

UNIVERSITE LUMIERE LYON 2

Ecole doctorale 483 ScSo
Faculté de Géographie, Histoire, Histoire de l'Art et Tourisme (Département d'Histoire)
Laboratoire de Recherche Historique Rhône-Alpes

UNIVERSITAT POLITECNICA DE CATALUNYA

Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de Barcelona
Departament d'Urbanisme i Ordenació del Territori

La tuberculose dans l'espace social barcelonais 1929-1936

Par Celia Miralles Buil

Thèse de doctorat d'Histoire et d'Urbanisme

Sous la direction de

José Luis OYON (Catedràtic d'Urbanisme Universitat Politècnica de Catalunya)
Jean-Luc PINOL (Professeur d'Histoire contemporaine Ecole Normale Supérieure de Lyon)

Date de soutenance : 18 juin 2014

Composition du jury :

Laurent COUDROY DE LILLE, Maître de conférences (Université Paris XII)

Olivier FAURE, Professeur (Université Jean Moulin Lyon 3)

Manuel GUARDIA, Professeur (Universitat Politècnica de Catalunya)

Rafael HUERTAS, Directeur de Recherches (CSIC)

José Luis OYON, Professeur (Universitat Politècnica de Catalunya)

Jean-Luc PINOL, Professeur (ENS de Lyon)

Mercè TATJER, Professeure (Universitat de Barcelona)

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	3
REMERCIEMENTS	11
LISTE DES ABREVIATIONS	13
NOTES PRELIMINAIRES	15
INTRODUCTION	17
De l'étude d'un indicateur de misère urbaine à la recherche d'une identité multiple de la tuberculose	17
Une histoire de la vie quotidienne dans l'espace social barcelonais des années 1930	21
Histoire sociale, spatiale et médicale de la tuberculose	25
Une histoire de la lutte antituberculeuse à Barcelone « par le bas ».....	29
Sources et méthodes pour l'enquête	34
La tuberculose dans l'espace social barcelonais entre 1929 et 1936	38
PARTIE 1 : Etat des lieux tuberculeux : à la recherche du microbe	41
INTRODUCTION	41
CHAPITRE 1 : De la ville tuberculeuse	43
A. Le bacille dans les villes	45
1. Statistiques de mortalité différentielle dans les provinces espagnoles : la tuberculose, une maladie des régions industrielles ou des régions urbaines ?	46
2. Mortalité dans les villes espagnoles : des grosses villes densifiées aux moyennes villes insalubres	55
3. De l'exemple catalan à la théorie des phases de tuberculisation : un nouveau schéma de compréhension	64
• <i>Les villes catalanes face à la maladie</i>	65
• <i>La théorie des phases de tuberculisation</i>	68
• <i>Le rôle de Lluís Sayé dans la lutte antituberculeuse</i>	72
• <i>Hiérarchiser les priorités, réinventer la lutte antituberculeuse</i>	75

B. Le microbe dans Barcelone : une étude par quartier	81
1. Les statistiques sanitaires à la fin du XIX ^{ème}	82
2. La tuberculose au XX ^{ème} siècle dans la ville	91
3. Densité ou insalubrité dans la ville ? Redéfinir le poids de l'environnement	100
4. Répartition différentielle des malades dans la ville	108
• <i>Récapitulatif sur les sources disponibles</i>	109
• <i>Une géographie du soin : une logique de quartier ?</i>	114
• <i>Un réseau de soins gratuit : la spatialisation des malades démunis</i>	125
C. La maîtrise de la tuberculose : un enjeu de santé publique ?	136
1. Un peu de microbiologie pour expliquer la guerre au crachat. Une redéfinition de la santé publique	138
2. La peur de la contagion : de la ville commune à tous, au processus de contagion spatiale.....	144
• <i>« Hacer más salubre la ciudad común »</i>	145
• <i>De la « contagion des sains » à la culpabilisation de l'espace</i>	147
3. Vers une redéfinition du concept de contagion lié à la ségrégation spatiale	150
CHAPITRE 2 : ... aux recoins poussiéreux	159
A. Le sain et le malsain : les espaces responsables de la maladie	161
1. La localisation des nids d'insalubrité, une démarche préliminaire.....	162
2. Du lieu de passage à l'espace circonscrit.....	168
3. De l'espace public à l'espace privé	173
• <i>Le cinéma, le café, l'usine</i>	174
• <i>L'hôpital, l'école, la caserne et la prison</i>	181
B. « En la intimidad del hogar »	186
1. Les types d'habitat en question.....	188
• <i>Des « bajos », quelques bidonvilles, et beaucoup d'immeubles</i>	188
• <i>Sans air, sans lumière, sans hygiène : les logements dégradés</i>	197
2. Le risque de contagion directe au sein du logement.....	204
• <i>Du mètre cube d'air par personne au partage du lit dans les discours des médecins</i> 205	
• <i>Des logements densément peuplés</i>	208
3. Ces médecins qui soignent des logements	213
C. Noyer le bacille dans du ciment	225

1. Les architectes au service de la lutte antituberculeuse : de la lutte spatiale médicalisée à la lutte médicale spatialisée	227
• <i>Dans la continuité des hygiénistes, l'opération chirurgicale de l'espace</i>	228
• <i>Construire des établissements de soins pour diffuser la santé</i>	235
2. Imaginer l'espace sain : vers la solution de l'architecture moderne	245
• <i>Ville rationnelle et espaces de repos: l'utopie d'une ville/vie saine</i>	246
• <i>Maison jardin et maison bloc, quel logement pour les ouvriers tuberculeux?</i>	250
CONCLUSION	261

PARTIE 2 : Les tuberculeux dans la ville : la précarité au quotidien....263

INTRODUCTION	263
CHAPITRE 3 : L'ouvrier et le tuberculeux	267
A. Un profil des malades qui reflète la Barcelone ouvrière	269
1. De la timide phthisique à l'exubérant ouvrier tuberculeux : profil d'un malade misérable à éduquer	271
2. Beaucoup de jeunes hommes ouvriers récemment immigrés et quelques femmes jeunes sans qualification	281
• <i>Une situation économique et sociale peu stable</i>	282
• <i>La jeunesse, un indice particulier d'instabilité ?</i>	287
• <i>Des tuberculeuses dans une situation plus précaires que les hommes</i>	290
3. Ville tuberculeuse, ville ouvrière, la variable cachée	295
• <i>Rappel sur les quartiers ouvriers de Barcelone</i>	296
• <i>La tuberculose dans les espaces ouvriers : centre ville et périphérie extrêmes</i>	298
B. Ouvrier : métier à risque ou garantie de précarité économique ?	308
1. Des métiers à risques ou des tuberculoses professionnelles chez les médecins	309
2. Les métiers des malades à Barcelone : du service domestique à l'industrie textile 317	
• <i>Des domestiques aux étudiants : les professions non industrielles qui suivent la moyenne de la ville</i>	318
• <i>Tuberculeux et tuberculeuses perdus dans les vapeurs et poussières d'un secteur artisanal et industriel nocif</i>	322
• <i>Les ouvrières du textile omniprésentes et quelques paysans : une remise en question des théories des médecins sur les maladies à risque ?</i>	328

3. Un statut d'ouvrier révélateur de misère	332
• <i>Chiffonniers et vendeurs ambulants : les professions précaires tout en bas de l'échelle</i>	<i>333</i>
• <i>Changer de métiers fréquemment ou exercer plusieurs professions : premiers indices de précarité économique.....</i>	<i>336</i>
• <i>Des horaires interminables pour un revenu médiocre : le quotidien professionnel des tuberculeux.....</i>	<i>337</i>
• <i>La fatigue du travail industriel comme nouveau facteur de la maladie</i>	<i>342</i>
CHAPITRE 4 : De la précarité économique à la précarité spatiale dans le quotidien des malades.....	347
A. Entre concentration et éparpillement géographique : les nouveaux indices de la précarité spatiale	350
1. Des rues et des hommes : taudis misérable et réseau social.....	351
• <i>Les tuberculeux concentrés dans des quartiers anciens denses et insalubres</i>	<i>352</i>
• <i>Dans les quartiers ouvriers : une localisation privilégiée sur les axes secondaires et logement de bas étages</i>	<i>362</i>
• <i>Des malades visibles, dans les taudis des beaux quartiers.....</i>	<i>369</i>
• <i>La concentration dans les bidonvilles de ciment : les réseaux de solidarité des malades dans les banlieues extrêmes ?</i>	<i>375</i>
2. Une population tuberculeuse concentrée ou éparpillée dans les quartiers denses du Raval.....	379
• <i>Les malades concentrés sur quelques rues denses et insalubres</i>	<i>379</i>
• <i>Des tuberculeux soignés à domicile concentrés dans les zones insalubres et des malades internés éparpillés dans un quartier socialement mélangé ?</i>	<i>388</i>
3. L'éparpillement comme indice de précarité	393
• <i>Entre industrie et zone résidentielle : Le Poble Nou comme cas d'étude.....</i>	<i>394</i>
• <i>Des logements isolés dans les périphéries extrêmes</i>	<i>398</i>
B. Manières d'habiter : du quotidien précaire à une nouvelle répartition géographique	404
1. Du logement misérable... ..	405
• <i>Equipement sanitaire et dégradation : des conditions hygiéniques plus ou moins mauvaises</i>	<i>406</i>
• <i>Loyers et tailles des logements.....</i>	<i>412</i>
• <i>« Es tot fosc i jo al llit »</i>	<i>417</i>
2. ...Au partage des loyers	419

•	<i>Les hôtes et les relogés, des modes d'occupation précaires</i>	420
•	<i>Des structures familiales nucléaires aux foyers multiples.</i>	422
•	<i>La cohabitation et les fortes densités : indices de précarité complémentaire</i>	425
3.	Quelques indices sur la mobilité, instabilité résidentielle	430
CHAPITRE 5 :« les épuisés et les déçus », entre expérience de vie dure et marginalité ..443		
A.	Entre fatigue générale et maladies à répétition, l'épuisement physique comme caractéristique commune à tous les tuberculeux	446
1.	Le travail éreintant et la fatigue quotidienne comme constante	447
•	<i>L'élément déclencheur de la maladie : de l'effort physique intense à la fatigue du service militaire</i>	447
•	<i>L'épuisement généralisé : une situation permanente</i>	451
2.	La visibilité de la maladie et de la mort dans le quotidien	457
•	<i>Des familles de tuberculeux qui n'en sont pas à leur première maladie</i>	457
✓	<u>Une longue suite de maladies respiratoires mises en avant par les médecins</u>	459
✓	<u>Des maladies infectieuses à répétition : un gage de fragilité sociale ?</u>	461
✓	<u>Une sensibilité accrue aux grandes épidémies/endémies du siècle</u>	467
•	<i>L'expérience de la mort dans le quotidien des malades</i>	473
B.	La pauvreté au quotidien : des tuberculeux « déçus », exclus de la société ?	481
1.	Faiblesse physique et expériences de vie dures comme révélateur de déchéance sociale	483
•	<i>La faiblesse généralisée avant la tuberculose : des futurs malades exsangues et affamés</i>	484
•	<i>De la « déchéance physique » à la précarisation sociale</i>	488
2.	La très grande pauvreté : des « pobres de solemnidad » aux collectifs de marginaux	494
•	<i>Miséreux et vulnérables, « los pobres de solemnidad »</i>	495
•	<i>La grande pauvreté au pluriel : quelques exclus et marginaux tuberculeux</i>	502
3.	L'isolement des tuberculeux en question	510
•	<i>Des personnes déjà prises en charge par des institutions caritatives et les réseaux d'aide sociale</i>	511
•	<i>Des actifs en « déchéance » ?</i>	514
•	<i>Laver son linge sale en famille : des tuberculeux bien entourés</i>	515
CONCLUSION		521

PARTIE 3 : Vivre et mourir tuberculeux : être un patient à Barcelone dans les années 1930.....	523
INTRODUCTION.....	523
CHAPITRE 6 : Le parcours du patient dans un réseau de soin interconnecté.....	527
A. Accéder aux soins, le parcours du combattant	530
1. La route toute tracée : des parcours classiques guidés par une logique médicale bien rôdée	531
• <i>Un choix tout médical entre traitement ambulatoire, hospitalisation et cure sanatoriale.....</i>	<i>531</i>
• <i>Un schéma médical qui se complique, vers la redéfinition de la cure sanatoriale ..</i>	<i>534</i>
2. Le chemin de croix : un manque de lits qui modifie des stratégies de patients	538
• <i>Des parcours peu cohérents déconnectés des théories médicales modernes.....</i>	<i>539</i>
• <i>Des patients qui attendent et des lits qui manquent : vers l'homogénéisation des lieux de soins ?.....</i>	<i>543</i>
3. Attendre la mort sur les bancs du dispensaire.....	546
• <i>Le dispensaire comme porte d'entrée du système de soins</i>	<i>547</i>
• <i>Le dispensaire une immense salle d'attente ?</i>	<i>549</i>
B. Du privé au public ou la convergence des réseaux de soins catalans	557
1. Des réseaux de soins juxtaposés ou complémentaires	560
• <i>Panorama de la prise en charge de la tuberculose à Barcelone</i>	<i>561</i>
• <i>Constituer un réseau interconnecté à partir des éléments existants, le défi des autorités publiques</i>	<i>570</i>
2. Des malades intégrés dans une structure de soins pyramidale dirigée par le public ?	573
• <i>Une évolution constatée vers le public au sein des lieux de soins</i>	<i>575</i>
• <i>Une structure pyramidale de soins, dirigée depuis le dispensaire</i>	<i>579</i>
• <i>Quelles autorités publiques ?.....</i>	<i>583</i>
3. Privé et public, deux logiques de soins qui évoluent vers le médical et s'interpénètrent	587
• <i>Vers des réseaux concurrents : l'action privée change de forme.....</i>	<i>588</i>
• <i>La fonction clinique confisquée par le privé ? Vers une nouvelle complémentarité.....</i>	<i>595</i>
C. Les réseaux des médecins, acteurs de la lutte antituberculeuse	600
1. Des logiques de réseaux plus ou moins indépendantes.....	601
• <i>Le maintien de logiques de réseaux indépendants de prise en charge</i>	<i>601</i>

•	<i>Des patients qui construisent leurs propres réseaux</i>	604
2.	Des réseaux personnels de médecins	609
•	<i>De nouvelles trajectoires basées sur les parcours des médecins ?</i>	609
•	<i>Des réseaux de médecins qui déterminent de nouveaux itinéraires pour les malades</i> 611	
3.	Des réseaux qui se rejoignent dans une logique médicale commune ?	614
CHAPITRE 7 : La tuberculose en chair et en os : le vécu de la maladie		621
A.	Vivre tuberculeux : entre évolution du patient et évolution des soins	623
1.	L'évolution du malade encadrée par les médecins	624
•	<i>De la quinte de toux à la cachexie : des étapes dans l'expérience collective de la maladie</i>	625
•	<i>Vivre l'encadrement thérapeutique omniprésent</i>	631
•	<i>Le devenir des malades</i>	636
2.	L'évolution des pratiques médicales et des traitements à travers l'expérience des malades	643
•	<i>Vers une médecine toujours plus moderne ?</i>	644
•	<i>Un mélange de pratiques guidées par l'exigence d'efficacité ou bien révélatrices d'un tâtonnement médical ?</i>	651
•	<i>Vers les facteurs exogènes de la prise en charge</i>	654
B.	De « Los pájaros atónitos » aux indisciplinés : les voix des tuberculeux	660
1.	La solitude vécue par les patients. L'expérience vécue de l'exclusion	661
•	<i>De l'ennui à la sensation d'abandon : l'expérience de la solitude</i>	662
•	<i>La souffrance faite chair et l'approche de la mort</i>	666
2.	Les indisciplinés	673
•	<i>« ¡A mí no me tocan! » De l'ignorance thérapeutique à la mise en place d'une sensibilité autonome de la santé</i>	674
•	<i>Le rejet de la discipline extrême de la lutte antituberculeuse</i>	682
3.	Les autres voix de la tuberculose	688
•	<i>La critique d'une structure de lutte antituberculeuse inefficace et avilissante</i>	690
•	<i>Le refus du microbe comme agent déclencheur : le capitalisme comme cause de la tuberculose</i>	695
CONCLUSION		702

CONCLUSION	705
SOURCES.....	719
BIBLIOGRAPHIE.....	733
INDEX DES NOMS	757
INDEX DES LIEUX	759
TABLE DES ILLUSTRATIONS	765
ANNEXES	771

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier ici toutes celles et ceux qui, durant mes six années de doctorat, m'ont entourée, conseillée, encouragée et soutenue. Ils et elles ont transformé cet exercice solitaire en une expérience collective et un travail d'équipe.

Mes remerciements vont en premier lieu à mes deux directeurs de thèses, José Luis Oyón et Jean-Luc Pinol, pour m'avoir prodigué de nombreux conseils et accompagnée dans toutes les étapes de la réalisation du travail. Leur écoute attentive mais aussi exigeante, leurs réponses à mes doutes, mais aussi leurs questions avisées, m'ont permis d'aller au bout de ce travail de recherche.

Quiero agradecer particularmente a Jorge Molero Mesa, profesor de historia de la Medicina en la Universitat Autònoma de Barcelona, por sus consejos, su enorme ayuda, así como por permitirme trabajar meses en la Unitat d'Historia de la Medicina de la UAB. Este trabajo de tesis le debe muchísimo.

Mis agradecimientos van también a todas las personas que me facilitaron el acceso a los archivos en Barcelona y en primer lugar a la doctora Neus Altet y Gómez de l'Unitat de Prevenició i Control de la Tuberculosis de Barcelona. Se interesó por mi tema y me facilitó el acceso a las tan buscadas y deseadas hojas de visita del antiguo dispensario central. Agradezco también la atención que prestó Alfons Zarzoso a mis investigaciones, así como la generosa ayuda de los distintos responsables de los archivos de la ciudad. Quiero tener una palabra más para expresar particularmente mi gratitud a los archivistas del « Dipòsit de prearxivatge del carrer Ciutat de Granada » que me acogieron tan amablemente durante varios meses.

Ma reconnaissance va également à Olivier Faure, Jordi Ibarz, Juan José Gallardo et Stéphane Frioux pour leur aide précieuse et leurs conseils avisés à différentes étapes du travail. Pour les réalisations cartographiques, j'ai eu besoin à maintes reprises de l'aide de spécialistes, je remercie donc José Maldonado, Charlotte Butez, Guillaume Fantino et Diego pour avoir eu la patience de m'expliquer encore et encore les rudiments des SIG.

Si la réalisation de la thèse est un travail d'équipe, c'est aussi parce que cette expérience est partagée par de nombreux doctorants. En ce sens, je pense aux doctorants rencontrés pendant ma thèse, qui commencent, finissent ou ont fini leur thèse : *los doctorandos y estudiantes de Historia de la Ciencia, Sara, Marc y Tania*, les doctorants du LARHRA et de TRIANGLE ou d'autres laboratoires, en particulier Fakhera, Shahnaz, Elshan, Adel, Dorna, Florent, Julie y *Laia*. Je les remercie pour leur aide à la réalisation de mon travail, mais aussi pour l'émulation intellectuelle qui est née de nos discussions et dont ce travail est en partie le fruit.

Je souhaite remercier particulièrement mes collègues doctorants et enseignants de l'IEP de Lyon, qui m'ont accompagnée pendant les dernières longues heures concluant la réalisation de ce travail de thèse. Martha, Josua, Thibault (de l'IEP), Isabelle, mes collègues d'espagnol et de la scolarité, ont su écouter mes doutes, mes angoisses et toujours me conseiller.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans l'immense contribution de Martha Gilson. Un grand merci pour sa relecture attentive, ses remarques toujours précises, son appui moral aussi, en espérant pouvoir lui rendre la pareille dans très peu de temps.

Enfin, je souhaite témoigner ma reconnaissance à mes amis « du Sud » et ma famille pour leur soutien pendant toutes ces années : à Mathieu, pour l'aide apportée au moment de la finalisation de la thèse ; à Lise, Cédric, Flo, Florent, Léo pour avoir répondu présent ; *a Sonia, José Luis, Vicky y Quim*, à Guillermo et Diego, à mes parents, pour la correction formelle mais aussi pour tout le reste, et bien sûr à Thibault (*el de mi casa*), pour son appui mais surtout pour sa patience.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMABBC : Archives municipales administratives de Barcelone, rue Bisbe Caçador.

AMABCG : Archives Municipales administratives de Barcelone, Dépôt de pré-archivage, Rue Ciutat de Granada.

AMABAP : Archives Municipales administratives de Barcelone, Archive de Population.

AHCCA : Archives Historiques de la ville, Casa de l'Ardiaca.

AH COAC: Archives Historiques du Collège d'architectes de Catalogne.

AHHCSP : Historique de l'Hôpital de la Santa Cruz et de San Pablo.

ANC : Archives Nationales de Catalogne.

BCG : Bacille de Calmette et Guérin.

CAP RSD : Centre d'attention prioritaire du Raval Sud, Drassanes.

CIAM : Congrès International d'Architecture Moderne.

CNT : Confédération Nationale du Travail.

ERC : « *Esquerra Republicana de Catalunya* ». Gauche Républicaine de Catalogne.

GATCPAC : « *Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per a la Realització de l'Arquitectura Contemporània* ». Groupe d'Architectes et Techniciens Catalans pour le Progrès de l'Architecture Contemporaine.

MHMC : Musée d'histoire de la médecine de Catalogne.

NOTES PRELIMINAIRES

- La tuberculose est considérée aujourd'hui comme une maladie infectieuse et contagieuse, provoquée par le bacille de Koch, unique agent infectieux. Ce microbe s'attaque plutôt aux poumons, mais peut aussi toucher d'autres organes. En ce sens la tuberculose prend plusieurs formes souvent regroupées en deux catégories, la tuberculose pulmonaire, ancienne phtisie, et les tuberculoses extra-pulmonaires. Dans ce travail de thèse, par « tuberculose » nous faisons référence à la forme pulmonaire avant tout, ainsi que la tuberculose laryngée qui peut être considérée comme son prolongement. Les autres formes de tuberculose, lorsqu'elles sont évoquées, sont précisées dans le texte.
- Afin d'éviter d'alourdir davantage le texte, nous choisissons de parler de « tuberculeux », plutôt que de « tuberculeu-x-es » pour identifier indifféremment les malades des deux sexes. Lorsque nous réalisons des études comparatives entre hommes et femmes, nous signalons clairement le sexe.
- Notre thèse s'appuie majoritairement sur des documents en catalan et en castillan. En fonction des époques, certains noms sont traduits en castillan ou à l'inverse en catalan. Nous conservons l'orthographe d'origine pour les institutions ou bien les noms des malades. Cependant, afin de faciliter la lecture, nous avons choisi d'uniformiser les noms des quartiers, des rues, ainsi que des principaux acteurs. C'est l'orthographe catalane qui est privilégiée la plupart du temps.
- La loi de protection des données personnelles interdit la divulgation des noms de patients. Dans la thèse, nous remplaçons tous les noms des malades par des « faux noms » respectant l'origine géographique.

INTRODUCTION

De l'étude d'un indicateur de misère urbaine à la recherche d'une identité multiple de la tuberculose

D'après les dernières données de l'Organisation Mondiale de la Santé, la tuberculose est l'une des maladies infectieuses les plus mortifères dans le monde à l'heure actuelle. En 2012, 8,6 millions de personnes ont contracté la maladie, la plupart dans les pays dits en voie de développement¹. Mais la tuberculose connaît aussi une recrudescence importante ces dernières années dans les capitales européennes. Ce mal du XIX^{ème} siècle et de la première moitié du XX^{ème} siècle que l'on croyait éradiqué depuis au moins trente ans concerne aujourd'hui près d'un demi-million de personnes en Europe². Si la tuberculose est fréquemment associée au sida, elle conserve néanmoins son titre de maladie des pauvres par excellence³. Dans le contexte de crise économique et sociale actuelle, les médecins et autorités publiques insistent en effet sur le fait qu'elle affecte avant tout les nouveaux immigrants qui se trouvent dans des situations de vie particulièrement précaires⁴. La tuberculose se conjugue dès lors avec une dégradation des conditions de vie dans les villes et met à jour des inégalités sociales « transcrites dans le biologique »⁵. En effet, pour Didier

¹ Voir le rapport 2013 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde de l'OMS.

² *Ibid.*

³ « La tuberculosis, la enfermedad de los pobres, se resiste a desaparecer de la próspera Europa » déclarent les journalistes Luis Doncel et Emilio de Benito dans leur article « Europa se enfrenta a un repunte de la tuberculosis », *El País*, le 20/08/2013.

⁴ BUJ, Antonio, « ¿La inmigración como riesgo epidemiológico? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000). » dans « Migración y cambio social, III Coloquio Internacional de Geocrítica », *Scripta Nova*, Universidad de Barcelona, 2001.

⁵ FASSIN, Didier (dir.), « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans LECLERC, A. (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte/INSERM, Paris, 2000, pp. 13-24. Cité dans DE KONINCK, Maria, FASSIN, Didier, « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », dans *Inégalités sociales de santé, Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2004, p. 6.

Fassin, la santé est un objet socialement construit, mouvant, mais qui devient aussi rapidement un « objet consensuel » permettant d'aborder les inégalités sociales¹. Sur ce point en particulier, il est possible de faire un parallèle avec la situation près d'un siècle plus tôt, alors que la tuberculose était déjà considérée comme un révélateur de misère sociale, en particulier dans les villes européennes. Cette prise en compte de la tuberculose comme un indicateur de « misère sociale et spatiale » est le point de départ de notre enquête historique. Ainsi, en juin 1937, les architectes du GATCPAC publient dans le n°25 de la revue *AC* un rapport sur l'état d'hygiène préoccupant du centre ancien de Barcelone². Pour rendre visible ce problème ils reproduisent aussi une enquête sociale du dispensaire central antituberculeux³. Aux côtés des photographies de Margaret Michaelis montrant les « intérieurs » du district V, cette enquête sociale donne à voir un état du logement particulièrement alarmant, densifié à l'extrême et insalubre. Par ailleurs, c'est en grande partie à partir de cette reproduction que les urbanistes et historiens de l'espace urbain barcelonais se sont penchés sur la question de la tuberculose. Cette maladie est considérée par les architectes catalans comme un révélateur de l'état de délabrement des logements ou des immeubles et elle est aussi un effet de l'extrême densité. En bref, là où il y a tuberculose il y a pauvreté, misère sociale comme spatiale.

Si notre sujet commence avec l'idée d'étudier un révélateur de misère urbaine, cela suppose dans un premier temps de reprendre les analyses des médecins, hygiénistes, architectes, autorités publiques ou autres acteurs des années 1930 et de s'intéresser de plus près aux éléments caractéristiques qui font de la maladie un mal à la fois social et spatial. Depuis la « révolution bactériologique », et la découverte du bacille de Koch en 1882, l'ancienne phtisie est désormais perçue comme une maladie contagieuse et infectieuse puisque provoquée par un unique agent, le microbe⁴. En ce sens, elle peut prendre différentes formes, la plus répandue étant la tuberculose pulmonaire, qui concerne la plupart des malades que nous nous proposons d'étudier ici. C'est le fait qu'elle se transmette par simple voie de proximité, puisque le bacille aime à se nicher dans les lieux sombres et insalubres qui, si l'on en croit les médecins de l'époque, permet de comprendre pourquoi elle est directement liée à l'insalubrité et à la

¹ *Ibid.*, p. 7.

² Revue *AC*, (*Documents d'Activitat Contemporània*), n°25, juin 1937. GATCPAC : « Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per a la Realització de l'Arquitectura Contemporània ».

³ Voir annexe 4.1.2.

⁴ DARMON, Pierre, *L'homme et les microbes, XVII-XXème siècle*, Fayard, Paris, 1999.

densité des quartiers, des immeubles, logements ou pièces¹. A cela s'ajoute l'importance des facteurs sociaux de la tuberculose, le fait qu'elle affecte les malades les plus démunis, ceux souffrant de mauvaise alimentation ou encore ayant un rythme de vie soutenu, avec un travail très physique, qui les pousse au bout de leurs limites. La tuberculose retranscrit dès lors les inégalités sociales et spatiales dans la ville tout en s'inscrivant elle aussi comme un facteur de cette dégradation constatée des conditions de vie. Grâce aux enquêtes sociales ou aux fiches de visite à domicile, la tuberculose apparaît aussi comme un bon moyen pour pénétrer dans les logements des barcelonais les moins aisés et d'approcher la pratique spatiale quotidienne des individus malades. En retraçant les histoires de vies des malades et leurs parcours médicaux par le bas, la tentation est grande de vouloir toucher la réalité vécue de la tuberculose pour savoir si ce qualificatif d'indicateur de misère sociale n'est pas vide de sens. D'emblée deux précautions s'imposent et encadrent l'enquête, voire limitent sa portée. D'abord, l'enquête ne prétend pas à l'exhaustivité, notre étude des malades se centre sur les moins aisés, bénéficiaires de l'aide sociale². Outre cette limite, le groupe de malades étudié est aussi construit et composé par les contraintes de l'intervention médicale spécifique, et en particulier les choix des médecins. Par conséquent, l'étude des patients et de leur vie est indissociable de leur inscription dans la structure de soin établie. La lutte antituberculeuse telle qu'elle est menée par les médecins et autorités barcelonaises détermine la vie des malades comme le simple fait qu'ils puissent être étudiés. L'aspect social et spatial de la tuberculose est plus généralement lié à la construction qu'en fait la littérature médicale de l'époque, qui évoque les conceptions modernes de la maladie. C'est parce que les médecins privilégient le microbe sur le terrain social, la contagion sur l'hérédité ou la prévention sur l'assistance, que la maladie et les malades apparaissent tels qu'ils sont dans notre enquête.

Cette construction de la tuberculose visible à travers les parcours des malades s'est peu à peu imposée comme un élément primordial dans notre recherche. Etudier cet aspect suppose donc un va et vient continu entre les différentes échelles, ce qui revient à aborder les malades depuis le haut et depuis le bas pour comprendre les mécanismes qui sous-tendent leur histoire à cette époque. La relation de cause à effet circulaire entre lutte antituberculeuse et expérience de vie du malade est notamment essentielle dans notre approche. Pour appréhender la vie des tuberculeux il est nécessaire de les inscrire dans les logiques de lutte mises en place à

¹ Sur ce point, voir AC, n°25, juin 1937, ainsi que les cours sur la tuberculose de Lluís Sayé et Josep María Barjau donnés à la faculté de médecine de l'Universitat de Barcelona et conservés par le GATCPAC. Fonds du GATCPAC, AH COAC.

² Voir plus loin le cadre empirique de l'enquête en fin de conclusion.

l'époque, de la même manière, le parcours des malades permet de redéfinir cette prise en charge. Mais en poussant plus loin, le fait d'étudier un révélateur suppose aussi effectivement de questionner le cadre normatif qui conduit à unifier des expériences autour d'un dénominateur commun. Sans aller aussi loin que l'histoire ou la sociologie des représentations le permettent¹, il suffira de dire que la tuberculose n'est pas une catégorie neutre ou objective mais qu'elle dépend des conceptions de l'époque et de l'évolution des théories médicales comme d'un imaginaire social². La définition de la tuberculose est multiple et mouvante, elle permet de catégoriser un collectif ou un individu comme tuberculeux et en cela de l'inscrire comme tel dans une représentation de la société. Cette approche plus critique du cadre normatif de l'objet d'étude nous permet de réfléchir sur les pratiques internes au groupe identifié comme tuberculeux et d'observer l'hétérogénéité au sein d'un collectif de malade uniquement unifié au travers du prisme des idées des médecins. Par ailleurs, questionner l'identité du malade ou du collectif tuberculeux suppose aussi observer sa relation avec le reste de la société et en particulier les autres catégories sociales construites, en identifiant les mécanismes d'exclusion et d'inclusion, grâce aux parcours de vie. D'une manière générale et en tenant compte des différents aspects qui construisent la notion de tuberculose, apparaît alors l'idée d'un groupe qui se distingue d'un collectif plus large de « pauvres » par la variable médicale³. C'est la perception de ce processus qui s'est peu à peu située au cœur de notre étude. Précisons que ce groupe de malades doit toujours être redéfini en prenant en compte les facteurs exogènes qui, à plusieurs échelles construisent une catégorie. Le cadre du sujet est donc posé : il s'agit de rechercher l'identité du tuberculeux et d'analyser sa situation dans un contexte temporel, spatial, social, déterminé. Pour ce faire, il faut prendre en compte les multiples acceptions de la tuberculose : mal social, microbe, individu souffrant ou encore structure de soins etc., et s'attacher à les comprendre comme des processus qui déterminent l'inscription du malade dans l'espace social barcelonais à cette époque.

¹ HERZLICH, Claudine, *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Mouton et co., Paris, 1969. Sur l'histoire des représentations voir l'introduction de Fanny Gallot, *Les ouvrières des années 1960 au très contemporain : pratiques et représentations*, thèse de doctorat d'histoire dirigée par ZANCARINI-FOURNEL, Michelle, Université Lumière Lyon 2 le 10 décembre 2012, pp. 26-28.

² GRELLET Isabelle, KRUSE Caroline, *Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme 1800-1940*, Ramsay, collection les Raisons du Corps, Paris, 1983.

³ Sur cette construction d'un nouveau critère médical ou social « morcelant » la pauvreté, voir FASSIN, Didier, "Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine", *Revue française de sociologie*, 1996, vol. 1, n° 37, pp. 37-75.

Une histoire de la vie quotidienne dans l'espace social barcelonais des années 1930

Ce travail entend apporter sa contribution au vaste chantier que constitue l'étude de l'espace social urbain barcelonais dans les années 1930. Depuis plus d'une trentaine d'années les historiens urbains barcelonais se sont attachés à analyser les processus qui sous-tendent l'évolution de l'espace urbain à l'échelle des individus comme des pratiques de la ville depuis la seconde moitié du XIX^{ème} siècle. L'extension spatiale de la capitale catalane, à partir du plan Cerdà de 1860¹, ainsi que l'accroissement de la population, ont provoqué des modifications visibles dans les manières d'occuper l'espace urbain pour les individus. Les historiens se sont attachés à décrire puis comprendre les évolutions internes de la ville, liées aux mobilités urbaines, telle que le déplacement des élites depuis le centre ancien vers l'ensanche central ou les quartiers aisés du Nord-Nord-Ouest par exemple². Mais l'explosion urbaine de la ville qui, en 1930, dépasse le million d'habitants, suppose aussi l'extension des zones de « barracas », et plus généralement l'augmentation de l'habitat informel dans la capitale catalane³. De manière générale, les quartiers anciens se densifient, les périphéries s'étendent, redéfinissant les contrastes dans la ville au-delà même des limites municipales⁴. De cette manière, les historiens de l'espace urbain montrent une occupation différenciée, soit une division sociale de l'espace urbain. Depuis les années 1980, mais encore plus intensivement depuis une dizaine d'années, l'étude de la répartition des « groupes sociaux » dans la ville s'est beaucoup centrée sur les années 1930, ce qui s'explique avant tout grâce à une source essentielle, celle du Padrón Municipal de Habitantes, recensement général très complet réalisé en 1930⁵. Dans son article sur l'immigration andalouse barcelonaise publié en 2001, Mercè Tatjer s'appuie principalement sur des données extraites de cette source qui permet d'entrer chez les individus⁶. En 2001 également, José Luis Oyón publie une étude plus

¹ Sur les ensanches comme pratique urbanistique voir COUDROY DE LILLE, Laurent, *L'Ensanche de población en Espagne : invention d'une pratique d'aménagement urbain*, Université Paris X Nanterre, 1994.

² Pour une présentation succincte sur ce point voir GUARDIA-BASSOLS, Manuel, MONCLÚS, Francisco Javier, OYÓN, José Luis (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, Salvat, Barcelona, 1992.

³ TATJER, Mercè, LARREA, Cristina, (dir.), *Barraques. La Barcelona informal del segle XX*, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, Institut de Cultura, Barcelone, 2010.

⁴ OYON, José Luis, GARCIA SOLER, Carme, « Las segundas periferias. 1918-1936 : una geografía preliminar », dans OYON, José Luis (dir.), *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras. 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998, pp. 47-84.

⁵ Padrón Municipal de Habitantes de 1930, AMAB CG.

⁶ TATJER, Mercè, « Las raíces de la inmigración andaluza en Cataluña : Barcelona 1930. » dans *Actas del tercer congreso de Historia catalano-andaluza, Cataluña y Andalucía, 1898-1939*, Barcelona, 2001.

systematique, basée sur un échantillon de 5% du Padrón de 1930, qui lui permet de présenter un atlas social de la ville, apportant ainsi une base visuelle et statistique importante afin de caractériser l'espace barcelonais d'un point de vue social¹. A l'heure d'observer l'inscription des tuberculeux dans la ville, ces études se sont révélées pour nous incontournables. Elles constituent en effet une base essentielle et un point de référence pour la réalisation de notre enquête. Notre démarche entre alors dans l'optique d'un savoir cumulatif, puisqu'il s'agit pour nous de replacer les tuberculeux dans ce cadre, mais aussi d'enrichir ce panorama social de la ville de Barcelone, en apportant une analyse spécifique sur le vécu urbain d'un groupe social barcelonais à cette époque.

Au delà de Barcelone, notre étude souhaite s'inscrire dans le cadre plus général de nombreux travaux historiques qui ont cherché à spatialiser les phénomènes sociaux. Annie Fourcaut dans l'introduction d'un ouvrage collectif intitulé *La ville divisée* décrit la ségrégation urbaine ou résidentielle comme « le constat d'un état de différenciation sociale inscrit dans l'espace urbain, voire l'analyse de ces mêmes structures spatiales »². Dans l'*Atlas des Parisiens de la Révolution à nos jours*, Maurice Garden et Jean Luc Pinol produisent de nombreuses cartes qui permettent de donner à voir l'évolution de l'espace social parisien³. Ces études cherchent surtout à dépasser la simple spatialisation des faits sociaux, et dans notre cas, l'étude de l'espace social barcelonais ne se limite pas non plus à situer géographiquement la maladie. Comme l'explique José Luis Oyón, l'étude de l'espace urbain n'est pas un simple support, il doit être aussi perçu comme un facteur, voire un acteur à part entière de l'évolution sociale et c'est dans cette logique que nous souhaitons nous inscrire⁴. Depuis James Dyos⁵, l'histoire urbaine s'est particulièrement intéressée aux interrelations entre social et spatial, l'espace social devenant un objet/sujet en soi, et non plus un simple calque : comme l'expliquent José Luis Oyón et Marta Serra Permanyer, c'est même parfois l'espace qui permet de comprendre

¹ OYON José-Luis, MALDONADO José, GRIFUL Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001.

² FOURCAUT, Annie (dir.), *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question, France XVIII-XXème siècles*, Creaphis, Grâne, 1996, p. 14.

³ PINOL, Jean-Luc, GARDEN, Maurice, *Atlas des Parisiens. De la Révolution à nos jours*, Parigramme, Paris, 2009

⁴ OYON, José Luis, « Historia urbana e Historia obrera : reflexiones sobre la vida obrera y su inscripción en el espacio urbano, 1900-1950 », *Perspectivas Urbanas* n°2, UPC, Barcelona, 2001, ou MONCLÚS Francisco Javier, OYON José Luis, « La aproximación espacial en la Historia urbana », *II Congrés d'Història Urbana del Plà de Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal d'Història, Ajuntament de Barcelona, 1990. Voir encore LEPETIT, Bernard, « La ville : cadre, objet, sujet », *Enquête*, n°4, 1996, pp. 11-34.

⁵ DYOS, James, *Victorian Suburb a Study of the Growth of Camberwell*, Leicester University Press, Londres, 1961.

un fait social voire une implication politique¹. Étudier l'espace comme un élément intrinsèquement imbriqué à la société suppose l'emprunt de nombreux concepts et notions de la géographie sociale, voire l'intégration de leur approche de l'espace à notre perspective historique². L'espace social tel que le définit la géographie sociale³ est bien le lieu qui voit une interpénétration des rapports sociaux et spatiaux et non pas un simple écran sur lequel se projettent les interactions sociales déconnectées de leur ancrage spatial⁴. En ce sens, l'espace social urbain permet de relever les inégalités sociales, en matière de santé pour nous par exemple, mais il en provoque également d'autres, phénomènes que la géographie sociale nomme « effets de lieux » en reprenant les concepts de Pierre Bourdieu⁵. En étudiant la ségrégation sociale et surtout résidentielle, François Madoré évoque sa démarche qui consiste à « observer à la fois la façon dont les acteurs sociaux participent à la structuration de l'espace urbain et les configurations socio-spatiales qui en résultent »⁶. Replacée dans un cadre historique, la phrase de François Madoré synthétise assez bien notre approche. Néanmoins, précisons que cette démarche est sans cesse interrompue par la considération que le rapport à l'espace, lorsqu'on évoque la tuberculose et les tuberculeux est orienté par les théories que les médecins projettent et ne peut être perçu qu'en terme de densité et d'insalubrité. La place de l'imaginaire social et des représentations, n'a pas été oubliée par les historiens et géographes de l'espace social. L'imaginaire est d'ailleurs parfois devenu un objet d'étude en soi⁷. Comme l'explique Guy Di Méo les effets de lieux peuvent être entendus comme les tensions entre deux « strates », les espaces objectif et subjectif ; ce qui nous oriente vers la nécessaire

¹ OYON, José Luis, SERRA PERMANYER, Marta, « Historia urbana : el espacio no es inocente », *Historia Contemporánea*, n°39, 2010, pp. 387-401.

² PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un historien sur la ségrégation sociale », *Ville-école-intégration Diversité*, n° 139, 2004, pp. 25-32. Voir également du même auteur « les historiens et les phénomènes de ségrégation » dans BRUN, Jacques, RHEIN, Catherine, (dir.), *La ségrégation dans la ville : concepts et mesures*, L'Harmattan, Paris, 1994, pp. 59-71.

³ DI MEO, Guy, *L'Homme, la Société, l'Espace*, Anthropos, Paris, 1991, 319 p. Du même auteur, « Une géographie sociale entre représentations et action », *Territoire, Montagnes méditerranéennes et développement territorial*, n° 23 (Numéro Spécial Représentation, Action, Territoire), 2008, pp. 13-21.

⁴ Catherine Selimanovski parle d'espace médium. SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, coll. Géographie Sociale, Presses Universitaires de Rennes, 2008, p. 79.

⁵ BOURDIEU, Pierre, (dir.), *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993, 954 p.

⁶ MADORE, François, *Ségrégation sociale et habitat*, coll. Géographie Sociale, Presses Universitaires de Rennes, 2004, p. 10.

⁷ A titre d'exemple en histoire sociale et culturelle des représentations : KALIFA, Dominique, *Les bas fonds : Histoire d'un imaginaire*, Seuil, Paris, 2013.

prise en compte de construction sociale ou mentale qui permet d'expliquer la répartition différentielle des malades dans la ville et l'impact de celle-ci sur leur vie quotidienne¹.

Ces précautions prises, cette « lecture des sociétés par leur espace »² permet d'étudier des histoires de vies, des parcours d'individus à travers leur inscription spatiale. Les travaux de José Luis Oyón sur l'espace social barcelonais mettent en avant des parcours d'individus et leur pratique quotidienne de la ville³. Il évoque ainsi les mobilités urbaines quotidiennes dans les années 1930, ou encore les relations de sociabilité, par exemple. Dans l'ouvrage collectif *Vida Obrera en la Barcelona de entreguerras*, les auteurs apportent des contributions variées permettant d'inscrire les ouvriers, en tant que groupe social dans la ville, mais aussi de déchiffrer leurs pratiques quotidiennes individuelles « vues d'en bas » au sens où l'entendait Michel de Certeau⁴. L'étude de la vie quotidienne des tuberculeux dans Barcelone est pour nous un moyen de compléter ce panorama socio-spatial de Barcelone des années 1930 en apportant une analyse sur leur vécu, les modes d'occupation des logements ou encore les caractéristiques familiales des individus liées généralement aux multiples prismes de la maladie. Plus encore, cela permet de se pencher sur des individus qui ne sont pas toujours des chefs de ménage et même quelques fois sur des femmes. Ce travail tente de s'insérer alors à côté des études qui prennent en compte les histoires de vies, le vécu quotidien, pour donner une signification sensible aux statistiques qui décrivent les grandes tendances de l'histoire sociale barcelonaise ou tuberculeuse. Ajoutons enfin que comme le montre José Luis Oyón dans *la Quiebra de la ciudad popular*, ce sont bien ces pratiques urbaines qui permettent d'apporter un éclairage nouveau et essentiel pour comprendre les revendications sociales très virulentes dans les années 1930 jusqu'à la révolution de 1936⁵. De la même manière, la vie quotidienne des tuberculeux, leur vécu de la maladie, permet de comprendre voire de redéfinir les pratiques de lutte antituberculeuse et leur impact, et d'approfondir la traditionnelle vision de la maladie affectant les catégories sociales les plus démunies.

¹ DI MEO, Guy, Une géographie sociale entre représentations et action », 2008, *art. cit.*, DI MEO, Guy, BULEON, Pascal, *L'espace social, lecture géographique des sociétés*, Armand Colin, Paris, 303 p.

² DI MEO, Guy, Une géographie sociale entre représentations et action », 2008, *art. cit.*

³ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008.

⁴ OYON José Luis (dir.), *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras. 1918-1936.*, 1998, *op. cit.* DE CERTEAU, Michel (dir.), *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire, tome 2 : Habiter, cuisiner*, Union générale d'éditions, Paris, 1980.

⁵ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

Histoire sociale, spatiale et médicale de la tuberculose

Pour les médecins des années 1930, comme pour les théories actuelles, la tuberculose est une affection humaine considérée comme du ressort du médical, bien qu'ayant des répercussions sociales voire spatiales. Les tuberculeux constituent dès lors une catégorie objectivée, unie par une même maladie. Au-delà de l'hétérogénéité constatée du collectif de malades, c'est la multiplicité des expériences des théories et des acteurs qui remettent en question une définition univoque de la maladie. La tuberculose en tant que savoir et expérience multiple dépasse le cadre d'une simple affection humaine neutre socialement mais mortifère que souhaitaient décrire les médecins de l'époque, elle est prétexte à la catégorisation d'individus. S'intéresser à cette maladie suppose prendre en compte à la fois les multiples strates qui la composent, les multiples acteurs et études qui s'en préoccupent et la construisent en tant que réalité vécue qui évolue dans le temps. C'est justement parce que la tuberculose est multiple et qu'elle apparaît dans de nombreux aspects de vie humaine qu'elle intéresse plusieurs historiographies. En tant que phénomène humain, les historiens se sont penchés sur son implication dans la société et sur l'espace pour comprendre l'évolution générale de la population ou encore l'amélioration des conditions d'hygiène. Ils ont également observé l'évolution de son traitement par les institutions, ou par les médecins, en faisant le lien avec les nouvelles théories, techniques ou pratiques de lutte contre la maladie. Notre travail se positionne comme une approche essentiellement monographique de la maladie dans le cadre urbain de la capitale catalane, s'échappant parfois hors des limites municipales pour se resituer dans un cadre plus large, ou compléter certains aspects liés aux problématiques spécifiques de l'étude. L'idée est d'apporter une contribution à une histoire de la tuberculose qui se situe au croisement entre ces différentes historiographies, afin de comprendre la maladie dans son ensemble. En outre, il s'agit de considérer et d'intégrer l'étude des théories médicales et sociales pour redéfinir l'approche spatiale de la maladie.

Tout d'abord, la tuberculose a intéressé de près les historiens qui travaillent sur l'état d'hygiène et la mortalité différentielle dans les villes. Dans l'*Histoire de l'Europe urbaine*, la maladie apparaît ainsi au côté des autres infections, en reprenant son rôle d'indicateur des mauvaises conditions de vie dans la ville¹. Elle s'intègre dans une étude comparative sur l'hygiène dans les grandes villes et la mortalité par maladies infectieuses. Dans cette optique, la tuberculose a été étudiée particulièrement dans le cadre de travaux de démographie

¹ PINOL, Jean-Luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003, pp. 80-96.

historique, qui se sont attachés à observer la tuberculose à travers les chiffres de morbidité mais surtout de mortalité¹. Cette étude approfondie de l'impact de la tuberculose sur les populations permet de prendre en compte les inégalités sociales et spatiales en matière de santé notamment, et ce d'autant plus que cette maladie est particulièrement liée aux différenciations sociales².

D'une manière générale, pour l'Europe les historiens font état d'un contraste entre espaces ruraux et urbains concernant cette maladie, de villes qui connaissent pour la plupart un déclin plus ou moins significatif de la mortalité tuberculeuse. Ce déclin est parfois rapporté aux politiques de lutte mises en place, qu'elles soient médicales ou sanitaires. Dans *l'histoire de l'Europe urbaine*, il apparaît que si l'Espagne est particulièrement affectée par les maladies digestives et infectieuses en général, la tuberculose semble épargner la capitale catalane, à l'inverse de la fièvre typhoïde par exemple³. De manière générale, les statistiques différentielles sur l'espace tendent à mettre en avant Barcelone comme une ville plus favorisée de ce point de vue, surtout si on la compare à Gérone, par exemple. Plusieurs explications peuvent être avancées, certaines citées par Jorge Molero Mesa reprenant les médecins eux-mêmes : Barcelone est une ville plus moderne, elle a mis en place des systèmes de lutte antituberculeuse efficaces et a fait des progrès sanitaires évidents, etc. Mais toutes ces explications font écho en réalité aux différentes conceptions de la maladie, et aux débats entre médecins sur les causes de la tuberculose. Etudier et comprendre ces facteurs qui permettent d'expliquer les écarts sociaux ou spatiaux concernant la morbidité et la mortalité tuberculeuse est le sujet de plusieurs études qui, se faisant, se situent au cœur des débats sur les causes de la maladie. Citons sur ce point un article désormais classique d'Alain Cottereau qui tente de démontrer pourquoi la tuberculose est en réalité une maladie de la fatigue du travail en délaissant le facteur environnemental mais aussi l'importance du microbe⁴. Cette étude se base sur l'analyse de données quantitatives, qui mettent en avant de toute évidence selon lui une inégalité sociale vis-à-vis de la tuberculose qui est surtout liée aux professions. De la

¹ Voir notamment les différents numéros dans les *Annales de Démographie Historique*, *Le déclin de la mortalité* (1989), *Morbidité, Mortalité, Santé* (1996), *Epidémies et populations* (1998), *ADH*, EHESS, Paris.

² « Ninguna otra enfermedad mostró más claramente la desigualdad existente entre las distintas clases sociales », MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse dirigée par RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Granada, 1989, p. 1.

³ PINOL, Jean-Luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, 2003, *op. cit.* pp. 93-96. Voir également sur situation de la santé publique en Espagne par rapport au reste de l'Europe : RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925 », *Rev. San Hig Pública*, n°68, 1994, pp. 11-28.

⁴ COTTEREAU, Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? », dans *Sociologie du travail*, n° 2, Seuil, Paris, 1978.

même manière mais avec une approche spatiale et plus globale, les historiens du « spatial turn » ont procédé à une analyse détaillée basées sur des données quantitatives relatives à plusieurs maladies afin de déterminer plus précisément l'impact spatial des épidémies au début du XX^{ème} siècle¹. Ils vérifient ainsi si les épidémies, dont la tuberculose, affectent bien primordialement les grandes villes industrielles ou cherchent à démontrer la traditionnelle contamination de la campagne par la ville. Citons encore le « Spatial History Project » lancé par l'université de Stanford qui met en relation décès par la fièvre jaune et décès par tuberculose à Rio de Janeiro en 1850, avec comme optique d'observer une correspondance des lieux². Cependant, il apparaît que ces démarches de spatialisation des décès, pour le moins intéressante pour nous, ne tiennent pas compte d'un certain nombre d'éléments, dont notamment la construction des données, et la pré-sélection des sources utilisées. Elles évincent également d'autres apports de l'histoire de la médecine, et du savoir médical sur la tuberculose. La fameuse peste blanche n'est en effet pas étudiée pour elle-même dans cette démarche, mais plutôt pour l'effet qu'elle produit au côté d'autres maladies infectieuses, épidémiques pour la plupart, et en cela les auteurs ne contemplent notamment pas, par exemple, le caractère endémique de cette maladie mis en avant par les historiens de la science³. Si notre approche souhaite s'inscrire dans cette continuité de l'étude de l'impact urbain de la maladie, il nous est apparu qu'en tenant compte de l'apport de l'historiographie de la médecine, l'étude des facteurs de la maladie ne pouvaient être comprise en dehors de leur signification dans le contexte médical de l'époque.

Il faut dès lors, comme des historiens de la médecine, réfléchir à une approche globale de la maladie, considérée comme un objet social et non pas un prétexte pour observer ses effets sur la société ou l'espace. Ici la tuberculose est, comme manifestation humaine en soi, un produit conjoint du savoir humain et de la société. Jean et René Dubos dans *The White Plague, Tuberculosis, Man and Society* contemplaient déjà en 1952 la notion de construction sociale de la maladie, tout comme Linda Bryder qui cherchait à prendre en compte une réalité sociale

¹ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, Cambridge University Press, « Cambridge studies in historical geography », Cambridge (GB), 1998, 469 p.

² SHANNON, Peter, STEINER, Erik, BERRY, Whitney, DELANEY, Ryan, SABETI, David, DATTA, Mithu, ALVES T.C, FRANK, Zephyr, « Yellow Fever Epidemic of 1850 : Scale, Time, and Space », projet réalisé dans le cadre de *The Spatial History Project*, Center for Spatial and Textual Analysis (CESTA), Stanford University, non daté. http://www.stanford.edu/group/spatialhistory/cgi-bin/site/viz.php?id=133&project_id=0.

³ BÁGUENA CERVELLERA, María-José, *La Tuberculosis i la seva història*, Fundació Uriach 1938, Barcelone, 1992.

de la maladie, composée de multiples strates et interprétations¹. Dans le contexte français, plusieurs historiens ont cherché à expliquer la construction de la maladie, comme maladie sociale depuis le XIX^{ème} siècle, citons à titre d'exemple l'ouvrage de David Barnes, *The Making of a Social Disease*². Au XIX^{ème} comme encore au début du XX^{ème} siècle, les débats font rage dans le monde médical pour distinguer facteurs environnementaux et sociaux de la maladie. A ces conceptions distinctes s'associent l'évocation des facteurs moraux de la maladie. Les débats sur les fondements de la tuberculose en Espagne ont été particulièrement bien évoqués par Jorge Molero Mesa dans sa thèse de doctorat soutenue en 1989, mais ils doivent se comprendre également dans le contexte européen puisque les médecins espagnols et barcelonais sont grandement influencés par les idées venues d'ailleurs et participent aussi à la construction d'une théorie hégémonique à échelle européenne³. Mais avec la découverte du microbe, dès lors considéré comme unique agent de la maladie, la lutte antituberculeuse devient théoriquement une guerre au bacille. Les historiens expliquent en détail les théories médicales qui déterminent les principes de la lutte antituberculeuse basées sur la prévention de la contagion notamment. Cependant, ces derniers se sont assez peu penchés sur les implications spatiales de cette théorie dans la répartition des tuberculeux dans la ville, ni sur l'importance croissante de l'espace dans la lutte. Nous tenterons dans notre travail de nous engouffrer dans cette brèche, en montrant comment cette nouvelle théorisation implique un nouveau rapport au lieu et à l'hygiène.

Enfin, cette approche globale de la maladie ne peut se passer d'une réflexion sur les patients, et l'un des principaux objectifs de notre thèse est d'étudier ces vies quotidiennes des patients, par le bas. Cette ambition est souvent présente dans les travaux historiques traitant de la maladie mais, dans un ouvrage de référence complet sur l'aspect social de la tuberculose en France au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle, Pierre Guillaume a montré la difficulté à prendre en compte le malade « tel qu'il est », étant donné le poids des représentations comme la construction de la maladie⁴. Le malade ne peut être perçu qu'en tant que patient ou assisté et en cela il est surtout défini au travers des caractéristiques sociales et morales que lui attribuent les

¹ DUBOS, René et Jean, *The White Plague, Tuberculosis, Man and Society*, Rutgers University Press, 1952. BRYDER, Linda, *Below the Magic Mountain : A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*, Oxford Historical Monographs, Oxford, 1988.

² BARNES, David, *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*, University of California Press, London, 1984.

³ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

⁴ GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986.

médecins et l’imaginaire social et médical. En ce sens, le tuberculeux tel qu’il est perçu à cette époque est devenu un pauvre souvent immoral, qui traîne les stigmates de la maladie tout au long de sa vie¹. Il est avant tout un objet et non un sujet, même si quelques tentatives d’auto-organisation de patients décrites dans l’historiographie permettent de nuancer cet état de fait². Au final, si nous souhaitons situer le malade dans la société, il faut, comme l’expliquent les historiens et sociologues travaillant sur d’autres groupes sociaux, questionner la construction d’une catégorie qui contribue au processus d’exclusion ou d’intégration de l’individu considéré³. Finalement l’étude des vies quotidiennes des malades permet surtout de redéfinir par le bas la lutte contre la maladie.

Une histoire de la lutte antituberculeuse à Barcelone « par le bas »

L’évolution de la lutte antituberculeuse à Barcelone, comme des conceptions qui la guident, a été beaucoup étudiée en Espagne. Notre travail s’attachera à comprendre cette évolution pour l’impact qu’elle a sur la catégorisation des malades, mais aussi à la compléter dans sa dimension spatiale et à ajouter des nuances en proposant une vision « par le bas » de la lutte effective.

L’histoire de la lutte contre la tuberculose se situe aussi à la croisée entre plusieurs sous-disciplines historiques. Plusieurs historiographies se sont en effet préoccupées de décrypter l’histoire de la lutte depuis les théories et les projets échafaudés par les médecins, hygiénistes ou autres acteurs publics ou privés, jusqu’aux réalisations effectives. Mais la lutte contre la tuberculose se situe dans le prolongement systématique de toute étude réalisée par les

¹ *Ibid.*

² Voir notamment les articles suivants : JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L’organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », *Gimbernat*, n°39, Barcelone, 2003, pp. 211-221, ARMUS, Diego, « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », dans ARMUS, Diego (dir.), *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Lugar Ed, Buenos Aires, 2005, pp. 65-74, BOUSSEYROUX, Pascal, « Des malades de Berck aux enseignes d’Auxilia », dans GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l’exclusion en France au XX^{ème} siècle*, 2012, Actes des journées d’études du laboratoire ICT (Université Paris 7) des 12 et 13 mai 2011, L’Harmattan, Paris, 2012, pp. 95-119.

³ *Ibid.*, ou encore MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « (Des)legitimando jerarquías sociales, profesionales y cognitivas. Conocimiento y prácticas científicas en los procesos de inclusión-exclusión », *Dynamis*, Vol n°33, 1, 2013, pp. 13-17.

historiens de la médecine sur cette maladie. Précisons que la pratique de la lutte antituberculeuse avec notamment ses résultats effectifs justifie en grande partie le cadre temporel et spatial de notre enquête. En effet, le début du XX^{ème} siècle est une époque charnière en Europe : la théorie médicale évolue depuis la découverte du microbe, jusqu'à l'avènement des antibiotiques en 1948, un événement qui supposera un bouleversement théorique sans nom, sans toutefois signifier la fin de l'importance de la maladie dans la société¹. Pendant ces années, les médecins qui reconnaissent pourtant le microbe comme unique agent infectieux de la maladie n'ont alors aucun moyen de « guérir » médicalement la tuberculose. Leur action se centre sur la prévention, la guerre au bacille, puis sur le vaccin du BCG, avec comme objectif d'éviter la contagion, voire de détruire le germe si cela est possible. Les historiens de la médecine ont expliqué en détail comment se met en place la guerre au crachat mais s'ils ont évoqué les lieux qui préoccupent les médecins, ils n'ont pas doublé cette description d'une étude précise centrée sur les aspects spatiaux de la lutte, en dehors de quelques apports sur l'architecture spécifique des hôpitaux le plus souvent réalisées par des historiens de l'architecture². Pourtant, la lutte antituberculeuse, telle qu'elle est imaginée et parfois menée à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, est éminemment spatialisée, voire même directement spatiale³. Si l'histoire de l'hygiène qui rend compte des réformes mises en place ou planifiées pour assainir l'espace a intégré la tuberculose à son propos, celle-ci n'a que rarement considéré la maladie comme un objet en soi, puisqu'elle s'est centrée sur la santé publique de manière générale⁴. La dimension spatiale de la lutte contre la tuberculose a tout de même été prise en compte spécifiquement par Yankel Fijalkow, historien urbaniste pour le cas parisien⁵. L'auteur s'est penché sur la caractérisation puis la construction des îlots insalubres, à partir du casier sanitaire des maisons de Paris dans

¹ GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1986, *op. cit.*

² Voir à titre d'exemple : MARTINEZ MEDINA, Andrés, « Del hospital al balneario : arquitecturas para tratar y prevenir las enfermedades », dans ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia, PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU-MESTRE, Josep (dir.) *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians : una perspectiva històrica*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Sant Vicent del Raspeig, 2012. pp. 57-104.

³ Nous expliquerons la différence que nous faisons entre lutte spatiale médicalisée et lutte médicale spatialisée dans la première partie de la thèse.

⁴ BOURDELAIS Patrice (dir.), *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII^{ème}-XX^{ème} siècle)*, Belin, Paris, 2001. Sur Barcelone : ROCA ROSELL, Antoni (dir.), *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 1991.

⁵ FIJALKOW Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, L'Harmattan collection habitat et société, Paris, 1997, 274 p. Voir également du même auteur : « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », dans *Morbidité, Mortalité, Santé, ADH*, EHESS, Paris, 1996.

les années 1850-1945. C'est bien à partir des chiffres de la mortalité tuberculeuse, et de la « territorialisation du risque » tuberculeux que les pouvoirs publics ont mis en place un « cordon sanitaire » afin d'éviter la contagion. Ce travail met en avant le fait que la lutte contre la maladie passe par l'espace, néanmoins, il permet surtout de mettre en avant la tuberculose comme un moyen de catégoriser la ville, et ce n'est pas le propos de l'auteur d'insister particulièrement sur l'impact des théories médicales pour comprendre cette démarche des acteurs de l'époque ni sur l'évolution de la prise en charge des patients.

Si à cette époque les médecins n'ont pas trouvé le moyen de guérir la maladie en éliminant le microbe, il n'en demeure pas moins que la mortalité tuberculeuse connaît une décroissance importante dans la plupart des villes européennes. Dans ce contexte, le cas de Barcelone semble même exceptionnel. Dans les années 1930, les médecins font état d'un déclin très important des taux de mortalité dans la capitale catalane, en particulier si on les compare au reste de l'Espagne¹. Ils avancent surtout deux types de facteurs pour comprendre cette « victoire » partielle sur le microbe, d'abord l'état d'hygiène de la ville qui se serait grandement amélioré depuis quelques années², ensuite la mise en place d'une structure préventive comme de prise en charge médicale efficace. S'ils ont laissé de côté l'impact spatial de la lutte, les historiens de la médecine se sont intéressés de près à cette évolution pensée ou réalisée de la lutte antituberculeuse qui se décline en deux aspects distincts, la prévention et l'assistance des patients. Comme l'a expliqué Jorge Molero Mesa, la prévention antituberculeuse reste l'aspect primordial à une époque où les médecins ne peuvent proposer une réponse médicale systématique au problème de l'infection, alors même que toute l'attention est uniquement focalisée sur le microbe. De manière générale, l'enjeu à l'époque pour les médecins et les autorités publiques est de mettre en place un système de lutte efficace, ce qui suppose pour eux une organisation rationnelle, moderne et par conséquent une lutte médicale au lieu d'être sociale. Cette évolution vers une médicalisation de la tuberculose a été beaucoup mise en avant par les historiens issus du monde médical qui ont souvent été tentés de considérer cette évolution comme objective, intrinsèquement moderne et positive³. Cette apparente médicalisation de la lutte dans les discours, décrite également par Jorge Molero Mesa pour l'Espagne, s'intègre dans un contexte européen plus général qui voudrait

¹ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

² Nous reviendrons dans un premier chapitre sur ce point.

³ Voir notamment : CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, Fundació Hospital de L'Esperit Sant, Barcelone, 1993, CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, Hacer Historial, Barcelone, 1999.

voir au début du XX^{ème} siècle une prise en compte toujours plus médicale et rationnelle des questions de santé ; ainsi Yannick Marec évoque la médicalisation croissante des hôpitaux à Rouen¹. Cette évolution s'associe à celle qui sacralise le passage d'une prise en charge sociale dépendante de la charité et de la philanthropie à un système rationalisé géré par les pouvoirs publics². Cependant, l'étude détaillée de la prise en charge faite par Jorge Molero Mesa ou les quelques études monographiques disponibles nuancent déjà ces évolutions³, comme le font aussi les nombreux travaux qui se sont préoccupés de l'histoire de l'assistance sociale ou médicale en Europe⁴.

Quoi qu'il en soit, cette époque se caractérise par une préoccupation croissante pour la tuberculose et pour sa prise en charge, des médecins comme des pouvoirs publics en Europe et en Espagne. Au début du XX^{ème} siècle se multiplient les études statistiques visant à connaître l'étendue des problèmes de mortalité infectieuse et notamment tuberculeuse⁵. D'après Esteban Rodríguez Ocaña, sous le dictature de Primo de Rivera entre 1923 et 1930 commence à se mettre en place un système visant à rattraper le retard sanitaire accumulé par le pays⁶. Dans ce contexte, la pertinence du cadre spatial et temporel de l'étude se trouve renforcée. En effet, de manière générale la prise en compte de la santé publique en Catalogne prend un nouveau tournant en 1919 avec la création de la Mancomunitat de Catalunya, puis à nouveau en 1931 lorsqu'après la dictature de Primo de Rivera, celle-ci est rétablie sous le nom de Generalitat de Catalunya. Un certain nombre de compétences concernant la santé publique ou encore la bienfaisance sociale qui étaient autrefois du ressort des Diputaciones Provinciales se retrouvent à présent gérées à l'échelle de la communauté autonome. Plusieurs thèses de doctorat d'histoire se sont attachées à décrypter l'histoire institutionnelle de cette

¹ MAREC, Yannick, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, La Documentation française/Association pour l'étude de la l'histoire de la Sécurité sociale, 2 tomes, Paris, 2002, 1362 p.

² Sur ce point, voir les éléments historiographiques cités dans le chapitre 6.

³ MOLERO MESA, Jorge, « « ¡Dinero para la Cruz de la vida! » Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. », *Historia Social*, n° 39, 2001, pp.31-48. PEREIRA POZA, Antonio, *La Paciencia al sol, Historia social de la tuberculosis en Galicia (1900-1950)*, ed. del Castro, Historia, La Corogne, 1999.

⁴ A titre d'exemple : GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, Paris, Les Editions Ouvrières, 1992, 337 p., BEC, Colette, *L'assistance en démocratie, Les politiques assistantielles dans la France des XIXe et XXe siècles*, Belin, Paris, 1998, 254 p.

⁵ BERNABEU MESTRE, Josep, « Estadísticas y salud pública: el argumento del método numérico. », *Gaseta Sanitaria*, vol. 21, n°5, Barcelone, 2007, pp. 416-417.

⁶ RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La asistencia médica colectiva en España hasta 1936 », dans *Historia de la acción social pública en España. Beneficiencia y previsión*, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, pp. 321-359. RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925 », 1994, *op. cit.*

prise en charge, et ont principalement inscrit cette démarche dans un cadre plus global et politique, soit celui d'un gouvernement autonome catalan¹. En ce qui concerne la tuberculose, nous apporterons l'hypothèse que d'autres raisons peuvent être également avancées pour comprendre cette volonté d'indépendance concernant la gestion de la lutte vis-à-vis de Madrid. Le fait est que se met en place une structure de lutte spécifique pour la tuberculose au sein d'un système plus global d'assistance, qui associe prévention et assistance aux tuberculeux. Jorge Molero Mesa, en évoquant dans sa conclusion l'organisation de la lutte antituberculeuse en Espagne au début du XX^{ème} siècle, avance le rôle pionnier de la Catalogne. Cependant, il constate le fort centralisme de Madrid à échelle espagnole comme celui de Barcelone à échelle catalane.² L'attention des pouvoirs publics se concentre surtout sur la capitale catalane, ce qui s'illustre selon lui par les contrastes en matière de lits disponibles par exemple. Effectivement, c'est par Barcelone que le Service d'assistance sociale aux tuberculeux de la Generalitat³ commence pour tenter de structurer et coordonner la lutte. De la même manière, c'est par Barcelone que le vaccin du BCG, considéré comme la dernière innovation en matière de prévention médicale, entre en Espagne⁴. Si la structure du réseau de soin catalan et barcelonais pour la tuberculose n'a pas fait l'objet d'une étude spécifique, celle-ci est largement observée dans les trois thèses précédemment citées. Carles Hervàs Puyal évoque ainsi l'action particulière de Lluís Sayé, et la volonté de créer un réseau qui coordonne les différentes initiatives publiques et privées en matière de lutte antituberculeuse⁵. Cependant, ces auteurs ont étudié le cadre d'application, la mise en place légale par le haut, c'est-à-dire du point de vue institutionnel. Qu'en est-il de la réalité vécue par les patients et les médecins chaque jour ? Un objectif de notre étude est de compléter cette vision de la lutte antituberculeuse par une approche par le bas, afin d'observer la pratique de la lutte par les « petites mains » ou acteurs directs de la lutte. Cette démarche fait apparaître

¹ SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993. GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, thèse dirigée par FRADERA BARCELÓ, Josep Maria, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història "Jaume Vicens Vives", Barcelone, 2002. HERVÁS I PUYAL Carles *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDÈVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004.

² MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, pp. 483-484.

³ « Servei d'assistència social dels tuberculosos », CAP RSD.

⁴ BÀGUENA CERVELLERA, María José, « Cent anys de lluita antituberculosa a Barcelona », dans ROCA ROSELL, Antoni, *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, 1991, *op. cit.*

⁵ HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*

notamment des dissensions non visibles à une échelle moins précise et montre une réalité plus complexe encore. Par ailleurs, les parcours des malades en disent long sur les critères de sélection et d'assistance. Leur vécu au sein du réseau ou des établissements de soins confirme, nuance ou remet en cause cette structure rationalisée que veulent mettre en place les autorités. Sur ce point, notre étude s'inscrit dans un contexte historiographique plus large¹ et s'inspire notamment du travail réalisé par Dominique Dessertine et Olivier Faure dans un ouvrage sur les populations hospitalisées à Lyon, où une étude sur les individus hospitalisés leur permet non seulement de dégager des informations concernant ces malades, mais encore de proposer une redéfinition de ce que représente l'hôpital, tout en réintégrant le malade hospitalisé dans le collectif social².

Sources et méthodes pour l'enquête

Cette étude s'appuie sur un corpus de sources diversifiées qu'il s'agit de croiser sans cesse, afin de rendre compte des interrelations entre les différentes strates qui composent la réalité de la tuberculose et l'inscrivent dans l'espace social.

Un premier type de sources regroupe toutes les données disponibles sur les discours des acteurs de l'époque permettant de comprendre les théories médicales et leur mise en pratique dans la ville. La littérature médicale en particulier représente un corpus important mais non exhaustif pour notre enquête et sort largement du cadre géographique barcelonais et temporel des années 1930 afin de prendre en compte l'inscription des théories dans un contexte plus large, espagnol comme européen, et d'observer leur évolution depuis les années 1850 jusqu'au « premier franquisme »³. Il s'agit à la fois d'articles scientifiques, publiés dans des revues à destination des professionnels, comme de petits ouvrages de divulgation populaire par exemple. A cela s'ajoutent des articles ou ouvrages de spécialistes non phtisiologues qui se

¹ Voir le paragraphe « Prosopographie et institutions » dans l'article LEMERCIER, Claire, PICARD, Emmanuelle, « Quelle approche prosopographique ? » dans ROLLET, Laurent, NABONNAND, Philippe (dir.), *Les uns et les autres... Biographies et prosopographies en histoire des sciences*, Presses Universitaires de Nancy, 2012, disponible sur HAL-SHS, pp. 6-14.

² DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.

³ Une grande partie de cette documentation nous a été fournie par Jorge Molero Mesa, professeur d'Histoire de la Sciences à la Faculté de médecine de l'Université Autonome de Barcelone.

sont intéressés aux questions d'hygiène en ville, ou plus généralement sur les conditions de vie des « plus démunis ». De manière plus marginale, un certain nombre de documents non publiés qui complètent ce corpus ont aussi été retrouvés dans les archives personnelles des médecins, du dispensaire central de la Generalitat, ou encore dans le fond du GATCPAC par exemple¹. Nous avons enfin consulté un certain nombre de journaux d'époque, afin d'observer le traitement différentiel des informations médicales, et connaître le point de vue de différents acteurs non médecins. Ces journaux n'ont pas fait non plus l'objet d'un dépouillement systématique, mais ont été consultés de manière ponctuelle, pour préciser des points concrets, et notamment observer les désaccords qui ont trait à la structure de soins telle qu'on tend à l'établir. Les informations recueillies par ces différents biais ont permis de retracer les grandes lignes des théories et des pratiques de la tuberculose mais elles servent aussi à établir un cadre d'étude afin de resituer et de comprendre un autre corpus de données touchant plus directement aux malades.

L'autre type de sources utilisées concerne les données extraites à partir des archives de différents lieux de soins, et permettent en théorie d'approcher directement les malades. Ces sources principales, dont le dépouillement a, lui, été systématique, correspondent aux trois types d'établissements antituberculeux de l'époque : le dispensaire, l'hôpital et le sanatorium. Cela permet d'obtenir des informations sur des tuberculeux soignés à domicile avec les quelques fiches de visites du dispensaire de Radas entre 1921 et 1936², et surtout par les 35 listes de dons faits aux tuberculeux pauvres par les auditeurs de la Catalunya Radio entre 1931 et 1935, qui permettent d'avoir les adresses de 1386 malades³. Les tuberculeux hospitalisés peuvent être étudiés au travers des fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau disponibles pour la période 1929-1973, mais qui n'ont été étudiées de manière systématique que jusqu'en fin 1936, la guerre supposant un certain bouleversement au sein de ce lieu de soin⁴. En ce qui concerne les malades internés au sanatorium, un aperçu est possible à partir des registres d'entrées du sanatorium de l'Esperit Sant en fonction entre 1929 et 1964, consultés jusqu'en 1936 également⁵. Immédiatement, nous voyons que la présentation de ces

¹ Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC., Fonds du GATCPAC, AH COAC. Ou encore, Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, du docteur Conrad Xalabarder Puig et du docteur Joan Freixas, MHMC.

² Ancien fonds du dispensaire central de Radas, CAP RSD. Nous avons pu y avoir accès grâce à l'aimable collaboration de la D^{ra} Neus Altet Gomez.

³ Revue Catalunya Radio, AHC CA.

⁴ Fonds de l'hôpital de *la Santa Creu i Sant Pau*, ANC.

⁵ Registres d'entrées de « Hospital-Sanatori de l'Esperit Sant », MHMC. Pour une présentation plus complète des sources utilisées, voir chapitre 1.

sources restreint le champ des possibles et par conséquent le cadre de l'enquête. Si nous excluons les listes de dons de Catalunya Radio, les sources donnent à voir des tuberculeux dans des établissements financés en grande partie par les pouvoirs publics et qui accueillent dans l'immense majorité des personnes aidées, soit ayant un certificat d'indigence, soit bénéficiant de la charité publique ou privée¹. Dans tous les cas, ces données ne permettent pas de rendre compte ni de l'ensemble de la population tuberculeuse, ni de la totalité des tuberculeux aidés, mais elles permettent néanmoins d'approcher près de 5000 malades et d'en suivre plusieurs d'un bout à l'autre de leur parcours dans un réseau de soin défini. Ce corpus conséquent est parfois complété par des données issues d'autres structures, au gré des hasards de l'enquête et en suivant parfois la démarche des acteurs. De cette manière, l'enquête s'étend au-delà du cadre géographique et temporel afin de suivre le parcours du patient, ou de le replacer dans une perspective plus générale. Pour compléter les diverses données disponibles sur les malades et les inscrire dans le contexte spatial et barcelonais déjà défriché, nous réalisons un appariement des données avec le Padrón Municipal de Habitantes de 1930². Cette opération permet d'obtenir d'avantage d'informations sur les patients, de suivre leurs parcours dans la ville, tout en les comparant avec les résultats sur la ville dans le cadre d'autres enquêtes évoquées plus haut. En dehors des limites liées à la construction des sources par les médecins, celles liées à la constitution même du corpus, il faut encore préciser deux autres difficultés méthodologiques pour pouvoir prétendre à étudier les patients. D'abord, les sources « de première main » se présentent sous des formes variées et sont par conséquent difficiles à étudier conjointement. Mais, l'opération d'appariement des sources avec le Padrón de 1930, si elle permet d'apporter une certaine homogénéisation, pêche justement par l'excès inverse, en ajoutant un prisme supplémentaire et en obligeant à prendre en compte les malades selon des catégories préétablies. L'utilisation de cette source montre comment la sociologie des représentations se trouve inhérente à notre propos et est incontournable.

L'exploitation des données fait le choix de mêler approche quantitative et qualitative afin d'étudier les malades tout en prenant en compte les discours tenus sur eux comme élément constitutif de la catégorie. Suivant une démarche méthodologique prosopographique³, cela suppose d'isoler à la fois des parcours de tuberculeux et de les mettre en relation avec la production de statistiques plus globales sur les variables codifiées. Ce second aspect du

¹ HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, p. 18.

² Padrón Municipal de Habitantes de 1930, AMAB CG.

