des Pays-Bas et les chantiers Schneider à Harfleur, près du Havre.

Les défis à relever

Plusieurs problématiques se présentent à la direction de Worms & Cie avant de parvenir à lancer et à pérenniser l'activité de leurs usines du Trait. Outre les défis purement techniques – construire l'usine et les maisons ouvrières, la question sociale est primordiale.

Si le village est bien situé géographiquement, entre Rouen et Le Havre, il se trouve dans une région qui se dépeuple¹⁰. En 1911, le site ne compte que 366 habitants. Il s'agit bien d'un handicap pour disposer d'une main-d'œuvre sur place, qualifiée spécifiquement pour la construction navale. Le Trait, qui est alors constitué de plusieurs hameaux, ne dispose pas de logements en nombre suffisant. La population se constitue de cultivateurs, de journaliers, de quelques employés des chemins de fer, de domestiques. Les services nécessaires et les structures apportant un certain confort (alimentation, soins médicaux, loisirs) sont quasiment absents. Pour preuve, seuls un boulanger et un boucher venant de Caudebec et de La Mailleraye passent uniquement deux ou trois fois par semaine.

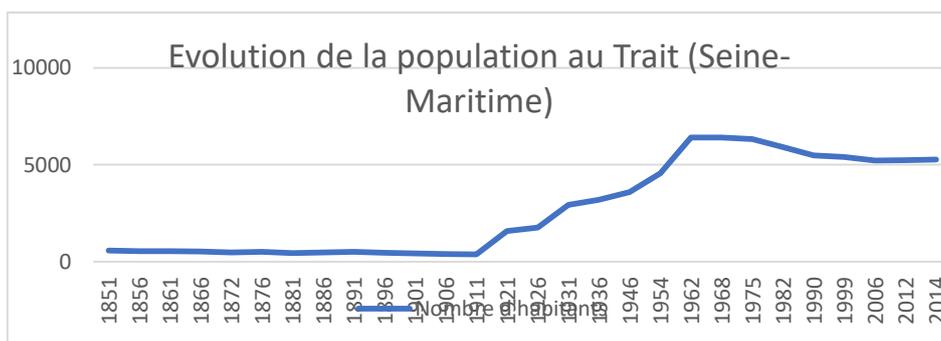
Dans ces conditions, comment attirer de la main-d'œuvre spécialisée et, une fois le personnel rassemblé, comment le fixer, le conserver ? Se pose également le problème des fluctuations du niveau d'activité. Au cas où des licenciements devaient survenir, les ouvriers doivent bénéficier de solutions de repli : se faire engager par des entreprises voisines. Or, celles-ci sont peu nombreuses. Il existe la clouterie Mustad à Duclair, et depuis 1916, une entreprise de fabrication d'avions – Latham – s'est implantée à Caudebec¹¹.

Ces questions, Worms & Cie, notamment à travers Georges Majoux, un de ses dirigeants principaux, se les pose et y répond avec méthode en mettant en place un système social inspiré d'un certain paternalisme, issu notamment des usines de l'est de la France tel que l'exemple de Pierrepont en Meurthe-et-Moselle, étudié par Henri Nitot, au début des années 1920, pour une thèse de droit¹². Le modèle de société conçu par Henri Nitot, futur directeur du chantier naval, connaît alors le succès et l'adhésion du personnel.

¹⁰ Y. Marec, J. Quellien, J. Laspougeas, B. Garnier J.-P. Daviet, *La Normandie au XIX^e siècle. Entre tradition et modernité*, Editions Ouest-France, 2016. Voir l'illustration sur l'évolution démographique de la Normandie.

¹¹ P. Bonmartel, *Histoire du patrimoine industriel de Duclair-Yainville-Le Trait*, Luneray, Bertout, 1998 et P. Bonmartel, *Histoire des chantiers navals du Trait*, Luneray, Bertout, 1997.

¹² H. Nitot, *Les cités-jardins. Etude sur le mouvement des cités jardins suivie d'une monographie de la cité-jardin du Trait (Seine-Inférieure)*, Paris, PUF, 1924.



Avec l'arrivée des ACSM au Trait en 1916-1917, la population augmente considérablement jusqu'à 6400 Traitons dans les années 1960. Quand les ACSM ferment leurs portes en 1972, la ville perd un certain nombre de ses habitants qui s'installent à La Ciotat où se trouve un autre chantier naval. La population s'est depuis stabilisée autour de 5300 personnes.

Fonder une cité-jardin pour enracciner le personnel

La direction de Worms & C^{ie} s'implique pleinement dans la réflexion du logement. En mars 1919, Georges Majoux donne une conférence devant une centaine de personnes, dont Henri Lafosse, issues du patronat normand à la Société industrielle de Rouen et expose son projet¹³. L'ouvrier doit gagner suffisamment pour payer son loyer. Aussi, la société Worms & C^{ie} crée-t-elle un organisme capable de faire construire des habitations et de gérer le parc des logements : la Société immobilière du Trait, interface entre Worms & Cie et les ACSM, d'une part et les ouvriers. Les Chantiers navals français, nés en même temps que ceux du Trait et fondés par la Banque de Paris et des Pays-Bas, optent d'ailleurs pour une stratégie identique.

Au Trait, les maisons sont dessinées par Gustave Majou, architecte bien connu puisque, dans le cadre d'un concours lancé par la Fondation Rothschild, il s'est déjà illustré lors de projets d'habitats sociaux au début du XX^e siècle en région parisienne comme, par exemple, dans la réalisation de 321 logements en faveur de « l'amélioration des conditions d'existence matérielle des travailleurs¹⁴ ». Le choix de recruter cet architecte souligne bien le souci de la Maison Worms de donner la priorité à la question sociale.

Les travaux de Gérard Noiriel¹⁵ ont déjà souligné le soin donné par le patronat à l'enracinement de son personnel pour les besoins de l'entreprise. Ceux d'André Gueslin¹⁶ ou de Michelle Perrot¹⁷ n'oublient pas que cette politique peut être aussi une demande des ouvriers, une demande de repères d'où leur adhésion. L'histoire des ACSM illustre bien ce cas de figure. La construction navale réclame un personnel qualifié et nombreux, habitué à un certain confort de vie. Pour constituer sa main-d'œuvre, la direction, à l'image de Louis Achard, propose des postes à des ouvriers des chantiers de Dunkerque qui acceptent de s'installer en Normandie, notamment pour fuir le front entre 1917 et 1918. D'autres, comme l'ingénieur Alexandre Vince, sont originaires de la région de Nantes ou de la Brière. Les témoins de cette époque racontent alors qu'au moment de l'emménagement au Trait, « la mère reproche au père de les avoir entraînés dans une pareille aventure et parle de repartir »,

¹³ Signalons la thèse de P. Lecouteux : *La Société industrielle de Rouen (1872-1939), une sociabilité spécifique ?*, sous la direction de Serge Chassagne, Université Lyon II, Lyon, 1996. Voir aussi l'intervention de Georges Majoux dans *Bulletin de la Société industrielle de Rouen*, Rouen, 1919, séances des 12 et 14 mars 1919, p. 115-126.

¹⁴ *50 ans de construction navale en bord de Seine op. cit.*, p. 33.

¹⁵ G. Noiriel, *Les ouvriers dans la société française XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Le Seuil, 2002 (1^{ère} éd., 1986).

¹⁶ A. Gueslin, « Le paternalisme revisité en Europe occidentale (seconde moitié du XIX^e siècle, début du XX^e siècle) », *Genèses*, 7, 1992. Lieux de travail, p. 201-211.

¹⁷ M. Levey-Leboyer (Dir.), *Le Patronat de la seconde industrialisation, cahiers du Mouvement social*, 1979.

certain s'exclament : « Quand on est arrivés il n'y avait rien, absolument rien.¹⁸ » Des baraquements en bois servaient d'ateliers ou de logements provisoires si bien que des habitants comparaient la ville au *far west* pour traduire la brutalité du passage du monde rural à la grande industrie¹⁹, termes d'ailleurs employés également en Lorraine sidérurgique par les ouvriers²⁰. A une époque où la main-d'œuvre manque, notamment à cause des pertes dues à la Première Guerre mondiale, il convient de fidéliser un personnel trop souvent la cible de débauchage par des entreprises concurrentes.

La diffusion des belles cartes postales de la cité-jardin dans les années 1920 et 1930 prend tout son sens et offre ainsi un témoignage des efforts fournis par Worms & Cie pour rendre agréable le cadre de vie des ouvriers et de la maîtrise. Le vocabulaire désignant les habitations révèle l'application avec laquelle les ACSM essaient de montrer leur œuvre sous son meilleur jour : on parle de « villas » destinées aux cadres de l'entreprise, on montre un beau kiosque au milieu des cerisiers en fleurs. Les habitants se souviennent des nombreux rosiers ornant la ville du Trait. L'image des coronas et de l'usine oppressante n'apparaît nullement.

L'architecte qui conçoit la cité du Trait a en effet eu conscience que la construction de la ville a son importance pour le bien-être des habitants. Gustave Majou s'est efforcé de tenir compte du tracé des routes qui « épouse à peu près exactement les ondulations du sol » ; Nitot relève que « les rues sont toutes d'un accès facile et les maisons ne s'obstruent point la vue les unes des autres, ce qui représente évidemment pour l'habitant un avantage fort appréciable²¹ ».

La Société immobilière du Trait s'applique à exercer un certain contrôle sur la cohérence d'ensemble de la cité-jardin. Des concours incitent les ouvriers à embellir leurs logements et leurs potagers. Mais attention, il est défendu aux Traitons d'aménager les terrains qu'ils louent dans le désordre. Par exemple, l'installation de clapiers ou de poulaillers près des clôtures est proscrite.

Ce fonctionnement avait été théorisé en grande partie par Henri Nitot dans sa thèse de droit publiée en 1924 aux presses universitaires de France : *Les cités-jardins. Etude sur le mouvement des cités jardins suivie d'une monographie de la cité-jardin du Trait (Seine-Inférieure)*. Ce travail, pour lequel il rencontre les personnalités du monde des cités-jardins en France comme Georges Benoît-Lévy et Raoul Dautry, père de la cité-jardin de Tergnier dans l'Aisne, démontre qu'une conception poussée a eu lieu à la tête des ACSM dès les débuts de l'existence de l'entreprise.

Le Trait reçoit la visite d'associations comme celle des cités-jardins de France dont le président est Georges Benoît-Lévy ou encore du ministre de l'hygiène Paul Strauss en 1922, ce qui montre l'intégration de ces réseaux au sein de l'entourage des ACSM et de son directeur Henri Nitot. La ville est érigée en exemple dans des reportages ou mise à l'honneur lors de discours²². Et pour cause. Pour chaque individu, les concepteurs des habitations avaient calculé jusqu'au volume d'air nécessaire à chacun et l'exposition de la salle commune dans le but de limiter la propagation des maladies²³. « Il est éminemment recommandable de mettre à la disposition d'une famille ouvrière au moins quatre pièces. », ajoute Henri Nitot. Il précise : « Ces exigences sont scrupuleusement réalisées dans les maisons de la cité-jardin du Trait qui toutes comprennent au minimum une salle commune, une chambre à coucher pour les parents, un dortoir pour les garçons et un dortoir pour les filles, étant entendu que si le

¹⁸ 50 ans de construction navale en bord de Seine op. cit., p. 71 et 72.

¹⁹ P. Bonmartel, *Les pionniers traitons 1916-1936*, 2006.

²⁰ G. Noiriél, *Les ouvriers dans la société française XIXe-XXe siècles op. cit.*, p. 124.

²¹ H. Nitot, *Les cités-jardins op. cit.*, p. 97.

²² Voir G. Benoit-Lévy dans *L'hygiène sociale*, 26 avril 1931.

²³ 50 ans de construction navale en bord de Seine op. cit., p. 75.

nombre d'enfants de la famille nécessite un cube d'air plus grand, il est attribué à cette dernière en supplément gratuit autant de pièces qu'il convient²⁴. »

L'action de Worms & C^{ie} ne s'arrête pas aux frontières du Trait. La société fonde également la Société d'habitation à bon marché de la Seine-Maritime dont le président est Hypolite Worms qui, par sa stature et le poids de sa société, entraîne dans ce projet d'autres entrepreneurs de la région comme les établissements Lecoœur à Yvetot, Caron Delion, la Société havraise d'énergie électrique de Yainville ou la Société agricole de Bolbec-Nointot. Le travail de cette entreprise touche tout le département : Duclair, Bolbec, Caudebec, Yvetot, etc. La cité-jardin de Port-Jérôme, conçue par les architectes de la SHBM de la Seine-Maritime Pierre Chirol et Georges Peulevey, figure parmi les plus belles réussites de leurs œuvres²⁵. Ainsi Worms & Cie apparaît-il comme un acteur majeur de l'industrie en vallée de Seine, comme un meneur du mouvement d'industrialisation comme le montre son action : encourager l'implantation d'usines sur le territoire (savonnerie et centrale de Yainville²⁶, établissements de couture Laporte au Trait²⁷) pour donner une autre source d'emploi aux ouvriers lors de baisses d'activités ou pour attribuer du travail aux femmes dont les débouchés se bornaient aux usines textiles de la vallée de l'Austreberthe²⁸. Le profil de Worms & Cie correspond, à ce propos, assez bien au modèle exposé par André Gueslin : « Le paternalisme, et tous les travaux recensés le démontrent, concerne ou des entreprises naissantes ou des grandes entreprises ; les petites et moyennes entreprises n'ont pas les mêmes besoins et surtout pas les moyens²⁹. » Et en effet, rien qu'aux ACSM, plus de 1 000 personnes travaillent à la construction des navires avant les années 1930 puis environ 2 000 ouvriers après la Seconde Guerre mondiale, ce qui la classe définitivement parmi les plus grandes entreprises de France si l'on en croit les travaux de Ruhlmann³⁰.

²⁴ H. Nitot, *Les cités-jardins op. cit.*, p. 75.

²⁵ *Patrimoine du XX^e siècle. Espaces urbains. Habitations et jardins. Edifices religieux*, DRAC Haute-Normandie, 21 juin 2001, p. 10.

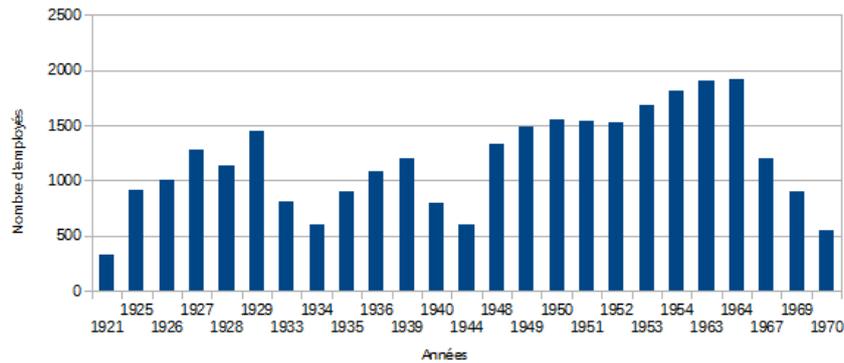
²⁶ Comme l'indiquent Jean Lootvoet et Maurice Quemin lors de la Conférence du 16 septembre 1989 au musée de la Marine de Caudebec-en-Caux : « Un autre souci du chantier était aussi de procurer du travail aux femmes qui n'avaient que les usines de tissage de la vallée de l'Austreberthe. Une maison de confection accepta dans les années 30 - d'installer un atelier dans des locaux préparés en cette intention. Plus tard, en prenant une participation dans la société, la Maison favorisait l'implantation de la savonnerie d'Yainville. Déjà en 1925, la Maison Worms en investissant dans la construction de la centrale électrique d'Yainville, avait également favorisé son implantation qui avait ainsi soulagé la centrale en courant continu du chantier et permis l'électrification des logements. »

²⁷ P. Bonmartel, *Le Trait ville nouvelle*, Luneray, Bertout, 1995.

