Vaincre la tuberculose

un fléau en Isère au XX e siècle

EXPOSITION

NOVEMBRE 2004
›› NOVEMBRE 2005

poitrinaire
phtisique
lépreux moderne
tubard

Fidèle compagne de l'humanité, la tuberculose est connue depuis la plus haute Antiquité. Stigmatisée par les écrouelles au Moyen Âge, cette maladie que l'on nomme « phtisie » est des plus redoutées.

Au XIXe siècle, les **connaissances scientifiques** permettent de mieux l'appréhender, de l'identifier et de la nommer « tuberculose ». L'urbanisation, les conditions de vie et de travail difficiles favorisent son extension dans toutes les sociétés européennes.

Véritable fléau, par sa gravité et le nombre de sujets atteints, la tuberculose a des **conséquences sociales, économiques,** sans précédent. La situation inquiétante dans la première moitié du XXe siècle amène les pouvoirs publics et l'ensemble des collectivités à réagir et tout mettre en œuvre pour « vaincre la tuberculose ». Ce défi, initié par des médecins, puis relayé par les pouvoirs publics, a marqué l'Isère dans ses paysages et dans la vie de certaines localités.

Malgré la grande **révolution thérapeutique** que représentent les antibiotiques antituberculeux à partir de la seconde moitié du XXe siècle, cette histoire faite de souffrance humaine, parfois dramatique, n'est pas tout à fait achevée.

Laënnec auscultant un phtisique à l'hôpital Necker devant ses élèves (1816) Coll. Musée AP-HP

De la phtisie à la tuberculose, l'héritage du XIXe siècle

Au XIXe siècle, de nombreuses découvertes scientifiques conduisent à des avancées notoires dans le domaine du diagnostic et du traitement des maladies, permettant leur identification. Monde de miasmes, les villes connaissent, avec l'urbanisation croissante liée aux révolutions industrielles successives, le développement d'épidémies de choléra, variole, thyphoïde, syphilis. Véritable fléau social, la tuberculose pulmonaire est endémique. **À Grenoble,** comme dans la plupart des grandes villes, les théories pasteuriennes et de Koch l'emportent auprès des médecins qui développent une politique hygiéniste pour contrer ce fléau. Ces efforts, ternis par la première guerre mondiale, poussent à légiférer, et contribuent au développement de structures de dépistage et de soins adaptées.

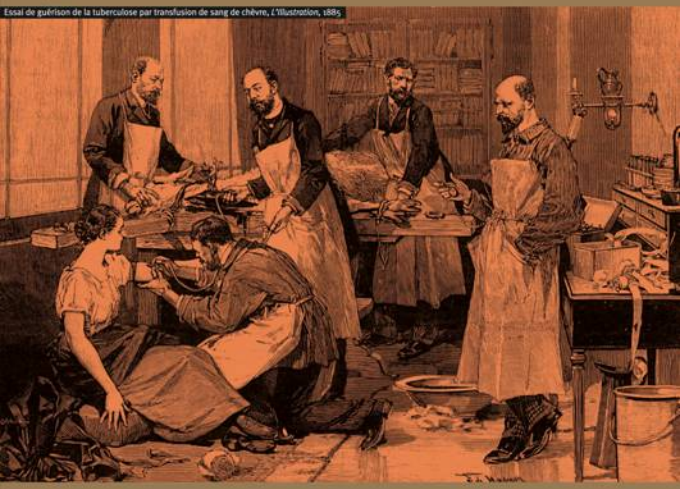
Une approche scientifique

Les différentes découvertes scientifiques permettent de mettre au point les principaux procédés d'exploration des poumons. La percussion, l'auscultation, l'analyse des crachats, la radioscopie puis la radiographie sont les principaux procédés d'exploration dont le médecin dispose au début du XXe siècle pour diagnostiquer la tuberculose pulmonaire.

Dès la plus haute Antiquité, les médecins en appliquant l'oreille sur la poitrine constatent les bruits de battements du cœur et de l'air qui circulent dans les voies respiratoires. Cependant, aucun ne songe à utiliser ce procédé d'exploration pour l'étude et le diagnostic des maladies. C'est en 1761, que Leopold Von Auenbrugg, médecin autrichien, décrit le premier, grâce à la technique de percussion, le diagnostic des troubles pulmonaires. En 1819, le médecin français René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826) invente le stéthoscope et découvre plus tard avec Gaspard-Laurent Bayle la lésion fondamentale et pathologique de la tuberculose : le tuberculome.

La science tâtonne ; parallèlement aux avancées scientifiques décisives du XIXe siècle, des tentatives de guérison de la maladie n'aboutiront jamais...

Essai de guérison de la tuberculose par transfusion de sang de chèvre, *L'Illustration*, 1885



Jean-Antoine Villemin

L'œuvre de Jean-Antoine Villemin (1827-1892), médecin militaire, s'inscrit dans la continuité de l'œuvre de René Laënnec. En 1868, il apporte la preuve de la contagiosité de la tuberculose, de sa transmission inter-espèce et inter-humaine. Robert Koch (1843-1910) médecin, bactériologiste identifie et cultive, en 1882, le bacille qui portera son nom. Plus tard, Clemens Von Pirquet (1874-1929), pédiatre autrichien, montre que des sujets ayant été en contact avec le bacille tuberculeux, développent des réactions d'allergie spécifiques, détectables après scarification de l'épiderme avec une solution contenant des bacilles atténués : c'est la cuti-réaction, dont la positivité signe un contact ancien ou récent avec le bacille de Koch (BK). Wilhelm-Conrad Röntgen(1845-1923), physicien allemand, en découvrant les rayons X en 1893, permet l'exploration du corps par la radiographie et au début du XXe siècle, Antoine Béclère (1856-1939), applique le radiodiagnostic aux pathologies pulmonaires.

" La Tuberculose est contagieuse donc évitable "

Robert Koch

Wilhelm Röntgen

Antoine Béclère

Le corps transparent : radiographie, 1934
Prêt particulier

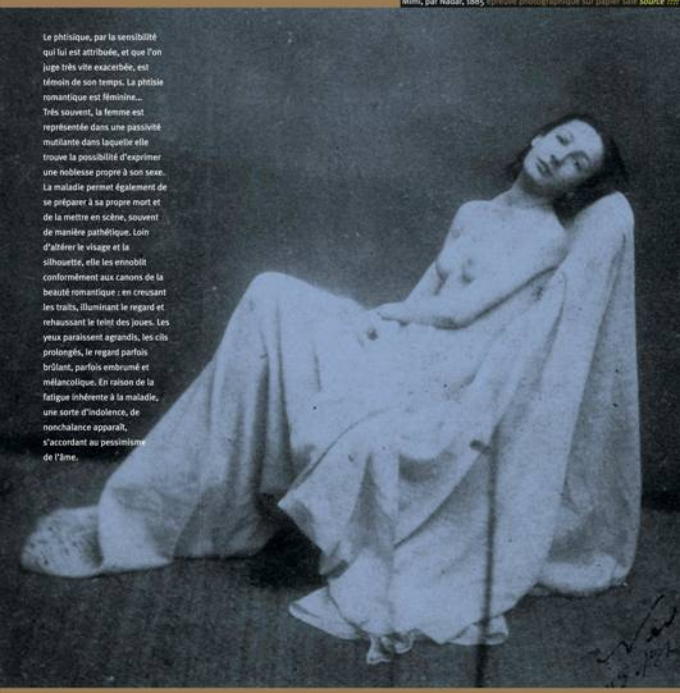
Mal ou mythe romantique ?

«Maladie des parties les plus nobles et élevées de l'être humain (...) Elle n'obstruait, ni ne souillait l'esprit du patient».

Edmond et Jules Goncourt

➔ La notion de phtisie est étroitement liée au romantisme du XIXe siècle. Affaibli, solitaire au milieu d'un cercle restreint, à la pâleur spectaculaire et au corps aminci, le phtisique s'inscrit dans les normes d'une représentation théâtrale. Cette vision déformée s'explique par la fascination exercée par le sort que leur réservait la maladie. L'exaltation, la sensibilité exacerbée donnent une nouvelle image de la maladie. Parée soudain d'une sorte de privilège, de sélection et de promotion de l'esprit dans tous les domaines, la phtisie est source d'inspiration. Favorisant l'isolement, elle impose l'immobilité propice à la réflexion. Elle est ainsi facteur de méditation, d'introspection propre à la création artistique.