³ LEMERCIER, Claire, PICARD, Emmanuelle, « Quelle approche prosopographique? », *art. cit.*, pp. 1-25.

traitement des sources a nécessité la mise en relation des données statistiques sur les patients avec les données disponibles sur la ville, et en particulier celles produites par José Luis Oyón sur le même espace et à la même époque¹. Le choix des normes utilisées pour la codification des données est en grande partie déterminé par cette exigence comparative mais notre étude ne fait pas pour autant l'économie d'une réflexion parallèle sur le découpage social et spatial des catégories et leur légitimité pour notre sujet². La mise en relation des sources, et la comparaison des variables entre elles, pour étoffer la description et l'analyse des groupes de malades a également rendu possible la reconstitution des parcours de malades, comme dans une certaine mesure les réseaux de soins³. L'utilisation du logiciel de base de données Filemaker Pro a permis de faciliter cette étape du travail. Si l'analyse des réseaux d'acteurs n'a pas été réalisée de manière systématique compte tenu du peu d'informations disponibles dans les sources, la prise en compte de la dimension spatiale, à partir des adresses des patients a constitué l'approche technique la plus longue puisque l'inscription spatiale est la base première considérée pour appréhender le quotidien du malade et sa pratique de la ville. Le géocodage des adresses a été réalisé sur le logiciel ARC GIS et permis grâce à l'obtention du fichier de point adresse fournis par la Municipalité de Barcelone et aujourd'hui disponible sur le Géoportail de la ville. L'analyse spatiale et la cartographie des résultats ont également été réalisées sur le logiciel en réemployant notamment les cartes vectorisées des quartiers de la ville des précédentes études sur la ville, et en variant les échelles grâce à l'utilisation de fonds de cartes historiques de l'Institut Cartogràfic de Catalunya.

¹ Voir l'explication détaillée sur la construction d'une typologie générale prenant en compte 43 variables pour catégoriser l'espace social barcelonais dans OYÓN José-Luis, MALDONADO José, GRIFUL Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, pp. 151-171.

² Voir les difficultés qui découlent de toute tentative du « découpage social » de l'espace évoquées par Annie Fourcaut dans *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question, France XVIII-XXème siècles*, 1996, *op. cit.*, p. 14.

³ Pour une méthodologie sur l'analyse systématique des réseaux en histoire : LEMERCIER, Claire, « Analyse de réseaux et histoire », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°52-2, 2005, pp. 88-112.

La tuberculose dans l'espace social barcelonais entre 1929 et 1936

Le cadre chronologique et géographique du sujet ayant largement été évoqué plus haut, nous souhaitons simplement rappeler que l'époque choisie est délimitée par l'Exposition Universelle de 1929, prétexte à de nombreuses modifications urbaines et par le déclenchement de la Guerre civile et de la Révolution sociale en 1936. Ces dates fixées correspondent surtout à la mise en place d'une structure de lutte antituberculeuse et à des prises de positions de la part des pouvoirs publics catalans sur les questions de santé publique. La période étudiée ne se caractérise pas par une unité politique mais par une profusion des idées sur la ville de Barcelone qui intègrent le thème de la tuberculose dans les revendications sociales. Précisons encore que ce cadre n'est pas rigide et les limites chronologiques et spatiales de l'étude se déplaceront selon les besoins de l'enquête et de la démonstration.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, appréhender la réalité, vécue, perçue et construite de la tuberculose suppose de comprendre la maladie comme un phénomène social multiple et de prendre en compte les mécanismes qui permettent aux différents aspects et échelles d'étude de s'imbriquer pour donner un sens à cette « entité tuberculeuse ». L'objectif général de la thèse est de situer la tuberculose dans l'espace social barcelonais à cette époque, entre construction de la catégorie, multiples définitions et en apportant une réflexion particulière sur les acteurs qui créent ces définitions et font évoluer les concepts et pratiques. Pour ce faire, notre étude oscille sans cesse entre deux échelles de perception : les institutions et les tuberculeux, et cherche à comprendre les mécanismes d'imbrication de ces deux aspects de la question.

A partir de ce point, d'autres problématiques plus précises peuvent être amenées concernant chacun de ces aspects, en prenant en compte les apports de l'un sur l'autre. Concernant l'étude la lutte antituberculeuse, nous interrogeons le passage entre prise en charge sociale et médicale, en tentant de montrer pourquoi cette volonté de prise en charge, surtout médicale, se révèle être éminemment spatiale, et cela à différentes échelles. Pour le dire autrement, il s'agit de réfléchir aux processus qui impliquent que l'espace social de la tuberculose se situe au cœur des tensions entre médical et social. Mais l'espace est à la fois le cadre signifiant des interactions sociales et une pratique du quotidien du malade. S'attachant au tuberculeux, il s'agit d'interroger sa situation dans l'espace social barcelonais et de montrer comment il

s'inscrit ou est inscrit dans une « zone sociale » particulière, ouvrière, vulnérable ou exclue¹. Plus précisément, nous réfléchissons aux mécanismes qui expliquent que la tuberculose participe à la fragilisation du statut social du malade. Avoir une lecture spatiale du parcours de vie du tuberculeux en prenant en compte les différents lieux qu'il traverse durant sa vie permet de comprendre et de redéfinir son inscription au sein d'un ou de plusieurs collectifs, ou bien de l'espace social dans son ensemble. Il y a d'abord l'espace physique associé à la vie quotidienne du malade, le logement surtout, puis les lieux imaginaires ou dépourvus de coordonnées spatiales : l'atelier, l'usine, le café, etc. Plus tard, arrivent le dispensaire et l'hôpital, qui supposent une nouvelle intégration dans l'espace social mais ne sont peut être pas toujours une rupture brusque avec le passé.

En maintenant imbriquées différentes échelles d'interprétation de la maladie, le plan de ce travail suit justement trois lieux dans lesquels s'inscrit le malade et par lui la tuberculose. Chaque partie correspond à trois situations différentes de la tuberculose dans l'espace social barcelonais entre 1929 et 1936, qui sont également liées à trois interprétations distinctes de ce qu'est la maladie.

La première partie s'attache à situer le microbe dans la ville à différentes échelles. En effet, observer les espaces les plus touchés par la maladie suppose de prendre en compte la tuberculose uniquement au travers de l'agent contaminant. En entremêlant notre propre spatialisation des cas avec les discours produits et les théories spatiales de la maladie, il s'agit de comprendre les interrelations entre le microbe et l'espace barcelonais. A l'échelle de la ville et des quartiers, cela suppose à la fois d'appréhender le lien construit entre la maladie, l'insalubrité et la densité et d'analyser les processus scientifiques qui font de la tuberculose une maladie des villes (Chapitre 1). Passer à une échelle plus précise, au niveau de l'habitat, nous permet ensuite d'affiner cette étude sur les inégalités spatiales produites par l'implantation différentielle de la maladie et de décrypter les logiques qui inscrivent le microbe dans les logements (Chapitre 2).

La seconde partie cherche à situer l'individu malade dans l'espace social. Dépassant la simple acception de la tuberculose comme microbe, il s'agit de parler d'histoire de la vie quotidienne

¹ Pour un point plus précis sur ces concepts voir chapitre 5. La notion de « zone sociale » est ici empruntée et adaptée de Robert Castel qui parlait notamment de « zone de vulnérabilité ». CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherches sociologiques*, n°22, 1994, pp. 11-25.

mais en excluant l'expérience vécue de la maladie, c'est-à-dire en s'intéressant à la situation de l'individu avant d'être malade. Cela revient à prendre en compte la tuberculose comme une maladie sociale, un révélateur de précarité sociale et à considérer les discours sur les facteurs sociaux de la maladie. Il faut alors se demander qui est le malade et comment il s'inscrit dans la société. Cela implique d'interroger différentes catégories du social pour observer dans quelle mesure il s'intègre dans l'une ou bien à la croisée de plusieurs d'entre elles. Le rapprochement fait par les médecins de l'époque entre tuberculeux et ouvriers nous amène à réfléchir en premier lieu à la situation du malade par rapport à une « ville ouvrière » ou à un type de profession (Chapitre 3). Puis, une redéfinition du logement, ici considéré en tant qu'espace vécu quotidien par le malade, permet d'approcher une part du quotidien souvent difficile de l'individu. Il s'agit dès lors de se demander si cette pratique de la ville n'est pas un nouvel aperçu de la précarité sociale. Mais plus qu'un simple révélateur, cette précarité spatiale visible peut aussi être considérée comme un élément aggravant le quotidien, situant le malade dans une zone sociale exclue (Chapitre 4). Enfin, cette recherche sur la vie quotidienne du (futur) malade nous conduit à questionner son inscription dans une catégorie préconstruite d'exclus, tout en prenant en compte les processus d'exclusion sociale dans la construction d'un collectif pré-tuberculeux (Chapitre 5).

La troisième partie souhaite situer le patient tuberculeux dans un réseau de soins ou dans des établissements antituberculeux. Il faut alors observer l'expérience vécue de la maladie en mettant à jour les similitudes comme les contrastes au sein d'un même groupe de malades. Retracer les parcours des tuberculeux permet de prendre en compte une réalité vécue mais aussi de redéfinir la lutte antituberculeuse menée par les autorités médicales en considérant plus particulièrement le jeu de différents acteurs parmi lesquels les patients eux-mêmes. Dans un premier temps, ces parcours de malades mettent à jour des réseaux spécifiques d'aide qui confirment, nuancent ou à l'inverse infirment les descriptions existantes sur les logiques de prises en charge de la maladie à l'échelle de la ville (Chapitre 6). Puis à l'échelle du patient, le vécu de la maladie au jour le jour est une expérience individuelle, rendue collective par des pratiques communes de prise en charge ou d'assistance. Mais à ce malade uniquement considéré comme un objet de la lutte contre la maladie se superpose un tuberculeux qui devient acteur de sa propre guérison ou de sa propre expérience en réclamant, acceptant ou refusant les soins proposés, et en cherchant parfois à faire voler en éclat la catégorie construite dans laquelle il a été inscrit (Chapitre 7).

PARTIE 1 : Etat des lieux tuberculeux : à la recherche du microbe

INTRODUCTION

« Todo tuberculoso es el testigo de un ambiente infectado »¹.

Lorsque Lluís Sayé est nommé responsable du Service de lutte contre la tuberculose de la Mancomunitat de Catalunya en 1923, il commence alors une grande enquête pour tenter de localiser le microbe dans la ville afin de s'appuyer sur ces données « objectives » et mettre en place une structure de lutte rationnelle adaptée. Dès lors, il s'intéresse à prendre en compte et à comprendre les inégalités de santé dans la ville, concevant l'individu malade comme un simple révélateur ou contenant de l'infection. C'est le microbe, l'infection qui le préoccupe, et la recherche de ce microbe suppose comprendre sa spatialisation, donc prendre en compte l'espace.

Dans cette partie de notre travail, nous souhaitons étudier l'inscription de la tuberculose dans l'espace urbain barcelonais dans les années 1930, et nous montrerons que cela suppose rechercher un microbe à différentes échelles. Le tuberculeux en tant qu'individu n'est pas pris en compte, nous n'interrogeons pas la légitimité du collectif mais acceptons la catégorie construite en tant que telle par les médecins autour du fait que tous sont infectés par le bacille de Koch. Par ailleurs, s'il est possible de localiser le microbe dans la ville à différentes échelles et de détacher de cette localisation une connaissance de l'espace tuberculeux, cette démarche ne peut faire l'économie d'une prise de conscience du fait que la catégorie est

¹ « Tout tuberculeux est le témoin d'un environnement infecté. » SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

doublement construite. En effet, si cette étude suppose d'abord de limiter la définition de la tuberculose au seul microbe, elle est aussi sujette à une construction pratique des sources, qui implique que cette spatialisation n'est qu'une projection sur l'espace urbain d'une partie non représentative des corps malades. Les discours des médecins permettent non seulement de comprendre la construction de la catégorie mais ont aussi un intérêt en soi puisque leur analyse explique comment s'est composée la théorie qui amène à se focaliser sur le microbe. Cette focalisation conduit selon nous à une redéfinition du rapport de la maladie à l'espace, et plus particulièrement à rechercher le microbe à une échelle toujours plus précise et à s'intéresser aux logements plutôt qu'aux patients. Dans cette partie, nous tentons de situer le microbe dans la ville, en montrant comment son inscription spatiale s'explique par des logiques sociales et scientifiques qui voient s'imbriquer plusieurs échelles d'analyses, plusieurs acteurs. Mais pour comprendre ces inégalités spatiales et cette implantation différentielle du microbe il faut associer deux approches, une s'attachant à analyser le lien entre espace et collectif tuberculeux aidé, l'autre se centrant sur les discours des médecins. Cette démarche nous conduit à changer d'échelle et à passer d'une étude de la spatialisation dans la ville à la prise en compte du recoin poussiéreux comme lieu dans lequel il se développe. Dans un premier temps nous montrerons pourquoi la tuberculose est une maladie des villes, et de certains quartiers. Nous observerons les espaces les plus touchés et décrypterons les logiques qui expliquent cette localisation. En particulier, nous nous attacherons à observer la construction de la théorie bactériologique exclusive pour expliquer comment se redéfinit l'hygiène et le rapport de la tuberculose à l'espace. Nous verrons dans un second temps comment le logement devient l'échelle dans laquelle s'inscrit le microbe par excellence. Nous tâcherons de comprendre le rapport à la densité et à l'insalubrité en particulier ainsi que les logiques qui expliquent cette nouvelle préoccupation pour l'espace et l'hygiène chez les médecins, centrée sur l'échelle la plus proche du germe.

CHAPITRE 1 : De la ville tuberculeuse...

L'expression de « ville tuberculeuse » fait référence ici à deux aspects du lien espace/maladie qui se complètent. D'abord, la ville est considérée comme une échelle d'analyse, un espace dans lequel se développe le microbe considéré comme cause unique de la maladie. Mais en dépassant la simple métaphore anthropomorphique, la « ville tuberculeuse » fait aussi référence au rôle actif que joue l'espace urbain dans l'évolution de la tuberculose. En effet, dans le discours des médecins, si la ville devient le premier espace où la maladie prend des proportions vraiment très importantes, c'est également lié aux conditions intrinsèques de l'urbain. Ce chapitre prendra en compte les deux aspects de l'expression en associant à la recherche des lieux infectés, une étude des raisons qui expliquent cette localisation.

Les médecins et autres acteurs de l'époque, tels que les hygiénistes ou bien d'autres professionnels concernés par la santé publique, produisent des statistiques afin de vérifier leurs hypothèses concernant l'origine et la propagation de la tuberculose. Cependant, le lien de cause et effet est ambigu. Est-ce l'observation médicale qui détermine la pratique médicale, ou bien est-ce que ce sont les théories médicales des professionnels de la santé qui orientent leur regard et influencent leur analyse et leurs pratiques? Les liens entre une localisation objective des malades et les discours des médecins sont si serrés que nous ne pouvons chercher à comprendre l'un sans analyser l'autre. Plus encore, nous ne pouvons pas parler de la localisation des malades de manière uniquement objective, au risque d'adopter une vision déterministe par excès de neutralité. Par ailleurs, étudier conjointement théorie des acteurs et localisation des malades permet de produire des informations qualitatives d'un autre type, en vue de redéfinir leurs pratiques. Pour analyser au mieux la répartition des malades nous avons donc choisi de mettre en rapport les arguments des médecins avec les données quantitatives, qu'elles soient produites par les acteurs de l'époque, ou à partir de nos recherches.

Bien que notre objet d'étude soit la tuberculose dans l'aire urbaine de Barcelone, et dans les années 1930, pour étudier le pourquoi et le comment de cette localisation, il nous faut envisager le contexte géographique et historique. Observer l'évolution de la tuberculose en Espagne puis dans les zones urbaines et enfin à Barcelone même, suppose non seulement de mettre en relation implantation et discours des médecins, mais également de se pencher sur les transformations urbaines et sociales que subissent ces espaces. L'évolution de la ville, dans ces acceptions socio-économiques comme urbanistiques permet-elle d'expliquer les nouvelles répartitions spatiales du microbe ? Puisque la contagion semble être la clé de voute du développement de la tuberculose, l'extension spatiale des grands centres urbains, souvent peu contrôlée puisque motivée par l'industrialisation, semble être un élément important à l'heure d'analyser les conditions du développement du microbe. Pourtant, comme nous le verrons dans un premier temps, si la tuberculose semble toucher relativement plus les lieux de concentration de population, les plus grosses villes ne sont pas les plus affectées. Nous verrons que certains médecins ont développé des théories sur l'évolution de la maladie en rapport avec la croissance des villes et leur niveau de développement économique, des théories qui dans une certaine mesure, pourraient expliquer le fait que les grandes agglomérations, plus développées, soient moins touchées. Dans un second temps, nous nous pencherons plus particulièrement sur la ville de Barcelone, pour observer si la croissance des périphéries urbaines a atténué ou au contraire renforcé l'opposition traditionnelle entre centre ancien dense et insalubre et périphérie saine et aérée. Enfin, dans un troisième et dernier moment, nous réfléchirons au lien établi entre hygiène urbaine et tuberculose, afin de comprendre les mécanismes qui, en trente ans, ont fait de la contagion et de la guerre au crachat les aspects clés de la lutte spatiale contre la maladie.

A. Le bacille dans les villes

L'opposition ville/campagne est un lieu commun dans les textes évoquant la santé publique, au XIX^{ème} comme de nos jours dans les travaux scientifiques¹. L'urbanisation est généralement mise en relation avec la civilisation, et l'industrialisation. La ville devient alors l'espace nocif, que l'on oppose à l'espace rural glorifié pour ses caractéristiques salutaires. L'explosion urbaine, favorise la concentration humaine et dégrade les conditions de vie. Avec l'apparition de la bactériologie et son pendant direct, la notion de contagion, la ville est le premier espace qui préoccupe les médecins qui s'intéressent aux maladies infectieuses. Dès le XIX^{ème} siècle, les médecins cherchent à confirmer cette opinion générale à partir d'études statistiques, afin de donner une base scientifique à leurs propos. La lutte contre la tuberculose profite également de l'amélioration des techniques grâce à l'information issue de l'analyse des données numériques. Les études statistiques par pays se basent donc avant tout sur l'infection tuberculeuse, essayant de déterminer les zones les plus touchées afin de mettre en place une lutte efficace. Cependant, les données disponibles concernent surtout la mortalité, plus facilement mesurable, ce qui introduit une limite notable pour une étude des causes de la maladie. De plus, la construction d'une réflexion subjective va de pair avec l'observation des données par les médecins, l'historien doit donc être conscient qu'il observe les données au travers du prisme des acteurs de l'époque. Les médecins sont avant tout centrés sur le germe, et leurs études statistiques, aussi objectives semblent-elles, ne peuvent être détachées de leurs préjugés et de leurs conceptions.

Dans cette sous-partie, nous tenterons de donner une vision la plus exacte possible de la mortalité tuberculeuse en Espagne, en la mettant en relation avec les théories de l'époque, centrées sur le microbe. Nous partirons des résultats obtenus par les médecins à la fin du XIX^{ème} pour aller parfois jusqu'aux années 1940, et ce afin d'établir le contexte historique et d'observer l'évolution de la maladie comme le développement des idées des médecins. Néanmoins nous nous centrerons surtout sur les années 1920 et 1930, où de gros efforts statistiques nous permettent de travailler plus aisément.

¹ Comme le montre le titre de l'article de Patrice Bourdelais, « Choléra des villes et choléra des champs. Faits et représentations. », *Historiens et populations*, Louvain-la-Neuve, Academia, 1991, pp. 219-230.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur cette opposition ville-campagne à partir de l'étude de la mortalité tuberculeuse à l'échelle du pays. Ensuite, nous nous concentrerons sur l'étude comparative des villes espagnoles en démontrant qu'il faut nuancer l'affirmation selon laquelle la tuberculose est une maladie des grosses villes denses et industrialisées. Enfin, à partir de l'étude épidémiologique de l'espace catalan, nous verrons comment le responsable régional de lutte antituberculeuse explique les contrastes entre régions par une théorie de l'évolution qui n'est pas sans aller dans le sens du libéralisme économique.

1. Statistiques de mortalité différentielle dans les provinces espagnoles : la tuberculose, une maladie des régions industrielles ou des régions urbaines ?

Donner une base scientifique à des études plus empiriques, voilà l'une des préoccupations fondamentales des médecins de la fin du XIX^{ème} siècle en Europe. En effet, comme l'explique la « Dirección General de Beneficiencia y Sanidad » espagnole dans une ordonnance datée du 28 Juin 1879, et citée par l'historien Josep Bernabeu Mestre¹, il est nécessaire de :

« Formar la estadística sanitaria con objeto de que los datos de observación que suministre sirvan para caminar con mayor acierto en la averiguación de las verdades que ilustran la ciencia médica y especialmente la higiene pública encomendada al cuidado de la Administración »².

Selon Luis Comenge médecin catalan, c'est la statistique sanitaire qui devrait être considérée comme « ciment, soutien et raison des processus salutaires »³. Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, les statistiques sanitaires, ou « démographico-sanitaires » deviennent donc un

¹ BERNABEU MESTRE, Josep, « Estadísticas y salud pública : el argumento del método numérico. », *Gasetta Sanitaria*, vol. 21, n°5, Barcelone, 2007, pp. 416-417.

² « Former la statistique sanitaire avec comme objectif que les données d'observation qu'elle nous procure servent pour aller de l'avant avec plus d'assurance dans la vérification des vérités qu'illustrent la science médicale et en particulier l'hygiène publique confiée aux bons soins de l'Administration. »

³ « *cimiento, sostén y razón de los procedimientos salutíferos* », COMENGE, Luis, « Sobre demografía sanitaria » publié en 1899 dans la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, cité par Esteban Rodríguez Ocaña dans « La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona », *Dynamis*, vol. 5-6, Université de Grenade, 1985-1986.

idéal pour les acteurs de la santé de l'époque¹. Mais, comme l'explique Josep Bernabeu Mestre², alors que dès cette époque dans d'autres pays d'Europe se met en place une politique qui vise à appliquer des méthodes numériques aux registres de population, en Espagne les progrès des statistiques sont plutôt le fait d'initiatives isolées, et ce malgré les bonnes dispositions des pouvoirs publics et leur volonté d'unifier les efforts pour enrayer la mortalité.

Parmi les initiatives isolées, les travaux de Philip Hauser, un médecin hollandais installé à Séville puis Madrid, méritent d'être mis en avant. A partir de l'étude statistique, Philip Hauser conclut sur la tuberculose que « *les districts agricoles sont toujours favorisés d'une mortalité minima, tandis que les districts industriels se font remarquer par une mortalité maxima.* »³

L'idée que les zones industrielles au sens large sont les plus touchées par la tuberculose est une constante depuis le XIX^{ème} siècle, et elle persiste jusque dans notre période. Si nous avons cité Philip Hauser, cette idée est également développée en 1934 par le docteur Clavero del Campo dans une étude épidémiologique sur la province de Santander⁴. D'après ses résultats, les zones les plus fortement affectées par la maladie sont les centres industriels et miniers.

Le même médecin, analysant les données numériques à échelle nationale, parle de deux foyers principaux de tuberculose en Espagne pour les années 1900-1910 : Tout d'abord la côte cantabrique, avec le pays basque comme épice, mais qui s'étend aussi sur les provinces de Guipuzcoa, de Santander et d'Asturies. L'autre foyer important se trouve à l'opposé géographique de la péninsule, il s'agit des provinces andalouses de Séville, Cadix et accessoirement Malaga⁵. Enfin, les provinces de La Corogne et de Barcelone peuvent être considérées comme des foyers secondaires. Dans les années 1930, on retrouve selon lui les mêmes foyers, mais ce sont Séville et Santander qui se détachent comme les provinces où la décroissance de la maladie est la plus lente.

¹ RODRIGUEZ OCAÑA Esteban, BERNABEU MESTRE, Josep, « El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936 », dans SANCHEZ CANTALEJO, E, (dir.), *Epidemiología y estadística. V Encuentro Marcelino Pascua*, EASP, Grenade, 1996.

² BERNABEU MESTRE, Josep, 2007, *op. cit.*

³ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, p. 23.

⁴ CLAVERO DEL CAMPO, G., *La mortalidad por tuberculosis en Santander. Estudio estadístico-epidemiológico*, Tip. Librería Moderna, Santander, 1934, 53 p.

⁵ D'après les résultats du docteur Clavero del Campo, le taux de mortalité tuberculeuse dans la province de Malaga est bien moins élevé que dans les deux autres provinces andalouses citées, mais il est cependant bien supérieur à la moyenne des provinces espagnoles. *op. cit.*

Pour la même période, le docteur Alvarez Rodriguez Villamil de Madrid répartit les provinces espagnoles en trois catégories en fonction de la mortalité tuberculeuse¹. Dans le premier groupe, il place les provinces de Vizcaya, Guipuzcoa, Cadix, Séville, Madrid, Oviedo, Santander, Les Baléares, La Corogne et Barcelone. Il s'agit des provinces les plus touchées par la mortalité tuberculeuse. Dans un second groupe, celui des provinces qui connaissent une mortalité par tuberculose importante mais tout de même bien inférieure aux provinces précédemment citées, nous retrouvons : Malaga, Huelva, Pontevedra, Lugo, Alava, Navarre, Zaragoza, Valladolid, Les Canaries, Palencia, Orense, Valence et Tarragone. Enfin, la dernière catégorie regroupe les provinces dont la mortalité par tuberculose est peu élevée par rapport à la moyenne du pays : il s'agit d'Alicante, de Girone, Cordoue, Castellon, Tolède, Murcie, Burgos, Caceres, Zamora, Badajoz, Almeria, Lérida, Avila, Huesca, Ségovie, Grenade, Ciudad Real, Soria, Jaén, Guadalajara, Albacete, Cuenca et enfin de Teruel. Pour ces deux médecins, la répartition différentielle de la maladie peut s'expliquer par des raisons climatiques. C'est en effet extrêmement tentant, étant donné que les provinces les plus touchées se situent sur les côtes espagnoles, en particulier en ce qui concerne la côte cantabrique, où le vent et le froid caractéristique de cette zone atlantique en font un terrain généralement propice aux maladies. Pourtant, l'argument climatologique, s'il est fréquemment évoqué par les médecins, et ce jusque dans les années 1940², n'est jamais très mis en avant dans leurs explications. Il semble appartenir au passé, et ne fait pas réellement le poids face aux nouvelles orientations plus directement liées au microbe³. La côte cantabrique est le théâtre d'une industrialisation sans précédent depuis le XIX^{ème}, et c'est de ce côté que vont pencher les explications des médecins.

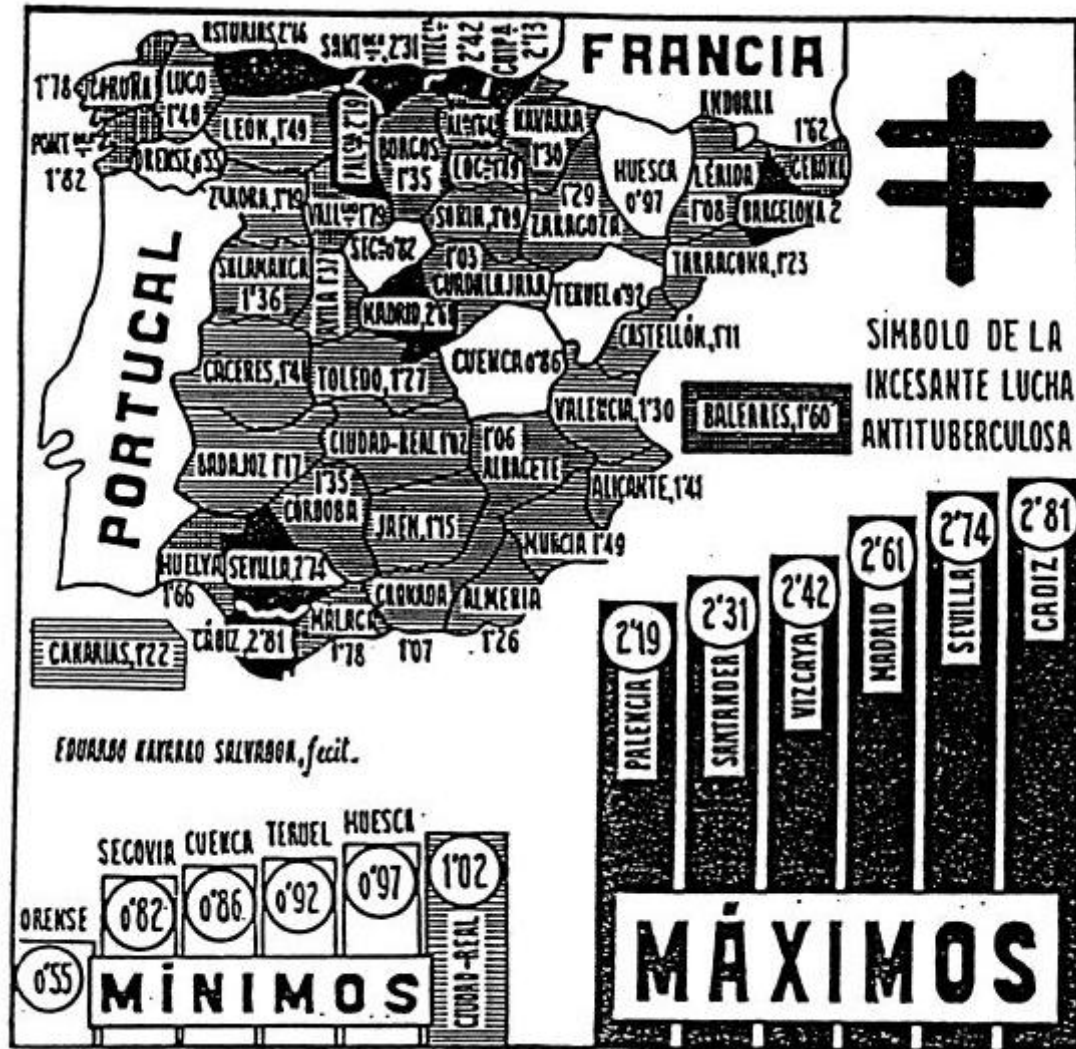
¹ ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

² En 1947, dans un article intitulé « Orientaciones actuales en sanidad pública (un esquema de medicina preventiva) », les docteurs Palanca, Clavero, Zapatero et Nájera Angulo analysent la distribution inégale de la mortalité tuberculeuse selon les provinces espagnoles. Dans leur analyse, ils font une place surprenante aux conditions climatiques, en ce qui concerne les provinces cantabrique, mais leur explication butte contre le taux extrêmement élevé des provinces andalouses et les contraints à abandonner l'argument climatique en faveur de la densité. PALANCA, José Alberto, *Lucha antituberculosa : orientaciones epidemiológicas*. En : Palanca, J.A. et al. *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, s.i., Madrid, 1947, pp. 355-370.

³ Pour le docteur Clavero de Campo, malgré les conditions d'humidité de Santander, il n'est pas prudent d'exagérer l'importance du facteur climatique étant donné les multiples autres causes. CLAVERO DEL CAMPO, 1934, *op. cit.*

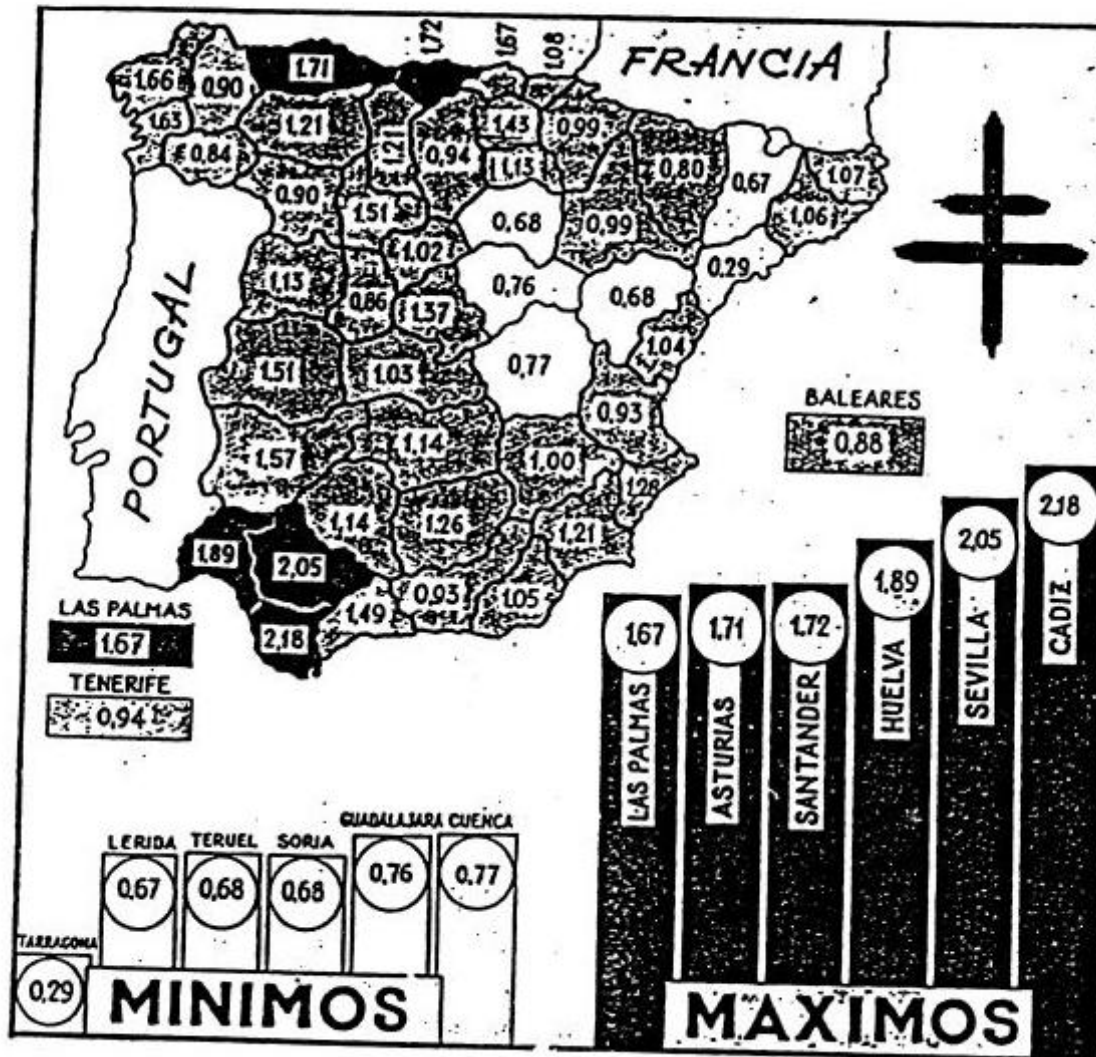
Dans sa thèse sur l'Histoire sociale de la tuberculose en Espagne, Jorge Molero Mesa reproduit les cartes d'Espagne de Bartolomé Benítez Franco¹, qui représentent la mortalité tuberculeuse par province en 1914 et 1941.

Illustration 1 : Mortalité tuberculeuse dans les provinces espagnoles pour 10 000 habitants en 1914 et 1941



¹ BENITEZ FRANCO, Bartolomé, *La tuberculosis. Estudio de la lucha contra esta enfermedad en España (1939-1949)*, PNA, Madrid, 1950, cité par MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, Thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Grenade, 1989, pp. 22-23.

MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS 1941
Tasas por 10.000 hab. por provincias



(Source: BENITEZ FRANCO, 1950 dans MOLERO MESA, Jorge, 1989, pp. 22-23.)

D'une manière générale, les principaux foyers de tuberculose sont également les provinces de la côte cantabrique, et les provinces andalouses de Cadix et Séville. Cependant, en 1910 il faut y ajouter deux autres zones ou foyers, les deux provinces urbaines de Madrid et Barcelone. Mais en 1941, ces deux foyers « secondaires » ont disparu, et les deux foyers « principaux » se sont « réduits » géographiquement, ce qui, pour les médecins, est la conséquence directe d'une lutte contre la maladie efficace.

De la même manière, l'auteur distingue en 1941 *Las Palmas* du reste des Canaries, nous orientant vers l'idée que c'est sans doute le fort taux de mortalité tuberculeuse à Las Palmas qui influence celui de toutes les îles Canaries. En effet, il ne s'agit pas uniquement des provinces industrielles, mais également des provinces à forte concentration urbaine.

Philip Hauser évoque ainsi dès 1898 les vices de la société moderne, qui, avec l'industrialisation provoquent l'afflux de personnes vers les zones industrielles ou les villes, ce qui engendre l'entassement dans des « espaces circonscrits » et par conséquent la contagion ainsi que la dégradation des conditions de logement et de vie¹.

En 1948, le médecin Modesto González Ribas explique ainsi le développement de la tuberculose dans les zones les plus fortement touchées² :

*« todos los países donde se han establecido grandes núcleos industriales han sufrido sus efectos en el desarrollo de la tuberculosis. En una primera fase, la afluencia de personal procedente del campo, el sueldo reducido, el mayor esfuerzo constante en el trabajo, la escasez de viviendas en condiciones higiénicas, etc. Han facilitado el contagio y el desarrollo de la enfermedad, manifestándose en un aumento de la mortalidad »*³.

L'afflux de population apparaît comme la première cause d'insalubrité qui engendre la maladie et ce dans tous les pays à cette époque. Dans leur ouvrage récent, Andrew Cliff, Peter Hagggett et Matthew Smallman-Raynor, proclament également que la densité a longtemps été considérée comme le facteur principal de la maladie :

« Mortality from tuberculosis has been historically associated with population growth in cities⁴. »

En 1923, à la demande de la « Dirección General de Sanidad », des rapports sont rédigés par des inspecteurs provinciaux afin de constituer un annuaire sanitaire général¹. Les informations

¹ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*

² GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, Imp. S.A. Horta., Barcelone, 1948, 14 p.

³ « Tous les pays où se sont établis de grands centres industriels ont soufferts de leurs effets lors du développement de la tuberculose. Dans un première phase, l'affluence de personnel venu de la campagne, le salaire réduit, le gros effort constant dans le travail, la rareté des logements dans de bonnes conditions hygiénique, etc. Ont facilité la contagion et le développement de la maladie, qui s'est manifesté par une augmentation de la mortalité. » *Ibid.*

⁴ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, Cambridge University Press, « Cambridge studies in historical geography », Cambridge (GB), 1998, 469 p.

contenues dans ces rapports sont très inégales, mais nous permettent néanmoins de tracer à grands traits le profil sanitaire des provinces espagnoles à cette époque. Ainsi, l'inspecteur provincial José Palanca, réalise un rapide compte-rendu sur l'une des provinces les plus meurtrières, Séville, qui ne se caractérise pas par une industrialisation particulièrement marquée². Sa conclusion concernant la tuberculose est la suivante :

« *contrasta la excesiva mortalidad de la capital sobre la de los pueblos.* »³

A cette réflexion assez prévisible, qui ne manque pas de se répéter dans tous les comptes-rendus locaux ou travaux d'analyse de l'époque, s'ajoutent des statistiques révélatrices des écarts entre espace urbain et espace rural. Selon Philip Hauser en 1898, la phtisie représente la contamination de la race envahissante⁴. En effet, il évoque ainsi l'influence du mode de vie européen sur les indiens des Etats-Unis, en attribuant à ces transformations la culpabilité de la très forte mortalité tuberculeuse parmi ces populations. Mais bien plus qu'une simple allusion à la contamination par la civilisation européenne, l'hygiéniste précise que l'évolution va bien dans le sens de l'abandon « d'une vie champêtre » ou nomade pour une intégration de ces populations « dans les grandes villes et leur vie tumultueuse ».

Plus que les pollutions qu'engendre l'industrie moderne, c'est donc la concentration de population qui peut être considérée comme la cause fondamentale de la dégradation des conditions de vie et de santé des populations dans les zones industrielles. Les régions qui ont un taux de mortalité tuberculeuse élevé sont non seulement les régions industrielles, mais surtout les régions urbaines. Plus encore, comme nous le montre le cas de *Las Palmas* aux Canaries, c'est la ville qui serait responsable de ce taux.

Les médecins du début du XX^{ème} siècle distinguent volontiers dans leurs statistiques le taux de mortalité tuberculeuse dans la capitale de celui de la province toute entière. C'est notamment ce que décide de faire José Sanchez Verdugo, chargé de présenter les statistiques générales publiées dans l'Annuaire de la « Dirección General de Sanidad » de 1923⁵. Dans les tableaux qui recensent la mortalité par maladies contagieuses en Espagne, l'auteur distingue la

¹ MURILLO PALACIOS, Francisco, *Anuario de la dirección general de sanidad*, Ministerio de Gobernación, Imprenta Gráfica Universal, Madrid, 1923. « Première section : Actuation sanitaire, chapitre 2, Santé publique intérieure ». Paragraphe sur Séville rédigé par José Palanca, p. 131.

² *Ibid.* « Primera Sección : Actuación sanitaria, capítulo segundo : sanidad interior », paragraphe sur Séville de José Palanca, p. 131.

³ « *L'excessive mortalité de la capitale contraste avec celle des villages* », *Ibid.*

⁴ HAUSER, Philip, 1898, *op. cit.*

⁵ MURILLO PALACIOS, Francisco, *Anuario de la dirección general de sanidad*, statistiques de José Sanchez Verdugo, « Memoria de Población, natalidad, mortalidad », *op. cit.*, p. 204.

mortalité dans les provinces en général de la mortalité dans les capitales. Dans le cas de la tuberculose pulmonaire, la différence entre les provinces et leur capitale est bien supérieure à celle des autres maladies. En réalité, la tuberculose est même la seule maladie où la différence entre province et capitale est véritablement significative. De plus, l'écart entre les deux chiffres ne s'amenuise pas entre 1901 et 1923, la part de la tuberculose dans la mortalité générale reste particulièrement élevée, et cela semble dû avant tout aux taux rencontrés dans les capitales¹.

Le docteur Clavero del Campo dans son étude sur Santander en 1934, cite le docteur allemand Roesle², pour qui :

« el único país que se parece a Sudamérica en lo que respecta a la gran diferencia entre la mortalidad por tuberculosis de ciudades y campos, es España³ ».

Et le médecin espagnol ajoute qu'il ne faut pas imputer ces contrastes à la simple présence d'hôpitaux en ville qui provoquerait l'affluence de population rurale malade en ville. Il n'y a pas d'erreurs dans les calculs, c'est bien la ville qui est mortifère.

Plus qu'un simple cadre géographique dans lequel se répand plus facilement une maladie contagieuse, la ville peut aussi être considérée comme un acteur dans le développement de la tuberculose populaire en tant que maladie collective.

En effet, plus que le taux de mortalité c'est l'écart entre le profil sociologique de la population totale et celui des malades qui selon le docteur Clavero del Campo montre que l'espace urbain et industriel est un facteur essentiel de la maladie. C'est en ville et dans les régions industrielles et minières que la tuberculose touche de la manière la plus inégale la population ; ou, pour le dire autrement, la catégorie cible de la tuberculose populaire est proportionnellement plus affectée en ville qu'en campagne. Or c'est bien cette inégalité à l'heure de l'infection tuberculeuse qui nous permet de parler de maladie sociale. Alors qu'en Allemagne les contrastes entre régions urbaines et rurales tendent à s'estomper, en Espagne au contraire, celles-ci sont toujours très visibles, et c'est là ce qui révèle le retard de la lutte sociale antituberculeuse en Espagne par rapport aux autres pays européens. A une époque où

¹ Voir les tableaux en annexe 2.1.

² *Die Verbreitung de Tuberkulose in überseeischer Ländern*, cité par CLAVERO DEL CAMPO, G., 1934, *op. cit.*

³ « *Le seul pays qui ressemble à l'Amérique Latine pour ce qui est de la grande différence entre la mortalité tuberculeuse en ville et en campagne, c'est l'Espagne.* », *Ibid.*

la solution médicale n'a pas encore été trouvée, lutter contre la maladie peut signifier niveler les inégalités. Dans l'espace rural, toujours selon le médecin espagnol, la tuberculose touche de manière moins systématique les hommes jeunes. La proportion de personnes âgées atteinte de tuberculose est supérieure, les inégalités sont donc moins évidentes. La tuberculose devient alors une maladie liée à la faiblesse organique de l'individu et non plus une maladie de la misère qui touche un collectif déterminé.

La ville, dans cette conception est donc responsable de la maladie sociale, à la fois car la concentration humaine qu'elle implique favorise les occasions de contagion, mais également parce que les caractéristiques mêmes du mode de vie en ville sont nocives. L'afflux de population motivé par l'industrie provoque la densification ainsi que la construction massive et trop rapide de logements précaires, qui, associés à la pollution industrielle et aux problèmes de ravitaillement dégradent sensiblement les conditions de vie d'une population peu adaptée au mode de vie urbain.

Pour la majorité des médecins donc, la ville et notamment la ville industrielle est l'élément clé qui permet de comprendre l'impact de la tuberculose dans les provinces espagnoles. Elle favorise la densité et l'insalubrité qui sont les deux facteurs les plus mis en avant de la tuberculose. Effectivement, selon les données numériques disponibles, la tuberculose pulmonaire, en tant que maladie sociale par excellence est avant tout une maladie des villes, ce qui implique un changement d'échelle pour l'analyse afin de se centrer plus précisément sur cet espace urbain producteur de bacille.

2. Mortalité dans les villes espagnoles : des grosses villes densifiées aux moyennes villes insalubres

Dans les premières années du XX^{ème} siècle, si l'enthousiasme statistique est réel, il faut attendre les années 1920 pour que les efforts pour constituer un service national permettant de centraliser les données se concrétisent. En 1922, l'accord avec la fondation Rockefeller¹ permet notamment au gouvernement espagnol des entrées d'argent importantes, qui seront mises à profit pour la constitution en 1929 d'un service de statistiques sanitaires dirigé par Marcelino Pascua². C'est à partir des études sur la population centralisées par ce service qu'il fût possible d'envoyer des informations concernant les villes espagnoles au bureau d'hygiène de la Société des Nations à Genève³. Dans le second tome de l'ouvrage collectif *Histoire de l'Europe urbaine*, Jean-Luc Pinol cartographie la mortalité par tuberculose à la fin des années 1920 à partir des données du bureau d'hygiène⁴. Six villes espagnoles sont représentées. Alors que Bilbao, Madrid et Séville font parties des villes européennes les plus affectées, entre 2,01 et 4,56 décès tuberculeux pour mille habitants, Barcelone, Valence et Grenade ont quant à elles un taux moins important qui oscille entre 1,31 et 2 morts par tuberculose pour mille habitants.

En 1923, l'Annuaire statistique publié par la *Dirección General de Sanidad* reproduit également un tableau récapitulatif des causes de décès dans les capitales des provinces espagnoles synthétisé dans la carte ci-dessous⁵.

¹ Sur la fondation Rockefeller et son intervention en Espagne après la Première Guerre mondiale : voir RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La intervención de la fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España », *Revista Española de Salud Pública*, vol. 74, Madrid, 2000.

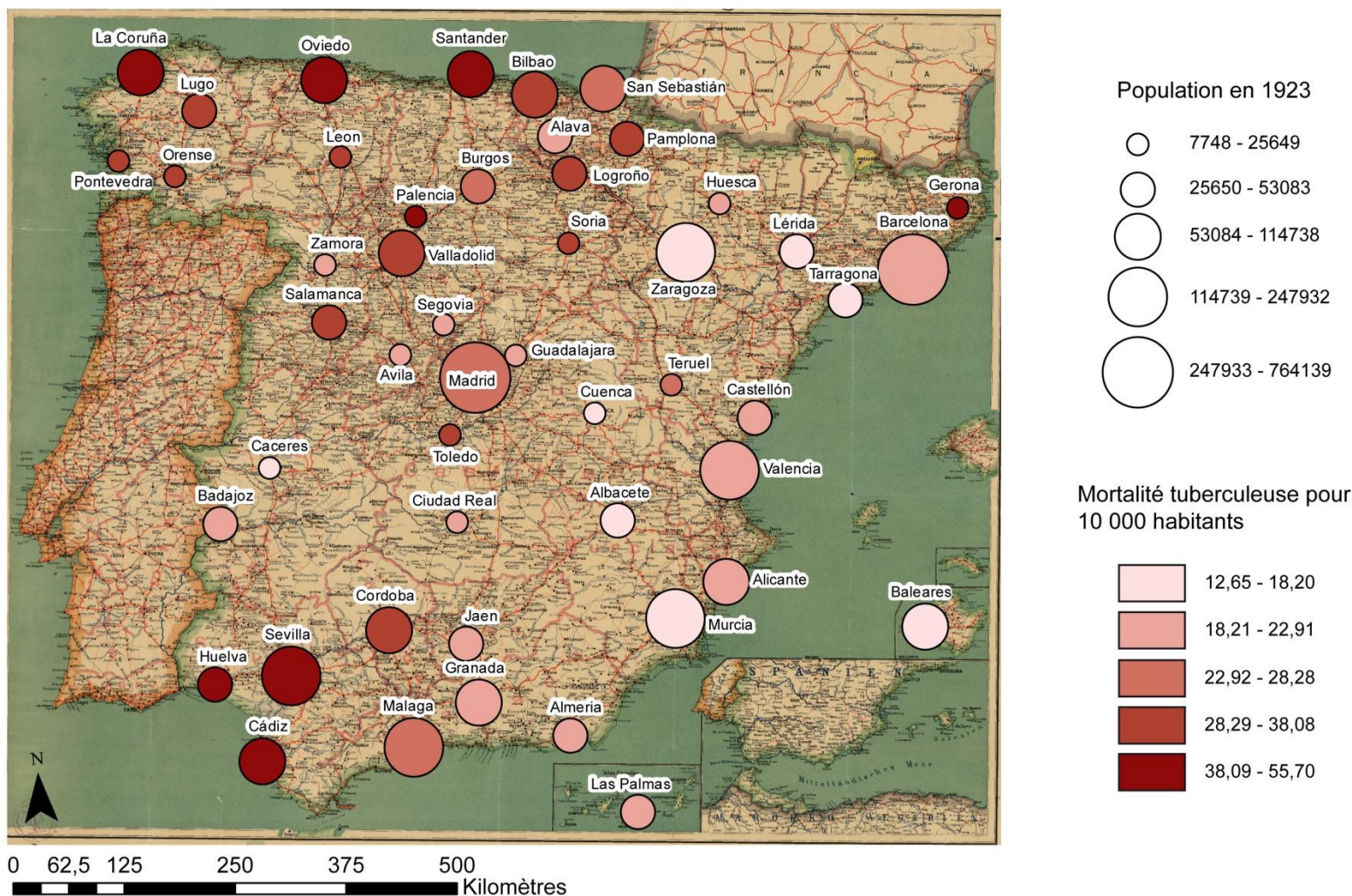
² « La contribución de Marcelino Pascua Martínez (1897-1977) », RODRIGUEZ OCAÑA Esteban, BERNABEU MESTRE, Josep, « El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936 », p. 29, dans SANCHEZ CANTALEJO, 1996, *op. cit.*

³ Le Service de Statistiques Sanitaires, largement financé par la fondation Rockefeller se charge à partir de 1929 de préparer et d'envoyer des résumés statistiques mensuels à la Société des Nations. BARONA, Josep L, BERNABEU MESTRE, Josep, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Universitat de València, 2008.

⁴ Carte représentant la « mortalité due à la tuberculose (toutes formes) à la fin des années 1920 », PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003, p. 93.

⁵ Statistiques de José Sanchez Verdugo, « Memoria de Población, natalidad, mortalidad », dans MURILLO PALACIOS, Francisco (dir.), *Anuario de la dirección general de sanidad*, 2003, pp. 272-273., *op. cit.*

Carte 1 : Mortalité tuberculeuse dans les villes espagnoles en 1923



(Source : SANCHEZ VERDUGO, José, « Memoria de Población, natalidad, mortalidad », dans MURILLO PALACIOS, Francisco, *Anuario de la dirección general de sanidad, Ministerio de Gobernación, Imprenta Gráfica Universal, Madrid, 1923, pp. 272-273.*
 Fond de carte: Eduard Gaebler's Spezialkarte von Spanien und Portugal, 1930. Institut Cartogràfic de Catalunya)

Si l'on considère la mortalité tuberculeuse pour mille habitants, ce sont les villes de Girone, Huelva, La Corogne, Palencia, Santander qui arrivent en tête avec des taux de mortalité compris entre 4,1 et 5,6 décès tuberculeux pour mille habitants¹. Séville et Cadix, qui sont pourtant les deux villes les plus affectées selon les médecins de cette époque, ont une mortalité légèrement moindre. Cependant, si l'on ne considère que la mortalité par tuberculose pulmonaire, maladie plus ségrégative puisqu'elle est plus directement liée à une causalité sociale, l'ordre est légèrement inversé, Cadix et Séville se retrouvant respectivement en troisième et sixième position.

Ces deux villes, si elles ont en commun d'appartenir à la même région administrative et d'être réputées pour leur fort taux de mortalité, semblent pourtant se comporter différemment face à la mortalité tuberculeuse. En effet, si dans la ville de Cadix 67% des décès par maladie infectieuse sont dus à la tuberculose, dans la ville de Séville, la proportion n'est que de 54,74%, ce qui est toutefois supérieur à la moyenne espagnole de 49%. A l'inverse, si à Séville le taux de personnes décédées par maladie infectieuse fait partie des trois plus élevés du pays, à Cadix, par contre, le taux est également élevé mais la ville ne se classe qu'en treizième position. Autrement dit, le fort taux de tuberculose de la ville de Séville doit en partie être mis en relation avec une forte mortalité par maladie infectieuse en général. Pour la ville de Cadix, au contraire, même si la mortalité générale par maladie infectieuse y est plus élevée que la moyenne du pays, la tuberculose semble être le mal qui oriente cette tendance. Les travaux des médecins depuis la fin du XIX^{ème} siècle sont beaucoup plus nombreux sur Séville que sur Cadix, néanmoins, nous retrouvons à peu près les mêmes caractéristiques dans les deux villes. Il s'agit de villes extrêmement atteintes par les maladies et il faut chercher la responsabilité dans des constructions précaires et insalubres, ainsi que dans un manque total de réseaux modernes.

Séville est une ville pointée du doigt dès la fin du XIX^{ème} pour l'insalubrité. Dans son étude très détaillée sur cette ville, le docteur Philip Hauser analyse de façon précise les facteurs qui, selon lui, expliquent ce taux de mortalité si élevé². Pour lui, du point de vue hygiénique, Séville s'apparente à une ville arabe, uniquement comparable avec ses voisines de la côte africaine, et en aucun cas comparable aux villes européennes, même espagnoles, où des

¹ Voir les tableaux, annexe 2.1.

² HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Séville, 1882.

efforts ont été faits pour assainir l'environnement¹. La ville accumule tous les défauts d'hygiène :

« Sevilla carece de un buen alcantarillado que impida la contaminación de la atmosfera y del suelo, consume la peor carne de España a pesar de ser muy cara y accesible sólo a las clases acomodadas. Sevilla no posee vías anchas donde puedan atravesar los coches sin tropiezo y poner en comunicación las estaciones de ferro-carriles y las salidas principales con el centro de la ciudad. Sevilla se halla expuesta a frecuentes inundaciones que causan siempre grandes perjuicios tanto a los propietarios como a la clase trabajadora, y sin embargo, el municipio no se atreve a ejecutar obras de defensa, bajo el pretexto de carecer de recursos pecuniarios. »²

Dépassant les conceptions miasmatiques développées par Philip Hauser, nous entrevoyons les facteurs explicatifs essentiels qui continuent à être avancés au début du XX^{ème} siècle pour comprendre la forte mortalité sévillane. Dans l'Annuaire de la *Dirección General de Sanidad* de 1923, José Palanca, à l'époque inspecteur provincial, explique surtout la mortalité par maladie infectieuse par un système de canalisation défectueux, vétuste et par conséquent inefficace³. La tuberculose en particulier est selon lui liée à la « structure particulière » de la population et à leurs - mauvaises - habitudes. Enfin, il souligne que la lutte antituberculeuse à Séville a jusqu'à présent été un échec cuisant. Dirigée par un comité de Dames, elle relève de la charité et non pas de méthodes médicales et sanitaires modernes. En 1933, le docteur Morales González fait état de toutes les mesures qui, selon lui, doivent être mises en place pour pouvoir réagir efficacement contre la tuberculose⁴. Les réformes sanitaires qui permettent de chasser le bacille sont privilégiées, mais le médecin insiste surtout sur la nécessité extrêmement urgente de trouver une solution au grave problème de l'habitat.

¹ « Sevilla (...) se parece, mucho cuesta el decirlo, a una ciudad árabe, y sólo comparable a las de la vecina costa de Africa. », *Ibid.*

² « Séville manque d'un bon réseau d'égout qui empêcherait la contamination de l'atmosphère et du sol, on y consomme la pire viande de l'Espagne bien qu'elle soit très chère et seulement accessible aux classes aisées. Séville ne possède pas de voies larges où les voitures pourraient se croiser sans difficultés et qui pourraient relier les gares ferroviaires et les sorties principales du centre de la ville. Séville se trouve exposée à de fréquentes inondations qui causent toujours de grands préjudices, aux propriétaires comme à la classe laborieuse, et malgré cela, la municipalité n'ose pas exécuter de grandes œuvres de défense, sous prétexte qu'elle manque de moyens financiers. », *Ibid.*

³ Paragraphe sur Séville rédigé par José Palanca, « Première section : Actuation sanitaire, chapitre 2, Santé publique intérieure », dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, *op. cit.*, p. 131.

⁴ MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*, Orientaciones, Obra social de previsión, Imp. Mercedes, Séville, 1933.

A Cadix, malgré les progrès sanitaires constatés par l'inspecteur provincial intérimaire Amado García Bourlié dans l'article sur la ville de 1923¹, la tuberculose est encore très présente, ce qui s'explique en grande partie par une action antituberculeuse inefficace. En effet, la tuberculose touche avant tout la capitale, alors que les autres communes sont beaucoup plus affectées par d'autres maladies infectieuses. Cadix n'est pas une ville particulièrement insalubre contrairement à Séville et aux villages de sa province, c'est bien le vide en matière de politique antituberculeuse qui explique l'impact de la maladie.

Mais il faut se méfier des erreurs que peuvent contenir les statistiques à échelle nationale. Tomás de Benito, dans son ouvrage de 1931 évoque ainsi des erreurs plus ou moins volontaires des statistiques nationales espagnoles qui ont pour effet de réduire la mortalité tuberculeuse². Afin de donner une vision plus juste du poids de la tuberculose dans les villes espagnoles, l'auteur utilise les données numériques transmises à la SDN à la fin des années 1920³. Il démontre ainsi que Séville est en 1928 la quatrième ville mondiale en termes de mortalité tuberculeuse, et la première européenne⁴. Les trois autres villes espagnoles présentes dans son travail, Madrid, Barcelone et Bilbao, sont beaucoup moins affectées que Séville. Pour ce médecin, la tuberculose n'est donc pas forcément une maladie des plus grosses villes ni des espaces industriels. Nous retrouvons la même idée dans l'ouvrage *Histoire de la France urbaine* qui, à partir des données extraites des mêmes sources, conclut qu'en Europe « la relation directe entre taille des villes, morbidité ou mortalité n'est pas avérée »⁵.

Dans leur ouvrage intitulé *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, Andrew Cliff, Peter Hagggett et Matthew Smallman-Raynor évoquent les contrastes entre petites et grandes villes⁶. L'idée généralement répandue selon laquelle les grosses villes industrielles sont les plus mortifères est remise en question par leur analyse :

¹ Paragraphe sur Cadix rédigé par Amado García Bourlié, « Première section : Actuation sanitaire, chapitre 2, Santé publique intérieure », dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, *op. cit.*, p. 62.

² « Morbilidad y mortalidad por tuberculosis en España. Errores de las estadísticas demográficas oficiales », BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, 214 p., pp. 87-95.

³ Données du docteur Biraud, du Bureau d'Hygiène de la Société des Nations. *Ibid.*, p. 93.

⁴ Selon les données fournies par le médecin, seules les villes de Lima, Callao et Manila ont une mortalité bien supérieure à Séville.

⁵ PINOL, Jean-Luc (dir.), 2003, *op. cit.*, p. 92.

⁶ Nous entendrons par « grandes villes » les deux villes de Madrid et Barcelone, et pas « petites villes » autres capitales de provinces ou villes intermédiaires. CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, 1998, *op. cit.*

« Contrary to the expectations, greater disease intensity is found in smaller cities, and rates are higher in less economically developed parts of the world. »¹

Si nous nous en tenons au cas de l'Espagne et de la tuberculose, Madrid et Barcelone ne sont pas les villes les plus touchées². La mortalité tuberculeuse est inférieure à la moyenne du pays à Barcelone. A Madrid, elle est légèrement supérieure, mais bien éloignée des taux record de Gérone, Cadix ou Séville, et ce depuis la fin du XIX^{ème} siècle³.

Le premier élément avancé par les historiens Andrew Cliff, Peter Haggert et Matthew Smallman-Raynor pour expliquer le contraste entre petites et grosses villes est l'insalubrité plus marquée dans les petites villes qui n'ont pas les moyens financiers pour lancer les réformes sanitaires nécessaires.

« One possible explanation of the gradient reversal we have found is that such large cities had made more progress than smaller cities in public health reform by the end of the nineteenth century. »⁴

L'insalubrité caractéristique des petites villes est mise en avant dans les monographies, comme nous l'avons vu pour Séville, Santander ou Cadix⁵.

A l'inverse, depuis le XIX^{ème} siècle, Barcelone est considérée en Espagne comme « supérieure à toutes les autres villes du royaume » en matière d'hygiène publique⁶. C'est dans un premier temps la construction de l'Eixample - ou Ensanche - barcelonais et le désengorgement de la vieille ville qui permettent de conforter la capitale catalane dans sa position de ville salubre. Les villes de taille plus réduite n'ont pas réalisé d'améliorations urbaines similaires, la densité bâtie et le délabrement des rues expliquent donc l'insalubrité et par là le taux élevé de mortalité. L'opposition entre grandes et petites villes est alors à reporter à celle entre vieilles et nouvelles villes, décrite à la fin du XIX^{ème} siècle par le docteur

¹ *Ibid.*

² Voir les données statistiques dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, pp. 272-273, *op. cit.*

³ « *si comparamos ahora la mortalidad por tuberculosis de Madrid con las restantes poblaciones de España, veremos que hay más de 15 capitales que la superan* » (source : « *boletín oficial de estadística demográfica sanitaria* ») HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, p. 75.

⁴ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, 1998, *op. cit.*

⁵ Pour Séville et Cadix, se reporter aux travaux de Philip Hauser, Juan Luis Morales Gonzalez et aux articles de l'Annuaire de la « Dirección General de Sanidad » précédemment cités. Pour Santander, se référer à la monographie du docteur Clavero del Campo de 1934, *La mortalidad por tuberculosis en Santander. Estudio estadístico-epidemiológico*, *op. cit.*

⁶ RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*. Conferencia dada en la Sociedad de Ciencias de Málaga el 2 de marzo, Tip. de « El Ultimo », Málaga, 1903.

Muñoz Redondo notamment. Dans son étude sur la ville de Saragosse¹, celui-ci décrit le contraste saisissant entre « el Zaragoza Viejo » et « el Zaragoza Nuevo ». Dans les données de 1923², Saragosse apparaît comme une ville relativement peu affectée par la maladie, et le « désengorgement » de la ville semble avoir eu un impact positif. En dehors de l'exemple de Saragosse, nous pouvons dire sans trop nous avancer que la plupart des petites villes n'ont pas véritablement changé de visage entre 1860 et 1930, de la même manière, la croissance de Madrid, différente de celle de Barcelone, pourrait également expliquer en partie le fait que la capitale du royaume se trouve dans une position moins confortable du point de vue de la maladie que sa rivale catalane³.

Même si la salubrité de Barcelone est parfois très fortement remise en cause⁴, cette croyance en une ville plus saine permet aux médecins d'expliquer la relative bonne position de la capitale catalane dans les statistiques démographiques et sanitaires.

Le second élément mis en avant par les historiens pour expliquer le différentiel surprenant entre mortalité tuberculeuse dans les petites et grandes villes est celui d'une lutte antituberculeuse plus efficacement menée dans les villes les plus grandes⁵.

Pour le médecin de Santander, Clavero del Campo :

*« debe hacerse notar la destuberculización de Barcelona donde parece que la epidemia ha sido influenciada por factores inespecíficos y por una lucha antituberculosa eficazmente dirigida. »*⁶

¹ MUÑOZ REDONDO, M., *Profilaxis de la tuberculosis en Zaragoza*, Imp. Andrés Hermanos, Saragosse, 1897, 64 p.

² MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, pp. 272-273., *op. cit.*

³ GUARDIA-BASSOLS, Manuel, MONCLÚS, Francisco Javier, OYON, José Luis (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, Salvat, Barcelone, 1992.

⁴ L'inspecteur provincial Aniceto Bercial n'est absolument pas de l'avis de ses collègues lorsqu'il résume l'état sanitaire de Barcelone pour l'Annuaire de la Dirección General de Sanidad en 1923. Pour lui : « *en esta opulenta ciudad no se halla la higiene a la altura que corresponde a su grandiosidad y al lujo y ostentación que por todas partes proclaman las manifestaciones externas de su riqueza* » article sur Barcelone rédigé par Aniceto Bercial, dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, *op. cit.*, p. 57.

Dans sa thèse sur l'assainissement du sous-sol barcelonais, Francisco de Assis da Costa montre que dans les années 1920, le réseau d'égout barcelonais n'est pas tout à fait mis en place. ASSIS DA COSTA, Francisco de, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, thèse dirigée par GUARDIA BASSOLS, Manuel, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelone, 1999.

⁵ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, 1998, *op. cit.*

⁶ CLAVERO DEL CAMPO, G. 1934, *op. cit.*, « *il faut mettre en avant la détuberculisation de Barcelone où il semble que l'endémie a été influencée par des facteurs non spécifiques et par une lutte antituberculeuse dirigée efficacement* »

En 1925, le « Real Patronato Antituberculoso » publie un résumé statistique de la campagne de lutte antituberculeuse de l'organisme de 1924-1925¹. Le nombre de personnes assistées dans les deux principales villes du pays correspond à plus de la moitié des malades soignés par le Real Patronato², pour deux villes qui ne représentent approximativement que 35% de la population urbaine à l'époque. Les malades madrilènes assistés dans les dispensaires du Real Patronato représentent 3,74% de la population de la ville. A Barcelone, ils représentent 3,69% de la population de la ville, beaucoup plus si l'on ajoute les malades suivis par le dispensaire principal de la ville qui est à cette époque géré par la « Diputación Provincial », et non pas par le « Real Patronato ». Par opposition, les malades soignés à Séville représentent moins de 2% de la population de la ville³.

En 1940, le docteur Llopis Llorente revient sur sept années de lutte antituberculeuse menée par le dispensaire de l' « Instituto provincial de Sanidad » de Valence⁴. Selon lui, à Valence, la réduction de la mortalité tuberculeuse doit être attribuée au travail très efficace réalisé par son dispensaire. En effet, la chute de la mortalité générale par maladie infectieuse est moins accusée que celle de la mortalité tuberculeuse. Ce décalage montre bien que si Valence fait partie des villes les moins tuberculeuses du pays, ce n'est pas parce qu'elle a fait des progrès en matière sanitaire, c'est surtout parce que les acteurs ont su mettre en place un système de prévention et de soins efficace.

A Valence, comme à Madrid et Barcelone, l'effort pour lutter efficacement contre la maladie a porté ses fruits pour les médecins, et c'est là l'un des facteurs essentiels pour expliquer le faible impact relatif de la tuberculose dans ces villes.

A l'époque de la réalisation des statistiques, les grandes villes ont déjà fait un effort conséquent en matière d'équipement sanitaire et de lutte contre la maladie. Mais si ces éléments permettent d'expliquer le différentiel de mortalité entre grandes et petites villes, il nous faut néanmoins y apporter une nuance. Dans leurs monographies médicales les médecins réalisent des travaux d'épidémiologie spatiale et sociale qui parfois démontrent que les forts taux de tuberculose peuvent s'expliquer par des situations particulières, propres à chaque

¹ ANONYME, « Resumen estadístico de la labor antituberculosa del Real Patronato, durante el primer año de su existencia », *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924-1925*, Publ. del Real Patronato Antituberculoso de España, año primero, Madrid, 1925.

² 51,69% des malades assistés dans un dispensaire du Real Patronato Antituberculoso sont madrilènes ou barcelonais.

³ Voir les tableaux en annexe.

⁴ LLOPIS LLORENTE, R., *Dispensario del Instituto Provincial de Sanidad de Valencia. Siete años de labor (mayo 1933-diciembre 1939)*, PNA, Valence, 1940, 72 p.

ville. Dans leur étude sur les statistiques de mortalité par maladies infectieuses, les auteurs Andrew Cliff, Peter Haggett et Matthew Smallman-Raynor ne retiennent qu'une seule ville en Espagne, Santa Cruz de Tenerife, qui, selon eux, est la seule du pays dont les données disponibles sont exploitables¹. Mais à ce choix très pragmatique, nous pouvons opposer une réflexion plus qualitative. En 1936, le docteur Cervia du dispensaire de Santa Cruz étudie minutieusement la mortalité tuberculeuse dans la ville². Celle-ci est supérieure à la moyenne espagnole et ce malgré un accroissement des moyens de lutte. Il en trouve la raison après avoir observé la distribution par quartier de la maladie. Les secteurs les plus touchés sont les quartiers riches, bien exposés et dans un état sanitaire plutôt irréprochable. En réalité, depuis le XIX^{ème} siècle Santa Cruz est réputée pour son bon air purificateur, les malades aisés des autres villes d'Espagne vont donc faire leur cure de repos et de soleil là-bas, et nous les retrouvons justement dans ces quartiers favorisés si mortifères. Si Santa Cruz de Tenerife se distingue parmi les villes les plus touchées par la mortalité tuberculeuse, c'est avant tout lié à cet apport de population malade supplémentaire.

Une conclusion similaire est présente dans l'article de Amado García Bourlié sur Cadix dans l'Annuaire de 1923³, non pas pour la tuberculose, mais pour la vérole cette fois. L'espace responsable de cette maladie est le port avec les activités humaines qu'il engendre, puisque cela provoque une population mouvante, passant par Ceuta et Jerez, multipliant les occasions de contagion. Cet apport de population nombreuse et peu fiable d'un point de vue sanitaire est une constante dans les discours des médecins pour expliquer des taux de maladie élevés. En Galice, et plus particulièrement à La Corogne, la responsabilité de l'infection tuberculeuse est très facilement rejetée sur les nouveaux arrivants, ces anciens migrants qui reviennent d'Amérique Latine lorsqu'ils n'ont pu y faire fortune. D'après le médecin galicien Plácido Peña Novo, les médecins de la marine civile constatent que la tuberculose affecte entre 60 et 80% de cette grande masse urbaine⁴. La ville met même en place des quarantaines obligatoires. Par ailleurs, il est intéressant de constater que de l'autre côté de l'océan, c'est le

¹ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, 1998, *op. cit.*, « data quality », p. 67.

² CERVIA, T., *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Volumen II, año 1935*, Tip. Católica, Santa Cruz de Tenerife, 1936, 141 p.

³ Paragraphe sur Cadix rédigé par Amado García Bourlié, « Première section : Actuation sanitaire, chapitre 2, Santé publique intérieure », dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, p. 62, *op. cit.*

⁴ PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

même argument qui est utilisé : les migrants venus de Galice sont tenus pour responsables de la tuberculose et sont souvent mis en quarantaine dès leur arrivée¹.

Ces exemples tendent à montrer que la mortalité par tuberculose est parfois déconnectée des conditions de morbidité de la ville. Cependant, selon les données disponibles, la maladie touche plus facilement les petites villes que les deux capitales, ce qui s'explique avant tout par une meilleure efficacité conjointe des mesures sanitaires et de lutte médico-sociale à Madrid et à Barcelone. Plus encore, c'est Barcelone qui semble la plus favorisée par rapport à Madrid. Pourtant, le système de lutte médicale à Barcelone s'intègre dans un système mis en place par la Mancomunitat de Catalunya au début des années 1920, système commun, en théorie, à toute la région catalane. Or, en 1923, Gérone est à la tête des villes les plus tuberculeuses d'Espagne, ce qui justifie un resserrement de notre analyse autour de l'espace catalan.

3. De l'exemple catalan à la théorie des phases de tuberculisation : un nouveau schéma de compréhension

En 1914, le gouvernement espagnol approuve le nouveau statut de la Mancomunitat de Catalunya, regroupement administratif des provinces catalanes. Devant les difficultés que rencontrent les municipalités, les « diputations provinciales » et l'Etat espagnol, à générer une politique sanitaire efficace, c'est la Mancomunitat qui fait un effort très important dans ce domaine, en se chargeant notamment de l'ancien « Servei d'Estudis Sanitaris », devenu « Servei de Sanitat de la Mancomunitat »². Par la même, la « Secció de Tuberculosi » du « Servei d'Estudis Sanitaris » devient le « Servei de Lluita Antituberculosa »³, donnant ainsi une orientation plus active aux études épidémiologiques dont il est chargé. Avec l'arrivée de Primo de Rivera au pouvoir et la dissolution de la Mancomunitat⁴, afin que la direction du service de lutte antituberculeuse reste décentralisée et ne soit pas confiée aux instances du « Real Patronato antituberculoso », c'est à la « Diputació de Barcelona » qu'est confiée le

¹ ZAIDA LOBATO, Mirta (dir.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud*, Biblos, Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, 1996.

² SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse de doctorat dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993.

³ Ou « Servei d'assistència social als tuberculosos ».

⁴ En 1923, le coup d'Etat de Primo de Rivera implique la dissolution de toute organisation catalane, la Mancomunitat cesse de fonctionner à partir de ce moment et disparaît officiellement en 1925. *Ibid.*

Service. La proclamation de la seconde République espagnole en 1931 permet la création de la Generalitat de Catalunya, qui reprend alors les fonctions de l'ancienne Mancomunitat en matière sanitaire¹. Durant toute cette période, et encore plus pendant les années républicaines, les revendications catalanistes se renforcent dans tous les domaines. Dans ce contexte, les protagonistes de l'époque entrent également dans cette logique autonomiste, la plupart du temps de leur bon gré. Les phthisiologues, tout comme les acteurs de la santé publique en général prennent de plus en plus en compte l'échelle catalane dans leurs travaux, ce qui rend notre étude de la mortalité tuberculeuse à l'échelle régionale d'autant plus justifiée. De plus, la Catalogne semble être un observatoire particulièrement intéressant pour comprendre les facteurs de la maladie, puisqu'on y retrouve à la fois Gérone, capitale de province la plus touchée par la tuberculose, Barcelone, avec des taux de mortalité relativement élevés et Tarragone ou Lérida, qui font parties au contraire des villes les moins affectées².

Dans un premier temps, nous ferons un rapide état des lieux de la mortalité en Catalogne à partir des études statistiques réalisées par les contemporains. Ensuite, nous essayerons de comprendre comment le médecin responsable du Service de lutte antituberculeuse explique cette répartition spatiale différentielle de la maladie, pour enfin étudier les solutions proposées à partir de ces nouvelles théories.

- *Les villes catalanes face à la maladie*

La Catalogne est le premier espace qui commence à se préoccuper de la contagion, avec les Baléares. C'est en effet ce que nous décrivent les textes de Georges Sand³, c'est également ce que montrent les deux premiers décrets rendant obligatoire la déclaration de la maladie par les médecins, à Majorque d'abord en 1569, puis à Barcelone en 1731⁴. Lorsqu'en 1941 le docteur Crespo Alvarez évoque les réformes ultra-contagionistes prises en Espagne, qui selon

¹ HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDÈVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004.

² Selon Lluís Sayé : « Se cumplen en Cataluña las grandes leyes epidemiológicas de la tuberculosis. Las cifras más altas se obtienen en las grandes aglomeraciones urbanas » SAYE SEMPÈRE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

³ « L'espagnol est ignorant et superstitieux; par conséquent il croit à la contagion, il craint la maladie et la mort, il manque de foi et de charité. » Georges Sand *Un Hiver à Majorque*, citée par GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIXème et XXème siècle*, Aubier Montaigne, Bordeaux.

⁴ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, op. cit.

lui valent à son pays d'être considéré comme « la antorcha del mundo »¹, ou précurseur en matière de lutte antituberculeuse ; il n'oublie pas d'évoquer les quelques exagérations, commises uniquement dans les provinces catalanes. Ces déclarations, caractéristiques d'un anti-catalanisme courant à l'époque, mettent tout de même en avant l'importance attachée très tôt aux conceptions dites « modernes » de la lutte contre la maladie dans l'espace qui nous occupe. Il est possible encore, que ces mesures extrêmes puissent jouer dans la bonne opinion que les médecins du début XX^{ème} siècle ont de l'état sanitaire de la Catalogne et de Barcelone en particulier. Deux siècles après les premiers décrets, la contagion est toujours d'actualité, et la Catalogne s'illustre encore en matière d'organisation de la lutte contre les maladies avec ses services sanitaires régionaux. Pourtant, les villes catalanes sont loin d'être égales face aux maladies infectieuses, et encore moins face à la tuberculose. Dans l'annuaire de la « Dirección General de Sanidad » de 1923², les quatre capitales de provinces ont des taux de mortalité par tuberculose bien différents. Alors que Gérone est sans contexte la ville espagnole la plus affectée par la maladie, Lérida est au contraire la moins touchée. Tarragone fait partie également des villes les plus favorisées du pays du point de vue de la mortalité tuberculeuse³. Nous retrouvons la même hiérarchie en ce qui concerne la mortalité par maladie infectieuse en général⁴. Par contre, alors qu'à Barcelone la tuberculose n'est la cause que de 40,10% des décès par maladie infectieuse, à Lérida et Tarragone elle représente respectivement 48,65 et 62,22% de la mortalité générale. La fièvre typhoïde, particulièrement meurtrière à Barcelone explique ce faible taux relatif pour la capitale de la région. Pour les deux autres villes, les proportions se rapprochent de la moyenne des villes espagnoles, et tendent donc à nous faire penser que contrairement à Gérone où 64,52 % des décès sont tuberculeux, il n'y a pas, pour Lérida et Tarragone de facteurs spécifiques qui justifient la mortalité tuberculeuse. A l'inverse la maladie semble plutôt liée à des facteurs d'ordre général, auxquels sont sensibles toutes les autres maladies infectieuses.