²⁸ Conférence du 16 septembre 1989 au musée de la Marine de Caudebec-en-Caux.

²⁹ A. Gueslin, « Le paternalisme revisité en Europe occidentale (seconde moitié du XIX^e siècle, début du XX^e siècle), *Genèses*, 7, 1992. Lieux de travail, p. 201-211.

³⁰ A. Aglan, O. Fiertag et Y. Marec, *Les Français et l'argent. Entre fantasmes et réalités*, Rennes, PUR, 2011, p. 74. Voir l'article de J. Ruhlmann, « Argent et identité sociale. L'a(r)gent double. La défense, l'identité sociale des classes moyennes et l'argent dans la première moitié du XX^e siècle ». Dans son analyse, l'auteur évoque « 406 entreprises employant plus de 1 000 personnes » vers 1936.



Evolution du nombre d'employés aux Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime³¹

Années	Effectif total	Etrangers
1925	889	21
1926	970	28
1927	1 229	43
1928	1 098	39
1929	1 274	167

Effectif dont personnel étranger³²

Des loisirs et des œuvres sociales : apporter les commodités de la ville à la campagne

Pour qu'une ville industrielle toute neuve puisse vivre, il lui faut une animation, notamment culturelle. La direction du chantier lui insuffle une âme. Les ACSM prévoient la fondation d'une bibliothèque mais également la mise en place d'associations : la Lyre des chantiers, le Cercle symphonique, la Société de mandolinistes, le Cercle artistique, le Bouchon (une sorte de club ouvrier où les membres jouent au jeu normand du bouchon³³ et qui organise un banquet populaire lors de la Saint-Eloi, ce qui permet d'intégrer les nouveaux venus), le Club sportif, le Club de gymnastique, le « Blé qui lève ». Comptons encore l'édification d'un cinéma prévue dès 1919 ou le lancement du marché du Trait en 1923, inauguré et présenté comme un événement important et attirant les populations de Maromme, de Bolbec, de Rouen, de Sotteville et même de Paris³⁴. La mise en place, en 1919, d'une société de secours mutuels, « La Fraternelle », constitue une autre pièce maîtresse du dispositif conçu par la direction des chantiers.

Les plans pour un dispensaire, pour un centre d'examen médical, pour un centre de dépistage de la tuberculose près de la gare, pour un *celibatorium* afin d'accueillir et de loger les ouvriers non mariés et le personnel éloigné de son foyer sont dressés juste après la Première Guerre mondiale. Le recrutement d'un médecin originaire de Dunkerque complète les services de santé. Une société coopérative « L'Avenir du Trait » est également créée. La ville se distingue de ses voisines encore très rurales et dépourvues de tels équipements modernes et récents.

³¹ Effectifs obtenus en croisant diverses sources : nos recherches aux archives Worms, les travaux de Jacqueline Goubé, de Béatrice Maheut, de Paul Bonmartel, les bulletins du CE des ACSM *Le Calfat du Trait*, de Christian Lebailly et www.wormsetcie.com (en particulier l'audition de Pierre Abbat devant le juge d'instruction au Tribunal de la Seine Georges Thirion le 24 octobre 1944). Avant 1928, l'activité est soutenue avec 11 navires à la pose de la quille en 1924 et 11ancements la même année. En 1926, on comptait encore 11 navires à la pose de la quille et 8ancements un an plus tard. Les chiffres utilisés comprennent aussi les ouvriers étrangers, toujours comptabilisés à part aux ACSM avant la Seconde guerre mondiale.

³² Voir *50 ans de construction navale en bord de Seine op. cit.*, p. 120.

³³ J.-J. Bertaux, « Traditions populaires de la Normandie. Jeux traditionnels : le jeu de Bouchon ou de Palets », *Annales de Normandie*, 16^e année, n^o2, 1966, p. 165-179.

³⁴ *Journal du Trait*, 11 janvier 1923.

Ce programme de construction suit un modèle déjà expérimenté dans le cadre de projets de cités-jardins en France. « On retrouve d'une façon quasi systématique ces structures ailleurs », écrit André Gueslin³⁵. Ce mode de vie fait son effet au Trait : le personnel est attaché à son entreprise et apparaît très soudé. A tel point que les ouvriers traitons de la Standard Oil (ESSO) peuvent apparaître quelque peu exclus de la vie municipale.

Il faut indiquer également les voyages organisés par le chantier lors des vacances scolaires ou la mise à disposition d'un car pour les rencontres de football du club sportif (UST).

Les structures éducatives

La conception de la cité-jardin comporte un autre volet : celui de l'éducation du personnel ouvrier. Par ailleurs, une école ménagère voit le jour. Un groupe scolaire, dont le besoin se fait cruellement sentir car la population croît en même temps que l'activité du chantier, naît finalement en 1930 sur un terrain donné par Hypolite Worms. Henri Nitot expose très bien son projet de société : « Toutes ces mesures engendrent une société très ordonnée avec les ouvriers au plus près de l'usine, la maîtrise de l'autre côté de la route et les cadres dans les villas, sur la côte, au milieu des bois. [...] La cité-jardin, par l'agrément qu'elle peut présenter, par son hygiène, par son pittoresque, par toutes ses commodités est éminemment susceptible de retenir d'une façon à peu près définitive les ouvriers qui s'y sont installés. Par ses œuvres sociales, elle favorise le développement de la vie familiale, et par ses œuvres d'éducation, elle facilite aux jeunes gens l'accès d'un métier spécialisé et tout le monde bénéficie de la combinaison, depuis le salarié qui vit dans des conditions plus confortables qu'ailleurs, jusqu'au patron pour lequel le problème du recrutement de la main-d'œuvre se trouve considérablement facilité et qui se trouve mieux armé pour lutter contre la concurrence³⁶. »

L'objectif de Nitot suscite réactions ou critiques de la part des industriels eux-mêmes. Le député dieppois Robert Thoumyre remarque que, dans ces conditions, « l'ouvrier est, comme autrefois, le serf, attaché à la terre du seigneur³⁷. » Le futur directeur des Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime réplique alors qu'« il s'agit d'abord de savoir s'il vaut mieux pour assurer vis-à-vis d'un patron l'indépendance de ses ouvriers que ceux-ci soient propriétaires de leurs maisons ou simplement locataires. Nous penchons pour la seconde solution qui leur permet de se déplacer plus facilement d'un endroit à un autre, soit que les conditions du travail deviennent plus rémunératrices ailleurs, soit que des difficultés quelconques s'élèvent³⁸. »

Quoi qu'il en soit, la philosophie qui sous-tend la création de l'école ménagère peut se rapprocher de celle évoquée par d'autres concepteurs de cités ouvrières. Nitot se montre soucieux de promouvoir de bonnes mœurs à l'usine mais aussi dans la cité-jardin, toujours pour maintenir un certain cachet au Trait. Il montre son attachement aux « valeurs justes » transmises notamment par l'école ménagère où les jeunes filles apprennent la couture, la broderie, la gestion d'un foyer y compris du point de vue économique. Le but est la formation de mères de famille et de ménagères exemplaires. Les enseignements contribuent à maintenir l'ordre chez l'ouvrier ou le contremaître. Ils permettraient en outre de contenir d'éventuelles demandes d'augmentation de salaires de femmes d'ouvriers qui s'aperçoivent, parfois, des

³⁵ A. Gueslin, « Le paternalisme revisité en Europe occidentale (seconde moitié du XIX^e siècle, début du XX^e siècle) », *Genèses*, 7, 1992. Lieux de travail, p. 201-211.

³⁶ H. Nitot, *Les cités-jardins op. cit.*, p. 56.

³⁷ *Ibid.*, p. 66.

³⁸ *Ibid.* p. 119.

disparités de rémunération d'une usine à l'autre, phénomène observé dans les centres industriels de l'Est de la France.

Henri Nitot considère aussi que le voisinage de la maîtrise et des cadres permettra à l'ouvrier de s'élever. N'évoque-t-il pas le « progrès moral » que cette situation est supposée apporter³⁹ ? « En mêlant ainsi davantage la vie des chefs à celle de leurs subordonnés, il semble bien que la formule de la cité-jardin soit susceptible de réaliser un progrès moral dont l'importance ne doit pas être négligée⁴⁰ », avance-t-il.

Dans les faits, outre Thoumyre, les ouvriers ne semblent pas tous adhérer à cette continuité entre le travail à l'usine et la vie en en sortant, à la fin de la journée de travail. Au Trait, ne parle-t-on pas du quartier des « bas de soie », comme par mépris, pour désigner les lieux où vivent la maîtrise et la direction des ACSM ?

C'est que la direction des chantiers navals s'immisce beaucoup dans la vie de la population. Au cours des débuts de la construction du domaine industriel et de la cité-jardin, la municipalité, native du Trait, apporte son soutien, dans la mesure de ses moyens, à Worms & C^{ie}. Mais très vite, elle est dépassée par l'ampleur des bouleversements et se montre incapable de remplir les services que les habitants en constante augmentation attendent de la mairie. Worms & C^{ie}, par exemple, avait prévu d'installer l'éclairage dans toute la ville mais les autorisations tardent à être attribuées. En 1924, Le Trait est encore dépourvu d'éclairage. Comme les difficultés s'accumulent et entraînent un ralentissement de la progression des travaux nécessaires au chantier naval à cause des administrations publiques, Worms & C^{ie} prend en charge un certain nombre de services et va finir par présenter l'un de ses représentants aux élections municipales : « La municipalité n'avait pas à l'époque des possibilités financières suffisantes pour faire face aux services publics de notre nouvelle cité. Il fallut donc nous substituer à elle pour des services essentiels, comme l'eau, l'enlèvement des ordures ménagères, et même la voirie, et cela par les moyens du bord qui étaient maigres. Il fallut installer l'électricité, tant pour la clientèle privée que pour l'éclairage public et je n'oublie pas que pendant des années nous fûmes à la maison sous le régime de la lampe à pétrole⁴¹ », témoigne Henri Nitot.

C'est alors qu'Achille Dupuich, directeur de la Société immobilière du Trait, devient maire de la ville en 1933, ce qui facilitera ensuite les démarches pour que le chantier naval progresse. Dès lors, les Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime et Le Trait se confondent tout à fait. Directeurs, administrateurs municipaux et présidents d'association proviennent des diverses filiales de Worms & Cie : Achille Dupuich (Société immobilière du Trait), déjà cité, est maire. Après-guerre, l'ingénieur et directeur Pierre Abbat est président de la mutuelle « Amicale d'action solidaire des ACSM » dont le financement est assuré à 50 % par le chantier naval mais une différence s'opère au niveau de l'administration de la ville après 1945 : alors qu'Achille Dupuich représentait le patronat, Raymond Brétéché, syndicaliste et membre de la SFIO le remplace à la tête de la ville. Les habitants se souviennent également de Jean Roy ou de Beaussaut qui attribuaient les maisons de la Société immobilière après-guerre.

Soulignons que Pierre Abbat, surnommé parfois « petit Pierre » par les Traitons du chantier, charismatique personnage de la direction des ACSM, apparaît comme une figure paternelle. Chacun le rencontre dans les ateliers. Il est celui, qui, par sa recherche de contrats, qu'il remporte et sur lesquels le chantier travaille bien des années après sa mort, permet à tous de vivre.

³⁹ *Ibid.*, p. 106.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 106.

⁴¹ H. Nitot, *Les cités-jardins op. cit.*, p. 129-131.

Conclusion

Une telle organisation sociale enracine et fidélise effectivement les ouvriers mais crée également un certain microcosme, au point que le rédacteur du bulletin du Comité d'entreprise s'exclame un jour que Le Trait devrait être la capitale du département, comme si chaque traiton avait alors conscience d'appartenir à une grande épopée industrielle, l'auteur oubliant l'histoire des entreprises voisines⁴².

C'est qu'au Trait, la population a vécu et respiré le chantier naval pendant environ cinquante ans. Chacun possède un proche ou davantage ayant travaillé aux ACSM. Deux générations qui ont formé une société homogène se sont succédé autour d'un projet commun : construire des navires. De ce modèle de société, une grande solidarité est née. La crise de 1936 l'illustre parfaitement quand toute l'usine, sauf un individu qui finit par céder sous la pression de ses camarades, se met en grève ; comme les événements de 1968 le confirment avec l'occupation des ateliers et le ravitaillement jour et nuit des ouvriers par leurs épouses. Cette solidarité, formée par la vie en commun, les épreuves et le travail partagés, a perduré après la fermeture de l'entreprise en 1972 comme en témoigne l'élection du communiste Roland Paris de 1977 à 2001.

Ces éléments doivent expliquer la formation d'une forte nostalgie chez les retraités du chantier, un peu comme si, privée de son lieu de rassemblement, c'est-à-dire le chantier lui-même qui permettait une certaine communion collective dont le point d'orgue est le spectaculaire lancement de navire, toute une génération s'était réfugiée dans la contemplation de son passé industriel qui constitue, en fait, toute sa jeunesse. Ainsi, Worms & Cie, en 1917, paraît-il avoir réussi son projet de cité-jardin dont les effets se font sentir jusqu'à nos jours, cent ans plus tard.

Budget du C. E.	
Les sommes ci-après indiquées sont allouées à diverses sociétés ou œuvres pour l'année 1950 :	
Union Sportive du Trait	200.000 fr.
Jardins ouvriers	40.000 fr.
Oréade	30.000 fr.
Vacances des jeunes	50.000 fr.
(éventuellement 60.000)	
Loisirs Scolaires	100.000 fr.
Calfat du Trait	450.000 fr.
Bibliothèque	55.000 fr.
Mutualité Infantile	20.000 fr.
Arbre de Noël	450.000 fr.
Noël des vieux travailleurs	50.000 fr.
Distribution des Prix	60.000 fr.
Gardon Traiton	8.000 fr.
Association des Familles Nombreuses (pour l'organisation d'une kermesse)	10.000 fr.
Sté Canine du Trait, éventuellement participation aux frais de mise en route et d'installation.	
Maîtrise Ste-Cécile, la demande est rejetée.	

**Budget du Comité d'entreprise des Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime en 1950
concernant les aides financières accordées aux associations de la vilel, voir Le Calfat du Trait.**

⁴² *Le Calfat du Trait.*

En résumé, les bases principales de fonctionnement de la Mutuelle sont actuellement conformes au barème ci-dessous :

1. COTISATIONS :		
Droit d'admission	Frs.	110 par mois
Cotisations (assurés sociaux) ..	>	130 »
2. FRANCHISES :		
Célibataire	>	2.500
Marié sans enfant	>	3.750
Marié 1 et 2 enfants	>	5.000
Marié 3 enfants et plus	>	7.000
3. PRESTATIONS :		
Consultations	>	200
Visite à domicile	>	300
Consultation spécialiste	>	400
Visite spécialiste	>	600
Dents	D =	40
Lunettes : 1 paire par an et par personne		1.000
1 verre seulement		500
P.C.		80
K de chirurgie		130
K de radio		110
K de soins dentaires = D		40
Analyses	B =	30
Hospitalisation		1.000 par jour
Maternité		3.000
Accouchement gémellaire		6.000
Sana		2.000 par mois
6 mois par an, pendant 3 ans.		