Mimi, par Nadar, 1885 épreuve photographique sur papier salé *source ???*

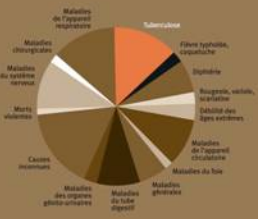


Le phtisique, par la sensibilité qui lui est attribuée, et que l'on juge très vite exacerbée, est témoin de son temps. La phtisie romantique est féminine... Très souvent, la femme est représentée dans une passivité mutilante dans laquelle elle trouve la possibilité d'exprimer une noblesse propre à son sexe. La maladie permet également de se préparer à sa propre mort et de la mettre en scène, souvent de manière pathétique. Loin d'altérer le visage et la silhouette, elle les ennoblit conformément aux canons de la beauté romantique : en creusant les traits, illuminant le regard et rehaussant le teint des joues. Les yeux paraissent agrandis, les cils prolongés, le regard parfois brûlant, parfois embrumé et mélancolique. En raison de la fatigue inhérente à la maladie, une sorte d'indolence, de nonchalance apparaît, s'accordant au pessimisme de l'âme.

Maladie « de l'obscurité »

Au XIXe siècle, la maladie fait partie de l'univers quotidien des citadins. Face aux découvertes scientifiques et aux transformations de la société industrielle, l'image de la tuberculose déserte progressivement le refuge intimiste et secret qu'elle occupait, pour acquérir une dimension sociale.

Dès la fin du XIXe siècle, on estime que 20 % des décès sont dus à la tuberculose. De plus en plus nombreux, des hommes et des femmes quittent les campagnes, s'installant à proximité des ateliers dans des habitats précaires, voire sordides. Leurs mauvaises conditions de travail, de logement, la surpopulation et le dénuement, favorisent l'extension de la maladie dénommée « maladie de l'obscurité ».

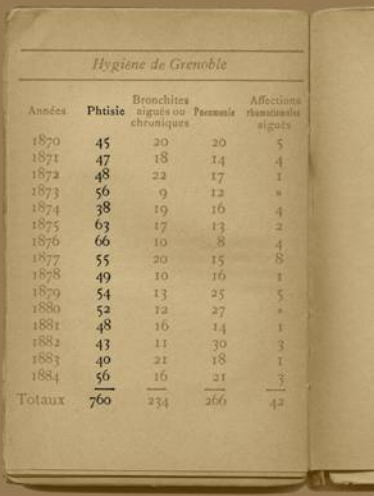


Tuberculose et mortalité
Source : E. Barré, « Santé publique et environnement urbain : le bureau de l'hygiène de Grenoble de 1890 à 1940 », *Exécution*, 1996-1997.

Le taux de décès atteint des proportions impressionnantes chez les Grenoblois. Cependant, cette comptabilité ne peut être considérée comme exacte. Ce n'est que par le décret du 10 février 1903 que la tuberculose est classée contagieuse, mais sa déclaration reste facultative.

Intérieur insalubre à Grenoble, vers 1930 Coll. Musée dauphinois

La part proportionnelle des maladies endémiques dans les décès survenus à l'hôpital civil entre 1870 et 1884.
D'après Jules Girard, Grenoble au point de vue de l'hygiène, Grenoble, 1885.



Hygiène de Grenoble

Années	Phtisie	Bronchites aiguës ou chroniques	Pneumonie	Affections rhumatismales aiguës
1870	45	20	20	5
1871	47	18	14	4
1872	48	22	17	1
1873	56	9	12	»
1874	38	19	16	4
1875	63	17	13	2
1876	66	10	8	4
1877	55	20	15	8
1878	49	10	16	1
1879	54	13	25	5
1880	52	12	27	»
1881	48	16	14	1
1882	43	11	30	3
1883	40	21	18	1
1884	56	16	21	3
Totaux	760	234	266	42

Des mesures hygiénistes à Grenoble

→ Avec les travaux de Koch, les tuberculeux sont considérés comme des agents de contamination dangereux et constituent une menace pour la société puisqu'il n'existe aucun moyen de traiter la maladie. L'hygiène prônée par les théories pasteuriennes devient, dès lors, une des préoccupations majeures des municipalités : la plupart d'entre elles se lancent dans la mise en œuvre de politiques hygiénistes autoritaires, lesquelles dénoncent tous les lieux et quartiers pathogènes.

« Messieurs, la ville étouffe… »

Édouard Rey, maire de Grenoble, 1881.

À Grenoble, en 1880, la municipalité d'Édouard Rey (1836-1900) entreprend un audacieux programme d'urbanisme, avec la destruction des remparts et la percée de grandes artères de communication. La municipalité du docteur Auguste Gaché fait du développement sanitaire une priorité, en soutenant la création du Bureau d'hygiène en 1890 par le médecin Fernand Berlioz. Inscrite dans une œuvre de politique hygiéniste, cette institution lutte contre les

Fernand Berlioz, médecin hygiéniste (1853-1922) Coll. Musée dauphinois

Natif de Pont-de-Beauvoisin, il débute à Grenoble en 1877 comme professeur à l'École de médecine. Titulaire de la chaire de bactériologie, il est aussi inspecteur départemental du travail dans l'industrie et directeur du bureau d'hygiène qu'il crée en 1890, et directeur du laboratoire de sérothérapie. Avec le docteur Jules Girard, il dénonce les conditions d'insalubrité dans lesquelles vivent certaines familles. Par ailleurs, il publie différents travaux sur la tuberculose et son traitement.

« Les Grenoblois sont généralement robustes, résistants à la fatigue, tenaces et patients, peu enclins à l'enthousiasme irréfléchi ; ils sont peu sujets aux infirmités (…) en revanche, la phtisie cause de véritables ravages… »

Docteur Jules Girard, 1885

maladies contagieuses et tente de limiter l'insalubrité et les nuisances urbaines, considérées comme des vecteurs de contagion. Le Bureau municipal d'hygiène de Grenoble recense les bâtiments ou les quartiers malsains pour les dénoncer auprès de la municipalité et les exclure du marché immobilier, mais sans incriminer les mauvaises conditions de travail, dans une ville d'immigrants, attirés par le développement industriel local.

Des murs qui tuent
Parmi ses attributions, le Bureau d'hygiène assure la tenue de statistiques mettant en évidence les différentes causes de décès. Grenoble passe de 27 000 habitants en 1896 à 77 438 en 1911. L'urbanisation est mal maîtrisée, et la maladie touche surtout les quartiers pauvres et surpeuplés du centre (rues Très-Cloître, Saint-Laurent, place aux Herbes, Mutualité...) et les nouveaux quartiers du cours Berriat.

Plan de Grenoble, *Tuberculose (+ décès)*, 1897 Archives municipales de Grenoble

Montée de Chalemont, début du XXe siècle Carte postale, coll. privée

Face au drame de la guerre de 1914-1918, les Comités d'assistance réagissent

Au début du XXe siècle, la première guerre mondiale rend cuisants les problèmes posés par la maladie. Les « blessés du poumon » sont nombreux, du fait des conditions de vie dans les tranchées et de l'utilisation des gaz. Dès le début de la guerre, des militaires réformés pour tuberculose affluent en masse à l'arrière du front. Plus de 60 000 d'entre eux en 1916 ne bénéficient pas de structures de soins adaptées, hormis quelques stations sanitaires dont l'accueil reste médiocre. Ces mauvaises conditions expliquent la contamination de nombreux foyers.

En Isère, le Comité départemental d'assistance aux militaires tuberculeux vient en aide à ces blessés. En 1916, il sollicite la ville de Grenoble et la Commission administrative des hospices pour la construction d'un sanatorium. En réponse, l'année suivante les hospices décident de transformer une partie de l'asile des vieillards de La Tronche en sanatorium.

Afin de recueillir des fonds pour venir en aide aux blessés de la tuberculose, un appel à la générosité publique est lancé : la « Journée nationale des tuberculeux anciens militaires ». En 1918, la collecte s'élève à 2,3 millions de francs. C'est sans doute le premier appel national à la générosité publique vis-à-vis d'un fléau.