Même si Gérone est la ville plus affectée d'Espagne, le commentaire de l'inspecteur provincial sur cette ville dans l'annuaire de 1923 ne s'attarde pas longuement sur la tuberculose. Il relève simplement la très forte mortalité liée selon lui à l'absence de

¹ « Le flambeau du monde » dans CRESPO ALVAREZ, Antonio, *La lucha social contra la tuberculosis. España antorcha del mundo*, Ed. Abelló, Madrid, 1941.

² MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, pp. 272-273, *op. cit.*

³ Alors que le taux de mortalité par tuberculose (toutes formes confondues) des villes espagnoles est en moyenne de 21,04 pour dix mille habitants, ceux des capitales de provinces catalanes sont respectivement de : 46,83 pour Gérone, 20,41 pour Barcelone, de 13,40 pour Tarragone et de 12,14 pour Lérida. *Ibid.*

⁴ En 1923, 51,04 personnes décèdent par maladie infectieuse pour dix mille habitants dans les villes espagnoles, contre 86,40 à Gérone, 52,49 à Barcelone, 31,74 à Tarragone et 28,68 à Lérida. *Ibid.*

dispensaire et de sanatorium dans la province¹. Par contre, d'un point de vue général, l'auteur insiste sur les réseaux d'approvisionnement en eau et d'assainissement qui font cruellement défaut dans la ville.

Dans les années 1930, le problème de Gérone n'est pas encore réglé, même s'il semble s'être réduit en intensité. Le docteur Josep Barjau, nommé responsable en 1930 du sanatorium de l'Esperit Sant, compare la mortalité par tuberculose pulmonaire à Barcelone, soit 12,14 pour dix mille habitants avec celle de Girona, soit 27,87 pour dix mille habitants². Cet écart est également observé par le responsable de l'organisation de la lutte antituberculeuse nommé par la Generalitat, Lluís Sayé Sempere³. Grâce à une étude du « Padró sanitari », casier sanitaire mis en place pour cette ville par le docteur Pascual, Lluís Sayé conclut au caractère extrême que prend l'endémie à Gérone pendant les trente premières années du XX^{ème} siècle. En 1934 il avance le chiffre de 34 décès tuberculeux pour dix mille habitants. C'est le chiffre le plus élevé d'Espagne, c'est le double de Barcelone, c'est le triple de Tarragone et Lérida. Bien que certains médecins aient essayé d'expliquer ce taux extrêmement élevé par le retour des émigrés en France pour se faire soigner dans les hôpitaux proches de la frontière, pour Lluís Sayé cet argument n'est pas recevable⁴. Pour lui, ce chiffre élevé est « l'expression authentique de ce qui passe dans la ville », et la cause principale de la maladie est :

« l'habitació antihigiènica, la manca de bons dretnages el subsol i en general la manca de grans millores urbanes »⁵.

Pour le même médecin, cette insalubrité caractéristique de la ville s'explique par l'apparition d'un petit centre industriel qui s'est développé sans contrôle sanitaire⁶. Tout en replaçant les facteurs aggravants la maladie dans le cadre d'un afflux de population lié à l'industrialisation, Lluís Sayé fait également référence à une théorie assez peu développée par les médecins

¹ Article sur Gérone de l'inspecteur provincial Mariano Sainz, dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, *op. cit.*, pp. 81-84.

² BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*. En : Pascual Briffa, Gerard. *Societat Medico-Farmacèutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona. Conferència donada a l'Ajuntament de Girona el dia 25 d'Abril de 1934*, s.i., s.l., 1934, 14 p.

⁴ Théorie avancée par le docteur Viñas Cabot, citée par Lluís Sayé, *Ibid.*, p. 8.

⁵ « L'habitat antihigiènic, l'absence d'un bon drainage du sous-sol et en général l'absence de grandes améliorations urbaines. » *Ibid.*, p. 8.

⁶ « *El caso de Gerona resulta de una ciudad donde se ha desarrollado un pequeño núcleo industrial sin control sanitario eficiente* » dans SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, pp. 58-71.

espagnols : celle d'une proto-industrialisation qui, par ses caractéristiques plus désordonnées serait plus dangereuse pour la santé des urbains que l'industrialisation massive d'une ville comme Barcelone.

Pourtant, malgré les bonnes volontés dont semblent faire preuve les médecins géronais, il est également possible que la ville ne dispose toujours pas de service ni d'établissement de lutte efficaces contre la maladie. Si la Mancomunitat tente d'implanter des services et des dispensaires, sa dissolution sous la dictature, ses fonctions sont transposées à la « Diputación » de la province de Barcelone. Cela tend à nous faire penser que l'espace géographique concerné par les réformes reste la province de la capitale régionale. Cependant, à Lérida et Tarragone, peu de moyens sont mobilisés de la part de la région pour lutter contre les maladies et pourtant les taux de mortalité sont très peu élevés. Mais il est également possible que le manque de données disponibles induise à minimiser le poids de la maladie dans ces zones, alors qu'à Gérone, le casier sanitaire tendrait au contraire à l'exagérer.

Si nous faisons abstraction de ces limites liées à la partialité des sources disponibles, la Catalogne semble illustrer à merveille les théories développées dans le paragraphe précédent : la grosse ville Barcelone a un taux de mortalité tuberculeuse élevée mais Gérone, ville moyenne qui s'est développée d'un coup, atteint des taux records. Les villes qui ont des caractéristiques plus rurales sont quant à elles peu affectées.

- *La théorie des phases de tuberculisation*

Pour expliquer ces contrastes entre les villes, le docteur Lluís Sayé développe une théorie, à partir du corpus d'études statistiques qu'il constitue grâce à son poste dans la Mancomunitat puis dans la Generalitat¹. Selon lui, il faut distinguer plusieurs phases de tuberculisation successives. La différence entre les villes vient du simple fait qu'elles ne se trouvent pas toutes dans la même phase. Cette théorie permet de classer aisément les villes et bien sûr de proposer par la suite une lutte standardisée adaptée à chaque cas, applicable sur l'aire géographique qui le concerne, la Catalogne.

Dans l'ordre chronologique, la première phase est celle de la pré-tuberculisation massive. Il s'agit des zones, villes ou pays en fonction de l'échelle choisie, qui ont encore un taux de

¹ SAYE SEMPÈRE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España, 1933, op. cit.*

mortalité par tuberculose assez faible et plutôt stable¹. Ce sont des espaces qui n'ont pas encore expérimentés de grand bouleversement dans l'organisation productive locale, comme c'est le cas d'une province comme Albacete, l'une des moins affectées par la maladie. C'est également dans cette phase que se trouvent les zones rurales catalanes, ainsi que les deux villes Lérida et Tarragone².

La phase suivante est celle de la tuberculisation massive, qui correspond avec l'industrialisation des zones jusqu'alors pré-tuberculeuses :

« La fase de tuberculizació es produeix consecutivament a fets d'urbanisme, a la creació de noves indústries determinant l'èxode de grans masses humanes del camp a la ciutat, o a regions amb mortalitat molt baixa per tuberculosi »³.

Les zones dans cette phase se caractérisent par des taux de mortalité infantile due à la tuberculose particulièrement élevée, avec une mortalité par tuberculose entre vingt et quarante pour dix mille habitants qui augmente en flèche⁴. En 1930, Gérone est dans cette phase depuis presque trente ans, tout comme Séville, Cadix, Santander, Bilbao, et bien d'autres villes espagnoles⁵.

La dernière phase est plus heureuse, c'est celle de la dé-tuberculisation, qui peut être à la fois authentique ou accidentelle, mais généralement liée à une amélioration sanitaire et surtout à une prise en charge médicale efficace. La courbe de la mortalité tuberculeuse décroît alors sensiblement, comme c'est le cas pour Barcelone, qui entre 1900 et 1932 a vu son taux de tuberculose passer de trente deux à quatorze pour dix mille habitants⁶. Madrid et Saint Sébastien font également partie des zones en phase de dé-tuberculisation. Une caractéristique essentielle de cette phase est la décroissance proportionnellement importante de la mortalité infantile.

Cette théorie, basée sur les observations statistiques de Lluís Sayé et du Service d'Etudes sanitaires⁷, permet de donner un sens logique à la simple constatation de la mortalité

¹ *Ibid.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

³ « La phase de tuberculisation massive se produit consécutivement à des faits d'urbanismes, à la création de nouvelles industries qui déterminent l'exode de grandes masses humaines depuis la campagne jusqu'à la ville, ou depuis des régions avec des taux de mortalité par tuberculose très bas. » *ibid.*, p. 2.

⁴ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

⁶ *Ibid.*

⁷ « Servei d'Estudis Sanitaris » de la Mancomunitat jusqu'en 1920.

différentielle. Par ailleurs, cette théorie est avant tout développée à l'échelle des pays, et pour le médecin, l'Espagne urbaine est encore en phase de tuberculisation massive, à l'exception de quelques villes, déjà citées qui sont finalement les plus industrialisées du pays. Les différences entre les villes, zones, ou espaces par rapport à la maladie sont donc mises en relation avec la fameuse « marche du progrès ». La tuberculose se développe avec le progrès de la civilisation, et elle disparaît de même, avec « l'avancée de l'ordre économique social »¹

*« La ciutat és el primer que es tuberculitza i es destuberculitza, perquè si bé en una fase del seu desenvolupament representa les condicions higièniques més desfavorables, més tard el progrés e la higiene urbana veu desapareixer els factors de tuberculització. »*²

En ce sens la maladie apparaît comme un passage obligé, inhérent à l'entrée dans le « monde moderne » pour une ville ou un pays.

L'autre élément notable de cette démarche est que cette évolution est uniquement basée sur l'étude du microbe. En effet, ce qui marque le passage de la seconde à la troisième phase est la chute de la mortalité infantile, et le maintien d'une mortalité qui touche préférentiellement les adultes de 20 à 50 ans³. Or, alors que la mortalité des enfants en bas âge est caractéristique d'une infection, celle des adultes en principe bien portants est caractéristique d'une inégalité situationnelle, et c'est cette inégalité qui permet de parler de maladie sociale. L'amélioration de la situation dans la phase trois n'est pas liée au nivellement des inégalités face à la mort qui signifierait rabaisser la maladie sociale au rang de maladie infectieuse simple. L'amélioration passe par une réduction de la présence du bacille. De la même manière, la très forte tuberculisation de la phase deux est liée à l'infection de population venant des zones rurales, qui n'avait jamais été exposée, et qui par conséquent était beaucoup moins résistante au bacille. La décroissance de la maladie en phase trois passe donc également par le développement d'une résistance au microbe et un prolongement du temps de vie des malades avec les traitements médicaux.

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

² «La ville est à la fois le premier endroit où se développe la tuberculose et le premier endroit où elle disparaît. Parce que si dans une phase de son développement elle représente les conditions d'hygiène les plus défavorables, plus tard, le progrès et l'hygiène urbaine font disparaître les facteurs de tuberculisation. », *Ibid.*, p. 3.

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

Pour compléter cette analyse, le médecin s'attache à comprendre d'où vient justement l'infection. S'agissant d'un microbe, la tentation est forte d'essayer de comprendre comment il s'est multiplié et de rechercher le point de départ de la maladie. Dans un premier temps, Lluís Sayé observe la répartition de la mortalité à l'échelle du pays et conclut à un mouvement depuis les provinces extérieures vers les provinces intérieures¹. L'explication la plus évidente est bien sûr l'immigration américaine, ou le retour des espagnols devenus tuberculeux en Amérique. Mais cette idée n'intéresse pas très longtemps le médecin. Pour lui, la maladie qui naît de la civilisation moderne naît donc en ville, puis se répand dans les campagnes.

« Cuando la tuberculosis se difunde masivamente en una ciudad, las primeras víctimas son los niños, los adolescentes, la mujer y después los hombres de todas edades. Constituido así el foco más virulento en los barrios más pobres de la ciudad se extiende a los más ricos, y cuando toda la ciudad esta tuberculizada, se difunde al medio rural más próximo... »²

A cause de l'immigration massive de population rurale vers la ville, celle-ci reste un foyer de tuberculose, un « réservoir » où se conserve la maladie avant qu'elle ne se diffuse dans les campagnes.³

Nous retrouvons cette idée de diffusion de la maladie chez les historiens Andrew Cliff, Peter Haggett et Matthew Smallman-Raynor⁴. En effet, à partir des données numériques disponibles les auteurs ont essayé de réfléchir au mode de diffusion des maladies infectieuses. L'analyse complexe de ces chercheurs fini par démontrer que les infections se diffusent depuis les centres anciens des grandes villes jusqu'aux campagnes, en utilisant les petites villes comme « porte d'accès », c'est-à-dire comme relai⁵. Le point de départ de l'infection se trouve donc dans les très grandes villes qui fonctionnent comme des « réservoirs » permanents de l'infection⁶.

¹ « se apreciará cómo a excepción de Madrid la tuberculosis pulmonar se distribuye por la periferia amenazando difundirse hacia las zonas indefensas del interior. », *Ibid.*, p. 60.

² « Lorsque la tuberculose se diffuse massivement dans une ville, les premières victimes sont les enfants, les adolescents, la femme et ensuite les hommes de tout âge. Une fois que le foyer le plus virulent est constitué dans les quartiers les plus pauvres de la ville, la maladie s'étend aux quartiers riches et quand toute la ville est tuberculeuse, elle se diffuse dans l'espace rural le plus proche. », *Ibid.*, p. 5.

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

⁴ CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, 1998, *op. cit.*

⁵ « From city to city and from city an town into rural hinderlands. », *Ibid.*

⁶ « Some very large cities act as permanent reservoirs of infection. », *Ibid.*

Il est tentant d'adhérer à cette théorie, qui permet d'expliquer logiquement la maladie à la fois d'un point de vue médical et social, bien que ce dernier aspect soit largement délaissé par Lluís Sayé. Mais la recherche d'un épicode hypothétiquement situé dans les zones les plus insalubres des grandes villes est plus facile lorsqu'il s'agit d'une épidémie que d'une endémie. Or, c'est bel et bien le cas de la tuberculose. D'ailleurs, si le schéma de diffusion semble valable pour les maladies infectieuses épidémiques, il n'est pas tout à fait valable pour la tuberculose qui se comporte différemment selon les calculs des historiens¹. Ce décalage s'explique sans doute par le fait qu'il est difficile de trouver le point de départ d'une endémie.

Mais pour Lluís Sayé, la grande ville est surtout une expression ou un avatar de la fameuse « civilisation moderne », qui passe par l'industrialisation et qui s'étend sur tout le territoire. Le développement de la maladie provoqué par la diffusion du bacille est lié à la grande marche du progrès, tout comme la guérison, qui passe par l'élimination du microbe, l'amélioration des conditions de vie conséquence logique de la bonne marche du progrès. Le médecin ne remet pas en cause « l'ordre économique établi » contrairement à de nombreux collègues, et c'est sans doute ce qui lui a permis d'avoir un auditoire aussi important.

- *Le rôle de Lluís Sayé dans la lutte antituberculeuse*

Lluís Sayé est la figure clé pour comprendre la lutte antituberculeuse dans les trente premières années du XXème siècle. Son parcours, jusqu'en 1936, est exemplaire et marque durablement l'histoire de la phtisiologie². Il est avant tout un médecin du système public, puisque pendant l'entre-deux-guerres il dirige quatre services : le service de phtisiologie de l'hôpital « Clínic », le Service d'Assistance de la Mancomunitat, l'œuvre Universitaire Antituberculeuse et enfin la section de phtisiologie de la Quinta de Salud l'Alianza, une mutuelle³. Ses collaborateurs les plus proches le décrivent comme un homme infatigable et son engagement dans la lutte contre la tuberculose est perceptible sur tous les fronts. D'abord il réalise un immense travail de divulgation scientifique. Il fonde la revue « Archivos Españoles de Tisiología » en 1919, multiplie les publications, donne des cours à l'université

¹ *Ibid.*

² CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, Hacer Historial, Barcelone, 1999.

³ *Ibid.*

de médecine¹. Mais sa grande œuvre consiste avant tout en l'organisation de la lutte antituberculeuse à échelle régionale. Selon son collaborateur le plus direct, le docteur Seix :

« *Sayé ha de ser considerat com el veritable artífex de l'organització integral de la lluita contra la tuberculosi a Espanya a nivel oficial.* »²

Dans son Histoire de la Pneumologie en Catalogne³, Raimon Cornudella tient le même discours, en précisant que cette action « créatrice » est avant tout basée sur l'organisation autour de l'œuvre universitaire, sorte de laboratoire organisationnel expérimental, de l'introduction du vaccin BCG et surtout de la mise en place du Service d'Assistance aux tuberculeux de la Generalitat.

« *El gran mèrit de Lluís Sayé ha estat el de ser el veritable creador de la lluita Antituberculosa al nostre país amb la impulsió del Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos de Catalunya, la introducció de la vacuna BCG i l'obra Antituberculosa Universitaria* »⁴.

En 1918, lors de la création du « Servei d'Estudis Sanitaris », Lluís Sayé est nommé à la tête de la section de la tuberculose. Cette section qui dans un premier temps a comme objectif d'étudier l'impact de la maladie sur la région devient en 1920 le « Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos de Catalunya »⁵, démontrant ainsi la volonté de lutter efficacement contre la maladie. Si dans un premier temps Lluís Sayé est chargé par la Mancomunitat de réaliser une étude statistique pour établir un plan de lutte antituberculeuse, l'assistance devient rapidement son objectif tant principal qu'immédiat. Les efforts du médecin se concrétisent un an plus tard, avec l'inauguration d'un dispensaire central situé au Poble Sec, dans la rue Radas, dispensaire dont il sera le Directeur jusqu'en 1936⁶. Dans cet établissement, la reconnaissance des malades et la constitution d'un corpus de données pour l'étude théorique va de pair avec l'assistance directe. Pour ce travail il est assisté par le docteur Seix. Pendant les années 1920, malgré ses séjours en Argentine pour des conférences, Lluís Sayé amasse des

¹ CORBELLA, Jacint, « L'obra científica del doctor Lluís Sayé i Sempere (Barcelona, 1888-1975) », *Gimbernat*, vol. 20, Barcelone, 1993, pp. 143-163.

² « Sayé doit être considéré comme le véritable artisan de l'organisation intégrale de la lutte contre la tuberculose en Espagne, au niveau officiel. », Docteur Tomás Seix dans SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, 1993, *op. cit.*, p. 263.

³ CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

⁴ « Le grand mérite de Lluís Sayé a été d'être le véritable créateur de la lutte antituberculeuse dans notre pays avec l'impulsion du Service d'Assistance Sociale aux tuberculeux de Catalogne, l'introduction du vaccin BCG et l'Œuvre Antituberculeuse Universitaire. », *Ibid.*

⁵ Egalement appelé Servei de Lluita Antituberculosa.

⁶ CORBELLA, Jacint, « L'obra científica del doctor Lluís Sayé i Sempere (Barcelona, 1888-1975) », 1993, *op. cit.*

informations, visite des établissements européens afin d'élaborer un plan d'action efficace¹. L'occasion de le mettre en pratique lui est donnée en 1931, sous la Seconde République et avec le retour de la Generalitat². Le rôle de Lluís Sayé devient alors plus important, comme le démontre en 1930 sa nomination comme président de la Société de Phtisiologie qu'il vient lui-même de fonder³. Directeur du dispensaire central devenu incontournable dans la lutte contre la maladie à Barcelone, il essaye alors sans relâche d'intéresser les acteurs politiques à la nécessité de financer une lutte efficace contre la maladie. Son plan de lutte contre la maladie s'articule autour d'un nouveau dispensaire central dont il obtient le financement grâce notamment à l'appui des dirigeants. Il faut dire que le médecin est très proche du parti d'Esquerra Republicana Catalana au pouvoir à cette époque. Par ailleurs, il semble qu'il sache très bien trouver des appuis, ses liens de sociabilité avec Josep Macià président de la Generalitat, Jaume Aiguader médecin devenu maire de Barcelone en 1931 et surtout avec le docteur Josep Dencàs, conseiller de santé publique à la Generalitat en 1932 ne sont pas un secret. De plus, Lluís Sayé sait également très bien orienter son discours selon l'air du temps. Si en 1924, sous Primo de Ribera la lutte contre la maladie doit avant tout être menée à échelle nationale⁴, en 1934 par contre Lluís Sayé soutient volontiers les tentatives de créer un service sanitaire catalan autonome⁵.

Avec l'importance accrue de son rôle au sein du système de lutte, ce sont ses orientations thérapeutiques qui deviennent la règle. Dans ce domaine, le médecin est encore considéré à l'heure actuelle comme un véritable visionnaire par les spécialistes de la tuberculose surtout pour avoir très tôt adhéré et adopté le principe de la vaccination⁶. Dans les années 1930 Lluís Sayé entretient des liens serrés avec Albert Calmette, il se déplace lui-même en France pour ramener des vaccins, alors qu'encore aucun établissement espagnol n'a recours à cette solution. Par ailleurs, il semble bien qu'il ait fortement contribué à l'implantation de la vaccination dans les dispensaires du pays pendant cette période. Cette quasi obsession pour la vaccination démontre que chez lui la maladie est avant tout abordée comme un problème médical et non pas comme un problème social. Si dans ces cours à l'université Lluís Sayé

¹ Le fonds de documentation du docteur Lluís Sayé, déposé aux Archives Nationales de Catalogne, contient des analyses statistiques mais surtout un très grand nombre de coupures de journaux européens contenant des articles sur la lutte antituberculeuse. Fonds du docteur Lluís Sayé, cartons 1 à 5, ANC.

² HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*

³ CORBELLA, Jacint, « L'obra científica del doctor Lluís Sayé i Sempere (Barcelona, 1888-1975) », 1993, *op. cit.*

⁴ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

⁶ C'est ce qui est apparu lors d'un entretien avec Neus Altet i Gomez, responsable de « l'Unitat de prevenció i Control de la Tuberculosi de Barcelona », en 2011.

explique aux étudiants le lien entre morbidité tuberculeuse et mauvaises conditions de vie¹, en pratique c'est autour de l'élimination du bacille que se concentre sa démarche. Cette logique est parfois critiquée à l'époque mais elle est surtout applaudie chez les élites dirigeantes. Elle évacue la responsabilité sociale et a un autre atout de poids : elle correspond tout à fait aux méthodes considérées comme les plus modernes dans l'Europe modèle, Angleterre, Allemagne et France.

Si le poids de l'œuvre de Lluís Sayé est encore sensible de nos jours dans les services antituberculeux de Barcelone, sa carrière au sommet fut, elle, de courte durée. En 1936 quand éclate la guerre civile et la révolution sociale, le médecin s'exile en France, puis se réfugie en Amérique après la défaite républicaine. Son retour à Barcelone en 1951 n'est pas particulièrement bien perçu et il termine sa carrière en tant que médecin dans le dispensaire qu'il a lui-même contribué à créer, sous la direction de son ancien disciple. Pendant l'exil et jusqu'à sa mort en 1975, il continua à défendre la vaccination obligatoire par le BCG². Précisons qu'aujourd'hui le dispensaire central de la rue Torres Amat est devenu un Centre d'Assistance Primaire, et porte son nom.

- *Hierarchiser les priorités, réinventer la lutte antituberculeuse*

Ne remettant pas en question l'ordre établi, tout le travail prophylactique et social de Lluís Sayé consiste à aller dans le sens du progrès de la civilisation. Rien d'étonnant donc à ce qu'il privilégie des modes de lutte modernes qui se centrent sur le combat contre l'infection³. La statistique devient son arme primordiale, puisque pour faire face au problème médical d'une région il faut d'abord étudier ses caractéristiques épidémiologiques. Et une fois analysé l'état médical des villes, il s'agit pour le médecin de mettre en place un système de lutte qui corresponde le mieux à la situation.

Etant donné les caractéristiques démographiques et sanitaires de l'Espagne, il porte son choix sur le modèle dit français :

¹ Certains cours de Lluís Sayé ont été conservés par les architectes du GATCPAC. AH COAC.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *L'obra antituberculosa internacional. Discurs llegit en la sessió inaugural del curs 1963-1964*, Institut d'Estudis Catalans, Barcelone, 1965.

³ « Todo tuberculoso contagioso es el testigo de un ambiente infectado », SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

« *El método francés es el que creo más adaptable a nuestra situación.* »¹

A la différence du modèle anglais surtout basé sur le dispensaire et l'éducation sanitaire, ou du modèle allemand qui privilégie le sanatorium, le modèle français signifie une action conjointe du dispensaire et des hôpitaux-sanatoria.

Par ailleurs, pour le médecin une organisation antituberculeuse doit unifier tous les efforts et les diriger dans un même sens. Lluís Sayé ne rejette donc pas directement les efforts réalisés par des institutions privées, il souhaite au contraire les intégrer dans un système de lutte organisé autour du dispensaire central. Les institutions dirigées par des religieuses comme la Clinique Nostra Senyora de la Mercé² à Barcelone, ou les dispensaires blancs de la Caixa de Pensions³ font partie de l'organisation qui se met en place pour Barcelone. Mais le travail médical collaboratif mené par tous ces établissements entre dans ce que le médecin appelle les « moyens directs » de lutte. En effet, Lluís Sayé distingue deux types d'actions qui ont un effet bénéfique sur la chute de la mortalité par tuberculose, les actions directes et indirectes⁴. Celles-ci sont plus ou moins efficaces en fonction de la phase dans laquelle se trouve le pays ou la ville en question. Les moyens directs sont bien sûr ceux qui agissent directement sur la cause de la maladie, le bacille, et donc qui traitent le malade. Il s'agit du dispensaire, de l'hôpital, du sanatorium, avec ce qu'ils impliquent comme traitements médicaux. Les moyens indirects sont ceux qui agissent sur l'environnement et ont, comme leur nom l'indique, un effet indirect sur la maladie, effet qui n'en est pas moins réel. Ce sont les grands travaux d'assainissement menés par les municipalités, l'amélioration des logements urbains et ruraux, l'éducation à l'hygiène générale, l'enseignement de la phthisiologie à l'université, la législation antituberculeuse⁵, en bref toutes les armes traditionnelles de la santé publique.

L'efficacité de ces actions indirectes n'est absolument pas remise en question par le médecin, qui prend l'exemple reconnu de l'Angleterre pour démontrer qu'elles permettent de faire baisser considérablement la courbe de la mortalité tuberculeuse⁶. Plus encore, Lluís Sayé

¹ « Je crois que la méthode française est la mieux adaptée à notre situation », SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

² Aujourd'hui Hôpital Mare de Deu de la Mercé.

³ Les dispensaires blancs font partie de l'œuvre caritative de la Caixa de Pensions au début du XX^{ème} siècle. Ils ont été dirigés par Eduard Xalabarder, puis par son fils Conrad Xalabarder après la guerre civile.

⁴ Cette idée est développée dans plusieurs ouvrages du médecin, entre 1924 et 1934.

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

⁶ Lluís Sayé cite en particulier l'exemple de Framingham. Ibid. En 1934 le docteur Juan-José Carbajo Martín évoque également le fait qu'en Grande-Bretagne la mortalité tuberculeuse a chuté sans que l'on puisse l'imputer à de grandes œuvres médicales. CARBAJO MARTIN, Juan J., *La organización de la lucha antituberculosa en Gran Bretaña*, Gráf. Herrera, Madrid, 1934, 25 p. C'est également la conclusion de l'historienne Marjaana

explique que ces deux solutions n'ont pas les mêmes effets sur la maladie ; si les moyens directs permettent de contenir l'avancée de la tuberculose, les indirects sont ceux qui la font rétrocéder.

« *De los medios directos depende la contención de la endemia, de los indirectos el descenso de la misma* »¹.

Selon la phase dans laquelle se trouve la ville ou le pays, se sont les moyens directs ou indirects qui ont le plus d'effet. Mais il ne faut pas se méprendre sur les propos du médecin. Son objectif est d'enrayer la maladie, et il reste tout à fait certain que cela ne peut se réaliser qu'avec la réduction, voire la disparition du microbe. Son intérêt pour les moyens de lutte dits indirects ne signifie pas une prévalence de la lutte sociale sur la médicale, bien au contraire. Les moyens directs agissent sur le malade en prolongeant sa vie, les moyens indirects suppriment le microbe et l'infection.

Dans les zones en phase de tuberculisation massive, comme à Gérone, la campagne de lutte doit s'orienter vers la réduction de la contagion, en éloignant les malades, en protégeant les enfants par la vaccination, et en améliorant l'état de la ville². Une grande réforme urbaine est nécessaire à Gérone³, et c'est grâce à ces actions indirectes que dans un premier temps l'impact de la tuberculose va s'amenuiser. Selon les statistiques de Tomás de Benito⁴, Bilbao et Séville, qui sont en phase de tuberculisation massive d'après Lluís Sayé, ont en effet connu une baisse de la mortalité tuberculeuse entre 1926 et 1928. Dans d'autres études, Madrid et Barcelone ont vu leur taux de tuberculose baisser considérablement en trente ans⁵, mais sur une aussi courte période la chute de la mortalité n'est pas perceptible pour ces deux villes en phase de dé-tuberculisation. Cela peut s'expliquer puisque pour Lluís Sayé, dans cette phase il faut surtout privilégier des moyens de lutte directs qui par conséquent contiennent la maladie plus qu'ils ne la réduisent. Pour les villes en cours de dé-tuberculisation, l'action antituberculeuse se base donc sur l'assistance directe au malade, dans des lieux de soins de

Niemi dans son étude sur le système de santé publique anglais. NIEMI, Marjaana, *Public Health and Municipal Policy Making : Britain and Sweden, 1900-1940*, coll Historical Urban Studies, Ashgate, Royaume-Uni, 2007.

¹ « La contention de l'endémie dépend des moyens directs, son recul dépend des moyens indirects ». SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

³ « *Girona necessita una gran reforma urbana si vol prosperar i lliurar-se de la causa de pobresa que és la tuberculosi* », SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*, p. 11.

⁴ BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, pp. 93-214.

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

préférence. Par ailleurs, la lutte préventive avec la vaccination doit être intensifiée, afin d'améliorer les chances de résistance au microbe et donc d'éviter l'infection :

« Nous fets justifiquen la màxima difusió del BCG especialment indicat en la fase de destuberculizació que s'observa en alguns països per tal d'evitar nous brots epidemics. »¹

Enfin, pour les zones rurales, en voie de tuberculisation massive, il faut centrer toutes les énergies sur la prévention maximale. Ces provinces sont menacées par les réservoirs que constituent les villes les plus proches et les populations rurales qui ne connaissent pas assez bien la maladie ne disposent pas de résistance naturelle au microbe, il faut donc les protéger au moyen de la vaccination².

A tout ceci, le médecin ajoute qu'en Espagne les quelques réservoirs que constituent les grandes villes menacent une campagne qui est en voie de tuberculisation et que, par conséquent, l'organisation de la lutte antituberculeuse doit se concentrer sur l'action préventive et donc sur la vaccination. En pratique, en tant que responsable du service de lutte antituberculeuse de la Generalitat, c'est à l'échelle régionale que s'applique ce plan de lutte. Il est avant tout basé sur l'action directe, qui allie soins médicaux aux patients dans les deux grands foyers d'infection que constituent Gérone et Barcelone, et prévention avec le vaccin du BCG sur l'ensemble du territoire catalan.

Les théories à partir desquelles se met en place le système de lutte catalan sont avant tout centrées sur le microbe. Lluís Sayé peut être considéré comme le principal acteur médical dans l'organisation de la lutte contre la maladie à échelle régionale, et il privilégie avant tout les moyens dits « directs », qui s'attaquent au bacille. Cependant, les moyens directs ont surtout un impact sur la mortalité tuberculeuse, puisqu'ils s'appliquent directement sur les patients atteints et par conséquent permettent surtout de retarder voire d'empêcher le décès. Pour lutter contre la morbidité, il semble que les moyens indirects soient plus efficaces. Loin de délaisser cet aspect de la lutte, Lluís Sayé concentre au contraire ses efforts sur ce point. Selon lui, pour que la connaissance de l'état épidémiologique de la zone d'étude soit

¹ « De nouveaux éléments justifient la diffusion maximale du BCG qui est particulièrement indiqué dans la phase de dé-tuberculisation que l'on observe dans certains pays, afin d'éviter de nouvelles manifestations épidémiques. », SAYE I SEMPERE, Lluís, *L'obra antituberculosa internacional*, 1965, *op. cit.*

² *Ibid.*

complète, il faut surtout se centrer sur l'étude de la morbidité, qui permet de donner un aperçu plus fiable de la localisation du microbe. Cependant, parmi les moyens indirects qu'il cite lui-même, le médecin n'en propose qu'un seul, la prévention médicale par la vaccination. De cette manière, Lluís Sayé place la lutte contre la tuberculose sous l'autorité des médecins, et recentre les efforts autour des aspects médicaux, relayant les considérations sociales à un second plan. Pour Jorge Molero, ce choix peut également être interprété comme une volonté de placer la tuberculose sur un plan neutre socialement parlant, afin de dégager toute responsabilité aux élites dirigeantes¹. La neutralité scientifique est en effet un élément clé pour comprendre la logique de Lluís Sayé. Nous l'avons dit, le médecin est tout à fait intégré dans les cercles politiques de l'époque. Par ailleurs, quelques incohérences dans son discours montrent qu'il sait adapter ses propos au public et à l'époque. Ainsi, alors qu'en 1924 l'état tuberculeux de Barcelone est alarmant², en 1933 celui-ci c'est nettement amélioré³. Pourtant, selon son propre raisonnement, étant donné que la ville est en voie de dé-tuberculisation, le changement peut difficilement être aussi radical. Ce qui a surtout changé, c'est le climat politique, puisqu'en 1924, Sayé n'est pas forcément favorable au gouvernement de Primo de Rivera, alors qu'en 1933, il est plus proche d'ERC, parti politique qui est au pouvoir en Catalogne. De cette manière, le médecin fait d'une pierre deux coup : il met en avant le travail de son service qui est le principal responsable de cette amélioration, et conforte le pouvoir en place en insistant sur le fait que la maladie a reculé à Barcelone et doit maintenant être éliminée grâce à des moyens médicaux, puisque grâce au travail social déjà réalisé par les pouvoirs publics catalans, la maladie n'est plus véritablement un problème social. Ces remarques doivent nous amener à réfléchir sur la fiabilité des données disponibles pour l'étude de la tuberculose.

Dans les années 1920-1930, les statistiques sanitaires et plus exactement les statistiques sur la mortalité et la morbidité tuberculeuse, se multiplient. Pour les médecins modernes, c'est sur ces bases numériques et donc neutres que doivent s'appuyer les propositions pour mettre en place une structure de lutte contre la maladie. En analysant les

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profíaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

données disponibles, nous avons pu démontrer que si les villes semblent dans un premier temps être plus touchées que les campagnes, la théorie selon laquelle la tuberculose était liée aux grandes villes denses et industrialisées doit être nuancée. En Catalogne et plus largement en Espagne, les grandes villes semblent au contraire moins affectées que les moyennes villes. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que les grosses villes fournissent un effort plus important pour lutter contre la maladie, effort sanitaire comme effort médical, à la fois à partir de moyens de lutte directs et indirects.

Pour Lluís Sayé, responsable de la lutte au niveau régional en Catalogne, il existe un véritable processus de contamination des espaces sains par les espaces malsains et ce processus s'inscrit dans l'ordre logique du développement économique. L'état de villes et des campagnes correspond à l'état de l'industrialisation. Finalement, il propose de guérir la maladie du progrès par le progrès lui-même. Ses propositions sont bien sûr orientées par son appartenance au groupe politique en place, et par sa volonté de circonscrire le problème de la maladie dans la sphère médicale, en se centrant sur le microbe. Cette dernière caractéristique semble commune à la plupart des médecins influents dans les trente premières années du XX^{ème} siècle.

Mais lorsque les médecins réfléchissent sur les facteurs explicatifs des différentiels de mortalité et de morbidité selon les pays ou les villes, ils sont parfois contraints de changer d'échelle, et de s'intéresser à des zones plus précises. Dans l'optique de la contagion qui entraîne la recherche de l'agent contaminant, c'est parfois une zone très restreinte géographiquement qui permet de comprendre un fort taux de tuberculose dans une ville salubre, par exemple. Les études statistiques des médecins montrent des contrastes entre les pays, entre les villes, mais pour être plus pertinentes à l'heure d'organiser la lutte antituberculeuse, elles doivent également décrypter les contrastes entre les quartiers.

B. Le microbe dans Barcelone : une étude par quartier

Si les études statistiques peuvent faire apparaître la ville comme le premier espace où se développe la tuberculose, il nous faut nous demander si toute la ville doit être logée à la même enseigne. Philip Hauser se demande déjà en 1882 :

« Comment saura-t-on appliquer le remède lorsqu'on ne connaît pas l'endroit où se trouve le mal ? Une ville pourrait avoir une mortalité totale effrayante, et cependant, en l'analysant par district on en trouvera quelques uns qui présentent une mortalité moindre que les autres. Qu'est ce que cela prouve ? Que les conditions antihygiéniques et anti morbidiqes atteignent leur minimum dans certains quartiers et s'élèvent à leur maximum dans les autres. »¹

Le médecin remet ici en question l'échelle choisie pour l'analyse de la mortalité différentielle. Pour comprendre les causes de la tuberculose, il faut observer les différences entre les quartiers. Sabine Barles évoque aussi les inégalités dans la répartition des maladies au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècle en France :

« Les médecins ne se contentent pas d'une condamnation de la ville en son entier. En effet, vapeurs et exhalaisons naissent, se déplacent ou se concentrent dans l'espace urbain au gré des vents, de la topographie et des activités humaines. Les quartiers les plus salubres côtoient les plus méphitiques, les points noirs sont nombreux.²

De nombreux médecins, souvent inspecteurs provinciaux de santé publique ou bien responsables de dispensaires ont réalisé des études monographiques qui nous permettent de mieux saisir la répartition de la mortalité à l'échelle des villes. A Barcelone, ces études remontent au XIX^{ème} siècle, ce qui nous facilite l'étude du lien entre développement des maladies et transformation urbaine et nous permet également d'observer le contexte historique dans lequel se forment les théories des acteurs pour la lutte contre la maladie. Officiellement,

¹ HAUSER, Philip, *Nouvelles considérations sur la manière d'étudier la salubrité d'une ville et sur les moyens de l'assainir*, mémoire lu au Congrès International d'Hygiène de Genève en septembre 1882.

² BARLES, Sabine, *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIIIème-XIXème siècle*, coll milieu, Ed Champ Vallon, Seyssel, 1999.

ces travaux ont comme objectif de comprendre la mortalité tuberculeuse afin d'adapter au mieux les moyens de lutte. En pratique, les statistiques produites servent également à justifier *a posteriori* des systèmes déjà mis en place. La démarche des médecins et autres acteurs de la santé publique à l'époque consiste à mettre en relation la localisation des malades avec l'état de la ville, en l'occurrence à partir des deux mêmes facteurs : la densité et l'insalubrité. L'expression de « territorialisation du risque sanitaire »¹ ne semble pas anachronique d'autant qu'il s'agit de localiser non pas le malade, mais plutôt le microbe, ou agent infectieux. Plus que la mortalité tuberculeuse, c'est la morbidité qui est donc intéressante. Certains médecins responsables de dispensaires ont réalisé des travaux à partir de données qui relèvent de la morbidité², mais ils sont relativement rares, même à Barcelone. Pour nous immiscer dans ce débat, et apporter des données comparables à celles des médecins, nous avons réalisé un travail d'analyse statistique et cartographique à partir des malades soignés dans trois types d'institutions: le dispensaire, l'hôpital et le sanatorium.

1. Les statistiques sanitaires à la fin du XIX^{ème}

Barcelone est considérée comme une ville pionnière en matière de statistiques sanitaires par les historiens de la médecine³. Pour Esteban Rodríguez Ocaña, Barcelone est la première ville espagnole à tirer un parti sanitaire du registre civil⁴. L'historien cite les travaux du docteur Nin i Pullés qui, à partir des années 1880 réalise un travail d'étude statistique important. Après sa mort en 1892, Luis Comenge i Ferrer devient la figure clé dans le développement des statistiques sanitaires. Depuis le début des années 1880, Luís Comenge se préoccupe particulièrement de la médecine préventive, il est d'ailleurs médecin au sein du Laboratoire Microbiologique de Jaume Ferrán avant de devenir directeur de l'Institut d'Hygiène urbaine en 1892. Ses premiers résumés statistiques sont publiés dans la *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, puis à partir de 1899 une section est réservée aux études

¹ FIJALKOW, Yankel, « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », dans *Morbidité, Mortalité, Santé, ADH*, EHESS, Paris, 1996.

² Voir notamment les travaux réalisés par des médecins madrilènes, dont celui du docteur Carlos Diez Fernandez : *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Gráf. Universal, Madrid, 1935, 62 p.

³ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, op. cit., p. 19.

⁴ RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona », *Dynamis*, vol. 5-6, Université de Grenade, 1985-1986.

démographiques dans la nouvelle la *Gaceta Médica Catalana*¹. Le médecin signera cette section « d'Estudios demográficos de Barcelona » jusqu'en 1907². Si ses études permettent de donner une base statistique solide des différentiels de mortalité dans la ville, la préoccupation hygiéniste qui cherche à caractériser les espaces malsains dans Barcelone est plus ancienne.

En effet, les nombreux acteurs de la santé publique ont pointé du doigt les zones à l'intérieur de la ville qui leur semblaient nocives pour la santé humaine. Que ce soit dans la théorie miasmatique comme bactériologique, les espaces fermés sont les premiers stigmatisés. Barcelone ne devient une ville relativement saine qu'à partir de la destruction des murailles et de la construction de l'Ensanche. Avant 1864, c'est toute la ville de Barcelone qui est malsaine, comme le montre Felip Monlau considéré comme précurseur de la santé publique en Espagne, dans son projet au titre édifiant, ¡*Abajo las Murallas!* présenté en 1841³. Ce projet gagne le concours de la municipalité de Barcelone et renforce l'opinion sur le fait que la destruction des murailles afin d'étendre la ville est également une nécessité hygiénique. Une fois les murailles abattues, l'extension de la ville doit être planifiée de manière rationnelle afin d'éviter la prolifération de constructions hétéroclites peu respectueuses des normes d'hygiène. C'est le projet d'Ildefons Cerdà, qui ne s'était pourtant pas présenté au concours, qui est choisi et même imposé par Madrid. Ce projet peut servir d'exemple pour parler de l'intérêt des professionnels de l'espace urbain pour les théories hygiénistes⁴, puisque se sont par exemple les théories miasmatiques qui ont déterminé l'orientation des rues du nouvel Ensanche⁵.

Si à partir de la construction de l'Ensanche, Barcelone commence à apparaître dans les textes des acteurs comme une ville saine, le centre ancien est encore et toujours dénoncé comme l'espace nocif. Francisco de Assis da Costa explique ainsi :

¹ La *Gaceta Médica Catalana* fut créée par Rafael Rodriguez Mendez, farouche défenseur des conceptions contagionistes de la tuberculose. Voir MOLERO MESA, Jorge, *op. cit.*

² *Ibid.*

³ MONLAU, Pere Felip, ¡¡*Abajo las murallas!!!* : *Memoria de las ventajas que reportaría Barcelona, y especialmente su industria, de la demolición de las murallas que circuyen la ciudad*, Imp. del Constitucional, Barcelone 1841.

⁴ CERDA, Ildefons, *Teoría General de la Urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*, 2 vols. Madrid : Imp. Española, 1867.

⁵ A l'occasion de la célébration de l'Année Cerdà, des ouvrages de synthèses ont été publiés sur les conceptions de l'architecte qui mettent en avant les liens entre hygiène et urbanisme. On pourra notamment se reporter à l'article de Ramón Grau, « Cerdà i l'higienisme : la prefiguració de l'eixample », dans FUSTER SOBREPÈRE, Joan, (dir.), *L'Agenda Cerdà : contruïnt la Barcelona metropolitana*, Ajuntament de Barcelona, 2010. Pour étudier plus spécifiquement le rapport entre densité urbaine et les ensanches, on verra l'article de Francesc Muñoz : « Contra la densitat La ciutat higiènica i l'urbanisme dels eixamples » dans LOPEZ GUALLAR, Marina, (dir.), *Cerdà i Barcelona. La primera metropoli, 1853-1897*, catalogue de l'exposition, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, 2010.

« *En Barcelona se hacen denuncias sobre las malas condiciones higiénicas de la ciudad pero se posterga la modernización de su casco antiguo gracias a la construcción del Ensanche.* »¹

Finally, the construction of the Ensanche did not solve the problem of the sanitation of the old center, it especially allowed for the characterization of the space, by making visible a de facto opposition between the unhealthy center and the healthy Ensanche. Moreover, the construction of the Ensanche did not solve in a direct way the sanitation problems, in particular in what concerns the underground. It is the engineer Pedro García Faria who is in charge of the sanitation plan of the Barcelona underground. For Francisco de Assis da Costa, his work is more about the urbanization of the underground than a simple sanitation work, but above all, the engineer returns to certain points of the plan Cerdà, demonstrating thus that the Ensanche is not a healthy space in its totality, and that certain practices according to him are not very hygienic such as the installation of « pozos negros », and are still of actuality². In this way, Pedro García Faria questions the opposition between the Ensanche and the city center, which seems to be the basis of any differential mortality analysis by neighborhood.

If Pedro García Faria (1858-1927) and Luis Comenge i Ferrer (1854-1917) belonged to two distinct professions, they were nevertheless both professionals of public hygiene as we have seen. During their careers, they were both attached to the realization of statistics allowing to observe differential mortality in the city. For the engineer as for the doctor, it was the only rational means that allowed a real vision of the sanitary problems of the city³. It is on these « scientific proofs » that they then based themselves, the one to propose his

¹ « A Barcelone, on dénonce les mauvaises conditions d'hygiène de la ville, mais on repousse la modernisation du centre ancien grâce à la construction de l'Ensanche. » dans DA COSTA, Francisco de Assis, FAUFBA, « La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917 », dans *Perspectivas Urbanas, 2008-2009*, UPC ESTAV, Barcelone, 2009.

² *Ibid.*

³ En reprenant les termes utilisés par le propre Luis Comenge dans son article « Sobre demografía sanitaria » publié en 1899 dans la *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, Esteban Rodríguez Ocaña explique que pour le médecin catalan : « *el auténtico fundamento de la Ciencia de la Salud y la enfermedad se encuentra en el legítimo criterio aritmético, único capaz de elevar al grado de ciencia las intuiciones, sospechas, montón de ensayos y cúmulos de hechos que caracterizan aquella* ». Dans « La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona », *Dynamis*, vol. 5-6, Université de Grenade, 1985-1986, *op. cit.*

plan d'assainissement du sous-sol barcelonais¹, l'autre pour indiquer des solutions hygiénistes et médicales permettant de lutter efficacement contre les maladies infectieuses.

Outre la préoccupation statistique et sanitaire, les parcours de ces deux professionnels se rejoignent sur deux points. Tout d'abord, ils illustrent à merveille l'implication de différents métiers sur le thème de l'hygiène à la fin du XIX^{ème} siècle, une implication qui conduira à la collaboration entre savoir médical et technique en vue de l'amélioration de l'espace urbain². Ensuite, ils s'intègrent tout à fait dans un contexte historique de croissance de l'intervention publique dans le domaine de l'hygiène urbaine, liée à une prise de conscience des autorités de l'importance de leur rôle à jouer dans l'amélioration de la santé des populations. Selon Miguel-Angel Miranda González, Pedro García Faria :

« fue una persona convencida de que las mejoras de las infraestructuras sanitarias en los lugares donde se concentraba la población y la práctica continuada de la higiene personal era el mejor remedio para combatir las enfermedades epidémicas »³.

Il précise d'ailleurs que l'ingénieur-architecte a toujours été très intéressé par les questions d'assainissement public. Sa première intervention en tant qu'ingénieur sanitaire eut lieu en automne 1885 lors de l'épidémie de choléra qui décima une partie des malades de l'asile d'aliénés de Sant Baudilio de Llobregat. Cette fonction lui permit par la suite de quitter le corps des « *Ingenieros de Caminos, Canales y Puentes* »⁴, et de devenir ingénieur de la Ville

¹ GARCIA FARIA, Pedro, *Proyecto del subsuelo de Barcelona, Alcantarillado-Drenaje-Residuos urbanos*, Imprenta de Henrich y Comp. en Comandita, Barcelone, 1893.

² Cette collaboration entre médecins et ingénieurs en vue de l'assainissement de l'espace urbain est largement décrite par Sabine Barles dans son ouvrage *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIIIème-XIXème siècle*, coll milieux, Ed Champ Vallon, Seyssel, 1999, *op. cit.* Un autre corps de métier se préoccupe des mêmes questions à la même époque, bien que de façon plus tenue : l'architecte. La relation entre médecine et architecture fait l'objet du chapitre de Pascal Rory « Architecture et hygiénisme à Paris au début du XXème siècle. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique » dans l'ouvrage dirigé par Patrice Bourdelais, *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIIIème-XXème siècle)*, Belin, Paris, 2001. Plus particulièrement, nous avons déjà évoqué plus haut la signification de l'importance croissante de l'architecte dans la lutte contre la tuberculose.

³ « (Il) était convaincu que l'amélioration des infrastructures sanitaires dans les lieux où se concentrait la population ainsi qu'une pratique suivie de l'hygiène personnelle étaient les meilleurs remèdes pour combattre les maladies épidémiques ». MIRANDA GONZALEZ, Miguel Angel, « Pedro García Faria, ingeniero de Caminos (y arquitecto) ». *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Barcelona : Universidad de Barcelona, 15 de septiembre de 2006, vol. X, núm. 221.

⁴ « Ingénieurs des Ponts et Chaussées ».

de Barcelone chargé de la réalisation d'un « *Proyecto general de alcantarillado de Barcelona* »¹.

C'est à cette occasion qu'il rédige son *Proyecto de saneamiento del subsuelo de Barcelona*². *Alcantarillado – drenaje – residuos urbanos* publié en 1893, et dans lequel il réalise un travail de statistiques sanitaires poussées. Dans son étude, apparaissent une douzaine de cartogrammes dits « pathogènes » représentant la répartition de la mortalité des différentes maladies dans la ville dont la tuberculose³.

Comme nous pouvons le constater avec le cartogramme représentant la mortalité tuberculeuse situé ci-dessous, il réalise un travail méticuleux, précis, en ce qui concerne les calculs comme la représentation cartographique. Il s'agit d'une répartition de la mortalité par quartier et non pas par district comme le faisaient beaucoup de médecins à cette époque et même encore dans les années 1930.

¹ Sur les réflexions autour de la mise en place du réseau d'égout de Barcelone ainsi que sur les réalisations effectives, voir DA COSTA, Francisco de Assis, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, thèse dirigée par GUARDIA BASSOLS, Manuel, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelone, 1999.

² GARCIA FARIA, Pedro, *Proyecto del subsuelo de Barcelona*, 1893, *op. cit.*

³ Voir la réutilisation des données de l'ingénieur par les démographes : ESTEVE PALOS, Albert, RECAÑO VALVERDE, Joaquín, « (Re-)visitando García Faria : Un estudio de los factores espaciales y medioambientales de la mortalidad en la Barcelona de finales del siglo XIX », *Revista de Demografía Histórica*, vol. 24, n°1, 2006, pp. 121-180.

Illustration 2 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants (moyenne de 1880 à 1889) Cartogramme et légende réalisés par Pedro García Faria (1893)



LÁMINA 24ª

DESIGNACION GRÁFICA	Pulmonia	Entero-colittis	Tuber-culosis	Total por barrios	Total por distritos	Abortos
	13' à 177	10'9 à 238	15 à 26	151 à 199	17'6	77 à 95
	18 à 21'9	24 à 367	27 à 37'6	211 à 246	216 à 223	108 à 15
	22 à 25'9	38 à 47	41 à 47	259 à 299	24'0	155 à 186
	26 à 30'9	57'6	51'5	300 à 345	27'3	909 à 257
	31'8 à 357	66 à 789	72'6	365 à 442	304 à 334	26 à 387

Ce qui ressort de l'étude de ce cartogramme, comme de celle des tableaux statistiques que l'auteur présente dans les pages suivantes, c'est une forte mortalité tuberculeuse dans des quartiers où la densité d'habitat est réelle. Le quartier de *Santa Mónica*, dans le *Raval*, « *Barri Xino* » par définition, semble le quartier le plus affecté par la maladie. D'une manière générale, les quartiers denses de *Barceloneta*, du *Raval de Ponent* (*Padrón*, *Escoles Pies*) ainsi que certains îlots de *Sant Pere* ou *Santa Catalina*, ont une mortalité relativement élevée. *Le Poble Sec*, *l'Esquerra de Eixample* se caractérisent par un taux de mortalité moyen et contrastent avec un *Eixample Central* qui concentre les quartiers où la tuberculose est peu

présente. Si l'on replace ce cartogramme dans son environnement immédiat, il est aisé de faire le rapprochement avec celui représentant la mortalité par pneumonie¹. Dans ses explications, l'auteur du projet associe tuberculose, bronchite et pneumonie dans une même catégorie de maladie qui « se combattent mieux par les moyens préventifs de l'hygiène que par des remèdes curatifs ». Les cartogrammes représentant la mortalité par maladies digestives semblent avoir une influence plus importante sur la ville, mais aussi, et en particulier pour le choléra, une répartition beaucoup plus sectorisée. Certains médecins ont justifié cet écart par l'existence d'une incompatibilité de fait entre maladie digestive et maladie respiratoire². D'autres théories voudraient voir les maladies digestives plus directement liées aux problèmes de l'hygiène publique, alors que les causes des maladies respiratoires seraient quant à elles multiples et par conséquent beaucoup plus complexes à éradiquer³. Dans tous les cas, les conclusions de l'ingénieur restent très générales. Pour lui, les cartogrammes semblent avoir tous en commun la dénonciation de quartiers insalubres et justifient par la même l'action urbaine d'assainissement. L'hypothèse de départ est d'autant plus visible qu'il ajoute une carte représentant la densification du bâti à Barcelone qu'il met en relation avec ses calculs de mortalité par quartier.

Cette préoccupation de départ n'est pas la même chez Luis Comenge. En effet, pour ce médecin du « Corps médical municipal », responsable de la section d'Hygiène spéciale et de désinfection de la ville de Barcelone depuis 1892, il s'agit surtout de produire une statistique utile qui permettra par la suite d'orienter le travail des hygiénistes et les réformes publiques⁴. Contrairement à l'ingénieur municipal, pour le médecin la tuberculose est une maladie qui

¹ Nous nous souvenons des multiples avertissements des médecins sur l'impossible exactitude des statistiques de mortalité tuberculeuse. Malgré la déclaration obligatoire, et souvent sous la pression des proches, les médecins falsifient les causes de décès, sans compter que les erreurs de diagnostics (involontaires, celles-ci) sont fréquentes. Par ailleurs les médecins tendent déjà à l'époque à considérer que beaucoup de cas de bronchites ou de pneumonies sont en réalité tuberculeux. Le docteur Plácido Peña Novo parle d'une marge d'erreur estimée à 20% dans son ouvrage *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930.

² L'incompatibilité physique entre la fièvre typhoïde notamment, et la tuberculose est une idée que l'on voit apparaître tout au long de la période. Le docteur Simon Hergueta y Martín fait par exemple allusion à cette conception (dans *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip del Hospicio, Madrid, 1895), alors que, vingt ans plus tard, Baudilio Lopez Duran évoque au contraire toutes les maladies « longues » qui fragilisent le malade et sont donc naturellement associées à la tuberculose. *Lecciones sobre tuberculosis pulmonaria*, Imp. Vda. de López del Horno, Madrid, 1922.

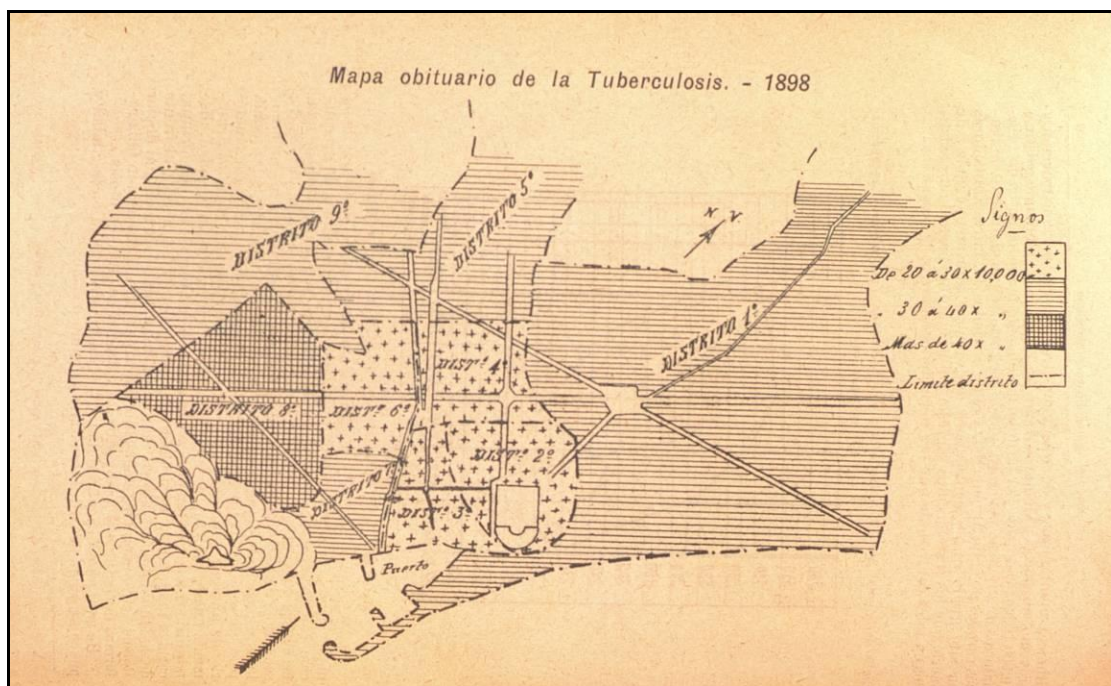
³ Nous retrouvons cette idée dans les travaux des historiens CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, op. cit. C'est également la conclusion du travail de Encarnación Bernal, dans « Aproximación a la realidad Sanitaria de Sevilla durante la estancia de Hauser (1872-1882) », dans, CARILLO, Juan.L., *Entre Sevilla y Madrid, estudios sobre Hauser y su entorno*, Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones, Sevilla, 1996.

⁴ Dans la pratique, en ce qui concerne la tuberculose, cette logique sera suivie à partir de 1919, à travers les enquêtes de Lluís Sayé pour la Mancomunitat. (voir plus haut, sur les Etudes sanitaires de Lluís Sayé).

mérite une attention toute particulière, puisqu'elle tue plus de personnes en dix ans que quatre épidémies de choléra¹. Dans la *Gasetta Médica Catalana*, le médecin produit un nombre important de statistiques concernant la tuberculose, qui selon l'Historien de la médecine Jorge Molero ont pour objectif de faire prendre conscience aux autorités publiques de la nécessité d'opérer des mesures urgentes en matière d'amélioration de l'espace urbain².

A titre d'exemple, nous reproduisons ici une carte de 1898 publiée dans l'ouvrage *Estudios demográficos de Barcelona*.³

Illustration 3 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants, en 1898
Carte réalisée par Luis Comenge i Ferrer



A la différence du cartogramme vu précédemment, la répartition ici se fait par district et non par quartier. De plus, la carte rend compte des municipes voisins agrégés depuis peu, ce qui rend plus difficile la comparaison avec les chiffres de l'ingénieur sanitaire.

¹ COMENGE I FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, Imp. de Amat y Martínez, Barcelone, 1892.

² MOLERO MESA, Jorge, 1989, *op. cit.*

³ COMENGE y FERRER, Luis, *Estudios demográficos de Barcelona*, Instituto de Higiene Urbana, Barcelona, 1892.

Ici le contraste entre Centre et Ensanche d'un côté et districts industriels de l'autre est bien plus évident. C'est la zone de *Sants-Hostafrancs* qui semble la plus touchée (district 8), à laquelle s'ajoutent plus généralement les districts contenant les nouveaux municipes ainsi que la majeure partie de *Poble Sec* et du *Barri Xino*. Le manque de précision de l'unité spatiale choisie, le district, met en avant un contraste entre l'Ensanche et les autres zones de la ville. Avec l'importance prise par le district de *Sants*, nous tendons vers un facteur industriel. Cependant, une carte du même type réalisée en 1901 semble au contraire mettre en avant le district de *Gracia*¹.

Mais le discours du médecin ne se focalise pas sur les facteurs industriels pour expliquer la répartition de la maladie. Selon Esteban Rodríguez Ocaña² la maladie s'explique par de multiples causes pour le médecin. L'historien précise que concernant les maladies infectieuses en général, les recherches de Luis Comenge sur les causes environnementales « se centrent sur deux éléments facilement détectables : le (facteur) climatologique, (...) et le (facteur) urbain, ce dernier signifiant la délimitation spatiale des évènements démographiques. » Il précise cependant que cette répartition n'est pas directement mise en relation avec des nids d'insalubrité, ou bien le manque d'équipement³, elle suit plutôt « des règles d'ordre social ».⁴ Dès lors, il peut sembler évident que la répartition observée montre une séparation nette entre quartiers aisés et quartiers ouvriers.

Pour conclure sur ces deux exemples, nous pouvons dire que si ces deux professionnels revendiquent ensemble la nécessaire réalisation de statistiques sanitaires pour orienter une amélioration urbaine organisée par les autorités publiques, leurs travaux personnels ne vont pas dans le même sens. En effet, l'un localise la mortalité pour justifier des réformes urbaines, l'autre produit un travail de connaissance scientifique beaucoup plus général, qui vise à proposer des solutions multiples⁵. Luis Comenge précise par ailleurs⁶ que la lutte contre les maladies infectieuses doit également se mettre en place à l'échelle de

¹ Voir RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona », *Dynamis*, *op. cit.*, p. 305.

² *Ibid.*

³ Contrairement à ce qu'aurait pu proposer un ingénieur sanitaire comme Pedro García Faria.

⁴ *Ibid.*, (298 p.). Le coût de la vie semble selon Esteban Rodríguez Ocaña très important pour Luis Comenge afin de comprendre la mortalité tuberculeuse et de fièvre typhoïde.

⁵ Ici il s'agit plutôt d'une « lutte médicale spatialisée », voire « d'une lutte sociale spatialisée ». Luis Comenge précisera par exemple que la lutte spatiale doit se faire à l'échelle de l'habitat, ce qui signifie également une intervention plus particulière beaucoup moins liées aux réseaux de la modernité urbaine.

⁶ COMENGE I FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

l'habitat¹, ce qui implique une intervention différente, beaucoup moins liée à la mise en place des « réseaux de la modernité urbaine »². Dans tous les cas, il semble clair qu'une première géographie de la maladie est ici perceptible. C'est l'Ensanche qui semble être l'espace privilégié avec des taux de mortalité tuberculeuse moindre alors que les quartiers ouvriers et plus particulièrement les zones du *Barri Xino* sont les plus affectées par la maladie pulmonaire. Mais le contraste entre Ensanche et Centre-ville n'est cependant pas aussi évident que voulaient le faire croire les discours de l'époque, et l'équation se complique, en particulier après 1898 et l'agrégation des municipales qui voient apparaître des nouveaux quartiers qui pourraient rendre obsolète une traditionnelle division de la ville en deux zones.

2. La tuberculose au XX^{ème} siècle dans la ville

*« En el caso particular de Barcelona, todo el siglo XX ha sido destinado a poner en práctica los conceptos más generales discutidos en el último cuarto del siglo XIX. »*³

Pour Francisco de Assis da Costa, le XX^{ème} siècle apporte peu du côté de la théorisation de l'hygiène à Barcelone. En est-il de même pour les réflexions concernant la mortalité tuberculeuse? Les médecins et autres acteurs de la lutte antituberculeuse continuent-ils d'opposer Ensanche et centre-ville sur le point hygiénique comme de la mortalité tuberculeuse ? Pour sortir des conceptions des médecins, il faut également se demander si les modifications urbaines, l'agrandissement de la ville et les tentatives d'assainissement du début du XX^{ème} siècle ont eu un impact positif qui a permis d'atténuer le contraste entre ces deux espaces. Les données disponibles pour étudier les années 1930 semblent au contraire montrer un centre ancien qui, proportionnellement, concentre de plus en plus de décès tuberculeux. Mais plus que la mortalité tuberculeuse, ce sont les données dont nous disposons pour étudier la morbidité tuberculeuse, les adresses des malades soignés dans différents

¹ *Ibid.*, Il évoque ainsi l'existence de 600 habitats contaminés.

² FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, thèse de doctorat dirigée par PINOL Jean-Luc, Université Lumière Lyon 2, 2009.

³ « Dans le cas particulier de Barcelone, tout le XX^{ème} siècle s'est occupé à mettre en pratique des concepts plus généraux en débat pendant le dernier quart du XIX^{ème} siècle. », dans DA COSTA, Francisco de Assis, FAUFBA, « La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917 », 2009, *op. cit.*

établissements de soins, qui semblent renforcer davantage l'opposition centre-ancien/Ensanche.

L'engouement pour les statistiques démographiques est caractéristique des années 1900 à 1910 à Barcelone. Jusqu'en 1917, l'annuaire statistique de Barcelone fait paraître chaque année un compte rendu qui détaille l'évolution de la mortalité par mois¹. Ensuite, les données concernant l'évolution de la population sont intégrées à la *Gaseta Municipal de Barcelona* et sont moins régulièrement publiées, mais elles restent néanmoins nombreuses. En 1934, la *Gaseta Municipal* publie un supplément statistique dans lequel on peut trouver la répartition de la mortalité par district². Leur tableau général distingue les décès à domicile de ceux qui ont lieu dans les établissements hospitaliers. En effet, si l'on considère par exemple le district VI, la mortalité tuberculeuse générale en 1934 est de 104 personnes soit 53 qui meurent à leur domicile et 51 qui meurent dans un hôpital localisé dans les limites du district. Pour le district VI, généralement considéré comme étant le plus favorisé de Barcelone et par conséquent généralement peu affecté par les maladies dites sociales, la prise en compte des décès dans les établissements de soins influence fortement la représentation statistique. Le cas le plus flagrant est bien sûr celui du district IX qui compte l'Hôpital de Sant Pau, l'Hôpital de l'*Aliança*, celui de la *Creu Roja*, et un asile de la *Casa de Caritat*, soit en tout 493 lits de tuberculeux³. Effectivement, le supplément de la *Gaseta* parle de 464 tuberculeux morts en un an dans le district IX, soit 348 dans les hôpitaux pour seulement 116 à domicile.

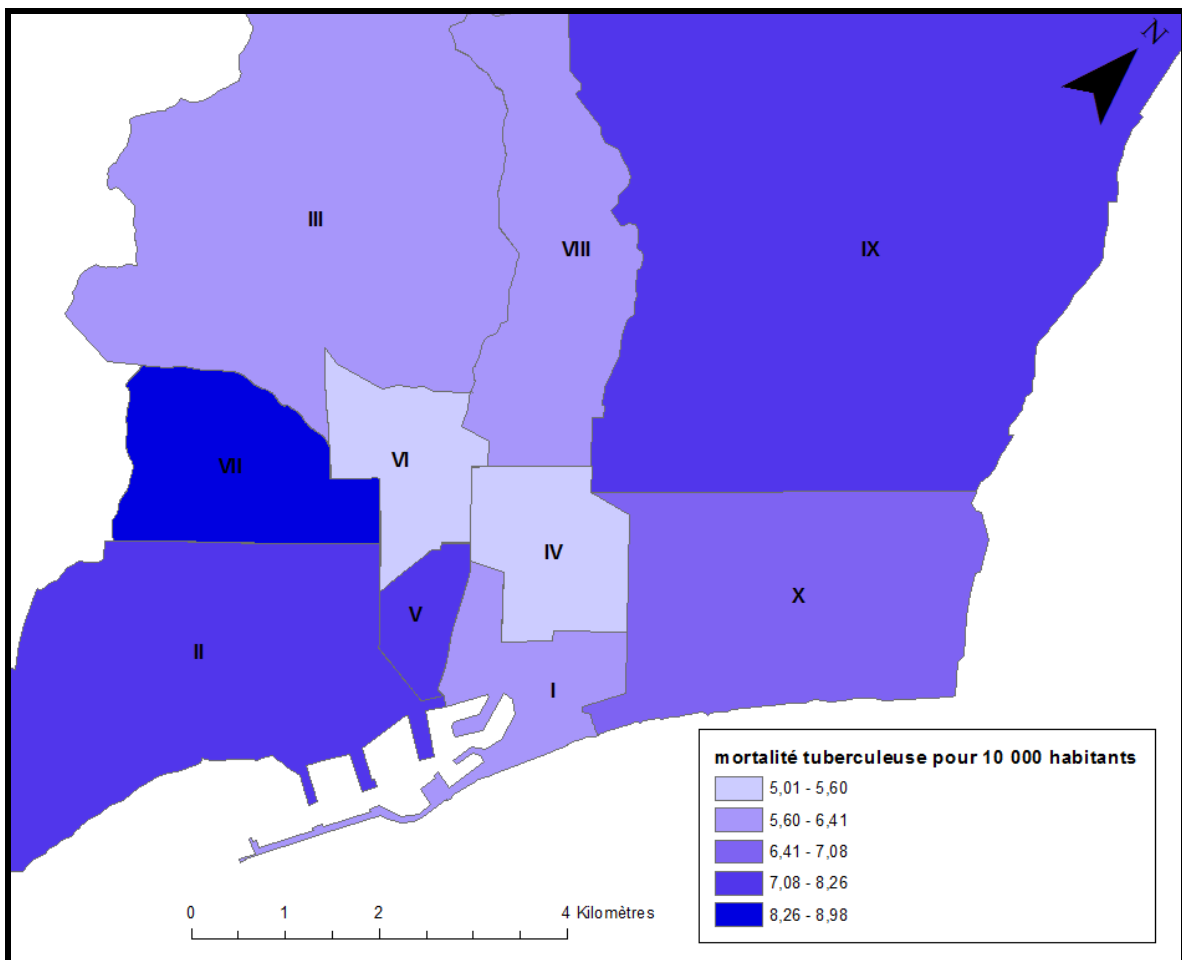
Nous avons donc choisi de ne représenter sur la carte suivante que les tuberculeux décédés à leur domicile.

¹ Ces annuaires sont consultables dans différentes archives de la Ville, notamment à l'Arxiu Historic de la Ciutat, Casa de l'Ardiaca. (AHCCA)

² AHCCA. Voir annexe 2.3.

³ D'après les chiffres donnés dans CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, Fundació Hospital de L'Esperit Sant, Barcelona, 1993.

**Carte 2: Répartition de la mortalité tuberculeuse par districts pour 10 000 habitants
D'après la *Gaseta Municipal de Barcelona*, 1934**



(Source: *Gaseta Municipal de Barcelona*, 1934, supplément statistique, AHC. Fond de carte vectorisé réalisé par l'auteur.)

Une précision tout d'abord : la *Gaseta* fait état de taux de mortalité bien moins élevés que ceux qu'il est possible de lire dans des sources médicales. L'explication est simple : comme nous l'avons déjà évoqué, il est difficile de distinguer entre les causes de décès¹, les médecins intègrent donc un certain pourcentage de décès liés aux bronchites et aux pneumonies dans leurs statistiques ce qui n'est pas le cas ici.

Tout comme dans les travaux de Luis Comenge², nous retrouvons le district VII, ou la zone de *Sants-Hostafrancs*, qui semble concentrer le plus fort taux de mortalité tuberculeuse. Le district II, *Montjuic-Poble Sec* et le district IX suivent de près, de même que le fameux

¹ Voir plus haut.

² Voir COMENGE y FERRER, Luis, *Estudios demográficos de Barcelona*, 1892, *op. cit.*

district V qui, une fois n'est pas coutume, ne ressort pas d'une manière évidente. Les districts de l'Ensanche, quant à eux, sont les moins touchés par la mortalité tuberculeuse.

Mais la continuité qui semble être trouvée entre les données de Luis Comenge et celles de la Gaceta en 1934 est rompue par les statistiques réalisées par d'autres médecins. Dix ans auparavant, alors qu'il revient sur son enquête réalisée entre 1918 et 1921, Lluís Sayé s'applique à renforcer l'opposition entre centre-ville et Ensanche délaissant les quartiers ouvriers de *Sants-Hostafrancs*. Plus encore, ses analyses recentrent le problème de la tuberculose sur le seul district V (Raval)¹.

**Tableau 1 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants (1920)
Statistiques réalisées par Lluís Sayé**

<i>Districts</i>	<i>Mortalité tuberculeuse pour 10000 habitants</i>
<i>I</i>	<i>25,26</i>
<i>II</i>	<i>21,85</i>
<i>III</i>	<i>15,72</i>
<i>IV</i>	<i>14,55</i>
<i>V</i>	<i><u>36,14</u></i>
<i>VI</i>	<i>17,37</i>
<i>VII</i>	<i>20,63</i>
<i>VIII</i>	<i>16,79</i>
<i>IX</i>	<i>19,95</i>
<i>X</i>	<i>19,23</i>
<i>BARCELONE</i>	<i>27,7</i>

Seul le district V est très largement au dessus de la moyenne de la ville. Par ailleurs, ces résultats se reflètent très clairement dans l'organisation de la lutte antituberculeuse planifiée par Lluís Sayé, qui se centre sur la reconnaissance de malades du centre ancien, en particulier du Raval. Effectivement, les statistiques réalisées dans les années 1920 forment une base sur laquelle travaillent les médecins et acteurs de la lutte antituberculeuse dans les années 1930. Il semble que les données numériques soient devenues incontournables dans les conceptions des médecins, mais ces derniers ne se préoccupent plus vraiment d'en produire de nouvelles. Avec ou sans preuves actualisées, l'espace à assainir, à guérir, est le centre ancien et plus

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, op. cit.

exactement le Raval. L'affirmation sans cesse renouvelée de la nécessité de centrer les efforts sur le centre ancien peut expliquer en partie la localisation des malades.

Délaissions l'échelle du district, bien peu pratique pour notre étude pour nous recentrer sur une répartition par quartier plus facilement lisible, à partir des adresses de quelques 2768 malades¹. Les tuberculeux que nous localisons ci-après représentent un échantillon non négligeable des malades soignés dans un système dit public ou gratuit², si l'on considère avec Lluís Sayé ou Josep Barjau que la tuberculose est responsable d'environ 2000 décès par an³. Bien sûr, l'échantillon ne prétend pas à l'exhaustivité, puisque la morbidité est, elle, bien plus importante. D'un point de vue éthique, il semble néanmoins mal aisé de parler de localisation de patients. En effet, nous localisons ici des adresses de malades, nous approchant ainsi de la logique spatiale des médecins à la recherche du microbe, l'agent contaminant. Cela nous donne des éléments pour étudier la répartition de la maladie, mais notre démarche ne doit pas être confondue avec celle des acteurs de l'époque⁴.

A première vue cependant, la localisation des logements tuberculeux tend à confirmer la tendance relevée chez Lluís Sayé et les autres médecins, à savoir une concentration des cas dans le *Barri Xino*, et un vide dans l'Ensanche. Mais deux éléments immédiatement visibles complètent cette observation : d'abord, la forte concentration de cas dans une zone Nord-Nord-Est autour de l'*Hôpital Sant Pau* et de *Can Baró*⁵ et s'étendant jusqu'à *Gracia*, ensuite, le fait que dans le Raval certains quartiers sont plus affectés que d'autres. C'est l'échelle du quartier qui permet d'apporter des précisions et, le cas échéant, de nuancer la traditionnelle opposition centre-ancien insalubre affecté, Ensanche et périphéries saines.

¹ Comme il ne s'agit ici que d'un aperçu rapide, nous avons choisi de n'expliquer les sources qu'un peu plus loin. Pour une description des sources et de la démarche : voir plus loin B.4.