Tarifs de la mutuelle dont pouvaient bénéficier les ouvriers des chantiers navals dans les années 1950

« BONS » OU « MAUVAIS » PAUVRES ? DU MENDIANT VAGABOND AU PAUVRE SECOURU EN NORMANDIE ORIENTALE AU XIX^e SIECLE (1796-1914)

Par Antony KITTS¹

S'inscrivant dans une démarche diachronique, s'ouvrant avec le Directoire et s'achevant avant la Première Guerre mondiale, cette thèse avait pour ambition d'écrire l'histoire des politiques de traitement de la pauvreté et de la marginalité dans un espace régional que nous avons dénommé Normandie orientale, pour reprendre l'expression chère au géographe Jules Sion. Cette étude s'est également attelée à retracer l'histoire des plus démunis et de leurs représentations à travers les figures du « bon » et du « mauvais » pauvre dans une société normande en pleine mutation industrielle. Émergeant comme de nouveaux objets d'Histoire dans les années 1970, à la suite des recherches pionnières de Jean-Pierre Gutton, de Bronislaw Geremek et de Michel Mollat², ces « oubliés de l'Histoire » ont resurgi sur le devant de la scène historiographique au tournant des années 1990 et 2000 grâce aux travaux de plusieurs historiens. On pense ici à Guy Haudebourg, José Cubéro, Stéphane Muckensturm, Jean-François Wagniar³, et plus récemment, à André Gueslin⁴. C'est dans ce contexte et sur les conseils de Yannick Marec⁵, considéré comme l'un des meilleurs historiens de l'histoire de la pauvreté et de la protection sociale, que notre réflexion s'est donc orientée vers une recherche sur ces pauvres marginaux, en changeant notre focale initiale afin de l'ouvrir à une histoire des plus pauvres au sens large et aux politiques engagées par les pouvoirs en place.

Au-delà des difficultés méthodologiques et archivistiques inhérentes à tout travail de recherche, celle-ci s'est articulée autour de quatre axes de réflexion dans une démarche chrono-thématique. Dans une première partie, intitulée *Les visages du pauvre et du mendiant vagabond : regards croisés*, nous avons essayé de mettre en évidence ces réalités sociales, notamment à travers la constitution d'une base de données de 1 963 individus fondée sur plusieurs sources échelonnées entre 1811 et 1911, comme celles des dépôts de mendicité d'Évreux et de Grugny⁶. Son exploitation nous a permis de dégager le profil d'une pauvreté

Mémoires de la protection sociale en Normandie, no 14, années 2017-2018

¹ Docteur en Histoire contemporaine et chercheur associé du GRHis, Université de Rouen Normandie. Cette recherche doctorale m'a valu d'être lauréat du premier prix de thèse 2017 du Comité d'Histoire de la sécurité sociale et du premier prix 2018 de la Société libre d'Émulation de la Seine-Maritime.

² Jean-Pierre Gutton, *La société et les pauvres. L'exemple de la généralité de Lyon, 1534-1789*, Paris, Les Belles Lettres, 1971 ; Michel Mollat, *Les Pauvres au Moyen Âge*, Bruxelles, Éditions Complexe, 1978 (réédition : 2006) ; Bronislaw Geremek, *La potence ou la pitié : l'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.

³ Guy Haudebourg, *Mendiants et Vagabonds en Bretagne au XIX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 1998 ; José Cubéro, *Histoire du vagabondage du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Imago, 1998 ; Stéphane Muckensturm, *Soulager ou éradiquer la misère. Indigence, assistance et répression dans le Bas-Rhin au XIX^e siècle*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1999 ; Jean-François Wagniar, *Le Vagabond à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1999.

⁴ André Gueslin, *Gens pauvres. Pauvres gens dans la France au XIX^e siècle*, Paris, Aubier, Collection « Historique », 1998 ; *Idem*, *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge*, Paris, Fayard, Collection « Divers Histoire », 2013.

⁵ Yannick Marec, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, Paris, La Documentation Française et Association pour l'histoire de la Sécurité Sociale, 2002, 2 tomes ; *Idem*, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Collection « Carnot », 2006.

⁶ Chronologiquement, les fichiers à la source de notre base de données étaient les suivants : ADE 8Y 8 : registre d'entrées du dépôt de mendicité de l'Eure (1811-1817) ; AMR 2I5 G : Police générale, registres à souches des passeports pour indigents, 5 janvier- 20 janvier 1830 ; AMH 2I5 H : Police générale, registres à souches des passeports pour indigents, 25 janvier 1830- 31 décembre 1830 ; AMH 2I5 K : Police générale, registres à

haut-normande qui affecte surtout des gens ordinaires et originaires de la région. Ce sont majoritairement des hommes dans la force de l'âge, exerçant des métiers peu qualifiés, essentiellement dans l'agriculture et l'industrie, activités fortement soumises aux aléas économiques. Sans revenir dans le détail sur nos hypothèses pour expliciter ces processus de paupérisation, voire de marginalisation, qui sont à trouver dans les dynamiques socio-économiques et démographiques, la suite de notre démarche a cherché à mettre en exergue les politiques de lutte contre cette misère haut-normande sur le long terme.

En effet, les années 1796-1821 et 1880-1914 ont constitué les deux temps forts de notre étude, il est vrai à un moment où les phénomènes de pauvreté et de mendicité prirent une nouvelle dimension tant sur le plan sociétal que sécuritaire. Sur le plan assistantiel, ces deux moments ont été particulièrement décisifs puisqu'ils ont posé les principaux jalons de la politique de bienfaisance et de protection sociale en France. Sous le Directoire⁷, un double processus de municipalisation de l'assistance publique s'est imposé avec les deux lois fondatrices de l'an V : d'un côté, la loi du 16 vendémiaire (7 octobre 1796) sur les établissements hospitaliers instituant une nouvelle organisation administrative ; de l'autre, celle du 7 frimaire (27 novembre 1796) sur l'assistance à domicile officialisant l'obligation de créer des bureaux de bienfaisance, lois placées toutes deux sous la responsabilité des administrations municipales. Dans notre région, la mise en œuvre de cette nouvelle législation ne se réalisera pas sans difficultés, mais, à partir des années 1810, elle saura surmontée peu à peu les nombreux obstacles administratifs et financiers.

Avec la Troisième République⁸, vient le deuxième temps fort de cette histoire de l'assistance et de la bienfaisance au XIX^e siècle. L'arrivée des Républicains au pouvoir concrétise à leurs manières les idéaux révolutionnaires en matière d'intervention sociale. Initiée au début des années 1880 avec la création du Conseil supérieur de l'Assistance publique⁹, notamment sous l'impulsion de son premier président Henri Monod¹⁰, une réflexion générale sur les insuffisances de la prise en charge des personnes les plus vulnérables s'est en effet affirmée dans les milieux sensibilisés à cette question sociale et sanitaire. La nécessité de la réformer en profondeur s'imposa véritablement, comme en témoignent les premiers Congrès nationaux et internationaux d'assistance et de bienfaisance. Ce long cheminement législatif trouvera alors son heureux épilogue avec l'instauration d'un véritable service public d'assistance à partir du vote de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, puis de celles de 1904 sur les enfants assistés et de 1905 sur la protection de la vieillesse, pour ne citer qu'elles. Sous cette République radicale, cette institutionnalisation d'une assistance obligatoire a rencontré ainsi un terreau favorable à son application en Normandie orientale, les départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure faisant montre d'un réel interventionnisme social. En effet, jusqu'à la veille de la Grande Guerre, les assemblées départementales, soutenues par les municipalités, se sont révélées être de véritables points d'appui de cette politique sociale

souches des passeports pour indigents, 2 janvier 1840- 28 décembre 1840 ; AMH 215 M : Police générale, registres à souches des passeports pour indigents, 4 janvier 1850- 31 décembre 1850 ; ADE H-dépôt Hôpital Évreux Q 2-34 : registre matricule de la population, 1846-1903 ; AEDAG : registre d'entrée du dépôt de mendicité de Grugny, 1911.

⁷ Jean Imbert, « Vers le redressement : le Directoire », in Jean Imbert (sous la direction de), *La protection sociale sous la Révolution française*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1990, p. 321-505.

⁸ Colette Bec, *Assistance et République : la recherche d'un nouveau contrat social sous la III^e République*, Paris, Les Éditions de l'Atelier-Les Éditions ouvrières, 1994.

⁹ Colette Bec, « Politique sociale et initiative administrative : l'exemple du Conseil supérieur de l'assistance publique (1886-1906) », *Le Mouvement social*, avril-juin 1993, n° 163, p. 67-84 ; Didier Renard, « La Direction de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur 1886-1905 », in Jacques-Guy Petit et ali. (éditions), *Philanthropies et politiques sociales en Europe (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 187-197.

¹⁰ Henri Monod, « L'œuvre d'assistance de la Troisième République », *Revue philanthropique*, Treizième année, Tome XXVI, novembre 1909 à avril 1910, p. 265-280.

républicaine à l'égard des « *bons pauvres* ». Leur prise en charge n'a fait que se renforcer, le nombre de bénéficiaires assistés s'accroissant significativement et révélant les réels besoins en la matière.

Dans ce mouvement général de protection des plus démunis, la charité privée n'y est pas restée insensible, loin s'en faut. Après de timides développements au début du XIX^e siècle, celle-ci a vu son rôle s'affirmer à partir de la Monarchie de Juillet, puis sous le Second empire, devenant un acteur incontournable dans le monde caritatif, à l'image de l'évolution nationale¹¹. À cet égard, la fondation d'une centaine d'œuvres sociales privées, essentiellement de confession catholique entre les années 1820 et 1870, a démontré un réel dynamisme des Églises chrétiennes, concentrant leurs actions charitables au soulagement des pauvres, depuis la petite enfance jusqu'aux derniers instants de la vie. Mais ces initiatives ont été surtout localisées dans les principales villes de la région, à l'instar de Rouen et du Havre où la pauvreté était beaucoup plus prégnante. Dans ce monde de la bienfaisance privée, plusieurs personnalités locales se sont affirmées : on pense ici à Sœur Marie-Ernestine et à son institution rouennaise de relèvement moral de jeunes filles ou à son pendant masculin en la personne du juge Georges Bonjean à Orgeville.

Face ces réussites de la bienfaisance et de la protection sociale, il en a été différemment des politiques répressives à l'encontre des « *mauvais* » pauvres. Là aussi, s'est dégagée une double temporalité. C'est sous le Premier Empire que se cristallise tous les moyens judiciaires et policiers contre les mendiants vagabonds. Dans notre région, les anciens dépôts de mendicité de Rouen et d'Évreux sont ré-ouverts en 1810. Cette nouvelle ère de criminalisation s'appuya aussi sur la création des nouveaux délits de mendicité et de vagabondage (articles 269-282) dans le Code pénal de 1810 et sur la généralisation de moyens de contrôle et d'interdiction des déplacements des individus suspects (passeports intérieurs, livrets ouvriers). Malgré ce déploiement répressif centralisateur, relayé par les préfets et leurs arrêtés anti-mendicité, cette politique se révéla sur le terrain un échec patent, avec la fermeture des deux dépôts de mendicité au début de la Restauration. Sans disparaître pour autant par la suite, cette politique répressive prit une nouvelle ampleur durant les années 1880-1890 en plein débat sur la question de la récidive¹² où l'une des principales figures criminelles s'incarna alors dans le mendiant d'habitude ou le vagabond professionnel. Pour faire face à ce défi sécuritaire, qui tourna parfois à la psychose dans les campagnes, les Républicains opportunistes votèrent très largement en mai 1885 la loi sur la relégation des multirécidivistes¹³. Cette loi d'élimination des criminels incorrigibles s'accompagna de nouvelles dispositions législatives coercitives comme l'interdiction de séjour dans les principales villes françaises comme à Rouen et au Havre et dans leurs proches banlieues. Rapidement, cette politique de défense sociale devint inopérante tant sur le plan national qu'en Normandie orientale. Dans cette dernière, les traités de partenariat avec les dépôts de mendicité de l'Aisne et du Loiret ainsi que l'ouverture du dépôt de Grugny en 1910 témoignèrent localement de cette impuissance à régler efficacement et durablement cette question de la mendicité et du vagabondage.

¹¹ Catherine Maurer, *La ville charitable. Les œuvres sociales catholiques en France et en Allemagne au XIX^e siècle*, Paris, Les Éditions du Cerf, Collection « Histoire religieuse de la France », 2012.

¹² Françoise Briegel et Michel Porret (sous la direction de), *Le criminel endurci. Récidive et récidivistes du Moyen Âge au XX^e siècle*, Genève, Droz, 2006 ; Jean-Pierre Allinne et Mathieu Soula (sous la direction de), *Les Récidivistes. Représentations et traitements de la récidive XIX^e-XXI^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, Collection « Histoire », 2010.

¹³ Jean-Lucien Sanchez, *La relégation des récidivistes en Guyane française. Les relégués du bagne colonial de Saint-Jean-du-Maroni (1887-1953)*, Thèse de Doctorat d'Histoire (sous la direction de Gérard Noiriel), EHESS, 2009, p. 191-194 (publiée sous le titre : *À perpétuité. Relégués au bagne de Guyane*, Paris, Vendémiaire, 2013).

Pour clore cette présentation, notre recherche doctorale a essayé de montrer une certaine originalité en articulant notre problématique générale autour de la question des politiques de lutte contre la mendicité et les pauvretés dans un espace régional différencié, opposant une Seine-Inférieure urbaine et industrialisée et un département de l'Eure plus agricole et rural. Sans toutefois démontrer une réelle différenciation spatiale dans ces politiques assistancielles et répressives, même si les questions de paupérisation et de marginalisation des couches populaires ont touchées davantage la Seine-Inférieure. À l'image de la Bretagne, on peut ainsi affirmer que la Normandie orientale était bien une terre de pauvreté et de mendicité, aussi bien dans les villes que dans les campagnes, au point de se singulariser dans l'ensemble national durant les années 1880-1900¹⁴. On a pu également mettre en avant le fait que ces formes sociales de prise en charge se sont renouvelées, en attestent notamment les premières lois de protection sociale au tournant des années 1890-1900. Leur application a démontré un réel engagement des communes et des deux départements normands puisque leurs dépenses d'assistance atteignirent 36 % dans l'Eure et 48 % en Seine-Inférieure, les plaçant parmi les départements les plus généreux. Sans d'ailleurs que soit pour autant résolue définitivement la question du vagabondage et de la mendicité, puisque cette dernière ne sera officiellement dépenalisée qu'en 1994, signe peut-être d'une tardive atténuation de leur représentation sociale.

¹⁴ Axelle-Brodiez Dolino, « Figures de la pauvreté sous la III^e République. Catégorisations et discriminations de l'assistance (1871-1931) », *Communications*, numéro spécial « Pauvretés » sous la direction de Nicolas Duvoux et Jacques Rodriguez, n° 98, 2016, p. 95-108.

Thèses • 1^{er} PRIX 2500 € • 2^{ème} PRIX 2000 €
Masters • 1^{er} PRIX 1500 € • 2^{ème} PRIX 1000 €

montants des prix

le prix 2018



LE COMITÉ D'HISTOIRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
A POUR MISSION DE
PROMOUVOIR LES TRAVAUX
SUR L'HISTOIRE
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ET PLUS LARGEMENT
DE LA PROTECTION SOCIALE
IL RÉCOMPENSE CHAQUE
ANNÉE DES THÈSES ET
DES MÉMOIRES DE MASTER

CLÔTURE DES INSCRIPTIONS
LE 30 AVRIL 2018

Le règlement détaillé du concours
est consultable sur
[www.securite-sociale.fr/comite
-d-histoire-de-la-securite-sociale](http://www.securite-sociale.fr/comite-d-histoire-de-la-securite-sociale)
et peut être adressé sur simple
demande à ches@sante.gouv.fr



comité d'histoire
et association pour l'étude de l'histoire
de la sécurité sociale

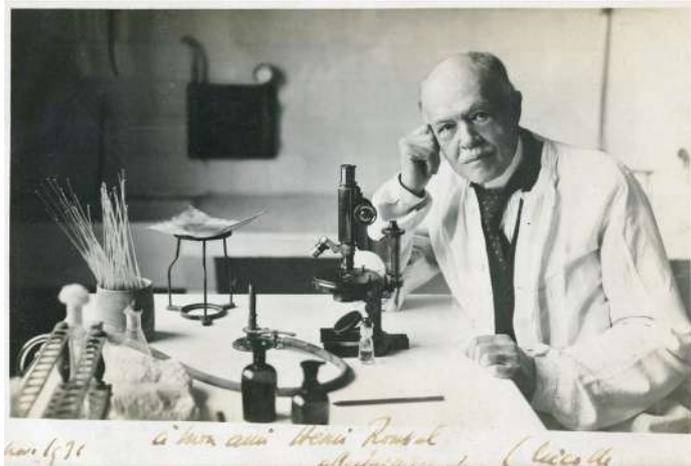
14 AVENUE DUQUESNE 75350 PARIS 07 5P • TÉL : 01 40 54 53 80 • CHSS@SANTE.GOUV.FR
WWW.SECURITE-SOCIALE.FR/COMITE-D-HISTOIRE-DE-LA-SECURITE-SOCIALE

Traces du passé

Charles Nicolle (1866-1936)

Commémoration et patrimonialisation

Par Sophie Marini¹



Charles Nicolle dans son laboratoire (1911). Collection Roland Huet.