Les blessés de la tuberculose, Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux
Alfred Philippe Roll, Impr. Lapina, Paris, 1917, affiche, 140 x 100 cm
Coll. Musée dauphinois

Journée nationale des tuberculeux anciens militaires Abel Faivre, Impr. Devambez, Paris, 1914-1918, affiche, 380 x 80 cm Coll. Musée dauphinois

Réhabilitée dans l'esprit du public, la tuberculose est considérée comme une blessure de guerre, conséquence des terribles épreuves subies sur le front par un grand nombre de soldats « blessés de la tuberculose » ou « blessés du poumon ». Maladie symbole d'exclusion, elle devient le symbole du sacrifice au même titre que d'autres plaies de guerre.

« Il est parti, plein d'ardeur, à l'appel de son pays, certain de laisser sa vie au champ d'honneur ou de revenir sur le front ceint de lauriers. Brusquement, ses forces l'ont trahi : il avait caché en lui, sournois, plus perfide et plus tenace que le Boche, un mal qui le rongeait. Tandis que ses camarades s'élançaient au-devant de lui, lui s'est affaissé dans la tranchée, terrassé par son invisible adversaire. »

M. Donnay, *Lettre à la dame Blanche*, Bulletin du Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, 1917

Journée nationale des tuberculeux anciens militaires Lucien Dhurmer-Levy, Impr. Devambez, Paris, 1914-1918, affiche, 85 x 114 cm. Coll. Musée dauphinois

Faire face : 1916, loi Bourgeois, 1919, loi Honnorat

« Défendre l'individu sain contre les risques de la maladie et défendre la société contre les risques de l'individu malade. »

La lutte antituberculeuse se généralise grâce à une législation inédite dans le domaine médico-social. Bien qu'imposées par la nécessité, les lois marquent l'aboutissement d'une longue réflexion parlementaire et s'inscrivent en filigrane dans le climat politique de la rivalité franco-allemande née de la guerre de 1870.

En 1903, la Commission de la tuberculose mise en place par Waldeck-Rousseau dès 1901, fait entrer cette maladie dans le champ des préoccupations de l'État. Ses membres, Léon Bourgeois et André Honnorat, luttent contre l'endémie par un renforcement des mesures collectives et l'élaboration d'une législation antituberculeuse mieux adaptée à la situation et plus efficace.

Justifiée par l'urgence, la Loi Bourgeois votée en 1916 propose la création d'un dispensaire d'hygiène et de préservation contre la tuberculose dans chaque département, afin d'organiser le dépistage. Quant à la Loi Honnorat du 7 septembre 1919, elle oblige les départements à la prise en charge du séjour des tuberculeux soit par la construction de sanatoriums, soit par l'envoi des malades dans des établissements existant dans d'autres départements, contribuant au développement des sanatoriums pour les classes populaires.

Successivement ministre et président du Conseil, Léon Bourgeois assure la présidence de la Chambre des députés, puis du Sénat. Dès 1905, il anime la Commission permanente de la préservation contre la tuberculose et c'est à lui qu'est confiée, en 1916, la présidence du Comité central d'aide aux anciens militaires tuberculeux. Il inspire la loi qui porte son nom, et institue les dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse. En 1919, il devient le premier président du Comité national de défense contre la tuberculose. Travailleur infatigable, il est l'initiateur de la lutte antituberculeuse en France. Son œuvre sociale lui vaut l'attribution du prix Nobel de la Paix, en 1920.

Léon Bourgeois (1851-1925), *Revue illustrée*, vol. 1, 1892

« Nous avons vaincu l'Allemand et nous pouvons espérer le tenir en respect. Ayons la volonté de résister à la tuberculose, si nous ne voulons pas être anéantis par elle. »

Émile Sergent, membre de l'Académie de médecine, 1920

Lutter contre un fléau social

La lutte contre la tuberculose s'appuie sur le modèle germanique conçu dans les années 1860-1870, fondé sur l'action sociale. Il s'agit de dépister et de traiter l'ensemble de la population, tout en protégeant, par des mesures dites de prophylaxie, les personnes de la contagion. Le **dispensaire** devient le pivot de la lutte antituberculeuse et de la politique médico-sociale. En 1914, la ville de Grenoble, à l'image de Lille et de Lyon, ouvre un dispensaire, suivie par les communes de Voiron, Saint-Marcellin, Bourgoin-Jallieu… Une attention particulière est portée aux enfants, cibles privilégiées. Extraits du milieu familial, ils sont « placés », envoyés « au bon air ». Quant aux malades, « lépreux des temps modernes », soumis aux exigences de soins imposées par le corps médical, ils sont orientés vers l'hôpital, dans des pavillons qui leur sont réservés, puis progressivement isolés dans des **sanatoriums.**

DÉPISTER ET SURVEILLER

Timbre antituberculeux
Coll. MGSM

Correspondance entre une ancienne malade et son infirmière
Coll. particulière.

➜ Des centres de dépistage, puis des dispensaires, ouvrent dans tout le département sous la direction du Comité départemental de la tuberculose. Il faut «traquer le BK». À La Mure, à Vizille, à Bourg-d'Oisans, à Rioupéroux, à Pontcharra... des consultations hebdomadaires ont lieu, le plus souvent les jours de foire ou de marché. Aménagés dans une salle communale désaffectée, ou bien dans le service médical d'une usine, leur rayon d'action permet de toucher les populations urbaines et rurales les plus reculées. Ces dispensaires complètent et harmonisent les dépistages et prises en charge effectués par les médecins de famille et les phtisiologues à titre privé. Des infirmières visiteuses parcourent quartiers et campagnes, encourageant la population au dépistage qui se développe progressivement dans les écoles, dans les usines... Basé sur des examens cliniques et sur la cuti-réaction, complétés par la radioscopie, le diagnostic est ainsi établi.

Dépistage systématique Coll. CMUDD

Le dispensaire, pivot de la lutte anti-tuberculeuse

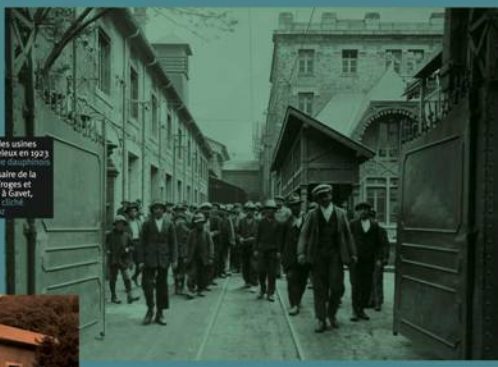
Le dispensaire de Grenoble, *Revue des hôpitaux*, 1923
Coll. MGDM

Inspiré des modèles existants (dispensaire type Calmette et Bonnet), il sera construit à proximité de la Polyclinique située quai Claude-Bernard, sur les plans des architectes Chatrousse et Papet.

→ Parallèlement à son rôle de dépistage, le dispensaire permet d'assurer une surveillance régulière des patients pendant leur traitement et leur guérison. Une aide sociale est apportée aux malades et à leur entourage. L'éducation sanitaire populaire et la tenue d'un fichier (le casier sanitaire des cas de tuberculose contrôlée), participent à la prévention.

Dans leurs actions, les médecins phtisiologues sont secondés par des infirmières ayant reçu une formation de visiteuse d'hygiène sociale sanctionnée par le Brevet de capacité professionnelle en 1922, remplacé en 1938 par le diplôme d'assistante sociale. Auxiliaires des médecins, l'ampleur de leur tâche est conséquente. En 1931, les infirmières du dispensaire de Grenoble effectuent près de 3600 visites au domicile des personnes.

Pour mener à bien leur mission, ces « travailleuses sociales » pénètrent dans les foyers et dans l'intimité des familles, ce qui leur confèrent un certain pouvoir. En cas de tuberculose contagieuse, elles procèdent, sous l'autorité du médecin, au placement de chaque membre de la famille dans une structure adaptée.



La sortie des usines Keller & Leleux en 1923
Coll. Musée dauphinois

Le dispensaire de la Cie Allais Froges et Camargue à Gavet,
Coll. MHD, cliché L. Ménégoz

La propagande au service de l'hygiène sociale

→ Faute de disposer d'un arsenal thérapeutique efficace, c'est à travers une campagne de propagande sans précédent que se poursuit la politique hygiéniste entreprise avant la première guerre mondiale, relayée en 1917 par la Fondation Rockefeller, puis par le Comité national de lutte contre la tuberculose et ses comités départementaux et le Ministère l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale. Affiches, films, timbres antituberculeux complétés par des conférences sont les supports de cette propagande d'hygiène sociale. Ces campagnes poursuivent deux objectifs : la prévention et l'information, afin de modifier les comportements et d'améliorer les conditions de vie.