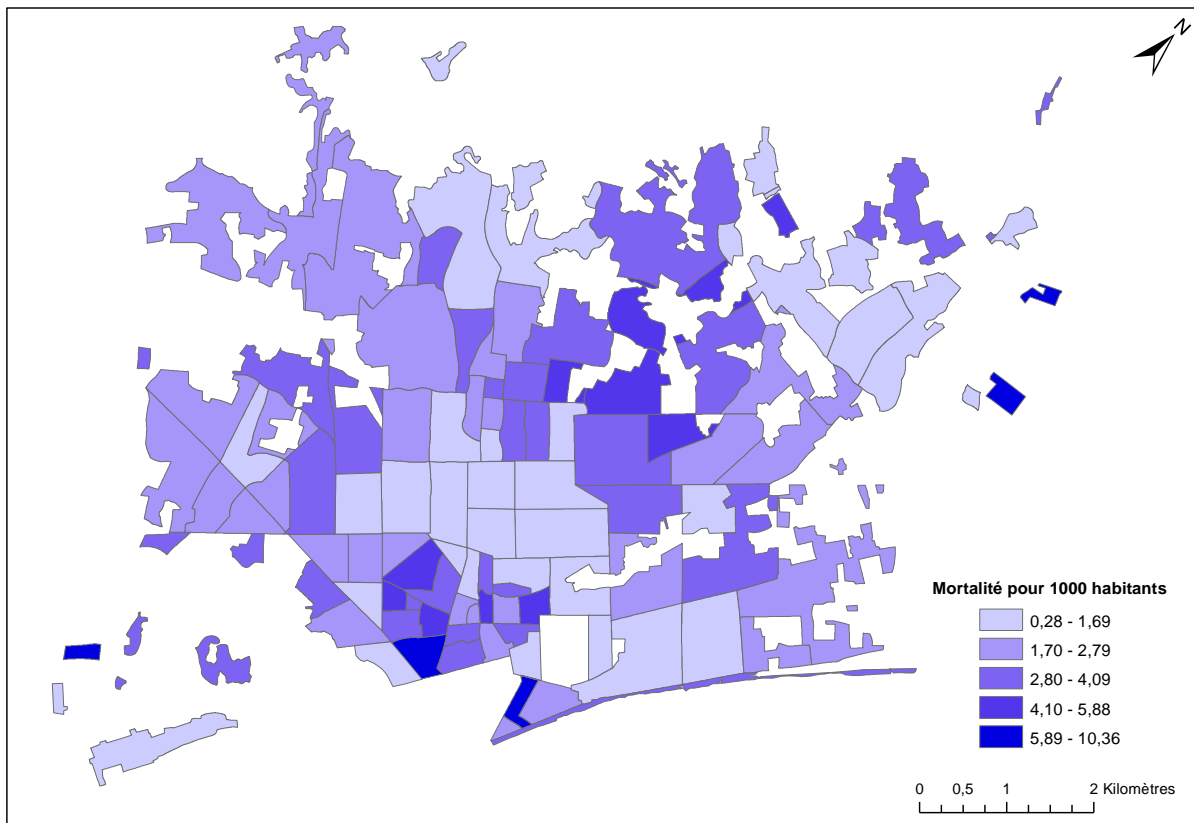
² Les différents établissements de soins qui reçoivent les malades ne sont pas tous publics au sens strict et actuel du terme. Néanmoins, il s'agit toujours de structures qui accueillent des malades gratuitement et par conséquent qui reçoivent des fonds publics.

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.* Et BARJAU, Josep María, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, dans PASCUAL BRIFFA, Gerard. *Societat Medico-Farmaceutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.

⁴ Afin de faciliter la lecture, nous avons cependant fait souvent l'amalgame entre « localisation des tuberculeux » et « localisation des logements des malades ». Les cartes présentées à partir de maintenant illustrent la répartition des domiciles des tuberculeux. Nous avons utilisé un raccourci facile, étant donné qu'il s'agit dans tous les cas de spatialiser les adresses. Dans un autre chapitre, nous pourrions nous préoccuper du malade lui-même, en prenant compte de la mobilité résidentielle, notamment.

⁵ Actuel *Parc de Guinardó*.

Carte 3 : Répartition par quartiers des tuberculeux-ses pour 1 000 habitants



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte vectorisé: OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, Barcelona 1930 : un atlas social, 2001.¹)

Pourtant, la constatation la plus évidente est tout de même le grand vide que nous retrouvons dans l'*Eixample Central* et qui s'étend plus généralement à la totalité de l'*Eixample*. Les quartiers aisés du Nord-Nord-Ouest, en dehors du *Tibidabo* et de *Vallcarca* qui suivent la tendance de l'Ensanche, semblent relativement plus affectés. Cela peut s'expliquer par la faible population vivant dans ces secteurs, et par une population tuberculeuse très concentrée sur certains îlots.

¹ Le fond de carte original des quartiers de Barcelone a été réalisé par José Luis Oyón, pour l'ouvrage OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001. La délimitation suit globalement les divisions administratives, avec quelques modifications de l'auteur qui sont essentiellement des regroupements de quartiers afin de donner plus de sens social aux démarcations. Nous avons nous aussi apporté quelques modifications, parfois pour les besoins spécifiques de ce travail, parfois par souci d'exactitude géographique.

Pour construire les classes, permettant de différencier les quartiers, nous avons utilisé la méthode Jenks : peu de variabilité au sein d'une même classe et une grande différence entre les classes. Voir « Les atouts de la révolution digitale », dans PINOL Jean-Luc et GARDEN Maurice, *Atlas des Parisiens. De la Révolution à nos jours*, Parigramme, Paris, 2009.

Aux limites de la zone Nord-Nord Est que nous avons évoquée plus haut, le quartier de Gracia, ancien municipe agrégé en 1898 devenu un quartier ouvrier dense mais assez mélangé a une proportion non négligeable de logement de tuberculeux¹. Par opposition, les autres quartiers ouvriers de *Las Corts*, *Sants et Hostafrancs*, qui étaient très affectés à l'époque de Luis Comenge comptabilisent entre deux et quatre domiciles tuberculeux pour mille personnes, ce qui semble un chiffre assez répandu dans notre répartition. Certes, la population tuberculeuse de cet espace contraste avec l'Ensanche, mais il ne s'agit pas non plus d'une zone particulièrement affectée².

Nous pouvons dire la même chose pour les quartiers du *Poble Sec* et de *Font de la Guatlla*, qui concentrent une proportion de tuberculeux relativement élevée, mais qui pourraient quand même donner envie à plus d'un habitant du *Raval* de traverser le *Paral.lel*.

Il est très difficile d'évaluer la population des bidonvilles, des *barracas* de Montjuic et de la plage. En 1929, une partie d'entre elles ayant été détruites par les autorités municipales en raison de l'Exposition Universelle placée à Montjuic, il semble que la population n'y soit plus très nombreuse³. C'est là un élément qui pourrait justifier la présence relativement forte de tuberculeux dans ces quartiers marginaux, et par conséquent difficiles à atteindre pour les professionnels de la médecine⁴. La zone de Montjuic ne comptabilise que sept *barracas* où aurait vécu un ou plusieurs tuberculeux, mais l'on estime la population à 2000 personnes dans les années 1930⁵. La proportion est donc relativement forte, même si nous devons nuancer notre propos par le fait que la population dans l'échantillon de départ est peu nombreuse.

Les zones du *Poble Nou*, et de *Sant Martí*, au Sud Est de la ville, semblent relativement préservées. Il s'agit avant tout de zones industrielles, assez peu habitées. Nous noterons que le quartier de la *Llacuna*, dont la densité de population est à peu près aussi faible que celle de *Sant Martí Est*, est plus affecté par la maladie que ce quartier qui se trouve être considéré comme un espace « insalubre » de par la précarité de ses logements et l'absence de ses

¹ Ici, la division de Gràcia en sous espaces ou quartiers selon la terminologie administrative peut dans une certaine mesure être un frein à l'appréciation du phénomène de surreprésentation tuberculeuse dans l'ancien municipe.

² Ce qui était au contraire le cas dans les représentations cartographiques de Luis Comenge dans *la Gaceta Medica Catalana*.

³ Sur les *barracas* à Barcelone, voir OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

⁴ En effet, comme nous avons commencé à l'expliquer plus haut, nous ne devons pas perdre de vue que les malades sont choisis, consciemment ou non par les médecins et autres acteurs de la Santé Publique.

⁵ Estimation calculée à partir de l'échantillon de 5% du *Padrón de Habitantes de 1930* réalisé par José Luis Oyón. *Barcelona 1930*. 2001, *op. cit.*

équipements basiques¹. Mais encore une fois, l'argument de la marginalité, liée à l'éloignement géographique, peut peut-être expliquer ce décalage.

A l'inverse, la forte attention portée par les professionnels de la médecine sur le Centre ancien joue sans doute beaucoup sur la présence des malades dans cet espace. Malgré tout, la répartition des tuberculeux par quartier accuse des différentiels importants dans le centre ville. Globalement, c'est le *Raval*, le quartier de *Portal Nou*, celui de la *Catedral* et celui d'*Oriental*s dans la *Barceloneta* qui se distinguent comme les plus affectés. Ce dernier îlot contraste avec le reste du quartier de la *Barceloneta*, où les tuberculeux semblent moins présents. Si le *Raval* est particulièrement affecté, c'est surtout l'îlot de *Santa Mónica*, considéré comme *Barri Xino* par excellence, et la zone densifiée à l'extrême du *Padrón*, dans le *Raval de Ponent*, qui sont responsables de cette affectation extrême².

Dans le District IX, les contrastes sont nombreux entre les quartiers. Autour de l'hôpital Sant Pau et de la colline de *Can Baró*, nous retrouvons une forte présence de malades, dans des zones relativement peu densifiées, que ce soit au niveau de la population comme du bâti. Ces nouveaux quartiers ouvriers sont néanmoins réputés pour leur manque d'installation et leur type d'habitat précaire³. Le quartier du *Carmel* ou *Can Baró*, autour de la colline du même nom, est un quartier aux constructions particulièrement précaires, on y trouve en particulier de nombreuses *barracas*. *Gràcia Nova* est également un quartier qui concentre un nombre important de malades, tout comme la *Barriada de l'Hospital*. Ces deux quartiers, dont les limites ont été rajoutées par nos soins, n'ont pas d'unité administrative. Leur ajout est motivé par la volonté de faire ressortir leur spécificité, tant au niveau urbanistique et social qu'en ce qui concerne leur poids dans la spatialisation des malades⁴. Les *Casas Baratas* sont également particulièrement représentées dans la répartition de la maladie. Mais à ce sujet, nous pouvons

¹ Voir les analyses de José Luis Oyón, dans *Barcelona 1930*, 2001, *op. cit.*

² Il est assez difficile de trouver un vocabulaire adapté pour les différentes délimitations de la ville, en particulier dans le centre ancien. Ainsi, le *Raval* est un quartier à part entière, il peut également être divisé en trois sous-quartiers, contenant chacun un certain nombre d'îlots. Etant donné que le *Raval* est aussi un district selon la répartition administrative, et afin de travailler plus précisément, nos cartes représentent les îlots comme des quartiers. Néanmoins, comme le *Raval* peut avoir une dynamique de quartier uni qui lui est propre, nous avons conservé la dénomination « îlot » pour les « quartiers administratifs ».

³ Voir l'ouvrage de Jaume Aiguader, *El Problema de l'habitat obrera a Barcelona*, Publicacions de l'Institut Municipal d'Higiene de Barcelona, Barcelone, 1932, ainsi que les travaux de recherches de José Luis Oyón : *Barcelona 1930 op. cit.*, mais aussi, OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936 : una geografía preliminar », dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

⁴ Sur les types de bâtis de la *Barriada de l'Hospital*, voir OYON José Luis, *La Quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008, schéma p. 196.

commencer à évoquer une limite de la source, celle du peu de représentation. Effectivement, certains quartiers ayant peu de population peuvent fausser le jeu en surestimant une valeur au départ basse de population tuberculeuse. C'est le cas du quartier de *Casas Baratas Baró de Viver*, en construction en 1930, et dont la population à cette date n'est pas supérieure à 193 personnes¹. Nous n'avons enregistré que deux adresses de tuberculeux dans cette zone, mais la densité très faible du quartier provoque une surreprésentation de la proportion réelle et fausse le jugement. Mis à part toutes les limites évidentes sur lesquelles nous reviendrons, ces données permettent de compléter une analyse de la répartition des malades ou du microbe un peu simpliste, basée sur l'opposition classique entre périphérie (incluant l'Ensanche) et Centre-ancien. C'est en particulier la forte présence du bacille dans une zone Nord-Nord Est qui permet de dire que la périphérie peut parfois avoir des caractéristiques démographiques communes avec le centre ancien.

De cette étude quelque peu fastidieuse, il ressort que l'échelle du quartier semble beaucoup plus efficace et intéressante que celle du district de par sa précision. Conformément aux études des médecins des années 1930, notre analyse tend à mettre en valeur le contraste entre Ensanche et centre ancien, elle se refuse par contre à une opposition théorique entre périphérie et centre ancien. Mais si les statistiques amène les professionnels de l'époque à focaliser leur attention sur le centre ancien, c'est aussi cette même focalisation de la part des acteurs sur le centre ancien qui influence les statistiques. En étudiant des malades qui s'inscrivent dans une structure médicale, nous nous trouvons fatalement dans une logique circulaire dont il est difficile de sortir. Pour mieux comprendre les logiques qui sous-tendent la répartition des malades, il nous faut nous interroger sur les choix des acteurs, et par là même suivre leur logique. Pourquoi le centre ancien? Parce qu'il s'agit de l'espace le plus densifié, et le plus insalubre par excellence.

¹ Les chiffres de population des deux quartiers de *Casas Baratas* de Santa Coloma de Gramanet, proviennent du recensement de la population réalisé en 1930 dans cette commune. Ils nous ont été fournis par Juan José Gallardo.

3. Densité ou insalubrité dans la ville ? Redéfinir le poids de l'environnement

L'historiographie de la médecine oppose traditionnellement facteurs sociaux et environnementaux. Nous l'avons dit, à Barcelone, les acteurs au XIX^{ème} et début XX^{ème} siècle privilégient largement les facteurs environnementaux pour expliquer la mortalité et la morbidité tuberculeuse. C'est parce qu'ils recherchent dans les propres caractéristiques d'une zone ce qui la rend si sensible à la maladie que l'insalubrité et la densité apparaissent comme les éléments clés. Dans les zones insalubres se dépose le microbe, et l'espace doit être assaini, à la fois parce qu'il contient le germe et parce qu'il représente un terrain favorable à son développement. Avec l'ère de la bactériologie et la démonstration de la contagiosité de la maladie, c'est la densité qui devient le facteur environnemental le plus mis en avant par les médecins, puisque les fortes concentrations humaines multiplient les occasions de contagie. L'insalubrité reste présente dans l'esprit des médecins dans une moindre mesure, mais est surtout réduite à l'indice que constitue la densité bâtie. En toute logique, les enquêtes de terrain et les données numériques doivent donc démontrer que les espaces les plus touchés par la tuberculose sont également les plus densément peuplés et les plus insalubres. Cependant, à partir des études quantitatives, les professionnels vont remettre en question le lien entre tuberculose, insalubrité ou densité, ou tout au moins le modifier. D'après nos propres recherches, il semble également que le rapport entre densité et maladie ne soit pas si évident.

Au début du XX^{ème} siècle, le docteur Eduard Xalabarder i Serra est l'un des phtisiologues les plus influents de la ville. Médecin en chef des dispensaires blancs de la *Caixa*, puis directeur du Sanatorium de *Torrebonica* lorsque celui-ci s'intègre à l'œuvre caritative de la *Caixa*, il est sans doute avec Lluís Sayé la figure la plus importante de la lutte contre la maladie sociale¹. Mais si les deux médecins travaillent en collaboration, le premier exerce son métier dans le cadre d'une structure caritative qui représente la lutte antituberculeuse « à l'ancienne » alors que le travail du second s'intègre pleinement dans une logique politique récente qui veut motiver une prise en charge de la santé par les pouvoirs publics. En outre, leur approche de la maladie est différente, Eduard Xalabarder représente une génération plus ancienne, ses conceptions comme ses pratiques s'écartent parfois de celles de son collègue de la Generalitat. En 1916, quelques années avant que les deux

¹ CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

médecins soient amenés à travailler ensemble, Eduard Xalabarder, dans un article intitulé simplement « *la tuberculosis en Barcelona* », réalise un travail statistique de comparaison des taux de mortalité tuberculeuse par district¹ et constate que la mortalité tuberculeuse n'est pas aussi dépendante de l'environnement qu'on le pensait à l'époque.

En effet, d'après ses résultats, les districts les plus affectés par la tuberculose sont bel et bien des espaces où se concentre la population ouvrière mais ils se caractérisent par une voirie large, des rues ensoleillées et ventilées². Au contraire, les districts du centre ancien³, peuplés par une population aisée⁴ se trouvent être beaucoup moins affectés par la maladie, malgré un environnement bien moins salubre, et une densité de bâti importante. Sur la question de la densité bâtie en particulier et de son impact sur les maladies, les conclusions du Docteur Xalabarder prennent le contrepied parfait de celles de Pedro García Faria⁵. Il en ressort une proposition elle aussi complètement différente : pour Eduard Xalabarder, la tuberculose est liée à des facteurs sociaux, notamment l'alimentation. Effectivement, lorsque l'on observe les fiches de visites à domicile du médecin⁶, le traitement prescrit aux patients est toujours de la nourriture : « du pain, de la viande, et du lait », dans des quantités variables.

Ces conclusions d'Eduard Xalabarder sont néanmoins assez exceptionnelles à l'époque⁷, et elle s'opposent complètement aux travaux et aux conclusions de Lluís Sayé. La plupart des médecins continuent de prêter attention à la répartition de la maladie et à en déduire une suprématie d'un des deux facteurs clefs de la maladie, l'insalubrité (concept incluant la densité bâtie) et la densité de population.

En 1932, les docteurs Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual, réalisent une étude sur la tuberculose contenant des statistiques très complètes⁸. Leur étude de la répartition de la mortalité dans la ville se fait encore une fois à partir de l'unité peu

¹ XALABARDER i SERRA, Eduard, « La tuberculosis en Barcelona », dans *La Medicina Social española*, 3, pp. 587-593, cité par Jorge Molero Mesa dans *Historia Social de la tuberculosis en España*, op. cit., p. 60.

² *Ibid.*

³ Nous supposons qu'il évoque particulièrement le Gótico, ou la zone de Sant Pere.

⁴ « *gente rica y en su mayor parte acomodada* », nous dit Eduard Xalabarder.

⁵ Et ce, bien qu'en réalité, la mortalité tuberculeuse par quartier calculée par E. Xalabarder soit assez comparable à celle relevée par l'ingénieur sanitaire ou encore par Luis Comenge.

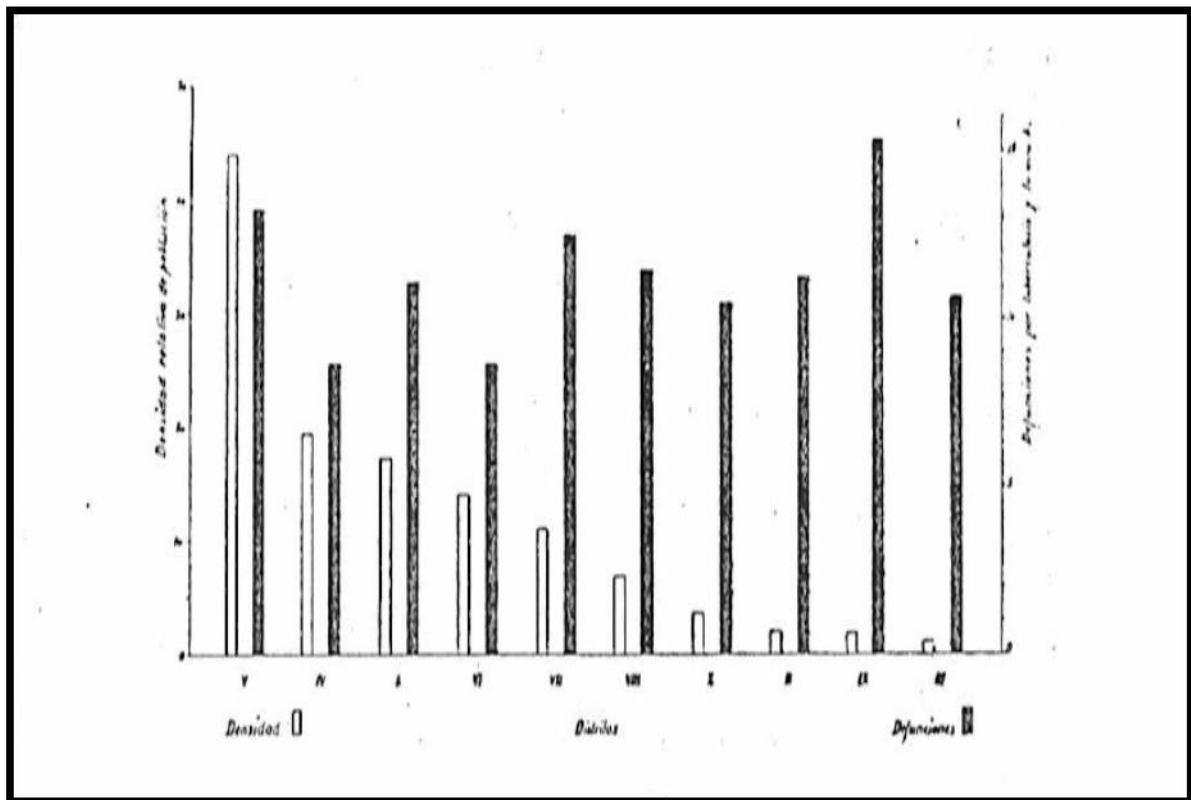
⁶ Nous avons consulté 62 fiches de visite à domicile réalisées entre 1904 et 1910 par Eduard Xalabarder en tant que médecin du Dispensaire blanc situé sur le Passeig Sant Joan. *Fondo Histórico del Dr. Eduard Xalabarder Serra i del Dr. Conrad Xalabarder Puig*, Museu de la Medicina de Catalunya.

⁷ Elles font référence néanmoins à un débat théorique important du XIX^e siècle, comme le montrent l'opposition entre la vision spatiale de Chadwick en Angleterre et celle de Vilerme en France, expliquée dans BOURDELAIS, Patrice, « L'épidémie créatrice de frontières », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n° 42, 2008, §§ 22-33.

⁸ NAJERA ANGULO, Luis; CODINA SUQUE, José; ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

significative du district. Les districts IV et VI, délimitant l'Ensanche et le Nord du centre ancien apparaissent comme les moins touchés alors que ce sont les districts IX et V qui continuent de payer le plus lourd tribut à la tuberculose¹. Ces résultats encouragent les médecins à rechercher une possible relation entre densité de population et mortalité par tuberculose.

Illustration 4 : Densité de population et mortalité tuberculeuse pour chaque district de Barcelone, 1932



(Source: NAJERA ANGULO, Luis; CODINA SUQUE, José; ABELLO PASCUAL, José, 1932)

A partir des résultats de leur enquête, les médecins concluent à l'absence de corrélation évidente entre densité de population de mortalité tuberculeuse. En dehors du district V, le Raval, qui associe la plus forte densité au plus fort taux de mortalité, les districts les plus denses ne voient pas forcément leur taux de tuberculose augmenter. Pour les auteurs :

¹ A noter que le découpage des districts a été redéfini en 1921, après l'annexion de Sarrià.

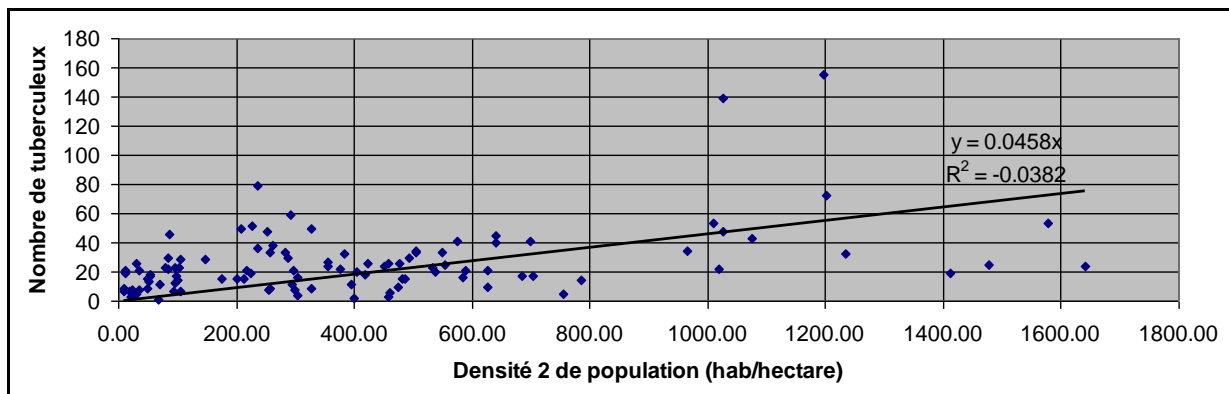
« Esto es una demostración bien clara de que la densidad de población es sólo un factor y no de los más importantes entre los muchos que entran en juego. Además, como apriorísticamente puede conjeturarse, será siempre mejor el rascacielos con toda clase de comodidades y de servicios higiénicos que la mísera cabaña que ni siquiera de los elementos protege sus moradores. »¹

A une époque où la recherche des facteurs contagieux est la base de l'activité des médecins, ces auteurs remettent donc en cause le facteur de la densité comme élément clé explicatif. Par contre, l'insalubrité reste pour eux un élément explicatif de premier ordre. Cependant, les médecins expliquent plus loin que la forte mortalité du district IX est à attribuer à la fois à une majorité d'ouvriers (facteur social), mais aussi à la forte proportion d'habitats précaires dans la zone (facteur environnemental). La causalité environnementale est réduite à l'échelle de l'habitat, ce ne sont plus les rues étroites et insalubres qui posent un problème d'hygiène, mais la concentration d'espaces privés sur le territoire délimité. La réponse adéquate sera donc différente de celle proposée par les hygiénistes du XIX^{ème} siècle, puisqu'il ne s'agit plus de réaliser des réformes visant à assainir des espaces publics qui ici n'ont plus aucun relief.

Si les médecins passent directement de l'échelle du district vers celle de l'habitat, nos 2768 adresses de malades permettent de travailler à l'échelle du quartier et de vérifier si densité d'habitat et d'habitants ont un lien avec la localisation des logements des tuberculeux.

¹ « Ceci démontre très clairement que la densité de population est seulement un facteur et pas des plus importants parmi ceux qui entrent en jeu. De plus, comme l'on peut le supposer a priori, le gratte-ciel avec toute sorte de commodités et de services hygiéniques sera toujours mieux que la misérable cabane qui ne protège même pas ses occupants contre les intempéries. » La référence au building ou immeuble nous oriente vers une revendication de constructions hygiénistes et rationnelles telles celles qui sont proposées à la même époque par les architectes du GATCPAC. NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*

Graphique 1 : Répartition du nombre de tuberculeux en fonction de la densité de population (Total), 1932



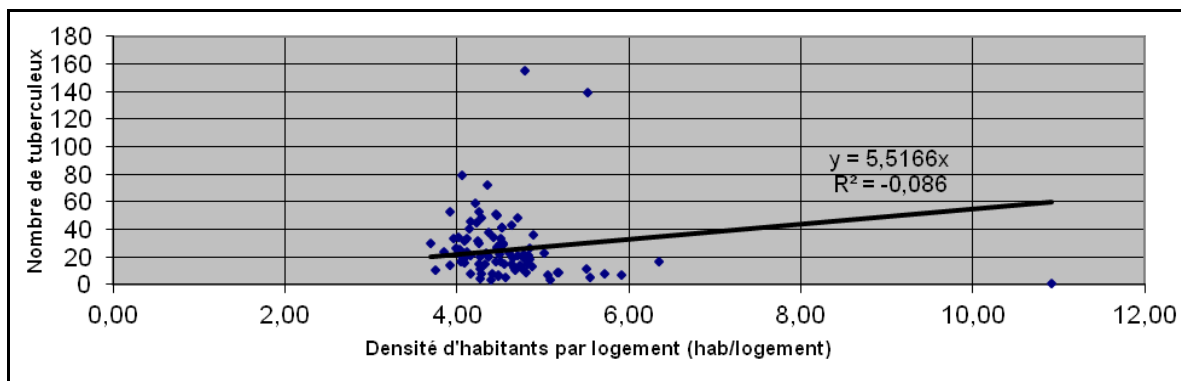
(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Gasetta Municipal de Barcelona, 1932)

Le graphique ci-dessus tente de nous éclairer quant à la possible corrélation entre densité de population et nombre de tuberculeux par quartier¹. Comme nous pouvons le constater, la corrélation n'est pas évidente. Bien que la densité par quartier augmente, le nombre de logements de malades reste assez bas. De plus certains quartiers semblent au contraire suivre la logique inverse, et concentrer peu de tuberculeux malgré une densité très élevée. Seuls deux quartiers ont à première vue une relation très nette entre densité et tuberculose, il s'agit de *Santa Mónica* et du *Padró* dans le *Raval de Ponent*. Le coefficient de détermination R^2 présent sur le graphique n'est pas proche de 1 ni de -1 ce qui indique que nous ne pouvons pas dégager de relation de proportionnalité entre les deux phénomènes.

Pour compléter cette étude, nous pouvons utiliser les calculs de densité d'habitants par logement habité publiés dans la *Gasetta Municipal* de 1932. Cela nous permet d'observer la densité à une autre échelle, certainement plus exacte puisque elle ne prend en compte que les espaces habités.

¹ Dans un premier temps, nous avons réalisé le même tableau à partir des chiffres de densité calculés par Arc Gis (densité 1). Cela permettait notamment d'utiliser uniquement des espaces construits pour calculer la surface, ce qui avait pour effet de recentrer la densité générale sur celle des zones urbanisées du quartier. Néanmoins, la corrélation entre cette densité calculée et le nombre de tuberculeux ayant à peu près les mêmes caractéristiques que celle présentée ci-dessus, nous avons préféré, dans un souci d'uniformité avec les résultats habituellement donnés pour la ville, utiliser les chiffres de densité disponibles dans la *Gasetta Municipal* de 1932.

Graphique 2 : Répartition du nombre de tuberculeux en fonction de la densité d'habitant par logement (Total), 1932



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Gasetta Municipal de Barcelona, 1932)

Nous voyons clairement sur ce graphique que la majorité des quartiers ont une densité d'habitants par logement située entre quatre et cinq personnes¹. Par conséquent il est très difficile de dégager une tendance qui pourrait expliquer une quelconque relation entre nombre de malades et densité par logement. Nous ne pouvons pas conclure sur une relation linéaire entre nombre de tuberculeux et densité de population que se soit à l'échelle du quartier comme à l'échelle du logement habité, ce qui tend à confirmer les observations des médecins cités plus haut.

Que ce soit à l'échelle des quartiers comme des districts, le seul espace qui semble réunir fort taux de tuberculose, forte densité et forte insalubrité est le centre ancien. Par exemple, le cas du quartier de *Barceloneta* est caractéristique. Selon nos résultats, c'est l'îlot d'*Oriental* qui est responsable de la forte proportion de tuberculeux dans le quartier. Or, l'îlot d'*Oriental*, possède une densité nette de 1075,42 habitants par hectare selon les données de Jaume Aiguader, extraites de la *Gasetta Municipal*², et la densité bâtie est elle aussi très élevée³. C'est donc bien la zone la plus dense et la plus insalubre, du moins en ce qui concerne l'indice de densité bâtie, qui est la plus affectée par la maladie. Cependant cet

¹ Le quartier qui se situe à l'extrémité du graphique et comptabilise une densité de presque 10 personnes par logement est le quartier du Parc. Dans les statistiques de la Gasetta reproduites par Jaume Aiguader, il est précisé que ce résultat se trouve faussé par la forte présence de garnisons militaires. Voir *El Problema de l'habitatció obrera*, 1932 *op. cit.*

² AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitatció obrera a Barcelona*, 1932, *op. cit.*

³ Le phénomène des *quarts de casas* consistant à diviser des logements de taille « normale » en quatre, produisant un type d'habitat particulièrement réduit a été étudié par Mercedes Tatjer dans *La Barceloneta : del siglo XVIII al Plan de la Ribera*, Saturno, collection Los Libros de la Frontera. Realidad geográfica, Barcelona 1973. Dans cet ouvrage, elle évoque aussi en 1930, la population ouvrière et récemment immigrée de *Barceloneta*.

exemple peut aussi bien être l'exception qui confirme la règle. En effet, si nous nous penchons sur le Raval, qui est l'espace insalubre, densifié et tuberculeux par excellence, et que nous changeons d'échelle, les disparités à l'intérieur même du quartier sont réelles. Si le quartier le plus dense du Raval dans les années 1930 est celui de *Sant Llàtzer*, avec 1640.65 habitants par hectare¹, il n'est pas l'un des plus représentés, en particulier si nous le comparons au quartier situé de l'autre côté de la rue *del Carme*, quartier de l'ancien Hôpital de la Santa Creu dans le *Raval de Ponent*. En effet, ce quartier qui rassemble les îlots de *Betlem* et *Convalescència*, a une proportion de tuberculeux similaire à l'îlot de *Sant Llàtzer*, par contre, il dispose d'une densité de population et de bâti bien inférieure². Même pour le Raval donc, il n'y a pas de corrélation proportionnelle entre densité, densité bâtie et tuberculose.

Dans les années 1950, Clemente García Luquero, médecin de la « *sanidad nacional* » et inspecteur du « *Seguro de enfermedad* » cherche lui aussi à analyser l'impact des facteurs environnementaux sur le développement de la tuberculose dans la ville³. Pour mener à bien son étude, il choisit comme terrain d'expérimentation l'espace urbain barcelonais dans les années 1930. Conscient du possible écart entre mortalité et morbidité, il utilise à la fois les chiffres de mortalité différentielle de la ville de l'« *Instituto Municipal de Estadísticas* » mais aussi les données des patients soignés ou assistés dans les dispensaires blancs⁴. Dans un premier temps, le médecin souhaite réaliser une étude poussée pour vérifier le lien entre maladie et entassement/densité de la population. Il commence par définir des indices d'insalubrité qui lui permettent d'identifier *a priori* les îlots insalubres⁵. Ces deux indices sont : le nombre d'habitants par logement, et le nombre d'habitats par 100m², ce qui correspond à la densité de population à échelle du logement et à la densité bâtie. Ce choix se justifie par le fait que certains quartiers très denses ont une densité par étage habité faible, mais cela correspond souvent à un nombre très élevé d'édifices qui forment un tissu urbain très compact⁶. Nous voyons donc l'intérêt de prendre en compte les deux indices, qui peuvent

¹ AIGUADER I MIRO, Jaume, 1932, *op. cit.*

² Cette densité de population de 628 habitants par hectare selon nos calculs, peut s'expliquer par la forte présence d'édifices publics sur le territoire.

³ GARCÍA LUQUERO, Clemente, *La tuberculosis como problema sanitario : estudio aplicado a Barcelona*, Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1950.

⁴ A partir des années 1940, les « *Dispensarios Blancos* » de « *la Caja de ahorros y Pensiones* » sont dirigés par Conrad Xalabarder, fils d'Eduard Xalabarder que nous avons évoqué plus haut. Selon le docteur García Luquero, les dispensaires blancs possèdent des archives beaucoup mieux conservées et des données plus complètes que celles du Dispensaire Central. De plus, il est conscient du fait que les malades les plus gravement atteints allaient généralement au dispensaire central. C'est pour ces raisons qu'il réalise ses statistiques de morbidité à partir de ce type d'établissement.

⁵ *Ibid.*

⁶ Voir le Bulletin statistique de la *Gasetta Municipal* du 7 mars 1932, AMAB.

être étudiés conjointement comme séparément à l'image des études de García Luquero. Par ailleurs, ici le médecin ne sépare pas vraiment densité et insalubrité, plus exactement, la densité est pour lui partie intégrante de l'insalubrité, ce qui, bien évidemment peut aussi constituer une limite.

Néanmoins, avec cette méthode, le docteur García Luquero arrive à la conclusion que le rapport entre mortalité tuberculeuse et insalubrité/densité en fonction des deux indices mentionnés n'est évident que pour le district V, et il n'y a pas de véritable évolution entre 1916 et 1945¹. Mais l'échelle du district lui paraît très tôt insuffisante, et il décide donc de s'intéresser à une étude plus précise du district V, où bien sûr il retrouve également un taux de mortalité maximale.

Selon l'indice de densité dans les logements, les quartiers les plus densifiés sont *Sant Pau*, *Sant Llàtzer*, *Escoles Pies*, et *Presó*. Les quartiers de *Sant Agustí* et *Padró* sont eux les moins denses. Pourtant si nous regardons les statistiques de la *Gaseta Municipal*, la densité est plus importante dans les deux derniers quartiers que dans Sant Pau par exemple, ce qui peut s'expliquer par une très forte densité de bâtis. L'îlot de *Liceu*, par contre, est lui considéré comme l'un des moins insalubres. La conclusion du médecin, après cette étude méticuleuse est que la relation entre insalubrité/densité et mortalité tuberculeuse est effectivement plus visible dans le district V, même si celle-ci peut être simplement attribuée au fait que les conditions générales d'hygiène sont particulièrement mauvaises dans la zone. Finalement, la correspondance est surtout flagrante dans l'îlot *Teatre*, de loin le plus insalubre.

Dans un second temps, il décide de s'intéresser à la répartition des cas affectés sans différencier le degré d'infection, c'est-à-dire à la morbidité tuberculeuse. Cette fois, le rapport à l'insalubrité lui semble beaucoup plus évident. Ainsi, il montre qu'en étudiant la répartition des malades des Dispensaires Blancs, apparaissent les quartiers de *Sant Llàtzer*, *Sant Pau*, *Teatre* et *Escoles Pies* comme principaux lieux de résidence des tuberculeux. Il s'agit bien cette fois des quartiers les plus insalubres, selon les deux indices que nous avons évoqués. A partir de là, il conclut que l'insalubrité est responsable de l'infection mais que la mortalité est due à une « réinfection », provoquée par d'autres causes qui peuvent être physiologiques ou sociales.

¹ Clemente García Luquero cite par ailleurs les travaux des médecins Eduard Xalabarder, Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual, comme ses prédécesseurs sur ce point.

Ici l'impact du facteur environnemental constitué la fois de l'insalubrité et de la densité est donc réétudié à partir de la différenciation entre mortalité et morbidité. En dehors des aspects strictement médicaux qu'il ne nous appartient pas de juger, cette théorie met en avant de manière originale le lien entre facteur environnemental et infection due au microbe, lien particulièrement privilégié par les médecins de l'époque. Elle nous ouvre également d'autres perspectives d'analyse, puisque nous disposons de données qui pourraient en théorie permettre l'étude de la morbidité. Pourtant, comme nous l'avons montré, il semble que les tuberculeux soignés dans les différents établissements de soins ne vivent pas forcément dans les zones les plus denses. Pour poursuivre plus avant la question, il nous faudrait peut-être changer d'échelle et nous placer directement dans les logements des malades comme le faisaient les médecins de l'époque. Mais surtout, les tuberculeux que nous essayons de localiser s'intègrent dans un système de soins établi par les médecins dont nous avons pu décrire les intentions. Il est donc possible que le recrutement des malades puisse dans une certaine mesure expliquer leur localisation. Dans tous les cas, cela signifie s'intéresser de plus près aux sources disponibles.

4. Répartition différentielle des malades dans la ville

Les malades placés dans des établissements sont envoyés par des médecins. Dans une certaine mesure ces derniers choisissent donc qui envoyer, en fonction de critères médicaux voire sociaux si l'on s'en tient aux anciennes conceptions de l'hôpital¹, mais dans ce choix entre une part de subjectivité liée aux conceptions des médecins qui ne peut être évitée. Nous avons déjà évoqué plus haut le cercle vicieux dans lequel localisation des malades et technique de soins/théories médicales s'influencent mutuellement. Après avoir comparé la localisation des malades soignés dans les trois types d'établissements que nous avons analysé avec les statistiques des médecins de l'époque, il s'agit maintenant d'entrer dans le détail afin de comprendre comment les sources sont construites et ce que cela peut apporter pour étoffer notre étude. Précisons tout de suite qu'il n'a été possible que de localiser les malades vivant dans le périmètre municipal barcelonais. Nous comptabilisons par exemple 11,5 % de malades hospitalisés à Sant Pau vivant « au village » ou encore dans d'autres lieux situés

¹ L'hôpital conçu au XIX^{ème} comme le refuge du pauvre. DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.

quelque part en Catalogne, et ne pouvons pas plus rendre compte de leur localisation¹. Dans un premier temps, nous décrirons donc en détail ces sources disponibles et insisterons sur le détail de notre démarche pour pouvoir ensuite analyser et comprendre les différences entre ces sources. Pour le dire autrement, la critique des sources permet non seulement de nuancer nos propos, mais aussi d'enrichir la simple recherche de localisation. La répartition des logements des malades dans la ville peut être liée logiquement à la localisation de l'établissement en question dont est issue la liste des malades ce qui nous permet de commencer à dessiner une géographie du soin à Barcelone. Dans le même ordre d'idée, les écarts observés entre les sources sur la distribution des malades peuvent également nous donner d'autres clés d'analyse. Puisque notre étude se base sur des établissements où les soins sont gratuits, il est évident que la quasi-totalité des malades retrouvés est issue des milieux relativement défavorisés. Si ce biais explique le fait que l'on voit ressortir une forte proportion dans les quartiers populaires plutôt que dans les quartiers aisés, les différences entre les établissements peuvent permettre de nuancer ces observations.

- *Récapitulatif sur les sources disponibles*

Nous disposons de trois types de sources, qui correspondent aux trois types d'établissements qui accueillait des tuberculeux à l'époque, le dispensaire, l'hôpital et le sanatorium. Si pour le dispensaire nous disposons de quelques fiches cliniques du dispensaire central, elles ne sont pas suffisantes pour être analysées statistiquement. En revanche, la revue *Catalunya Radio*² publia entre 1931 et 1934 des listes d'adresses de malades auxquels avaient été distribuées des aides financières. L'objectif principal était de permettre à des tuberculeux pauvres de se soigner chez eux. Ces listes comptabilisent 1386 adresses. Cette source entre dans la logique de soins du dispensaire, censé s'occuper de malades plus légèrement atteints, ou bien au début de leur maladie. C'est une source qui semble pouvoir permettre d'étudier la morbidité tuberculeuse, à l'image du travail réalisé par Clemente García Luquero sur les

¹ Certains malades internés à l'Esperit Sant donnent aussi des adresses qui ne sont vraisemblablement pas à Barcelone. Nous avons calculé une proportion légèrement inférieure à 20 %.

² De 1929-1931 « *Boletín de la Asociación Nacional de Radiodifusión* », qui est ensuite inclus dans *Catalunya Radio* qui l'intègre comme partie à part entière de la revue le 29 février 1932. (Volumes I à IV). AHCCA, Barcelone.

dispensaires blancs¹, c'est également une source qui s'intègre dans le système de lutte caritatif mais aussi public.

L'hôpital de Sant Pau, est une institution hospitalière beaucoup plus ancienne². En ce qui nous concerne, le Service du Docteur Joan Freixas i Freixas³, qui recevait uniquement des femmes tuberculeuses se déplace en 1922 dans le nouvel hôpital imaginé par l'architecte Lluís Domènech i Muntaner⁴. C'est à partir de cette date que nous avons pu consulter les fiches cliniques des malades⁵. En 1930, s'ouvre dans le nouvel hôpital un service pour les hommes, dirigé par le Docteur Reventós, ancien médecin de l'hôpital Clinic. En 1934, à la mort du docteur Freixas, le service des femmes est intégré à celui des hommes et placé sous la direction du docteur Reventós. Entre les années 1929 et 1936, nous comptabilisons 2007 fiches cliniques. L'hôpital de Sant Pau a une fonction curative qui fut renforcée lors de l'arrivée du Docteur Reventós. Les malades ne se voient pas simplement prescrire un traitement médicamenteux, comme au dispensaire, ils subissent généralement des opérations chirurgicales, telles le fameux *pneumothorax*⁶. Théoriquement, ces malades sont atteints plus gravement que ceux soignés par le dispensaire.

L'Hôpital de l'Esperit Sant fait en réalité fonction de sanatorium. Situé à l'extérieur des limites de la ville, à *Santa Coloma de Gramanet*, il peut être considéré comme l'exemple parfait des sanatoria suburbains que revendiquaient les médecins des années 1930, en opposition aux sanatoria d'altitude, dont, selon eux, le coût élevé n'avait d'égal que leur inefficacité⁷. Jusqu'en 1929, cet hôpital est un asile pour malades incurables. L'arrivée de

¹ GARCIA LUQUERO, Clemente, *La tuberculosis como problema sanitario : estudio aplicado a Barcelona*, *op. cit.*

² « L'Hospital de la Santa Creu », futur hôpital de *la Santa Creu i Sant Pau*, situé rue de l'Hospital dans le nord du Raval, il fut construit en 1401.

³ Joan Freixas i Freixas es reconnu pour être un « patriote » catalan convaincu. (Cornudella, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999) Sa pratique de la médecine d'après ce que nous avons pu constater dans les fiches cliniques reste basée sur une cure de repos associée à une prise régulière de médicaments.

⁴ Selon Raimon Cornudella, Le nouvel hôpital commence à accueillir des patients en 1917. Le service du docteur Freixas est le deuxième à déménager, son déplacement en 1922 est lié à la volonté d'éloigner les malades dans un pavillon individuel. Il est aussi le premier service médical à se spécialiser en phthisiologie. *Ibid.*

⁵ Fonds Historique de l'Hôpital de Sant Pau, ANC.

⁶ En 1930, Reventós, ancien médecin de l'Hôpital Clinic, crée un service chirurgie thoracique à Sant Pau.

⁷ Le docteur Barjau fut un des grands défenseurs des sanatoria suburbains, mais aussi un important critique de la cure de repos au sens strict, pratiquée traditionnellement dans ce type d'établissement. Sa conclusion était sans appel : « *avui doncs, la concepció del Sanatori a l'antic estil, segons la qual aquest és per als malalts inicials i que es lliuren tan sols a la cura higiènico-dietètica com a tractament fonamental, no es pot sostenir.* », BARJAU, Josep Maria, « Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya », dans PASCUAL BRIFFA, Gerard. *Societat Medico-Farmaceutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*. Libr. Pontificia, Barcelone, 1932.

Josep Maríá Barjau comme médecin-chef modifie considérablement la donne. D'abord, il convainc le comité de direction de modifier ses critères d'accueil :

« *L'Hospital-Sanatori de l'Esperit Sant fou primitivament fundat per als malalts incurables; prompte emperò, vaig poder convèncer la Junta Directiva del mateix de la necessitat de canviar de criteri i, sense rebutjar els malalts greus, admetre-hi pacients que estiguessin en condicions d'obtenir un resultat total o almenys parcial de la cura; aquesta és la norma que regeix al nostre Hospital-Sanatori* ». ¹

Ensuite, le médecin-chef réoriente la philosophie du sanatorium vers un Hôpital-Sanatorium. A la cure de repos, il ajoute des moyens médicaux. L'établissement se dote donc d'une salle de radiographie ainsi que d'une salle de chirurgie. Son idée est de suivre à la lettre des recommandations de Léon Bernard, selon lesquelles les malades les plus atteints vont dans l'« Hôpital urbain »², alors que les moins affectés sont dirigés vers le sanatorium, à ceci près que son concept de sanatorium suburbain dispose aussi des « méthodes modernes de lutte contre la maladie ». Malgré tout, une large partie des malades du Sanatorium de l'Esperit Sant, reçus pendant la période 1930-1936 est encore dans un « état d'intoxication avancé ».³ Nous avons pu avoir accès aux registres d'entrées du Sanatorium de l'Esperit Sant, qui comptabilisent 1312 personnes.

Une fois récupérés les noms et adresses des patients de ces différents établissements ou listes, nous les avons recherché uns à uns dans le *Padrón Municipal de Habitantes* de 1930⁴.

Les listes de dons de *Catalunya Radio* ne nous donnaient que les adresses et les initiales des personnes. Nous avons donc souvent retrouvé le logement, mais aucun des habitants inscrits sur la fiche du domicile ne pouvait vraisemblablement être le patient en question.

¹ « *L'hôpital-Sanatorium de l'Esperit Sant a été originellement fondé pour accueillir les malades incurables; assez vite cependant, j'ai réussi à convaincre la direction du même établissement de la nécessité de changer de critère, et sans refuser les malades graves, d'y admettre des patients qui soient en condition d'obtenir une guérison, sinon totale du moins partielle; c'est aujourd'hui la logique qui prévaut dans notre hôpital-sanatorium* », *Ibid.*

² Tels l'Hôpital Sant Pau ou l'Hôpital Clínic.

³ C'est ce qu'indiquent les auteurs de l'ouvrage sur l'hôpital dirigé par Felip Cid, *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, *op. cit.*

Le terme « état d'intoxication avancé » est directement issu des propos des médecins et des fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau que nous avons pu consulter. Il s'applique à des malades dans un état critique, qui sont ensuite décrétés incurables.

⁴ Recensement général de la Population de Barcelone. Il se présente sous forme de feuilles familiales. AMAB CG.

De la même manière, certains malades de *l'Esperit Sant* ont été introuvables dans les fiches du Padrón. Mais nous avons tout de même pu retrouver les logements dans lesquels ils vivaient à l'époque. D'autres fois, les malades ont déménagé, entre 1930 et leur entrée dans le sanatorium, nous disposons donc de deux adresses, qui nous permettront par la suite d'étudier la mobilité résidentielle.

Enfin, le travail a été plus simple pour la source de l'Hôpital de Sant Pau : les fiches cliniques ne précisaient presque jamais l'adresse, nous avons donc dû nous contenter de réaliser l'appariement avec les seuls noms des malades que nous pouvions retrouver¹.

Dès lors, nous pouvons réorganiser les informations disponibles en différents groupes. Il y a tout d'abord les malades retrouvés dans les sources que nous venons de citer, sans l'appariement avec le Padrón soit un total de 4705 personnes. Ensuite nous avons les domiciles des malades retrouvés dans le Padrón, soit 2221 personnes. Parfois les malades ont été retrouvés, parfois le logement abrite une autre famille ; la mobilité spatiale étant très importante à cette époque, certains malades ont sans doute déménagé par la suite, ou bien n'étaient pas encore à Barcelone en 1930, date à laquelle se réalisa le Padrón².

Enfin, nous disposons d'une liste des malades retrouvés au sens strict dans le Cens de 1930, soit 1507 personnes. Il s'agit du « niveau » le plus intéressant, puisqu'il donne des informations précises sur les patients eux-mêmes.

Les deux tableaux suivants synthétisent ces propos.

Tableau 2: Domiciles des trois sources retrouvés dans le Padrón

SOURCES	Total	Domiciles retrouvés dans le Padrón	Pour cent
Dons de Catalunya Radio	1386	846	61,04
Hôpital de Sant Pau	2007	549	27,35
Sanatorium de l'Esperit Sant	1312	826	62,96
TOTAL	4705	2221	47,21

(Sources: *Catalunya Radio*, *fiches cliniques de Sant Pau*, *registres d'entrées de l'Esperit Sant*, *Padrón 1930*)

¹ Index Onomastique du Padrón de 1930, AMAB AP.

² Sur la mobilité résidentielle dans les grandes villes, voir PINOL Jean-Luc, *Les Mobilités de la grande ville : Lyon fin XIX^{ème}-début XX^{ème}*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1991. Plus précisément sur Barcelone, voir OYON José Luis, MIRALLES Carme, « De casa a fábrica. Movilidad obrera y transporte en Barcelona 1914-1939 » dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

Au total, nous n'avons retrouvé que 47,21% des domiciles des malades. C'est surtout la mobilité résidentielle de l'hôpital de Sant Pau qui est responsable de ce taux plutôt bas, puisque nous ne disposons pas des adresses dans les sources premières.

Tableau 3 : Tuberculeux des trois sources retrouvés dans le Padrón

SOURCES	Total	Tuberculeux retrouvés	Pour cent
Dons de Catalunya Radio	1386	430	31,02
Hôpital de Sant Pau	2007	525	26,16
Sanatorium de l'Esperit Sant	1312	552	42,07
TOTAL	4705	1507	32,03

(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

Malgré tout, et suivant une logique très proche de celle des médecins de l'époque, nous avons considéré que tout espace où vivait un tuberculeux était un espace à prendre en compte¹. Plus sérieusement, nous avons utilisé toutes les adresses disponibles, quelles aient été retrouvées dans le Padrón de 1930 ou pas. Nous avons également ajouté les adresses supplémentaires des malades ayant déménagés dans Barcelone après 1930.

Nous avons donc pu placer 2 768 adresses dans tout Barcelone, soit 58,8% du total des données retrouvées. Sur ces 2 768 adresses, 1 119 sont issues de la liste des dons de Catalunya Radio (40,43%), 1 107 sont issues des registres d'entrées de l'Esperit Sant (39,99%) et seulement 542 sont issues des fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau (19,58%).²

Bien sûr, même si elles semblent permettre de « toucher » directement les malades, ces sources sont dirigées et orientées par les médecins. En effet, la responsabilité du diagnostic revient au médecin du dispensaire qui choisi d'envoyer les malades dans les différents hôpitaux ou de les inscrire sur les listes d'attente. Se sont les lecteurs de la revue de la Radio qui désignent une partie des malades qui peuvent profiter de leurs dons³. Et nous voyons difficilement les ouvriers vivants dans les quartiers les plus éloignés du centre-ville, quartiers

¹ Voir la fameuse citation de Lluís Sayé, « *todo tuberculoso contagioso es el testigo de un ambiente infectado* ». Bien évidemment, notre étude ne se basera pas sur les mêmes arguments.

² Soit 27% des fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau consultées.

³ La revue invite ses lecteurs à déclarer tout tuberculeux pauvres qui pourrait avoir besoin d'aide financière. Il nous est cependant impossible de chiffrer exactement ce phénomène de recrutement.

très peu visités par des médecins, ou représentants de l'élite, se déplacer jusqu'au dispensaire. Toutes ses limites, déterminent le contour du travail que nous pouvons réaliser. De plus, rappelons que les malades sont pris en charge par un système gratuit. Par conséquent, nous ne pouvons en aucun cas percevoir des malades plus aisés qui eux s'intègrent dans un système médical privé. Dépassée la tentation de réaliser une étude totale de la répartition des tuberculeux, nous réalisons un travail qui se centre sur les « classes populaires », voire les « masses ouvrières » selon les définitions. L'idée centrale du travail est donc d'observer les différences sociales ou spatiales, à l'intérieur même de ce collectif.

- *Une géographie du soin : une logique de quartier ?*

La localisation des logements des malades est soumise à un certain nombre de variables qui nous conduisent à avoir une réflexion profonde sur la nature des données. Mais si ces informations nous forcent à nuancer notre position sur la distribution géographique des malades elles permettent également d'apporter un sens nouveau concernant les intentions des acteurs de l'époque. En effet, notre hypothèse sur une localisation déterminée par les médecins peut s'articuler autour de deux axes principaux. Le premier est celui d'une logique de proximité qui nous conduit à réfléchir sur l'aire d'influence des établissements de soins. Le second est plus complexe mais en même temps plus directement lié aux préoccupations des médecins. C'est l'idée d'une répartition différentielle des malades qui s'explique directement par une prospection volontaire et quasi exclusive des médecins dans les quartiers considérés comme à risque. La fameuse logique circulaire que nous avons déjà évoqué et qui par ailleurs transcende cette sous-partie est très difficile à prouver, puisqu'elle conduit à se demander sans fin la véritable signification de la forte présence des malades dans le centre ancien.

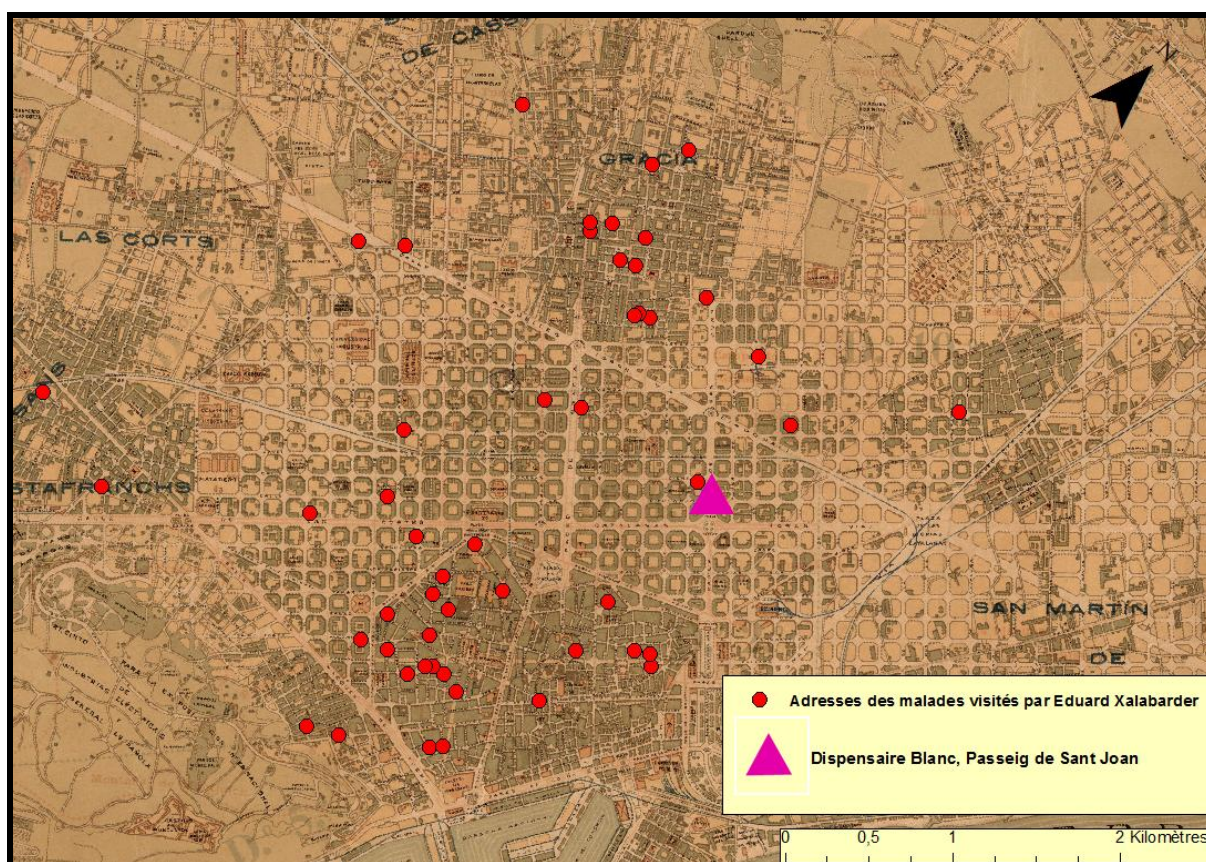
Pour nous pencher en douceur sur ces questions, commençons avec la localisation de malades du début du siècle, à partir d'une source que nous n'avons pas encore évoquée. Entre 1900 et 1910, le docteur Eduard Xalabarder a réalisé de nombreuses visites à domicile à des patients tuberculeux du dispensaire blanc du Passeig de Sant Joan¹. Selon la *Vanguardia* du 29 novembre 1908, se sont exactement 6 338 personnes qui sont assistées dans ce dispensaire entre 1904 et 1908². Bien sûr, le médecin ne se déplace pas chez tous les patients, mais une partie de son temps est tout de même consacrée à cette activité considérée si utile par les

¹ CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

² *La Vanguardia*, 29 novembre 1908, p. 2.

ptisiologues. Nous avons pu avoir accès à une cinquantaine de fiches de visites à domicile du médecin à cette époque, ce qui ne peut malheureusement pas amener à une réflexion autre qu'anecdotique, mais qui néanmoins peut constituer un point de départ chronologique¹. La localisation des adresses où s'est rendu le médecin ne permet pas de déceler une corrélation apparente entre le lieu de soin et l'adresse du malade. Il faut dire que le dispensaire blanc est construit au Passeig de Sant Joan, une zone nouvelle, privilégiée et dont le choix d'implantation répond sans doute plus à une volonté de montrer le prestige de l'organisme caritatif de la Caixa de Pensions qu'à une logique d'approche géographique des catégories sociales susceptibles d'être assistées.

Carte 4 : Domiciles des tuberculeux visités par E. Xalabarder (dispensaires Blancs) 1900-1910

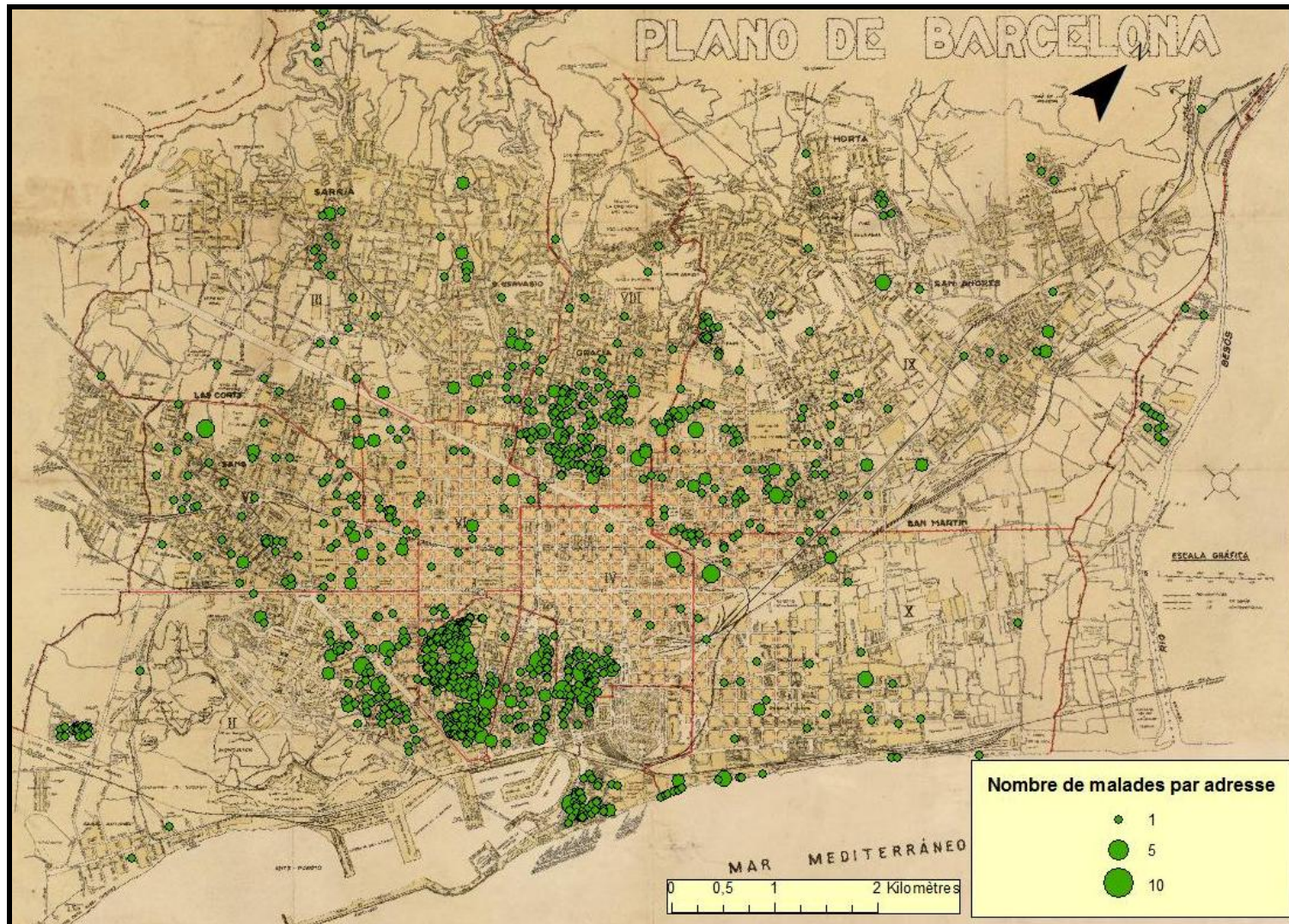


(Sources: Fiches de visite à domicile de E. Xalabarder, fond du Dr Xalabarder, MHMC. Fond de carte raster: Ciudad de Barcelona con su llano y alrededores, D. Federico Armenter de Aseginolaza, Institut Cartògrafic de Catalunya)

¹ Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, MHMC.

Par contre, le petit centre d'assistance construit en 1908 sur la rue Travessera de Gràcia est quant à lui sans doute motivé par la volonté d'approcher les populations des anciens municipes et il est possible qu'alors la localisation des malades tende à changer. Ici, les adresses des malades s'inscrivent dans une logique de l'époque, se centrant à la fois sur le centre ancien le plus insalubre et sur Gràcia, quartiers en cours de densification populaire à l'époque. Dans la continuité chronologique, la répartition des adresses des personnes aidées par les auditeurs de la radio suit largement la même logique. Les malades se trouvent dans le centre ancien et les quartiers périphériques qui en 1930 concentrent la population aux caractéristiques les plus précaires.

Carte 5 : Adresses des malades aidés par Catalunya Radio, 1929-1934



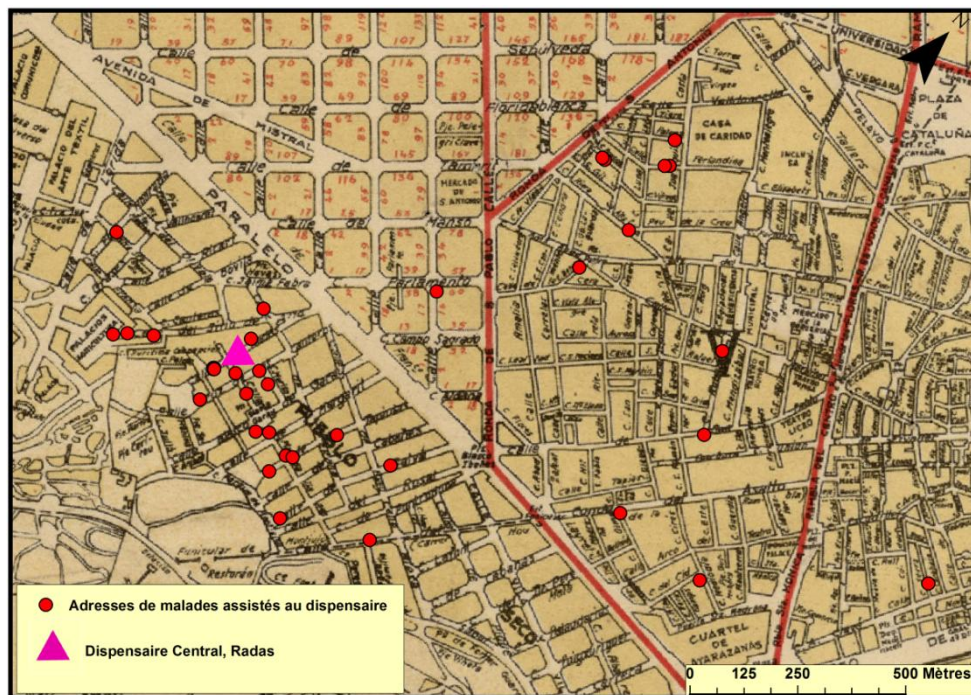
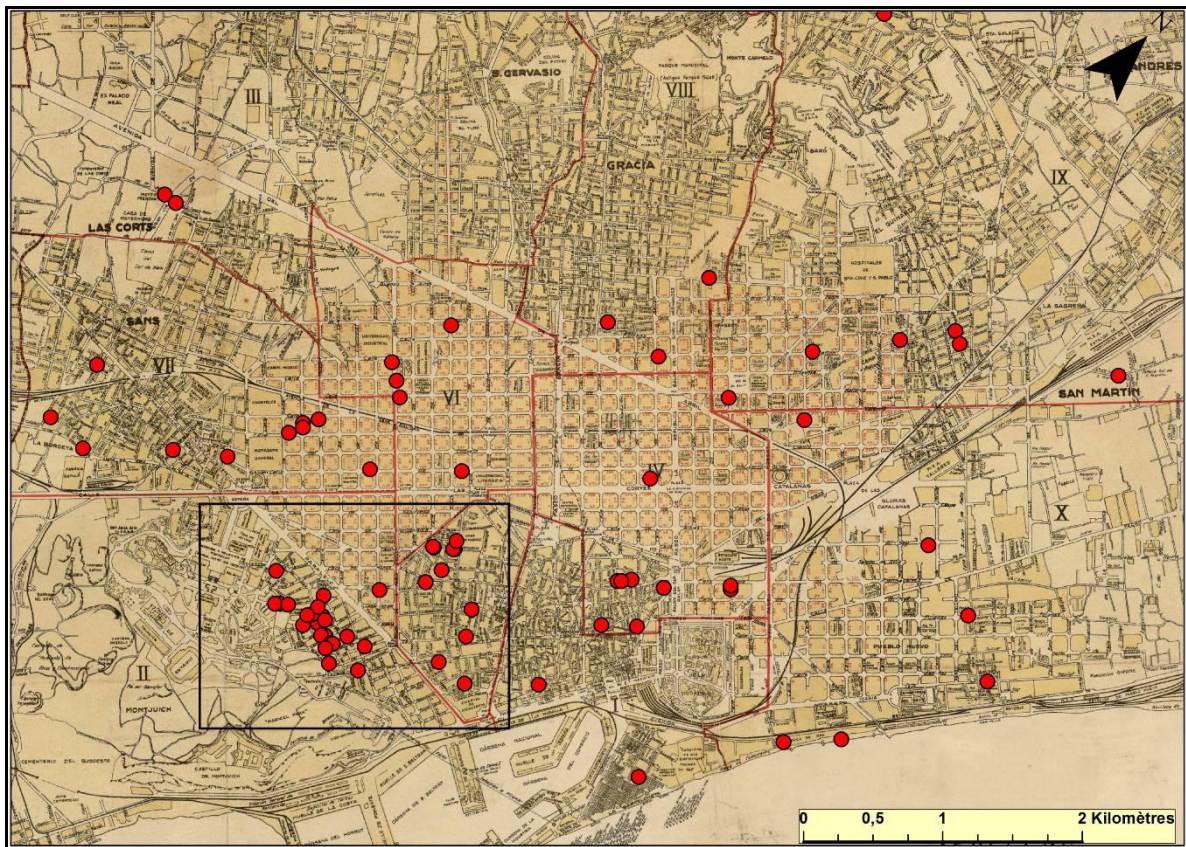
(Source: Liste de dons réalisés aux tuberculeux, publiées dans la revue Catalunya Radio. Fond de carte rastérisé: Ed. Rápido, 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Les facteurs de différenciation sociale et spatiale qui prédéterminent le choix des malades aidés expliquent en grande partie la localisation dans deux types de zones, les quartiers très défavorisés, dans lesquels il est logique de rechercher les malades, et les quartiers plutôt mélangés, comme Gràcia par exemple, où ces malades sont visibles par les auditeurs de la radio, qui eux-mêmes se chargent de les inscrire sur les listes de la revue. Nous tombons ici sur un autre élément clé pour comprendre la localisation des malades, celui de la visibilité, logique qui tend à privilégier les malades proches des personnes qui les aident.

Pour en finir avec la logique du dispensaire, nous disposons également de quelques données concernant le dispensaire de Radas¹. Nous avons pu avoir accès à quelques fiches cliniques, qui à l'inverse de ce que nous avons pu voir jusqu'à présent montrent une localisation des malades qui semble être très influencée par la localisation du lieu de soin.

¹ Fiches de visites et enquêtes sociales réalisées par le « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* » 1921-1936, Dépôt du CAP RSD.

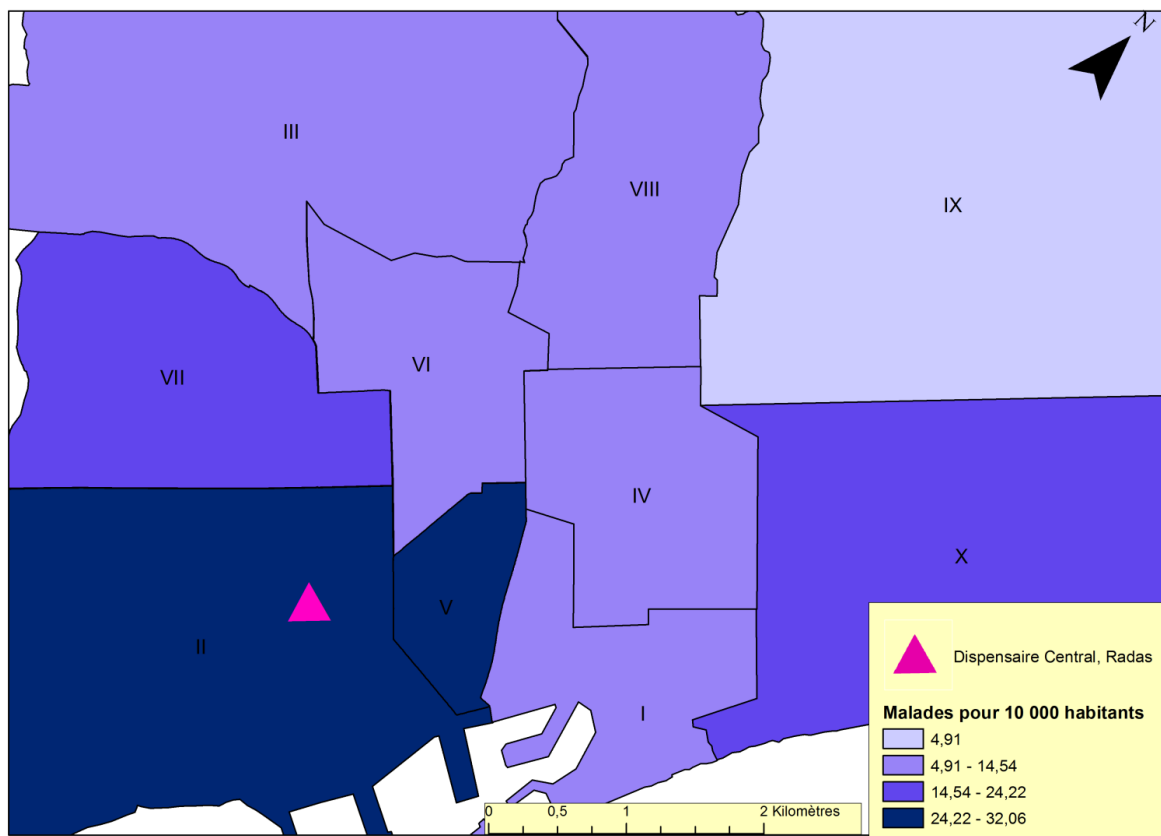
Carte 6 : Adresses de malades soignés au dispensaire central entre 1921 et 1936



(Source: fiches cliniques du Servei d'assistència social dels tuberculosos, CAP RSD. Fond de carte rastérisé: Ed. Ràpido, 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

Plus encore, des statistiques produites sur la totalité des personnes assistées au dispensaire renforcent largement cette tendance. Le district IX le plus éloigné du dispensaire est logiquement le moins représenté, alors qu'à l'inverse le district II dans lequel se trouve le dispensaire a un taux de domiciles tuberculeux particulièrement élevé par rapport aux autres statistiques que nous avons pu évoquer auparavant.

Carte 7 : Répartition par districts des malades soignés au dispensaire central en 1930 pour 10 000 habitants



(Source: Fond du docteur Lluís Sayé, ANC. Fond de carte vectorisé réalisé par l'auteure)

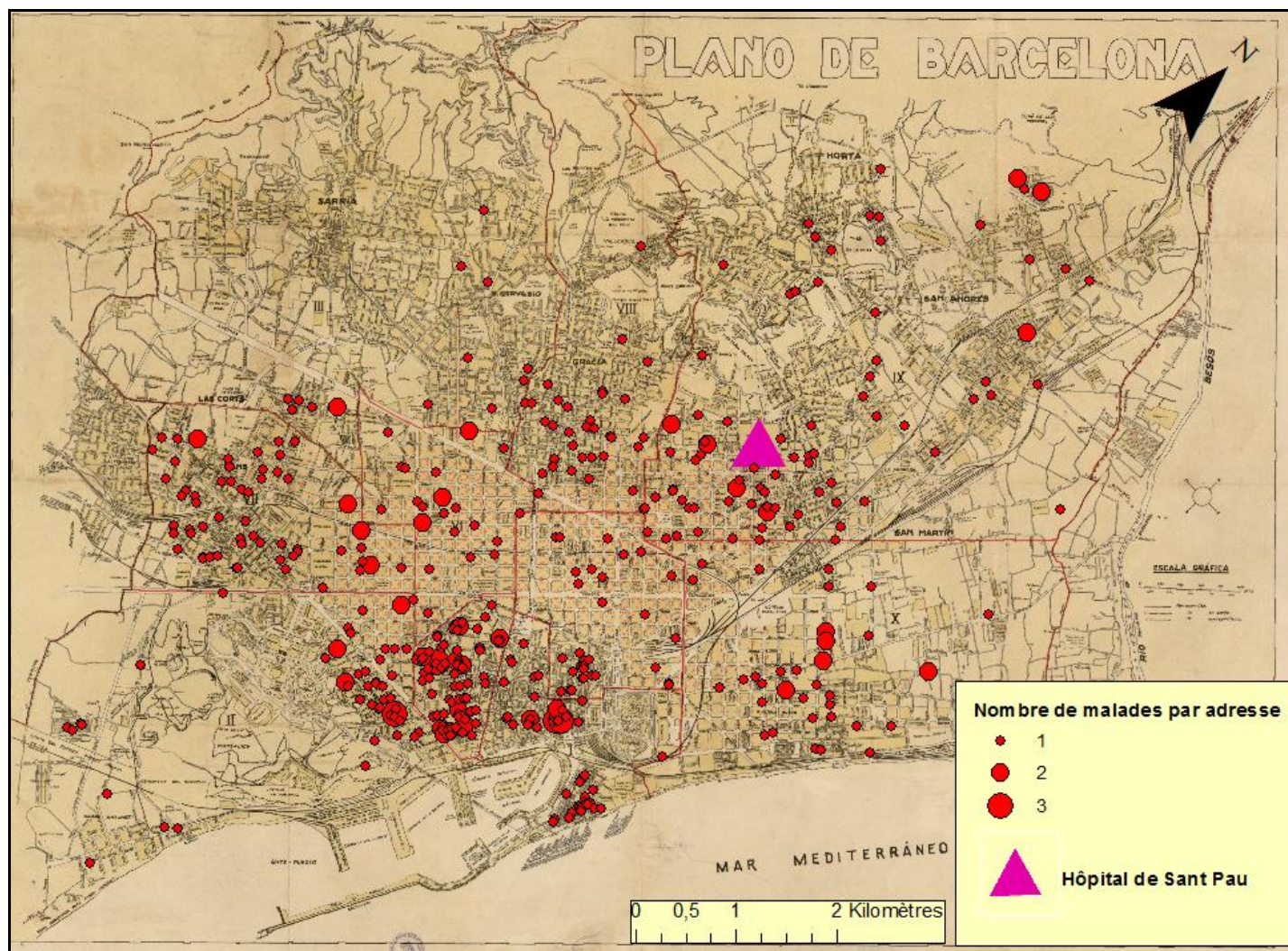
Pourtant, selon les projets de Lluís Sayé pour Barcelone, l'aire d'influence du dispensaire central devait s'étendre sur toute la ville, et être relayé par les dispensaires blancs et d'autres cliniques¹. En pratique, les tuberculeux vont au dispensaire le plus près de chez eux, ou plus exactement ils vont au dispensaire central parce qu'il est près de chez eux, et non pas pour profiter gratuitement des dernières innovations en matière de santé.