Introduction :

La période qui court de 1870 à la Seconde Guerre Mondiale va connaître plusieurs séquences troublées (guerres, épidémies) que les hôpitaux rouennais vont devoir intégrer dans leurs structures, dans leur fonctionnement et leurs missions. En effet, ce contexte les conduit à une remise en question de leur organisation tout en mettant en place un dispositif innovant de protection sociale.

C'est dans cette conjoncture que s'inscrit l'action menée par Charles Nicolle. Il va avec difficulté mais pugnacité introduire à Rouen les préceptes de la médecine pastoriennne après avoir rencontré de nombreuses résistances à la fois des médecins traditionnalistes et de l'Assistance publique. Cette dernière est un système communal qui vise à apporter des soins médicaux à domicile ou par l'intermédiaire des dispensaires. Elle s'oppose donc par principe à l'hospitalisation.

Malgré cette situation, Charles Nicolle va poursuivre ses travaux sur un autre continent tout en restant très proche de sa ville natale. D'ailleurs, Rouen et sa population seront toujours attentifs à ses recherches et tenteront de lui rendre hommage.

Mémoires de la protection sociale en Normandie, no 14, années 2017-2018

¹ Etudiante de Master 1 Valorisation du patrimoine à l'Université de Rouen Normandie

Mon plan en trois parties se concentre donc sur la situation de la médecine et de l'exploitation des hôpitaux au temps de Charles Nicolle avant de se focaliser sur les grands faits marquants de sa vie. Nous finissons en récapitulant les événements et actions mis en place pour commémorer ce médecin et en proposant de nouvelles opérations de valorisation autour du personnage et de son œuvre.

I. La situation de la médecine et l'exploitation des hôpitaux à Rouen au temps de Charles Nicolle (1866-1936)

Quel bilan peut-on tirer à la fin du XIX^e siècle ? :

En 1869, l'organisation hospitalière a peu évolué depuis la fin du XVIII^e siècle. En effet, les Hospices civils se répartissent de la manière suivante : à l'ouest, l'Hôtel-Dieu consacré depuis 1758 à l'accueil des indigents et des malades et à l'est, l'Hôpital général équipé de 1600 lits pour recevoir les vieillards valides et incurables, les enfants assistés, les femmes enceintes, les malades d'affections vénériennes ou de la peau. Leur gestion menée par une seule commission administrative à partir de 1796 et un seul secrétaire-directeur dès 1861 est donc commune. Or les Hospices civils vont connaître des difficultés avec le retour d'épidémies comme la variole et les réquisitions menées par les Prussiens lors de leur entrée à Rouen, le 5 décembre 1870.

La multiplication des épidémies comme la variole précitée, la fièvre typhoïde et le choléra obligent le personnel médical à prendre de nouvelles mesures comme la désinfection des locaux ou du matériel, l'allongement du temps de présence en milieu hospitalier des malades.

Avec l'avènement de la III^e République, un mouvement de laïcisation des hôpitaux s'opère et entraîne le refus de la présence des curés dans les décisions administratives. Il est soutenu par la presse à travers notamment « le Journal de Rouen » et par les nouvelles personnalités politiques locales. En effet, si les actions sont tempérées au début, la radicalisation s'impose vite par l'intermédiaire de deux maires : le premier se nomme Louis Ricard (1881-1886) et le deuxième Maurice Lebon (1886-1888).

Louis Ricard, expert social à la Chambre des Députés avec Richard Waddington, favorable à une politique ouvrière paternaliste, soutient la loi de 1898 sur la réparation des accidents de travail. Quant à Maurice Lebon, il appartient au Conseil supérieur de l'Assistance publique. La prise en compte des questions sociales participe à la mise en place du « Système Rouennais » d'assistance publique c'est-à-dire un modèle de protection sociale particulier mis en place de 1886 à 1927.

Le système social et les structures hospitalières évoluent et se modernisent :

Entre les années 1880 et 1890, la France est touchée par une Grande Dépression économique, conséquence de la concurrence internationale. Cette situation conduit à une restructuration industrielle faisant appel à une main d'œuvre de plus en plus spécialisée. Les ouvriers-paysans des campagnes qui étaient en relation avec les marchands-fabricants de Rouen, perdent petit à petit leur travail et trouvent

des débouchés dans les nouvelles industries. Les maladies professionnelles et les accidents du travail augmentent, conséquences de cette industrialisation.

La priorité est donnée à une assistance publique menée soit à domicile soit dans les dispensaires qui se modernisent. C'est la mise en place du « Système Rouennais ». Les Hospices Civils et le Bureau de Bienfaisance s'unissent. Ainsi les personnes sans ressources reçoivent une aide gratuite. Au final, la couverture médico-sociale s'améliore.

Parallèlement, les hôpitaux entreprennent des modifications pour lutter contre la vétusté et l'encombrement. Dès 1914, une étude propose la réorganisation des services qui consiste à la désaffectation de l'Hôtel-Dieu pour la mise en place d'un hôpital complet auquel s'ajoute un deuxième établissement sur Bihorel (finalisation du projet en 1990 seulement). Puis, les progrès se poursuivent avec le développement de la chirurgie grâce entre autres à la mise en place de salle d'opération. Les laboratoires d'anatomie, de bactériologie et de radiologie sont rattachés à l'École de médecine. En effet, les laboratoires sont régulièrement consultés pour confirmer des diagnostics ou pour y développer de nouveaux domaines de recherches. Quant aux patients atteints de maladies contagieuses, ils sont progressivement mis à l'isolement ou placés dans des sanatoria.

C'est alors qu'en 1894 Charles Nicolle est nommé médecin adjoint des Hospices Civils de Rouen. Ancien élève de Émile Roux, disciple de Pasteur, Charles Nicolle va faire l'objet de jalousie au retour de sa formation parisienne. Non seulement, il s'oppose aux directeurs de l'École de médecine qui veulent dominer le laboratoire de bactériologie dont il est le responsable. Mais en désaccord avec l'administration sur le traitement des maladies vénériennes malgré ses conférences sur leur lutte donnée en 1902, il décide de démissionner de la commission administrative des hôpitaux et part diriger l'institut Pasteur à Tunis.

Au tournant du 19^e et du 20^e, la laïcisation des Hospices civils de Rouen se caractérise par la mise en place d'infirmières formées par une école indépendante de l'Assistance publique de Paris. Cette formation vise au remplacement des sœurs. Ce changement n'est soutenu ni par la presse républicaine qui craint des dépenses supplémentaires ni par les médecins qui craignent une augmentation des sœurs si elles acquièrent un savoir qui les conduiraient à une certaine domination. Enfin, le « Système Rouennais » perd son unicité administrative suite à des courants politiques locaux et nationaux différents.

La rénovation des Hospices civils à partir de la Première Guerre Mondiale :

Durant la Première Guerre Mondiale, le port de Rouen se situe au premier rang des ports français. Outre le fait d'être un centre de ravitaillement pour les armées où une base militaire anglaise s'implante également, l'industrie textile y renait. Quant à la métallurgie et la chimie, elles s'y développent. Ces diverses activités nécessitent une main-d'œuvre importante qui arrive notamment de Belgique et les besoins médicaux augmentent toujours. En effet, le nombre de lits est en constante progression et des hôpitaux de fortune sont ainsi réquisitionnés : lycée, hôtels, maisons particulières ... pour à la fois soigner les blessés militaires et les travailleurs civils.

On assiste à un renforcement du processus de médicalisation de l'institution hospitalière avec notamment une meilleure prise en charge de pathologies comme la tuberculose et les maladies vénériennes. En conséquence, l'augmentation du temps d'hospitalisation et de certaines obligations comme l'alimentation amputent les budgets. Alors, des propositions émergent comme celle de fermer l'Hôtel-Dieu finalisée qu'en 1995 ou des nouvelles décisions sont prises. Avec l'abandon du « Système Rouennais », la nécessité de moderniser les locaux s'impose. En effet, force est de constater que les établissements ne sont plus adaptés : vastes salles mal chauffées, accès difficile en l'absence d'ascenseur. Les améliorations se cristallisent autour de l'Hôpital Général qui devient en 1960 l'Hôpital Charles Nicolle, un véritable centre thérapeutique et non plus un centre d'hébergement.

II. Charles Nicolle, homme de science et de lettres (1866-1936)

Un parcours scientifique exemplaire :

Le 21 novembre 1866, Charles Nicolle naît à Rouen. Il a des origines familiales modestes : soit horloger du côté maternel soit journalier agricole, arquebusier ou même luthier du côté paternel. Sa mère se prénomme Aline Louvrier. Son père Eugène Nicolle est médecin des hôpitaux de Rouen et médecin de lycée, du Bureau de Bienfaisance, et professeur d'hygiène. Il lutte contre l'alcoolisme, fait une thèse sur l'hystérie. Il est un exemple de médecin humaniste pour son fils. Son frère aîné, Maurice est microbiologiste et son cadet, Marcel préfère s'orienter vers les Beaux-Arts en devenant critique d'art et conservateur du musée de Lille.

Après ses études au lycée Corneille de Rouen où Charles Nicolle se passionne pour l'histoire et l'archéologie, la littérature et la philosophie, il entame dès ses 19 ans des études de biologie. Il est reçu comme interne des Hôpitaux de Paris en 1889 et rencontre à l'Institut Pasteur deux imminents bactériologistes à savoir, Émile Roux - proche collaborateur de Pasteur - et Élie Metchnikoff qui découvre les mécanismes de défense immunitaire contre les bactéries au moyen des globules blancs. En 1893, il est nommé docteur en médecine grâce à sa thèse intitulée *Recherches sur le chancre mou*, qui est une maladie sexuellement transmissible.

À 19 ans, il est atteint de surdité ce qui va l'obliger à abandonner l'auscultation et à se tourner vers la recherche. Il dira d'ailleurs : « Toute souffrance est noble, toute injustice grandit ». Son handicap lui donnait de faux airs d'inattention dont il s'excusait en haussant les épaules.

De retour à Rouen, il est nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicale, puis médecin des hôpitaux et directeur du laboratoire de chimie, d'anatomie pathologique et de microbiologie à l' cole de médecine.

En 1894, Émile Roux présente les avancées du sérum antidiptérique, pour lequel Charles Nicolle demande une autorisation d'application. Il s'en suit l'installation d'un laboratoire de bactériologie à Rouen qui est le premier laboratoire de province à produire un sérum antidiptérique. Les résultats y sont probants puisque on note une baisse significative de la mortalité infantile.

L'apport de Charles Nicolle à sa ville natale est considérable puisqu'il lutte contre la syphilis et la typho ide, introduit le carnet de soins, crée un service de dermatologie, lutte contre la tuberculose par la création d'un sanatorium à Oissel et par l'enseignement de l'hygiène à l'Université populaire. Tout au long de sa carrière, sa principale activité reste la lutte contre les maladies vénériennes.

En 1903, il est contraint de démissionner de l'École de médecine dont dépend son laboratoire car il doit faire face à la jalousie, au conservatisme et à l'incompréhension de son entourage médical dont Raoul Brunon alors directeur. Il obtient dans un même temps, le poste de directeur de l'institut Pasteur à Tunis, placé sous protectorat français. Sa nomination par décret beylical est effective à partir du 31 décembre 1902.



D'une manière générale, Charles Nicolle va mener à Tunis des études sur de nombreuses infections ou « maladies inapparentes » existantes chez l'homme comme chez l'animal. À son arrivée, son inquiétude se porte sur les fièvres intermittentes comme le paludisme contre lesquelles il préconise la lutte contre les moustiques ou le typhus exanthématique transmis par le pou (III. 1).

fig 1 Vaccination antirabique à l'Institut Pasteur du Tunis vers 1905.

Mais ses domaines de recherches restent variés. En effet, il s'intéresse à des pathologies maghrébines comme les leishmanioses, transmises par un petit moustique entraînant des ulcères cutanés ou organiques chez l'homme ou à la découverte du trachome (infection oculaire bactérienne) et du brucellose (fièvre d'origine animale diffusée par la consommation du lait et du fromage).

Sa brillante carrière est reconnue et récompensée puisque en 1927, il reçoit le prix Osiris, décerné par l'Institut de France, puis en 1928, le prix Nobel de Médecine et de Physiologie. En 1929, il est élu à l'Académie des Sciences et il succède à Arsène d'Arsonval au Collège de France, qui réalise des recherches sur l'électrothérapie par les courants à haute fréquence et directeur du laboratoire de biophysique du Collège de France.

Suite à la contraction d'un syndrome exanthématique, sa santé vient à s'altérer, l'obligeant à séjourner en Savoie. Mais il retournera à Tunis, où il souhaite reposer. En effet, ses cendres et sa blouse blanche se trouvent réunies à l'entrée de l'Institut, dans le sol tunisien. Cependant, jusque dans sa dernière demeure, il reste attaché à la Normandie. Des rameaux d'olivier et de pommier, symbole de la Tunisie et de la Normandie, sont entrelacés (III. 2).



fig. 2. Tombe de Charles Nicolle enterré à l'Institut Pasteur de Tunis, reprenant le rameau d'olivier et de pommier.

Un homme de lettres :

Outre le fait que Charles Nicolle soit un brillant médecin et auteur d'articles scientifiques, il est un homme de lettres avec un goût prononcé pour la littérature qui s'exprime très tôt. Elle nous aide à mieux connaître sa personnalité ou l'aide à s'évader vers des horizons fantastiques.

Au lycée Corneille, il s'illustre en philosophie, littérature et histoire, en témoigne la liste des élèves admis au grade de bachelier ou la liste des Médailleurs de la Société des Antiquaires de Normandie. Avec son frère Maurice, il entreprend la rédaction de comédies ou des articles d'archéologie rouennaise.

Cette passion se poursuit avec l'édition en 1903 par l'Imprimerie Lecerf Fils à Rouen de la *Chronique de Maître Guillaume Heurtebise*, essai qui l'aide à se libérer de sa mésaventure rouennaise avant son départ pour Tunis. Puis avec *Le Pâtissier de Bellone* édité par Calmann-Lévy en 1913, il relate les aventures du Maréchal de Tiercelin, gentilhomme normand du XVIIIe siècle poursuivant un amour non partagé. Son œuvre aborde des thèmes à la fois historiques, mais aussi philosophiques et les mœurs de populations lointaines s'y découvrent. Citons par exemple, *La Narquoise*, ouvrage édité en 1922 qui relate le devenir d'un homme qui se sera consacré au devoir et à la renommée. Ou encore en 1927, avec *Les contes de Marmousse et ses hôtes*, Charles Nicolle fait voyager son lecteur dans un univers imaginaire. Mais il n'en reste pas là puisque *Les Deux Larrons* nous transporte aux premiers temps du christianisme. Au final, son œuvre s'attache à évoquer l'émancipation de la femme, les relations entre les religions et celles entre l'Europe et l'Afrique. Il écrira des ouvrages jusqu'à la fin de sa vie dans lesquels il s'interroge sur le sens de la vie et de ses travaux. Le dernier édité à titre posthume, *La Destinée humaine* (1936) représente son testament spirituel.