Timbre anti-tuberculeux, 1936 Coll. CNMR Paris

Convaincre par la terreur
Ces affiches travaillent sur l'émotion pure, au moyen de symboles visuels forts et d'une certaine violence des mots. Il s'agit de susciter un sentiment de peur profonde afin d'amener le public à réagir.

Éduquer et informer
Issues des méthodes américaines introduites en France par la Mission Rockefeller, une part essentielle de l'action informative et éducative consiste à influer sur le comportement. L'accent est mis sur le caractère collectif, en se rappelant qu'on n'agit pas seulement pour soi, mais vis-à-vis de ses proches et plus largement de la société. Les principes hygiénistes sont largement diffusés par ces illustrations dans lesquelles le cadre familial est mis en avant.

Affiche de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France, F. Galais, 1917 Coll. privée

Facteur aggravant affaiblissant l'individu face à la maladie, l'alcoolisme est fortement dénoncé.

Carte postale Coll. particulière

Préserver et éduquer

Le Dr Émile Hermitte (1869-1941)
À Grenoble, les services du Bureau d'hygiène sociale assurent la protection des enfants par le biais de la nursery municipale, de l'Asile Gerin et de l'Inspection médicale des écoles. Le Dr Hermitte développe l'Œuvre de la protection de l'enfance et l'Œuvre des enfants à la montagne. Deux établissements installés dans les bâtiments de la Grande-Chartreuse, alors désaffectée (Curnières, situé sous le col de la Charmette, et La Courrerie, près de Saint-Pierre-en-Chartreuse) reçoivent des enfants chétifs placés par cette institution.

Timbres anti-tuberculeux Coll. MHSM

« Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis et frappe le père ou la mère, la contagion des enfants est presque fatale, et j'ai pensé que le meilleur moyen de lutter contre la tuberculose était de lui enlever sa proie. C'est pour l'enfant la meilleure solution que l'on puisse opposer à l'envahissement du fléau tuberculeux. »

Joseph Grancher

➜ Dépisté, le malade devient dangereux car contagieux, et il faut s'en protéger. La préservation des enfants devient un objectif majeur de la lutte antituberculeuse. Sains, les enfants sont éloignés du milieu familial par les médecins de dispensaire et pris en charge par des œuvres sociales. Les plus jeunes sont envoyés dans des « nourriceries » et des « centres d'élevage ». Les autres séjournent à la mer, à la montagne ou à la campagne.

Développée en 1903 par Joseph Grancher à Paris, l'Œuvre de la préservation de l'enfance contre la tuberculose est aussi présente en Isère. Elle les dirige vers des établissements spécialisés : les préventoriums. En Isère, le premier d'entre eux ouvre ses portes à Mens, en 1933. Auparavant, les enfants du département étaient envoyés vers le préventorium de Porquerolles ou bien vers d'autres établissements éloignés. Ce n'est qu'en 1936 qu'un préventorium départemental est construit à Autrans.

De la lumière ! Timbre anti-tuberculeux, 1929
Coll. CNMH Paris

À l'abri du Vercors

→ À la ville pleine de miasmes, s'opposent les valeurs régénératrices de la campagne. À l'initiative de médecins, une politique de placement des enfants au bon air est menée sur tout le territoire, et plus particulièrement dans le Vercors. Des familles accueillent des enfants « non contagieux ». L'orientation dans cette voie d'accueil par les habitants ne surprend pas.

Dès la fin du XIXe siècle, Villard-de-Lans, station touristique réputée, Autrans et Lans-en-Vercors, jouent la carte du climatisme dont on vante les vertus thérapeutiques, en refusant les tuberculeux, et en imposant la fermeture de « sanatoriums privés ». Ainsi, Villard-de-Lans obtient le statut de « station climatique » en 1921, et développe une activité touristique. La station acquiert une réputation nationale.

Dans les années 1930-1940, des familles du plateau et des hôteliers transforment leur maison pour recevoir des enfants, dans des structures adaptées. Chalets, homes d'enfants et aériums fleurissent dans le Vercors. À Autrans, plus qu'à Villard ou à Lans, l'accueil saisonnier des enfants et l'agriculture coexistent pendant de nombreuses années. Cette tradition conduit, en 1936, à la création d'un préventorium départemental.

Aérium de l'Adret
Coll. Maison du patrimoine de Villard-de-Lans

Le Nid des Pierrots à Lans-en-Vercors. Maison d'enfants à caractère sanitaire et social agréée à la fin des années quarante, pouvant accueillir 23 enfants âgés de 6 à 12 ans. Sur la photo, les enfants pensionnaires sont assis à la même table, pour le repas, que le couple directeur et leurs propres enfants.

Accueil familial dans le Vercors
Coll. particulière

Les préventoriums

→ Entre 1932 et 1950, le département compte cinq préventoriums. Si l'établissement d'Autrans, réservé aux enfants, est public, ceux de Saint-Julien-de-Ratz, de Biviers (Le Repos de l'Ouvrière), de Mens (Les Alouettes) et de Prélenfrey (les Tilleuls), sont privés. Les enfants y séjournent pendant plusieurs semaines, voire des mois, isolés de leurs parents, sous la surveillance du corps médical.

Le préventorium départemental d'Autrans, coll. privée

Le complexe, dont la conception est confiée à l'architecte Pierre Myassard, ouvre ses portes en 1939. Agréé pour 198 enfants âgés de 6 à 14 ans, l'établissement connaîtra une intense période d'activité après la seconde guerre mondiale.

« Un préventorium protestant pour jeunes filles est nécessaire ! Les jeunes protestantes atteintes de pleurite, et obligées à un repos sérieux, auraient besoin de trouver une maison à la montagne, et dans un milieu protestant, plutôt que d'être envoyées n'importe où, et cela à un moment ou leur "santé" spirituelle, elle aussi aurait besoin de réconfort. »

Renée Lechevallier

En 1931 déjà, la Direction départementale des Dispensaires de l'Isère se propose d'ouvrir un préventorium dans l'ancienne École modèle de Mens, mais ce n'est qu'en 1933 qu'une assistante sociale du Havre, Renée Lechevallier, évoque la création d'un préventorium protestant pour jeunes filles. L'association « Les Alouettes-Home préventorium protestant de Mens » est alors créée. Jusqu'à la fermeture de l'institution en 1958, 2 578 pensionnaires s'y sont succédées.

Les Alouettes, à Mens
Coll. Musée dauphinois

La prémunition par le BCG

→ Parmi les moyens de préservation, le BCG, permet dès lors une meilleure prémunition des personnes face à la contagion. En 1913, c'est à Lille que le médecin Albert Calmette cultive, avec la collaboration de Camille Guérin, un bacille tuberculeux bovin traité par la bile. Il porte le nom de bacille de Calmette et Guérin plus connu par ses initiales BCG. Ce bacille a la propriété de protéger l'homme contre les tuberculoses graves. Pratiqué dès 1921 chez quelques nouveaux-nés, puis chez les enfants exposés à la contagion (cuti-réaction négative), le BCG se développe dans les années 1930 mais reste l'objet de controverses. Il devient obligatoire en 1950.

Albert Calmette (1863-1933)
Coll. Institut Pasteur de Lille

Camille Guérin (1872-1961)
Photo Studio Charles

La cuti-réaction est le premier moyen employé pour dépister les sujets ayant été en contact avec le bacille de Koch. Mise au point par Clemens Von Pirquet, développée par Mantoux, elle est appliquée sur une majeure partie de la population, dès 1907. Le médecin pratique une scarification intradermique de tuberculine, entraînant ou non une réaction allergique, appelée «virage de cuti». C'est le signe d'une rencontre antérieure entre le sujet et le bacille de Koch, appelée primo-infection. L'individu ne développe pour autant pas systématiquement la maladie : il n'est pas contagieux.

La vaccination par le BCG, *Tuberculino-réactions et BCG*, Comité national de défense contre la tuberculose, Masson & Cie, 1953 Coll. CDI Grenoble

Soigner et isoler

➜ Jusqu'à l'arrivée des antibiotiques antituberculeux en 1950, la **cure de repos** en sanatorium constitue le principal traitement de la tuberculose pulmonaire. Réservés à l'élite sociale, les premiers établissements privés, d'une taille réduite, apparaissent dans différentes régions au début du siècle. Dans les années 1920, l'application de la loi Honnorat et le nombre important de malades tuberculeux contagieux entraînent un développement des cures sanatoriales, notamment pour les classes populaires. Certains **hôpitaux** locaux construisent des pavillons ou bien utilisent des bâtiments existants (Grenoble, Seyssuel), pour y installer des sanatoriums.