¹ 1935-1939 : « Quadres de dades sobre causes de mortalitat per tuberculosi a Barcelona, resum Ajuntament Barcelona, Institut municipal d'Estadísticas. », Carton 7, Idem 1903-1918, Carton 11, Fonds du docteur Lluís Sayé, ANC.

Le rapport au lieu de soin est plus anecdotique pour la localisation des malades des deux autres établissements. Evidemment, à l'inverse du dispensaire qui fait le « premier tri » et par conséquent accueille tout le monde, l'hôpital et le sanatorium reçoivent des malades atteints gravement, avec un processus de sélection tout à fait clair. Il semble donc évident que leur aire d'influence est plus étendue. Néanmoins, un certain nombre des malades qui entrent à Sant Pau proviennent du dispensaire du même hôpital¹. C'est peut-être cela en effet qui peut expliquer le fait que les malades barcelonais internés à l'hôpital soient plus souvent domiciliés dans des quartiers proches de l'hôpital, que ceux des autres sources.

¹ Fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, 1929-1973, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

Carte 8 : Domiciles des malades hospitalisés à l'Hôpital de Sant Pau 1929-1936

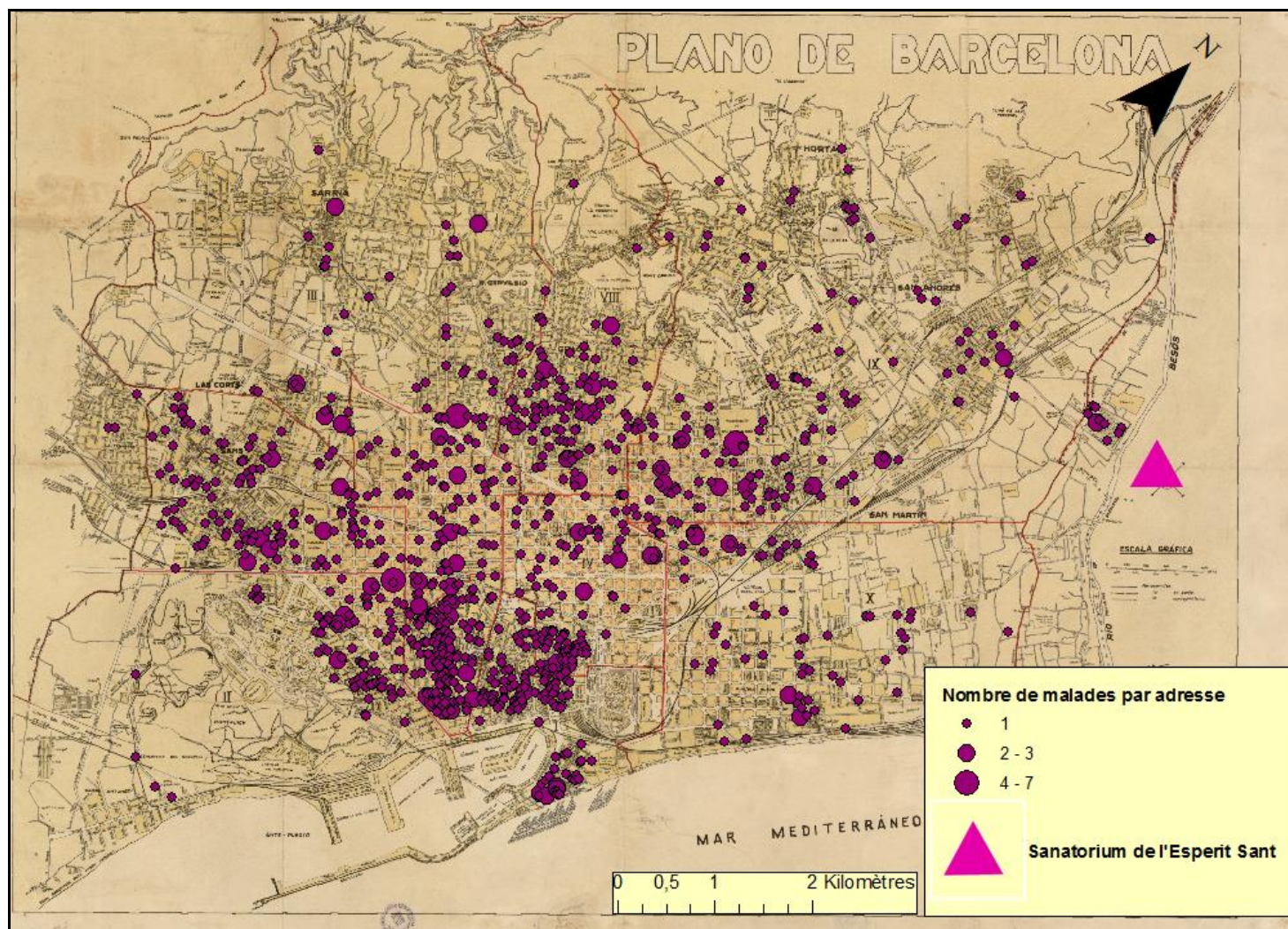


(Sources: fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, Padrón de Habitantes de Barcelona de 1930. Fond de carte raster: Ed. Rápido, 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

Il semble donc que l'on puisse dégager une logique de proximité qui s'applique avant tout pour le dispensaire comme cela était prévisible, mais aussi prévu par les médecins et les institutions.

En revanche, hôpital et sanatorium ne sont pas exclus d'une logique de recrutement des malades, qui finalement devraient être assez similaire à celle des dispensaires puisqu'ils reçoivent les mêmes malades une fois qu'ils sont plus atteints. Encore une fois, la localisation dans les quartiers du centre ville semble être une caractéristique commune à tous. Pourtant, pour le cas de l'Esperit Sant, il semble que le fameux vide de l'Ensanche ne soit pas si évident, ce qui tend à nous faire penser que le recrutement est peut être différent, voire que les patients eux même n'ont pas les mêmes caractéristiques.

Carte 9 : Domiciles des malades internés au sanatorium de l'Esperit Sant 1929-1936



(Sources: registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón de Habitantes de Barcelona de 1930. Fond de carte raster: Ed. Rápido, 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

On peut trouver un autre élément de réponse dans l'étude du type d'admission au sanatorium. En plus des institutions publiques, il s'agit souvent de philanthropes qui permettent aux malades d'être internés, ce qui pourrait nous orienter encore une fois vers des malades qui vivent près des personnes qui les aident, plus aisées, et par conséquent expliquer la localisation des malades par la visibilité.

- *Un réseau de soins gratuit : la spatialisation des malades démunis*

Si visibilité et proximité peuvent expliquer la localisation des domiciles des malades, ces concepts évoquent surtout, par delà les limites des sources, un système de soins hiérarchisé et qui a une logique propre. Pourtant, les différences entre les données disponibles permettent également d'ajouter du sens à l'étude démographique. C'est dans les quartiers considérés comme « pauvres » que l'on retrouve en très grosse partie les malades tuberculeux. Pourtant, selon chaque source, les différences spatiales sont perceptibles ce qui peut s'expliquer par un recrutement différent des malades. Le groupe de malades assistés dans un système gratuit, ne forme donc pas une unité homogène et nous nous demanderons en quoi ces écarts peuvent nous donner une vision plus complète et nuancée de la localisation du microbe. Une hypothèse centrale pour guider ce discours : celle d'une répartition spatiale différente en fonction du niveau de gravité du malade et qui permet notamment de redéfinir l'opposition entre centre ancien et périphéries.

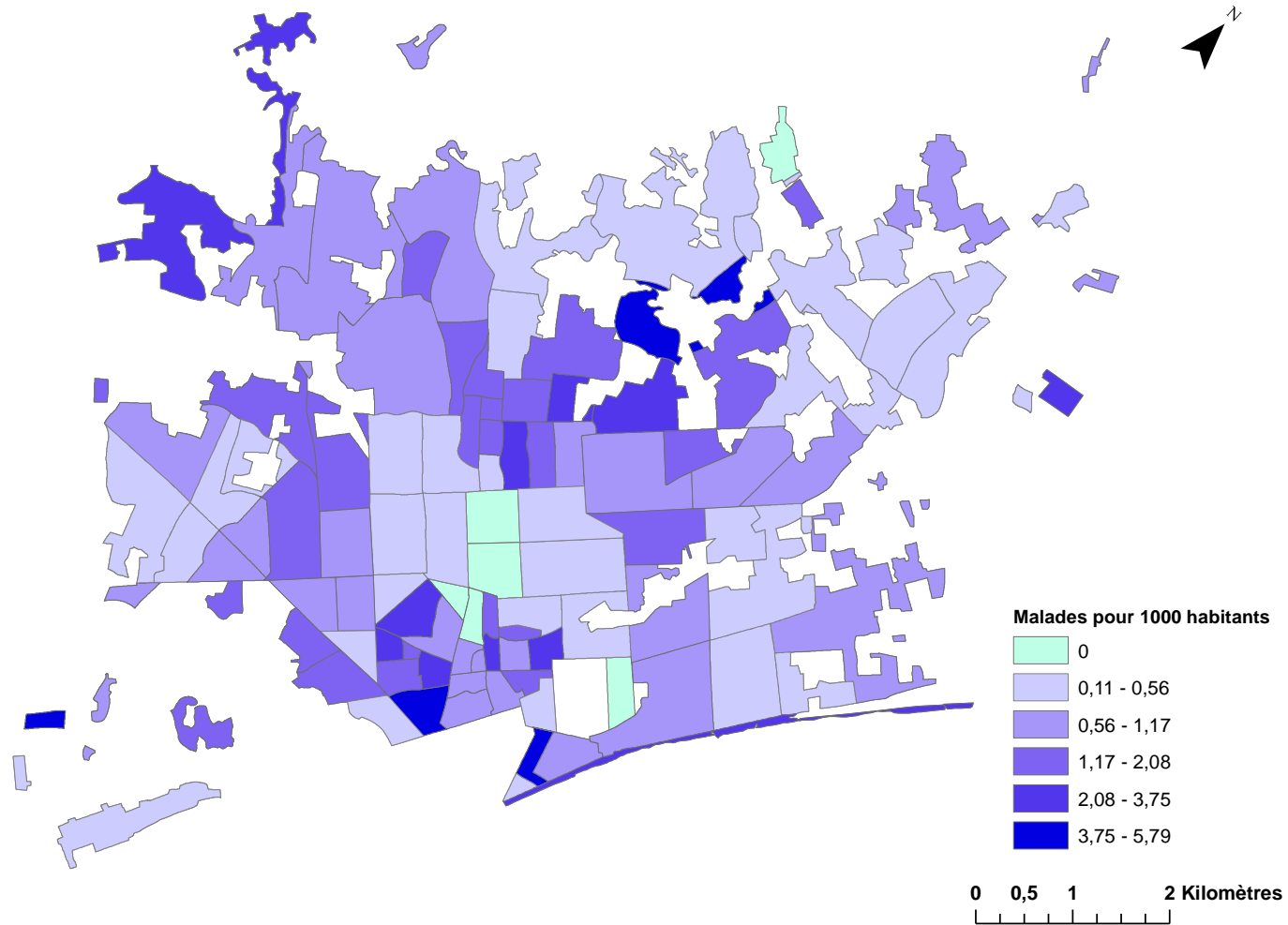
Pour Clemente García Luquero, l'insalubrité et la densité sont facteurs de la morbidité tuberculeuse mais pas de la mortalité¹. Nous avons démontré que pour l'ensemble des malades pour lesquels nous disposons des adresses, le lien entre densité, densité bâtie et morbidité n'est pas flagrant à part pour le centre ancien. Mais les trois établissements dont sont issus les malades étudiés n'ont pas le même recrutement, par conséquent nous pouvons *a priori* considérer une graduation du niveau de gravité selon les établissements. Ainsi, suivant cette logique mise en avant par les médecins de l'époque, les malades sont d'abord auscultés au dispensaire et les plus atteints d'entre eux entrent à l'hôpital ou au sanatorium. Par conséquent, et si nous suivons le schéma de Clemente García Luquero, les malades aidés par la radio devraient être plus dépendants des facteurs environnementaux que les patients internés dans les institutions hospitalières. D'une manière générale, nous observons une

¹ GARCIA LUQUERO, Clemente, 1950, *op. cit.*

certaine graduation en ce sens, bien qu'il soit difficile de l'attribuer uniquement aux arguments avancés par le médecin.

Le contraste entre centre ancien et périphérie est saisissant lorsqu'on tente de situer géographiquement les malades aidés par la radio.

Carte 10 : Répartition par quartier des malades aidés par Catalunya Radio pour 1 000 habitants



(Source: Liste de dons aux tuberculeux, publiée dans la revue Catalunya Radio, Fond de carte vecteur: OYON, José Luis, et al, Barcelona 1930 : un atlas social, 2001.)

Sur cette carte, la proportion de tuberculeux est rapportée à la population de l'îlot ou du quartier. Bien sûr, ce calcul a l'inconvénient de surreprésenter certaines zones dont la densité est particulièrement faible. C'est par exemple le cas des quartiers *Vallvidrera-Pedralbes*, où nous retrouvons seulement huit malades mais qui se distinguent comme une zone à forte population tuberculeuse, alors que la population totale est particulièrement faible, soit 28,7 habitants par hectare¹. C'est encore le cas pour le quartier de *Can Baró*, et surtout pour les *Casas Baratas Milans del Bosch et Baró de Viver*, qui sont des quartiers en construction dans les années 1930, et dont la population augmente très rapidement durant toute la période². À l'inverse, cette proportion relativise la forte concentration dans les zones densifiées tel le quartier de Gràcia. La constatation la plus évidente à la vue de cette carte est celle d'un grand vide dans l'Ensanche, vide qui se prolonge dans les zones aisées du Nord-Nord-Ouest de la ville. Les zones les plus touchées peuvent être classées en trois catégories, le centre ancien, les zones mélangées ouvrières, et certaines périphéries marginales. Il s'agit à la fois des zones les plus insalubres, mais aussi des zones denses qui se caractérisent par une grande mixité de population et par conséquent une meilleure visibilité des malades. Comme nous l'avons déjà dit, l'un des moyens de recrutement des tuberculeux était l'appel à témoin. Dans la revue, nous avons retrouvé des annonces qui encourageaient les lecteurs à signaler les malades qu'ils connaissaient. Par conséquent, nous pouvons nous douter qu'il existe peut-être une correspondance géographique entre donateurs et bénéficiaires. Effectivement, les malades se trouvent souvent dans des quartiers « mélangés » socialement tels les îlots du nord du *Raval*³. Or, selon toute probabilité, les lecteurs de la revue et auditeurs de la radio font partie d'une « classe moyenne », ou d'un groupe social composé d'employés et de petits artisans qui pourrait bien loger dans une zone dite « intermédiaire » comme l'îlot du Padró en question⁴. De la même manière, le quartier de *Gràcia* concentre lui aussi un pourcentage important de « classes moyennes », artisans, employés ou petits commerçants. Il s'agit d'un quartier très dense, par conséquent la proportion de malade tout en restant importante, est réduite par rapport au *Raval* par exemple, mais à proximité nous retrouvons les quartiers de *Can Baró* et

¹ Données : Jaume Aiguader, *op. cit.*

² Pour le quartier de *Casas Baratas Baró de Viver* Juan-José Gallardo estime qu'en 1936 la population est passée de 193 en 1930 à 2300 personnes en 1936. Pour le quartier de *Milans del Bosch*, il parle d'une augmentation de 2338 à 3500 personnes pour la même période. Ces quartiers ne comportaient que neuf adresses de malades, soit deux adresses pour *Baró de Viver* et sept pour *Milans del Bosch*, et les neuf malades avaient perçu une aide de la radio entre 1932 et 1934. Nous avons donc choisi d'utiliser la population de 1936 au lieu de celle de 1930 afin d'obtenir une proportion plus juste.

³ Voir OYON, José Luis, *Barcelona, 1930, op. cit.*

⁴ En dehors de leur premier nom de famille, nous ne disposons malheureusement pas de plus d'informations concernant les donateurs ce qui ne permet pas de réaliser une étude comparative allant au-delà de la simple hypothèse.

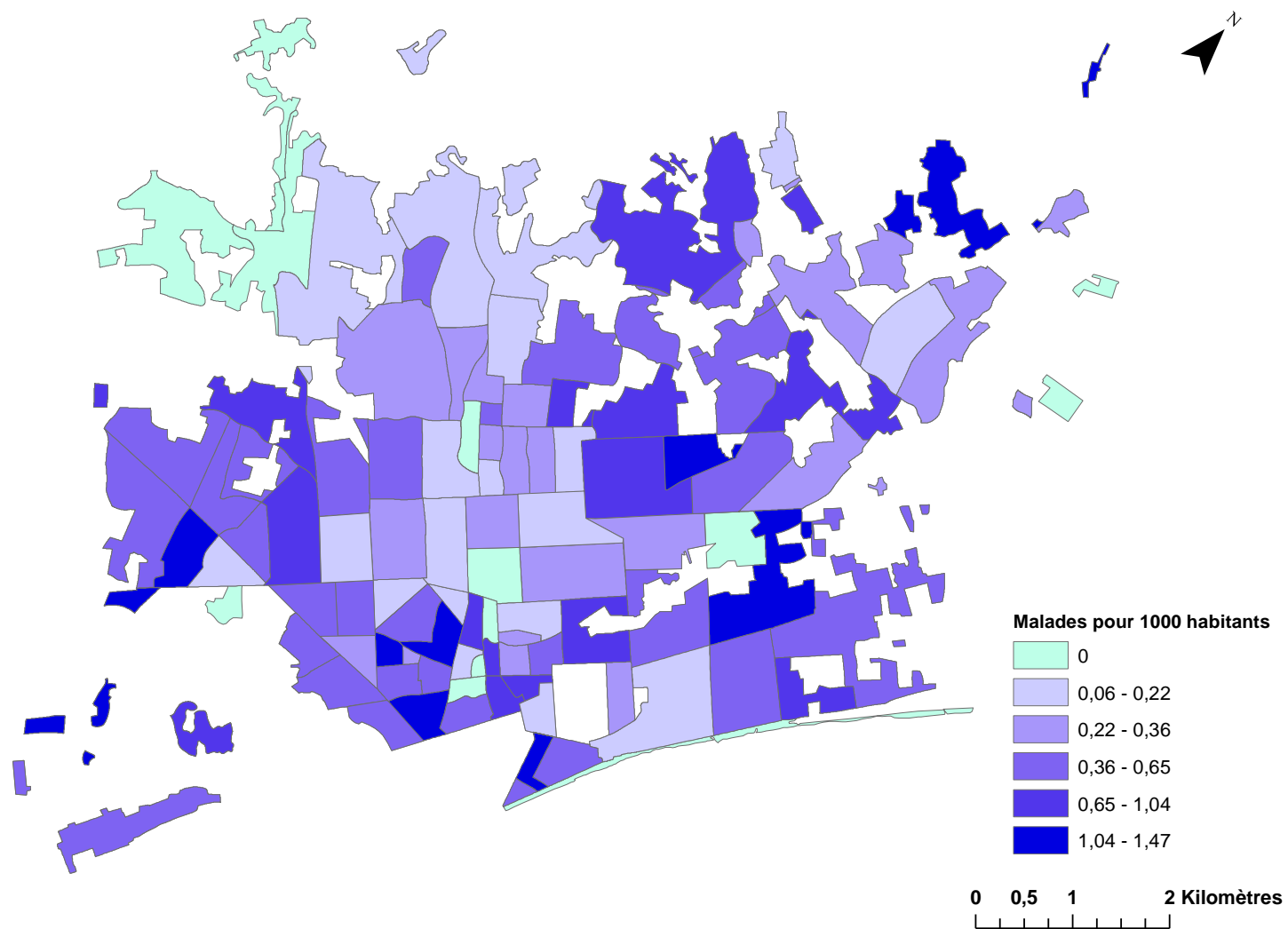
el Carmel constitués de bidonvilles et autres logements précaires, ainsi que le quartier de *Gràcia Nova*, des zones qui sont plus largement touchées par la maladie que les autres périphéries. Ce décalage pourrait s'expliquer en partie par la proximité de *Gràcia*, puisque les donateurs y habitant auraient du même coup plus de contact avec des malades vivants dans une de ces zones périphériques proches. Suivant cette hypothèse, la visibilité des malades apparaît comme primordiale pour comprendre leur localisation. Les quartiers exclusivement ouvriers fortement représentés sont ceux localisés à proximité de ces zones où, selon toute probabilité, nous pourrions retrouver les lecteurs de la revue.

Les tuberculeux aidés par la radio vivent donc dans les zones réputées les plus insalubres et les plus pauvres, mais avant tout dans le centre ancien et les périphéries proches des anciens municipes et des zones urbaines populaires et mélangées socialement. Ce critère de visibilité et de proximité empêche de parler de marginalité spatiale pour les malades aidés, même si c'est bien la ville populaire¹ qui est ici représentée.

Le contraste entre centre ancien en périphérie s'atténue lorsque l'on se penche sur les malades hospitalisés. Certes, l'opposition entre centre ancien et *Ensanche* est toujours sensible et elle s'est même renforcée, mais par contre les périphéries du Nord Est sont, elles, bel et bien présentes.

¹ « ciudad popular », dans OYON, José Luis, *La Quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

Carte 11 : Répartition par quartier des malades hospitalisés à l'Hôpital de Sant Pau pour 1 000 habitants



(Source: *fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, Padrón de Habitantes de 1930* Fond de carte vecteur: OYON, José Luis, et al., *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001.)

Nous avons évoqué plus haut la limite que constitue la présence d'un dispensaire à l'hôpital dont le rayonnement sur les quartiers proches influence la répartition. Néanmoins, la forte proportion de tuberculeux dans les zones proches de l'établissement et notamment dans la *barriada de l'Hospital* est comparable avec celle du quartier périphérique de *Santa María de Sans* et plus largement de la zone d'*Hostafrancs*. Pour étudier les malades dans les périphéries populaires, c'est vers l'hôpital de Sant Pau qu'il semble être le plus judicieux de se tourner, même si ceux vivants dans les *Casas Baratas* et même les bidonvilles n'ont pas pu être pris en compte puisque nous avons du travailler à partir de la source administrative du Padrón¹. Dans le quartier de *Roquetes* par exemple vivent 1,66% des tuberculeux de Sant Pau contre seulement 0,35% de ceux aidés par l'Association de Radiodiffusion. Au quartier de *Roquetes*, s'ajoutent également ceux de *Sant Genís* et de la *Sagrera*, créant ainsi une zone populaire périphérique fortement représentée dans l'hôpital. A l'inverse, le quartier du *Carmel*, bien qu'y résident certains tuberculeux, n'est pas l'un des plus affectés. Cela peut sans doute s'expliquer par la différence de bâti de la zone, où l'on retrouve une plus forte proportion d'habitats précaires. Ce type d'habitat est généralement peuplé par une classe sociale défavorisée, et récemment immigrée, qui se trouve être aussi celle qui a le taux de mobilité résidentielle le plus élevé. Or, nous le savons, les malades qui sont retrouvés dans le recensement de 1930 sont encore une fois les plus visibles, c'est-à-dire ceux qui se déplacent peu². Finalement, et malgré les limites de la source, ici l'opposition entre quartiers aisés et populaires est plus significative qu'une opposition entre centre et périphérie ou même entre centre-ville et *Ensanche*.

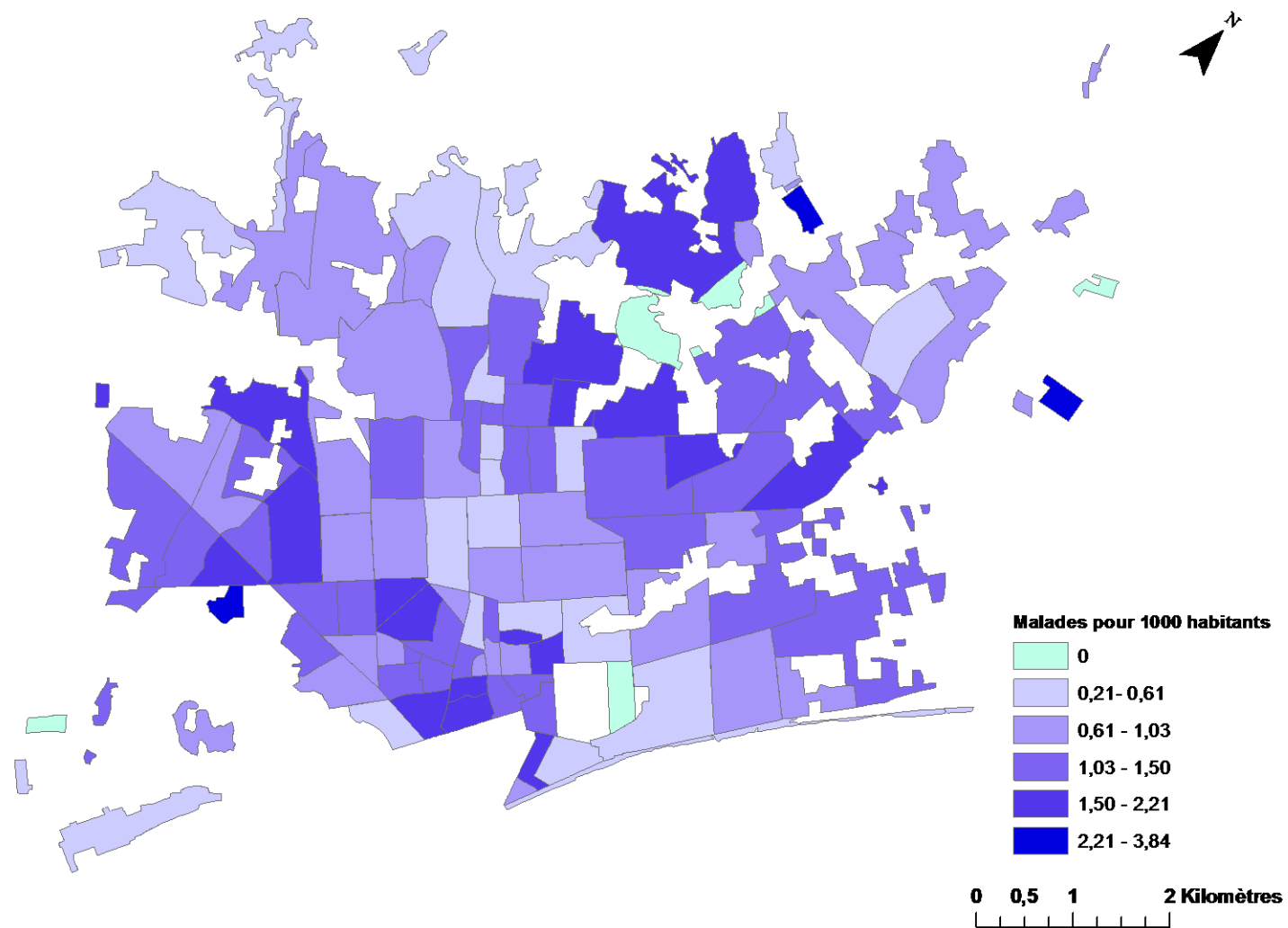
Avec les malades internés à l'Esperit Sant, la donne change quelque peu. L'un des objectifs déclaré des sanatoria est d'éloigner les malades de leur environnement malfaisant. Josep María Barjau, directeur du dispensaire, évoquait ainsi le problème de ré-intoxication des malades sortant tout juste du sanatorium, en retournant en ville, pour vivre dans des quartiers et logements insalubres³. Pourtant, la carte de la maladie qui correspond aux malades de son sanatorium est très visiblement celle qui montre le moins de corrélation entre maladie et insalubrité, ou du moins entre maladie et quartiers populaires ce qui revient au même dans l'esprit des décideurs.

¹ La source du Padrón est le recensement de Barcelone. Les deux groupes de *Casas Baratas* de Santa Coloma de Gramanet ne sont donc pas présents. De plus, les bidonvilles de part leur caractère précaire sont également difficilement pris en compte lors d'une démarche ponctuelle.

² Malgré cela, dans les Histoires Cliniques, nous avons retrouvé un certain nombre de malades qui semblaient vivre dans ce type d'habitat pendant un temps.

³ BARJAU, J.M., *Consideracions del que ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, op. cit.

Carte 12 : Répartition par quartiers des malades internés à l'Esperit Sant pour 1 000 habitants



(Sources: registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón de Habitantes de 1930, Fond de carte vecteur: OYON, José Luis, et al., Barcelona 1930 : un atlas social, 2001.)

Ici, le contraste entre centre ancien et ensanche se trouve atténué. Par exemple, de tous les patients localisés, seuls ceux de l'Esperit Sant vivent dans le quartier du *Prat*, dans *l'Eixample Central*. Le quartier de *Balmes*, autre zone de *l'Eixample Central*, comptabilise 0,55 tuberculeux de l'Esperit Sant pour 1000 habitants, contre 0,05 aidés par la radio et 0,16 hospitalisés à Sant Pau. Notons également que dans *l'Eixample Sant Antoni*, le taux du quartier dit de la *Ronda Sant Antoni* est similaire voire supérieur à celui de son voisin du *Raval*, le très densifié *Padró*. Dans tous les cas, les valeurs sont très faibles, mais la différence est néanmoins notable.

Le centre ancien est certes toujours un lieu d'implantation privilégiée, mais bien moins représenté ici que dans les deux autres sources. Ce sont toujours les deux quartiers de *Santa Mónica* et du *Padrón* qui concentrent les valeurs les plus élevées du *Raval*, mais ils sont dépassés en proportion par les quartiers localisés dans des zones plus aisées du centre ancien comme c'est le cas de l'îlot d'*Agotnitzants*, dans *Sant Pere*, ancien quartier des élites, en processus de transformation sociale importante depuis le départ massif de celles-ci vers l'Ensanche et le Nord-Nord-Ouest.

Deux autres îlots font leur apparition avec les malades du sanatorium : *Mercé* et *Trinitat*. A la différence des autres zones citées, il s'agit d'espaces peu denses malgré une densité de bâti assez élevée. A l'Ouest, les quartiers de *Las Corts*, *Rocafort* et dans une moindre mesure *Sants* et *Hostafrancs* ont un taux similaire à ceux présentés pour les autres établissements et listes, légèrement plus significatif que pour la source de la radio. Notons également le fort taux de tuberculeux du sanatorium dans le quartier de la *Font d'en Guatlla*, zone assez marginale, mais aussi peu peuplée. Les zones proches de *Gràcia*, au Nord Est, sont également assez représentées, tout comme la *Barriada de l'Hospital*, ou le quartier de *Provences*, entre *Sant Andreu* et *Camp de l'Arpa*. Ajoutés au quartier de *Sant Genís* et surtout les *Casas Baratas* de *Milans del Bosch*, *Ramón Albó* et *Eduard Aunós*, ces zones concentrent les patients de l'Esperit Sant vivant en périphérie populaire. Néanmoins, il semble que la représentation de ces espaces périphériques, aux logements et installations précaires, soit assez faible dans les registres d'entrées du sanatorium. Les *barracas*, qu'elles soient situées sur la plage ou dans le *Carmel*, semblent ne pas fournir beaucoup de malades ayant besoin d'une cure de repos.

Les malades de l'Esperit Sant vivent plus souvent dans des quartiers aisés ou intermédiaires que ceux aidés par la radio ou même hospitalisés à Sant Pau. Le contraste entre centre ancien et Ensanche est moins flagrant, et en cherchant à en comprendre les raisons nous trouvons un élément de réponse dans la structure de la source: si les dons de *Catalunya Radio* permettent aux malades de se faire soigner chez eux, le principe même du sanatorium exige l'éloignement du domicile, et de l'environnement quotidien. Les malades aidés par la radio sont inscrits par des auditeurs, issus des classes dites moyennes, ou encore sont recherchés dans les dispensaires. Ceux de l'hôpital de Sant Pau sont reçus par « charité » mais surtout envoyés par les dispensaires publics. Ceux du sanatorium sont parfois envoyés par des dispensaires ou médecins, mais leur séjour est souvent payé par des particuliers. De là à dire que l'on soigne à domicile les malades vivants dans des quartiers populaires et que l'on éloigne les malades qui vivent (et contaminent) dans les quartiers mélangés et aisés, il n'y a qu'un pas. De plus, le taux de malades travaillant comme domestiques et vivants dans le domicile de leurs employeurs est bien plus élevé pour les patients de l'Esperit Sant que pour les autres sources. Cela ne permet pas de justifier les écarts perceptibles, mais donne des idées quant à leur interprétation : il est possible que l'emploi ou le statut social des malades soit lié à cette répartition. Encore une fois, l'argument de la proximité et de la visibilité permet de donner un sens à la distribution différentielle.

Est-il possible que ces différences spatiales puissent également être liées au niveau de gravité des malades ? Si cette thèse est tentante au vu des résultats obtenus, encore faudrait-il prouver que les malades du sanatorium sont plus affectés que ceux de l'hôpital, car bien que se soit une opinion souvent avancée chez les médecins, les listes d'attentes, et les pathologies observées chez les patients ne nous permettent pas de conclure à une telle graduation entre les établissements. Malgré tout, de manière générale les malades soignés sont issus des quartiers populaires de la ville, des quartiers dits pauvres, et assez peu des quartiers dits riches. Les tuberculeux soignés à domicile vivent de préférence dans les quartiers centraux, visibles, mais aussi très insalubres. La logique du dispensaire, implique une géographie des malades très dépendante de la localisation du lieu de soin. Les malades de l'hôpital Sant Pau vivent dans une Barcelone populaire plus large, qui intègre les périphéries, et en particulier les périphéries proches du dit lieu de soin. Enfin, les malades internés au sanatorium sont souvent issus des quartiers populaires, mais également parfois de zones intermédiaires voire aisées, peut-être

parce que plus facilement repérables par des voisins plus favorisés économiquement, ils se voient offrir une cure qui les éloignent de leur environnement quotidien.

Des statistiques démographiques sur la répartition de la maladie dans la ville, les professionnels ont extraits des conclusions pour orienter conceptuellement et géographiquement les décideurs. D'abord ils ont privilégié les facteurs environnementaux pour expliquer le développement différentiel de la tuberculose. L'insalubrité et la densité sont les deux clés de compréhension de la répartition du microbe dans la ville, même si certains acteurs ont tenté de démontrer le peu de fondement scientifique de ces conceptions. A partir de ces concepts, ils ont développé une caractérisation de l'espace, qui a surtout permis de distinguer « centres anciens » de « périphéries nouvelles » et donc respectueuses de l'hygiène moderne. Dans le cas de Barcelone, c'est dans la deuxième partie du XIX^{ème} siècle que cette caractérisation *a priori* est remplacée par une opposition entre *Casc Antic* et *Eixample*. Avec la multiplication des périphéries ouvrières au début du XX^{ème} siècle et surtout fin des années 1920, l'affaire se complique, et l'on ressent simultanément un débordement et une volonté de maintien des théories explicatives de l'hygiène en ville. Parallèlement puisque la ville change, les statistiques doivent prendre en compte la nouvelle réalité urbaine. Dans ce domaine, nous avons pu observer que les statistiques des médecins contrairement à celles d'un ingénieur du XIX^{ème} siècle comme Pedro García Faria choisissent une répartition par districts, peu précise mais qui rend bien compte de l'état d'esprit d'acteurs uniquement préoccupés par le logement. Ensuite, aux concepts d'insalubrité et de densité, un médecin comme Clemente García Luquero ajoute ceux de morbidité et mortalité tuberculeuse pour rendre compréhensible la répartition de la maladie dans la ville. Nos propres analyses ont montré que si dans un premier temps l'insalubrité semble bien être un facteur important, la densité, du moins à l'échelle du quartier n'en est pas un notable, et ce quelque soit l'état de gravité des malades. Dans la mesure où nous pouvons faire l'hypothèse d'une dégradation de l'état de santé entre les malades soignés à domicile et ceux internés au sanatorium, il est possible que l'insalubrité soit un facteur qui touche plus l'infection et moins la réinfection. Mais comme les théories médicales et la spatialisation des malades s'influencent mutuellement, avec l'analyse des malades soignés dans des systèmes de soins gratuits nous entrons forcément dans une logique circulaire qu'il nous faut dépasser. L'objectif dès lors, plus que de répondre aux hypothèses

des médecins de l'époque qui orientent nos sources, est d'apporter de nouveaux éléments pour avancer une réflexion quant à une géographie du soin, et une localisation différentielle des malades. Ainsi, nos données nous amènent à conclure à une opposition centre-périphérie variable en fonction des sources et des établissements, ce qui fait mettre en avant la question de la visibilité de la maladie dans la ville. Plus encore, ces observations nous conduisent à supposer des traitements contre la tuberculose différents en fonction de la localisation des malades dans la ville. La visibilité déterminerait la géographie de la lutte, et selon une logique guidée par la peur de la contagion les malades proches des élites seraient plus facilement internés hors de la ville que ceux vivants dans des quartiers populaires. Bien sûr, avec cette hypothèse difficilement vérifiable, nous allons un peu loin, mais cela nous oriente tout de même vers une redéfinition de l'hygiène publique et de l'espace par rapport à la maladie qui plus qu'une maladie infectieuse, est devenue contagieuse.

C. La maîtrise de la tuberculose : un enjeu de santé publique ?

« No cabe duda que para los españoles la tuberculosis es el primero de los problemas sanitarios y uno de los primeros problemas sociales »¹

Lorsque José Palanca, évoque à nouveau les aspects sociaux et environnementaux de la tuberculose, il montre clairement qu'il accorde plus d'importance aux seconds. Pour lui, la tuberculose est un problème de santé publique, avant d'être un problème social parmi tant d'autres. Pourtant, si à l'image du médecin sévillan les professionnels de la médecine insistent souvent sur les aspects sanitaires de la maladie, il s'agit peut-être d'un raccourci un peu facile. La tuberculose, causée par un microbe, selon les découvertes récentes totalement assimilées, n'est pas à proprement parler une maladie du manque d'hygiène urbaine, puisqu'elle est liée apparemment à un seul agent infectieux. Or, cet agent infectieux se transmet de plusieurs manières, mais surtout par contact humain, et non pas par un aspect insalubre du territoire en

¹ « Il n'y a aucun doute que pour les espagnols la tuberculose est le premier des problèmes sanitaires et l'un des premiers problèmes sociaux ». Réponse du Docteur José Palanca au discours du docteur José Verdes Montenegro à l'Académie nationale de médecine, le 03 février 1935, publiée dans VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

particulier¹. Pour expliquer la tuberculose les médecins privilégient une infection provoquée par le germe, plutôt qu'encouragée par un terrain de culture propice au développement de la maladie². Et malgré cela, ils continuent de centrer leurs efforts sur la santé publique, depuis l'assainissement de la ville, jusqu'à la caractérisation de l'espace à risque avec des travaux qui relèvent de l'épidémiologie spatiale³. La responsabilité de l'espace dans la maladie est construite et argumentée, elle ne va pas soi *a priori*. Nous verrons donc ici comment se construit la responsabilité spatiale de la tuberculose, ou le lien entre la maladie et la santé publique.

Avec la prolifération du microbe, c'est le concept de contagion qui suit immédiatement la découverte de la bactériologie. Si certains médecins, phthisiologues ou hygiénistes s'en alarment, c'est globalement le modèle le plus suivi⁴. Nous montrerons qu'au moment où l'on prouve que la tuberculose est produite par un microbe, c'est à partir de cette notion de contagion que se crée le lien avec l'espace urbain. Il est le contenant du microbe et c'est en ce sens qu'il doit être assaini. Dès lors, l'assainissement est lié à la disparition du microbe, objectif principal dans la lutte contre la maladie qui privilégie la guerre au crachat malgré quelques voix dissonantes dans le corps médical. La contagion est attachée à une peur d'être contaminé, qui explique en partie les assainissements urbains encouragés par les médecins au début du XX^e siècle. Pourtant, nous assistons à une évolution notable dans cette peur de la maladie jusque dans les années 1930 qui se traduit en pratique par une redéfinition du lien entre maladie et espace urbain.

¹ A la différence d'autres maladies de nature épidémiques, tels le choléra quelques années plus tôt, ou la fièvre typhoïde qui reste très présente à Barcelone dans les années 1910 à 1930, et qui met directement en cause les réseaux d'eau potable. Pour illustrer le lien entre la fièvre typhoïde et les réseaux d'eau potable, nous pouvons nous reporter à la carte réalisée en 1933 par Lluís Claramunt i Furest, qui localise les décès dus à la fièvre typhoïde dans la ville ainsi que les fontaines en spécifiant la provenance de l'eau. « *Plano general de Barcelona : la febre tifoide a Barcelona : gràfic de l'epidèmia de l'any 1914* », disponible dans le fonds de la cartothèque digitale de l'Institut Cartogràfic de Catalunya. Carte publiée dans CLARAMUNT FUREST, Lluís. *Lluita contra la febre tifoide a Catalunya*, Imprinta La Ibèrica, Barcelona, 1933.

² Dans la thèse sur l'Histoire sociale de la tuberculose en Espagne, Jorge Molero explique comment l'étiologie de la maladie a été redéfinie à partir des concepts du terrain et du germe suite aux découvertes bactériologiques de Robert Koch. MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 36.

³ Nous avons déjà évoqué des travaux d'épidémiologie spatiale, comme celui pour Madrid de DIEZ FERNANDEZ, Carlos, *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, 1935, *op. cit.*

⁴ Jorge Molero dans de nombreux ouvrages ou articles, évoque la mise en place de cette « pensée médicale hégémonique ». Voir notamment sa thèse de doctorat de 1989, *op. cit.*

1. Un peu de microbiologie pour expliquer la guerre au crachat. Une redéfinition de la santé publique

Dans la santé publique, ce sont les caractéristiques mêmes de l'espace qui sont mises en cause. Ce que nous avons coutume d'appeler la révolution bactériologique¹ change la donne dans la relation santé publique et maladies zymotiques² en la situant au cœur d'une polémique entre élimination du germe et assainissement du terrain³. Pour Carles Grabuleda Teixidor, la découverte de la bactériologie signifie l'emprunt d'un chemin sans retour⁴. Il suit en cela la thèse de Erwin Ackerknecht, parfois critiquée qui voyait en la révolution pasteurienne une rupture brutale permettant la victoire des contagionnistes sur les infectionnistes⁵. L'agent infectieux est le microbe, il est unique, intègre, et par conséquent c'est le seul responsable biologique de l'infection. Seulement, si la théorie bactériologique est presque totalement adoptée, l'espace urbain insalubre reste la principale préoccupation de la lutte antituberculeuse. Ce fait contradictoire s'explique par la construction d'une nouvelle définition du lien espace-tuberculose à partir de la conception du germe, une construction qui redéfinit à son tour l'hygiène publique. Nous chercherons ici à détacher les étapes d'un processus qui depuis la bactériologie dite « classique » conduit à une « bactériologie stricte »⁶. Ce concept restrictif de microbiologie oriente les contemporains vers la contagion comme

¹ Le terme de « Révolution bactériologique » a été remis en question par les Historiens de la médecine. Dans sa thèse de doctorat, Sara Lugo Marquez s'appuie sur le travail de Michael Worboys pour qui en Europe il n'y a eu aucune « révolution bactériologique » en tant que telle, afin de redéfinir un concept qu'elle juge peu problématisé par les historiens. LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, thèse de doctorat dirigée par Jorge Molero Mesa, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011, 250 p.

² Le terme de « zymotique » qui fait référence à la fermentation, est utilisé par certains médecins du XIX^{ème} et jusqu'au début du XX^{ème} siècle pour qualifier les maladies que nous appelons « infectieuses ».

³ Carles Grabuleda Teixidor évoque cette polémique déjà évoquée par Jorge Molero, en citant le docteur Bertrán Rubio qui en 1896 identifiait deux tendances chez les hygiénistes. La première, la plus répandue, se centrait sur le germe et son élimination, alors que la seconde cherchait à assainir le terrain pour augmenter la résistance aux microbes, car aucune semence ne peut germer si le terrain n'est pas propice. GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, Thèse dirigée par FRADERA BARCELÓ Josep Maria, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història "Jaume Vicens Vives", Barcelone, 2002, p. 387.

⁴ *Ibid.*

⁵ ACKERKNECHT, Erwin, *A Short History of Medicine*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1982. Cité puis critiqué dans CAPONI, Sandra, « Hygiénisme et réorganisation urbaine au Brésil et en Argentine », dans *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, Varia, 33, 2004.

⁶ Sara Lugo Marquez parle plutôt de « réductionnisme bactériologique » et d'un « déterminisme scientifique ». LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX*, 2007, *op. cit.*, p. 1.

facteur explicatif unique pour comprendre le développement de la maladie, en écartant d'autres théories telle que l'hérédité du terrain ou du germe, ou toute autre explication non strictement biologique. Ces conceptions se matérialisent en pratique dans une lutte antituberculeuse uniquement tournée vers « la guerre au crachat ».

Avec la découverte du bacille de Koch en 1882, les médecins de l'époque se centrent peu à peu sur le germe pour expliquer la maladie et cela entraîne par effet de causalité une grande préoccupation pour la contagion.

A la fin du XIX^{ème} siècle Philip Hauser est l'un des premiers qui, en Espagne, critique cette idée de « bactériologie stricte » telle qu'elle se développe¹. Si dans un premier temps le médecin est un défenseur des théories miasmatiques, il est bien obligé de s'intéresser au microbe dans les années 1890². Cependant, s'il développe une théorie bactériologique de la tuberculose, la lutte contre la maladie chez lui est avant tout centrée sur le terrain. Plus exactement, pour lui le fait de savoir que le bacille existe et est la cause de la maladie ne change rien au problème, puisqu'aucun moyen de lutte médicale ne peut affecter directement celui-ci. Il cite ainsi le professeur Gaffki, collaborateur de Koch pour qui :

« Toutes les mesures hygiéniques basées sur nos connaissances acquises dans notre temps, relatives au développement de l'agent phtisiogène³, ont complètement échoué ; par conséquent, nous sommes réduits aux mêmes moyens préventifs qui furent employés longtemps avant la découverte du bacille de la tuberculose ; les moyens sont de nature exclusivement hygiénique et diététique »⁴.

En réalité ce que Philip Hauser remet en cause, c'est le lien préétabli par tous entre bactériologie et contagion car pour lui :

¹ Didier Nourisson, dans un article intitulé « Tuberculose et alcoolisme » fait également référence à ces deux écoles qui s'opposent sur la question du facteur de la maladie germe ou terrain, ou encore contagion ou hérédité. Dans BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion. Choléra, Tuberculose, Syphilis, XIX^{ème} XX^{ème} siècle*. Fayard, Paris, 1988, 202 p. Dans ce débat, Philip Hauser s'oppose résolument aux contagionnistes dont il considère le point de vue réducteur. HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*

² L'impact de la théorie bactériologique est visible chez Philip Hauser lorsqu'on compare les textes écrits avant 1882 et ceux publiés pendant les années 1890. Ainsi, dans un article sur la mortalité infantile en Espagne publié en 1878, l'auteur définit les maladies infectieuses comme des maux qui « prennent leurs origines dans un air vicié (...) et se multiplient au contact de l'air en stagnation ». HAUSER, Philip, *Nouvelles considérations sur la mortalité de la première enfance en Espagne comparée avec celle de la France : mémoire lu au Congrès International d'Hygiène tenu à Paris du 1er au 10 août 1878*, C.M. Santigosa, Séville, 1881. A l'inverse, vingt ans plus tard, le médecin affirme que « l'origine parasitaire de la tuberculose est établie » dans *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p. 5.

³ Orthographe original.

⁴ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p. 5.

« Il ne suffit pas de la présence du bacille de Koch dans l'organisme pour engendrer la tuberculose. Chaque cas de tuberculose est le produit de plusieurs facteurs qui agissent sur l'organisme pour préparer le terrain et le rendre apte à servir de champ de culture aux bacilles de la tuberculose. »¹

Autrement dit, le seul aspect biologique, le seul microbe, n'explique qu'en partie la maladie, et le médecin penche pour un modèle multi-causal. En tant qu'hygiéniste, Philip Hauser propose surtout de renforcer le terrain compris comme espace géographique, mais il évoque aussi le terrain que constitue corps humain, en précisant que l'alimentation ou le repos sont des facteurs sociaux qui jouent sur la maladie². A l'inverse, il ne se prononce pas en faveur des sanatoria et dénonce clairement « la guerre à outrance au crachat des phtisiques »³ telle qu'elle est menée par ses contemporains. Il va d'ailleurs encore plus loin en proclamant que :

« C'est une erreur de vouloir incriminer les crachats des méfaits dus à l'état vicieux de notre organisation sociale ; car, (...) la phtisie est une maladie de la dégénérescence sociale, et le crachat est plutôt le produit d'un organisme en déchéance que la cause. »⁴

C'est vers l'assainissement du terrain qu'il faut se tourner pour soigner la maladie, et non pas rechercher les causes de la propagation de la maladie. Malgré la théorie bactériologique, le sens donné ici à la santé publique est assez similaire à celui que l'on retrouve pour les autres maladies infectieuses :

« L'hygiène moderne ne doit avoir d'autre but que de stériliser le champ de culture propice au microbe de la tuberculose. Toute prophylaxie peut se résumer dans un mot : La Propreté »⁵.

Mais pendant les trente premières années du XX^{ème} siècle, les médecins sont au contraire allés de plus en plus loin dans cette voie si critiquée par l'hygiéniste, conduisant à une

¹ *Ibid.*, p. 24.

² Il parle même d'un « affaiblissement des forces physiques et morales » facteur clé du développement de la maladie. *Ibid.*, page 58. Par force morale, il faut cependant entendre également « déviance morale », à laquelle participe grandement l'alcool, un facteur aggravant très mis en avant par les acteurs de l'époque qui permet également de culpabiliser le malade. Voir l'article de Didier Nourisson, « Tuberculose et alcoolisme » dans l'ouvrage collectif *Peurs et terreurs face à la contagion*, op cit. page 202, ou encore les travaux de Jorge Molero, 1989, *op. cit.*

³ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p. 16.

⁴ *Ibid.*, p. 27. Bien que le médecin semble ici remettre en cause le « système socio-économique », nous ne devons pas y voir une revendication sociale. Le point de vue du médecin est avant tout guidé par les théories environnementalistes et une préoccupation hygiéniste déconnectée d'un véritable positionnement politique.

⁵ *Ibid.*, p. 36.

redéfinition de la santé publique. Dans une vision « hégémonique », l'unique cause de la maladie est le germe. Jorge Molero Mesa cite ainsi le médecin Codina Castellvi pour qui veiller à la santé publique consiste à fermer toutes les sources de contagion¹. « *Cerrar todas las fuentes de contagio* »², voilà l'une des phrases-clés de la lutte spatiale contre la maladie et qui pourrait nous permettre de parler de la tuberculose comme maladie sanitaire plutôt que comme maladie sociale.

En réalité, l'espace urbain devient un théâtre dans lequel agit l'agent infectieux, et il est au centre de la lutte antituberculeuse non pas comme objet, mais comme contenant. Les réformes hygiénistes sont destinées à éliminer le microbe de la ville, et c'est très clairement l'orientation que prend la lutte contre la maladie. Mais en ce sens, celle-ci s'écarte des questions d'hygiène publique classique, et séparent la lutte contre la maladie d'un assainissement général de la ville.

Dans ce contexte scientifique qui a totalement admis une conception stricte de la bactériologie, les phthisiologues ont encore fait un autre choix, qui les conduit à réduire toute la lutte contre la maladie sur le crachat et l'élimination du microbe : celui de la non-variabilité génétique du bacille. Avec les découvertes de Koch, différentes théories se développent car l'étiologie du bacille n'est pas forcément résolue dès que l'on a découvert le microbe. Pour certains, le microbe n'est pas unique, il peut se présenter sous différentes formes. En Catalogne, nous pouvons citer deux défenseurs de ce type de théories qui deviendront marginales, et seront considérées comme hétérodoxes. Jaume Ferrán i Clua (1851-1929), est considéré comme le précurseur de la vaccination en Catalogne³. Il est pendant quelques années à la tête du Laboratoire Microbiologique de la ville de Barcelone. Jusqu'à sa mort en 1929, le médecin élabore une théorie très particulière sur la mutation du microbe. Concrètement, il choisit d'abandonner ce qu'il considère comme un faux concept, l'unité étiologique du bacille, en considérant qu'il existe des formes mutantes, moins résistantes, qu'il faut utiliser pour créer un vaccin⁴. Joaquim Ravetllat i Estech (1872-1923), un vétérinaire, reprend les idées de Jaume Ferrán et les développe en s'appuyant sur

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

² « Fermer toutes les sources de la contagion » J. Codina Castellvi, cité dans MOLERO MESA, Jorge, 1989, *op. cit.*

³ Il élabore successivement un vaccin contre le choléra, le typhus, puis un vaccin antirabique avant de mettre au point la « vacuna anti-alfa », contre la tuberculose. CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

⁴ En ce sens le bacille de Koch se développe en plusieurs étapes, la dernière étant le bacille « à acid-résistant », qui résulte de l'évolution de la bactérie « no à acid-résistant » qui elle peut être soignée. Cette théorie est expliquée par Raimon Cornudella, 1999, *op. cit.*

l'expérimentation scientifique. Son collègue de travail, avec lequel il ouvrira un institut antituberculeux¹, le phthisiologue Ramón Plá i Armengol (1880-1956), théorise les conclusions de ces expériences, prenant fait et cause pour la notion de variabilité du microbe. L'histoire de l'Institut et des théories de Ramón Pla ont été expliquées par Sara Lugo Márquez dans sa thèse de doctorat soutenue il y a peu². Elle explique ainsi que pour le docteur Pla, le bacille, ou le microbe responsable de la tuberculose apparaît sous trois formes : d'abord une bactérie d'attaque, puis une forme de transmission et enfin une forme de résistance, qui est le bacille de Koch³. Elle cite le docteur qui explique sa théorie de la variabilité :

« Para nosotros, pues, la bacteria de la tuberculosis constituye una sola especie, que según las condiciones en que vive, adopta formas diferentes »⁴.

En ce sens, l'infection tuberculeuse pourrait dépendre de facteurs circonstanciels et circonstanciés, et l'on redonnerait par conséquent une très forte importance au terrain qui permettrait d'expliquer une transformation rapide du microbe en cette forme aiguë que l'on reconnaît comme la phtisie. Si cette théorie pourrait être la porte ouverte à une explication multifactorielle de la maladie, et donc pourrait permettre de proposer des réponses sociales à l'infection, ce n'est pas l'objectif de Ramón Plá⁵. Selon Sara Lugo, le médecin restait un défenseur du microbe comme cause unique, et proposait des solutions exclusivement médicales⁶. Cependant, sa théorie était basée sur un principe inébranlable : « todos somos tuberculosos »⁷. En ce sens, il n'existe pas d'état « pré-tuberculeux » comme les décrivent Lluís Sayé ou Josep Barjau à la même époque⁸, tout le monde est malade, tout le monde entre donc dans un système de lutte entièrement médicalisé, qui propose des traitements médicamenteux⁹. Selon cette théorie, il n'y a pas vraiment de catégorisation des espaces ou

¹ « El Institut Ravetllat-Pla ».

² LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, 2011, *op. cit.*

³ *Ibid.*, p. 54.

⁴ « Pour nous, donc, la bactérie de la tuberculose constitue une seule espèce qui, selon les conditions dans lesquelles elle vit, adopte des formes différentes », *Ibid.*

⁵ A la différence d'Eduard Xalabarder qui apparemment est intéressé par la théorie et est on le sait, partisan d'une causalité sociale de la maladie. *Ibid.*

⁶ Ramón Pla « naturalizó y (objetivó) experimentalmente la tuberculosis convirtiéndola en algo ajeno a las condiciones sociales ». *Ibid.*, p. 80.

⁷ « Nous sommes tous tuberculeux ». Affirmation de Ramón Pla cité par Sara Lugo Marquez, 2011, *op. cit.*

⁸ Sara Lugo qualifie la théorie de Ramón Plá de « *reduccionismo científico incluyente* », à la différence des deux autres médecins cités qui eux s'inscrivent dans un « réductionnisme scientifique excluant » en évoquant des pré-tuberculeux. Voir SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, Et BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, 1932, *op. cit.*

⁹ En l'occurrence, le « Suero » et la « Hemo-antitoxina Ravetllat-Pla », médicaments ou sérum produits par l'entreprise pharmaceutique du même docteur. LUGO MARQUEZ, Sara, 2011, *op. cit.*

des personnes, et la recherche du microbe est inutile puisqu'encore une fois « tout le monde est tuberculeux ». De plus, cette théorie conduit le médecin à remettre en cause la contagion comme unique vecteur de la maladie. Il met de nouveau en avant le facteur de l'hérédité, apportant encore un autre élément qui fragilise la lutte contre le crachat comme unique clé pour la lutte antituberculeuse. La polémique sur la variabilité du bacille dure jusqu'en 1926, date à laquelle les médecins catalans se mettent d'accord pour défendre la théorie de l'intégrité du microbe, en s'appuyant notamment sur le fait que dans les cercles européens cette théorie est la seule acceptée¹. En adoptant cette vision réductrice au sein d'une logique bactériologique elle-même réduite, la pensée hégémonique permet de renforcer la culpabilité du seul microbe, unique, intègre et indivisible. Le fait que certains soient affectés et d'autres pas ne s'explique pas par la forme ou qualité du microbe mais par son nombre ou sa quantité. En quelque sorte, l'ennemi est identifié, il est unique, et son élimination est la seule réponse à donner. Cela passe par « la déclaration obligatoire des cas, la désinfection et l'éloignement forcé »², pratiques qui découlent toutes de la « guerre au crachat ».

A l'intérieur du champ réducteur de la bactériologie, les médecins choisissent, sans doute scientifiquement, de réduire la tuberculose à une seule cause, le microbe à un seul type et la lutte contre la maladie à la seule « guerre au crachat ». Finalement, la cause unique de la maladie est le microbe, et avant de pouvoir l'éliminer du corps humain grâce aux antibiotiques qui lui régleront son compte définitivement³, l'unique moyen trouvé est de l'éliminer du territoire par les « moyens du bord », réduisant ainsi les occasions de contagion. Cela conduit directement à la « guerre au crachat » qui redéfinit le lien entre santé publique et tuberculose. Les réformes hygiénistes ne sont efficaces que tant qu'elles contribuent à l'élimination du microbe. Pour Jorge Molero, le fil conducteur dans les politiques de lutte antituberculeuse depuis 1882 est cette fameuse « guerre au crachat à outrance » justifiée par l'extrême contagiosité, prouvée ou exagérée, de la maladie⁴. A Barcelone, c'est aussi vers cela que tendent les acteurs responsables de la lutte dite officielle. Mais parce que l'espace urbain

¹ La discréditation de la théorie de Ramón Pla fut le fait en particulier d'un dictamen de la Real Academia de Medicina y Cirurgia de Barcelona en 1926, qui considérait qu'elle n'était pas acceptée par les « différentes écoles bactériologiques du monde », cité dans LUGO MARQUEZ, Sara, 2011, *op. cit.*, p. 76.

² « Declaración obligatoria, desinfección, aislamiento forzoso », MOLERO MESA, Jorge, 1989, *op. cit.*, p. 97.

³ Pour les antibiotiques, voir la Streptomycine, découverte en 1942, puis le Rimifon, dans les années 1950. Pour une explication rapide sur l'arrivée des antibiotiques, voir l'article de Maurice A. Petit, « La tuberculose et les tuberculeux avant et après les premiers antibiotiques », dans BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion*, 1988, *op. cit.*, p. 236.

⁴ MOLERO MESA, Jorge, 1989, *op. cit.*

est le théâtre où se répand le microbe, il devient aussi le lieu sur lequel se cristallise la peur de la contagion.

2. La peur de la contagion : de la ville commune à tous, au processus de contagion spatiale

La peur de la contagion est ce qui motive la lutte contre la maladie, et explique la caractérisation de l'espace. Les historiens spécialistes de la médecine et de la santé publique se sont penchés sur cette peur collective, qu'ils considèrent comme particulièrement significative pour comprendre les répercussions sociales des maladies épidémiques ou endémiques dans l'Histoire. En témoigne l'ouvrage collectif, *Peurs et Terreurs face à la contagion*, publié en 1988¹. Des spécialistes de l'histoire de l'urbanisme et de l'hygiène urbaine ont également étudié la manière dont se reporte cette peur de la contagion qui revient à une peur de l'Autre, sur l'espace urbain. Dans son ouvrage, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, Yankel Fijalkow montre ainsi comment cette peur de la contagion se matérialise par des réformes urbaines et sanitaires qui délimitent des zones à risques et les isolent du reste de l'espace urbain tel un « cordon sanitaire »². Les médecins du début du XX^{ème} siècle vont exploiter la peur de la contagion pour mettre en place une organisation de lutte mais aussi pour financer ce système puisque ce sont avant tout des fonds privés et des dons charitables qui constituent le gros des ressources dont ils disposent. En effet, alors que les statistiques de plus en plus nombreuses tendent à montrer que la tuberculose est une maladie de la misère, comment convaincre les élites et classes dirigeantes d'apporter leur soutien financier dans une lutte qui *a priori* ne les concerne pas ?

D'après nous c'est bien la peur de la contagion qui motive un rassemblement antituberculeux au moins au début du XX^{ème} siècle. Dans leur discours pour convaincre les élites, les médecins passent d'une maladie qui affecte tout le monde puisqu'elle se répand dans une ville commune à tous, à une maladie des populations défavorisées qui contamine les populations aisées. Cette évolution signifie non seulement une culpabilisation du malade

¹ BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion*, 1988, *op. cit.*

² FIJALKOW, Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, L'Harmattan, collection habitat et société, Paris, 1998.

miséreux ou du lieu misérable infecté mais explique aussi le renforcement d'une lutte centrée sur l'espace et la « guerre au crachat ».

- « *Hacer más salubre la ciudad común* »¹

L'égalité de tous face à la mort est un thème plutôt rebattu dans toute l'Histoire de la santé. Il ne manque pas d'être un argument sous-jacent primordial utilisé afin de soustraire de l'importance à la réalité sociale de la tuberculose si souvent avancée comme le facteur explicatif central. Il est mis en avant par les médecins afin de faire oublier la consonance sociale de la maladie, nuisible à la tranquillité des élites puisque c'est un élément supplémentaire en faveur de la révolte totale. Mais dans un autre contexte, les médecins usent également de cet argument afin de permettre la prise de conscience des classes dominantes sur la nécessité d'apporter leur soutien (moral et financier) à la lutte contre la maladie.

Cette négation de l'inégale répartition de la maladie selon les classes sociales est présente par exemple en 1916 chez Angel Pulido Fernández, médecin à Madrid. Lors de son discours prononcé à l'occasion de la Fiesta de la Flor² à l'attention des élites madrilènes, il évoque l'importance de la tuberculose dans toute la société urbaine et nie toute responsabilité sociale :

« *La obra de la tuberculosis es, señores, no obra de una clase sino obra de la sociedad (entera)* »³.

Cependant, il précise également que si les riches meurent de tuberculose, c'est bien à cause de l'ignorance de certains voire d'une négligence et au mépris de la Science. En 1933, Juan L. Morales y González tente d'orienter la lutte contre la maladie dans la ville andalouse la plus gravement touchée, Séville⁴. Pour lui, considérer la tuberculose comme une maladie attachée uniquement à la classe sociale défavorisée est une erreur. Pour convaincre les autorités de la ville de l'urgente nécessité de mettre en place une politique sanitaire globale, il choisit

¹ « Rendre plus salubre la ville commune à tous » RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*. Conferencia dada en la Sociedad de Ciencias de Málaga el 2 de marzo, Tip. de « El Ultimo », Malaga, 1903.

² Fête organisée par des « Juntas de Damas » afin de collecter des dons pour les tuberculeux pauvres.

³ « L'action de la tuberculose n'est pas, messieurs, le fait d'une seule classe, mais plutôt le fait de toute la société ». PULIDO FERNANDEZ, Ángel, *La tuberculosis y su profilaxis social. Conferencia popular dada en el Instituto Nacional de Previsión el 5 de junio de 1916 con motivo de la celebración de la Fiesta de la Flor en Madrid*, Imp. Asilo de Huérfanos, Madrid, 1916, 39 p.

⁴ MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*, Orientaciones, Obra social de previsión, Imp. Mercedes, Séville, 1933.

également d'aller à l'encontre des idées reçues comme des opinions médicales hégémoniques de l'époque en affirmant que la tuberculose est une maladie qui touche indifféremment les logements des « riches » et des « pauvres ».

« Conviene ir desechando la idea de que la tuberculosis es patrimonio exclusivo de los hogares pobres, ya que suele cebarse igualmente en las clases acomodadas. »¹.

Ajoutons deux remarques sur l'opinion de cet auteur: d'abord, il faut préciser que la réalité urbaine de Séville, très critiquée à l'époque peut expliquer en partie des mauvaises conditions de vie pour l'ensemble de la population, mais ensuite, il nous faut relever l'aspect spatial du texte de Juan L Morales, puisque ce dernier parle bien d'habitat et non pas d'habitants.

C'est en effet sur l'espace que se centre l'intérêt du débat sur la contagion dans *la ville commune à tous*². L'enjeu de la lutte contre la tuberculose est de rendre la ville commune plus salubre puisque c'est là la condition d'un bon état de santé général. En 1901, Carlos de Vicente y Charpentier, dans un livret de divulgation populaire, évoque l'obligation morale des associations caritatives à se préoccuper de la tuberculose, une maladie qui menace la santé publique. A propos du Dispensaire María Cristina de Madrid dirigé par le Docteur Verdes Montenegro, il ajoute :

« esta obra merece el apoyo de todas las asociaciones de caridad, en primer lugar, y todas las (ayudas) de caridad individual, pues al propio tiempo que se socorre al verdadero necesitado, se protege la salud pública contra una enfermedad que por si sola produce más mortalidad que las más infecciosas. »³.

La protection de la santé publique est bien plus importante que le secours apporté à l'individu malade qui, lui, est issu d'une catégorie sociale défavorisée. L'idée selon laquelle le problème de la tuberculose transcende la question sociale et le cas particulier est palpable tout au long des trente premières années du XX^{ème} siècle. Mais la santé publique générale passe par

¹ « Il convient d'exclure l'idée selon laquelle la tuberculose est patrimoine exclusif des foyers pauvres, puisqu'elle a l'habitude de s'acharner également chez les classes aisées ». *Ibid.*

² RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*, 1903, *op. cit.*

³ « Cette œuvre mérite le soutien de toutes les associations caritatives dans un premier temps, et tous les efforts de la charité individuelle, puisqu'en secourant le véritable nécessiteux, on protège en même temps la santé publique contre une maladie qui à elle seule produit plus de mortalité que (les maladies) les plus infectieuses. » VICENTE Y CHARPENTIER, Carlos de, *Desinfección doméstica. Aislamiento y desinfección simplificados. Medios fáciles y económicos para prevenir el contagio de las enfermedades siguientes : fiebre tifoidea, tos ferina, tifus exantemático, escarlatina, viruela...y tuberculosis*, Fortanet, Madrid, 1901.

l'amélioration de la ville. C'est sur les notions spatiales que les médecins insistent avant tout. Le docteur Risquez de Málaga en 1903 par exemple, établit un plan de campagne antituberculeuse dans la ville, et demande une aide financière aux élites urbaines en invoquant le fait que le problème concerne tous les habitants.

« Esa limosna no va tan solo a socorrer un desgraciado, sino también a depurar el aire en que viven todos, a hacer más salubre la ciudad común, a ahuyentar los peligros de contagio que por todas partes les rodean. »¹

L'aspect urbain est ici beaucoup plus avancé que pour l'auteur précédent, et nous pouvons observer le lien établi entre la tuberculose et l'assainissement urbain. Mais si les médecins évoquent une contamination de l'air, ils répondent le plus souvent à la question qui se pose en creux : qui contamine cette atmosphère dont la pureté est nécessaire à tous ?

- *De la « contagion des sains » à la culpabilisation de l'espace*

La ville est perçue comme le terrain de culture de la maladie, mais l'agent contaminant est bien l'individu malade lui-même, en l'occurrence un individu pauvre et misérable qui contamine son prochain, soit inconsciemment, par ses déplacements dans la ville soit volontairement, par un comportement dangereux tel que le fait de cracher. La peur de la contagion du riche par le pauvre est présente tôt en Espagne, en 1751, Fernando VI roi d'Espagne exige que la crémation des vêtements des tuberculeux se fasse loin de la Cour afin d'éviter une possible contagion. Cet exemple est mis en exergue par Luis Fatas y Montes en 1905 qui insiste par ailleurs sur l'incontournable guerre au crachat (et donc au cracheur) afin d'éviter la « contagion des sains »².

En 1903, le Docteur Risquez ne se contente pas seulement d'assimiler l'œuvre antituberculeuse à une contribution à l'assainissement de la ville « commune », il précise encore sur les auteurs du méfait, ces victimes devenues coupables :

« La gran masa pobladora, el montón de los pobres, constituye el foco donde la tuberculosis se cría, para salir de allí a echar raíces entre las clases acomodadas, donde quiera que una causa debilitante le ofrece condición abonada para su

¹ « Cette aumône ne sert pas seulement secourir un malheureux, mais aussi à épurer l'air dans lequel nous vivons tous, à rendre plus salubre la ville commune, à éloigner les dangers de contagion que nous entourons de toutes parts. ». RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*, 1903, *op. cit.*

² FATAS Y MONTES, Luis, *Defensa contra la tuberculosis. Conferencia dada en el Círculo Democrático el 3 de diciembre de 1904*, Bailly-Baillière e hijos, Madrid, 1905, 72 p.

desarrollo. » Plus loin, il ajoute, « *(esos pobres), son los que la necesidad convierte en inculpables propagadores de la enfermedad y ellos, por consiguiente, los que deben ser, y en realidad lo son, el objetivo principal de la campaña antituberculosa* »¹.

A Barcelone quelques années auparavant, Luís Comenge affirme qu'il n'existe pas de blindage social ou d'autre sorte contre la diffusion du germe². Par contre, il peut identifier clairement l'agent responsable de cette diffusion :

« los tuberculosos acuden a los colegios, fábricas, talleres, gimnasios y oficinas y en todas partes van dejando millares de gérmenes que, al encontrar abonado terreno, causarán nuevas hecatombes. »³

Cette accusation, si elle est moins fréquente dans les années 1920 et 1930, reste néanmoins présente comme en attestent les propos d'un médecin de Carthagène en 1928 :

« el tuberculoso que expectora, y que va por todos lados, por paseos y cafés, haciendo equilibrios al borde de la tumba, pero sin acabar de caer en ella, es un sembrador silencioso de la muerte. »⁴

Rappelons-nous que cette idée de contagion des sains, riches par excellence, par les catégories sociales les plus faibles de la ville, est également développée par Engels dans *The Housing Question* en 1872, mais l'aspect urbain ressort ici de façon beaucoup plus directe :

« Modern natural science has proved that the so-called « poor districts » in which the workers are crowded together are the breeding places of all those epidemics which from time to time afflict our towns. Cholera, typhus, typhoid fever, small-pox and other ravaging diseases spread their germs in the pestilential

¹ « La grande masse densifiée, les tas de pauvres, constitue le foyer où grandit la tuberculose, pour ensuite sortir de là et pousser des racines parmi les classes aisées, là où une cause affaiblissante veut bien lui offrir la condition nécessaire à son développement. » Plus loin, il ajoute, « (ces pauvres), sont ceux que le besoin transforme en innocents propagateurs de la maladie et ce sont eux, par conséquent, qui doivent être l'objectif principal de la campagne antituberculeuse ». RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*, 1903, *op. cit.*

² « *No hay edad, comarca, posición ni oficios inmunes, y frente a la difusión del germen, no hay blindaje social seguro ni en toda circunstancia valedero* ». COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

³ « Les tuberculeux se rendent dans les collèges, les usines, les ateliers, les gymnases et les bureaux et partout ils laissent des milliers de germes qui, en trouvant un terrain propice, causeront de nouvelles hécatombes. ». *Ibid.*

⁴ « Le tuberculeux qui expectore, qui va de tous les côtés, passe dans les rues et les cafés, faisant des acrobaties sur le bord de la tombe, mais sans jamais vraiment tomber dedans, est un semeur silencieux de la mort. » VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis. Páginas útiles a sanos y enfermos*, Tip. La Tierra, Carthagène, 1928, 30 p.

air and the poisoned water of these working-class quarters. In these districts, the germs hardly ever die out completely, and as soon as circumstances permit it they develop into epidemics and then spread beyond their breeding places also into the more airy and healthy parts of the town inhabited by the capitalists. Capitalist rule cannot allow itself the pleasure of creating epidemic diseases among the working class with impunity; the consequences fall back on it and the angel of death rages in its ranks as ruthlessly as in the ranks of the workers. »¹

Ici la question sociale passe à un second plan et c'est sur l'espace que se centre le rejet des classes dites dominantes. A Barcelone dans les années 1920, c'est vers cette tendance que vont les médecins spécialistes de la tuberculose. Nous avons expliqué plus haut le processus de contamination de l'espace tel qu'il était interprété par Lluís Sayé entre 1918 et 1936. Celui-ci passe rapidement du malade à l'espace, la maladie se répand par les bâtiments, telle une tâche d'huile². Bien sûr, dans cette conception, l'assimilation entre le malade et son logement est implicite et peut en partie s'expliquer par la volonté d'effacer les aspects sociaux qui caractérisent une maladie que le médecin ne prétend concevoir que dans le seul cadre médical³. Mais s'il évoque le logement plutôt que le malade, c'est aussi parce qu'il choisit de se préoccuper uniquement de l'agent infectieux, le microbe, et par conséquent centre son travail sur sa recherche et son élimination. C'est selon cette nouvelle définition de la santé publique qu'il faut se préoccuper de l'espace afin d'éviter que la maladie des quartiers « pauvres » affecte les quartiers « riches ». Cette volonté de caractériser l'espace est à rapprocher des notions de cordons sanitaires⁴, et à un autre niveau, des méthodes d'éloignement utilisées, tels les sanatoria⁵.

¹ ENGELS, Frederick, « Part II : How the bourgeoisie solves the housing question », dans *The Housing question*, Martin Lawrence limited, Londres, 1935.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*, et SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

³ Cette idée d'une apparente neutralité scientifique qui vise à culpabiliser le malade a été développée par Jorge Molero, notamment dans l'article : « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, pp. 19-59, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, 39 p.

⁴ La notion de cordons sanitaires est explicitée par Yankel Fijalkow en 1998, dans *La construction des îlots insalubres*, *op. cit.*

⁵ « La croyance en une menace constante de contamination est le meilleur argument en faveur de l'isolement ». DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1988, 52 p. Sur ce point, voir également BOURDELAIS, Patrice, « L'épidémie créatrice de frontières », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n° 42, 2008, pp. 149-176.

Pour toucher la corde sensible des élites et faire approuver des réformes antituberculeuses essentiellement spatiales, les médecins jouent sur la peur de la contagion. Cette peur se développe en deux temps : dans le premier la contagion par la tuberculose est le fait de la présence du microbe dans une ville commune à tous. Dans le deuxième, le vecteur de l'infection est précisé, il s'agit du malade tuberculeux, qui, par ses déplacements contamine la ville dans son entier. Certains médecins comme Lluís Sayé dans les années 1920-1930 redonnent un semblant d'objectivité à un discours qui culpabilise nettement le malade qu'ils prétendent guérir, en recentrant leur attention sur des foyers d'infection que constituent les logements misérables. Cette peur d'une contagion « interclasse » peut être un moteur pour une lutte contre la maladie qui se met en place à l'échelle de la ville. Elle justifie la guerre au crachat menée depuis le XIX^{ème} siècle, ainsi que des réformes urbaines plus ponctuelles centrées sur les quartiers anciens ou les opinions en faveur de la création d'un casier sanitaire. Malgré cela, il semble qu'au fil du temps, la peur de la contagion se réduit, ou du moins évolue. Si les médecins à l'image de Lluís Sayé continuent d'évoquer de temps en temps une contagion massive de la tuberculose qui menace une catégorie sociale ou un espace considéré comme habituellement sain, il ne s'agit plus vraiment du premier argument à l'heure de convaincre les élites de la nécessité de lutter contre la maladie.

3. Vers une redéfinition du concept de contagion lié à la ségrégation spatiale

Si les arguments pour convaincre changent, c'est parce que la peur de la contagion n'est pas aussi intense qu'auparavant, c'est du moins ce qui transparait dans les discours des médecins. Ces derniers se tournent donc vers de nouveaux arguments pour convaincre de la nécessité de mener une véritable lutte contre la maladie à grande échelle, une lutte qui s'écarte de l'assainissement de la ville pour se focaliser sur le malade et son logement. Nous nous demanderons si cette évolution finalement n'est pas celle qui caractérise le passage d'une contagion inter-classe à une contagion intra-classe, un passage qui pourrait être lié à une nouvelle organisation beaucoup plus segmentée de la ville.