Autre témoignage de cet engouement littéraire : son attachement et admiration pour Gustave Flaubert. Tous les étés, il revenait de Tunis pour visiter sa maison qui est aujourd'hui, le Musée Flaubert et d'histoire de la Médecine. En 1882, la maison est transformée en internat pour les étudiants en médecine et la chambre devient un laboratoire d'histologie dans laquelle Charles Nicolle étudie. Il participe au centenaire commémorant la naissance de G. Flaubert en 1921 et arrive à découper un morceau du papier de sa chambre pour l'exposer lors de cette même commémoration à Tunis (Ill. 3).



fig. 3 Chambre aménagée en laboratoire d'histologie en 1911, la chambre natale actuellement et échantillon de papier peint de la chambre. Photos issues de l'exposition du 5 février au 30 octobre 2010 : « Élevé dans les coulisses d'Esculape » La jeunesse de G. Flaubert à l'Hôtel-Dieu de Rouen.

III. Comment valoriser Charles Nicolle en tant qu'homme de science et son œuvre littéraire ?

Dans un premier temps, je me propose de faire un état des lieux de l'existant à savoir par quels moyens Charles Nicolle est-il aujourd'hui reconnu et valorisé au sein de la société scientifique et civile ?

Charles Nicolle est bien reconnu dans sa propre ville natale comme un personnage important. En 1946, en commémoration du 10^e anniversaire de sa mort, une plaque et un buste en bronze sont apposés sur la façade de la maison familiale située 5 rue de Cordier, à Rouen. Dérobé, le buste est remplacé en 2016 (Ill. 4).

Mais également au niveau national ou international, puisque l'on assiste à la parution de médailles. Relevons celle pour le centenaire de l'Institut en 1993 et celle pour le 25^e anniversaire de sa direction de l'Institut Pasteur de 1903 à 1927 (Ill. 5).

fig. 4 Plaque et buste en bronze situés 5, rue de Cordier à Rouen



fig. 5 Médaille commémorant le centenaire de l'Institut en 1993 et médaille présentée recto-verso pour le 25^e anniversaire de sa direction de l'Institut Pasteur de 1903 à 1927

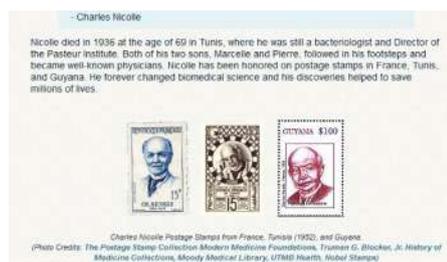


fig. 6 Plaque de timbres à l'effigie de Charles Nicolle

Outre les bustes, son portrait est repris également sur des timbres postaux de trois pays : la France, la Tunisie et le Guyana. C'est une manière très efficace de diffusion (Ill. 6).

Son nom est donné au bâtiment qui incarne le plus le personnage et sa fonction à savoir l'hôpital à travers l'ancien « hôpital civil français » de Tunis créé en 1946 renommé aujourd'hui « l'hôpital Charles-Nicolle » (Ill. 7), et l'hôpital général de Rouen qui devient le « Centre Hospitalier Charles Nicolle » en 1960. Les villes portant des noms de rue « Charles Nicolle » sont nombreuses : on peut citer Paris, Saint-Étienne-du-Rouvray, Eu, Auch, Saint-Brieuc, Nancy, Tours ... À Rouen, on préfère rendre hommage aux trois frères Nicolle puisque le passant déambule dans la « Rue des Frères Nicolle ». Nous pourrions encore citer les écoles portant le nom de Charles Nicolle.

La « Fondation Charles Nicolle » reconnue d'utilité publique œuvre activement quant à elle à l'acquisition de matériels innovants en cancérologie, pédiatrie, neurologie ou cancérologie ... ou s'investit dans la recherche et la prévention à côté d'associations comme le Rotary Rouen Collines en collectant des fonds avec par exemple l'organisation de concerts à la cathédrale avec Lucie, finaliste de The Voice ou de course à pieds comme le Run After Me (les femmes prennent le départ avec une longueur d'avance sur les hommes) (Ill. 7).



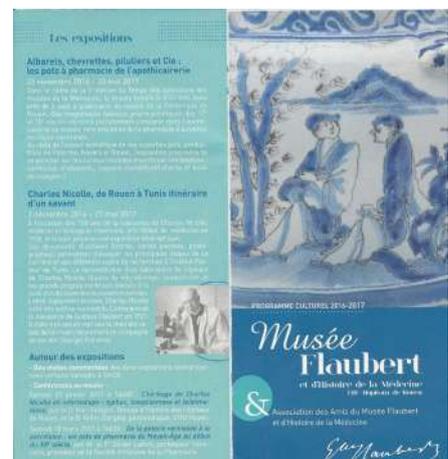
FONDATION CHARLES NICOLLE



fig. 7 Institut Pasteur à Tunis présentant le bâtiment principal « Charles Nicolle ». Logo de la Fondation Charles Nicolle

La commémoration de l'œuvre de Charles Nicolle a donné lieu à l'organisation d'une exposition au Musée Flaubert et d'Histoire de la Médecine entre décembre 2016 - Mai 2017 lors de laquelle sont évoqués les principales étapes de sa carrière et ses différents sujets de recherches à l'Institut Pasteur de Tunis (Ill. 8).

fig. 8 Plaquette du musée Flaubert présentant l'exposition sur Charles Nicolle.



Enfin, un fascicule de « Connaître Rouen » lui est entièrement dédié. Il s'intitule « Charles Nicolle. Enfant de Rouen, médecin, savant et écrivain. 1866-1936 ». Jacques Debray relate ses débuts à Rouen puis sa formation à Paris avant de revenir dans sa ville natale pour de nouveau la quitter pour Tunis. Il décrit un Charles Nicolle scientifique, philosophe, et écrivain de contes nous aidant ainsi à découvrir sa personnalité exceptionnelle.

Au regard de ce constat, nous pouvons encore faire des propositions pour pérenniser le souvenir de ce personnage dans la mémoire collective rouennaise.

Des visites guidées ont déjà eu lieu du Centre Hospitalier Universitaire Charles Nicolle. Elles consistaient à faire visiter les parties anciennes de l'hôpital à savoir les cours d'Honneur, de Germont et de Leschevin mais également de l'intérieur avec les salles de Rochefoucauld, du conseil d'administration, la chapelle et l'escalier Louis XIII. À celles-ci, d'autres bâtiments pourraient être ajoutés. En effet, elles se poursuivraient alors jusqu'à l'Hôtel-Dieu, puis présenteraient la maison des Nicolle, 5 rue de Cordier pour se terminer face à l'ancienne École de médecine et de pharmacie, en utilisant des moyens de locomotion comme le vélo ou un Segway. Plusieurs variantes pourraient être alors envisager : un parcours accompagné de contes ou de scénettes théâtralisées, un guidage à l'aide d'audioguide ou d'une application Smartphone.

Les ouvrages littéraires de Charles Nicolle pourraient être édités de nouveau et lus dans le cadre de séances contées soit organisées par une médiathèque soit dans le cadre d'événements nationaux comme la « Nuit de la Lecture », soutenu par le Ministère de la Culture. Citons par exemple « Les deux larrons » que nous pouvons découvrir à travers un extrait tiré de la section I et qui relate les aventures d'un potier.

Le potier de Guallala

Rêve, où me conduis-tu ? Vers quelles nouvelles images ? À quels fantômes ? Pourrai-je cette fois toucher tes fictions ? Ne vont-elles pas se perdre à mon approche, légères comme la pudeur d'une femme, infidèles comme ses serments ? Cependant, arrête, cher imposteur. Que mes yeux, du moins, emportent un larcin du spectacle.

Une vive lumière m'inonde. Sous ton beau ciel, Djerba, ma préférée, c'est toi qui m'apparais avec tes rares palmiers, piqués sur tes plages d'or. Je découvre la falaise sinistre, surplombant le noir village. Des fumées. Les dômes des fours dressent leurs carapaces d'amphores mutilées, telles ont voit les valves des grands mollusques de tes mers, incrustées de coquilles difformes. Approchons.

Dans les cours, les gâteaux d'argile arrondis s'assouplissent sous les pieds gamins qu'ils foulent. Mon rêve me précède. Il me fait signe. Sur la table tournante, le cylindre de terre brune s'anime. Il monte. Il s'élargit, comme une fleur, entre les mains limoneuses qui le pressent.

Un enfant est né de ton ombre, mon rêve. Il questionne. L'homme interrompt son travail, entrouvre un œil vitreux, hoche la tête, répond. J'évoque Habib. Le voici.

— Habib, que demande l'enfant ?

— Il demande au potier que son pied fasse aller le tour dans l'autre sens.

— Bien. Le potier, que répond-il ?

— Il dit qu'il ne peut pas, qu'il eût fallu qu'il l'apprit dès l'enfance, qu'il l'a bien essayé ; mais que le vase se brisait et que les pieds de l'ouvrier reprenaient, malgré lui, le chemin qu'ils suivent toujours.

Potier, sage fantôme, dissipé à l'instant comme mon rêve, j'ai reçu ta leçon. J'écris.

Conclusion :

L'environnement hospitalier et la prise en charge du patient connaissent entre le XIXe et le XXe siècles des évolutions significatives qui les inscrivent dans une certaine modernité. Elles se poursuivent après la Seconde Guerre Mondiale avec l'abandon des Hospices civils et la mise en place

du Centre Hospitalier Régional qui devient en 1960 l'Hôpital Charles Nicolle. Puis à partir de 1945, la Sécurité Sociale se concrétise.

Charles Nicolle est un des acteurs privilégiés de ce changement par ses recherches sur les « maladies inapparentes », la création d'un sanatorium à Oissel ou la mise en place d'un enseignement de l'hygiène à l'Université Populaire. Mais son goût pour la littérature va le conduire sur les traces de Gustave Flaubert et à l'écriture de nombreux ouvrages tant scientifiques que romanesques.

La valorisation de ce personnage qui officie tant à Rouen qu'à Tunis, et de son œuvre peut s'inscrire dans une démarche traditionnelle comme les visites guidées à laquelle s'ajoute des moyens plus contemporains comme le Segway ou l'application Smartphone. Ainsi, l'offre public peut être renouvelée.

Sitographie et bibliographie :

Bibliographie :

« Charles Nicolle 1866-1936 » : extrait de *la biologie médicale*. 1966. Volume LV, n°5, pages 437 à 456.

« Charles Nicolle. Enfant de Rouen, médecin, savant et écrivain. 1866-1936 » par Jacques Debray, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris Saint-Antoine. Édition « *Connaître Rouen* », fascicule VI.

Les hôpitaux de Rouen du Moyen Âge à nos jours. Dix siècles de protection sociale, sous la direction de Yannick Marec. Rouen, Éditions PTC, 2006.

Dossier de presse de l'exposition « *Charles Nicolle de Rouen à Tunis, itinéraire d'un savant* » du 2 décembre 2016 au 27 mai 2017 présentée au Musée Flaubert et d'histoire de la médecine – CHU – Hôpitaux de Rouen

Webographie :

Site du Petit Patrimoine Rouennais : www.ptit-pat-rouennais.fr/tete-nouvelle-rouennaise-pas-vraiment

Site Wikipédia, Charles Nicolle : https://fr.wikipedia.org/wiki/Charles_Nicolle

Site de l'Institut Pasteur : <http://phototheque.pasteur.fr/>

Site de la Fondation Charles Nicolle : <https://www.fondation-charlesnicolle.fr/>

Site du CHU Charles Nicolle Rouen : <https://www.chu-rouen.fr/hopital/hopital-charles-nicolle-rouen/>

Site Signing Savvy – Your sign language resource :

<https://www.signingsavvy.com/blog/226/Living+Loud%3A+Charles+Jules+Henry+Nicolle+-+First+Deaf+Nobel+Award+Recipient>

Site le Bateau livre : <https://www.lebateaulivre.fr/livre/9408233-les-deux-larrons-charles-nicolle-la-piterne>

L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE NAVARRE : UNE FIGURE DU PATRIMOINE HOSPITALIER A CONSERVER ?

Par Marine HALLAIS et Frédéric LEVITRE²

Introduction

C'est une loi du 30 juin 1838 qui obligea chaque département à se doter d'un établissement destiné à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques. Cette loi constitue la première étape d'un long processus qui finira par aboutir à la construction de l'asile d'aliénés de Navarre, aujourd'hui connu sous le nom de Nouvel hôpital de Navarre et plus communément appelé hôpital psychiatrique de Navarre. Suite à cela, le 24 août 1838, le conseil général de l'Eure déclare nécessaire la fondation d'un asile et crée à cette fin une commission d'étude. Le 1er décembre 1838, le Conseil général vote la construction d'un asile d'aliéné pour 300 lits. Mais ce n'est qu'en 1860, après des décennies de réflexions et de discussions entre les pouvoirs publics, que sera adopté un décret impérial autorisant la construction d'un asile public d'aliénés à Évreux.

En 1866, après cinq années de travaux, l'asile public d'aliénés d'Évreux va émerger à proximité du site où se trouvait autrefois le château de Navarre. C'est l'un des plus grands asiles construits en France. Son immense façade émerge sur une centaine de mètres de long de la route de Conches à l'entrée de la ville d'Évreux.

L'édifice ouvre ses portes le 1er août 1866 sous l'impulsion du docteur Maximilien Parchappe pour accueillir 170 hommes puis 150 femmes deux ans après. L'hôpital est divisé à cette époque en deux sections : d'un côté les hommes pris en charge par du personnel exclusivement masculin, et de l'autre les femmes, sous la responsabilité de soignantes encadrées par des religieuses.

Construit en 1866, l'Hôpital psychiatrique de Navarre existe toujours aujourd'hui. Il fait office de figure incontournable du patrimoine hospitalier Ébroïcien du fait de ses 150 ans d'existence qui font de lui un lieu chargé d'histoire. En effet, il témoigne de l'évolution de la psychiatrie et du rôle social qu'il a joué de 1866 à aujourd'hui.

Il semble nécessaire de se demander en quoi l'hôpital psychiatrique de Navarre, aujourd'hui nommé nouvel hôpital de Navarre, constitue un élément central du patrimoine hospitalier Ébroïcien, et de quelle manière ce dernier est-il conservé et mis en valeur ? Il semble également nécessaire de se demander quel rôle social l'hôpital psychiatrique de Navarre a-t-il joué, et comment ce dernier a-t-il évolué ?

Dans un premier temps il sera donc opportun de se pencher sur l'intérêt patrimonial présenté par l'hôpital psychiatrique de Navarre en se penchant sur le contexte de sa construction au milieu du XI^e siècle et sur sa modernisation. Nous nous

Mémoires de la protection sociale en Normandie, no 14, années 2017-2018

² Etudiante et étudiant de Master 1 droit du patrimoine à l'Université de Rouen Normandie

intéresserons ensuite au rôle social joué par ce dernier à l'époque de sa construction .Ensuite, nous reviendrons sur son évolution jusqu'à aujourd'hui, pour montrer que le rôle social joué par l'hôpital psychiatrique de Navarre, rôle social qui est l'essence même de tout édifice hospitalier, est intimement lié à l'intérêt patrimonial qu'il présente. Pour terminer nous nous pencherons sur les moyens mis en place pour conserver et mettre en valeur une partie ce patrimoine dont nous ont fait hériter



les 150 ans d'existence de l'Hôpital psychiatrique de Navarre

Modernisation de l'hôpital de Navarre : entre constructions moderne et conservation du patrimoine

Contexte historique de l'apparition de l'hôpital de Navarre

La construction de l'Hôpital : une injonction législative

À l'origine de la construction de l'hôpital psychiatrique de Navarre autrefois dénommé asile d'aliénés de Navarre, se trouve la loi du 30 juin 1838 portant réforme du droit des incapables majeurs dite « loi des aliénés », promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe et qui traitait des institutions et de la prise en charge des malades mentaux. L'article 1^{er} cette loi énonce que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* ». Cette loi obligera donc chaque départements à se doter d'un asile d'aliénés afin d'y accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques.