SANATORIUM D'AUTRANS
près le Villard-de-Lans (Isère).
(1,000m) — Télégraphe — Service de voiture.

Cette installation a pour but de mettre en valeur les admirables concours que présentent les Alpes dauphinoises pour le traitement de la tuberculose viscérale ou osseuse, de l'anémie, des convalescences prolongées, etc.

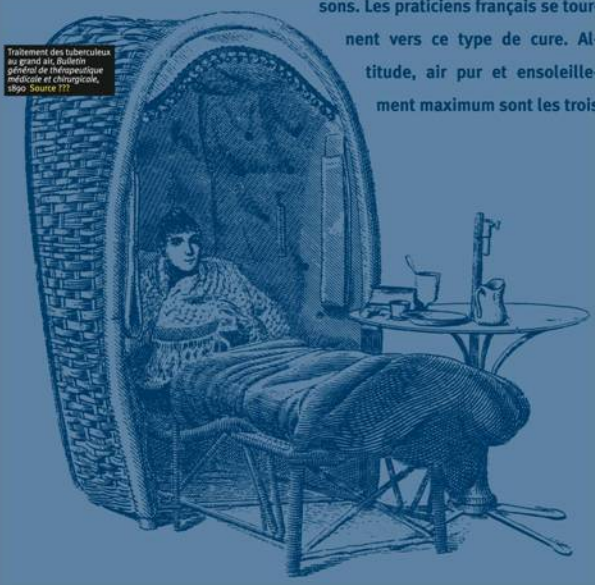
Service fait par des religieuses de N.-D. de Saint-Antoine.

Chambres et nourriture : 7 fr. par jour.

S'adresser : au Villard-de-Lans, au Dr Oulivier ; à Grenoble, au Dr Dupuy ; à Autrans, au gérant du Sanatorium.

Publicité parue dans *le Dauphiné médical*, 1897
Coll. MIGSM

Mais les **sanatoriums d'altitude** sont rapidement considérés comme les plus adaptés. L'exemple de la cure sanatoriale en montagne vient de Suisse où de grandes stations existent depuis la fin du XIXe siècle, comme celle de Davos dans les Grisons. Les praticiens français se tournent vers ce type de cure. Altitude, air pur et ensoleillement maximum sont les trois



Traitement des tuberculeux au grand air, *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1890 Source ???

conditions préalables à leur l'implantation, conditions réunies dans le massif alpin. Par ailleurs, l'éloignement des centres urbains contribue à l'isolement des malades, limitant ainsi tous risques de contagion.

En 1930, l'association minière et métallurgique construit le premier sanatorium sur le plateau des Petites-Roches, suivie par le département du Rhône et l'Association des étudiants de France. À la cure de repos, principal traitement appliqué dans ces établissements, s'ajoutent les traitements dits de collapsothérapie visant à placer le poumon au repos.

Hommes et femmes se retrouvent exilés de longs mois, avec des répercussions sociales parfois dramatiques pour les malades ayant ensuite à retrouver tant bien que mal leur place dans une société qui les rejette.

Timbre antituberculeux
Coll. CHMRT

Le sanatorium de Seyssuel, *Revue des hôpitaux*, 1923
Coll. MUSIH

Il est inauguré par les Hospices de Vienne en 1923. Les travaux de construction du sanatorium, décidés en 1917, débutent en avril 1918. Les galeries de cure de repos s'étalent au pied de la terrasse.

Militaires tuberculeux dans un des pavillons de l'asile des vieillards, La Tronche vers 1920, cliché Michel, coll. MUSIH

L'hôpital-sanatorium : un sanatorium de plaine

→ À Grenoble, pour faire face au nombre croissant de tuberculeux, le pavillon Chatin de l'Asile des vieillards de La Tronche est aménagé dès 1904, pour recevoir des malades tuberculeux. En 1917, le développement des cas de tuberculose contraint l'administration hospitalière à reconvertir aussi les pavillons A et C en pavillons pour tuberculeux en les équipant de galeries. Ces structures restant insuffisantes, un nouveau bâtiment est construit en 1922 : le pavillon D. Jouxtant l'Asile des vieillards, cet ensemble pavillonnaire est dès lors qualifié de sanatorium de La Tronche.

L'hôpital-sanatorium de La Tronche, pavillon C

Pavillon A

Pavillon D CoG, MGSM

Le pavillon A est érigé en 1893 au moment de la construction de l'Asile des vieillards, pour accueillir les malades atteints de maladies infectieuses. En 1917, la commission administrative des hôpitaux décide d'attribuer ce pavillon aux malades tuberculeux. Il prend le nom de sana A et accueille par la suite les enfants atteints de primo-infections (Œuvre Grancher). Long de 38 mètres, il s'élève sur un étage, et une galerie, aujourd'hui détruite, lui est annexée en 1917.

Un nouveau pavillon de 90 lits (pavillon D), est édifié en 1922. Ainsi, l'ensemble sanitaire de La Tronche, réalisé par l'architecte par Alfred Rome, possède une capacité d'accueil de 280 personnes. Jusque dans les années soixante, ces pavillons reçoivent les malades les plus gravement atteints dont l'état ne permettait pas toujours leur transfert vers les sanatoriums d'altitude.

Le Pr Arnaud, chef du service de phtisiologie, et son personnel devant le pavillon D en 1941
CoG, MGSM

Le sanatorium de l'Association métallurgique et minière Coll. Rocheplane

Les sanatoriums d'altitude

Si Félix Mangini ouvre en 1901 le premier sanatorium populaire d'altitude à Hauteville dans l'Ain, il faut attendre les années 1920 pour voir émerger ce type de bâtiment sur le plateau des Petites-Roches, près de Grenoble.

Dès la fin du XIXe siècle, le docteur Fernand Berlioz et Félix Jourdan, fondateurs de la Société anonyme des sanatoriums des montagnes de la Grande Chartreuse, proposaient à la commune de Saint-Hilaire-du-Touvet la construction d'un sanatorium. Mais ils se heurtent à l'opinion des pouvoirs publics et de certains médecins. En 1916, Wilfried Kilian, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble, et Raoul Blanchard, géographe, étudient les emplacements répondants par leur situation aux conditions préalables à la construction d'un sanatorium. Ils s'enthousiasment à leur tour pour le site de Saint-Hilaire.

En 1929, l'Association métallurgique et minière y construit le premier sanatorium. Le second est réalisé par le département du Rhône, et le troisième appartient à la Fondation de santé des étudiants de France.

Le funiculaire de St-Hilaire Coll. Rocheplane

Pour pallier les difficultés d'accès au plateau (route étroite, enneigée, exposée...) un funiculaire reliant la vallée de l'Isère à Saint-Hilaire-du-Touvet doit être préalablement installé en 1924, pour permettre la construction du sanatorium de l'AMM.

Inauguré en 1933, le sanatorium du Rhône était à l'origine constitué de deux ailes séparées mais identiques, entre lesquelles se trouvaient les cuisines. En 1940, elles sont réunies par un bâtiment plus haut abritant les services généraux, et un nouveau bloc opératoire commun aux trois sanatoriums est installé en 1949.

Le sanatorium du Rhône Coll. département du Rhône

Le Sanatorium des étudiants, inauguré en 1935 Coll. CMUDD

Plan aquarellé de J. Sage, Coll. CMUDD

Bâtiment construit en 1928, pour les étudiants Coll. CMUDD

Le développement du Sanatorium des étudiants repose sur la très forte personnalité du docteur Daniel Douady. Étudiant en médecine à Paris, il se destine à la psychiatrie quand une radiographie pulmonaire modifie le cours de sa carrière. Soigné en Haute-Savoie, au plateau d'Assy, il se rend à Saint-Hilaire en 1933 où la construction du sanatorium des étudiants est interrompue depuis plusieurs années. Nommé médecin directeur de l'établissement, il fait reprendre les travaux. Pendant dix ans en compagnie du docteur Cohen, il dirige cet établissement. Très vite il comprend qu'il ne suffit pas de guérir la tuberculose. Il organise la réinsertion sociale des malades, les protège, prévient les rechutes et ouvre la première post-cure étudiante à La Tronche.