Plutôt que d'agiter le spectre de moins en moins crédible d'une contagion générale de la ville, les médecins trouvent de nouvelles raisons de se préoccuper de la tuberculose des miséreux, qui sont d'ailleurs beaucoup moins liées à l'espace. Une raison souvent avancée est

bien sûr la raison humanitaire. C'est au nom de « l'humanité », qui semble supplanter l'ancienne « charité chrétienne », que les médecins engagent les élites à financer la lutte contre la maladie. Notons que le terme « humanité » est employé ici par les médecins pour faire référence à un comportement humaniste, voire parfois une nouvelle définition de « charité » laïcisée. Nous retrouvons cet argument à toutes les époques, et dans tous les discours, à Barcelone, depuis le médecin Llorens i Gallard en 1900¹ jusqu'à Lluís Sayé dans les années 1930², en passant par tous les médecins du XX^{ème} siècle ailleurs en Espagne³. Mais cet argument humanitaire n'est pas suffisant et il est rarement servi seul, on le retrouve souvent associé à la notion de patriotisme. De plus, cette vision dite « humanitaire » n'est pas vraiment innocente, il y a une véritable fonction moralisatrice avouée par les acteurs, pour qui lutter contre la tuberculose peut revenir aussi à lutter contre la révolte sociale et l'anarchisme. C'est le cas par exemple du médecin Llorens i Gallard pour qui lutter contre la maladie permet d'écarter la menace anarchiste⁴. En allant encore plus loin, Jorge Molero cite Manuel Tolosa Latour qui à la fin du XIX^{ème}, vantait les mérites du sanatorium pour la rééducation des tuberculeux considérés comme « *Organismos siempre débiles... (que) vienen a constituir la masa nociva y perturbada de los degenerados, criminales o agitadores perpetuos.* »⁵

En cela, ce sont vraiment les aspects sociaux voire raciaux de la tuberculose qui sont mis en avant. Mais les arguments les plus utilisés à l'époque visent plus directement les intérêts de l'Espagne, en s'appuyant non seulement sur le patriotisme mais aussi sur les intérêts économiques de la classe dirigeante. En Espagne en général, le risque du dépeuplement est mis en avant par les médecins, qui démontrent, preuve à l'appui que la mortalité tuberculeuse met en danger le pays, puisque la maladie fauche des hommes jeunes, à une époque où la

¹ « *Higienizar la ciudad es crear ciudadanos sanos y vigorosos útiles a la patria y a la Humanidad* ». LLORENS Y GALLARD, Ignacio, *La tuberculosis en Barcelona. Discurso leído en la Sesión pública inaugural celebrada en 28 de marzo de 1900 en el salón de Ciento de las casas Consistoriales*, Tip. Casa Prov. de Caridad, Barcelone, 1900, 50 p.

² Lluís Sayé parle de « *gesto patriótico y humano* », dans *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

³ A titre d'exemple, nous pouvons évoquer le Docteur Espina y Capo, de Madrid en 1903, ou encore Carlos Ferrán Lopez, de Cuenca qui en 1910 dans un livret de vulgarisation met en garde contre une maladie qui menace l'espèce humaine, et engage à lutter contre elle pour des raisons humanitaires. ESPINA Y CAPO, Antonio, *Asociación contra la tuberculosis. Exposición de motivos hecha por el Dr... para justificar su constitución*, Imp. N. Moya, Madrid, 1903, 8 p. Et, FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, Imp. Provincial, Cuenca, 1910, 20 p.

⁴ LLORENS Y GALLARD, Ignacio, *La tuberculosis en Barcelona*, 1900, *op. cit.*

⁵ « Organismes toujours faibles (...) (qui) sont ceux qui constituent la masse nocive et perturbée des dégénérés, des criminels ou des agitateurs perpétuels » cité dans MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, p. 34.

puissance du pays est mise à mal, par la guerre du Maroc notamment¹. Comme l'on pouvait s'en douter, l'argument patriotique ne fait pas mouche en Catalogne, où les médecins se centrent avant tout sur l'argument économique. L'affiche de propagande du Service d'assistance sociale aux tuberculeux commandée par Lluís Sayé à Ramón Casas titre ainsi « la tuberculose menace la vie et la richesse de la Catalogne »². Depuis le début du XX^{ème} siècle les médecins réalisent des calculs complexes afin de déterminer le « prix d'un ouvrier »³, pour montrer que la tuberculose fait perdre beaucoup d'argent à l'Espagne, à la Catalogne et aux élites économiques en décimant sa main d'œuvre⁴. L'aspect contre-productif de la mortalité tuberculeuse est clairement le thème qui ressort le plus souvent dans les discours des médecins pour convaincre de la nécessité de lutter contre la « peste blanche ».

De manière paradoxale, alors que d'un côté la chasse au bacille bat son plein et que les pouvoirs publics à Barcelone comme ailleurs en Espagne se préoccupent surtout des aspects médicaux visiblement vidés de leur contenu social, les arguments en faveur de la lutte privilégient les facteurs sociaux de la maladie en insistant sur la nécessité d'aider des malades défavorisés. Ces arguments qui se concentrent avant tout de la mortalité et non pas de la morbidité par tuberculose tendraient plutôt à justifier une lutte sociale, centrée sur la guérison du patient, par des moyens de lutte moins directement liés à l'espace, puisque la peur de la contagion semble s'être atténuée. En réalité, en pratique, éviter la contagion reste l'objectif principal des politiques de lutte. Simplement, la contagion s'est déplacée, depuis les rues de la ville jusqu'aux logements des tuberculeux. La contagion des sains ou personnes aisées en bonne santé par les malades, ouvriers ignares n'est plus un argument que l'on entend souvent, du moins à Barcelone. Par contre, les médecins ne cessent de recommander à leurs patients des dispensaires publics de prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter de contaminer

¹ Antonio Espina y Cabo évoque la responsabilité de la tuberculose dans la perte de « *la flor de los ciudadanos ante de llegar a la edad viril y de grandes rendimientos para la Patria !* ». ESPINA Y CAPO, Antonio, *Profilaxis de la tuberculosis en las grandes poblaciones. Comunicación leída en el Congreso Nacional de la Tuberculosis reunido en Coimbra, marzo de 1895*, Imp. N. Moya, Madrid, 1895, 29 p.

² Voir l'affiche reproduite en annexe 5.1.

³ « *Precio de un obrero máquina* », concept analysé par Jorge Molero dans son article, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », *op. cit.*, p.26.

⁴ En 1895, le Docteur Simon Hergueta y Martin, termine son travail sur la tuberculose à Madrid en réalisant un calcul précis sur le prix de chaque vie. Il conclut que si en 5 ans à Madrid meurent 35711 personnes, le capital perdu sera de 39282200 pesetas. HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p. Cette idée est reprise également par Tomas de Benito et citée par Modesto Gonzalez Ribas, dans *La tuberculosis en su aspecto social*, Imp. S.A. Horta., Barcelone, 1948, 14 p.

leurs proches¹. La chasse au bacille, la prévention, se concentrent autour du cercle de la famille, ou de l'immeuble, des proches du malade. En ce sens, les médecins délaissent l'échelle de la ville pour étudier la maladie comme pour proposer des solutions, et se centrent sur l'habitat. En 1924 Lluís Sayé cite Sir Robert Philips, pour lequel le dispensaire avait pour fonction de sortir du malade pour aller vers son logement². Lui-même dans ses ouvrages ne cesse de répéter que « *Todo tuberculoso es el testigo de un ambiente infectado* »³, démontrant son unique préoccupation pour le microbe, et par là sa volonté de se centrer sur l'espace contenant le microbe.

Deux éléments peuvent expliquer cette concentration sur le lieu de l'infection et par la même la moindre peur de la contagion inter-classe. D'abord, si les médecins s'écartent de la ville, c'est peut être parce qu'ils considèrent qu'elle n'est plus mise en cause. Finalement, dans les années 1930 la ville est jugée assainie, les réformes urbaines ont été efficacement terminées, tant en ce qui concerne les réseaux d'égouts que l'agrandissement de la ville ; le terrain n'est plus propice au développement de la maladie⁴. Les rues dans lesquelles les malades déposaient leurs germes semblent devenues ces endroits propres que réclamaient les médecins. D'ailleurs, si au début du XX^{ème} siècle les médecins rappelaient aux pouvoirs publics l'importance de mettre en place des crachoirs publics⁵, l'idée a complètement disparu des discours barcelonais dans les années 1930⁶. A croire que les élites ont réussi à modeler la classe ouvrière comme ils le souhaitaient⁷. Réel ou pas, l'assainissement de la ville est considéré comme un fait avéré et cela a sans doute un rapport avec la politique de lutte qui se centre sur les derniers espaces à conquérir hygiéniquement, un changement d'échelle qui s'associe à l'amoindrissement de la peur de la contagion inter-classe.

¹ Le paragraphe du livret de Tomás de Benito intitulé « Como se debe toser » est une illustration. BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, 214 p.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.*

³ « Chaque tuberculeux est le témoin d'un environnement infecté », *ibid.*

⁴ Sur la mise en place des réseaux d'égouts : ASSIS DA COSTA, Francisco de, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, 1999, *op. cit.*

⁵ Le médecin madrilène directeur du premier dispensaire d'Espagne, José Verdes Montenegro réclamait ainsi en 1906 l'installation de crachoirs, dans les rues ou encore dans les cinémas. VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. de E. Teodoro, Madrid, 1906, 14 p.

⁶ Si dans les années 1920, nous retrouvons encore des allusions à des crachoirs de poches, où encore des recommandations aux patients sur la nécessité absolue d'éviter de cracher n'importe où, dans les années 1930, les discours des médecins les plus influents se centrent sur le logement, environnement proche du malade. Voir notamment les textes de Lluís Sayé et Josep Barjau, *op. cit.*

⁷ « *Nosotros que aspirábamos a modelar la masa social, según nuestras ideas* » proclamait José Verdes Montenegro en 1935. VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

Mais si les élites n'ont plus peur d'être contaminées par les tuberculeux qui « sèment la mort »¹ dans la ville, c'est peut-être aussi parce que ceux-ci se déplacent de moins en moins dans leurs quartiers. La segmentation de la ville en quartiers aux caractéristiques sociales particulières et peu connectés entre eux est une caractéristique de plus en plus sensible dans la capitale catalane². Le processus de « ségrégation horizontale » qui commença avec la construction de l'Ensanche et le déplacement des populations aisées vers l'*Eixample Central* et les anciens quartiers de villégiatures au Nord-Ouest s'accroît pendant les trente premières années du XX^{ème} siècle, avec l'arrivée massive d'immigrés et la constitution de périphérie ouvrières où la mixité sociale est inexistante³. Les contacts entre quartiers des élites et quartiers défavorisés sont de plus en plus rares, ce qui pourrait expliquer à la fois le fait que la contagion interclassiste n'est plus vraiment évoquée et la concentration des efforts médico-sociaux sur les logements des quartiers ouvriers. C'est bien une question liée à un changement d'échelle dans la perception de la contagion. La ville s'est aussi agrandie et finalement les habitants perçoivent les problèmes à une autre échelle, plus proche d'eux. Ainsi, la peur de la contagion subsiste, mais à l'échelle du quartier, comme le montrent les réclamations répétées des voisins du *Raval de Ponent* contre l'implantation d'un dispensaire antituberculeux à la rue *Torres Amat*⁴. Ce cas est emblématique de l'évolution du concept de contagion. Si cette localisation a été choisie pour le dispensaire, c'est avant tout parce qu'il s'agissait d'une des zones les plus touchées par la maladie. Or, il s'agit également d'un espace plutôt mélangé socialement, et par conséquent les habitants auraient préféré voir les tuberculeux de leur quartier aller se soigner au loin dans un sanatorium plutôt que de voir tous les malades de la ville se déplacer dans leur quartier. Il semble donc qu'en aucun cas la peur de la contagion ait disparu, ce sont plutôt les caractéristiques de la ville, de l'espace qui ont changé aux yeux des contemporains. Cela explique également pourquoi les professionnels axent la lutte contre la maladie sur le centre ancien. Ils considèrent qu'il s'agit de l'espace dans lequel se développe

¹ VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis*, 1928, *op. cit.*

² L'évolution de la ville a notamment été étudiée dans ce sens par José Luis Oyón, dans *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008. Voir aussi l'article sur Barcelone, dans GUARDIA-BASSOLS, Manel, MONCLÚS, Javier et OYON, José Luis (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, vol. 1 : Península Ibérica, CCCB-Salvat, Barcelone, 994, pp. 64-93.

³ OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936 : una geografía preliminar » dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936. op. cit.* Voir également : CORDIVIOLA, Alberto, GARCIA SOLER, Carme, MONCLUS, Javier, OYON, José Luis, « La formación de Nou Barris. Dinámica y explosión de la construcción residencial en la periferia barcelonesa, 1897-1935 » *III Congreso d'Història de Barcelona*, vol. 2, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1993.

⁴ « *Protesta contra el emplazamiento de un Dispensario Antituberculoso* », dans *La Vanguardia*, le 22 juin 1933, p. 8.

en premier lieu le microbe, mais il s'agit aussi d'une zone plus mélangée socialement, et d'un quartier évidemment central, connecté avec le reste de la ville. C'est encore une fois la visibilité des malades vivants dans cette zone, mais aussi leur proximité avec les élites économiques qui peut expliquer en partie l'intérêt de tous les acteurs pour cet espace. A l'opposé, le district IX qui comprend les quartiers périphériques défavorisés du Nord-Est est une zone quasi exclusivement ouvrière, une périphérie peu reliée à la ville, qui préoccupe assez peu les médecins, malgré des taux de tuberculose assez élevés.

Notons que la ségrégation spatiale est une caractéristique qui semble plus significative à Barcelone que dans les autres villes d'Espagne comme Madrid ou encore Séville¹. D'ailleurs, dans les villes de tailles moyenne telle Séville par exemple, la mixité sociale plus importante peut être mise en relation avec la persistance de discours sur la contagion inter-classe ainsi que de propositions visant à assainir les rues de la ville, terrain propice à la tuberculose².

Pour le cas de Barcelone, nous pouvons donc parler du passage d'une contagion inter-classe à une contagion intra-classe, dans les discours des médecins mais aussi dans les perceptions des contemporains. La ville est fragmentée en quartier, et il semble que cela puisse expliquer le fait que la peur de la contagion est amoindrie chez les élites, sauf lorsque celles-ci vivent dans les quartiers mélangés du centre ancien et des anciens municipes ou bien à proximité des zones dites à risques. Parallèlement, les médecins continuent d'évoquer la nécessité de lutter contre la tuberculose, maladie de la misère, qui touche les catégories sociales productives et dont la mort affecte l'économie catalane. Mais pour lutter contre la mort, soigner ne suffit pas, il faut éliminer le microbe afin de réduire totalement le risque d'infection et donc la mortalité comme la morbidité. Cela va de pair avec un système qui privilégie l'échelle du logement, au plus proche du malade, donc au plus proche de ses sécrétions et par conséquent au plus proche du microbe, seule cause d'infection.

¹ Voir les articles correspondants dans GUARDIA-BASSOLS, Manel, MONCLÚS, Javier, et OYON, José Luis (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, vol. 1 : Península Ibérica, 1994, *op. cit.*

² Voir pour Séville les affirmations de Juan Luis Morales y González sur l'égalité de tous face à la maladie dans *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla.*, *op. cit.* Ou encore à Valladolid, le médecin Román García Durán qui en 1936 réclame la déclaration obligatoire effective des cas pour éviter que la maladie se répande sans distinction d'âge, de sexe ou de classe sociale. Il évoque également le nécessaire assainissement des rues. GARCIA DURAN, Román, *Lucha social contra la tuberculosis. Discurso en la Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Tip. Cuesta, Valladolid, 1936, 40 p.

Le fait que la maîtrise de la tuberculose soit considérée comme un enjeu de santé publique résulte d'une somme de choix divers qui conduit à une vision réductrice de la maladie et à une lutte centrée sur l'espace urbain. Dans un premier temps, l'étiologie officielle de la tuberculose privilégie le germe sur le terrain et en fait la cause unique de la maladie. Puis, à l'intérieur même de cette logique « réductrice » ou de bactériologie stricte, les médecins choisissent la voie d'un bacille intègre, ayant une seule forme, et par là indiquent que le seul moyen de lutter efficacement contre la maladie est de l'éliminer de l'espace. Ils redéfinissent ainsi le rapport entre santé publique et maladie en faisant de la contagion la clé de compréhension de cette nouvelle définition. De cette manière, la maladie sociale finit par devenir une maladie « sanitaire », en excluant la notion de terrain, selon un concept déterministe qui vise à centrer tous les efforts antituberculeux sur le bacille, et donc sur le lieu infecté. Dans cette logique visant à éliminer le microbe pour éviter la contagion, il faut se rapprocher de la source de la maladie, en utilisant l'échelle géographique la plus précise possible. Dès lors, c'est donc le logement du malade, et non pas de la ville dans sa totalité qui est montré du doigt comme point de départ de la maladie. De même, dans le contexte urbain d'une ville segmentée socialement, la peur d'une contagion inter-classe qui mettaient en avant des réformes d'assainissement et favorisait l'éloignement des malades, laisse place à une contagion intra-classe. Cette contagion en « vase clos » explique la concentration des moyens de lutte sur ces zones très délimitées géographiquement, qui sont à la fois le point de départ des infections, et aussi l'espace des proches du malade, les fameux « pré-tuberculeux ». Ce changement d'échelle, cette focalisation sur le logement, entraîne également des répercussions sociales, puisque pour lutter contre la tuberculose, les acteurs arrêtent de se tourner du côté des grands projets d'assainissement urbain pour ne plus se préoccuper que de l'éducation des malades au côté de la vaccination. La tuberculose devient alors une maladie de la sphère privée, le malade se soigne lui-même, et la responsabilité de l'organisation sociale en est d'autant plus réduite.

Quels sont les espaces les plus touchés par la maladie ? Dans un premier temps se sont les espaces industriels et urbains qui sont considérés comme les lieux de l'infection par excellence. A une échelle plus précise, se sont les quartiers les plus défavorisés, insalubres et densifiés qui concentrent les plus forts taux de tuberculose. Dans leurs études, les médecins et autres professionnels de la santé publique stigmatisent les zones d'anciennes constructions, mais surtout les zones où se concentre une population importante. Ce sont les facteurs environnementaux qui sont privilégiés pour expliquer la maladie, et la contagion étant le premier, peut être le seul, vecteur de la tuberculose, c'est avant tout la densité qui les préoccupe. Toutes les conditions sont donc réunies pour que ce soit le centre ancien, et en particulier le quartier du *Raval* qui soit considéré comme le principal lieu de la lutte spatiale contre la maladie. Mais, en associant une critique des théories médicales à une analyse des chiffres de mortalité et de morbidité tuberculeuse, nous avons pu faire ressortir des contradictions qui nuancent cette focalisation y ajoutant parfois un autre sens. Ainsi, pour comprendre l'implantation géographique du microbe dans la ville, il faut prendre en compte les notions de proximité et de visibilité. De la même manière nous n'avons pu sortir d'une logique circulaire qui depuis les théories des médecins nous conduit à une répartition des malades qui reflètent des pratiques orientées. La localisation des tuberculeux dans la ville est donc liée à une pratique médicale qui résulte elle-même d'une somme de choix qui l'orientent vers un système de lutte uniquement centré sur l'élimination du microbe. Mais ces choix ne sont pas aussi neutres socialement que ces professionnels voudraient bien le faire paraître. En effet, la neutralité scientifique cherche également consciemment ou non à réduire l'impact du facteur social. Pourtant, étant donné qu'aucune solution médicale efficace n'existe à cette époque, avancer sur la tuberculose peut signifier niveler les inégalités sociales face à la mortalité par la peste blanche. Mais c'est vers la guerre au crachat que se tournent les médecins les plus écoutés. Ce choix va dans le sens d'une non remise en cause de l'ordre établi, qui est semblable à la règle chez un médecin comme Lluís Sayé qui travaille en collaboration avec les pouvoirs publics. Mais plus encore, la vision de la maladie que développe ce médecin et qui est reprise par ce que nous pourrions appeler « l'orthodoxie médicale », permet de donner une signification à l'évolution de la maladie. Selon lui, la maladie est intrinsèquement liée au développement socio-économique d'un espace. En ce sens, la tuberculose se développe au début de l'industrialisation, lorsque que l'afflux de

population incontrôlée entraîne l'entassement et la dégradation. Puis, le développement économique permet le contrôle et l'organisation qui se concrétise dans l'assainissement urbain et la mise en place d'un système de lutte efficace. C'est une véritable logique d'évolution inclusive que le médecin propose, où le développement économique est à la fois le moteur qui accentue la maladie et celui qui l'enraye. Cette théorie permet d'expliquer non seulement les plus forts taux de mortalité dans des villes de taille plus réduites que Barcelone mais moins avancées sur le chemin du progrès économique, mais aussi le fait qu'à Barcelone la lutte contre la maladie dans les années 1930 est avant tout axée sur le logement du malade. Bien sûr, cette logique très partisane convient bien aux pouvoirs publics et c'est aussi ce qui permet d'expliquer le rôle privilégié de Lluís Sayé au sein de la lutte officielle contre la maladie.

Sans pour autant nous rallier à cette théorie, il semble bien que nous puissions détacher une véritable évolution dans le développement de la tuberculose dans les villes, évolution dont nous avons décrit les grands principes, et qui nous semble liée à la croissance de la ville qui remet en question l'opposition entre centre ville et périphéries. Mais l'échelle du quartier comme auparavant celle du district devient vite un obstacle pour une étude plus approfondie de la localisation du microbe dans la ville. Pour pousser plus avant une étude épidémiologique fine, vérifier ou infirmer les théories des médecins, il est nécessaire de passer à une échelle géographique plus précise.

CHAPITRE 2 : ... aux recoins poussiéreux

Pour étudier la mortalité et la morbidité tuberculeuse, il nous a fallu choisir une échelle d'analyse. En passant de l'échelle du district à celle du quartier ou de l'îlot, nous, tout comme les acteurs de l'époque ou les historiens démographes, avons mis en avant le gain de précision qui permet de nuancer voire de remettre en question des hypothèses générales. Mais cette recherche de l'échelle la plus juste signifie surtout s'interroger sur la pertinence d'une division territoriale, qui finalement fonctionne comme un espace contenant et n'est pas véritablement objet ni acteur. Si comme nous l'avons expliqué, les professionnels de l'époque vont rapidement se tourner vers l'échelle la plus précise, telle que le bâtiment ou le logement, ce n'est pas simplement parce qu'il s'agit de l'échelle la plus adaptée, c'est surtout parce que c'est ce lieu même qui constitue le problème en soi. Concrètement, on passe donc d'une étude de surface à une étude ponctuelle, en s'éloignant des analyses statistiques pour aller identifier des points noirs responsables de la maladie, et ce dans le cadre d'une assimilation claire du bacille à son environnement immédiat. De cette manière, la caractérisation de l'espace devient un élément clé, en lien avec une conception visant à culpabiliser l'espace, puisque ce sont ces points noirs qui contaminent le reste de la ville¹.

L'objectif, dès lors que nous avons établi une typologie des espaces à risques, est de connaître les raisons qui rendent ces lieux plus nocifs que les autres.

La poussière joue un grand rôle dans cette caractérisation des espaces à risques puisqu'elle est le révélateur indéniable de l'insalubrité en tant que représentante attitrée de la saleté. Dans les livrets de divulgation populaire les médecins insistent sur le fait que le microbe aime se loger dans les recoins poussiéreux, et donnent toutes sortes de conseils sur les bonnes méthodes à employer pour se débarrasser de cette saleté². Dans la logique bactériologique réduite qui

¹ Cette notion d'espace coupable a notamment été étudiée par Yankel Fijalkow, dans un article intitulé « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », publié dans *Morbidité, Mortalité, Santé, ADH*, EHESS, Paris, 1996.

² José Verdes Montenegro, directeur du premier dispensaire espagnol, celui de María Cristina à Madrid évoque ainsi le « contagio de la suciedad » (la contagion par la saleté) et tente d'expliquer les meilleurs moyens de se débarrasser de la poussière dans son livret de divulgation populaire publié en 1906. VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. de E. Teodoro, Madrid, 1906, 14 p.

privilégie le germe, la poussière est un véritable symbole de la maladie. Son élimination est nécessaire à la fois parce qu'elle relève de l'assainissement du terrain favorable au bacille, mais également parce que la poussière est une métonymie utilisée pour parler de son contenu supposé, le microbe, et en ce sens éliminer la poussière c'est aussi éliminer le germe.

Associée à la poussière synonyme d'insalubrité, la densité est l'autre facteur explicatif qui permet de caractériser l'espace à risque. Ces deux éléments de causalité qui vont guider notre discours guidaient également celui des contemporains pour lesquels les raisons de la contamination étaient évidemment liées à la contagion.

Notre objectif dans ce chapitre est de comprendre où précisément se localise la tuberculose et de décrypter les logiques qui font de ces lieux des espaces accusés de répandre la maladie.

Nous verrons dans un premier temps que l'étude précise des médecins les conduit à passer des nids d'insalubrité à une logique guidée par la contagion qui se centre sur les lieux insalubres c'est à dire sales et densifiés, où la maladie est susceptible de se répandre plus facilement, une évolution logique qui conduit rapidement à une fixation des préoccupations sur les espaces privatisés fermés plutôt que sur des espaces publics ouverts. Le logement étant par excellence l'échelle qui préoccupe les médecins, nous analyserons les caractéristiques de cet espace considéré comme le noyau dur de l'infection en nous penchant particulièrement sur les facteurs aggravants que représentent l'insalubrité et la densité. Nous verrons enfin comment les médecins prétendent soigner ces logements, en essayant de mesurer l'importance donnée aux acteurs de la construction urbaine et à une démarche dite « chirurgicale » ainsi qu'à l'architecture moderne dans la lutte contre la tuberculose.

A. Le sain et le malsain : les espaces responsables de la maladie

Si nous nous penchons sur les discours des médecins entre le moment de la découverte du bacille en 1882 et le début de la guerre civile en 1936, la caractérisation de l'espace tuberculeux évolue et avec elle la conception de l'espace coupable. C'est à partir de l'histoire de l'hygiène que des historiens plutôt spécialisés dans l'histoire urbaine se sont intéressés aux processus d'identification des lieux insalubres. Nous avons déjà évoqué les travaux de Yankel Fijalkow sur Paris, qui rendent compte d'une véritable construction des espaces permettant d'opposer conceptuellement espaces sains et malsains¹. L'objectif du chercheur en travaillant sur les îlots insalubres est bien de réfléchir sur une démarche visant à territorialiser le risque sanitaire mais l'auteur s'attache surtout à décrypter les choix d'une politique urbaine, choix qui conduisent à identifier les espaces qui doivent être éliminés afin de protéger le reste de la ville. De plus, son étude est basée sur le casier sanitaire des maisons de Paris, qui se penche avant tout sur les logements, sans véritablement chercher à expliquer les caractéristiques particulières qui font de ces lieux des endroits privilégiés pour le microbe.

Dans cette partie, nous prétendons également étudier les discours des médecins, mais en nous penchant cette fois sur les types d'espaces qui sont montrés du doigt, afin d'essayer de dégager une logique évolutive dans cette caractérisation de l'espace à risque, qui pourrait ainsi compléter celle que nous avons déjà esquissée dans le chapitre précédant sur la contagion. Plus exactement, il s'agit ici de montrer comment les médecins passent de la considération de nids d'infections et de la focalisation sur les espaces publics à une concentration de l'attention sur des espaces privatifs et privés. Nous verrons que cette évolution s'explique en partie par une évolution de la ville, et par l'héritage des premières générations d'efforts urbains antituberculeux qui ont entraîné des modifications, réelles ou imaginées, dans le « paysage infectieux » de la ville.

Dans un premier temps, nous allons nous pencher sur les différents types d'espaces publics évoqués par les médecins depuis 1880 jusqu'en 1936. Nous verrons qu'il y a tout d'abord un intérêt général des hygiénistes, qui semble transcender le problème de la tuberculose, pour les

¹ FIJALKOW, Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, L'Harmattan, collection habitat et société, Paris, 1998, ou encore l'article du même auteur « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », 1996, *op. cit.*

nids d'insalubrité, des points noirs, sur le territoire urbain qui répandent les maladies aux autres quartiers. Ensuite, nous nous pencherons sur les discours des médecins touchant plus précisément à la tuberculose pour comprendre la logique qui guide la caractérisation des espaces nocifs. Enfin, nous verrons un déplacement caractéristique des préoccupations hygiénistes depuis l'espace public vers l'espace privé.

1. La localisation des nids d'insalubrité, une démarche préliminaire

Le passage de la théorie des miasmes à celle de la bactériologie suppose une évolution dans la conception de ces nids d'infections, qui n'en demeurent pas moins les lieux sur lesquels doivent se centrer les réformes urbaines et sanitaires. Mais ces « nids d'insalubrité » relevés par les hygiénistes à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle concernent toutes les maladies infectieuses, en non pas uniquement la tuberculose. Néanmoins, il nous semble qu'il s'agit d'un point de départ chronologique pour parler de caractérisation de l'espace, étant donné que les phthisiologues assument, eux, complètement la confusion entre réforme urbaine d'hygiène et les moyens dits indirects de la lutte antituberculeuse. Par ailleurs, nous verrons que pour les hygiénistes, la tuberculose est également partie intégrante essentielle du problème de l'hygiène urbaine.

Dans le domaine de l'histoire de la santé publique, de l'histoire urbaine mais aussi dans le cadre des recherches récentes en histoire environnementale, des scientifiques ont longuement évoqué les types de lieux insalubres, qui préoccupaient les hygiénistes à l'époque contemporaine. Sabine Barles évoque notamment l'apparition de l'objet ville dans les travaux des différents professionnels de la santé publique et ce depuis le XVIII^{ème} siècle¹. Celle-ci est responsable de la maladie, et dans cette logique miasmatique propre à l'époque, la maladie infectieuse part d'un point central, un point noir, pour ensuite se répandre par le sol d'abord, par les airs ensuite². André Guillerme, Anne-Cécile Lefort et Gérard Jigaudon dans leur ouvrage sur les paysages industriels, mettent concrètement en avant des usines ou des ateliers

¹ BARLES, Sabine, *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIII^{ème}-XIX^{ème} siècle*, coll. milieux, Ed Champ Vallon, Seyssel, 1999. Voir pour l'Espagne : JORI, Gerard, « La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII ». *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, n° 431, Université de Barcelone, 2013.

² BARLES, Sabine, *La Ville délétère*, 1999, *op. cit.*

industriels qui laissent échapper ces fumées polluantes dont l'odeur caractéristique devient le symbole de l'infection pour l'être humain¹.

Identifier les nids d'insalubrité, reste une priorité et une prérogative de l'hygiène publique, et la mise en place de casiers sanitaires semblent être un bon moyen d'y parvenir aux yeux des médecins espagnols qui n'ont de cesse de citer les exemples de la Suisse ou de villes françaises telles Lyon ou Paris². Dans un article sur les bureaux d'hygiène municipaux publié dans l'ouvrage collectif *Les nouvelles pratiques de la santé*, Patrice Bourdelais évoque la démarche du docteur Janssens à Bruxelles qui localise les cas de variole et de typhoïde dans la ville afin de préparer des casiers sanitaires qui permettront ensuite de réaliser une étude épidémiologique pour améliorer l'efficacité des pratiques de désinfection, commencer la vaccination des voisins, etc.³ En ce sens, le casier sanitaire en identifiant le lieu insalubre est une échelle d'intervention précise qui indique l'endroit à éradiquer ou à améliorer. Mais ce casier sanitaire, outil pour l'assainissement urbain est mis en place à partir de données sur les maladies infectieuses, ici la variole et la typhoïde, mais parfois aussi la tuberculose, comme a pu l'expliquer Yankel Fijalkow sur Paris⁴. L'objectif des acteurs est donc bien l'identification d'une pratique ou d'un point noir pour améliorer la santé collective, et non pas pour des considérations purement environnementales.

Le casier sanitaire n'est pas, loin s'en faut, le seul moyen utilisé pour caractériser l'espace à risque. En Espagne, les inspecteurs d'hygiène comme certains médecins hygiénistes listent fréquemment ces lieux sur lesquels ils prétendent agir en vue d'un assainissement nécessaire. Il s'agit de lieux dans lesquels se développe une activité particulière, qu'on appelle nocive à l'époque, comme on dira toxique aujourd'hui, mais également d'endroits qui n'ont pas de caractéristiques particulières nuisibles mais que les circonstances rendent dangereux.

¹ GUILLERME André, LEFORT Anne-Cécile, JIGAUDON Gérard, *Dangereux, insalubres et incommodes. Paysages industriels en banlieue parisienne XIX-XXème siècle*. Collection Milieux champ Vallon ISBN 2.87673 409-5, Paris, 2004. Voir aussi la thèse de Stéphane Frioux, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, op. cit., p. 45.

² Le médecin Román García Durán cite par exemple le casier sanitaire suisse qui selon lui eut un effet appréciable sur la mortalité tuberculeuse. GARCIA DURAN, Román, *Lucha social contra la tuberculosis. Discurso en la Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Tip. Cuesta, Valladolid, 1936, 40 p.

Sur les casiers sanitaires de Paris et la démarche de l'enquête d'hygiène voir l'article de Yankel Fijalkow, « L'enquête sanitaire urbaine à Paris en 1900 », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle* 1/2004 (n° 22), pp. 95-106.

³ « Les bureaux d'hygiène municipaux (1879-1900). Connaitre, décider, innover, assister, convaincre et diffuser. » dans BOURDELAIS, Patrice, FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de la santé : XVIII-XXème siècle*. Editions Belin, Paris, 2005, 267 p.

⁴ FIJALKOW, Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, 1998, op. cit. Ou encore, l'article « L'enquête sanitaire urbaine à Paris en 1900 », 2004, op. cit.

Dans les années 1880-1890, cette conception des nids d'insalubrité est présente chez Philip Hauser, qui étudie particulièrement bien les conditions sanitaires de Madrid et Séville en essayant d'identifier des zones précises qui sont, selon lui, les épacentres des maladies ou du moins qui cristallisent le risque¹. Dans son ouvrage sur Séville, il produit un plan démographique et sanitaire de la ville, sur lequel il répertorie les taux de mortalité par paroisse, dessine le réseau d'égouts et surtout identifie les foyers d'insalubrité par une croix². Puis, il recense un à un ces nids, en justifiant leur insalubrité par une observation personnelle. Il s'agit d'abord d'abattoirs, d'hôpitaux, de prisons, de cimetières, ou encore de marchés aux porcs, des lieux dont les caractéristiques nocives pour la santé humaine sont désormais traditionnelles³. Puis, il s'avance sur certains espaces peut-être moins attendus tels que les usines. Par exemple, l'usine de phosphore est considérée comme un danger pour les habitants des alentours à cause du risque d'incendie et des vapeurs phosphoriques. L'usine d'amidon est quant à elle jugée insalubre à cause de l'atmosphère de putréfaction qui y règne. De la même manière, les ateliers de transformation de morue provoquent des odeurs désagréables pour les passants tout autant qu'une humidité nocive pour la santé. Suit une énumération qui semble sans fin d'usines ayant une activité jugée néfaste pour la santé des proches voisins, c'est-à-dire toute sorte d'activités provoquant des émanations et produisant des matières en décomposition. Si ces usines sont des nids d'insalubrité à part entière, ce qui préoccupe réellement l'auteur est la contamination du reste de la ville provoquée par ces lieux. Ainsi, la justification donnée pour qualifier définitivement ces industries d'insalubres et accélérer leur assainissement voire la plupart du temps leur élimination, est toujours liée à la population qui vit et souffre des effets de ces usines, et non pas une allusion environnementale plus générale. Plus encore, pour le médecin la mortalité élevée des quartiers où se situent ces foyers d'insalubrité, ou ces nids d'infection, est bien sûr liée à la présence de ces derniers. Mais ce ne sont pas seulement les usines nocives en raison des caractéristiques intrinsèques de l'activité ou bien à cause de l'insalubrité ambiante qui sont montrées du doigt : c'est aussi parce que leur localisation pose problème. Les vingt usines et ateliers de savon présents dans

¹ HAUSER, Philip, *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Madrid, Est. Tip. Sucesores de Rivadeneyra, 1902, 488 p. Sur Séville du même auteur : *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Séville, 1882.

² « *Plano Demográfico-sanitario de Sevilla* », dans HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla*, 1882, *op. cit.*

³ Les abattoirs tout comme les marchés aux porcs sont dangereux à cause de la présence d'un animal qui peut contaminer l'être humain d'une maladie dont il est atteint souvent de manière non visible. Sur les abattoirs en particulier, voir l'article de Séverin Muller « Les abattoirs sous haute surveillance. Politique et normalisation sanitaire à Saint-Maixent-l'École du XIXème au XXème siècle », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, 3/2004 (n° 51-3), pp. 104-120.

le centre par exemple, ne sont donc pas nocifs en soi ni véritablement insalubres, mais le fait qu'ils se trouvent dans les zones les plus denses pose un évident problème d'hygiène. Les onze usines de peaux et de teintures sont également très dangereuses malgré leur relative salubrité, et ce à cause de l'incommodité du transport de peaux contaminées qui attire les mouches, un transport qui se réalise au milieu des rues les plus peuplées de la ville.

Ce sont donc des nids d'insalubrité surtout pris en compte pour leur environnement immédiat et leur impact sur leur milieu. Ils sont des points de départ des infections, et pour cette raison ils doivent être éliminés du centre ville. Bien sûr, ici Philip Hauser évoque une contamination par les airs, dans une logique miasmatique, qui s'appuie notamment sur des indices sensibles, tels que les mouches ou les odeurs¹. Sa démarche peut être expliquée par la même logique que celle qui consistait à refouler les hôpitaux, les cimetières à l'extérieur des murailles des villes, ou encore à éloigner les agents contaminants dans les sanatoria. Le foyer insalubre se définit par opposition au territoire environnant, mais il est aussi insalubre à cause de cette localisation, à cause de sa proximité d'avec une population nombreuse. Il est bien le point de départ d'une infection, mais, en ce cas, celle-ci semble se concentrer sur l'environnement proche, selon le principe d'une diffusion restreinte à la portée de ces usines/foyers d'infection.

Dans les trente premières années du XX^{ème} siècle, l'hygiène urbaine continue de préoccuper les dirigeants, et le travail prioritaire des hygiénistes s'oriente selon les deux directions : l'élimination des foyers d'insalubrité et la mise en place des réseaux d'approvisionnement en eau. Dans le cadre de la publication de l'annuaire de la direction générale de Santé publique en 1923, l'inspecteur provincial de Cordoue explique sa démarche :

« he intervenido activa y diariamente en cuantas cuestiones se refieren al saneamiento de la capital y de los pueblos de la provincia, sobre todo en lo concerniente a la higiene bromatológica ; a las reformas o construcción de escuelas, lavaderos públicos, mercados, mataderos, cárceles, hospitales, cementerios, etc. A la desaparición de focos insalubres, al mejoramiento de los abastecimientos públicos de aguas potables, y a todos los demás asuntos que redundan en bien de la higiene y sanidad públicas. »²

¹ Sur les mouches voir notamment Stéphane Frioux, « Les insectes, menace pour la ville à la Belle époque », dans FRIOUX, Stéphane et PEPY, Emilie-Anne (dir.), *L'animal sauvage entre nuisance et patrimoine, France XVI^{ème}-XXI^{ème} siècle*, Lyon, ENS éditions, 2009, pp. 115-130.

² « Je suis intervenu activement et quotidiennement sur toutes les questions qui touchent à l'assainissement de la capitale et des villages de la province, surtout en ce qui concerne l'hygiène bromatologique; les réhabilitations

Ici les points noirs de la ville à éradiquer sont tous placés au même niveau, avec néanmoins une légère graduation perceptible. L'inspecteur provincial commence par évoquer l'école, un lieu à connotation positive mais qui peut devenir dangereux lorsqu'il n'est pas entretenu et que l'on ne prend pas au sérieux les normes d'hygiène, pour aller vers l'hôpital et le cimetière, espaces désormais classiques de l'insalubrité.

Associés à cette élimination des recoins insalubres, la mise en place des « réseaux de la modernité »¹ que nous pourrions considérer comme une condition préalable, ou un moyen indirect de lutte contre les maladies infectieuses et notamment la tuberculose, permet d'améliorer les conditions d'hygiène de la ville souvent en résolvant le problème de l'assainissement². Dans le même annuaire, Aniceto Bercial, inspecteur provincial de Barcelone de la direction générale de santé publique, évoque rapidement les quartiers de *barracas*, les abattoirs et les tramways comme centres de contamination prioritaires, mais il fait également référence à la question de l'approvisionnement en eau, un thème plus que mis en avant dans la capitale catalane³. Les problèmes d'hygiène publique liés aux réseaux d'eau ne relèvent pas strictement de la tuberculose, mais plus encore, ils n'ont peut être aucun rapport véritable avec la transmission du germe.

Déjà pour Philip Hauser en 1898, étant donné que le germe n'est pas l'élément essentiel contre lequel il faut lutter et que l'assainissement urbain est la réponse au problème de la « peste blanche », la question de l'eau a donc une place primordiale dans la lutte contre la maladie⁴. Dans la logique médicale qui prévaut par la suite, les réseaux d'approvisionnement en eau ne sont plus vraiment dissociés des moyens de lutte indirects qui relèvent de l'amélioration du terrain et de l'hygiène. Peut-être également parce que les problèmes

ou construction d'écoles, les lavoirs publics, les marchés, les abattoirs, les prisons, les hôpitaux, les cimetières, etc. (j'ai veillé) à la disparition des nids insalubres, à l'amélioration de l'approvisionnement public en eau potable, et à tous les autres sujets qui peuvent tourner à l'avantage de l'hygiène et de la santé publique. », dans MURILLO PALACIOS, Francisco, *Anuario de la dirección general de sanidad*, Ministerio de Gobernación, Imprenta Gráfica Universal, Madrid, 1923.

¹ FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, 2008, *op. cit.*

² Les débats sur l'utilisation de l'eau pour le nettoyage des rues de la ville et l'assainissement du sous-sol à Barcelone ont été analysés par Francisco de Assis da Costa dans sa thèse de doctorat *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, thèse dirigée par GUARDIA BASSOLS, Manuel, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelone, 1999.

³ Article sur Barcelone rédigé par Aniceto Bercial, dans MURILLO PALACIOS, Francisco, 1923, *op. cit.*, p. 57.

⁴ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69 p. Rappelons que pour Philip Hauser, si la cause de la tuberculose est bien le bacille de Koch, étant donné qu'il n'existe pas de véritable solution pour se débarrasser du microbe, la seule mesure efficace contre la maladie est donc le renforcement et l'amélioration du terrain.

d'hygiène du sous-sol ne se posent plus de manière aussi évidente dans une ville comme Barcelone. A l'inverse, pour Gérone, Lluís Sayé insistait sur la nécessité de mettre en place un réseau efficace de traitement des déchets comme d'approvisionnement en eau potable¹. Mais ce qui est frappant, c'est que cette question des réseaux d'eau apparaît presque toujours lorsque les hygiénistes évoquent les foyers d'insalubrité. Pourtant, comme l'expliquait Philip Hauser, ce type de réforme urbaine n'implique pas une action ponctuelle, mais au contraire suppose de prendre en compte l'ensemble de la ville². Dans cette optique, il nous semble déceler une conception de la ville chez l'hygiéniste qui s'intéresse à des lieux précis mais des lieux qui sont connectés entre eux, par les artères, rues, ou, sous le sol, par les réseaux de canalisations. Il s'agit d'une logique, qui, nous le verrons, contraste avec la démarche chirurgicale, qui est proposée quelques années plus tard à Barcelone.

Les nids d'insalubrité en ville sont nombreux, et sont souvent délimités à partir de données liées à la mortalité par maladie infectieuse, ou bien à partir des concepts de l'hygiène moderne. Dans certains cas, c'est la fonction même du lieu qui est délétère et justifie l'élimination, mais dans d'autres, le type de lieu n'est pas fondamentalement en cause, et il s'agit plus de faire une remise aux normes en assainissant ou améliorant l'état dans lequel se trouve le bâtiment ou l'endroit. De plus, il semble que nous puissions classer les nids d'insalubrité en deux sous-groupes, ceux qui sont insalubres, quels qu'ils soient, et ceux dont seule la localisation pose réellement problème. Dans ce dernier cas, c'est la peur de la contagion du reste de la ville qui détermine le point noir, et c'est selon cette même logique que les phtisiologues cherchent à déterminer les endroits les plus tuberculeux. Cependant, cette notion générale de « nids d'insalubrité » transcende évidemment le simple intérêt pour la seule tuberculose. Il convient alors de se demander si ces nids d'infection ne sont pas plutôt en rapport avec les maladies digestives, qui elles sont, nous le savons, très liées à la contamination de l'eau et également responsables d'épidémies. Pourtant, les médecins assument tout à fait le lien établi entre hygiène et tuberculose, puisque le lieu insalubre, ce recoin poussiéreux, est à la fois un terrain favorable pour le développement d'un germe et aussi une véritable représentation métonymique du même microbe. Plus encore, dans un premier temps, la démarche des acteurs dans la lutte antituberculeuse ne diffère pas fondamentalement de l'action hygiéniste qui vise à réduire la portée des autres maladies

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona. Conferencia donada a l'Ajuntament de Girona el dia 25 d'Abril de 1934*, s.i., s.l., 1934, 14 p.

² HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla*, 1882, *op. cit.*

infectieuse, de même que les types de lieux mis en cause, qui, dans une certaine mesure, sont les mêmes.

2. Du lieu de passage à l'espace circonscrit

Puisque la tuberculose n'est quasi uniquement due qu'à un germe, les espaces à risques sont ceux qui concentrent le microbe, mais également ceux qui facilitent la contagion. Les lieux sur lesquels se centrent la lutte antituberculeuse devraient en théorie se caractériser plus par leur densité de population que par une hygiène douteuse. Effectivement, dans un premier temps il semble bien que les espaces stigmatisés dans les discours des médecins soient des lieux denses. Cependant, nous assistions à une évolution dans la caractérisation de l'espace dense à éviter ou à guérir, depuis le lieu de passage jusqu'au lieu circonscrit.

La rue, facteur de transmission de la tuberculose qui compte au début du XX^{ème} siècle, est un lieu qui peut être considéré comme un point noir, puisqu'il est mis en avant par les médecins comme un espace à risque. C'est d'abord en raison de son insalubrité que la rue est montrée du doigt. Francisco de Assis da Costa évoque ainsi la « mauvaise habitude » prise par les habitants qui jetaient leurs détritres par les fenêtres, faisant de la rue un lieu insalubre par excellence¹. Mais surtout, ce qui fait de la rue un espace tuberculeux, c'est le fait qu'il s'agit d'un espace de circulation, où se dépose le microbe. Nous avons déjà évoqué dans le chapitre précédent ces discours des médecins qui mettent en scène un tuberculeux « semeur de mort »² qui se promène dans les rues en répandant l'infection partout sur son passage. Evidemment, si la rue est insalubre, le microbe s'y installe on ne peut plus confortablement. Dans tous les cas, ce qui pose problème c'est le fait que le microbe se dépose dans les rues à cause du crachat des malades. Dans les premières années du XX^{ème} siècle, les médecins n'ont de cesse de conseiller aux malades de ne pas cracher dans la rue. Ainsi, en 1906, le directeur du dispensaire de Madrid, José Verdes Montenegro insiste auprès des malades pour qu'ils crachent dans le caniveau et surtout pas sur le trottoir³, il est relayé en 1912 à Barcelone par

¹ DA COSTA, Francisco de Assis, FAUFBA, « La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917 », dans *Perspectivas Urbanas, 2008-09* UPC ESTAV, Barcelone, 2009.

² VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis. Páginas útiles a sanos y enfermos*, Tip. La Tierra, Carthagène, 1928, 30 p.

³ VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. de E. Teodoro, Madrid, 1906, 14 p.

Gaspart Costa y Bufi¹, et dans la quasi-totalité des livrets de divulgation populaire sur la tuberculose diffusés entre 1900 et 1920. A cette interdiction sanitaire aux particuliers s'ajoute des réclamations de la part des médecins à l'attention des municipalités, afin que celles-ci prennent en main le problème en mettant en place des crachoirs publics². Ces crachoirs publics, d'ailleurs ne doivent pas uniquement être placés dans les rues, mais aussi dans tous les espaces où les pouvoirs publics ont autorité³.

En effet, à côté de la rue, d'autres lieux d'échange et de circulation sont mis en avant par les acteurs de la santé publique à la même époque. Il s'agit cette fois d'endroits ayant une étendue géographique bien plus restreinte tels que les marchés, les lavoirs publics, les ports, les tramways et autres types de transports publics. Ce sont des lieux publics, accessibles à tous, et où, chaque jour beaucoup de monde se croise, ce qui entraîne bien sûr une probabilité de contagion plus forte. Ce sont d'abord des lieux d'échange, comme le lavoir où le marché, où des individus, qui dans les rues ne faisaient que se croiser, ont un contact beaucoup plus proche. En 1900, le docteur Llorens i Gallard de Barcelone insistait lourdement sur le terrible lieu de contagion que représentaient les lavoirs publics, où tout le monde lave son linge dans la même eau, et où chacun est susceptible d'être contaminé par les vêtements d'un tuberculeux⁴. Le lavoir est un endroit que nous pourrions dire classique chez les hygiénistes, tout comme l'est le vêtement vecteur de la tuberculose chez les phthisiologues. Le contact entre les personnes et les produits au marché est également un facteur qui explique le risque que représente ce lieu, mais c'est plutôt la mobilité et la circulation qui intéresse les médecins.

Le cas du port est caractéristique des lieux de passage. Le port, c'est d'abord la porte ouverte de l'étranger, ce qui permet souvent de justifier les forts taux de mortalité tuberculeuse dans

¹ COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, Imp. La Catalana, Barcelone, 1912, 31 p.

² Dans un livret de divulgation populaire de 1899, un auteur anonyme donne des instructions aux municipalités pour lutter contre la maladie, les encourageant à désinfecter les rues et à mettre en place des crachoirs publics, qui doivent être couverts puis détruits une fois utilisés. ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...* En : *DISCURSOS leídos en la sesión inaugural del año académico 1899-1900 de la Sociedad Española de Higiene*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1899, pp. 27-68.

³ Ainsi, le médecin Sugrañes y Bardagi met en avant la nécessaire implantation de crachoirs publics dans des lieux très divers comme les établissements publics, les cinémas, les tramways ou encore tout autre lieu fréquenté où les pouvoirs publics sont susceptibles d'avoir quelque influence. SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. Inglada, Barcelone, 1911, 28 p.

⁴ LLORENS Y GALLARD, Ignacio, *La tuberculosis en Barcelona. Discurso leído en la Sesión pública inaugural celebrada en 28 de marzo de 1900 en el salón de Ciento de las casas Consistoriales*, Tip. Casa Prov. de Caridad, Barcelone, 1900, 50 p.

des villes telles que Santa Cruz de Tenerife ou La Corogne¹. Mais c'est surtout, un espace d'échange de marchandises et de personnes, qui se caractérise donc par une très grande mobilité. Le transit devient alors un élément clé qui est même évoqué jusqu'en 1936 dans une ville portuaire comme Santa Cruz de Tenerife². D'ailleurs, en évoquant le port, le docteur Cervia responsable du dispensaire de Santa Cruz revient sur ce qu'il appelle les « lieux de communication », c'est à dire les axes viaires, qui conduisent depuis le port jusqu'aux champs, depuis la consultation du médecin jusqu'à l'hôpital³.

Les moyens de transport en général sont également des lieux dangereux et contagieux. En 1905, Luis Fatas y Montes évoque ainsi les voitures, les tramways, et les chemins de fer dans lesquels les municipalités doivent se charger de mettre des crachoirs publics⁴. Par voiture, il entend plutôt les voitures louées, ce qu'en 1912 Gaspart Costa y Bufi nommait « *los carruajes de alquiler* »⁵. Ce médecin barcelonais fait encore pendant les années 1910 une liste des différents moyens de transport qu'il associe à la rue dans ses conseils donnés aux patients, en les considérant comme des lieux dans lesquels le malade ne doit jamais cracher. Encore en 1933, à Séville, Juan Luís Morales évoque la nécessité de procéder à une campagne d'assainissement de tous les moyens de locomotion⁶. Plusieurs éléments peuvent justifier cet intérêt des médecins pour les différents moyens de transport : il s'agit d'abord d'éléments nouveaux dans le paysage urbain, auxquels peut-être, personne n'a véritablement songé auparavant, et qui attirent l'attention. Mais il s'agit également de lieux fermés, qui facilite la circulation d'un quartier à un autre, favorisant dans le même temps le déplacement du microbe. De plus, dans cette logique, les taxis tous comme le tramway sont des lieux qui voient se croiser beaucoup de monde, parfois appartenant à des groupes sociaux totalement

¹ Nous pouvons nous reporter aux ouvrages, déjà cités en chapitre 1 du docteur Cervia pour Santa Cruz de Tenerife, et du docteur Plácido Peña Novo pour la Corogne. CERVIA, T, *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Volumen II, año 1935*, Tip. Católica, Santa Cruz de Tenerife, 1936, 141 p. PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

² CERVIA, T, *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife*. 1936, *op. cit.*

³ *Ibid.*

⁴ FATAS Y MONTES, Luis, *Defensa contra la tuberculosis. Conferencia dada en el Círculo Democrático el 3 de diciembre de 1904*, Bailly-Baillière e hijos, Madrid, 1905, 72 p.

⁵ « les attelages de location », ou « voitures de location ». Il fait sans doute référence aux taxis. COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, 1912, *op. cit.*

⁶ MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*. Orientaciones. Obra social de prevision, Imp. Mercedes, Séville, 1933.

différents¹. Enfin, il faut voir que par rapport à des personnes qui se déplacent dans la rue, cela signifie une promiscuité beaucoup plus évidente.

En ce sens, nous pouvons évoquer un double facteur de contagion à travers deux images de la concentration urbaine : une concentration relative, qui fait référence à un espace où beaucoup de monde se croise, pas forcément en même temps mais qui laisse néanmoins une plus grande possibilité au microbe de se déposer, et une concentration momentanée où un grand nombre de personnes se retrouvent au même endroit au même moment, multipliant les risques de contagion directe. Plus qu'un espace ouvert qui favorise la circulation de tous et donc le contact, c'est l'espace fermé dans lequel la population s'entasse qui préoccupe les médecins. Ainsi, même si les communications intéressent le docteur Cervia à Santa Cruz, c'est surtout la foule qui lui fait peur lorsqu'il évoque la nécessité d'éviter le plus possible les marchés publics². A Barcelone, ce type d'espace n'apparaît que rarement, mais lorsque le docteur Soley i Gely, illustre phthisiologue évoque en 1904 le danger que représente le tramway, il fait plutôt référence à la promiscuité que ce mode de déplacement entraîne forcément selon lui³. Toujours en 1904, mais à Mahón cette fois, le médecin Lorenzo Pons y Marques énumère des lieux à éviter car susceptibles d'être porteurs du germe, et ajoute qu'il s'agit également de faire attention dans tous les « sitios donde concurrá mucha gente »⁴. Cet effet de foule lié à la contagion par la promiscuité se double peut-être aussi d'une persistance d'une théorie des miasmes, puisque les médecins, tout en expliquant que la tuberculose est causée par un germe, continuent d'évoquer le manque d'air ainsi que son manque de qualité. Encore en 1923 à Barcelone, dans un livret de divulgation populaire antituberculeux on pouvait lire qu'une des causes de la maladie, à côté du contact et du crachat était « l'air impur »⁵. Les

¹ En théorie tout au moins, puisque pour José Luis Oyón et Carme Miralles, le tramway en 1930 n'était que peu utilisé par les ouvriers. OYON José Luis, MIRALLES Carme, « De casa a fábrica. Movilidad obrera y transporte en Barcelona 1914-1939 » dans OYON, José Luis et al., *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

² CERVIA, T, *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife*. 1936, *op. cit.*

³ SOLEY I GELY, Victor, *La lucha contra la tuberculosis. Memoria leída y aprobada en la Academia de Higiene de Cataluña el 11 de febrero de 1904*, Imp. Francisco Badía, Barcelone, 1904, 83 p.

⁴ « endroits où se rencontre beaucoup de monde ». PONS MARQUES, Lorenzo, *Instrucciones populares para evitar la propagación y estragos de la tuberculosis. Conclusiones de una conferencia sobre el mismo tema*, Bernardo Fábregas, Mahón, 1904, 8 p.

⁵ GIL PERELA, Julián, *Lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estés sano, predispuesto o tuberculoso. Cartilla de vulgarización*, La Mercantil Barcelonesa, Barcelone, 1926, 64 p. Mais avant cette date, la plupart des autres médecins espagnols évoquent le manque d'air. C'est le cas de Juan Manuel Mariani y Larrion, un responsable de l'hôpital de la Princesa à Madrid en 1905 dans son ouvrage *La lucha contra la tuberculosis*, Imp. Nicolás Moya, Madrid, 1905, 32 p., ou encore de Vicente Alvarez Rodriguez Villamil dans *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

médecins évoquent finalement assez peu les rues ou les taxis après les années 1900, par contre, le tramway, le port et le marché, restent un peu plus présents. Plus encore, même pendant les dix premières années du XX^{ème} siècle, ce sont les moyens de transport en commun qui sont privilégiés dans les discours des professionnels, tels que le train ou le tramway qui par rapport au taxi sont susceptibles d'être beaucoup plus utilisés par des catégories sociales différentes, et qui surtout, d'un point de vue strictement prophylactique, se caractérisent par la fameuse concentration de personnes dans un espace réduit. Cette préférence sensible du lieu circonscrit sur le lieu de passage montre également que les médecins s'intéressent plus au contact direct, et s'inscrivent par conséquent dans une logique qui privilégie la densité comme facteur de contagion plutôt que l'insalubrité.

L'intérêt des médecins pour les lieux commun à tous est à rapprocher de la peur de la contagion. La peur des élites d'être contaminées par les tuberculeux et notamment sensible lorsque les médecins insistent sur le fait qu'il est interdit de cracher dans les lieux publics, notamment lorsqu'ils évoquent les taxis ou les moyens de transport. Cela entre dans la même logique que nous avons décrit plus haut, celle d'une ville commune à tous. Mais la démarche des médecins qui consiste à localiser plus précisément les nids d'infections plutôt que de s'intéresser à la ville ou au quartier dans son ensemble se répète ici, puisque se sont encore une fois des lieux fermés qui sont mis en avant plutôt que les lieux de passage, la foule plutôt que le trafic. Cependant, si se sont les concepts de concentration humaine et de promiscuité qui préoccupent les acteurs, alors, il existe bien d'autres lieux qui sont contagieux, et il est tout à fait logique d'observer un resserrement autour de l'espace clôt, des bâtiments plutôt que des espaces circonscrits ouverts, tels les marchés couverts par exemple.

Nous retrouvons enfin des références encore plus poussées en 1893, dans un ouvrage de Simón Hergueta y Martín sur le « mauvais air » ou l'atmosphère nocive : « *La atmosfera no es homogénea en las diferentes calles, lo que indica un estancamiento y falta de mezcla entre las columnas de aire* » HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p.

3. De l'espace public à l'espace privé

La concentration humaine arrive à son paroxysme dans les lieux fermés, soit des locaux, pièces ou salles communes. C'est vers l'intérieur et non plus les lieux extérieurs que se tournent de préférence les médecins pour désigner l'espace à risque, ce qui semble logique, étant donné cet intérêt renforcé pour l'espace circonscrit. Cependant, ces lieux fermés peuvent être soit publics soit privatisés. Nous verrons ici un déplacement de l'intérêt des acteurs depuis des espaces publics, vers les lieux privatisés voire directement privés. De plus, nous verrons également qu'en creux se pose la question de l'accessibilité à tous de ces lieux et par là le rapport plus ou moins étroit entre les types d'espaces et les cercles de sociabilité qu'ils supposent.

Le premier type d'espace fermé qui nous intéresse et servira de point de référence est le bureau des administrations publiques. Comme nous l'avons déjà dit, lorsque les médecins à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} réclament aux autorités des crachoirs dans les rues, ils généralisent presque toujours cette demande à tous les espaces publics¹. Les bureaux de l'administration sont d'autant plus mis en avant qu'ils sont la propriété de l'Etat, de la région ou de toute autre autorité publique. Tout l'effort d'assainissement doit donc venir de la propre administration qui en cela montre l'exemple. De plus, il s'agit d'un espace accessible à tous, et même obligatoire pour tous. Le docteur Carlos Vicente y Charpentier évoque ainsi en 1901 la nécessité absolue de mettre en place un service sanitaire visant à faire la guerre au microbe en particulier dans les « édifices qui dépendent de l'Etat »². Il place d'ailleurs les bureaux de l'administration publique en haut de la liste des espaces sur lesquels doit se centrer l'attention des hygiénistes, devant les wagons de train, les voitures, les tramways et la rue.

¹ SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, 1911, *op. cit.*

² Par « édifices qui dépendent de l'Etat » l'auteur sous entend non seulement les bureaux mais également les hôpitaux, les écoles et d'autres types de lieux que nous analyserons plus loin. VICENTE Y CHARPENTIER, Carlos de, *Desinfección doméstica. Aislamiento y desinfección simplificados. Medios fáciles y económicos para prevenir el contagio de las enfermedades siguientes : fiebre tifoidea, tos ferina, tifus exantemático, escarlatina, viruela...y tuberculosis*, Fortanet, Madrid, 1901.

- *Le cinéma, le café, l'usine*

Si le bureau de l'administration publique est critiqué et souvent mis en avant parce que dépendant du bon vouloir d'autorités publiques, ce n'est pas, et de loin, le type de local qui préoccupe le plus les médecins dans les trente premières années du XX^{ème} siècle. Assez rapidement, nous voyons ces derniers se centrer sur un espace privé ou privatif, c'est-à-dire un lieu fermé, qui en principe est accessible à tous ou du moins à un nombre élevé de personnes. Nous avons pu distinguer trois lieux en particulier: le café, le cinéma et l'usine. Il s'agit de trois espaces où le risque est lié comme toujours à l'infection provoquée par la densité et l'insalubrité, mais où le principe de dangerosité fonctionne selon trois logiques différentes malgré des points communs évidents puisque tous fomentent aux yeux des médecins un principe de sociabilité nocive.

Le cinéma est presque toujours cité dans les livrets de divulgation d'avant les années 1920. A l'inverse des deux autres espaces, les médecins n'insistent pas fortement dessus, mais généralement il ne manque pas à l'appel, aux cotés des autres formes de sociabilité telles que les bals, les casinos, les théâtres parfois et surtout le café¹. Le cinéma est en effet un loisir qui connaît un développement extraordinaire dans les premières années du XX^{ème} siècle, et il devient de plus en plus accessible aux catégories sociales populaires². C'est un lieu qui favorise la concentration de personnes dans un espace circonscrit, et donc par conséquent facilite la contagion directe. Mais les médecins ajoutent qu'avec la prolifération des cinémas, les lieux sont parfois peu adaptés pour accueillir autant de monde, et leur dégradation provoque une insalubrité qui est un autre facteur de la maladie³. De plus, le cinéma est un lieu obscur et non aéré, où l'air stagne, mais aussi où l'action bénéfique du soleil ne se fait jamais

¹ Carlos Ferrand Lopez médecin à Cuenca conseille aux habitants de la ville de fuir les casinos, les cafés, les bals ainsi que tous les centres de réunion. FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, Imp. Provincial, Cuenca, 1910, 20 p. En 1906, José Verdes Montenegro évoquait lui aussi la nécessité de mettre en place des crachoirs dans les cinémas. VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906, *op. cit.*

² Sur le succès du cinéma à Barcelone chez les ouvriers et surtout les ouvrières, nous pouvons nous reporter aux témoignages recueillis par Mercedes Vilanova dans *Las Mayorías invisibles, explotación fabril, revolución y represión*, Icaria Editorial, Barcelone, 1996. Les ouvriers et ouvrières interrogés évoquent presque toujours l'habitude d'aller au cinéma. Dans leur *Atlas des Parisiens*, Jean-Luc Pinol et Maurice Garden cartographient l'évolution des cinémas à Paris du XIX^{ème} à nos jours. En 1913, la carte représentant les cinémas dans la ville donne à voir une explosion du nombre de cinémas dans la ville par rapport à celle de 1907, ce qui indique clairement un succès important auprès des « catégories populaires ». PINOL, Jean-Luc, GARDEN, Maurice, *Atlas des Parisiens. De la Révolution à nos jours*, Parigramme, Paris, 2009, 269 p.

³ SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, 1911, *op. cit.*

sentir¹. Bien que le cinéma devienne dans les années 1930 un loisir de plus en plus apprécié par les classes populaires, nous retrouvons peu de références à ce lieu dans les conseils que les médecins donnent aux malades après les années 1920.

Le bar, taverne ou café est le lieu privatisé accessible à tous, le plus mis en avant par les médecins, et ce depuis le XIX^{ème} siècle. Se pencher sur le café comme espace à risque signifie prendre en compte plusieurs logiques différentes. Le bar est d'abord un espace fermé et insalubre, sur lequel en principe les autorités n'ont aucun contrôle en théorie, et qui correspond donc à ces lieux de réunion qui favorisent la contagion. En 1893, Pedro Gasalla González rédige un ouvrage spécifique sur les cafés et leur lien avec la tuberculose². C'est pour lui l'espace clé dans lequel se développe la maladie, à la fois à cause de l'extrême densité et de l'insalubrité :

« Los cafés salvo rarísima excepciones, carecen de condiciones que debe tener todo local para ser habitable, pues casi todos están situados en la planta baja, con escasa altura, sin ventiladores suficientes, con las puertas cerradas durante día y noche en los meses de invierno y la mayor parte de los de verano, llegando a formarse en estas condiciones, por el excesivo número de personas que en ellos se reúnen, una atmosfera irrespirable, saturada de elementos sumamente perjudiciales para la salud, una atmosfera que envenena y lentamente mata »³.

Le médecin insiste sur le manque d'oxygène dans les cafés, provoqué notamment selon lui par un excès d'acide carbonique lié à la fumée de tabac. Il évoque aussi assez longuement le manque de lumière, sans véritablement être très précis sur l'action bénéfique pour la santé qu'il confère au soleil. Bien que son discours sur le manque d'air montre clairement la permanence de conceptions miasmatiques, le médecin oriente son travail d'accusation sur les cafés autour de la notion de contagion. Le café représente pour lui l'espace le plus dangereux, à la fois parce qu'il concentre un terrain propice au microbe, mais également parce que l'insalubrité et la densité provoquent la forte concentration du germe. Notons enfin que, pour

¹ Sur le manque d'aération et d'ensoleillement des locaux fermés en général, nous pouvons nous reporter à l'ouvrage FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

² GASALLA GONZALEZ, Pedro, *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*, Imp. El Regional, Lugo, 1893, 75 p.

³ « Les cafés, sauf en de rares exceptions, ne disposent pas des conditions indispensables à tout local pour être habitable. En effet, ils sont tous situés dans des rez-de-chaussée, réduits, sans aération suffisante, avec les portes fermées jour et nuit pendant les mois d'hiver et pendant la plus grande partie de l'été. Dans ces conditions, à cause du nombre excessif de personnes qui s'y réunissent, il s'y forme une atmosphère irrespirable, saturée d'éléments hautement préjudiciables pour la santé, une atmosphère qui empoisonne et tue lentement ». *Ibid.*

cet auteur, la solution réside dans les pouvoirs publics qui doivent obliger les propriétaires à établir de meilleures conditions d'hygiène.

Ce médecin n'est pas le seul, loin s'en faut, à évoquer le café comme lieu de contagion extrême, par l'insalubrité comme par la densité. En 1905, le médecin chef adjoint de l'hôpital de la *Princesa* à Madrid, Juan Manuel Mariani, évoque lui aussi avec force de détails l'atmosphère chargée de tabac et de microbe des cafés de la capitale¹. Il s'agit avant tout d'un espace mis en avant dans les dix premières années du XX^{ème} siècle, parfois au delà comme le montre Juan Luís Morales y González dans un ouvrage sur la mise en place d'un système de prévention à Séville publié en 1933². Pour ce médecin sévillan, les cafés tout comme les théâtres se trouvent être des lieux contagieux tout comme « tous les autres lieux où se réunissent des groupes considérables et qui ne possèdent pas les précautions d'hygiène les plus élémentaires »³.

Mais le café, c'est aussi et surtout un mode de sociabilité des classes populaires particulièrement immoral selon les médecins de l'époque. L'historien de la Médecine Ricardo Campos Marín a étudié la taverne considérée à l'époque comme un « *espacio amenazador para el orden social y responsable de los comportamientos peligrosos del obrero.* »⁴. Plus que le lieu en soi, c'est ce qu'il représente qui est mis en cause. Le café en tant qu'espace à risque est fréquemment abordé dans des ouvrages ou articles mettant en avant le lien entre la consommation d'alcool et la tuberculose. De même, dans les articles traitant des lieux qui favorisent la contagion, le rapport à l'alcoolisme qui entraîne un comportement immoral et donc dangereux est aussi systématique. Après avoir évoqué le manque d'oxygène et de lumière des cafés, Pedro Gasalla González passe au manque d'exercice des habitués du local, qui associé à la mauvaise habitude de fumer et à l'alcoolisme constitue un facteur clé de la maladie. Le café est alors utilisé pour désigner l'ivrogne et considéré comme le symbole de ce

¹ MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, 1905, *op. cit.*

² MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*, 1933, *op. cit.*

³ *Ibid.* Le café est ici vu comme un lieu qui regroupe beaucoup de monde. Dans cette optique, et à titre d'exemple supplémentaire, nous pouvons citer celui de la municipalité de Piedrahita province d'Avila qui en 1904 publie un livret de divulgation populaire dans lequel elle engage les habitants à « fuir les tavernes, cafés, et tous les autres centres de réunion. » ANONYME, Ayuntamiento de Piedrahita (Avila). *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis. Año 1904*, José Perales y Martínez, Madrid, 1904, 16 p.

⁴ Un « espace menaçant l'ordre social et responsable des comportements dangereux de l'ouvrier » dans CAMPOS MARIN, Ricardo, « Tabernas, Sociabilidad obrera y control social en el Madrid de la Restauración », dans FRAILE, Pedro, BONASTRA, Joaquim, *Modelar para Gobernar. El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva histórica*. Publicacions Universitat de Barcelona, 2001, 200 p.

qu'il appelle « *la decadencia de la raza* »¹. L'alcoolisme considéré comme un facteur aggravant de la tuberculose se retrouve dans toutes les publications sur l'étiologie de la maladie entre 1900 et 1910 et chez les phthisiologues les plus reconnus. En 1903 le docteur Espina y Capo encourage les habitants de Madrid à fuir l'alcool et le tabac pour éviter la maladie, un conseil repris par José Verdes Montenegro en 1906². Pour Arturo Buylla y Alegre à la même époque à Oviedo, si le microbe est la cause de la maladie, l'alcoolisme est le principal facteur aggravant, et en 1911 Zacarías Velázquez Lobo dans son livret de l'Asociación católica de los obreros intitulé « *El alcoholismo y la tuberculosis en las clases obreras.* » reprend exactement cette idée³. Enfin, pour nous recentrer sur Barcelone, nous pouvons citer le docteur Llorens y Gallard qui, en 1912, insiste sur le fait que l'augmentation de la consommation d'alcool est une des causes de la tuberculose⁴. Dans un premier temps l'alcool préféré à de la nourriture affaiblit l'organisme en préparant le terrain pour la maladie :

« *El alcohol, no da lugar a la tuberculosis, pero favorece su desarrollo preparando el terreno orgánico de manera apropiada para recibir y hacer fructífero el germen patógeno* »⁵.

C'est ce qui explique, selon le médecin que la tuberculose chez les alcooliques soit plus fulgurante que pour les autres malades. Les liens que le médecin établi ensuite entre les professions liés à l'alcool, le café et la tuberculose sont un peu flous mais nous permettent de comprendre que pour lui le bar est le prolongement de l'alcool, sans doute pour les raisons que nous avons citées plus haut.

La mise en lumière du lien entre tuberculose et alcool chez les médecins est presque toujours suivie d'allusions plus ou moins explicites sur la conduite immorale de ces ouvriers-

¹ « la décadence de la race » GASALLA GONZALEZ, Pedro, *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*, 1893, *op. cit.* L'idée que la tuberculose participe à la décadence de la race espagnole est très présente chez les médecins au début du XX^{ème} siècle. Pour une introduction sur les idées eugénistes dans les années 1930, voir l'article de JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, « La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República : elementos de clase e ideología », Universidad de Granada, 1998, *Dynamis* n° 18, pp. 285-314.

² ESPINA Y CAPO, Antonio, *Asociación contra la tuberculosis. Exposición de motivos hecha por el Dr... para justificar su constitución*, Imp. N. Moya, Madrid, 1903, 8 p. et VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906, *op. cit.*

³ BUYLLA Y ALEGRE, Arturo, *El alcoholismo y la tuberculosis*, Imp. La Comercial, Oviedo, 1902, 60 p. et VELAZQUEZ LOBO, Zacarías, *Asociación Católica de obreros. El alcoholismo y la tuberculosis en las clases obreras*, Imp. Católica de E. G. Rovina, Avila, 1911, 16 p.

⁴ LLORENS Y GALLARD, Ignacio de, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, Imp. Casa Prov. Caridad, Barcelone, 1912, 35 p.

⁵ « L'alcool ne génère pas la tuberculose, mais il favorise son développement en préparant le terrain organique de manière appropriée pour recevoir et faire fructifier le germe pathogène », *Ibid.*

tuberculeux-alcooliques¹. Les historiens de la médecine se sont longuement penchés sur cette assimilation entre alcoolique et tuberculeux et pour Jorge Molero cela permet évidemment de culpabiliser le malade en le rendant seul responsable de sa propre maladie². Si la stigmatisation du malade en évoquant des facteurs moraux à la tuberculose prend largement le dessus sur la simple analyse, il nous faut néanmoins mettre en avant l'exception que constitue le travail sur la tuberculose à Madrid du docteur Alvarez Rodríguez Villamil en 1912³. Ce médecin avait une théorie multifactorielle pour expliquer la maladie et lorsqu'il évoque les ravages de l'alcool qui profitent à la tuberculose, plutôt que de parler de causes morales ou dépendance à la boisson, il préfère évoquer des travailleurs mus par une alimentation insuffisante qui les oblige à rechercher des énergies nécessaires ainsi qu'une consolation dans l'alcool. Malgré tout, les cafés ne sont jamais uniquement considérés comme de simples endroits tels que les bureaux évoqués précédemment. Ce lieu n'est jamais innocent et le plus souvent les médecins ne peuvent dissocier l'aspect moral de facteurs prétendument objectifs. La responsabilité de la tuberculose est partagée entre le saoulard et le tenancier. L'immoralité dans les premières années du XX^{ème} siècle est une cause évidente de la maladie et le café en cristallise toutes les formes.

Passer du bar à l'usine suppose en principe changer de camp. En effet, cela suppose de passer depuis l'immoralité des travailleurs vers celle de leurs employeurs qui devraient logiquement être considérés comme responsables en faisant travailler leurs ouvriers dans des conditions inhumaines⁴. L'usine est un lieu incontournable de la maladie pour les médecins, à la fois parce que c'est un espace dans lequel l'ouvrier malade en puissance ou déjà tuberculeux passe beaucoup de temps et parce qu'il s'agit d'un lieu souvent insalubre, où le contact encourage la contagion. L'usine est donc un espace néfaste en général, mais en particulier, les médecins établissent également des catégories, afin de distinguer les lieux les plus nocifs. Ces

¹ En 1916, le docteur Sergio Pesado Blanco rédige ainsi un livret de divulgation donnant des instructions pour prévenir à la fois la tuberculose et l'alcoolisme, faisant ainsi transparaître le lien très étroit entre ce qu'il considère comme deux maladies liées aux vices. PESADO BLANCO, Sergio, *Cartilla higiénica popular contra la tuberculosis y el alcoholismo. Libro para uso de los niños...de las escuelas y de sus familias*, Vda. de J. Sagrera, Plasence, 1916, 28 p.

² MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, Thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1989, 65 p. Sur les causes morales de la maladie, la culpabilisation du malade et la notion de « décadence de la race », nous pouvons nous reporter également à l'article du même auteur : « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, pp. 19-59.

³ ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

⁴ Ce point de vue est peu soutenu par les médecins, mais on le retrouve par contre dans des articles des syndicats ouvriers. Voir chapitre 7.

« catégories » correspondent avant tout aux types d'activités de l'établissement. En 1899, l'auteur anonyme d'un livret d'instruction populaire évoque les abattoirs qu'il associe aux vacheries¹. Ici, il s'agit de lieux susceptibles d'être contaminés par la maladie des bovins. Plus que l'établissement, se sont les animaux que ces lieux renferment qui sont sources de maladies. En effet, la tuberculose des bovins est un thème qui préoccupe beaucoup les médecins au tout début du XX^{ème} siècle, mais dont l'importance se réduit dans les années qui suivent, peut-être parce que se mettent en place des moyens de contrôle plus efficaces². La contamination de l'être humain par le lait et la viande provenant d'animaux malades est considérée comme un risque très important par certains professionnels qui y consacrent de nombreux travaux notamment au début du siècle³, les abattoirs, les vacheries, ainsi que tous les lieux dans lesquels se développe une activité qui puisse servir d'intermédiaire au microbe, représentent donc un risque. Associés à la présence des animaux porteurs de germes, pour caractériser ce type de lieu, nous retrouvons des déficiences plus généralement liées à l'hygiène, mais cette fois adaptées à la maladie et au principe de la contagion. Ainsi, les mouches sont un véritable problème dans ce type d'activité puisqu'elles sont le vecteur de la maladie qui transmet de microbe depuis l'animal jusqu'à l'être humain, selon Antonio Martínez Fernández⁴. Dans le même ordre d'idée, en 1895 le docteur Antonio Espina y Capo associe aux abattoirs, vacheries et à tous les types d'entreprises qui s'occupent de transformer ou de commercialiser le lait ou la viande, les monts-de-piété et les caisses de crédit, qui font circuler des biens susceptibles d'être contaminés⁵. De même, en 1903 Vicente Guerra y Cortes cite les ateliers ou industries qui s'occupent des chiffons et des vieux papiers, comme

¹ ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...*, 1899, *op. cit.*

² Sur la tuberculose bovine, voir MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 108, ainsi que GUTIERREZ GARCIA, José Manuel, *La tuberculosis bovina como zoonosis en la España contemporánea (1850-1950)*, Thèse de doctorat dirigée par MOLERO MESA et Jorge, PUMAROLA i BATLLE, Martí, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2003.