Cette loi fut adoptée dans un contexte où la plupart des aliénés vivaient dans des conditions misérables, dans des hospices incapables de les accueillir dans des conditions décentes et de leur prodiguer des soins, ce qui était le cas dans le département de l'Eure où les aliénés vivaient dans des conditions insalubres dans les hospices d'Évreux.

Les hospices d'Évreux ne disposaient pas de l'espace nécessaire pour les accueillir, et de plus les locaux réservés à la prise en charge des aliénés étaient en très mauvais état. C'est pour mettre un terme à ce type de situations que fût adoptée la loi du 30 juin 1838 qui en plus d'obliger chaque département à se doter d'un asile pour y prendre en charge les aliénés, va créer un statut juridique pour les malades mentaux et définir les conditions d'internements avec leurs modalités. Chaque établissement devra être placé sous le contrôle de l'autorité publique.

Suite à l'adoption de cette loi, le conseil général de l'Eure déclare nécessaire la construction d'un asile pour accueillir les aliénés et va créer une commission d'études pour arriver à cet objectif. Les asiles d'aliénés et les structures d'accueils pour malades mentaux étant quasiment inexistantes en France, le conseil général ne

sait pas vraiment quels moyens sont nécessaires pour la construction d'un tel établissement et ignore la forme qu'il doit prendre.

En revanche la Grande-Bretagne était pionnière en matière de psychiatrie et possédait déjà plusieurs établissements de ce type. C'est ainsi qu'un groupe de conseillers généreux sera envoyé en Angleterre dans le comté d'York sous la direction de Jacques Noël Leferre Durufle afin de visiter des asiles et voir comment ceux-ci étaient conçus ainsi qu'observer leur fonctionnement. Cette commission rendra un rapport à son retour d'Angleterre qui servira d'exemple pour la future construction de l'asile d'aliénés de Navarre.

Mais en 1843 le Conseil Général va renoncer à la construction de l'asile faute de moyens et ce n'est qu'en 1860 que Louis-Napoléon Bonaparte va ordonner par un décret impérial l'application de la loi du 30 juin 1838 et autoriser la construction de l'asile d'aliénés. Et c'est ainsi que vont commencer les travaux de construction en 1861 sur un site qui n'a pas été choisi au hasard le long de la route de Conches juste en dehors de la ville d'Évreux.

Le choix du site de l'Hôpital et son architecture

Les travaux ont débuté en 1861 sur un grand domaine de 57 hectares le long de la route de Conches, en face de là où se trouvait autrefois le château de Navarre datant du XIII^{ème} siècle et qui fût occupé au début du XIX^{ème} siècle par l'ex-impératrice, Joséphine de Beauharnais. Le chantier durera cinq ans.

Le choix d'un site rural en périphérie de la ville fût motivé par le fait que l'on croyait la folie comme étant contagieuse à l'époque et les pouvoirs publics voulaient donc éloigner les aliénés des habitants d'Évreux. De plus les médecins qui allaient être en charge de diriger l'hôpital par la suite croyaient aux vertus thérapeutiques du grand air dans le processus de guérison des aliénés.

C'est dans ce contexte que débiteront les travaux de construction sous la direction de l'architecte diocésain Louis Symphorien Bourguignon, lui-même auteur des plans de l'asile. Ce dernier a exigé l'obtention de matériaux de première qualité pour bâtir l'asile, les bâtiments de l'asile sera donc construit à partir de briques extraits dans le Vexin vernonais pour les briques rouges et à Gaillon pour les autres. Les briques furent pour la plupart cuites sur place dans cinq fours présents sur le chantier. La plomberie de l'hôpital sera quant à elle entièrement réalisée en plomb.

Concernant l'architecture de l'hôpital, ce dernier sera construit tout en longueur et sur près de quatre étages avec des pièces très haute de plafond afin de faciliter la circulation de l'air. De plus les cellules et les cours seront disposés de façon à permettre leur surveillance globale à partir d'un seul point de vue. Lors de la construction de l'asile il sera donné une place centrale à la religion, la chapelle sera construite en priorité avant même les bâtiments servant à l'accueil des aliénés et du personnel, cette dernière sera érigée en plein centre de la cour principale de l'asile pour marquer son caractère central et son importance primordiale dans la prise en charge des aliénés, à la suite de la chapelle sera construit le bâtiment qui accueillera les bonnes-sœurs qui auront pour mission de diriger les services, d'encadrer les

femmes aliénées et le personnel féminin. Dans les premières années après l'ouverture, l'asile sera codirigé par un psychiatre en chef et la mère supérieure.



Bâtiment « Administration ». Illustration de l'architecte

La nécessité de la vie en autarcie au sein de l'asile sera également prise en compte dans l'architecture de ce dernier, en effet les patients ainsi que le personnel de l'hôpital allaient tous devoir vivre sur place et en autosuffisance à cause d'un droit de douane autour d'Évreux qui imposait le paiement d'une taxe pour chaque entrée et sortie de marchandises du territoire Ébroïcien. En plus des bâtiments servant à l'accueil du personnel de l'asile, de son administration, et des patients, seront érigés des fermes, des ateliers ainsi qu'un moulin. La plupart de ces bâtiments seront construits après l'arrivée des patients et certains d'entre eux participeront à leur construction et ainsi qu'à la culture des légumes. Les champs de l'asile s'étendront sur près de huit hectares. L'élevage de porcs, de moutons, de lapins et de bœufs sera également pratiqué sur les terrains de l'asile afin de fournir la viande nécessaire à l'alimentation, ainsi que de la laine qui servira à confectionner la plupart des vêtements dans les ateliers de l'asile. Des sabots et des ceintures y seront également confectionnés. Le moulin servira quant à lui à la production du pain et sera équipé de fours pour sa cuisson.

De plus dans le sous-sol de l'hôpital et sous la chapelle seront construites vingt cuves à cidre en béton armé d'une contenance de 6000 litres et carrelées de verre de Saint-Gobain d'une grande qualité, afin de permettre à l'asile de produire une boisson à faible teneur en alcool se rapprochant du cidre, à partir des pommes des vergers alentours. Quant aux meubles de l'asile, ils seront en grande partie fabriqués sur place par des ébénistes reconnus, mais une certaine partie sera toute de même achetée.

Enfin pour répondre aux funestes conséquences d'une épidémie de choléra ayant frappé l'asile peu après son ouverture en 1866, un cimetière sera érigé au fond du domaine afin d'y enterrer les victimes de la maladie, le but étant d'éviter le cortège des corps jusqu'au cimetière d'Évreux. C'est dans ce cimetière que seront enterrés de nombreux patients et certains membres du personnel jusqu'en 1974.

Également, afin d'apporter un certain bien-être aux aliénés des tilleuls seront plantés aux alentours de l'asile et notamment devant le grand battement de l'entrée car on pensait que l'ombre de ces arbres pouvait calmer les patients. Des marronniers ont également été plantés afin d'utiliser la cendre des marrons pour blanchir le linge. De plus pour donner l'impression aux aliénés de ne pas vivre dans un lieu coupé du monde extérieur, les murs délimitant le domaine de l'asile, d'une hauteur de cinq mètres, ont été érigés dans des fossés d'une profondeur d'environ 4,50 mètres, les sauts de loup. Le but était de limiter l'impression d'enfermement des patients causée par ces murs d'enceintes.

Dans l'architecture de l'asile d'aliénés de Navarre étaient donc pris en compte plusieurs problématiques, la qualité de vie des patients, la nécessité économique de la vie en autarcie et l'enfermement des patients ainsi que leur surveillance. De plus l'asile de Navarre était réputé pour la qualité des matériaux utilisés pour sa construction ainsi que pour sa grande symétrie. L'asile a ainsi ouvert ses portes en 1866, il accueillera environ 800 aliénés, jusqu'à 1000 dans les années 1940.

Les travaux de modernisation de l'Hôpital : entre modernité et conservation

Le centre hospitalier spécialisé de Navarre a connu d'importants travaux entre 2010 et 2013 il s'agissait alors de la plus importante opération de France du plan santé mentale 2005-2008. L'hôpital de Navarre datant du milieu du XIXème siècle, des travaux de modernisation, d'agrandissement s'imposaient et devaient être réalisés pour veiller à ce que celui-ci remplisse au mieux son objet social : l'accueil et la prise en charge des patients.

La première pierre des travaux a été posée le 6 septembre 2010 et la réception des travaux a eu lieu le 13 juillet 2013. Il s'agissait alors d'un chantier très important sur le plan régional mais également national puisque cela ne représentait pas moins de 61, 5 millions d'euros de travaux. Onze bâtiments neufs ont alors été construits, permettant une meilleure organisation de l'Hôpital, notamment en pôles spécialisés. Six bâtiments anciens ont également été réhabilités.

Il s'agissait alors de donner une image neuve à un hôpital qui pouvait sembler ancien, dépassé. L'enjeu qui a été au centre du plan reconstruction a été celui de la conservation des anciens bâtiments et de l'aspect historique de l'hôpital. Ainsi, il ne s'agissait donc pas, pour la direction et les architectes de rompre radicalement avec le passé du centre hospitalier, mais plutôt d'adapter celui-ci aux évolutions sociales et technologiques modernes.

Cette volonté de conservation du passé dans la modernisation de l'hôpital est même visible. Par exemple, les bâtiments qui ont été construits l'ont été dans une architecture très moderne, mais il a été fait le choix de la couleur rouge dans les matériaux utilisés de manière à rappeler les briques rouges des édifices d'époque.



Architecture moderne des nouveaux bâtiments

Par ailleurs, illustration de cette modernité : toutes les toitures des nouveaux bâtiments sont végétalisées et ont été réalisées sur un isolant avec étanchéité et plus de 5 cm de substrat planté. De même, afin de limiter les consommations d'énergie, les architectes des travaux de l'Hôpital ont fait le choix d'une démarche écoresponsable en utilisant la géothermie sur nappe.

La conservation s'est également faite par le choix de conserver certains bâtiments et de ne pas les détruire. Les architectes des travaux ont notamment décidé de conserver les deux anciens bâtiments qui étaient centraux, qui faisaient partie de ce que représente l'Hôpital. Il s'agit du bâtiment « Administration » qui regroupe aujourd'hui l'ensemble des services administratifs

(direction générale, département qualité, direction RH, direction des soins, direction des services économiques ; direction des finances). Mais également, le bâtiment « Maximilien Parchappe » a été conservé. Il abrite l'ensemble des PC médicaux intra-hospitalier. Les cadres supérieurs de santé et les assistantes médico-administratives y travaillent à temps plein. Des bureaux de consultation ou d'entretien y sont également mis à disposition des psychiatres, psychologues, et assistants à prévalu.

Enfin, il peut être intéressant de noter que la dénomination de l'Hôpital a été modifiée par la direction à la suite des travaux. En effet, auparavant celui-ci été dénommé CHS Navarre et a été rebaptisé « Nouvel Hôpital de Navarre » en 2013. On peut alors y voir une volonté d'effectuer une rupture entre ce que l'hôpital a été et ce qu'il va devenir, entre le passé et la modernité.

Cependant, cette volonté supposée est à nuancer, puisqu'un choix intéressant a également été fait pour le nouveau logo du centre hospitalier. Celui-ci est composé de deux parties, l'une étant le reflet de l'autre. La partie haute représente le nouvel hôpital, la modernité de sa construction alors que la partie basse, supposée être le reflet de la précédente représente l'ancien hôpital avec son architecture initiale. On peut alors y voir, là encore, une volonté de se tourner vers la modernité, sans pour autant oublier le passé.



Logo du Nouvel Hôpital de Navarre

Le rôle social fondamental de l'hôpital psychiatrique de Navarre et ses évolutions

Lorsqu'il s'agit d'étudier un objet patrimonial tel que celui d'un hôpital psychiatrique, il est difficile de ne pas laisser une grande place aux enjeux sociaux auxquelles celui-ci se rattache. Néanmoins, les enjeux ne sont pas figés, mais plutôt évolutifs, ils s'adaptent à l'état de la société dans laquelle ils sont étudiés à un moment donné. Ainsi, il s'agira ici d'étudier l'évolution du rôle social fondamental de l'hôpital psychiatrique de Navarre au moment de sa construction dans un premier temps, pour ensuite comparer ces enjeux sociaux avec ceux qui sont au cœur de l'activité de l'hôpital aujourd'hui.

L'enjeu social originel

L'hôpital psychiatrique de Navarre est la conséquence de l'adoption de la loi du 30 juin 1838, chargée de régler l'encadrement des aliénés tout en préservant la société de tous ceux qui troublent l'espace public. Cette loi est aussi à la première à s'intéresser aux catégories les plus défavorisées de la population en prévoyant des soins gratuits et un droit à l'assistance, en effet cette loi prévoit la prise en charge des indigents, c'est à dire des gens très pauvres, par les conseils généraux.

Au milieu du XIX^e siècle, après l'adoption de cette loi et la construction de l'Asile d'aliénés de Navarre, les personnes que l'on appelle encore les aliénés ne sont pas clairement définies, et par conséquent ne sont pas clairement catégorisées. En revanche à cette époque, la vision de la société et de la médecine concernant les aliénés et leur folie commence à changer, ils les

considèrent de moins en moins comme des possédés ou des hallucinés comme cela pouvait être le cas au Moyen-âge ou sous l'ancien régime, mais de plus en plus comme des malades. C'est à dire que la seconde moitié du XIX^e siècle, période de mise en service de l'hôpital psychiatrique de Navarre, voit émerger l'idée de curabilité de la folie. D'ailleurs on ne parle presque plus de folie mais d'aliénation mentale.

C'est donc dans ce cadre de pensée que l'Asile d'aliénés de Navarre est mis en service près de 30 ans après l'adoption de la loi de 1838. La première mission de l'asile d'aliénés de Navarre est donc le traitement des patients dont la pathologie mentale était estimée comme étant curable. Au XIX^e siècle, la principale méthode employée pour soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, les aliénés, était le traitement moral, basée sur trois grands principes que sont l'isolement, la distraction et le travail, ainsi que le dialogue avec le médecin. L'hôpital psychiatrique de Navarre a donc mis en pratique cette méthode, avec l'isolement des patients internés. Cela est d'ailleurs visible à travers l'architecture carcérale utilisée pour la construction. L'asile d'aliénés est conçu alors comme un lieu d'isolement du monde extérieur pour le patient aliéné. Pour les médecins de l'époque le but de l'isolement était de soustraire le patient à ses habitudes et de l'éloigner des éléments qui étaient considérés comme étant à l'origine de son aliénation.

L'hôpital psychiatrique de Navarre, dans son objectif d'apporter des soins aux aliénés prévoyait également des divertissements pour ces derniers, le divertissement étant un élément central du traitement moral, par exemple en 1870 l'asile d'aliéné de Navarre a mis en place une fanfare dans le but de divertir ses patient, certains patients en étaient même membre. L'hôpital psychiatrique de Navarre proposait de nombreuses activités comme la musique, le dessin, la lecture ou encore la peinture. L'objectif étant de ne jamais laissé les patients livrés à eux-mêmes.

Enfin il faut noter qu'au XIX^e siècle et pendant de nombreuses années, l'hôpital de Navarre fonctionnait en autarcie. L'Autarcie était un élément central du fonctionnement de l'hôpital de Navarre et avait un rôle dans le traitement des patients car les différents travaux qui leurs étaient confiés servaient notamment à permettre cette vie en autarcie, en effet de nombreuses tâches étaient confiées aux patients de l'hôpital, le but n'était pas seulement d'exploiter leur force de travail afin d'entretenir les infrastructures de l'hôpital, mais surtout de créer chez eux une raison de vivre, de leur donner une vocation, une voie qu'ils pourraient suivre à leur sortie de l'hôpital dans l'éventualité de la curabilité de leur maladie. Par exemple certains patients étaient chargés de cultiver les terrains de l'hôpital afin de parvenir à une certaine autosuffisance alimentaire. En effet les légumes étaient fournis par les potagers cultivés par les patients et le personnel et s'étendant sur près de 8 hectares. Quant à la viande elle provenait des élevages de porcs, de bœufs, de volailles et de lapins qui étaient également situés sur les terrains de l'asile d'aliénés. Le pain était également préparé sur place dans le moulin de l'asile. L'asile possédait également sa propre brasserie afin de produire une boisson se rapprochant du cidre. Les vêtements étaient aussi en grande partie fabriqués sur place dans les ateliers de l'hôpital à partir de la laine provenant de l'élevage des moutons. La participation à toutes ces activités était considérée comme gratifiante et valorisante par un certain nombre de patients qui y voyaient même une forme de privilège. Les patients qui travaillaient dans les cultures et l'élevage pouvaient en plus participer à des concours agricoles ce qui représentait un des rares contacts qu'ils avaient avec l'extérieur.