Situés au pied de la Dent de Crolles qui leur sert d'abri naturel contre les vents dominants, les bâtiments orientés au sud profitent de l'ensoleillement maximum et sont bâtis dans la pente du terrain pour que rien ne leur fasse de l'ombre. Ils possèdent en principe tous les services nécessaires à leur fonctionnement : accueil, cuisines et réfectoires, infirmerie, laboratoire, salle de radiographie, bloc opératoire et des logements pour le personnel.

À l'intérieur, les étages s'organisent le long de grands couloirs entre les chambres du côté sud et les services sur l'arrière au nord. Les murs, lisses ou carrelés, les sols en tapis de caoutchouc, en granito ou en carrelage, et le mobilier en métal répondent aux règles d'hygiène en vigueur. Les abords sont aménagés pour la promenade des malades. Les trois établissements, dépendants d'institutions distinctes, se ressemblent d'un point de vue architectural. Bien qu'utilisant des techniques modernes de construction, ils présentent un aspect pittoresque, voire rustique, avec leurs grands pignons et leurs toitures à forte pente, contrairement à ce qui s'est fait ailleurs à la même époque, comme au Plateau d'Assy en Haute-Savoie.

Daniel Douady (1904-1982) médecin directeur du Sanatorium des étudiants, vers 1932 Coll. particulière

« Un sanatorium universitaire, exclusivement destiné aux étudiants français tuberculeux, doit être créé dans les plus brefs délais »

Daniel Douady

L'*HOMO SANATORIALIS*

→ Jusqu'à la création de la Sécurité sociale en 1945, la prise en charge des malades s'effectue au titre de l'assistance médicale gratuite pour les plus modestes, et le coût élevé d'un séjour en sanatorium n'incite pas la population à s'y rendre. De nombreuses associations et œuvres sociales viennent en aide aux malades et prennent en charge une partie ou la totalité des frais de séjour et de traitement. Souvent de condition modeste, la population des sanatoriums vit en vase clos dans un milieu contrôlé, sans échappatoire.

Sur les galeries de cure, 1936 Coll. CMUSID

Hauteville (Ain) Coll. Musée Pasteur

Jeunes femmes au Sanatorium du Rhône, 1950 Coll. particulière

Au Sanatorium des étudiants, une radio interne diffuse les cours Coll. CMUSID

Les malades passent une grande partie de leur temps allongés, astreints à la cure d'air qui leur est imposée quotidiennement le matin et aux premières heures de l'après-midi, quelles que soient les conditions climatiques. Les séjours en sanatoriums durent plusieurs mois, voire des années. Les hommes et les femmes vivent séparés, soumis à un règlement strict. La lecture, la radio, le ciné-club, les conférences et les spectacles agrémentent, selon les établissements, des séjours longs, ennuyeux, au cours desquels les visites autorisées sont rares. L'incertitude de la durée du séjour en sana, la crainte d'une aggravation, voire l'angoisse d'une évolution fatale, joints à l'isolement forcé sont lourds à supporter. Par ailleurs, des médecins s'inquiètent du devenir des malades et de leur réinsertion face aux problèmes soulignés par la reprise d'une

Rideau de scène créé par Bissière en 1938, pour la salle de spectacle du Sanatorium des étudiants *Cliché CPI*

1395 : Jean Giono rend visite aux étudiants Coll. CMUMO

Au Sanatorium des étudiants, une activité culturelle intense
Dépistés lors de la visite médicale au lycée ou bien à l'université, les étudiants sont envoyés dans des sanatoriums qui leur sont réservés, parmi lesquels le Sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire. Ils suivent des cours tout au long de leur séjour, regroupés en cercle selon leurs disciplines.
Régulièrement, des conférences sont données dans une nouvelle salle de spectacle, inaugurée en 1941, décorée du rideau de scène de Bissière et de peintures de Varbanesco, Fougeron, Savin et Saint-Saëns... De nombreuses personnalités rendent visites aux étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet : Giono, Maurice Chevalier, Alfred Corto...

activité sociale, et insistent sur l'intérêt de reprendre une activité pendant la période de convalescence. Certains ouvrent des établissements spécialisés accueillant pour une période de quelques mois d'anciens malades, leur permettant une réadaptation à la vie professionnelle (sanatorium du Vion, Chantoiseau à Briançon).
La sortie du sana, le retour à une vie normale, signifient la stabilisation de la maladie, pour laquelle on ne prononcera le mot de guérison qu'après plusieurs mois ou années (et encore...), durant lesquelles la hantise d'une rechute persiste et une surveillance médicale reste toujours indiquée. Parfois, la reprise d'une activité professionnelle est compromise et certains se retrouvent dans l'incapacité physique de travailler car les contraintes médicales restent lourdes.

« La mort, quand on est malade et qu'on va mourir, elle vient vous voir tous les soirs. On dit qu'elle arrive d'un coup. Ça n'est pas vrai. Tous les soirs, quand on est tout seul, que les autres dorment au loin et qu'il fait très noir, elle vient. »

Georges Basset, *Requiem*, 1943.
Ce texte a reçu le prix de la revue *Existences* (n° 33, juillet 1944).

Sur les balcons du sanatorium du Rhône, 1950 Coll. particulière

Les recours thérapeutiques

→ En l'absence de traitements curatifs, pour compléter la mise au repos du patient, les médecins au début du XXe siècle, puis les chirurgiens, envisagent d'immobiliser le poumon malade. Grâce au progrès de la recherche médicale, aux découvertes et à l'adaptation des techniques chirurgicales les plus perfectionnées pour l'époque, ils réalisent différentes interventions pour libérer le poumon de la paroi thoracique. Celles-ci conduisent à l'affaissement de l'organe et constituent les collapsothérapies.

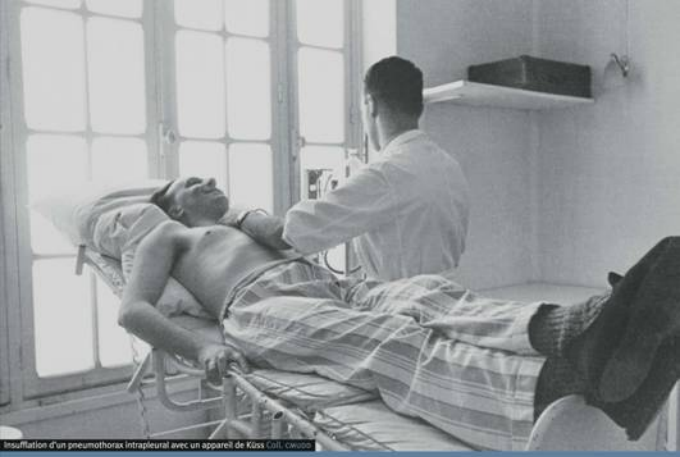
Les médecins pratiquent des collapsothérapies médicales (pneumothorax intrapleural et parfois des sections de brides). Les chirurgiens interviennent pour les cas les plus difficiles voire rebelles, en pratiquant des collapsothérapies chirurgicales (phrénisectomie, pneumothorax extrapleural, apycolyse, thoracoplastie…), méthodes « sanglantes et sans retour », pratiquées sous anesthésie locale.

« Mme Valentine J., 34 ans : sous anesthésie locale, résection des six premières côtes : résection de deux centimètres sur la première, cinq centimètres sur la deuxième, dix centimètres sur les autres côtes… »

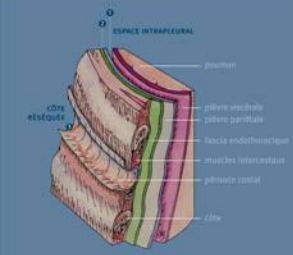
Thoracoplastie, Étude de cas, *Revue de la tuberculose*, 1928.

Albert Bonniot, chirurgien, (assis au centre) se rendait fréquemment à Saint-Hilaire-du Touvet et à Briançon pour opérer Coll. particulière

Thoracoplastie *Revue de la tuberculose*, 1933



Insufflation d'un pneumothorax intrapleural avec un appareil de Küss Coll. CHUGDG



Pneumothorax intrapleural « extrapleural » et thoracoplastie » Dessin : Pr Roger Sarrazin

La plupart du temps, l'anesthésie générale était peu appréciée des chirurgiens en cas d'ouverture du thorax, car elle ne permettait pas le contrôle de la respiration.