³ Lluís Sayé i Sempere s'intéresse à ce mode de transmission dans différents ouvrages : *Profilaxis de la tuberculosis*, J. Horta, Barcelone, 1913, 22 p. ou encore, *Tratamiento y profilaxis de la tuberculosis*, Salvat, Barcelone, 1958. Une étude sur la fréquence de la tuberculose chez les animaux tués dans les abattoirs est disponible également dans NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

Pour des ouvrages plus spécialisés, se reporter à la thèse de José Manuel Gutiérrez García, *La tuberculosis bovina como zoonosis en la España contemporánea (1850-1950)*, 2003, *op. cit.*

⁴ MARTINEZ FERNANDEZ, Antonio, « Mecanismo del contagio de la Tuberculosis », dans VINUESA ALVAREZ, A. et al., *Tuberculosis. Once conferencias radiadas de divulgación sanitaria sobre los siguientes temas*, Inst. de Higiene de Tenerife, Santa Cruz de Ténérife, 1938, 56 p.

⁵ ESPINA Y CAPO, Antonio, *Profilaxis de la tuberculosis en las grandes poblaciones. Comunicación leída en el Congreso Nacional de la Tuberculosis reunido en Coimbra, marzo de 1895*, Imp. N. Moya, Madrid, 1895, 29 p.

des exemples de lieux dangereux puisqu'ils favorisent encore une fois un contact direct avec le microbe¹.

D'autres lieux de travail sont mis en avant par les médecins à cause des caractéristiques spécifiques qu'entraîne leur activité. Les usines ou ateliers dont l'activité favorise le développement de poussières sont notamment mises en causes. En 1947, l'inspecteur provincial devenu Directeur général de Santé publique sous le franquisme, José Palanca cite ainsi les ateliers de sculpture, avant de parler des boulangeries². En 1922, le docteur Lopez Durán évoquait lui aussi les usines de farines, dans lesquelles l'atmosphère chargée facilite encore une fois le dépôt du bacille, ainsi que les mines de charbon³. Cependant, en général les médecins restent évasifs en ne parlant que d' « usine » ou d' « atelier » sans entrer dans plus de détails⁴. Le fait que les médecins fassent sans cesse mention d'une atmosphère nocive dans les usines doit également être rapporté, tout comme dans le cas des cafés, des rues ou de tout autre type d'espace, à des conceptions miasmatiques qui persistent encore, malgré la dite « révolution bactériologique ».

Mais dans la catégorisation des lieux de travail prédisposant à la maladie, une autre variable entre en ligne de compte, celle de la taille de l'usine. Est-ce l'atelier ou la grosse manufacture qui est le plus souvent mis en cause ? D'une manière générale, les médecins se préoccupent surtout de l'atelier, lorsqu'ils évoquent l'insalubrité ambiante⁵. Effectivement, un petit espace fermé semble plus nocif, parce qu'il favorise une plus grande promiscuité et parce qu'en

¹ GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Baena Hermanos, Madrid, 1903, 18 p.

² PALANCA, José Alberto, *Lucha antituberculosa : orientaciones epidemiológicas*. En : Palanca, J.A. et al. *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, s.i., Madrid, 1947, pp. 355-370.

³ LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, Imp. Vda. de López del Horno, Madrid, 1922, 264 p.

⁴ Le docteur Mariani par exemple évoque les ouvriers qui travaillent dans des locaux réduits et mal ventilés, les ateliers et les usines, sans en dire beaucoup plus. Il semble considérer que toutes les usines et ateliers sont identiquement insalubres. MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, 1905, *op. cit.*

⁵ Les médecins font en général allusion au « taller » plutôt qu'à la « fábrica », c'est le cas par exemple en 1896 de Luis Ruiz de Arcaute dans, *Profilaxis de la tuberculosis. Memoria léida en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en el acto de aspirar al grado de doctor en la misma facultad*, Nicolás Moya, Madrid, 1896, 23 p. Ou encore de Carlos Ferrand Lopez, dans sa *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.* Nous avons également remarqué cette tendance dans les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, ANC.

théorie il représente un mode de production plus ancien et donc moins respectueux des normes d'hygiène récente¹.

Le cinéma, le café et l'usine sont des lieux privés, dans lesquels la responsabilité de la municipalité, en principe, n'est pas engagée. Il s'agit pour les deux premiers, de lieux qui sont néanmoins accessibles à tous, par conséquent leur contrôle devrait en principe être une priorité selon les médecins du début du XX^{ème} siècle. Mais ces trois types de lieux font aussi référence à un type de sociabilité particulière, à un regroupement de personnes ayant des caractéristiques sociales, culturelles et morales spécifiques, et particulièrement dangereuse pour leur santé semble t'il. Le cas de l'usine, s'il partage de points communs avec les deux autres espaces en tant que lieu fermé privatisé concentrant une population socialement similaire, ouvre la voie à d'autres réflexions, sur des lieux eux aussi fermés mais non accessibles à tous.

- *L'hôpital, l'école, la caserne et la prison*

Pendant les trente premières années du XX^{ème} siècle, les bureaux de l'administration publique ne sont pas les seuls bâtiments appartenant à une entité publique qui doivent être surveillés selon les médecins spécialistes de la tuberculose. L'hôpital, l'école, la caserne ou encore la prison sont des lieux clos dont la salubrité est souvent remise en cause. Mais se sont aussi des bâtiments toujours pleins, les acteurs de l'époque n'ont de cesse de dénoncer l'encombrement de tout ces édifices publics, qui doivent prendre en charge une population sans cesse plus nombreuse².

L'hôpital est le foyer le plus évident de l'infection, et c'est bien sûr l'espace de toutes les maladies infectieuses par excellence. L'opposition irrationnelle que nous retrouvons entre le fait d'attendre dehors, dans le froid et dans la salle d'attente pleine de germe des hôpitaux revient à choisir entre la peste et le choléra pour les médecins de l'époque³. L'école est un

¹ C'est ce qu'explique notamment Lluís Sayé, avec sa théorie des phases de tuberculisation que nous avons déjà évoqué, en prenant l'exemple de la ville de Gérone et son mode d'industrialisation plus ancien. SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*. 1934, *op. cit.*

² Ainsi, en 1892, à Barcelone, l'une des résolutions que devaient prendre les pouvoirs publics selon Luís Comenge pour éviter l'augmentation de la mortalité tuberculeuse était la « désinfection périodique des établissements publics dans lesquels se réunissent les foules ». COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, Imp. de Amat y Martínez, Barcelone, 1892, 16 p.

³ En 1906, Léon Bourgeois, sénateur français, publie un rapport sur l'isolement des tuberculeux et développe notamment un projet pour l'hôpital et le dispensaire, visant à améliorer les conditions d'accueil et en particulier

type de lieu que nous pouvons considérer dans la continuité logique de l'usine. C'est un espace dans lequel les enfants passent le plus clair de leur temps, le deuxième par ordre d'importance après le logement¹. Les casernes, comme les prisons peuvent se rapprocher de la logique de l'asile, un espace fermé, dans lequel s'agglutine une population souvent considérée comme indésirable et même immorale, en particulier dans le cas des prisons. De plus, l'hôpital, la prison, et dans certains cas l'asile sont des établissements qui se caractérisent par un enfermement, une pratique tout à fait opposée au principe hygiénique qui veut que les personnes « profitent de l'air pur ».

En dehors du fait qu'il s'agit de lieux qui, comme les usines ou les cafés, supposent des conditions d'insalubrité et de densité importantes, ces espaces ont également de nombreuses caractéristiques en commun. Tout d'abord, il s'agit de lieux qui relèvent d'une prise en charge publique, ou parfois privée dans le cas des établissements religieux, qui se maintiennent grâce à la charité chrétienne notamment. Se sont aussi des lieux qui font parfois référence à un système ancien de l'assistance auquel s'opposent généralement les médecins. En effet, les hôpitaux dans le sens de « maison du pauvre » sont âprement critiqués, tout comme les asiles et en particulier ce qui à Barcelone se nomme la « casa de caritat »². Mais cette ancienne vision de l'assistance est néanmoins rénovée par le fait que les médecins souhaitent investir cette fonction, en la médicalisant. Si dans les années 1930 les professionnels dans leurs discours semblent se préoccuper assez peu de ces espaces, les archives personnelles de certains nous prouvent qu'au contraire, ces lieux peuvent dans certains cas devenir des priorités. Ainsi, le dispensaire dirigé par Lluís Sayé à Barcelone ausculte systématiquement tous les enfants de la « Casa de Caritat » ainsi que pour les prisonniers de la « Carcel

la structure des salles d'attente. BOURGEOIS, Léon, *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la tuberculose*, éditions Berger-Levrault et Cie, Paris, 1906, 32 p.

¹ En 1911, le docteur Sugrañes i Bardagi réclame que soit réalisée une inspection des écoles publiques. SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosi*, Barcelone, 1911, *op. cit.*

² Le docteur Josep Barjau dans les années 1930 remet en question les établissements médicaux en général et le sanatorium en particulier. BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*. En : Pascual Briffa, Gerard. *Societat Medico-Farmacèutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.

Sur l'ancienne conception des hôpitaux considérés comme « maison du pauvre », nous pouvons nous référer aux travaux d'Olivier Faure et de Dominique Dessertine : *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1988. Et *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.

Modelo », une prison barcelonaise réputée pour son insalubrité et l'entassement des prisonniers¹.

Mais le fait qu'il s'agisse d'établissements qui dans un certain sens relèvent de l'assistance publique, signifie également centrer l'attention sur une catégorie sociale, voire un type de personnes. En effet, à la différence du bureau de l'administration, il ne s'agit pas de lieux accessibles à tous, et évoquer ces espaces contribue aussi à cibler une population. Dans le cas de l'école ou bien de la « casa de caritat » à Barcelone, les médecins ciblent les enfants, qui sont, nous le verrons, l'avenir de la nation. Mais il s'agit également d'une population faible, où l'infection peut en principe faire des ravages, et où l'action prophylactique doit donc être intensifiée selon eux. La caserne doit aussi être un espace surveillé, puisque elle concentre la force militaire de la nation. Dans les dix premières années du XX^{ème} siècle, les casernes sont considérées comme des lieux particulièrement insalubres, qui favorisent la contagion, et les médecins pointent fréquemment du doigt les mauvaises habitudes des militaires, tout comme les mauvaises conditions de vies dont ils disposent dans des bâtiments souvent vétustes². La prison et l'hôpital font référence à un type de population beaucoup plus précis, les criminels ou délinquants et les malades. Ici, la sélection est très claire, il s'agit d'une frange de la population dangereuse, pour différentes raisons qui sont néanmoins assez proches dans l'esprit des médecins. C'est bien une catégorie de personnes qui est directement ciblée, sous couvert de parler de l'établissement dans lequel elle se trouve internée.

Enfin, à l'exception de l'école, ce sont des lieux dans lesquels les personnes vivent tous les jours. En réalité l'établissement public et commun fait ici fonction de logement, pour une certaine catégorie de personnes, et par conséquent est à rapprocher des hôtels et autres moyens de logements privés collectifs. Il s'agit effectivement des lieux dans lesquels logiquement devraient se trouver les personnes les plus faibles et donc les plus susceptibles de tomber malade. Dans un tel contexte, la contagion devient une réalité beaucoup plus tangible, tant pour les assistés, prisonniers, internés, que pour les populations qui pourraient éventuellement entrer en contact avec eux. Souvenons-nous que dans une autre conception épidémique, pour le choléra par exemple, les orphelinats ou les asiles étaient considérés

¹ « Històries clíniques, visites infància, assistència social dels tuberculosos ». Carton 6. Fonds du Docteur Lluís Sayé, ANC.

² La tuberculose des militaires préoccupe beaucoup les médecins et les pouvoirs publics d'après Jorge Molero. MOLERO MESA, Jorge « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *op. cit.*, p. 23.

comme des épacentres de la maladie. Le fait de dormir dans ces salles bondées, ou dans des établissements collectifs est notamment un élément clé pour comprendre l'importance que prennent ces espaces dans la distribution spatiale de la maladie, car le lit associé au fait de dormir semble être quelque chose de très important pour les professionnels dans les années 1930. La préoccupation des médecins pour ce type de lieu doit donc être mise en rapport avec leur intérêt pour le logement privé qui devient, au XX^{ème} siècle, l'espace de référence qui préoccupe les acteurs de la lutte antituberculeuse.

Ainsi, les espaces qui préoccupent les médecins sont avant tout des lieux fermés, des établissements qui cumulent souvent toutes les erreurs hygiéniques créant ainsi un terrain favorable à la maladie. Mais ce sont surtout des lieux bondés, dans lesquels les malades potentiels s'entassent, multipliant les risques de contagion. Pendant les trente premières années du XX^{ème} siècle, l'espace public accessible à tous laisse place à des lieux privés et privatisés, peut-être parce que certaines réformes urbaines ont permis d'améliorer les lieux publics mais aussi parce que cela permet d'aller au plus près de l'échelle du malade, porteur du germe. A travers l'établissement, c'est une forme de sociabilité, certaines conditions sociales qui sont remises en question, car à la différence des rues, des marchés ou des bureaux de l'administration, les victimes propagatrices potentielles de la tuberculose passent un temps considérable dans ces nouveaux lieux. Ceux-ci se confondent donc avec l'environnement immédiat du malade, vite assimilé au malade lui-même.

A la fin du XIX^{ème} siècle et dans les premières années du XX^{ème}, les lieux tuberculeux sont généralement listés les uns à la suite des autres sans que soit véritablement établi un classement. Luis Ruiz de Arcaute en 1896 engage ainsi les autorités publiques surveiller tous les lieux comme :

« Los colegios, cuarteles, prisiones, teatros, edificios del Estado, talleres, barcos, coches de ferrocarril, y, en lo posible, los conventos, fondas y casas de huéspedes. »¹

¹ « Les collèges, casernes, prisons, théâtres, immeubles de l'Etat, ateliers, bateaux, wagons de train, et, dans la mesure du possible, les couvents, les hôtels meublés et les maisons d'hôtes. » RUIZ DE ARCAUTE, Luis, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1896, *op. cit.*

En 1899, dans un livret d’instruction populaire sur la maladie publié anonymement, nous retrouvons aussi les théâtres, cafés, cercles de loisirs, églises, bureaux de l’administration publique, les collèges, lycées, Universités, tramways, wagons de train, comme lieux où l’action hygiénique et prophylactique doit être intensifiée¹. Cette énumération sans fin se précise quelque peu avec la mise en place de la théorie bactériologique exclusive, centrée sur le germe ; deux mots d’ordre définissent dès lors le lieu à risque : l’insalubrité et surtout la densité. L’insalubrité est considérée comme un facteur aggravant, mais ce qui préoccupe surtout les acteurs de l’époque est la présence du microbe et par conséquent le risque d’infection. Pour cette raison, nous assistons à une évolution dans la catégorisation de l’espace à risque, depuis les points noirs identifiés par les hygiénistes vers des lieux qui concentrent un maximum de bacilles. Si dans un premier temps les médecins s’intéressent aux lieux de passage, avec la même logique que lorsqu’ils évoquaient le malade « semeur de mort » qui constitue un risque pour tous, petit à petit ils se concentrent d’avantage sur des lieux fermés, dans lesquels la promiscuité favorise une contagion directe. Nous assistons également à un déplacement depuis l’espace public vers le lieu privé ou privatisé. Cela signifie plusieurs choses. D’abord, les médecins qui au début du siècle s’adressaient à la fois aux autorités et aux particuliers pour leur demander de respecter ou de faire respecter les normes d’hygiène se tournent de plus en plus vers les propriétaires des locaux en question, que se soit les tenanciers des bars ou bien les patrons d’usines et vers le malade lui même. Ensuite, ils privilégient des lieux non accessibles à tous, dans lesquels les malades potentiels passent beaucoup de temps. Ces deux points ont pour conséquence directe de cibler d’avantage sur une population particulière, en s’approchant au maximum de leur environnement proche, qui, en définitive est soit le substitut de leur logement, dans le cas de la prison, de l’asile ou de la caserne par exemple, soit un prolongement de l’espace privé du foyer comme dans le cas très moralisateur du café ou encore de l’usine.

Cette préférence pour l’espace privé et fermé plutôt que sur des lieux de passage ouverts peut être mise en rapport avec le déplacement de la peur de la contagion inter-classe que nous avons évoqué plus haut. La maladie ne fait plus vraiment peur aux élites, parce qu’elle ne concerne qu’un type particulier de population, le bacille ne se répandant que dans l’environnement immédiat du malade. Dans les années 1920-1930, bien que certains médecins évoquent la « *doble exposición de la calle o taller y de la intimidad del Hogar* »²,

¹ ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...*, 1899, *op. cit.*

² La « double exposition de la rue ou de l’atelier et celle de l’intimité du Foyer » CERVIA, T, *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife*, 1936, *op. cit.*

ils ne font référence qu'à la même catégorie de population, qui semble être à la fois victime et propagatrice de la maladie. A partir de cette conception, il semble alors évident que le premier espace sur lequel doit se porter toute l'attention des acteurs et des malades eux-mêmes est bien sur l'espace dit intime, le logement particulier.

B. « En la intimidad del hogar »

La modification du rapport à l'espace dans le temps privilégie le logement particulier du malade comme échelle d'intervention mais aussi comme principal responsable de la maladie. Dans tous les discours des acteurs depuis le début du XX^{ème} siècle et même avant la fameuse découverte du bacille, l'habitat est le lieu le plus mis en avant, loin devant tous les autres types d'espace. Plus encore, dans les années 1930, et en particulier à Barcelone, il semble qu'il ne soit presque plus question d'autres lieux vecteurs de la maladie, à l'exception peut-être de quelques ateliers et surtout des hôtels, asiles, prisons, dont nous avons déjà évoqué le lien avec le logement puisqu'ils pourraient être considérés comme le prolongement de l'habitat privé. Il s'agit d'un espace dans lequel le malade vit, dort, et contamine sa famille ; bien sûr, pour les médecins, se sont les conditions particulières de l'habitat qui sont incriminées, et sont donc responsables de la maladie¹. Tout comme pour les autres lieux, et les autres échelles d'observation telles que le quartier ou la rue, ce qui rend tuberculeux un espace, d'après une logique environnementaliste et bactériologique, se décline en deux éléments clé : l'insalubrité et la densité.

Pour comprendre les liens entre logement et tuberculose, nous disposons des adresses de tuberculeux soignés dans trois types d'établissement : le dispensaire, l'hôpital, et le sanatorium. Bien sûr, nous avons expliqué dans le premier chapitre que ces données étaient intrinsèquement liées aux choix conscients comme inconscients des médecins de l'époque, des professionnels qui, par ailleurs ont une vision très orientée du rôle que jouent les conditions d'habitations sur le développement de la maladie. L'enjeu méthodologique principal de cette sous-partie sera donc de mettre en relation les informations des quelques

¹ Sur le lien entre les maladies et l'habitat : HUERTAS, Rafael, « Vivir y morir en Madrid : la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923) », dans *Asclepio*, vol. 54, n° 2, Madrid, 2002, pp. 253-276.

2221 tuberculeux recensés¹ et les discours des médecins, afin de faire apparaître, non seulement des lignes directrices qui nuancent sérieusement toute approche méthodique, mais aussi de mettre en valeur des points communs et des différences notables qui affirment ou infirment les théories médicales.

En effet, plus que l'influence des facteurs environnementaux sur la maladie, ce qui nous préoccupe dans cette partie est cet intérêt si prononcé pour le logement chez les médecins, un intérêt qui explique les méthodes de lutte employées, telles que assainissement, inspections des domiciles, ou isolement. A son tour, cette préoccupation pour l'espace privé s'explique peut-être à la fois par une réelle amélioration des espaces publics, ne rendant plus vraiment nécessaire un appel aux pouvoirs publics pour assainir, mais elle s'explique aussi sans doute par un véritable choix des médecins, qui décident volontairement de se centrer sur le malade porteur du germe, et par conséquent sur l'espace le plus directement lié à lui. Cette constatation nous oriente vers un certain nombre d'interrogations qui se rapportent à la signification de l'espace privé dans l'imaginaire des acteurs. La maladie collective, deviendrait elle une maladie de la sphère privée, qui en ce sens ne serait plus du ressort de l'hygiène publique mais dont la responsabilité serait au contraire imputée au seul malade² ? La concentration de l'attention du médecin sur le logement est elle un moyen de culpabiliser le malade encore d'avantage que lorsqu'on l'accusait de répandre la maladie à travers les rues de la ville ? Cette culpabilisation, si elle est réelle est-elle volontairement admise par les médecins ?

Toutes ces questions se posent en filigrane de notre propos puisque nous avons choisi d'analyser le rapport entre maladie et logement en comprenant l'habitat à la fois comme une échelle d'observation et en tant que point noir responsable de la maladie. Dans un premier temps, nous chercherons à comprendre dans quel type de logement vivent les malades. Cela nous conduira à analyser avec plus de détails le concept d'insalubrité en essayant de comprendre si celle-ci s'explique par la structure même du logement, ou bien par sa dégradation. Ensuite, nous analyserons le principe de contagion directe, à la base de la stigmatisation du logement ouvrier chez les médecins, en démontrant que, même si le lien de

¹ Afin d'uniformiser les données et pour pouvoir procéder à une comparaison des sources entre elles, nous avons choisi de nous centrer avant tout sur les malades retrouvés dans le Padrón. Cependant, nous avons parfois étendu notre étude aux 4705 foyers disponibles.

² Sur la culpabilisation du malade, voir les travaux de Jorge Molero Mesa tel que l'article « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, pp. 19-59.

cause à effet n'est pas entièrement établi, la densité par habitat est une caractéristique clé chez tous les malades. Enfin, nous nous pencherons sur les conseils des médecins aux malades, afin d'essayer de déterminer dans quelle mesure les professionnels de la médecine prétendaient lutter pour et contre ces derniers.

1. Les types d'habitat en question

Quels sont les types de logements susceptibles de favoriser la tuberculose? Dans un premier temps, le logement suit les mêmes règles que les autres types de lieux : ce sont les logements insalubres et surpeuplés bien sûr, dans lesquels les médecins de l'époque retrouvent le plus grand nombre de tuberculeux. Encore une fois, l'insalubrité est à la fois le terrain propice au dépôt du bacille, et le symbole de sa présence.

La comparaison des données extraites des adresses des malades soignés dans les années 1930 et des observations des médecins met en avant des types de logements précaires et insalubres. Mais une question se pose : s'agit-il de types de logements informels en soi, ou bien de constructions autrefois formelles mais dégradées avec le temps ? Autrement dit, l'insalubrité du logement vient-elle directement de la propre construction et en ce sens est inhérente à l'édifice, ou bien est-elle liée à la dégradation d'une construction qui, en d'autres circonstances, pourrait être considérée comme tout à fait salubre ?

Nous verrons que selon nos données comme pour les médecins, se sont la plupart du temps dans des immeubles que vivent les malades, et non pas dans des logements informels des périphéries. Cependant, nous démontrerons que, bien que l'un influence l'autre, les deux types de sources, directes et indirectes donnent des explications différentes pour ce même fait constaté.

- *Des « bajos », quelques bidonvilles, et beaucoup d'immeubles*

Avant de nous attaquer à l'analyse des quelques variables que nous avons pu trouver pour décrire « l'habitat tuberculeux », nous devons expliquer un élément pratique des sources. Comme nous l'avons dit plus haut, en réalisant l'appariement des trois listes de malades avec le Padrón de 1930 nous nous sommes retrouvés face à deux types de cas. Soit nous

retrouvions le logement et le malade comme dans 32,2% des cas, soit nous retrouvions le logement sans le malade, signe de mobilité résidentielle. Nous disposons donc de trois manières d'aborder les données. Nous avons au départ une base de données contenant la totalité des logements retrouvés soit 47,21% des données de départ. Puis, cette base de données se divise en deux sous-groupes, d'un côté les logements dans lesquels nous avons aussi retrouvés les malades, de l'autre les logements sans les malades. Il nous faut donc choisir pour nos statistiques, de nous intéresser seulement aux logements contenant les malades, ou bien d'élargir notre analyse à l'habitat quelque soit l'habitant. Nous voyons combien ce choix en dit long sur notre vision : recherche-t-on des informations sur l'habitat ou bien sur le malade ? En acceptant l'idée répandue que c'est l'habitat qui est responsable de la maladie, les occupants du moment sont ils considérés comme des tuberculeux en puissance ? Ou encore, peut-on considérer que deux familles habitant un même logement à un moment différent ont des caractéristiques sociales similaires ?

Face à toutes ces questions, nous avons choisi une voie relativement simple. Lorsque nous nous intéressons à des caractéristiques de l'habitat qui sont difficilement modifiables, nous conservons les données générales. Lorsque nous travaillons sur la densité ou toute autre variable dépendante des habitants, nous gardons uniquement les fiches du Padrón où le malade à été retrouvé. Ceci ne nous empêchera pas cependant de réaliser de temps à autre des comparaisons.

Pour finir, il nous faut évoquer une limite liée au Padrón. Il nous a été très difficile de retrouver les habitats les plus précaires, tels les *barracas* ou bien les logements construits très récemment. A l'inverse, et comme cela semble logique, il a été bien plus facile de retrouver les logements situés dans les espaces de construction ancienne et durable. Par conséquent, nous devons toujours garder à l'esprit que les proportions sont déformées en ce sens.

Tout comme les médecins, nous disposons donc d'informations pour observer les types d'habitats présents dans les trois sources. Nous avons suivi les catégories d'habitats instaurées par José Luis Oyón lors de son étude sur le Padrón de 1930 afin de pouvoir réaliser une étude comparative¹. Le type de logement le plus fréquent dans la ville est bien sûr les immeubles, ou « *pisos* » qui représente selon les calculs de José Luis Oyón 85,8% des foyers. Ensuite, viennent les villas, ou « *torres* » qui sont des maisons individuelles, que nous retrouvons

¹ Voir les résultats dans OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001.

généralement en périphérie aisée de la ville. Les « *bajos* » sont des maisons unifamiliales, d'un seul étage, mais aux dimensions bien plus petites que les villas. Elles se situent généralement dans la périphérie nord de la ville, soit des zones particulièrement ouvrières. Dans la catégorie « autre », nous comptabilisons les autres types d'habitats, plus marginaux de la ville, dont notamment les « *pasillos* »¹. Enfin, le type « *barracas* » fait évidemment référence aux bidonvilles généralement situés sur *Montjuic* et *Can Baró* ainsi que le long de la plage². Le tableau ci-dessous résume la proportion de malades des trois sources vivants ou ayant vécu dans chacun des types d'habitats. Nous avons également ajouté, pour comparaison, la proportion d'habitants de Barcelone et d'ouvriers pour les mêmes types³.

Tableau 4: Proportion des malades des trois sources par type de logements (en pourcentage)

Type d'habitats	Ville (%)	Ouvriers (%)	Total 3 sources (%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
Immeuble	85,8	82,74	80,47	87,15	81,07	69,78
Villa	1,89	0,86	1,05	0,50	1,07	1,83
"Bajos"	9,72	12,6	12,47	10,33	14,17	13,00
Autres	1,82	2,54	5,04	0,13	3,21	15,02
"Barracas"	0,73	1,25	0,96	1,89	0,48	0,37
TOTAL	100	100	100	100	100	100

(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

De ce tableau synthétique, il ressort que les immeubles, et les « *bajos* » sont les deux types d'habitat les plus répandus chez les malades. Pourtant, les écarts sont parfois grands entre les sources : dans un premier temps, ils peuvent s'expliquer par la localisation plus générale de ces adresses dans la ville. La très forte proportion de malade aidés par *Catalunya Radio* vivant dans des immeubles s'explique aisément par l'importante représentation des zones de *Ciutat Vella* et en particulier du *Raval*, des quartiers où les « *casas de pisos* » représentent plus de

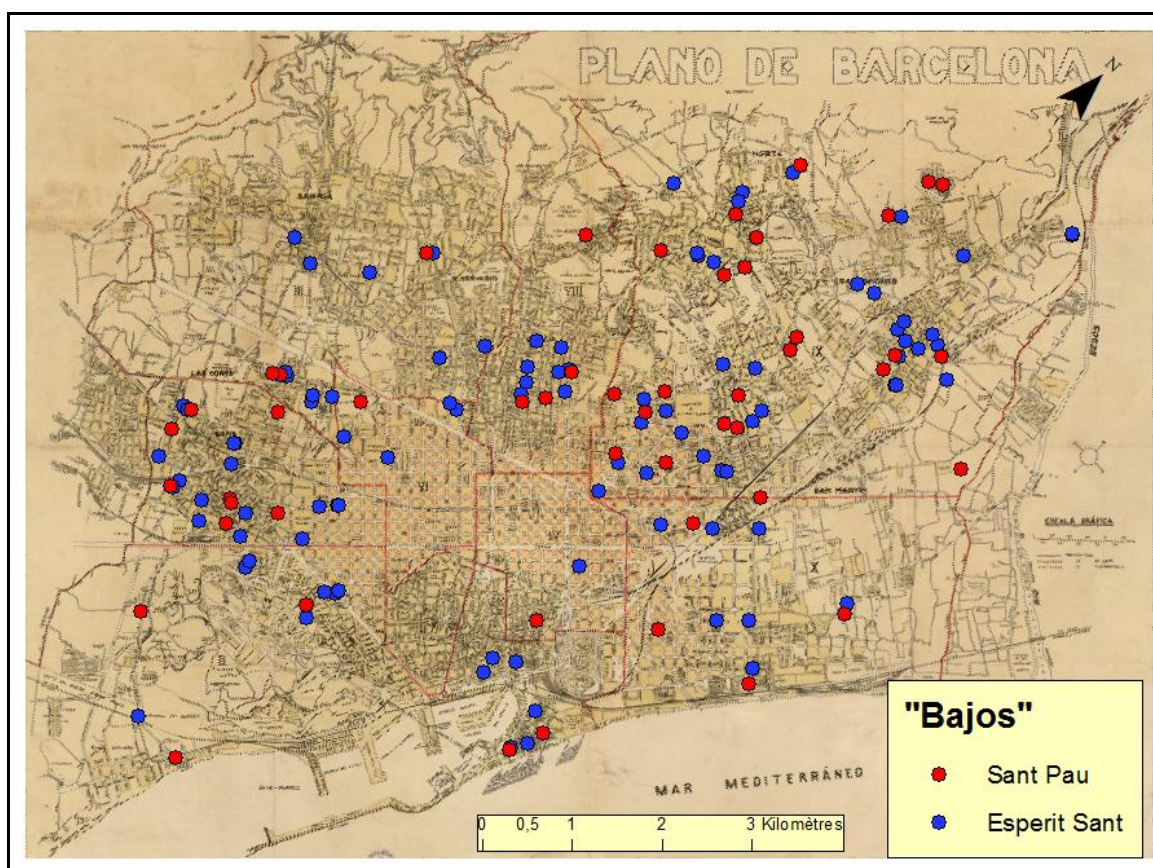
¹ Nous avons considéré cette catégorie comme susceptible d'accueillir tous les logements différents des tuberculeux. En effet, nous avons également considéré que les Asiles dans lesquels étaient recensés un certain nombre de malades pouvaient se trouver dans ce groupe.

² Sur les répartitions des différents types d'habitats dans la ville, voir *Barcelona 1930, op. cit.*, p. 201.

³ *Ibid.* Ces répartitions sont extraites des calculs réalisés par José Luis Oyón sur un échantillon de 5% de la population du Padrón.

97% du total des logements¹. A l'inverse, les malades internés à l'Esperit Sant et surtout ceux hospitalisés à *Sant Pau* vivent plus souvent dans les zones périphériques du Nord-Nord-Est, ce qui correspond avec un type d'habitat différent, le « *bajo* ». La carte suivante qui localise les logements de type « *bajos* » pour les deux sources dans la ville, montre en effet que cette forme correspond avec des zones non centrales, ayant une densité de bâti variable².

Carte 13 : Domiciles de type "bajos" des malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant



(Sources: fiches cliniques de Sant Pau, registres d'entrée de l'Esperit Sant, Padrón de Habitantes de 1930. Fond de carte raster: Ed. Rápido, 1931, Institut Cartogràfic de Catalunya.)

Notons que dans les « *bajos* » sont également répertoriés les *Casas Baratas*, des périphéries ouvrières, les quatre groupes pour la source de l'Esperit Sant, seulement *Ramón Albó* et

¹ Voir *Barcelona 1930*, 2001, *op. cit.*, p. 128.

² Pour une carte de Barcelone représentant la répartition des « *bajos* » dans la ville, voir *Barcelona*, 1930, 2001, *op. cit.*, p. 135.

Eduard Aunós pour l'Hôpital de Sant Pau¹. Cependant, ces types d'habitat tendent plutôt à correspondre à ce que les historiens urbains appellent « *l'infrahabitatge* », l'habitat précaire, informel plutôt qu'à des « *bajos* »².

Le décalage entre le type d'habitat, des catégories extraites et la réalité observable à une échelle plus fine n'est pas uniquement perceptible que pour la catégorie des *bajos*. C'est également ce décalage qui peut expliquer la relative forte proportion des malades qui vivent dans des villas.

Les villas ou « *torres* » sont généralement un type de logement plutôt réservé à une classe sociale aisée, ce qui d'après les résultats obtenus jusqu'à présent, ne semble pas correspondre avec la localisation des malades dans l'espace social. La proportion de *torres* dans les logements des tuberculeux est cependant plus élevée que celle des habitats des ouvriers de Barcelone. En réalité, ce résultat s'explique par le très faible nombre de cas qui tend à surestimer cette proportion, ainsi que par certaines confusions dans le Padrón de 1930. La proportion des malades soignés à domicile vivant en *torres* est, elle, bien plus faible que celle des ouvriers dans la ville, ce qui s'explique sans doute une fois de plus par la répartition spatiale des malades dans Barcelone, puisque les habitats de *torres* sont en général situés en périphérie, en particulier dans le Nord-Ouest de la ville, une zone peu représentée chez les malades aidés par la radio. Les proportions des malades hospitalisés à Sant Pau et à l'Esperit Sant vivant en *torres* sont quand à elles plus importantes que la moyenne de la ville ouvrière. Cependant, nous ne recensons que 19 cas, 9 pour l'Esperit Sant, 10 pour Sant Pau, de malades vivants dans ce type d'habitat.

¹ Les adresses de malades hospitalisés à *Sant Pau* ont été retrouvées dans le *Padrón de 1930*, à partir des noms de famille. Les deux groupes de *Casas Baratas* de *Milans del Bosch* et *Baró de Viver* se trouvant hors des limites municipales de Barcelone, le *Padrón de 1930* ne peut nous donner aucune information sur ces espaces. Pour une étude plus approfondie des municipes périphériques de Barcelone, nous pouvons nous reporter à l'article de OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936 : una geografia preliminar » dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936. Op. cit.* Toujours sur ces espaces mais avec un regard plus centré sur les mouvements sociaux et politiques : OYON, José Luis, GALLARDO, Juan-José, (dir.), *El Cinturón rojinegro : radicalismo cenetista y obrerismo en la periferia de Barcelona (1918-1939)*, Grupo de Historia José Berruezo, Editions Carena, Barcelone, 2004. Ou encore, sur la ville de *Santa Coloma de Gramanet* plus précisément : GALLARDO ROMERO, Juan José, *Los Orígenes del movimiento obrero en Santa Coloma de Gramanet : el anarcosindicalismo, 1923-1936*, Grupo de Historia José Berruezo, Santa Coloma de Gramanet, 2000.

² Sur l'habitat précaire et la notion de « ville informelle », voir l'ouvrage dirigé par Mercedes Tatjer et Cristina Larrea, publié à l'occasion de l'exposition du Musée d'Histoire de Barcelone sur les « barracas » : *Barraques. La Barcelona informal del segle XX*, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, Institut de Cultura, Barcelone, 2010. Voir en particulier l'article de José Luís Oyón et Borja Iglesias dans le même ouvrage « Les barraques i l'infrahabitatge en la construcció de Barcelona, 1914-1950 », Ou encore : _EARHA, « Infrahabitatge a Catalunya », dans *Scripta Nova* n° 146, Université de Barcelone, 2003, pp. 23-37.

Sur les neuf logements des tuberculeux appartenant à cette catégorie, dans cinq nous n'avons pas retrouvé le malade mais simplement le logement. Nous ignorons donc le profil social des malades qui habitaient ici au moment de leur maladie, même si nous pouvons trouver un indice, dans le fait que pour quatre des cinq logements retrouvés, la fiche familiale du Padrón fait mention de plusieurs employés domestiques. Nous pouvons donc penser que les malades en question appartenaient peut-être à cette profession¹. Outre ces cinq logements, dans deux autres cas les logements comptabilisés comme *torres* accueillent des asiles. En l'occurrence ici, une malade est pensionnaire dans une « *casa de caridad* » gérée par une communauté religieuse, et l'autre est une personne âgée retrouvée dans un asile, le « *Refugio de obreras* »². Enfin, dans les deux autres cas restants, les malades vivants dans ces logements sont des domestiques résidants au domicile de leurs employeurs. Sur la dizaine de cas recensés à Sant Pau, nous retrouvons deux erreurs de classement, puisqu'une des villas est en réalité une « *casa de campo* » et l'autre fait référence à un logement unifamilial au *Pasaje Primavera*, sur *Montjuic*, donc les caractéristiques nous semblent plutôt appartenir à la catégorie des *bajos*³. Dans quatre cas, la *torre* en question est en réalité un asile ou un couvent accueillant des pensionnaires, comme c'est le cas de l'Asile *Sant Rafael* situé rue *Cabestany* à las *Corts*. Dans deux autres cas, les malades sont des domestiques vivants sur place, tel *Andrés Gómez*⁴, qui selon le Padrón travaille comme « *criado* » aux côtés de quatre autres personnes dans un collège religieux situé à las *Corts*. Enfin, dans deux cas, la *torre* est habitée par des familles, composées l'une de trois et l'autre de cinq personnes.

Finalement, la villa est plutôt une exception, et il faut sans doute mettre en relation ce mode d'habitation avec d'autres types plus « originaux » dans le paysage urbain barcelonais, des types que nous avons regroupé dans les catégories « *barracas* » et « *Autres* ».

Les « *barracas* », bidonvilles en français ou « *barraques* » à Barcelone, sont un type d'habitat assez représenté chez les malades aidés par la radio et soignés à domicile. A l'inverse, les malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant y vivent très peu, ce qui peut en grande partie s'expliquer par des limites intrinsèques à la source du Padrón elle-même. Il est en effet très

¹ Il s'agit d'une hypothèse qui s'appuie notamment sur la très grande mobilité que l'on connaît dans cette profession.

² Notons que nous aurions pu tout aussi bien comptabiliser ces habitats dans la catégorie « *Autres* », ce que nous avons fait pour Sant Pau à plusieurs reprises. Cependant, ici l'employé ayant rédigé la fiche a pris soin de préciser qu'il s'agissait d'une villa.

³ Nous suivons toujours le classement des enquêteurs du Padrón.

⁴ Pour une meilleure lisibilité, nous avons donné des noms aux malades. Au vu de la loi de protection des données personnelles, ces noms ne sont pas les noms réels des patients. Nous avons néanmoins pris soin de renommer ces derniers avec un nom d'origine géographique similaire.

difficile de retrouver ce type de logement dans le Padrón, que ce soit à cause de la mobilité résidentielle élevée où à cause de la précarité de ce type d'habitat qui se caractérise par des logements rapidement construits mais aussi facilement détruits¹. Ainsi, dans les histoires cliniques de Sant Pau nous retrouvons la trace de certains patients qui déclarent vivre dans les « *barracas* » de Montjuïc notamment, mais ceux-ci n'ont jamais pu être retrouvés dans l'index onomastique du Padrón². Même pour les malades aidés par Catalunya Radio, sur les 18 domiciles de ce type localisés dans le Padrón pour cette source, nous n'avons pu retrouver que 6 malades. De préférence, les *barracas* dans lesquelles vivent les malades aidés par la radio sont celles de la plage, dans des zones proches du quartier de *Barceloneta*, une localisation qui s'explique sans doute en partie par le concept de visibilité qui sous-tend tout notre propos sur la répartition spatiale des malades dans la ville. Les quelques *barracas* recensées dans les deux autres sources, sont plutôt localisées sur *Montjuïc* et vers *Can Baró* ou au cœur même de la ville comme dans le quartier de *Las Corts* notamment³.

Dans la catégorie « autres », nous avons non seulement inclus les autres formes d'habitat précaire recensées, telles les *pasillos*, mais aussi un certain nombre d'asiles, ou de foyers qui accueillait des ouvriers âgés tel le « *Refugio de Obreras* » dont nous avons parlé plus tôt. En ce sens, cette catégorie pourrait contenir un certain nombre de logements considérés comme « villas ». C'est ce classement qui explique le taux très élevé de l'hôpital de Sant Pau et dans une moindre mesure du sanatorium de l'Esperit Sant. En effet, en dehors des malades de Sant Pau qui en 1930 sont recensés logiquement dans l'hôpital, un grand nombre de malades de l'hôpital ou du sanatorium vivent en 1930 dans un asile ou dans des institutions caritatives. C'est le cas par exemple d'*Ana Morales* et de *Paula Reig*, la première hospitalisée à Sant Pau en 1930 et la seconde internée au sanatorium en 1931. Elles sont pensionnaires chez « *las hermanas de la Caridad* », une « *casa de caridad* » appartenant à une communauté religieuse. Par opposition, il s'agit d'une situation tout à fait impossible pour les malades soignés à domiciles.

Si nous décidons de seulement recenser les logements privés de cette catégorie, notre propos se centre alors sur les *pasillos*, parfois appelés « *pisos interiores* » un type de logement qui en

¹ Sur ce point, voir TATJER, Mercè, LARREA, Cristina, (dir.), *Barraques. La Barcelona informal del segle XX*, 2010, *op. cit.*

² Index Onomastique du Padrón de 1930, AMAB AP.

³ Cela correspond avec la carte de la localisation des bidonvilles dans la ville, voir *Barcelona 1930*, 2001, *op. cit.*

réalité constitue une transgression de la « *manzana Cerdà* »¹. Certains de ces intérieurs ne sont pas à proprement parler des « *pasillos* », il s'agit juste d'un prolongement, derrière une boutique par exemple, un type d'habitat, qui nous le verrons, était particulièrement critiqués par les médecins. C'est le cas notamment du logement situé au rez-de-chaussée du numéro 385 des *Corts Catalanas*, où vit *Mercedes Abellà* avec sa famille, une malade de l'Hôpital de Sant Pau hospitalisée dans le Service de Joan Freixas entre le 31 août et le 06 septembre 1931, date à laquelle elle décède des suites d'une hémoptysie. Au même niveau, il n'y a que quatre logements, mais ils se situent derrière un bar.

Afin de pouvoir comparer la proportion de *pasillos* chez les malades hospitalisés à la moyenne de la ville et de la ville ouvrière, nous les avons isolés des asiles et foyers. Dès lors, pour l'hôpital de Sant Pau, le taux de malades vivant dans les « *pisos interiores* » est de 3,66%. Si cette proportion est bien inférieure à celle observée auparavant, elle n'en est pas moins supérieure à la moyenne de la ville et de la ville ouvrière. Un certain nombre de malades vivant dans les zones de l'Ensanche et les zones aisées du Nord Ouest logent dans ce type de lieu, mais les *pasillos* ne se trouvent pas uniquement dans l'Ensanche et les zones « dites nouvelles », en témoigne le rez-de-chaussée du n°3 de la rue de l'*Om*, dans le Raval Sud, qui comptabilise 14 logements au rez-de-chaussée et dans lequel vit *José Garcia*, interné à l'Esperit Sant, à la porte J ainsi que *Silvestre Marcón* également interné à l'Esperit Sant à la porte H.

Pour compléter cette étude, il nous faut évoquer également un autre sous-groupe, qui, comme le *pasillo*, se caractérise par une modification non visible au premier regard de la structure intérieure de l'immeuble ou du logement individuel. Les « *casas de dormir* » parfois appelées « *posadas* », sont les hôtels meublés qui accueillent les ouvriers surtout, les personnes récemment arrivées en ville ensuite². La totalité des *casas de dormir* que nous avons recensées dans les adresses de malades se trouvent dans le fameux district V. Au total nous avons retrouvé dans le Padrón vingt malades ayant vécu dans ce type de logement, ce qui est considérable, étant donné le taux de mobilité résidentielle caractéristique de ce type de logement temporaire. Au n° 12 rue *del Cid*, nous comptons 350 personnes recensées dans la

¹ Voir l'article de Mercè Tatjer sur les *pasillos* : « La vivienda popular en el Ensanche de Barcelona ». *Scripta Nova, revista electrònica de Geografia y ciencias sociales*. Universidad de Barcelona. ISSN : 1138-9788, 2003. Selon l'historienne, les logements situés dans les *pasillos* ont une superficie comprise entre 15 et 50m², et sont effectivement une transgression de la forme originelle de la « *manzana Cerdà* ».

² Sur les hôtels meublés voir par exemple l'ouvrage d'Alain Faure et Claire Lévy-Vroelant et sur ce type de logement temporaire à Paris : *Hôtels meublés et garnis de Paris, 1860-1990*, Éditions Créaphis, Paris, 2007.

fonda. Parmi elles, *Florenci Reig*, un ouvrier employé à la journée au port pour décharger du charbon. Selon sa fiche de l'hôpital de Sant Pau, en 1934 sa résidence fixe se trouve à Manresa, et en 1930, cela fait moins d'un an qu'il réside à Barcelone. Nous pouvons donc supposer qu'il est venu à Barcelone un temps, pour des raisons de travail et pour cette raison s'est logé dans un logement temporaire de ce type.

Au final, cette présentation des différents espaces nous permet d'avancer un certain nombre de points. D'abord, les types de logement dans lesquels vivent les malades doivent être reliés à leur répartition dans les différents quartiers de la ville. Cela permet d'expliquer notamment la très forte proportion de malades qui vivent dans des immeubles et dans des « *bajos* » ainsi que les écarts entre les sources sur ce point. Tout comme la répartition par quartier, le fait que les *casas baratas* ou les bidonvilles soient relativement peu représentés par rapport à ce qu'on aurait pu attendre en suivant une logique environnementaliste peut sans doute en partie s'expliquer par le facteur de visibilité de la maladie qui oriente les sources, ainsi que par la difficulté à retrouver les traces d'un type d'habitat précaire. Et en parlant de précarité de l'habitat, il semble que nous puissions établir une tendance concernant le type de précarité (qui sous-entend insalubrité) qui caractérise les logements des malades. Contrairement à ce que nous pouvions attendre, les types de logement réputés insalubres car précaires de par leur propre construction ne sont pas les plus fréquents chez les malades. A l'inverse, les logements en immeubles sont les plus nombreux, mais on assiste néanmoins à une certaine précarisation qui pourrait être source d'insalubrité provoquée par une dégradation de la forme d'origine. C'est le cas pour les « *pasillos* » et « *casas de dormir* », lieux que l'on retrouve au cœur de la ville, mêlés aux logements individuels plus formels¹. A la dégradation ou transgression visible de la fonction même du lieu s'ajoute surtout une dégradation du bâti lui-même, par l'entassement qui conduit à l'insalubrité. Mais l'insalubrité de ce type de logement vient aussi, dans une certaine mesure, de conditions liées à la construction elle-même. Plus exactement, à l'intérieur même de la catégorie d'immeuble, tous les logements ne sont pas égaux, et les « *pasillos* » peuvent aussi être mis en rapport avec d'autres logements individuels, qui, en théorie ne semblent pas comporter de caractéristiques particulièrement précaires, mais dont l'ancienneté, le manque de lumière naturelle ou le manque d'aération

¹ Nous avons considéré comme informels tous les types de logement qui représentent une transgression du bâti d'origine, ou qui présentent des caractéristiques de précarité, ce que nous pouvons également appeler « *Infra-habitat* ». Sur ce thème, Borja Iglesias soutiendra bientôt une thèse doctorale dirigée par José Luis Oyón intitulée : « *Infravivienda en Barcelona, 1939-1960* », UPC.

contribue à en faire un lieu insalubre où les conditions de vie seraient donc aussi « nuisibles » pour la santé que les types de logements directement informels.

- *Sans air, sans lumière, sans hygiène : les logements dégradés*

Pour les médecins, ce sont les logements de plus mauvaise qualité qui sont facteurs de la maladie. Tout comme pour les autres lieux, cafés, casernes, ou marchés couverts, les hygiénistes puis phthisiologues mettent en avant le manque d'air et de lumière. Par ailleurs, c'est là une des deux raisons essentielles qui les poussent à s'intéresser de plus près au logement. En 1905, le médecin Juan Manuel Mariani cite un proverbe italien selon lequel « *donde no entra el sol, entra el médico* »¹. Mais depuis le XIX^{ème} siècle, la question de l'atmosphère nocive, qui laisse place au problème plus précis de l'air et de la lumière est évoquée par les médecins. En 1898, Philip Hauser explique que « la privation d'air et de lumière, c'est la privation des conditions indispensables de la vie »². Il ajoute également une description de l'habitat dans lequel se développe la maladie, puisque ne l'oublions pas, pour l'hygiéniste le microbe n'est qu'une cause secondaire, le véritable problème réside dans l'insalubrité du terrain qui prépare l'infection. Ainsi, il évoque des « logements étroits et mal ventilés (dans des quartiers insalubres) où on n'y voit que des ruelles, des cours, des impasses étroites où n'entre presque jamais un rayon de soleil, souvent, pas même de lumière, où l'air ne se renouvelle pas, et si quelques fois on ouvre les fenêtres, il entre un air saturé d'émanations méphytiques³ des cours voisines »⁴.

Lorsque les médecins cherchent à déterminer le type d'habitat qui représente le plus grand risque pour la santé humaine, leur réflexion est logiquement orientée par cette considération sur l'atmosphère.

Dés la fin du XIX^{ème} siècle, certains phthisiologues réalisent des calculs précis afin de déterminer le nombre exact de logements infectieux et infectés dans leur ville, en essayant d'établir un début de typologie, en attendant la nécessaire réalisation d'un « *Padrón de*

¹ En français, la citation est inversée : « Là où entre le soleil, le médecin n'entre pas » dans MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, 1905, *op. cit.*

² HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p. 60.

³ Orthographe d'origine.

⁴ *Ibid.*, p. 48. Notons au passage que cette citation montre une vision particulière de l'habitat qui reste connecté au reste de la ville, aux rues, aux cours etc. Cela contraste avec la manière de concevoir le logement chez les phthisiologues des années 1930.

habitaciones tisiógenas »¹. En 1895 à Madrid, le médecin Simón Hergueta y Martín comptabilise ainsi 52 658 habitats dans la capitale castillane « où l'on respire mal ». Pour lui:

« las 13 963 tiendas, las 1 589 cocheras, las 7 091 porterías, los 989 sótanos, los 21 070 cuartos bajos, las 6 238 guardillas y los 1 718 sotabancos, ocupados todos por cerca de 300 000 almas, dejan muchísimo que desear, desde el punto de vista higiénico, por falta de aire, de luz de sol, así como también por exceso de humedad. »²

A ce récapitulatif précis, s'ajoute celui réalisé par Vicente Guerra y Cortes, qui évoque les 10 000 « sótanos, boardillas y desvanes que en Madrid existen »³ avant de se centrer sur les 638 « casas de vecindad » qu'il appelle lui-même « casas de mortandad ». Outre les chiffres avancés pour faire comprendre l'importance du problème aux contemporains, les deux médecins, à l'image de la plupart des autres professionnels de l'époque mettent très peu en avant des types d'habitats informels tels que les bidonvilles. Leur dénonciation se centre sur des logements dans des immeubles, situés la plupart en sous-sol ou bien au rez-de-chaussée, ce qui explique non seulement l'humidité mais aussi le manque d'air et de lumière qui engendre l'insalubrité et favorise le développement du microbe. Dans le cas du grenier et des mansardes, le problème de l'isolation est important, et il s'agit également d'un lieu qui à l'origine n'a peut-être pas pour vocation d'être habité, d'où la précarité. Enfin la « casa de vecindad » peut être considérée comme une variante du « pasillo », parfois à l'air libre, avec les problèmes de dégradation, d'humidité que cette forme urbaine liée à une « transgression parcellaire » engendre⁴. Mais plus que le logement dans son intégralité, ce sont les pièces elles-mêmes qui préoccupent les médecins. En effet, le médecin Simón Hergueta y Martín cite les mansardes et les combles aménagées, avant d'évoquer plus directement les chambres de bonnes, réservées aux serviteurs, qui sont les pièces les moins bien aérées, les moins bien

¹ Un souhait que nous retrouvons par exemple dans SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, 1912, *op. cit.*

² « Les 13 963 boutiques, les 1 589 garages, les 7 091 loges, les 989 sous-sol, les 21 070 rez-de-chaussée, les 6 238 greniers et les 1 718 mansardes, tous occupés par près de 300 000 âmes, laissent beaucoup à désirer, du point de vue hygiénique, par manque d'air, de lumière solaire, ainsi que par accès d'humidité ». HERGUETA y MARTÍN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, 1895, *op. cit.*

³ Les 10 000 « sous-sol, mansardes et greniers qui existent à Madrid » dans GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, 1903, *op. cit.*

⁴ La Magrana dans le quartier du Poble Sec de Barcelone était un exemple de « casa de vecindad » ou « pati de veïns ». FERNANDEZ NUÑEZ, Mercè. *Història d'un pati : La Magrana*, Trabajo del crédito « Desde la Història de la ciudad » dirigido por Mercè Tatjer, Universidad Autónoma de Barcelona, 1994.

isolées, et les plus délabrées des immeubles¹. Se sont les logements les plus mauvais des immeubles, les plus mal placés en ce qui concerne la luminosité qui sont donc les fameux nids tuberculeux.

La préoccupation pour la ventilation et l'ensoleillement est centrale lors de la caractérisation de l'habitat à risque tout au long des trente premières années du XX^{ème} siècle. En 1924, à Barcelone, Lluís Sayé publie les résultats d'une première étude sociale réalisée grâce aux données du service d'infirmières visiteuses du dispensaire central². Dans cet ouvrage, il démontre que l'habitat tuberculeux correspond à celui de l'ouvrier pauvre, qui ne peut se permettre de louer un logement plus salubre. Mais de son travail il ressort deux types d'habitat particulièrement responsables. Tout d'abord la *barraca*, type de logement qui constitue un véritable indice de misère pour ses habitants et ensuite et surtout, « *el piso interior* »³. Le médecin définit plus précisément ce dernier type, le plus répandu dans Barcelone :

« *Son las habitaciones contiguas a las tiendas, porterías (...), donde además de lo que representa la casa en sí, sin sol, sin instalaciones higiénicas elementales adecuadas, es el número de individuos que en ellas viven, lo decisivo.* »⁴

Par « *piso interior* » Lluís Sayé fait référence aux *pasillos* que nous avons déjà évoqués, et comme les autres médecins de la fin du XIX^{ème} siècle, il met en avant les logements situés en rez-de-chaussée, à cause du manque d'aération et de luminosité. Dans les années 1930, les bidonvilles disparaissent du discours de Lluís Sayé qui se concentre sur la vaccination et les immeubles du centre ancien⁵. Notons que le médecin Jaume Aiguadé, à l'époque maire de Barcelone, reste néanmoins sensible à ce type de logement informel, nocif pour la santé de l'être humain selon lui⁶. Les médecins Nájera Angulo, Codina Suqué et Abelló Pascual dans

¹ HERGUETA y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, 1895, *op. cit.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, 1924, *op. cit.* Cité dans MOLERO MESA, Jorge, *Historia social de la tuberculosis*, 1989, *op. cit.*

³ C'est sur ce deuxième type d'habitat que se centreront les études réalisées par Lluís Sayé dans les années qui suivent. Les *barracas* ne sont guère un sujet d'alarme pour lui dans ce travail de 1924.

⁴ « Ce sont les logements contigus des boutiques et loges (...), dans lesquels en plus de ce que représente la maison en elle-même, sans soleil, sans installations hygiéniques élémentaires appropriées, c'est le nombre de personnes qui y vivent qui est décisif. », *Ibid.*

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p. et SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*. 1934, *op. cit.*

⁶ AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitat obrera a Barcelona*, Publicacions de l'Institut Municipal d'Higiene de Barcelona, Barcelone, 1932.

leur étude sur la distribution des tuberculeux dans Barcelone associent les types de logement à la distribution par district¹. Ils expliquent ainsi les forts taux de mortalité dans le district IX par le fait qu'une bonne partie de la population est selon eux disséminée en « *barracas y chozas* ». Mais ce qui les préoccupe surtout, comme Lluís Sayé, ce sont les équipements sanitaires basiques qui font défaut dans ce type de logement, tout comme dans les vieux immeubles du district V, où se trouvent les logements les plus dégradés, et ce, à l'inverse des autres districts de l'Ensache, qui, selon lui, représente la « ville moderne » aux logements salubres et équipés.

La première tentation des médecins est bien sur d'attribuer l'insalubrité à l'ancienneté des bâtiments qui explique la dégradation, le non respect des normes sanitaires modernes, et les manques en matière d'équipement². Mais pour Simón Hergueta les nouveaux logements, construits dans les dernières années du XIX^{ème} siècle ne valent guère mieux :

« pálidos serían cuanto dijéramos acerca de las censuras que merecen, los que han consentido la construcción de la mayor parte de las casas hechas en estos 25 años últimos en Madrid »³

Lluís Sayé comme à son habitude n'incrimine pas directement l'action des pouvoirs publics, mais préfère réaliser une étude plus descriptive des logements des malades visités par son service antituberculeux en mettant en relation les conditions hygiéniques et l'ancienneté du bâtiment. Selon Jorge Molero:

« De las 126 casas investigadas, 98 eran de construcción antigua, barracas sin instalaciones higiénicas; 20 de construcción antigua o nueva pero con instalaciones higiénicas medianas, y por último, sólo cuatro eran casas de construcción reciente pero con instalaciones higiénicas « elementales » »⁴

¹ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p. 26.

² Voir par exemple le travail du docteur Muñoz Redondo sur Saragosse à la fin du XIX^{ème} siècle : MUÑOZ REDONDO, M., *Profilaxis de la tuberculosis en Zaragoza*, Imp. Andrés Hermanos, Saragosse, 1897, 64 p.

³ « Ceux qui ont approuvé la construction de la majorité des maisons faites ces 25 dernières années à Madrid pâleraient beaucoup si nous évoquions les censures que ces constructions méritent ». HERGUETA y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, 1895, *op. cit.*

⁴ « Sur les 126 maisons visitées, 98 étaient de construction ancienne ou bien des bidonvilles sans installation hygiénique ; 20 étaient de construction ancienne ou nouvelle mais avec des installations hygiéniques moyennes, et enfin, seules quatre étaient des maisons de construction récente mais avec les installations hygiéniques « élémentaires ». » MOLERO MESA, Jorge, *Historia social de la tuberculosis*, 1989, *op. cit.*, p. 44.

Selon Lluís Sayé, l'ancienneté de l'immeuble est liée à l'insalubrité, au même titre que la « *barraca* », cependant, les nouvelles constructions ne sont pas non plus hors de cause, puisque certaines ne disposent pas des installations hygiéniques de base qui sont la première condition pour lutter contre « l'habitat tuberculeux » :

*« En la mayoría de casos el obrero vive en casas antiguas o en tiendas o barracas de condiciones higiénicas malas ».*¹

Complétant les logements les plus mal situés des immeubles, le type d'occupation est aussi mis en avant par les médecins. La casa de dormir, très fréquente dans les centres industriels comme Barcelone, se caractérise à la fois par une dégradation logique de la fonction première du lieu, mais aussi par une mobilité importante, favorisant la multiplication des risques. Dès la fin du XIX^{ème} siècle, à Barcelone, le médecin Luis Comenge évoque ces hôtels meublés, qui selon lui doivent faire l'objet d'une surveillance particulière :

*« (se necesita) vigilancia exquisita en los mesones, posadas, fondas, hospedería, a cargo del personal de Higiene. »*²

Mais au risque de dégradation que représente ce mode d'occupation s'ajoute surtout l'entassement humain qu'elle représente. Il s'agit là de la dernière caractéristique des logements tuberculeux selon les professionnels des trente premières années qui vient rejoindre et compléter le manque d'aération et de lumière. La taille des pièces doit être mise en relation avec le nombre d'occupants, et une trop forte densité permet d'expliquer la dégradation des conditions matérielles de vie, c'est-à-dire l'insalubrité. Ainsi, pour le docteur Alvarez Rodriguez Villamil, en 1912 le logement infecté et infectieux type se définit par :

*« (un) hacinamiento en locales desprovistos de luz y ubicación de aire necesario »*¹.

¹ « Dans la majorité des cas, l'ouvrier vit dans des maison anciennes, des boutiques ou des bidonvilles aux mauvaises conditions d'hygiène ». SAYE Lluís, *Profilaxis*, 1924, *op. cit.* Notons au passage la confusion entre ouvrier et tuberculeux très fréquente chez le médecin.

² « (Il faut) une vigilance particulière sur les auberges, hôtels meublés, garnis, pensions, à la charge du personnel d'Hygiène ». COMENGE FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.* Les termes de « *mesones* », « *Posadas* », « *fondas* » et « *hospedería* » sont difficilement traduisibles en français. « *mesones* » est un terme plus général qui définit un établissement type auberge ou hôtel sans indiquer plus précisément la taille de l'établissement ni son type. « *Una hospedería* » est une pension, soit un type plus « populaire » et moins coûteux que l'hôtel. Les termes de « *posada* » et « *fonda* » sont utilisés de manière indifférenciée dans le Padrón de 1930, et font référence à des variantes de l'hôtel meublé.

L'entassement devient donc cause d'insalubrité et aggrave l'état d'un logement déjà privé d'air et de lumière. Mais comme nous le verrons un peu plus loin, l'entassement est aussi une cause à part entière de la maladie, puisque le contact direct permet une circulation facile du microbe. En attendant, les médecins se demandent également pourquoi les malades se logent dans des lieux aussi insalubres et nocifs pour leur santé. Simon Hergueta, comme de nombreux autres médecins, évoque le coût du logement, en mettant en avant que le tuberculeux est par définition un ouvrier très modeste et qui ne peut louer que les logements les moins coûteux, qui sont par conséquent les plus insalubres². Par ailleurs, Lluís Sayé quelques années plus tard confond systématiquement ouvrier et tuberculeux, employant de manière indéterminée les deux termes pour faire référence à une même population³.

Mais d'autres médecins ne l'entendent pas ainsi, et pour eux si l'ouvrier se loge dans des logements insalubres, c'est surtout parce qu'il est un dépravé. Le docteur Llorens i Gallard, de Barcelone, dans un texte de 1912, met en relation l'alcoolisme et la tuberculose et en profite pour assimiler ouvrier, alcoolique et tuberculeux qui dans un premier temps est responsable du mauvais choix de son logement :

« sucio, inmoral, tonto y pobre, el alcoholico vive en esas pocilgas que sirven de habitación a los fracasados, viviendo en sitios más densos de población y hacinados en los estrechos tugurios »⁴.

Mais le malade est d'autant plus responsable de sa maladie qu'il contribue à la dégradation de son logement, puisque pour le médecin, l'habitat insalubre, outre les caractéristiques liées au manque d'aération et de luminosité, est surtout tuberculeux car porteur de germes :

« esas habitaciones, húmedas, faltas de luz, de aire y de capacidad, infectadas por todos los hedores, se hallan contaminadas por los esputos bacilares que los tísicos escupen en el suelo, paredes, camastros y muebles, y los individuos alcohólicos que en ellas habitan deben, forzosamente, ser víctimas de la

¹ « (un) entassement dans des locaux dépourvus de lumière et sans l'air nécessaire » ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

² HERGUETA y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, 1895, *op. cit.*

³ Voir plus haut. SAYE SEMPERE Lluís, *Profilaxis*, 1924, *op. cit.*

⁴ « Sale, immoral, bête et pauvre, l'alcoolique vit dans ces porcheries qui servent de logement aux ratés, vivants dans les endroits les plus densément peuplés et entassés dans les étroits taudis ». LLORENS Y GALLARD, Ignacio de, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

tuberculosis por reunir todas las condiciones orgánicas apropiadas para la fácil germinación del bacilo tisiógeno »¹.

Pour les médecins de la fin du XIX^{ème} et des trente premières années du XX^{ème} siècle le logement tuberculeux est avant tout un lieu réduit, sombre et peu ventilé où vivent beaucoup d'ouvriers entassés. Les questions sanitaires sont donc primordiales à l'heure d'identifier le lieu de la maladie. Cependant, les médecins citent peu les types d'habitats informels tels que les Casas Baratas et bidonvilles, pour se préoccuper des logements informels ou bien dégradés des immeubles. Cette caractéristique n'est pas étonnante, l'immeuble étant en effet un type de logement absolument majoritaire dans le centre ancien densément bâti, c'est-à-dire l'espace sur lequel les professionnels concentrent leurs critiques. L'insalubrité résulte alors soit d'une dégradation liée à l'ancienneté du bâtiment, soit d'une transgression de la forme d'origine comme c'est le cas pour le « *pasillo* », soit de caractéristiques intrinsèques au logement, comme c'est le cas des *bajos*, qui en font les plus mauvais recoins d'un bâtiment. Mais d'une certaine manière, le fait de centrer toute l'attention sur des logements dégradés, peut aussi être un moyen de culpabiliser d'avantage l'habitant, qui participe à la détérioration de son logis.

Ainsi, les logements signalés comme tuberculeux par les médecins correspondent au même type, à savoir les « *pisos* » logements en immeubles, que ceux dans lesquels vivent généralement les malades soignés dans les années 1930. Pour expliquer ces similitudes, nous devons encore une fois évoquer le lien évident entre discours des médecins et répartition des malades dans la ville qui a trait à la nécessaire visibilité dans l'espace des malades intégrés dans le système de soin et d'assistance public.

Mais outre l'immeuble, les malades vivent également souvent dans des types d'habitats informels, tels les « *pasillos* » pour les malades hospitalisés ou les « *barracas* » pour ceux soignés à domicile. Nous avons montré que si le taudis est proportionnellement important, il s'agit surtout de logements situés dans des immeubles qui ont subi une transformation du bâti ou de la parcelle, avec les « *pasillos* », de la fonction de logement privé avec les « *casas de dormir* ». Pour les médecins de l'époque, le fait que ces logements soient si représentés vient

¹ « Ces logements, humides, manquant de lumière, d'air, et de contenance nécessaire, infectées par toutes les puanteurs, se trouvent contaminées par les crachats bacillaires que les phtisiques crachent sur le sol, les murs, grabats et meubles, et les individus alcooliques qui y vivent doivent, obligatoirement, être victimes de la tuberculose étant donné que toutes les conditions organiques nécessaires à la facile germination du bacille phtisiogène sont réunies. » *Ibid.*

tout simplement du fait qu'ils sont responsables de la maladie, de par l'insalubrité qui se décline en une aération insuffisante, un ensoleillement inexistant et une densité de personnes trop élevée. Par conséquent, ils élargissent la catégorie des logements tuberculeux à tous les types d'appartement ayant ces caractéristiques, tels que les boutiques, les rez-de-chaussée, les loges de concierge, ou les combles. Après un rapide calcul, un malade sur cinq vivant dans un immeuble loge dans un habitat de ce type¹. Plus encore, si les malades soignés à domicile ne sont que 18,6% à vivre dans ces logements considérés comme plus nocifs pour la santé, ceux internés à l'Esperit Sant sont eux plus de 23%². Ces résultats peuvent être mis en relation avec la répartition différentielle des malades des deux sources dans la ville, puisque les tuberculeux de l'Esperit Sant vivent plus souvent dans des quartiers plus aisés voire intermédiaires que les malades aidés par la radio qui au contraire se concentrent dans les zones du centre-ville ancien déjà considérées comme insalubres dans leur ensemble. Il semble donc que dans une certaine mesure, ce soient les logements considérés par les médecins comme les plus mauvais des immeubles qui accueillent un nombre relativement important de tuberculeux. Plus encore, pour ces derniers, le logement est responsable de la maladie, les germes contenus dans la poussière ne disparaissent jamais à cause des mauvaises conditions hygiéniques, et l'entassement, qui accélère la dégradation, facilite aussi la transmission directe.

2. Le risque de contagion directe au sein du logement

*« El hacinamiento de las personas en zahúrdas y tabucos, sin higiene alguna, como es la mayoría de las casas que habitan nuestros obreros y personas modestas, constituye el factor esencial de contagio y propagación de la tuberculosis ».*³

Dans les années 1930, avec le développement de la théorie bactériologique exclusive, la transmission directe devient l'élément clé pour comprendre la tuberculose. C'est le contact entre les personnes qui préoccupe le plus les médecins lorsqu'ils évoquent l'entassement dans

¹ Exactement 21%, mais n'ont pas été comptabilisées les « casas de dormir », qui parfois se localisent dans les étages.

² 21,7% pour les malades hospitalisés à Sant Pau, soit proche de la moyenne.

³ « L'entassement des personnes en porcheries et taudis, sans aucune espèce d'hygiène, telles que sont la majorité des maisons qu'habitent nos ouvriers et personnes modestes, constitue le facteur essentiel de contagio et de propagation de la tuberculose. » BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, p. 35.

les logements, bien que l'hygiène demeure un facteur qui joue un certain rôle comme le montre Tomás de Benito¹. Dans cette sous-partie, nous étudierons cette préoccupation pour la densité chez les médecins en démontrant que l'intérêt de ces professionnels pour la contagion au sein du logement les conduit à préciser toujours plus l'échelle d'analyse. Afin de compléter les chiffres de densité toujours plus précis donnés par les médecins, nous verrons également que si l'entassement semble une réalité chez les malades soignés à Barcelone dans les années 1930, il est plus sensible chez les malades hospitalisés que chez ceux soignés à domicile, ce qui nous conduira à évoquer un recrutement des malades différents voire des caractéristiques sociales distinctes. De plus, dans le chapitre précédent, nous avons pu établir qu'il n'existait pas de lien de corrélation perceptibles entre densité et répartition par quartier de la tuberculose. L'étude à l'échelle du logement semble nous permettre de revenir sur ce point, en trouvant une nouvelle définition de la densité qui s'accorde d'ailleurs avec celle donnée par les médecins.

- *Du mètre cube d'air par personne au partage du lit dans les discours des médecins*

Si le calcul du mètre cube d'air nécessaire à la personne n'est plus du tout d'actualité à l'heure bactériologique, nous avons vu qu'il restait un certain nombre de traces dans les discours des médecins, sur ce point, notamment lorsque ces derniers évoquent l'entassement. Cependant, dans les trente premières années du XX^{ème} siècle, l'entassement ou la très forte densité est surtout vecteur de la maladie car il favorise la contagion directe. Nous avons vu que la densité comme facteur de la maladie, était remis en question à l'échelle de la ville par des professionnels au début du siècle, comme dans les années 1930². Mais dans les discours, elle revient en force à l'échelle de l'habitat comme facteur de contagion clé. En réalité, cela reflète un positionnement plus général chez les médecins qui préfèrent étudier la maladie au plus près du microbe et privilégie l'échelle du logement. Rappelons par exemple le cas du médecin Luis Comenge qui à la fin du XIX^{ème} siècle passait directement de l'échelle du district à celle de l'habitat et pour cause : le district n'était perçu, pour lui, que comme un contenant pratique permettant de comptabiliser les logements, véritables objets d'étude des

¹ *Ibid.*

² En particulier par Eduard Xalabarder ou encore les médecins Nájera Angulo, Codina Suqué et Abelló Pascual cité dans le chapitre 1. XALABARDER i SERRA, Eduard, *La tuberculosis en Barcelona*, La Medicina Social española, n°3, p.587-593. Et NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*

médecins¹. Dans les années 1920 puis 1930, Lluís Sayé a la même démarche, puisque pour lui le logement est le point de départ de l'infection, étant donné qu'il contient et représente à la fois le microbe². Plus le périmètre d'étude est resserré, plus le facteur environnemental que constitue la densité de population est valable pour les acteurs de l'époque, ainsi que l'explique Fernando Sierra y Zafra en 1912 à Madrid :

« si tuviéramos datos demográficos de la topografía de mortalidad por tuberculosis en Madrid, veríamos como aumenta aun más la diferencia entre los coeficientes de la mortalidad por casas, llegando a su máximo en la comparación por habitaciones »³.

Lluís Sayé, grâce aux données que constituent les fiches de visite à domicile de son dispensaire peut travailler de manière précise sur la densité, et la comparer, non pas à la mortalité mais à la morbidité tuberculeuse⁴. Il réalise deux types de comparaison afin de démontrer l'importance du lien entre densité et développement de la maladie. D'abord, il effectue un tableau comparatif entre le nombre de pièces par logement et le nombre de cas tuberculeux. Cette comparaison nous fait penser aux travaux des architectes contemporains tels ceux du GATCPAC qui segmentaient le logement afin de ne laisser à chaque pièce qu'une seule fonction⁵. Son analyse démontre que ce sont les logements de trois ou quatre pièces, soit des logements relativement petits, qui concentrent le plus gros des 126 cas. Il ne rapporte pas néanmoins la taille de ces habitats à une moyenne générale des logements de la ville, ni au nombre de personnes vivant dans chaque logement, ce qui bien sûr, empêche son lecteur d'apprécier réellement la valeur de ce résultat. Cette analyse est très vite complétée par une nouvelle, qui cherche à comparer le nombre de chambres et le nombre de cas, pour laquelle nous ferons la même observation. Néanmoins, nous voyons que la démarche du médecin se précise, comme son enquête sur les conditions de logement des malades. Enfin, il compare le nombre de personnes vivant dans chaque logement avec le nombre de cas. Ici la relation linéaire est assez perceptible, alors que la densité moyenne par habitat à Barcelone est

¹ Voir chapitre 1, COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis*, 1924, *op. cit.*, SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa*, 1933, *op. cit.*, et SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*. 1934, *op. cit.*

³ « Si nous disposions de données démographiques de la topographie de la mortalité par tuberculose à Madrid, nous verrions comment l'écart entre les coefficients de mortalité augmente encore plus à l'échelle de la maison, et arrive à son maximum en comparant les résultats par pièces ». SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, 1912, *op. cit.*, p. 21.

⁴ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis*, 1924, *op. cit.*

⁵ Voir les logements types de la revue AC (*Documents d'Activitat Contemporània*) du GATCPAC (Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per a la Realització de l'Arquitectura Contemporània).

de moins de cinq personnes, la majorité des cas recensés dans les 126 enquêtes le sont dans des logements de cinq à sept personnes.

Si la morbidité tuberculeuse augmente en fonction du nombre de personnes vivant dans un logement, pour les médecins il faut encore aller plus loin. En effet, nous avons cité Fernando Sierra pour qui la densité dans les chambres était encore plus significative qu'à l'échelle du logement¹. José Valdés Lambea en 1928 à Carthagène évoque également une habitude mortelle : celle de partager le même lit qu'un tuberculeux². Nombreux sont les médecins qui insistent sur ce point, réclamant aux classes populaires de ne plus dormir à plusieurs, sauf pour un couple marié³. Depuis le XIX^{ème} siècle et avant même les découvertes de Koch, le lit symbolise la maladie et est l'objet de toutes les préoccupations? Ainsi, les pouvoirs publics obligeaient autrefois à les brûler une fois qu'un tuberculeux avait dormi dedans. Dans une certaine mesure, nous pouvons dire qu'encore au XX^{ème} siècle la peur de la contagion se cristallise sur ce meuble. Mais plus que le meuble en lui-même, c'est surtout une proximité au malade longue dans le temps, plusieurs nuits, qui conduit les médecins à s'intéresser au lit. Dans les fiches de visites à domicile du dispensaire de Lluís Sayé, les infirmières visiteuses dessinaient le plan du logement, en notant combien de personnes dormaient dans chaque lit⁴. Selon le médecin responsable, sur les 126 malades atteints de tuberculose pulmonaire à l'école municipale, 74 dormaient avec un ou plusieurs autres individus de sa famille⁵. Ce résultat est particulièrement grave pour Lluís Sayé qui y voit l'explication logique du développement de la maladie dans le logement puis dans la ville.

Dans le contexte d'une lutte antituberculeuse uniquement centrée sur la chasse au bacille, les médecins qui cherchent à éliminer le microbe se concentrent logiquement sur l'échelle qui permet de percevoir le plus précisément possible l'agent infectieux. Ils dépassent ainsi le logement, allant jusqu'à s'intéresser au lit qui, dans une logique hygiéniste moderne se doit d'être individuel afin d'éviter la contagion. En ce sens, la préoccupation pour la densité dans le logement comme facteur de contagion revient à concentrer l'attention sur des pratiques populaires considérées comme antihygiéniques. Mais outre une culpabilisation des mœurs populaires et par la même du malade lui-même que nous pouvons déceler en creux, les études

¹ SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid*, 1912, *op. cit.*

² VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis. Páginas útiles a sanos y enfermos*, 1928, *op. cit.*

³ SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, 1911, *op. cit.*

⁴ Fiches de visite et enquêtes sociales réalisées par le « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* » de la « *Mancomunitat de Catalunya* ». 1921-1923. Dépôt CAP RSD.

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis*, 1924, *op. cit.*

toujours plus précises montrent la grande préoccupation pour la contagion directe validée par un entassement humain réel dans les habitats des tuberculeux visités.