Concernant les autres aspects de la prise en charge des patients et les politiques d'admission de l'asile d'aliénés de Navarre après son ouverture en 1866: l'asile d'aliénés de Navarre

connaissait deux types d'admission le placement volontaire et le placement d'office, mais comme le souligne Florence Roussel dans un article publié dans le numéro 2 de la revue « Mémoire de la protection sociale en Normandie » en 2003, les placements d'office sont très majoritaires et concernent notamment des populations indigentes, en effet l'errance, les tapages public et la violence sont les principaux comportements visés par les procédures de placement d'office. Les placements d'offices relevaient d'une décision préfectorale, appuyée par une décision médicale et qui était appliquée s'il était considéré que la personne visée présentait un danger pour l'ordre public. Ainsi en 1871, 79 % des aliénés admis à l'asile de Navarre le sont suite à une procédure de placement d'office après ordre de l'autorité publique.

Pour Florence Roussel, l'objectif de l'asile d'aliénés de Navarre n'est pas seulement de soigner les malades qu'il accueille comme cela a été expliqué ci-dessus, mais aussi de protéger la société en encadrant les populations considérées comme indigentes en prévenant la criminalité que ces dernières pourraient engendrer. Ainsi dans l'asile d'aliénés de Navarre, seront internés de nombreux patients souffrant d'alcoolisme, l'alcoolisme étant considéré à l'époque comme la première cause de l'aliénation mentale à Navarre sur l'ensemble de la seconde moitié du XIX^e siècle. Les pouvoirs publics procéderont également à l'internement d'office de nombreux aliénés issus des classes les plus pauvres de la société, en effet la misère était également considérée comme étant source d'aliénation et qu'elle constituait une source de déviance en elle-même ainsi qu'un danger pour la société. En 1881, le directeur de l'asile d'aliénés de Navarre avait accusé les pouvoirs publics de faire interner à Navarre des patients dont la seule aliénation était leur pauvreté.

Ainsi comme l'explique très bien Florence Roussel, l'asile d'aliénés bien que guidé par une volonté d'apporter des soins aux aliénés et de les libérer de leurs folies, était également animé par un rôle de protecteur de la société en y enfermant des personnes qui ne « respectaient pas » ses valeurs morales, ce qui le rapproche d'un espace carcéral.

De plus il faut préciser que pendant la seconde moitié du XIX^e siècle et même pendant une grande partie du XX^e siècle, les aliénés étaient soumis à une discipline sévère et stricte, l'organisation de l'asile le nécessitant. Dès leur arrivé à l'asile ils se voyaient attribuer un matricule en lieu et place de leur identité civile, ils étaient ensuite répartis strictement dans des quartiers cloisonnés, les hommes étaient séparés des femmes, il y avait un effet un département pour les hommes et un autre pour les femmes. Les aliénés vivaient ensuite dans de petites cellules individuelles au confort sommaire alignées le long d'interminables couloirs et disposées de façon à ce que les gardiens puissent surveiller leurs moindres faits et gestes depuis un seul point de vue. Il existait néanmoins des cellules plus spacieuses pour les aliénés issus de la noblesse et qui avaient la possibilité d'être accompagnés par leur personnel de maison durant leur internement, les cellules qu'ils occupaient étaient tapissées de fleurs de Lys.



Bâtiment d'origine dédié aux « cellules »



Vue intérieure, couloir de « cellules »

Les aliénés une fois internés ne pouvaient plus circuler librement et tout était mis en œuvre pour que les hommes et les femmes n'entrent jamais en contact que ce soit dans les couloirs ou le réfectoire. Les hommes sont surveillés en permanence par des gardiens recrutés au XIX^e siècle presque exclusivement sur des critères de force physique, en effet ces derniers en plus du surveiller les aliénés participaient à l'entretien de l'hôpital, ainsi qu'à la culture et aux élevages, il fallait également une grande force physique pour maîtriser les patients car avant 1952 les sédatifs n'existaient pas. Ils pouvaient se montrer assez violent à l'égard des patients selon les dires du guide de l'espace muséal, mais dans ces cas-là ils étaient tout de même renvoyés, de plus la plupart du temps les gardiens démissionnaient souvent au bout de quelques mois ou années ne supportant pas l'isolement car ils devaient vivre sur place et n'avaient le droit de quitter l'hôpital que pour une ou deux soirées par semaine, et le plus souvent car derniers se rendaient dans les tavernes et troquets du quartier de Navarre à Évreux.

Concernant les femmes, ces dernières étaient prises en charge et surveillées en permanence par le personnel religieux de l'Hôpital, il s'agissait d'une vingtaine de bonnes-sœurs dirigées par une mère supérieure qui après l'ouverture de l'asile d'aliénés le co-dirigeait avec le médecin en chef, de plus certaines sœurs étaient chef de service sans pour autant avoir reçu de formation médicale approfondie. Le personnel religieux était économiquement intéressant pour l'asile d'aliénés de Navarre dans la mesure où les sœurs étaient corvéables à merci et n'étaient pas rémunérées, elles vivaient en permanence dans l'hôpital afin d'encadrer et de prodiguer des soins aux patientes et de diriger les infirmières. Les infirmières de l'asile d'aliénés travaillaient uniquement dans le secteur des femmes et étaient, elles aussi, soumises à une discipline stricte, dans la mesure où elles étaient encadrées par les sœurs qui le plus souvent ne leur autorisaient pas les sorties qui étaient accordées au personnel masculin. Les infirmières de Navarre ont dû attendre 1920 avant de pouvoir se marier. Les sœurs voulaient surtout éviter que le personnel masculin et féminin ne se rencontre lors des sorties ainsi qu'au sein de l'asile.

La religion avait occupé une place centrale à Navarre pendant toute la seconde moitié du XIX^e siècle, la chapelle de l'hôpital avait été construite au centre des jardins de l'hôpital afin de marquer cette prépondérance de la religion, les patients devaient se rendre chaque semaine à la messe dominicale car les responsables de l'asile pensaient que rapprocher les aliénés de Dieu les éloignaient de la folie. La présence à ces messes pour les aliénés étaient obligatoires, pour les hommes et les femmes, qui rentraient dans la chapelle par des portes opposées et étaient installées séparément dans la grande salle. Cette chapelle existe toujours aujourd'hui

et les patients peuvent s'y rendre librement pour prier, et le plus souvent des curés se déplacent pour assurer l'office lors des principales fêtes chrétiennes.

Ainsi, après son ouverture en 1866, l'asile d'aliénés de Navarre avait pour ambition d'apporter des soins aux aliénés dans la mesure où la seconde moitié du XIX^e siècle était guidée par un courant de pensée qui acceptait de plus en plus l'idée de curabilité de la folie. Dès sa création l'asile d'aliénés de Navarre avait un rôle d'espace thérapeutique pour les patients pour reprendre les termes de Florence Roussel. L'isolement des aliénés, leur encadrement strict, le travail et la prépondérance « du religieux » étaient considérés comme étant des moyens de soustraire les hommes et les femmes à leurs aliénations. Mais la pratique courante des internements d'offices, l'accueil en grand nombre d'aliénés issus des classes les plus pauvres de la population, des aliénés dit moraux car ne respectant pas les valeurs morales de la société de l'époque, et de jeunes délinquants, ainsi que l'encadrement très stricte des patients par un règlement ayant vocation de faire respecter une discipline implacable, donnaient à l'asile d'aliénés de Navarre un aspect carcéral et lui prêtaient un rôle de protecteur de la société face au supposé danger que représentait ces populations. De plus l'aspect carcéral de l'asile d'aliénés de Navarre était renforcé par l'incurabilité de la majorité des patients, faute de pouvoir les soigner, l'asile se contentait de les garder sans leur prodiguer de traitements.



Chapelle au centre de l'Hôpital



Vue intérieure de la Chapelle

Mais le rôle social de l'hôpital a grandement évolué depuis le milieu du XIX^e siècle, et le rôle du Nouvel Hôpital de Navarre contraste assez fortement avec ce qu'a été celui de l'asile d'aliénés de Navarre même s'il n'a pas pour autant rejeté cet héritage.

L'enjeu social actuel

L'évolution de l'enjeu social de l'hôpital : enjeu moderne hospitalier

L'hôpital de Navarre a été classé 15^e meilleur établissement hospitalier public prenant en charge les troubles dépressifs en France sur 358 établissements selon un classement Le Point d'août 2017. C'est un exemple de l'évolution des enjeux sociaux de l'Hôpital. Dorénavant, « le placement » dans ce type d'établissement spécialisé n'a plus pour but d'éloigner les malades de la société, mais plutôt de leur prodiguer des soins de les accompagner, en assurant toujours la meilleure prise en charge possible mais également de les accompagner dans leur sortie du centre et leur retour à la vie sociale. De même, là où la prise en charge était auparavant plénière et où les malades étaient « internés » de manière continue et vivaient au sein de l'hôpital, aujourd'hui la politique est plutôt celle d'un centre d'accueil où l'on prodigue des soins et où les patients vont et viennent au rythme de leurs consultations. Ainsi,

dans le passé, le principe était celui de l'internement, aujourd'hui, il s'agit plutôt d'une exception.

Par ailleurs, des services spécialisés ont été créés aujourd'hui qui étaient inconcevables à l'époque de la création de l'hôpital et qui sont dus aux évolutions de la médecine et des connaissances en psychiatrie. C'est le cas notamment des traitements de la dépression ou des services spécialisés dans l'aide psychologique aux adolescents. Parallèlement, a également été créé une unité spécialisée, baptisée « passerelle », ayant pour objectif de préparer les patients à leur sortie de l'hôpital, et à faciliter leur retour à une vie sociale, ce qui témoigne là encore du changement de prisme au travers duquel on regarde les enjeux modernes hospitaliers.

Enfin, les travaux effectués au sein de l'Hôpital de Navarre ont permis une réorganisation de celui-ci. En effet, ces travaux ont permis la fédération des différents secteurs autonomes rattachés à l'hôpital de Vernon et de Bernay, autour de l'Hôpital de Navarre, mais également une organisation en pôles qui permet une meilleure prise en charge des patients (moins d'animosité entre les patients qui ne sont plus les uns sur les autres, baisse de la dangerosité...), ainsi que la création d'un pôle multidisciplinaire (kinés, dentistes, pédicure-podologue), mais aussi des activités thérapeutiques comme des activités de peinture, poteries, différents travaux manuels...

Si l'enjeu social s'agissant des patients a ainsi évolué dans les méthodes de traitement, de prise en charge et d'organisation, on remarque également que les enjeux s'agissant des salariés de l'hôpital ont également évolué mais se font, en quelques aspects, l'écho des politiques salariales passées.

Un enjeu social au travers de la politique salariale de l'hôpital

On apprend, dans la dépêche du 10 novembre 2017 que le NHN innove en ouvrant une conciergerie pour ses quelques 1020 salariés. Le NHN met ainsi à la disposition des salariés une série de services tels que (courses, pressing, garde d'enfant, lavage de véhicules... Initiative prise par Richard Gurz, directeur de l'établissement pour « *aider à concilier la vie professionnelle avec les contraintes de la vie à la maison, y compris la vie familiale* ». Le projet a été approuvé par l'ARS (agence régionale de santé) de Normandie avec un financement à hauteur de 50 %, l'autre moitié étant prise en charge par l'hôpital lui-même.

Ce genre de service destiné aux salariés rappelle dans une certaine manière la politique paternaliste mise en place dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle par Richard Waddington dans le cadre des usines textiles qu'il dirigeait en Normandie. En 1900 a été établie une liste des œuvres sociales qu'il avait développé pour les ouvriers de ses usines parmi lesquelles on comptait notamment des crèches et des écoles pour les enfants d'ouvrier, une compagnie de pompiers, des sociétés de secours mutuel, des logements ouvriers, des caisses de prévoyance... le but était alors de fidéliser la main-d'œuvre.

Ainsi, même si cette politique paternaliste a été dénoncée par les anarcho-syndicalistes à la fin du 19^e siècle, il semble tout de même que ce genre d'initiative puisse être reprise aujourd'hui en la modernisant par des établissements publics à finalité sociale pour améliorer la qualité de vie des salariés. On peut alors penser que les politiques sociales et certaines cultures d'entreprise passées puissent être remises au goût du jour dans la société contemporaine.

Cette politique mise en place par l'hôpital est par ailleurs intéressante d'un point de vue historique, car à l'époque de sa construction, l'Hôpital de Navarre vivait en autarcie et devait subvenir à ses propres besoins, car la ville d'Évreux, ville la plus proche, était soumise à un droit de douane. Il fallait alors payer des droits pour entrer et sortir de la ville. Ainsi, l'Hôpital

avait mis en place un système d'autosuffisance : les champs, potagers et fermes alentours étaient exploités pour fournir les ressources nécessaires aux besoins du personnel et des patients de l'établissement. De même, des métiers, autre que ceux que l'on pourrait légitimement imaginer exercés au sein d'un tel établissement y trouvaient leur place : boulanger, forgeron, mais également plombier par exemple.

L'Hôpital allait même jusqu'à assurer lui-même la production du cidre au sein de ses murs, des cuves étaient installées le long des remparts des bâtiments et permettait de produire suffisamment de cidre pour que les soignants qui bénéficiaient d'un litre de cidre par jour et par personne.

Ainsi, l'hôpital met en place une communauté à part entière : elle doit cultiver elle-même sa nourriture, produire toutes les richesses nécessaires à la survie des patients et du personnels. De même tout le personnel médical et administratif de l'hôpital est logé sur place. L'établissement va même jusqu'à installer son propre cimetière où 460 patients, médecins et soignants ont été enterrés de 1886 à 1974.

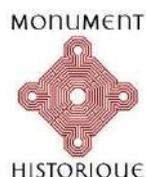
S'il est vrai que le personnel de l'hôpital de Navarre ne vit plus, en grande partie au sein du centre hospitalier ou du moins, avec les patients, ce type de politique mise en place aujourd'hui n'est pas anodine et témoigne des enjeux sociaux importants s'attachant aux conditions de vie et de travail du personnel du centre hospitalier, passés et présents.

Le nouvel hôpital de Navarre : un exemple de valorisation du patrimoine hospitalier

Il s'agit ici de faire état des moyens de valorisation patrimoniales mise en œuvre par l'Hôpital. Tout d'abord, il sera question de la valorisation de l'ensemble hospitalier en tant que bâtiments à valeur patrimoniale, avant d'aborder la question de l'espace muséal, visant à valoriser le patrimoine hospitalier au travers de son histoire sociale.

Une valorisation patrimoniale par la conservation des bâtiments anciens non-reconnue ?

Il s'agit ici de traiter de la valorisation patrimoniale des bâtiments de l'Hôpital, du centre hospitalier en tant qu'ensemble de construction. Si le centre hospitalier a connu d'important travaux de modernisation et a vu se construire en son sein de nouveaux bâtiments à l'architecture plus moderne, les anciens bâtiments, issus de la construction originelle de l'Hôpital en 1861 n'ont cependant pas été détruits. Il est alors possible de s'interroger sur la valeur patrimoniale de ces constructions anciennes.



Le premier réflexe qu'il est commun d'avoir s'agissant d'évaluer la valeur patrimoniale d'immeubles, est de vérifier si ceux-ci ont fait l'objet d'un classement aux monuments historiques. Ce n'est cependant pas le cas des édifices de l'hôpital psychiatrique de Navarre qui n'est pas classé ou en attente de classement contrairement à d'autres bâtiments de la région.