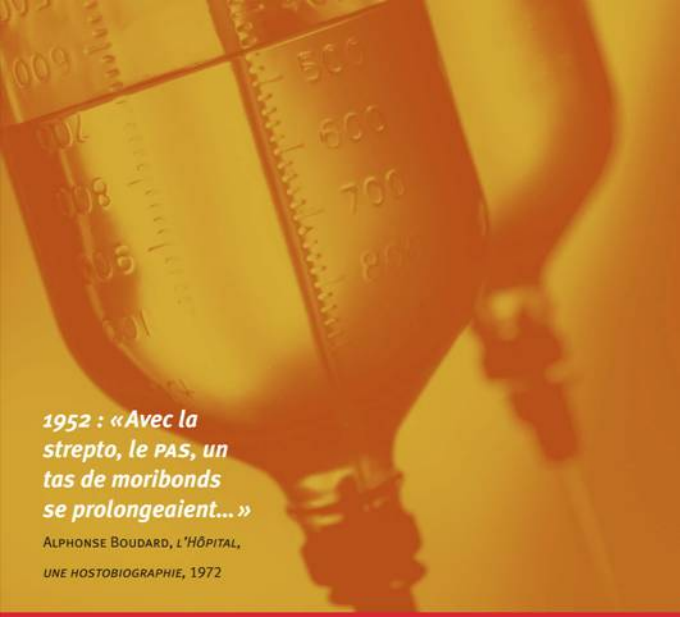
Albert Bonniot et Jacques Latreille, avec leurs équipes, pratiquent ces collapsothérapies chirurgicales à l'hôpital de Grenoble et sur le plateau des Petites-Roches. Ces interventions définitives, mutilantes, handicapantes, représentent cependant un sérieux espoir de guérison, grâce aux efforts incessants d'imagination pour créer, renouveler, et améliorer les techniques curatives en diminuant leur pénibilité et leur morbidité.

Radiographie d'un pneumothorax extrapleural avec résection de côte Cliché hôpital de Chambéry

Le pneumothorax extrapleural est une méthode chirurgicale pratiquée à partir des années 37-38. Il consiste à tenter la création d'un pneumothorax non pas entre les deux feuillets de la plèvre, ceux-ci étant accolés, mais entre la plèvre et les tissus de la paroi. Ce pneumothorax délicat, était malaisé à créer et à entretenir.

1. Poumon droit sain
2. Poumon gauche collabé
3. Cage thoracique remplie d'air
4. Côte réséquée (sectionnée)

Intervention chirurgicale à Saint-Hilaire, vers 1940 Coll. particulière.



1952 : « Avec la strepto, le PAS, un tas de moribonds se prolongeaient… »

ALPHONSE BOUDARD, *L'HÔPITAL, UNE HOSTOBIOGRAPHIE*, 1972

1950 : GUÉRIR GRÂCE AUX ANTIBIOTIQUES ACTIFS

Après la seconde guerre mondiale, l'espoir d'une guérison apparaît avec la découverte de la **streptomycine.** La tuberculose voit ainsi progressivement son pronostic se transformer radicalement, tandis que l'amélioration générale du niveau de vie et le respect des règles élémentaires d'hygiène font déjà reculer ce fléau. L'intensification du dépistage, la prévention par le BCG, une meilleure prise en charge des malades par la Sécurité sociale après 1945, entraînent une diminution du nombre de cas. Durant les années charnières (1950-1970), avec les antibiotiques, la contagiosité disparaît rapidement et le traitement chirurgical des lésions tuberculeuses est facilité. Les cures sanatoriales sont plus courtes, puis progressivement abandonnées. Ainsi, les établissements entreprennent leur reconversion. Cependant, si le fléau disparaît, la maladie persiste et se caractérise par des **formes résistantes** aggravée par l'apparition du SIDA dans les années 1980.

Un espoir dans la guérison

Timbres antituberculeux Coll. CNDT, archives Pasteur

Un effort commun
Les cas de tuberculose demeurent encore importants dans les années soixante, malgré les progrès de l'antibiothérapie. La tuberculose demeure un problème de santé dans la société française. Il apparaît donc nécessaire d'insister sur la prévention pour endiguer définitivement cette endémie.

Timbre antituberculeux Coll. CNMRT

Une science conquérante
La maladie semble vaincue par les avancées de la science. En termes de propagande, les registres de la guerre et de la peur sont abandonnés au profit d'une science conquérante, maîtrisant l'endémie.

→ L'introduction de la chimiothérapie antituberculeuse modifie radicalement la prise en charge des patients.

L'antibiothérapie

La streptomycine en 1944, le PAS et l'isoniazide en 1952, agissant directement sur le bacille tuberculeux, entraînent une chute spectaculaire du nombre de malades et de décès. Mais rapidement, des bacilles résistants à certains de ces antibiotiques apparaissent, justifient l'emploi simultané des trois antibiotiques, malgré des effets secondaires néfastes. À partir de 1966, de nouvelles molécules, comme la rifampicine, diminuent ces résistances et permettent de ne plus employer la streptomycine ni le PAS.

Le BCG, obligatoire en 1950

Élément fondamental de la prévention, la vaccination généralisée à l'ensemble de la population est considérée comme l'arme absolue. Aujourd'hui, la suppression de la revaccination systématique des enfants ayant un test tuberculinique négatif est envisagée : l'impact serait quasiment nul sur l'incidence des méningites et des miliaires tuberculeuses. La vaccination généralisée ne se justifierait plus, pour des raisons d'efficacité (50% pour la tuberculose pulmonaire) et de coûts. Cela permettrait de mieux cibler certaines communautés à risque (personnes âgées, migrants...) Mais, en cas de changement de politique de vaccination, un renforcement de la surveillance de la tuberculose s'imposera.

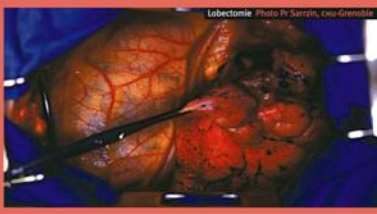
Timbre antituberculeux Coll. CNDT, archives Pasteur

Les nouvelles orientations de la chirurgie

Après 1946, l'arrivée de la streptomycine, combinée au progrès de l'anesthésie, permet d'envisager et de réaliser des interventions plus audacieuses, plus sélectives, plus sûres, de lésions tuberculeuses résistantes. Les antibiotiques permettent de mieux préparer les malades, de réaliser des interventions en toute sécurité et d'éviter les infections post-opératoires. À Grenoble, le Professeur Albert Bonniot pratique les premières exérèses pulmonaires (ablation d'un ou plusieurs lobes pulmonaires).

« Je doute fort que des antibiotiques vous suffisent. Ça voulait dire quoi ? pneumothorax… la chirurgie. Quand vous débarquez en terre tubarde, tout ça vous paraît de fort mauvais augure. »

Alphonse Boudard, *L'Hôpital, une hostobiographie*, Paris, 1972



Lobectomie Photo Pr Sarrazin, CHU-Grenoble

Les exérèses peuvent porter sur un lobe entier (lobectomie), ou sur un ou deux segment(s).

Serge R., né le 23 juin 1927
En avril 1956, un état asthénique et une toux conduisent à une radiographie pulmonaire, permettant de détecter d'importantes infiltrations disséminées dans les deux champs pulmonaires. Suite aux examens bactériologiques positifs, il est hospitalisé et reçoit un traitement antibiotique : streptomycine, isoniazide et PAS. En mai 1956, il subit un pneumopéritoine (insufflation d'air dans le péritoine) entretenu jusqu'en octobre 1956. La disparition des bacilles lui permet de rentrer chez lui en restant sous traitement médical. En octobre 1957, suites à des examens radiographiques suspects, il est hospitalisé, doit reprendre un traitement antibiotique et part en sanatorium. En mai 1958, les examens bactériologiques permettent de diagnostiquer la présence du bacille de Koch. En août, une caverne du sommet droit* est visible à l'examen radiographique. Le premier septembre 1958, il subit une thoracoplastie de 3 côtes et la pose de 14 billes acryliques**. En octobre, il fait un pneumothorax spontané gauche. L'absence de BK lui permet de rentrer chez lui le 12 décembre. Il a reçu, en tout, 227 g de streptomycine, 260 g d'isoniazide et 284 flacons de PAS.

Bloc opératoire du sanatorium du Rhône, 1955 Coll. Rocheplane

Parfois, des séquelles

Si bon nombre de malades traités ont guéri, certains vivent toujours avec les séquelles de la tuberculose. Après intervention chirurgicale, celles-ci sont essentiellement « mécaniques » et septiques, et surviennent encore après l'arrivée des antibiotiques, mais à un degré moindre. Des effets secondaires conséquents, notamment une perte auditive irrémédiable, sont apparus avec l'usage de la streptomycine. Enfin, chez certains malades, une insuffisance respiratoire s'est installée par sclérose voire calcification pulmonaire ou pleurale (« os de seiche »), mais aussi par défaut du squelette. Quelques fois, tous ces malheurs s'associent et perturbent la vie de ces personnes pendant de nombreuses années.

La tomographie permet une exploration plus précise que la radiographie Coll. CMUDB

Même après guérison, les patients font l'objet d'une surveillance prolongée.

Atrophie de l'hémithorax droit, 66 ans après le début d'une tuberculose excavée
Radio pulmonaire, février 2004, CH de Chambéry

Mme Denise B., née en 1925
1938 Caverne tuberculeuse du lobe inférieur du poumon droit. Traitement : pneumothorax intrapleural droit, puis phrénisectomie droite.
1951 Gêne respiratoire à l'effort, 2 à 3 crises asthmatiformes par an.
1973 Hospitalisée pour détresse respiratoire.
1996 Hospitalisée pour détresse respiratoire : intubation trachéale.
2004 Insuffisance respiratoire aiguë : trachéotomie, assistance respiratoire.

❶ Plèvre droite fibro-calcifiée (« os de seiche »)
❷ Poumon droit affaissé
❸ Ascension de l'hémi-diaphragme droit
❹ Canule de trachéotomie

La nécessaire reconversion des sanatoriums

→ Après 1975, la cure sanatoriale ne se justifie plus, sauf pour des raisons sociales. Le nombre de malades diminue progressivement et devient marginal. Les grands sanatoriums sont alors reconvertis pour répondre aux nouveaux besoins liés aux pathologies émergentes des quarante dernières années du XX e siècle.

Les sanatoriums d'altitude changent progressivement d'activités et de noms, s'orientant notamment vers l'accueil des handicapés, les rééducations traumatologiques et neurologiques et les réadaptations après chirurgie cardiaque, infarctus du myocarde etc.

Ces mutations continuent, un transfert progressif des établissements des Petites-Roches est prévu dans le bassin grenoblois, à proximité des autres centres de traitement, de vie et d'activité.

La post-cure Belledonne est reconvertie en clinique médico-psychologique Georges Dumas. De même, les aériums du Vercors sont transformés en maisons de repos ou en établissements éducatifs. Le préventorium départemental d'Autrans est remplacé en 1970 par un Institut médico-pédagogique départemental, puis transformé en centre de vacances depuis 1987.

L'ancien sanatorium de l'AMM, actuel centre médical de Rocheplane à Saint-Hilaire Cliché CPI

L'ancien Sana du Rhône, actuel CMC : piscine pour la rééducation Cliché Leiong-Laroche

Si les bâtiments appartiennent toujours au département du Rhône, le Centre médico-chirurgical des Petites-Roches est aujourd'hui rattaché au CHU de Grenoble.

La cure en sanatorium reste préconisée jusque dans les années 1970, mais plus par tradition que par conviction. Si l'alitement intégral paraît toujours utile au début de la maladie, les temps de cure sont réduits.

Sanatorium des étudiants, 1960, actuel Centre médico-universitaire Daniel Douady Coll. CMUDD

La tuberculose aujourd'hui

La tuberculose en Europe : nombre de cas recensés pour 100 000 hab. en 2001
Source : www.euroti.org

Chaque année, la tuberculose, en constante augmentation, touche plus de 8 millions de personnes dans le monde, et en tue 2 millions.

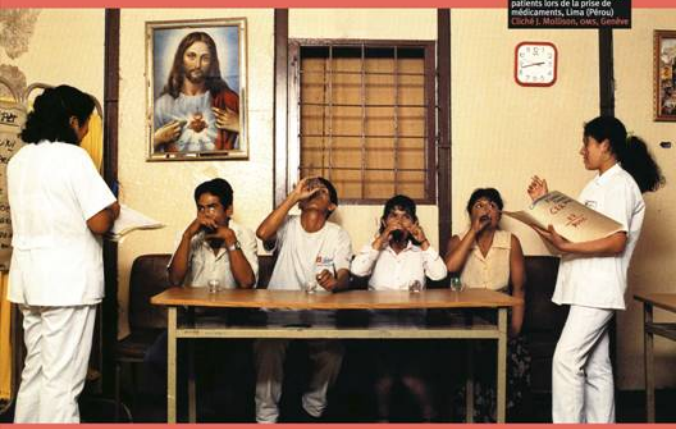
→ Si la tuberculose disparaît progressivement en France, elle reste très présente dans certains pays.

Une urgence mondiale

Les conditions de vie insalubres de populations défavorisées, isolées, représentent un facteur favorable à la réapparition de la maladie. Par ailleurs, le développement du SIDA, faisant tomber les barrières immunitaires, redonne à la tuberculose une actualité tragique. Les pays les plus pauvres sont les plus touchés avec 95 % des cas déclarés, dont 98 % décèdent, principalement des adultes jeunes.

L'efficacité des traitements existants est aujourd'hui remise en cause dans certains pays où des foyers de bacilles résistants sont identifiés, principalement en Russie, dans les pays Baltes, mais aussi dans l'état de Delhi (Inde) et en République Dominicaine (Grandes Antilles).

De ce double constat, une stratégie de traitement est mise en place sous l'égide de l'OMS, connue sous le nom de DOTS. Ce programme permet de prescrire sous surveillance un traitement de courte durée, et plus largement, de prévenir et de réduire les résistances aux médicaments.



Des aides-soignantes et leurs patients lors de la prise de médicaments, Lima (Pérou)
Cliché J. Mattisson, OMS, Genève

Et en France...

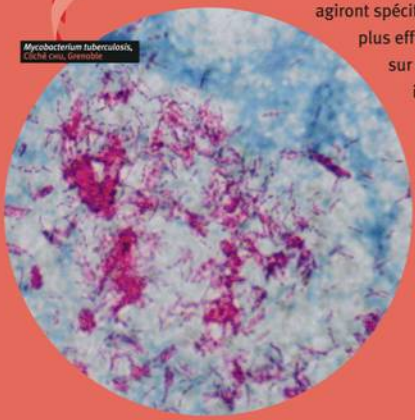
Depuis 1991, alors qu'il était en nette diminution depuis quinze ans, le nombre de nouveaux cas de tuberculose augmente, principalement dans les grandes agglomérations. Ce sont essentiellement des populations précarisées qui sont touchées par la maladie. La politique de santé publique s'oriente donc vers une prévention et un dépistage ciblés de la population.

Si le Centre départemental de la santé de l'Isère s'assure toujours des vaccinations dans les écoles, et diffuse des campagnes de sensibilisation auprès des personnes dites « à risque », il envisage également une reconversion partielle vers de nouvelles activités préventives.

Affiche Archives Pasteur, CNDT

Les espoirs de la recherche : la génomique

Aujourd'hui, les espoirs se portent vers les recherches en génétique afin de mettre au point de nouveaux traitements anti-tuberculeux et permettre l'élaboration d'un vaccin plus efficace. Le séquençage du génome de la bactérie *mycobacterium tuberculosis* a été réalisé en 1998. L'étude génétique de la bactérie permet de comprendre comment elle se protège pour échapper à la réaction immunitaire de la personne infectée, et les processus moléculaires de l'infection.
Ceci permettra à terme d'élaborer de nouveaux agents antituberculeux qui agiront spécifiquement et plus efficacement sur ces processus infectieux.


Mycobacterium tuberculosis, Cliché CHU, Grenoble

➜ Fléau social jusqu'en 1950-60, la tuberculose a nécessité un déploiement d'énergie considérable. La région grenobloise en est un bon exemple, avec le développement de nombreux établissements de traitement ayant eu des incidences sociales, économiques et démographiques, et dont les traces restent encore très présentes sur le territoire. Cette histoire leur confère une authentique valeur patrimoniale.

La tuberculose, comme de nombreuses maladies infectieuses, a bénéficié d'une des grandes révolutions du XXe siècle : l'antibiothérapie, permettant d'obtenir dans la majorité des cas une guérison. Cependant, la maladie n'a pas disparu, et sa prise en charge doit maintenant s'organiser à un niveau mondial, justifiant des mesures appropriées et le développement de la recherche.