Il est possible de citer notamment l'initiative prise par le préfet de l'Eure, Thierry Coudert qui a sollicité la ministre de la Culture Françoise Nyssen. Celle-ci a introduit une instance de classement au titre des monuments historiques pour le « Petit château de Navarre », alors menacé de destruction par l'Institut catholique de l'immaculée, complexe au sein duquel il est situé. Il semblerait donc qu'un édifice datant du XIX^e siècle puisse faire l'objet d'un

classement, alors pourquoi ne serait-ce pas le cas de ceux de l'Hôpital psychiatrique de Navarre ?

Il semblerait qu'un projet de classement des immeubles de l'ensemble hospitalier ne soit pas une option vers laquelle la direction de l'Hôpital tende à se tourner. En effet, si un classement au titre des Monuments Historique permet un régime de protection particulier, il s'agit également d'un régime assez contraignant qui risquerait alors de limiter drastiquement les possibilités d'évolution de l'Hôpital à l'avenir.

Néanmoins, si la question n'est, pour l'heure, pas d'actualité, il ne serait pas étonnant qu'en cas de menace de destruction de ces immeubles du XIX^e siècle, une demande de classement au titre des Monuments Historiques soit déposée visant à les protéger, comme ce fût le cas pour le « Petit Château de Navarre » en octobre 2017.

Ainsi, la valorisation de ce patrimoine hospitalier a dû trouver d'autres voies que celle d'un classement au titre des Monuments Historiques. Parmi ces voies, une d'entre elle a été de conserver les bâtiments les plus anciens lors des travaux de modernisation, et notamment ceux faisant face à la route départementale reliant Evreux à Conches. Cette route étant très fréquentée, les édifices qui la bordent bénéficient d'une grande visibilité au quotidien, permettant leur valorisation.

La dernière initiative en date visant à la valorisation du patrimoine hospitalier de Navarre n'est pas des moindre puisqu'il s'agit de la création d'un espace muséal au cœur même du complexe hospitalier, visant à témoigner et partager l'histoire des lieux.

La création d'un espace muséal : témoignage physique d'un patrimoine hospitalier méconnu

Lorsque l'on parle de l'Hôpital de Navarre on parle également assez souvent du « CHS de Navarre ». Or l'acronyme CHS signifie traditionnellement, en la matière, « Centre Hospitalier spécialisé », mais peut également signifier, dans un autre contexte, « Centre d'Histoire Sociale ». Assez paradoxalement, il semble que les deux significations attachées à cet acronyme désignent parfaitement le site. C'est en tout cas ce qu'il semblerait qu'aient voulu démontrer Alain Desgrez et Jacques Vassault, deux anciens aides-soignants, en créant un espace muséal au sein de l'Hôpital. Ils ont donc aménagé, dans le sous-sol de la Chapelle de l'hôpital, au centre même des infrastructures, un espace dédié à l'histoire du lieu.

Cet espace est divisé en 5 parties distinctes, qui se relient les unes aux autres, chacune dédiée au témoignage d'un aspect de l'histoire du centre hospitalier. Tout d'abord l'espace muséal propose une rétrospection photographique sur les années de construction de l'asile à partir des clichés de Jules Calmus, effectués sur demande du Préfet de l'Eure (entre 1861 et 1869) qui retrace toute les étapes du processus de construction du lieu accompagné de témoignages du premier médecin-directeur en faveur du site ou encore de documents inventoriant l'ensemble des matériaux utilisés par l'architecte Louis Symphorien Bourguignon (maître d'œuvre et auteur des plans de l'Asile).

Ensuite, la visite se poursuit dans une salle dans laquelle est relatée l'organisation de l'hôpital à ses débuts, et notamment des différents métiers présents sur le site, du fait de l'autarcie qui y avait été mise en place en raison des droits de douanes assujettissant l'entrée et la sortie de la ville d'Evreux. Ainsi, sont exposés dans la salle les quelques outils ayant pu être récupérés et conservés des corps de métiers qui ont participé à l'installation et à la maintenance des équipements de l'Asile (électricité, plomberie, instruments de fanfare, cercueils, souliers, literies...).

L'espace muséal propose également de visiter, dans les sous-sols de la chapelle, vingt cuves à cidre en béton armé et revêtues d'un carrelage de verre Saint-Gobain, encore en parfait état, d'une capacité de 6.000 litres chacune.

Enfin, dans les deux dernières salles, les fondateurs de l'espace muséal ont réuni tout un ensemble de matériels de soins ayant été utilisés au cours de l'histoire des évolutions de la médecine psychiatrique sur le site ainsi que pour l'ensemble des différents soins médicaux pratiqués sur place. Ainsi, une « mini-salle d'opération » a été recréée, mais également un bloc de radiographie, un laboratoire d'électroencéphalographie, un cabinet dentaire...

Pour aller plus loin et rendre état de la manière la plus vraisemblable possible des conditions de vie dans lesquelles se trouvaient les patients à la création du centre hospitalier, les créateurs de l'espace muséal ont fait le choix de reconstituer une chambre de l'asile, ressemblant plutôt d'ailleurs à une cellule dont la porte est recouverte de griffures et d'entailles. Le choix des équipements présents dans cette chambre reconstituée témoigne des conditions sanitaires sommaires des patients. Sont également exposés dans cet espace plusieurs ceintures de contention en cuir, une camisole de force dont on apprendra d'ailleurs qu'elle a été très peu utilisée.



Espace muséal, reconstruction d'une « chambre d'asile »

Enfin, il semble important de noter que cet espace muséal fonctionne de manière autonome. La publicité se fait par le bouche-à-oreille ou par le dépôt de prospectus publicitaires à l'Office du tourisme d'Évreux. Cependant, l'espace muséal de l'Hôpital de Navarre n'est pas présenté dans la brochure officielle de l'Office du tourisme aux côtés d'autres sites ébroïcien et alentours. Cela peut paraître surprenant, on se demande alors pourquoi, car cela permettrait à l'espace muséal d'obtenir plus de visibilité, attirerait plus de visiteurs. Selon ses fondateurs la raison est relativement simple et se compose en deux temps. Tout d'abord, ils estiment ne pas bénéficier d'une capacité d'accueil suffisante pour accueillir beaucoup plus de visiteurs et être inscrit dans cette brochure signifie potentiellement d'accepter des cars de plus de 50 visiteurs occasionnellement, ce qui n'est pas possible en raison de la superficie des locaux.

Ensuite et surtout, les fondateurs ne souhaitent pas faire partie du programme financier de la commune, qui peut être assez contraignant. C'est notamment pour cette raison que le lieu se nomme « espace muséal » et non « musée ».

Pour finir, il nous tenait à cœur de préciser que cet espace muséal, qui participe de manière très forte à la valorisation patrimonial de cet hôpital n'a vu le jour qu'en raison de la passion qui anime ses deux fondateurs, anciens aides-soignants qui ont exercé au sein de la structure pendant plus de 40 ans. C'est un véritable voyage dans le temps qu'ils font le plaisir de faire vivre à leurs quelques visiteurs, gratuitement, tous les 1^{ers} mercredis du mois de 14h à 17h.

Depuis son ouverture au public, en septembre 2016, l'espace muséal a accueilli plus de 1500 personnes, ce qui est le reflet d'une certaine réussite, et de l'intérêt que le lieu de mémoire a pu susciter, notamment aux vues de la spécificité de son sujet.

Bibliographie

- « Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 », *recueil Duvergier*, p. 490.
- *Chs-navarre.fr* : rubrique historique et espace muséal.
- *Chs-navarre.fr* : PDF sur la présentation du nouvel hôpital.
- Roussel Florence, « L'asile de Navarre, entre soins assistance et répression », publié dans le numéro 2 de la revue *Mémoire de la protection sociale en Normandie* en 2003, p. 53-61.
- « Nouvel Hôpital de Navarre. Une conciergerie pour les salariés », article de presse issu de *La dépêche* (journal local) du 10 novembre 2017, p. 7.
- « Sursis pour le « petit château de Navarre » à Evreux », article de presse issu du *Paris-Normandie* », publié le 9 octobre 2017.

Crédits photos

<http://jean-marc.killian.overblog.com/> → photos des cellules et de la chapelle (p. 9-10)
 paris-normandie.fr → photo de l'espace muséal p.14
[Chs-navarre.fr](http://chs-navarre.fr) → autres photos (p. 1-2-4-7-8)

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement Jacques Vassault et Alain Desgrez pour la visite guidée passionnante de l'espace muséal de l'Hôpital ainsi que pour leurs explications et anecdotes qui nous ont été précieuses.

BIBLIOGRAPHIE

– Plusieurs comités régionaux ont entrepris d’effectuer l’histoire des organismes de Sécurité Sociale et des initiatives qui ont pu être prises par eux, notamment en Bretagne ou en Midi-Pyrénées.

Parmi ces publications, on peut retenir le numéro 27 de l’année 2017 du nouveau bulletin du Comité d’Histoire de la Sécurité sociale de la région Provence –Alpes-Côte d’Azur présenté par sa présidente Mme Marie-Thérèse Dumas-Gosselin.

Ce recueil publié sous la direction du Professeur Olivier Vernier, Président du Conseil scientifique, est centré sur les questions de charité et de protection sociale depuis le XVI^e siècle jusqu’aux aspects les plus récents, notamment le thème récurrent du « déficit » de la Sécurité Sociale., évoqué précisément par le responsable de la publication.

Ce travail collectif rassemble des études approfondies sur la charité dans la principauté d’Orange aux XVI^e- XVII^e siècles (Françoise Moreil), l’hôpital général de la charité de Grasse au XVIII^e siècles (Gilles Sinicropi), l’assistance par le travail dans les Hautes-Alpes au début XX^e siècle (Cyrille Marconi) ou encore un témoignage sur la « famille provençale » et la genèse de la CAF de l’association des travailleurs indépendants de Provence(François Romagnan).Un intéressant cahier des illustrations clôt l’ensemble des contributions.

A signaler aussi le bel hommage rendu au sénateur Charles Bonifay (1919-2017), Président du Comité régional d’Histoire de la Sécurité Sociale de la région Provence-Alpes-Côte d’Azur de 1997 à 2017.

- A paraître courant 2018 des actes du colloque international « Le droit à une protection sociale pour tous les peuples » (Paris, 23 et 24 novembre 2017), rencontre organisée avec le soutien de la Fondation Gabriel Péri et *Les Cahiers de santé et de protection sociale*.

- Courant 2018 également, devrait paraître aux PURH l’ouvrage *Hôpitaux, médecine et soins durant la Grande Guerre (de la création du service de santé militaire aux conflits contemporains)*(sous la direction de Yannick Marec et Jacques Poisat). Il s’agit des actes d’un colloque organisé à Rouen en octobre 2015 par le GRHIS de l’Université de Rouen et la Société Française d’Histoire des Hôpitaux avec le soutien du CHU- Hôpital Charles Nicolle , du conseil régional et de la ville de Rouen.

AGENDA

- Les 3^e assises de la Solidarité se tiendront en avril 2018 à Saint- Etienne- du- Rouvray avec notamment le 10 avril une table ronde, débat et atelier organisé par l'observatoire des inégalités sur le thème : « Les solidarités : ce qui les renforce, ce qui les fragilise » (Espace G. Désiré).

Une projection du film *La sociale* de Gilles Perret est également prévue au Lycée Le Corbusier et à la salle polyvalente de l'Espace C. Freinet. Elle sera suivie d'un débat.

- Un colloque « Fondements, formes et usages du paritarisme en France » est organisé par le Comité d'Histoire des administrations chargées du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle en liaison avec le Comité d'Histoire de la Sécurité sociale, à Paris les 22 et 23 novembre 2018. Un appel à communication a été lancé et le programme est en cours de finalisation.

- Dans le cadre d'un PPR « Assurance et Société » : *Cultures de l'assurance*, porté par Raymond Dartevelle et Nelly Hissung- Convert (Université de Paris I –Panthéon-Sorbonne) un projet de dictionnaire en deux volumes est en cours d'élaboration. Le volume 1, thématique et le volume 2, biographique visent à combler l'absence actuelle d'instrument de recherche sur le sujet.

- A signaler le colloque international organisé par la Société Française d'Histoire des Hôpitaux , avec le soutien de l'université Lyon 2, des HCL et de la Ville de Lyon les 11 et 12 octobre 2018 à Lyon sur le thème :

Hôpital, ville et citoyenneté : expériences d'hier et d'aujourd'hui

(Lyon, jeudi 11 et vendredi 12 octobre 2018)

Le programme détaillé et les conditions d'inscription peuvent être obtenus sur demande à :

sfhh@orange.fr

1^{er} jour

Matin :

- L'implantation hospitalière dans l'espace urbain (cinq interventions)

Après-midi

- atelier 1 : L'hôpital dans la ville (XIII^e-XIX^e siècles) (quatre études)

- atelier 2 : Hospitalisation et déshospitalisation (quatre études)

- restitution des ateliers

2^{ème} jour

Matin

- atelier 1 : Approches spatiale et politique de l'hospitalisation (trois études)
- atelier 2 : Le musée hospitalier dans la ville (trois études)
- restitution des ateliers et discussions

Après-midi :

- les politiques hospitalières et leur impact économique, politique, social et culturel (quatre interventions)

Table des Matières

LE MOT DU PRESIDENT

Par Yannick Marec

VIE DE L'ASSOCIATION

Mieux faire connaître la Sécurité Sociale : des actions qui se poursuivent auprès des jeunes

Mieux faire connaître la Sécurité Sociale auprès du grand public et des décideurs locaux

Par Elvire Demircan

RECHERCHES

Dossier

Charles Nicolle, un savant entre la Normandie et la Tunisie

Aspects normands du fonds Charles Nicolle des Archives départementales : la famille Gascard, Gustave Flaubert...

Par Daniel Fauvel

Charles Nicolle et l'émergence d'une médecine de laboratoire à Rouen au tournant des XIXe et XXe siècles : une innovation conflictuelle.

Par Yannick Marec

Charles Nicolle et le développement de l'organisation sanitaire en Tunisie (1903-1936)

Par Benoit Gaumer

L'entourage normand de Charles Nicolle en Tunisie, le rôle d'Ernest Conseil.

Par Maher Ben Youssef

Charles Nicolle et la découverte du rôle du pou dans la transmission du typhus ; faits et controverses.

Par Karl Feltgen

Charles Nicolle au Collège de France, une pensée prospective et humaniste.

Par Louis-Michel Wolf

D'hier à aujourd'hui : le rôle de la Sécurité sociale dans le financement de la recherche hospitalière et le fonctionnement des institutions de santé publique.

Par Stéphane Holé

Varia

Les Ateliers et Chantiers de la Seine-Maritime Worms et Cie au Trait : une politique sociale pour enraciner et fidéliser la main d'œuvre.

Par Mathieu Bidaux

Bons ou mauvais pauvre ? Du mendiant vagabond au pauvre secouru en Normandie orientale au XIXe siècle (1796-1914)

Par Antony Kitts

TRACES DU PASSE

Charles Nicolle (1866-1936). Commémoration et patrimonialisation

Par Sophie Marini

L'Hôpital psychiatrique de Navarre, une figure du patrimoine hospitalier à conserver ?

Par Marine Hallais et Frédéric Levitre

BIBLIOGRAPHIE

AGENDA

Dos de couverture



Comité d'Histoire de la Sécurité sociale Normandie
Siège social de l'association :
Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Eure
1 bis, place Saint-Taurin
27030 Evreux CEDEX

Une publication de l'Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale
et de la protection sociale en Normandie.

TARIF : 10 euros

Photo de couverture : les locaux du siège de la CPAM de l'Eure à Evreux qui de 1912 à 1954 ont abrités le
Collège technique Modeste Leroy (Photo des Archives Municipales d'Evreux – 5FI 1405)