- *Des logements densément peuplés*

A l'échelle de la ville, nous avons confirmé les soupçons des médecins de l'époque en démontrant que la répartition des malades dans les différents quartiers de la ville ne pouvait pas être imputée à une densité plus forte dans ces zones. Mais à l'échelle du logement, il en est autrement. Bien qu'il nous soit impossible d'affirmer ou d'infirmer que la densité est un facteur de la maladie, nous pouvons nous demander si la concentration de personnes est bien une caractéristique perceptible dans les domiciles des malades soignés à Barcelone dans les années 1930. La densité moyenne par habitat à Barcelone est de 4,6 personnes, celle correspondant uniquement au monde ouvrier est légèrement supérieure, soit 4,77 personnes¹. Nous avons donc considéré que la moyenne se situait aux alentours de cinq personnes par logement pour calculer la densité moyenne dans les logements des malades.

Afin d'analyser au mieux la densité à partir des données disponibles, nous avons commencé par nous intéresser à la densité de l'étage où vit le malade, pour ensuite nous approcher à la densité dans le logement même du tuberculeux. Il est difficile de calculer la densité par étage étant donné que tout dépend du nombre de logement par palier, nous avons décidé de rapporter ce chiffre au nombre d'habitats par étage en obtenant ainsi la densité par logement moyen². Pour les trois sources, nous comptabilisons donc 5,27 personnes par « logement moyen » en moyenne, soit une personne de plus que la moyenne de la ville. Dans les habitats des malades aidés par la radio vivent en moyenne cinq personnes par « logement moyen », soit légèrement moins que les deux autres sources. En effet, les malades hospitalisés ou internés vivent dans des logements dont la population de l'étage est en moyenne de 5,29 personnes par logement pour l'Esperit Sant et de 5,5 personnes pour Sant Pau. Nous pouvons

¹ Voir OYON, J.L, GRIFULL, E, MALDONADO, J, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

² Selon nos calculs, le nombre de logements par étage, ou paliers, oscille pour toutes les sources entre deux et trois habitats. Ce que nous appellerons « logement ou habitat moyen » est le nombre de personnes vivant dans l'étage divisé par le nombre de logement.

donc dire que les malades semblent vivre dans des immeubles où la densité par étage est plus élevée que la moyenne de la ville¹.

Mais il est surtout intéressant d'observer directement la densité à l'échelle de l'habitat. Si nous regroupons les malades des trois sources, ce sont en moyenne 6,47 personnes qui vivent avec les malades dans le même logement. Paradoxalement, ce sont encore une fois les logements des malades soignés à domicile où nous retrouvons la plus faible densité, soit 5,88 personnes. Les malades de l'Esperit Sant vivent en moyenne avec 6,01 personnes et ceux de Sant Pau avec 7,6 personnes. La densité dans les logements de Sant Pau est particulièrement élevée, mais il faut la rapporter au type d'habitat, en particulier à la forte proportion de personnes vivant dans des asiles. Au contraire, les malades soignés à domicile se logent de préférence dans des logements privés et ce par contrainte de la source elle-même. Malgré ce décalage lié aux limites des sources, il n'en demeure pas moins que la densité moyenne par habitat est particulièrement élevée. De plus, il pourrait sembler tout à fait logique que, suivant la conception des médecins, les malades se trouvant dans des logements particulièrement surpeuplés soient les premiers à être hospitalisés et internés, ou plutôt devrait-on dire, les premiers à être éloignés. C'est donc un élément qui pourrait expliquer la différence entre les sources.

Ces chiffres de densité moyenne par habitat ont été calculés à partir des seuls logements où nous avons pu retrouver les malades, et ce suivant un souci d'exactitude. Mais si nous nous penchons sur la densité moyenne que nous avons trouvée sur le total des 2 221 logements, nous prenons à la fois en compte les logements où vivent les familles des malades, et ceux où vivent ce que nous pourrions appeler les « *familles assimilées* », suivant l'idée de ressemblance existante entre deux familles ayant vécu dans le même type de logement. Avec ce calcul, la densité moyenne d'habitants par foyer est légèrement plus faible, soit 6,16 au lieu de 6,41 personnes. La différence est encore plus évidente en ce qui concerne la densité par étage, et en particulier pour les logements des malades aidés par la radio, puisque la densité moyenne est de 4,84 personnes au lieu de 5 par logement moyen. Ce dernier calcul tendrait donc à nous faire penser que la densité par habitat et la maladie sont étroitement liées, puisque les logements où se trouvent les malades ont une densité en moyenne supérieure à ceux qui abritent une population aux caractéristiques sociales similaires, mais non tuberculeuse.

¹ La densité dans les étages des logements des malades est également bien supérieure aux chiffres donnés par Jaume Aiguader et la *Gasetta Municipal* de 1932, pour les différents quartiers. AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitatció obrera a Barcelona*, 1932, *op. cit.*

Néanmoins, la différence étant relativement faible, nous pensons qu'il ne faut pas trop surévaluer cette affirmation.

Afin de terminer cette étude, nous avons décidé de réfléchir à un indice de densité générale, qui prendrait en compte non seulement la densité par habitat, mais aussi la densité par étage. En considérant que la moyenne est de 5 personnes, nous avons essayé d'observer quelle proportion d'habitat ou d' « habitat moyen » est occupée par plus de 5 personnes. Au total, pour les trois sources, 77,97% des logements ont une densité supérieure à 5 personnes ; pour les logements des malades soignés à domicile, la proportion est de 68,60%, pour les malades hospitalisés à Sant Pau elle est de 75,24% et pour les malades internés à l'Esperit Sant de 87,86%. La proportion est particulièrement forte pour les malades du sanatorium, et nous pouvons l'expliquer en partie par l'argument cité précédemment, à savoir que la logique de l'éloignement pratiquée par les médecins s'appliquerait en priorité aux malades pour lesquels le risque de contagion est élevé, étant donné la forte densité.

Ajoutons également que, selon cette manière de calculer, la densité dans les logements où se trouve un tuberculeux est très supérieure à celle observée pour tous les logements retrouvés. Effectivement, la proportion pour la totalité des sources passe de 77,97% de logements ou étages ayant une densité supérieure à la moyenne, à 66,55%. La différence est particulièrement sensible pour l'Esperit Sant, puisque la proportion passe de 87,86% pour les foyers des tuberculeux à 62,88% pour les foyers dits « assimilés ». Cet élément contribue à renforcer l'idée selon laquelle la forte densité contribue à la décision d'envoyer le patient en cure au sanatorium pour les médecins. Nous avons ici évoqué la densité générale, qu'elle soit dans l'habitat ou bien dans l'étage, mais parfois, la densité est élevée à la fois dans l'habitat et aussi dans l'étage. Effectivement, dans 45,45% des cas de malades retrouvés dans le Padrón, la densité du logement mais aussi celle de l'étage est supérieure à la moyenne.

Malheureusement, nos calculs ne nous permettent pas de réfléchir à la densité par immeuble, qui aurait pu être une échelle intéressante, si l'on considère les propos des médecins ou des infirmières visiteuses qui accordaient presque autant d'intérêt à l'escalier et aux parties communes qu'à l'habitat en lui-même. C'est d'autant plus intéressant que pour certains malades vivants dans le sud du Raval, la *casa de dormir* est souvent proche, s'ils n'y vivent pas directement. Ainsi, au n° 63 de la rue *Arc del Teatre*, par exemple, vivent deux malades, l'un dans la *casa de dormir*, l'autre à l'étage supérieur. La densité dans les *fondas* est très élevée, sur la vingtaine de logements de ce type retrouvés, nous comptons un total de 428

personnes, soit 21,4 personnes par *fonda* en moyenne, et ce sans compter les 380 personnes vivants dans la *fonda* à deux étages du n° 12 rue *del Cid*. La structure d'habitat que constitue la *casa de dormir* favorise effectivement la proximité, mais aussi et surtout la mobilité. C'est là une limite évidente pour tout calcul de la mortalité ou de la morbidité tuberculeuse dans ces espaces. Yankel Fijalkow montre ainsi pour le cas de Paris, que les hôtels meublés et les garnis étaient considérés comme les lieux de mortalité tuberculeuse par excellence, et que les chiffres horrifiaient les contemporains¹. Cependant, ces résultats ne tenaient pas compte de l'extrême mobilité caractéristique de ce type de logement temporaire. Mais la mobilité peut également être, dans une certaine mesure, un facteur de tuberculose, puisqu'en multipliant le nombre de personnes qui vivent un temps dans ces lieux, se multiplient également les occasions de contagion. A Barcelone rue du Cid existe une « *fonda* » connue qui se nomme « *Tres ochos* » en référence aux *trois huit* des usines, et qui suit les horaires des ouvriers, en louant un même lit à trois personnes différentes en vingt-quatre heures. Ici nous retrouvons à nouveau le lit qui préoccupait tant les médecins, bien qu'il s'agisse d'une contagion « indirecte », beaucoup moins mise en avant à l'époque.

Au total, cette étude nous conduit à un certain nombre de conclusions : d'abord, la densité dans les logements des tuberculeux est en général particulièrement élevée. Ensuite, un certain nombre d'indices tendent à nous faire penser que si certains malades vivent en général dans des étages densément peuplés, c'est dans leur propre logement que se trouve l'entassement le plus important. Plus encore, en comparant la densité dans les logements des malades et dans ceux de leurs voisins de palier ainsi que des familles dites « assimilées », nous nous sommes aperçu que celle-ci était en moyenne plus importante dans les lieux où vit physiquement le malade. Pour le dire autrement, le logement du tuberculeux est souvent plus peuplé que celui de ses voisins. Il semble donc que nous puissions dire que les logements des malades sont bien plus peuplés que tout autre logement, ce qui nous permet d'établir un lien de corrélation entre densité et tuberculose. Cependant, ce lien ne peut en aucun cas être considéré comme un lien de causalité pour confirmer les théories des médecins.

Les écarts perceptibles entre les sources tendent à montrer que les malades soignés à domicile et ceux internés dans l'hôpital et le sanatorium ne sont pas exactement les mêmes. Les malades soignés à domicile vivent dans des logements moins denses en moyenne que les

¹ FIJALKOW Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, Paris, 1998, *op. cit.*, ou encore, « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », 1996, *op. cit.*

malades hospitalisés à Sant Pau ou internés au sanatorium, ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse que le fait de représenter un risque de contagion important peut être un facteur contemplé par les médecins à l'heure d'interner ou pas un malade. Mais surtout, les malades de l'Esperit Sant sont ceux qui semblent vivre dans les conditions les plus précaires. En effet, nous l'avons montré plus haut, les types de logements dans lesquels ils vivent, sont plus souvent que pour les malades des autres sources, les plus mal situés dans les immeubles. Ils présentent des caractéristiques que les professionnels de l'époque diraient nocives. De plus, leurs logements en question sont non seulement très denses, mais contrastent de beaucoup avec les logements voisins. Les tuberculeux internés à l'Esperit Sant vivent souvent dans des zones intermédiaires voire aisées mais il semble qu'ils occupent les logements les plus « mauvais » car les plus insalubres et les plus denses de ces quartiers. D'une certaine manière il semble ici que nous voyions une ségrégation verticale qui se superpose à une ségrégation horizontale, par quartier. A l'inverse, les malades soignés à domicile vivent dans des quartiers très denses et très insalubres, les mauvaises conditions environnementales viendraient donc de l'échelle du quartier ou de l'ilot plutôt que du logement. Enfin, les malades hospitalisés, comme dans une moindre mesure les malades de l'Esperit Sant, vivent souvent dans les lieux insalubres et denses que sont les asiles et foyers, ce qui notamment peut s'expliquer par le fait que l'hôpital de Sant Pau et le Sanatorium de l'Esperit Sant appartiennent à un réseau de soins qui relève de la charité privée dans un premier temps et de l'assistance publique dans un second.

S'il apparaît que l'entassement soit une réalité dans les logements des malades, le lien interne que nous connaissons entre discours des médecins et les sources disponibles nous oblige à nuancer ces résultats. Surtout, nous ne pouvons pas établir de lien de causalité entre la forte densité des logements et l'infection tuberculeuse, bien que ce soit là l'objet de toutes les préoccupations des médecins. Pour ces derniers, le logement est bien l'échelle d'étude de prédilection dans le sens où il s'agit de l'échelle permettant de se rapprocher du malade et par la même du microbe, puisque c'est avant tout la contagion directe qui préoccupe ces acteurs. Les types de logements tels que les « *pasillos* » ou la « *casa de dormir* » sont aussi très observés par les médecins car ils constituent des lieux denses, où la contagion semble plus que réelle. Les tuberculeux soignés à Barcelone, à domicile comme dans des institutions, vivent généralement dans des immeubles et surtout dans des logements surpeuplés, la densité qui n'était pas sensible à l'échelle du quartier ou du district est donc par contre très visible à

l'échelle du logement. Mais pour les médecins de l'époque, cette densité est d'autant plus sensible lorsqu'on s'intéresse en détail au logement, aux pièces, aux chambres voire aux lits. Cette démarche liée à la chasse au bacille et à la peur de la contagion directe tend également à culpabiliser le malade, qui, par ses pratiques peu hygiéniques, contamine les autres membres de sa famille. Dans une optique éducative, les médecins vont donc se centrer sur une propagande médicale, adressée aux malades comme à leurs proches, pour répandre les principes d'hygiène qu'ils considèrent comme essentielle pour lutter contre la contagion directe mais aussi indirecte.

3. Ces médecins qui soignent des logements

Si dans un premier temps les médecins dénoncent les espaces insalubres et denses qui favorisent la contagion, ils proposent également des solutions positives pour éviter d'être contaminé. En effet, tout au long de la période, ils ne cessent de répéter que le meilleur moyen de ne pas mourir de la tuberculose est bien sûr de ne pas tomber malade, plus exactement d'éviter l'infection. Ils donnent donc un certain nombre de conseils pratiques pour chasser le microbe hors des logements et endiguer de cette manière la maladie. Ces conseils sont adaptés en fonction du public auxquels les médecins s'adressent : les acteurs de cette lutte pratique, au jour le jour contre le développement de la maladie sont à la fois les autorités publiques, les tuberculeux eux-mêmes, les pré-tuberculeux ou, ce qui revient au même, les familles des malades, ainsi que les habitants de la ville en général. Concrètement, lorsque les médecins s'adressent aux malades eux-mêmes, ils passent logiquement de conseils pour éviter la maladie, à des recommandations visant à améliorer le quotidien comme l'état de santé de ces personnes. Pourtant, nous verrons que si les discours des médecins semblent aller dans ce sens, en évoquant les modifications à apporter au logement, les médecins continuent de s'inscrire dans une logique de chasse au microbe, et se préoccupent par conséquent plus de protéger l'espace contre le malade plutôt que de protéger le malade contre l'espace.

Les conseils des médecins peuvent se décliner selon deux types, d'un côté les recommandations qui se centrent sur le déplacement du malade, lui conseillant de fuir l'espace dans lequel il vit, et d'un autre celles plus pragmatiques qui se préoccupent d'avantage d'un mode d'occupation de l'espace privé. Nous avons déjà évoqué les conseils des médecins qui dans les premières années du XX^{ème} siècle ne cessaient de recommander à

leurs lecteurs de fuir les cafés, et tous les lieux encombrés et/ou mal aérés¹. En 1919, à Barcelone, deux phthisiologues, le bras droit de Lluís Sayé, Tomás Seix et un de ses proches collaborateurs Joan Batista Darder, expliquent encore la nécessité pour les tuberculeux de changer de quartier lorsqu'ils vivent dans des zones très peuplées et insalubres :

« Si al contraer la enfermedad, el enfermo vive en una casa de barrio populoso del centro ciudadano procurará, en lo posible, trasladarse a un barrio o punto de mejores o buenas condiciones higiénicas. ² »

Notons que dans leur livret, les deux rédacteurs s'adressent aux malades comme à leurs proches, en insistant à la fois sur les mesures à prendre pour éviter la maladie et pour la soigner. Autrement dit, comme nous le constaterons à nouveau plus tard, le conseil ici donné de fuir les quartiers peuplés peut être à la fois compris comme une recommandation visant à améliorer la santé du malade et comme un moyen de l'éloigner d'une zone où, en tant que foyer d'infection, et étant donné les prédispositions du terrain, il est devenu très dangereux. Ces conseils se rapprochent bien sûr de la logique de soin des sanatoria, qui allie isolement soit prévention des proches du malade, avec une cure de repos à l'air pur sensée être bénéfique au malade³. Dans le même ordre d'idée, les médecins conseillaient également aux malades des dispensaires de quitter un moment la ville, les encourageant à retourner dans leurs villages⁴. Il s'agit de déménager à la campagne pour éviter l'air pollué et nocif de la ville, mais aussi et surtout de fuir un lieu de vie peu adapté. Ainsi, dans les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, de nombreux patients partent prolonger leur cure de repos à la campagne, dans leur village d'origine la plupart du temps⁵. A ces séjours souvent temporaires, s'ajoutent des moments encore plus courts durant lesquels les malades fuient l'environnement nocif de leur logement. Parfois, les médecins les encouragent à faire de longues promenades dans des parcs de la ville ou bien directement dans les campagnes avoisinantes, afin de limiter

¹ Voir les auteurs cités plus haut, et les livrets de divulgation populaire.

² « Si, au moment où il attrape la maladie, le malade vit dans un logement d'un quartier peuplé du centre urbain, il devra essayer, dans la mesure du possible, de se déplacer dans un quartier ou un endroit aux meilleures conditions hygiéniques. » DARDER-RODES, Joan Batista B., SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, Imp. J. Horta, Barcelone, 1919, 13 p.

³ Sur le sanatorium et le sens ambigu de l'isolement, voir l'ouvrage d'Olivier Faure et Dominique Dessertine, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Presses Universitaires de Lyon, Lyon, 1988.

⁴ Dans les fiches de visite au dispensaire de Radas, nous voyons quelques fois les médecins conseiller la cure d'air et de repos aux malades. Dépôt du CAP RSD. Pour les médecins, la cure à l'air libre sans médication est une pratique pour lutter contre la maladie que les tuberculeux doivent intégrer dans leur vie, de leur propre chef. FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.* Ou encore, GIL PERELA, Julián, *Lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estés sano, predispuesto o tuberculoso. Cartilla de vulgarización*, 1926, *op. cit.*

⁵ Fiches de visites de l'hôpital de Sant Pau, ANC.

le « temps d'exposition » du malade dans le logement insalubre¹. Le docteur Eduard Xalabarder, lorsqu'il se rend au domicile d'un de ses patients constate par exemple que celui-ci est sorti « prendre un bain de soleil » comme lui-même le préconise². La nécessité de changer de logement est également visible dans les fiches qui rendent compte des visites de ce médecin au domicile des malades. Ainsi, lorsqu'il visite le logement d'une malade au 29 rue *Casanova* dans *l'Eixample Sant Antoni*, le médecin apprend que les parents de la malade ont déménagé il y a peu pour tenter d'améliorer la santé de leur fille en vivant dans un quartier meilleur³. Pourtant il semble au contraire que son état ait encore empiré ce que le médecin explique par le fait que ce nouveau logement est un rez-de-chaussée. Il recommande donc aux parents de rechercher à nouveau un autre logement et les aide financièrement dans ce but.

Quelque soit l'objectif réel poursuivi par les médecins, l'idée d'éviter les zones insalubres en déménageant est une constante dans leur propos, et se confond parfois avec une vision assez utopique et qui en tout cas ne propose pas de solution concrète. Le malade doit par exemple éviter le plus possible de vivre dans des petits locaux sans aération, selon José Valdés Lambea, qui dénonce ainsi un espace tout en sachant que le malade, souvent, ne peut se permettre de vivre ailleurs⁴. En 1910 à Cuenca, un autre médecin décrit les conditions qui doivent être respectées dans la chambre réservée au malade :

« Todo tísico ocupará una habitación espaciosa, aislada, seca, sin alfombra, cortina ni cuadros, con los muebles más indispensables y de fácil limpieza y desinfección, que pueda directo y ampliamente ser ventilada día y noche y que reciba la acción de los rayos del sol »⁵.

Ici, le médecin évoque ce qu'il considère comme les conditions d'hygiène indispensables pour tous de la chambre des malades. D'autres médecins ajoutent la nécessité pour le tuberculeux d'avoir une chambre individuelle en précisant que le malade doit être avare de son air⁶.

¹ ANONYME, *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*, 1904, *op. cit.*

²Fiches de visite à des patients des « *Dispensarios Blancos* », Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, MHMC, fiche de visite n°4913, 1904.

³ *Ibid.* Fiche de visite n°4926, 1906.

⁴ VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis*, 1928, *op. cit.*

⁵ « Chaque phtisique devra occuper une chambre spacieuse, isolée, sèche, sans tapis, rideaux ni tableaux, avec uniquement les meubles les plus indispensables faciles à nettoyer et désinfecter, une chambre qui pourra être directement et largement ventilée jour et nuit et qui recevra l'action des rayons du soleil. » FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

⁶ DARDER-RODES, Joan Batista B., SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, 1919, *op. cit.*

Cependant, derrière le tableau de la chambre et de la situation parfaite, il semble qu'apparaissent des éléments qui de manière pragmatique, puissent être améliorés. En effet, les médecins ne se contentent pas de dénoncer ou de faire allusion au type de logement ou pièce idéale, leurs conseils sont aussi pratiques, et permettent d'améliorer quelque peu un quotidien, en apportant des modifications quant à l'aménagement du lieu de vie, où sur le mode d'occupation des pièces par exemple. L'un des conseils les plus récurrents chez les médecins, dans les livrets de divulgation populaire comme dans leurs discours adressés aux autorités compétentes, concerne la poussière, reflet d'insalubrité mais surtout contenant et représentant de l'aspect le plus dangereux du crachat, le crachat sec. Tous les médecins insistent donc sur la nécessité absolue de proscrire le nettoyage à sec, avec un simple balai¹. Il faut en effet éviter de soulever la poussière et les microbes qui survivent alors que le crachat a séché². Pour certains médecins comme Carlos Ferrand López de Cuenca par exemple, plus qu'un ménage humide il faut prendre l'habitude d'utiliser l'eau bouillante pour nettoyer les chambres des malades³. Cette recommandation, sans doute guidée par la volonté de désinfecter par la chaleur, n'est évidemment pas très efficace contre le bacille que l'on sait résistant à la chaleur et au froid, mais elle symbolise plutôt bien les conseils donnés par les médecins pour le nettoyage à cette époque, conseils inspirés des nouvelles méthodes de l'hygiène publique⁴. Les précautions à prendre concernant le ménage se généralisent depuis les chambres des tuberculeux jusque dans tous les espaces et dans toutes les circonstances. Les médecins ne s'adressent en effet pas uniquement aux familles des malades, mais à tous les habitants de la ville, aux femmes surtout bien sûr, mais aussi aux autorités publiques et aux responsables des usines. La chasse à la poussière et les recommandations concernant les techniques à employer sortent effectivement de la sphère familiale pour s'attaquer aux formes de nettoyage des rues, des ateliers et des grandes usines. Ainsi, à Madrid en 1906 José Verdes Montenegro insiste sur le devoir d'interdire que le balayage soit fait par des apprentis, afin de

¹ C'est le cas par exemple du livret publié par une municipalité de la province d'Avila. ANONYME, *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*, 1904, *op. cit.*

² Citons entre autres : ANONYME, *Liga logroñesa contra la tuberculosis. Catecismo*, Tip. Vda. de V. de Pablo, Logroño, 1904, 8 p., PONS MARQUES, Lorenzo, *Instrucciones populares para evitar la propagación y estragos de la tuberculosis.*, 1904, *op. cit.*, SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, 1911, *op. cit.* Ou encore : GARRIDO LESTACHE, Rafael, *Cartilla popular profiláctica contra la tuberculosis*, J. Chulilla, Madrid, 1933, 8 p.

³ FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

⁴ Sur ce point, nous pouvons nous reporter aux débats sur l'utilisation de l'eau pour le nettoyage public à la fin du XIX^{ème} siècle à Barcelone. DA COSTA, Francisco de Assis, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, 1999, *op. cit.*

préserver la jeunesse de cette activité considérée comme la plus dangereuse¹. Mais le nettoyage ne doit pas être non plus réalisé durant les heures de travail afin d'éviter l'éventuelle contamination d'un grand nombre de travailleurs, et bien sûr l'utilisation de l'eau dans le nettoyage est plus que conseillée. En 1912, Gaspar Costa i Bufi quant à lui, recommande très vivement à la municipalité de Barcelone d'obliger à ce que le balayage des rues soit réalisé, ce qui n'est que rarement le cas, mais aussi à ce que cela ne soit pas fait sans l'utilisation de l'eau².

Si nous revenons au sein même du logement, en dehors du nettoyage humide, d'autres recommandations des médecins visent également la poussière. En 1916, le médecin Pesado Blanco conseille d'aérer le plus souvent possible les chambres des malades, mais uniquement lorsqu'il « n'y a pas de poussière dans la rue »³. A leur tour, les médecins catalans Tomás Seix et Joan Batista Darder en 1919 cherchent à proscrire l'utilisation des poêles, les « braseros » qui apportent plus de fumée et donc de poussière de charbon que de chaleur positive pour l'être humain⁴. Ils évoquent également la nécessité de dormir avec la fenêtre ouverte, surtout pour le tuberculeux déjà atteint et conseillent de multiplier les fleurs et les plantes qui purifient l'air tout en donnant un aspect joyeux à la chambre. Mais ces deux médecins font une autre recommandation particulièrement intéressante : pour éviter que la poussière ne s'accumule dans la pièce où vit le malade comme ses proches, il faut supprimer tout ce qui est inutile dans la pièce. Nous avons vu que quelques années auparavant à Cuenca, un autre médecin parlait de supprimer les tapis, bibelots et autres objets ou meubles non indispensables⁵. En 1928 à Carthagène, José Valdés Lambea reprend lui aussi cette idée⁶. La chambre du malade doit donc être épurée, afin que tout les recoins soient accessibles, et que le microbe, contenu dans le crachat sec ne puisse trouver d'endroits où se déposer qui ne puissent être immédiatement nettoyés. Eviter l'encombrement des logements apparaît en ce sens comme une amélioration pratique, qui permet d'éviter une infection ou une réinfection. La dénonciation des médecins concernant l'encombrement des immeubles par les meubles nous rappelle celle des architectes modernes, qui proposent eux aussi dans les années 1930 une nouvelle esthétique très épurée, et une réorganisation des meubles qui a surtout pour

¹ VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906, *op. cit.*

² COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, 1912, *op. cit.*

³ PESADO BLANCO, Sergio, *Cartilla higiénica popular contra la tuberculosis y el alcoholismo*, 1916, *op. cit.*

⁴ DARDER-RODES, Joan Batista B., SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, 1919, *op. cit.*

⁵ FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

⁶ VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis*, 1928, *op. cit.*

vocation de permettre au soleil de « balayer » toute la pièce de ses rayons bénéfiques¹. Pour les médecins, les modifications apportées peuvent aussi être liées à la volonté de faire en sorte que la pièce soit mieux aérée et mieux ensoleillée. Ainsi en 1921, une personne du service d'assistance sociale aux tuberculeux, très certainement une infirmière visiteuse, décrit une répartition selon elle très nocive à la santé de toute la famille, et explique comment elle a convaincu les parents de réorganiser le logement, afin de faire dormir leur fille dans un lieu moins encombré :

*« Dos quartos tenen finestra amb sol, i un es interior, en un dels que té sol hi ha la màquinaria de cosir i altres mobles, i en l'interior hi dorm una nena, els hi he dit que ho canviessin i diu que ho farán ara la nena tindrà aire i sol ».*²

Cette préoccupation pour les meubles et l'organisation du logement est liée à une volonté hygiéniste ou de ne pas laisser la possibilité au microbe de se cacher mais elle révèle aussi le besoin pour les médecins de trouver un moyen d'isoler le malade pour protéger ses proches.

Pour les médecins, il faut en effet éviter tout contact avec le malade, et toutes les mesures nécessaires doivent donc être prises en ce sens. L'isolement des malades est dès lors particulièrement mis en avant, il ne faut surtout pas rester longtemps en sa présence et éviter bien sûr de dormir à ses côtés³. L'isolement est sensé être positif pour le malade lui-même, celui-ci doit avoir une chambre qu'il ne partage avec personne, qui doit être la plus grande et la mieux située, ce qui montre que pour les médecins, le respect de l'hygiène permet non seulement d'éviter la maladie mais peut être aussi d'aider à la soigner⁴. La désinfection générale des tous les lieux où vécu un tuberculeux devient également une priorité dans les livrets de divulgation populaire comme dans les discours des médecins adressés aux pouvoirs publics. Ainsi, Luis Comenge en 1892 s'adresse aux autorités en leur demandant d'apporter l'aide nécessaire aux proches des malades afin de désinfecter de manière efficace les

¹ Voir en particulier les architectes modernes proches de Le Corbusier, membres du GACTPAC leurs publications dans la Revue AC. Ou encore KLEIN, Alexander, *La vivienda mínima : 1906-1957*, Gustavo Gili, Barcelone, 1980, 355 p.

² « Deux pièces ont une fenêtre avec du soleil, et une est un intérieur, dans l'une de celles qui sont ensoleillées, il y a une machine à coudre et d'autres meubles, et dans celle qui est à l'intérieur dort une petite fille. Je leur ai dit qu'ils devraient échanger et ils disent qu'ils le feront, maintenant l'enfant aura de l'air et du soleil ». Extrait de l'enquête sociale de la famille n°453, 1921. Dépôt du CAP RSD. Le texte a été laissé tel que l'auteur(e) l'avait écrit.

³ FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

⁴ Un point de vue soutenu par exemple ans le livret de divulgation populaire de la municipalité de Piedrahita en 1904, ou encore par les collaborateurs de Lluís Sayé en 1919. ANONYME, *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*, 1904, *op. cit.*, DARDER-RODES, Joan Batista B., SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, 1919, *op. cit.*

sécrétions des tuberculeux¹. Quelques années plus tard, dans un livret de divulgation populaire madrilène, l'on retrouve les mêmes conseils sur une désinfection obligatoire et nécessaire de tous les lieux où vécut un tuberculeux, des conseils adressés cette fois aux familles des malades². De la même manière, tous les objets ayant appartenu au malade doivent être lavés, en particulier les draps, vecteurs classiques du microbe³.

Mais pour détruire le germe associé à la présence du malade, il faut aussi s'adresser directement à la personne concernée, en lui demandant de ne pas cracher sur le sol, de toujours avoir sur elle, même dans sa chambre, des mouchoirs ou des crachoirs portatifs⁴. Pour les médecins, les malades eux-mêmes sont effectivement responsables de la maladie dans le sens où ils doivent être conscients de leur contagiosité et prendre par humanité les mesures qui s'imposent pour ne pas contaminer leurs proches. En 1906 par exemple, José Verdes Montenegro insiste particulièrement sur ce point :

*« los tuberculosos deben darse cuenta del deber moral que les obliga a practicar los medios higiénicos necesarios para no contaminar los otros seres. »*⁵

Le tuberculeux a donc un devoir moral envers les personnes de son entourage dont la santé dépend de son comportement et de sa « moralité ». Nous retrouvons cette idée de responsabilité chez le malade qui doit se prendre en main dans l'exemple extrême que constitue le livret de divulgation populaire publié en 1906 par Julián Gil Perela⁶. L'auteur n'est autre qu'un malade incurable qui recommande un changement de vie complet en incluant volontairement des aspects moraux dans les recommandations hygiéniques. Pour Tomás de Benito en 1931, lutter contre la maladie signifie aussi surtout éduquer le malade, et en ce sens, c'est au tuberculeux lui-même qu'il s'adresse en essayant de lui apprendre comment tousser pour ne pas contaminer autrui, dans un paragraphe intitulé « *Cómo se debe toser* »⁷. Enfin, pour les collaborateurs de Lluís Sayé, le tuberculeux doit non seulement faire

¹ COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

² ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...*, 1899, *op. cit.*

³ ANONYME, *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*, 1904, *op. cit.*, ou PONS MARQUES, Lorenzo, *Instrucciones populares para evitar la propagación y estragos de la tuberculosis.*, 1904, *op. cit.*

⁴ *Ibid.*, ou encore COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, 1912, *op. cit.*

⁵ « Les tuberculeux doivent se rendre compte du devoir moral qui les oblige à mettre en pratique les moyens d'hygiène nécessaires pour ne pas contaminer les autres personnes. » VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906, *op. cit.*

⁶ GIL PERELA, Julián, *Lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estés sano, predispuesto o tuberculoso. Cartilla de vulgarización*, 1926, *op. cit.*

⁷ BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, 1931, *op. cit.*

attention à ne pas contaminer les autres, mais il doit aussi être attentif au comportement de ceux qui l'entourent et tenter de propager les idées hygiéniques¹.

Finalement, la culpabilisation du malade est énoncée très clairement dans les discours des médecins, mais elle réside également de façon sous-jacente et donc plus accusatrice dans la manière de présenter les conseils. En rédigeant ces livrets de divulgation qui s'adressent aux tuberculeux, les médecins ont tendance à mêler dans un même texte conseils pour les tuberculeux, pré-tuberculeux et habitants de la ville en général, tous considérés comme « tuberculisables ». Outre relever une volonté d'assimiler le malade à ses proches et donc à un mode de vie, cette pratique a pour effet de provoquer une confusion sur les objectifs recherchés : lorsqu'un malade se voit conseillé de dormir la fenêtre ouverte et de vider sa chambre de tous les objets inutiles, est-ce réellement pour le guérir ou bien pour protéger ses proches? Certains médecins ne se gênent pas pour expliciter leur démarche en évoquant une nouvelle version de l'expression « la fin justifie les moyens ». Ainsi, Carlos Vicente y Charpentier en 1901 pense que tout doit être mis en œuvre pour lutter contre la maladie :

« Cuando se trata de salvar la vida y la salud de millares de individuos que mueren por el descuido y la ignorancia, no hay nada impracticable para las personas ilustradas convencidas del peligro. »²

Tous les moyens valent donc pour lutter contre la tuberculose, même aller jusqu'à mentir au patient, en lui faisant croire que l'isolement est pour son bien afin de préserver ses proches. En ce sens, il est logique que tous les conseils soient placés au même niveau par les médecins, puisqu'au final, l'objectif ultime est de chasser le microbe qu'il se trouve dans le crachat, dans la poussière ou bien qu'il ait déjà infecté un malade.

Notons que si les médecins mêlent prévention et guérison dans leurs discours, certains tentent d'organiser logiquement leur argumentation. En 1904, à Piedrahita, le livret de divulgation publié par la municipalité s'organise selon trois parties distinctes : d'abord les conseils afin d'éviter la maladie et donc la contagion, ensuite ceux destinés à éviter les facteurs

¹ DARDER-RODES, Joan Batista B., SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, 1919, *op. cit.*

² « Quand il s'agit de sauver la vie et la santé de milliers d'individus qui meurent à cause de l'inattention et de l'ignorance, il n'existe aucune barrière infranchissable pour les personnes avisées convaincues du danger. » dans VICENTE Y CHARPENTIER, Carlos de, *Desinfección doméstica. Aislamiento y desinfección simplificados. Medios fáciles y económicos para prevenir el contagio de las enfermedades siguientes : fiebre tifoidea, tos ferina, tifus exantemático, escarlatina, viruela...y tuberculosis*, 1901, *op. cit.*

prédisposant à celle-ci et enfin les conseils visant expressément les individus déjà malades¹. En réalité, la volonté de différencier la prévention de la guérison, qui semble visible ici, est rapidement masquée dans le texte puisque pour les auteurs la guérison signifie surtout la prévention pour les autres. De la même manière, en 1931, Tomás de Benito écrit deux livrets d'instruction populaire antituberculeuse : l'un destiné aux adultes et l'autre à la protection des enfants². Le livret destiné aux adultes s'intitule: « *Consejos médicos y reglas de higiene para evitar, curar y no contagiar la tuberculosis (...) donde se encuentre: labor social, taller, fabrica, escuela o hogar* »³. Nous voyons de nouveau ici la très claire volonté du médecin de différencier théoriquement la prévention de la guérison dans un livret qui en réalité unifie les deux puisqu'au final les conseils valent tant pour l'une que pour l'autre. Malgré ces tentatives de structurer leur propos, tous les livrets finissent par mélanger conseils destinés à guérir et à prévenir la tuberculose, au même titre que ceux qui, ne proposant aucun classement, se contentent de donner une liste de conseils. C'est notamment le cas de Carlos de Vicente y Charpentier qui récapitule en 1901 toutes les précautions à prendre contre la contagion et la propagation de la tuberculose, et confond largement victime et coupable de cette contamination⁴. Nous pouvons également citer le livret de José Verdes Montenegro qui énumère simplement dix préceptes d'hygiène les uns à la suite des autres⁵, ou encore en 1910, le médecin Carlos Ferrán Lopez de Cuenca, qui mélange de façon très évidente les conseils pour la prévention et la guérison des malades⁶.

Cette tendance à confondre prévention hygiéniste générale, prévention contre la contagion tuberculeuse et guérison des malades est révélatrice d'une certaine idéologie que les acteurs souhaitent véhiculer dans leurs livrets, à savoir la responsabilité du malade. Cela montre également que la priorité, pour les médecins qui prodiguent ces conseils reste bien d'éviter ou de détruire le microbe, plutôt que de guérir les malades.

Depuis le déplacement du malade jusqu'aux conseils pragmatiques pour améliorer l'occupation du logement, l'objectif des médecins ne varie pas : il faut éviter la contagion, en éliminant le microbe de l'espace. Il s'agit donc plus de protéger l'espace du microbe, en

¹ ANONYME, *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis*, 1904.

² BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, 1931, *op. cit.*

³ « Conseils médicaux et règles d'hygiène pour éviter, soigner et ne pas transmettre la tuberculose (...) où elle se trouve : travail social, atelier, usine, école ou foyer. », *Ibid.*

⁴ VICENTE Y CHARPENTIER, Carlos de, *Desinfección doméstica*, 1901, *op. cit.*

⁵ VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, 1906, *op. cit.*

⁶ FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

évitant les prédispositions c'est-à-dire en assainissant le terrain de culture ainsi qu'en chassant directement le bacille voire le malade porteur, que de protéger les tuberculeux contre l'espace. Finalement en dehors des recommandations qui visent à l'isolement du malade dans un lieu qui lui soit propre pour éviter la contagion, les conseils des médecins se confondent assez bien avec ceux plus généraux des hygiénistes de la fin du XIX^{ème} siècle, tels Philip Hauser ou Felip Monlau, en se centrant sur l'air pur, la lumière, la poussière etc.¹ Les historiens de la médecine comme Jorge Molero ont mis en avant le fait que plus qu'éviter la maladie, l'objectif des médecins était peut être de faire intégrer des pratiques hygiénistes bourgeoises à une classe sociale populaire². Il est vrai que les livrets de divulgation semblent avant tout faits pour inculquer des principes que les professionnels considèrent comme de base en hygiène, et que la confusion visible entre les différentes catégories de lecteurs tend à faire penser que les médecins s'adressent au grand groupe des « tuberculisables », constitué à la fois de malades, de pré-tuberculeux et plus généralement semble t'il, de tous les ouvriers. Dans tous les cas, ce qui apparaît évident est la culpabilisation du malade/pré-tuberculeux/ouvrier qui salit, détériore et contamine son logement, à cause, en grande partie de ces mauvaises mœurs, symbolisées par l'habitude du crachat.

Dans tous les cas, les médecins à travers les livrets de divulgations et leurs conseils aux malades prétendent apporter une aide pour éviter la contagion et par là la maladie tout en sachant pertinemment que cela n'est pas suffisant. En 1892, Luis Comenge voit ces précautions comme les prémisses d'une action plus globale et définitive :

« Esto daría tiempo a que la ciudad acometiese otras empresas higiénicas, como el dotar el vecindario de cloacas, empedrados, casas para obreros, agua potable abundante, alimentos sanos, reglamentación del trabajo, nosocomios, escuelas,

¹ HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Séville, 1882. Ou encore HAUSER, Philip, *La casa y el suelo en relación con las enfermedades infecciosas : con grabados infecciosos con grabados representando las distintas especies de micrófitos de la sangre*, F. Fernández, Madrid, 1885.

MONLAU, Pere Felip, SALARICH, Joaquim, *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediada del siglo XIX*, Anthropos, coll Historias, Ideas y Textos, Barcelona, 1984.

² Jorge Molero Mesa parle en effet, d'un processus d'acculturation de la classe ouvrière mené par la bourgeoisie réformiste. Dans « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, pp. 19-59, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, 47 p. L'historiographie de la médecine s'est longuement penchée sur cette hypothèse mettant en avant cette « conversion disciplinaire » des classes populaires par les élites économiques et sociales, et les historiens n'ont pas un avis unanime sur ce point.

asilos para inválidos, hospicios modelos, estaciones para niños enfermos y demás mejoras que han de convertir a Barcelona en ciudad hermosa y salubre. »¹

Dans les années 1930, les acteurs considèrent l'assainissement de la ville comme pratiquement terminé, notamment en ce qui concerne le sous-sol, ces petits conseils permettent d'apporter une amélioration sanitaire à l'échelle de l'appartement. Cependant, cela n'empêche aucunement les acteurs d'aspirer à des solutions urbaines plus radicales afin de transformer de façon drastique les conditions d'habitation de la capitale catalane.

La préoccupation des médecins de l'époque pour les logements privés se situe dans la droite ligne de la chasse au bacille. Par conséquent, comme nous l'avons vu, le logement est à la fois l'échelle d'analyse de prédilection car elle permet d'aller au plus près de l'agent contaminant et d'observer ses effets, et c'est également le lieu responsable de la maladie dans la conception environnementaliste. Dès lors, l'objectif principal de cette partie était d'aborder les facteurs aggravants de la tuberculose concernant l'habitat, et ce à travers deux approches, ayant des points communs mais une signification toute différente : une étude de ces facteurs selon les médecins et selon les données disponibles traitant directement des malades. L'insalubrité et la densité comme à l'échelle des quartiers sont les deux variables environnementales sur lesquelles repose la conception d'habitat tuberculeux, et elles constituent alors un prisme à travers lequel il est possible d'analyser les caractéristiques du logement des malades. Si pour les médecins, comme selon nos calculs sur les malades soignés à Barcelone dans les années 1930, les tuberculeux semblent vivre dans des logements ayant des caractéristiques insalubres, nous remarquons que cette insalubrité est souvent liée à une dégradation du bâti ou de la fonction du lieu, plutôt qu'à une construction résolument précaire. Cela étant dit, puisque les sources tendent à privilégier les malades visibles et donc vivants dans des zones d'immeubles, la proportion de tuberculeux vivants dans les bidonvilles doit tout de même être considérée comme relativement importante. Une autre caractéristique, et non des moindres, des logements dits tuberculeux, est le nombre très élevé de personnes

¹ « Cela donnerait du temps pour que la ville puisse se lancer dans d'autres entreprises d'hygiène, telles que doter les habitants d'un réseau d'égout, de rues pavées, de maisons pour les ouvriers, d'eau potable abondante, d'aliments sains, d'une réglementation du travail, d'hôpitaux, d'écoles, d'asiles pour les invalides, d'hospices modèles, de centres pour les enfants malades et d'autres améliorations qui devront transformer Barcelone en une ville belle et salubre. » COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

qui y vivent. Encore une fois, ce fait est relevé par les médecins de l'époque et vérifié par nos propres calculs qui montrent de façon non équivoque une densité très élevée dans les domiciles des malades soignés à Barcelone. Malgré toutes les objections que nous pouvons avancer en lien avec les sources, il semble donc bien que ce soit dans les logements les plus denses et les plus insalubres que se logent les tuberculeux qui s'inscrivent dans ce système d'assistance. Plus encore, les malades internés dans des établissements à l'extérieur de la ville, tel que le sanatorium de l'Esperit Sant, sont ceux qui vivent dans les logements les plus peuplés, ce qui tendrait à nous faire penser que les médecins envoient plus facilement un malade au sanatorium lorsqu'il représente un danger d'infection. En effet, faire sortir le malade de son environnement, c'est l'enjeu principal des médecins, et s'ils avancent des raisons liées au bien-être du malade, l'objectif réel est clair, c'est le logement, et donc les autres habitants qu'il faut protéger du malade. Pour ce faire, outre l'éloignement du tuberculeux, les médecins multiplient les conseils aux familles des malades, aux tuberculeux eux-mêmes, et aux habitants de la ville en général, des catégories qui finissent par devenir une seule et même masse de « tuberculisables ». Bien que la densité soit considérée comme le principal facteur de contagion ce sont des conseils d'hygiène que les médecins développent surtout dans leurs recommandations, montrant ainsi que cet habitant des taudis issu des catégories sociales populaires peut et doit faire quelque chose, et qu'il lui appartient de lutter contre la maladie. Nous voyons donc apparaître ici une autre cause de la tuberculose, l'ignorance et le non respect des normes d'hygiène, une cause qui permet de fermer le cercle coupable-victime autour d'une seule et même personne.

Mais si le problème est l'hygiène, alors les médecins se rendent bien compte que le seul déplacement des meubles et nettoyage humide de la poussière ne suffit pas, ce sont les murs eux-mêmes qui se dégradent tout en dégradant la santé des habitants. Une planification plus générale est nécessaire, et dans les années trente, c'est à l'extérieur du monde médical que la solution est évoquée : c'est celle d'une transformation de l'espace, de nouveaux logements dans de nouveaux immeubles, avec tous les équipements modernes, et des murs en béton.

C. Noyer le bacille dans du ciment

Transformer Barcelone en une ville belle et salubre: c'était là le souhait de Luis Comenge, médecin très préoccupé par la mortalité tuberculeuse dans la capitale catalane¹. Mais la réalisation de cette utopie ne passe évidemment pas par des initiatives individuelles, ni même par celles d'un corps médical uni. En réalité, le médecin catalan fait référence à une nouvelle série de réformes qu'il faut associer à une nouvelle série d'acteurs, les hygiénistes. Mais dans les années 1920-1930, une autre profession s'intéresse de près aux réformes de la ville dans un sens médical ou sanitaire : les architectes. L'objectif de cette sous-partie est d'analyser le lien entre architecture et médecine, sur le thème de la tuberculose. En étudiant les maladies dans les villes, les historiens ont évoqué les différentes professions qui entraient en ligne de compte par rapport à l'hygiène². Ainsi, au XIX^{ème} siècle c'est la fonction de l'ingénieur qui apparaît au côté de l'hygiéniste, et à qui on délègue l'assainissement du sous-sol notamment³. En étudiant ces nouvelles professions de l'hygiène, les historiens ont mis en avant l'importance du regard médical qui prime dans toutes ces professions, faisant de la science fondamentale un point de départ rationnel pour toute transformation urbaine⁴. Les architectes, eux aussi, s'inscrivent dans cette logique rationnelle lorsqu'ils conçoivent les hôpitaux selon les normes d'hygiène établies par les médecins⁵. C'est autour de ce point, « l'architecture hospitalière », que s'organise un second axe historiographique qui aborde le lien médecine-architecture. Les historiens de l'art et de l'architecture, dans un premier temps, puis les historiens de la médecine se sont intéressés, à la structure rationnelle des hôpitaux et à son

¹ COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, 1892, *op. cit.*

² Stéphane Frioux, dans sa thèse soutenue en 2009 a notamment évoqué les échanges d'informations entre les différents acteurs de l'assainissement urbain. Dans FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, *op. cit.*

³ Voir l'ouvrage de Sabine Barles, *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIII^{ème}-XIX^{ème} siècle*, coll milieux, Ed Champ Vallon, Seyssel, 1999. Francisco de Assis da Costa a également mis en avant le travail des ingénieurs dans l'assainissement du sous-sol de la capitale catalane : DA COSTA, Francisco de Assis, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, 1999, *op. cit.*

⁴ « *La mirada médica* » dans DA COSTA, Francisco de Assis, « La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917 », Barcelone, 2009, *op. cit.*

⁵ Sur ce point, voir : MARTINEZ MEDINA, Andrés, « Del hospital al balneario : arquitecturas para tratar y prevenir las enfermedades », dans ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia, PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU-MESTRE, Josep (dir.) *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians : una perspectiva històrica*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Sant Vicent del Raspeig, 2012. pp. 57-104. Ou encore, "La ciudad de la salud : los sanatorios antituberculosos", *Ciudades*, Instituto universitario de Urbanística de la Universidad de Valladolid, 2011, pp. 213-232.

évolution dans l'histoire¹. Pour le contexte barcelonais, les historiens de l'art, ont souvent réalisés des ouvrages monographiques sur des établissements de soins, en particulier sur l'hôpital de Sant Pau, chef-d'œuvre de l'art nouveau et ils se sont surtout intéressés à l'esthétique, parfois sans chercher à mettre en relation la construction avec les normes sanitaires de l'époque². Il existe peu de travaux permettant de prendre en compte tout le patrimoine médico-architectural de la capitale Barcelone, et d'observer l'évolution en fonction de celle des normes sanitaires. Citons néanmoins à titre d'exemple les brochures consacrées à l'architecture médicale publiées par Alfons Zarzoso, conservateur du *Musée d'Histoire de la Médecine de Catalogne*, qui tentent d'ouvrir des pistes concernant l'architecture médicale barcelonaise et plus généralement catalane, à travers le temps³. Enfin, les historiens de l'architecture, se sont également penchés sur la relation entre architecture et médecine dans le cadre d'études ponctuelles sur la construction d'édifices prestigieux, mais aussi au travers des travaux plus généraux sur les théories de certains architectes, tels que les membres du GATCPAC, très liés aux conceptions modernes de l'hygiène⁴. Ce groupe d'architectes modernes, dans la droite ligne des théories de Le Corbusier, sont incontournables ici. En réalité, c'est même autour d'eux, et de leurs conceptions que nous avons choisi d'orienter notre propos. Dans les années 1930, le GATCPAC est non seulement le groupe d'architectes le plus en vogue, mais il est aussi parfaitement intégré dans l'esprit politique de l'époque car très proche du parti *d'Esquerra Republicana Catalana (ERC)* au pouvoir à partir de 1931⁵. Les membres du GATCPAC projettent une ville nouvelle, rationnelle et juste pour tous, qui a de nombreux points communs, semble t'il, avec celle dont

¹ A titre d'exemple nous pouvons citer pour le XIX^{ème} siècle l'ouvrage issu d'une exposition au musée d'Orsay sur ce thème : *SAINTE FARE GARNOT*, Nicolas, *MARTEL*, Pierre, Musée d'Orsay, Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Compagnie générale de développement immobilier, *L'Architecture hospitalière au XIX^{ème} siècle : l'exemple parisien*, exposition, Musée d'Orsay, 18 octobre 1988- 22 janvier 1989, Ed. de la Réunion des musées nationaux, Paris, 1988. Plus récemment : *BLIN*, Pascale, (dir.), *Cliniques et hôpitaux privés : 10 questions d'architecture*, Paris, Le Moniteur, 2009, 143 p.

² Les publications sur l'hôpital de Sant Pau sont très nombreuses. Citons par exemple : *SERRACLARA PLA*, Maria Teresa, *MARTI AYXELA*, Montserrat, *Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Historia, Arquitectura, Arte*, Fundació Privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Guinovart & Oshsa. Saragosse, 2001.

³ *ZARZOSO*, Alfons, *Arquitectura i medicina à Barcelona*, document édité par Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2007, Et du même auteur : *Medicina més enllà de Barcelona*, document édité par Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2008.

⁴ Pour une étude ponctuelle : *PIZZA*, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*. *J.Ll Sert, J.B Subirana y J. Torres Clavé*, collection Archivos de Arquitectura, España Siglo XX, Colegio de Arquitectos de Almería, 1993. Pour des théories plus générales : *PIZZA*, Antonio, *ROVIRA*, Josep María *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, COAC Publicacions, 2007.

⁵ Les membres les plus influents du GATCPAC (Grup d'Arquitectes i Tècnics Catalans per a la Realització de l'Arquitectura Contemporània) comme Josep Lluís Sert (1902-1983) ou Joan Bautista Subirana (1904-1978) ne font pas parti d'ERC mais sont favorables aux politiques sociales du gouvernement de la Generalitat. Josep Torres Clavé (1906-1939) co-fondateur du groupe est le plus impliqué politiquement, mais il est membre du PSUC (Partit Socialista Unificat de Catalunya).

rêvent les médecins du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle. Par ailleurs, pour les architectes, leur activité est tout à fait justifiée du point de vue médical et hygiéniste, plus encore, la construction d'un espace aux normes, rationnel et parfaitement adapté aux nouvelles conquêtes de l'hygiène est même leur premier objectif. Mais qu'en est-il des médecins ? Cette admiration pour le travail des autres est-elle réciproque ?

Dans quelle mesure l'architecture et en particulier l'architecture moderne est elle considérée comme une réponse au problème de la tuberculose ?

Pour répondre à cette question nous chercherons à comprendre dans un premier temps le type de collaboration qui existe entre médecins et architectes et qui passe par une troisième figure, l'élu, ou le décideur public et politique. Nous nous demanderons si l'architecte, dans ce contexte ne devient pas un instrument au service de l'hygiène puis de la médecine. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux projets des architectes, afin d'observer si ces villes idéales et ses logements parfaitement adaptés tels qu'ils sont projetés par le GATCPAC constituent, pour les médecins une véritable solution, qu'elle soit utopique ou bien réalisable.

1. Les architectes au service de la lutte antituberculeuse : de la lutte spatiale médicalisée à la lutte médicale spatialisée

Dans un premier temps, les architectes du GATCPAC se placent volontairement au service de la lutte antituberculeuse. Dans les études sur le GATCPAC, Antonio Pizza et Josep María Rovira cite Jean Badovici, architecte précurseur et éditeur du magazine l'*Architecture vivante*, pour qui, l'architecte était forcément subordonné à une autorité médicale ou hygiéniste :

« A la arquitectura no le tiene que extrañar ser sometida a otra autoridad, en ocasiones particulares en las que la Ciencia interviene tratando asuntos que se encuentran por encima de ella misma. »¹

¹ « L'architecture ne doit pas s'étonner d'être subordonnée à une autre autorité dans des occasions particulières où la Science intervient pour traiter des sujets qui la dépassent. » Jean Badovici, cité dans PIZZA, Antonio, ROVIRA, Josep María *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, 2007, *op. cit.* Josep Torres Clavé, l'un des architectes les plus connus du GATCPAC, évoquait également en 1936 « la mission sociale de l'architecte », cité dans PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*, p. 36.

Il semblerait en effet que ce soit là un principe admis pour le GATCPAC, qui dès lors deviendrait dépendant des pouvoirs publics, et se montrerait tout à fait docile à mettre son art au service de la communauté. Dans cette sous-partie, nous tenterons de comprendre la relation entre le GATCPAC et les autorités médicales, afin de déterminer concrètement ce que celles-ci attendent de leur part. Le lien entre ces deux principaux acteurs, le médecin chargé de la santé des populations et l'architecte chargé de la transformation urbaine, aboutit à une revalorisation de la dimension spatiale de la lutte antituberculeuse, mais celle-ci se développe de deux manières qui orientent l'activité de l'architecte au service de la lutte : d'un côté une lutte spatiale médicalisée, où l'architecte comme l'hygiéniste en son temps modifié l'espace urbain et par la même élimine le bacille, et de l'autre une lutte médicale spatialisée, dans laquelle l'architecte pourvoie la ville d'édifices médicaux implanté au plus près des malades.

- *Dans la continuité des hygiénistes, l'opération chirurgicale de l'espace*

L'hygiène est au centre des préoccupations des architectes du GATCPAC, et ce dans tous leurs projets architecturaux, tant en ce qui concerne la construction privée, comme la planification urbaine. Sur ce dernier point, l'action sanitaire et les améliorations urbaines que le groupe cherche à apporter en planifiant un plan d'assainissement du centre ancien, se rapproche assez de celle des hygiénistes. Il s'agit de repérer les nids d'insalubrité, les recoins poussiéreux, puis de les retirer. Réutilisant les propres termes des architectes, nous pouvons dire qu'il ne s'agit plus d'une lutte seulement spatiale mais plutôt « chirurgicale » contre l'insalubrité¹. Notons qu'au départ, cette action hygiéniste des architectes du GATCPAC n'est en aucun cas connectée à une autorité médicale. Il ne s'agit donc pas d'une commande, mais bien d'une assimilation des théories médicales par les architectes par ailleurs convaincus du bien fondé de leur participation qui apporte, non pas une, mais LA solution aux problèmes de santé des populations.

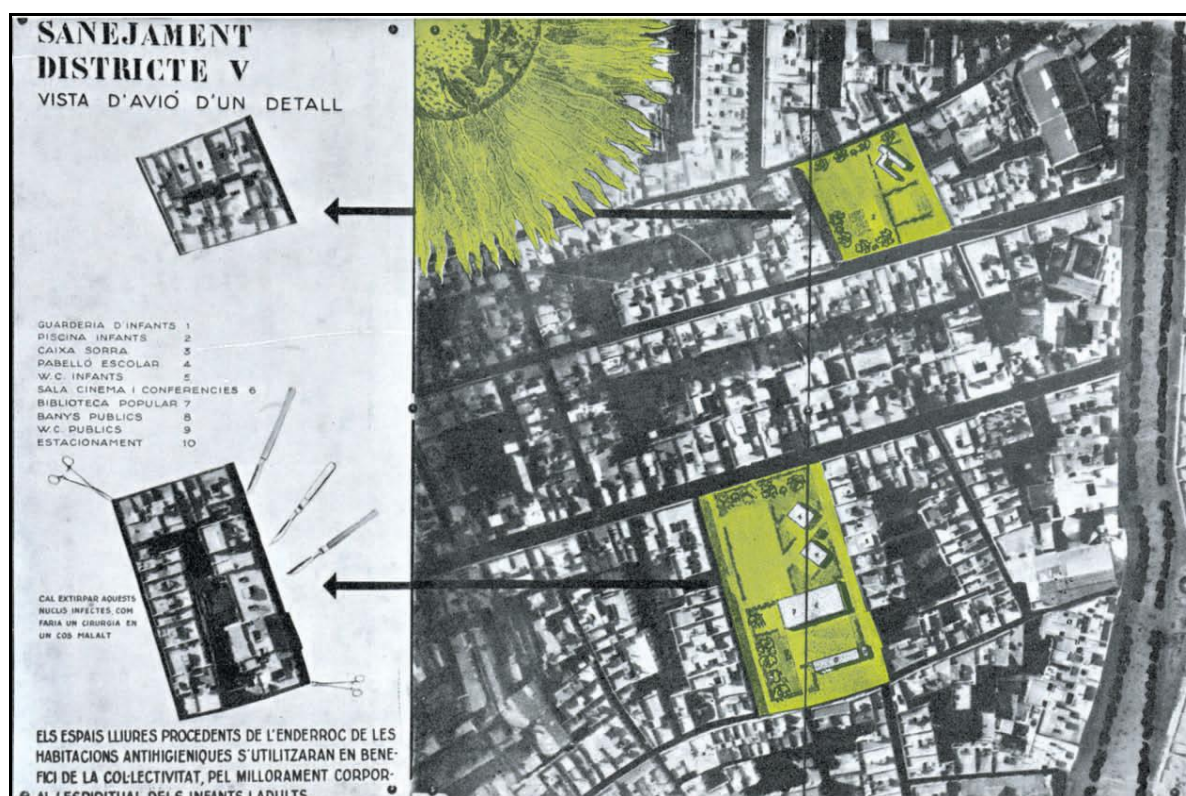
En 1937, le groupe d'architecte consacre le vingt-cinquième et dernier numéro de sa revue aux questions sociales, en vogue en ces années de révolution², et en particulier aux questions d'hygiène de l'habitat et des quartiers anciens de la ville, puisque, selon eux, c'est là où se trouve la réponse à de nombreux problèmes sociaux, étant donné que « l'environnement

¹ « Pour le résoudre (le problème d'insalubrité), il faut employer des procédés radicaux de chirurgie urbanistique », revue AC, n°25, 1937, p. 27.

² Voir la couverture et le titre du n°25 de la revue : « *Problemes de la Revolució* », AC, juin 1937.

forme l'individu »¹. Dans ce numéro de la revue, les architectes dressent un portrait très sombre du district V, photos de Margaret Michaelis² et statistiques sur les forts taux de densité à l'appui, et précisent que l'insalubrité et les conditions de vie extrêmement mauvaises dans cet espace menacent le reste de la ville³. La solution proposée est d' « extirper les foyers d'infection »⁴, c'est-à-dire les bâtiments incriminés, à l'image de la photographie publiée dans la revue.

Illustration 5 : Détail du projet d'assainissement du centre ancien proposé par les architectes du GATCPAC. 1933



(Source: Montage photo publié dans la revue AC n°25, 1937, p. 27.)

¹ « L'ambient forma l'individu », AC, n°25, pp. 5-10.

² Margaret Michaelis est une photographe allemande, vivant à l'époque dans un hôtel meublé du Raval qui a beaucoup travaillé avec le GATCPAC. Ses fameuses photos sur le district V dénoncent la précarité des conditions de vie et l'insalubrité dans ce quartier. _ IVAM Margaret Michaelis : fotografia, vanguardia y política en la Barcelona de la República, Centre de cultura contemporània de Barcelona, Barcelone, 1999.

³ « Le danger pour le reste de la ville », AC n°25, 1937, p. 26.

Pour une analyse plus détaillée des conditions de précarité du centre ancien en lien avec les propos de la revue, nous pouvons nous reporter à la thèse de Julie Roland, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, sous la direction de FOUCART, Bruno, Université Paris IV, soutenue en 2011, 413 p.

⁴ AC n°25, 1937, p. 27.

Les auteurs reproduisent ensuite le plan d'assainissement du centre ancien de Barcelone que le GATCPAC avait présenté au CIAM IV, soit le quatrième Congrès International d'Architecture Moderne en 1933 à Athènes¹. En réalité, le plan d'assainissement du centre ancien est une seconde proposition pour réformer le centre ancien, qui arrive à la suite de celle, beaucoup plus générale, du Plan Macià, réalisé par le GATCPAC en collaboration avec Le Corbusier². Le plan Macià était considéré par les propres architectes comme une synthèse de leur travail sur Barcelone. Il s'agit d'un projet prenant en compte la totalité de la ville, qui se trouve totalement réorganisée, à travers différentes zones ayant chacune une fonction spécifique, suivant tout à fait la théorie fonctionnaliste dominante à l'époque. Pour Julie Roland, le plan Macià « s'apparente à un projet corbuséen orthodoxe »³, qui, pour ce qui est du centre ancien, propose un « traitement » assez similaire à celui que proposait Cerdà en son temps, soit à relier ou soumettre le centre ancien à la trame viaire du reste de la ville⁴. Cela s'accompagne aussi et surtout d'une destruction assez importante du centre ancien. Mais à ce projet « à long terme » voire nettement utopiste, le GATCPAC lui substitue le plan d'assainissement, qui semble plus adapté à la réalité et aux possibilités. Les quatre étapes du projet, telles qu'elles sont expliquées dans la revue AC, consistent dans un premier temps à identifier et détruire des blocs d'immeubles précis, pour ensuite les remplacer par des équipements et des espaces verts.

¹ Le contenu du CIAM IV organisé à Athènes en 1932 sur le thème de la ville fonctionnelle a été largement exposé dans la revue AC, avec notamment un compte rendu complet « el IV congreso del CIRPAC », A.C., n.11, 1933, pp. 13-18. ROLAND, Julie, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATCPAC (1930-1937)*, 2011, *op. cit.*, p. 190.

² Le nom donné au Plan met en exergue la collaboration existante entre les pouvoirs publics, représentés par Francesc Macià, président de la Generalitat de Catalunya entre 1931 et 1933 et les architectes modernes. Pour plus de détails sur ce Plan, voir ROCA, Francesc, *El pla Macià. De la Gross-Barcelona al pla comarcal*, Editions de La Magrana, Barcelone, 1977. Ou encore TARRAGO CID, Salvador, « El « Pla Macià » o la nova Barcelona », *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo*, n°90 GATCPAC I, Colegio Oficial de Arquitectos de Catalunya y Baleares, juillet-août 1972, pp. 24-36.

³ ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », *Mélanges de la Casa de Velázquez* [En ligne], 39-2, 2009, mis en ligne le 15 novembre 2011, §. 2.

⁴ Joan BUSQUETS, *Barcelona : la construcció urbanística de una ciutat compacta*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2004, Cité dans ROLAND, Julie, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, 2011, *op. cit.*, p. 417.

Plan 1 : Plan d'assainissement du centre ancien de Barcelone, étapes 1 et 2, réalisé par le GATCPAC, 1933



(Source: revue AC n°25, 1937, p. 28.)

La première phase est on ne peut mieux explicitée au travers du montage photographique qui précède la reproduction du plan¹, et les ciseaux que nous voyons représentés ne laissent aucune place au doute, il s'agit véritablement d'une entreprise de désinfection qui préoccupent les architectes, dans la droite ligne de ce que Yankel Fijalkow a pu décrire

¹ Voir plus haut le document « Détail du projet d'assainissement du centre ancien proposé par les architectes du GATCPAC. 1933 ». AC, n°25, 1937, p. 27.

concernant les îlots insalubres de Paris¹. Il faut ôter, éliminer de la ville ces points noirs, ces nids d'insalubrité, en procédant avec une méthode dite chirurgicale, qui prétend « soigner l'espace » dans la filiation logique d'une anthropomorphisation de l'objet « ville ». Mais dans le cas de Paris, l'historien urbaniste a bien expliqué que la « territorialisation du risque » s'effectue à partir des données des casiers sanitaires, et est donc largement liée aux chiffres de mortalité tuberculeuse. Pour le projet du GATCPAC, les raisons des architectes qui les conduisent à déterminer les lieux à conserver et à détruire sont plus difficilement identifiables. La phase un, qui correspond à l'identification des blocs d'immeubles à détruire, doit consister, selon les architectes eux-mêmes en « l'abandon immédiat de toutes les demeures qui en accord avec les statistiques officielles produisent une mortalité inadmissible »².

L'intérêt pour les maladies semble guider les projets du GATCPAC sur le centre ancien de manière plus générale. Ainsi, dans le fond d'archive du groupe, nous retrouvons une section hygiène, qui comporte parmi les revues d'hygiène des données sur la mortalité générale, mais qui s'intéresse aussi de manière spécifique à la fièvre typhoïde et à la tuberculose³. Dans un premier temps, les architectes ont réalisé, à partir des statistiques de mortalité par fièvre typhoïde des années 1920 des graphiques par rues, prenant en compte le nombre de morts et la longueur de la rue, afin de déterminer les plus mortelles⁴. A ce travail minutieux, s'ajoute une collection importante de documents publiés faisant référence aux hôpitaux ou établissements accueillant des tuberculeux, comme par exemple le règlement intérieur du Sanatorium de l'Esperit Sant, ou encore des données sur l'Hôpital de Sant Pau, ou de Incurables⁵. A cette collection, s'ajoutent des publications de médecins et surtout des cours manuscrits, démontrant que les architectes ou leurs proches collaborateurs assistaient aux cours de physiologues comme Lluís Sayé ou Josep María Barjau⁶. Enfin, au cœur de toute cette documentation, nous avons retrouvé de nombreux exemplaires de la revue de Catalunya Radio, conservés en raison des listes d'adresses de tuberculeux. Nous voyons donc un véritable intérêt des architectes pour les maladies, et en particulier pour la tuberculose, nous renforçant encore plus dans l'idée de l'importance accrue des considérations médicales dans les projets du GATCPAC. Mais concrètement, ici la mortalité et la morbidité tuberculeuse sont considérées comme des révélateurs des mauvaises conditions de vie, de la précarité, de

¹ FIJALKOW, Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, 1998, *op. cit.*

² (*sic.*) AC n° 25, 1937, p. 29.

³ Fonds du GATCPAC, dans l'Archive Historique du COAC.

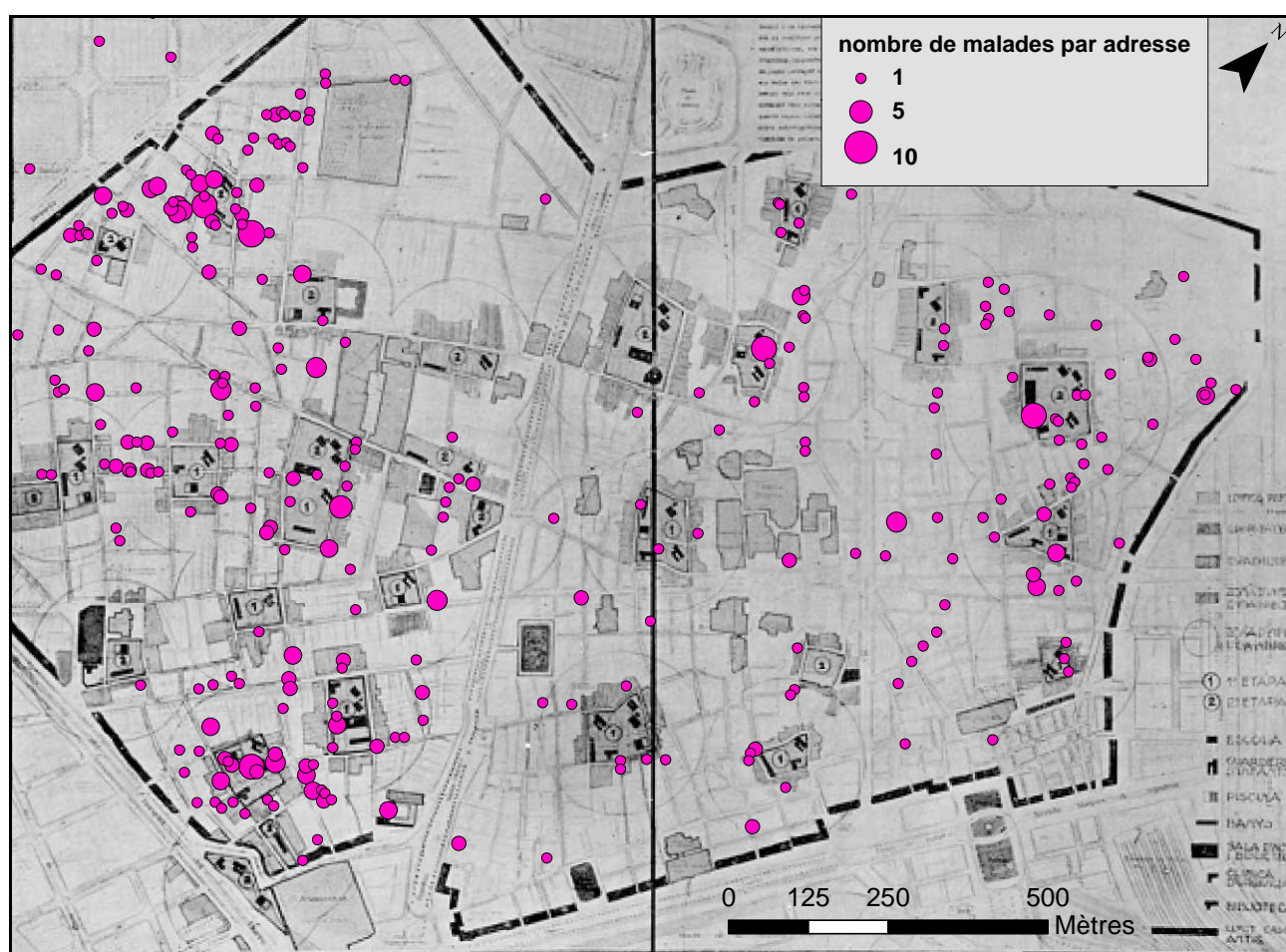
⁴ La rue du Cid est notamment représentée comme l'une des plus meurtrières. « *Documentació sobre tema mèdic* ». Carton 1. AH COAC.

⁵ « *Documentació sobre tema mèdic* ». Carton 2. AH COAC.

⁶ *Ibid.* Cartons 3 et 4. AH COAC.

l'insalubrité de la ville, des indicateurs donc, sur lesquels les architectes s'appuient pour construire le plan¹. D'autres éléments entrent sans doute en ligne de compte puisque en observant attentivement le plan, les zones à détruire correspondent certes à une localisation des adresses des tuberculeux de Catalunya Radio, mais aussi aux zones déjà considérées comme insalubres, surtout si l'on s'en tient aux destructions que l'on pourrait qualifier de massives dans *Santa Mónica*.

Carte 14 : Correspondance entre les adresses de malades aidés par Catalunya Radio et les blocs d'immeubles identifiés par le GATCPAC



(Sources: listes de dons de Catalunya Radio, fond de carte: Plan d'assainissement du Centre ancien, GATCPAC, AC n°25, 1937, p. 28.)

¹ Nous retrouvons la même logique, lorsque les auteurs reproduisent dans la revue AC une fiche de visite du Service d'assistance aux tuberculeux en guise de « preuve scientifique » et médicale pour démontrer la réalité de l'insalubrité. AC n°25, 1937, p. 22.

Notons qu'à la différence du plan Macià, ce projet-ci respecte tout à fait la trame viaire du centre ancien tout en réorganisant l'espace autour de ces terrains laissés vides après les trois premières phases exécutives du plan. La quatrième phase du plan est en effet celle de la reconstruction, mais les architectes n'ont pas prévu de reconstruire totalement les îlots détruits, au contraire, ils proposent de ne bâtir que de « petits édifices complémentaires, écoles, garderies, bibliothèques, etc. »¹, soit des équipements qui manquent dans le centre ancien. Le plan laisse donc la part belle aux jardins, aux espaces publics vides, et cela afin d'aérer le bâti, de dé-densifier, pour permettre notamment aux rayons du soleil de pénétrer et par la même d'assainir les logements restants. Notons qu'il est par ailleurs prévu, pour remplacer les logements détruits, de construire de nouveaux quartiers et surtout d'occuper les logements vides des autres zones plus favorisées de Barcelone. Le soleil est un élément clé pour comprendre l'action hygiéniste des architectes du GATCPAC, ces derniers pour construire leurs édifices étudiaient dans un premier temps les heures d'ensoleillement et allaient jusqu'à calculer l'angle d'incidence des rayons afin de déterminer la largeur des rues, avec comme objectif que tous les appartements d'un immeuble soient ensoleillés². Ici, bien sûr, ce ne peut être le cas pour tous les logements, mais ces nouveaux îlots équipés et peu construits suivent la même logique. Enfin, précisons que pour Antonio Pizza ce plan d'assainissement consiste en une réappropriation du centre ancien de la part des architectes voire de l'ordre public :

« La propuesta es clara: es necesario debelar todos los focos de los procesos epidemiológicos mediante una intervención, planteada quirúrgicamente, que permita que el sol y el aire penetren en los meandros más húmedos e insalubres facilitando - junto a los proyectos de nueva edificación - una recuperación definitiva de la zona »³.

¹ AC n°25, p. 29.

² Voir le « *Proyecto de Urbanización de la Diagonal de Barcelona* », réalisé par le GATCPAC, présenté dans la revue A.C., n.4, 1931, pp. 22-27.

³ « La proposition est claire : il faut maîtriser tous les foyers des processus épidémiologiques grâce à une intervention, réalisée chirurgicalement, qui permette que le soleil et l'air pénètrent dans les méandres les plus humides et insalubres, une intervention qui - au côté des projets de nouvelles constructions - facilite une récupération définitive de la zone » PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*, p. 27.

En ce sens, l'objectif premier énoncé de l'assainissement laisse place à une préoccupation plus générale qui associe santé des populations avec image du centre-ville et une volonté de réorganiser un espace le remettant au « goût du jour »¹.

D'une manière plus générale ou moins polémique, le plan d'assainissement s'inscrit dans le cadre des réformes hygiénistes de la ville et n'a pas directement pour objet de lutter contre la tuberculose. Notons la différence avec le projet d'assainissement de Séville de Philip Hauser, qui s'appuyait directement sur les chiffres de mortalité et sur la localisation des industries et points insalubres² : il s'agit ici d'une réforme ponctuelle, même si elle fauche un grand nombre d'immeubles transformant radicalement la physionomie du Centre. De plus, alors que Philip Hauser observait la ville dans son ensemble, prenant en compte les trafics et les réseaux de distribution comme d'évacuation, ici les architectes agissent sur le mode de la chirurgie, concentrant tous leurs efforts dans une destruction d'îlots particuliers, ceux qui concentrent les logements dont le taux de mortalité est jugé « inadmissible ». Les maladies et notamment la tuberculose, maintes fois citée pour illustrer la pauvreté du district V, sont utilisées comme révélateur, afin de déterminer ce qu'il faut changer, avec comme idée finale que la réforme urbaine et hygiéniste, l'aération du bâti et la mise en place d'équipements supplémentaires permettent de réduire leur impact. Il s'agit par conséquent d'une réforme spatiale à visée médicale ou hygiéniste, qui apporte une solution architecturale à un problème sanitaire. Mais si ce projet a, comme nous l'avons vu une phase importante destinée à supprimer les foyers d'infection, elle doit être complétée par des «ajouts » en matière d'équipement. C'est sur ce point que l'action des architectes semble être décisive, puisqu'ils vont être appelés à construire pour des autorités médicales.

- *Construire des établissements de soins pour diffuser la santé*

Si les architectes utilisent les théories des médecins pour planifier leurs réformes urbaines, il y a en quelque sorte une réciprocité, lorsque les pouvoirs publics leur confient la construction d'établissements de soins. Le GATCPAC cette fois ne s'occupe pas d'enlever les

¹ Ce concept de réappropriation du Centre ville a également été évoqué par Yankel Fijalkow dans son étude sur les îlots insalubres de Paris. « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », 1996, *op. cit.* Et encore *La construction des îlots insalubres*, 1998, *op. cit.*

² HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, 1882, *op. cit.*

immeubles infectés de la ville mais plutôt d'ajouter des édifices respectant les normes sanitaires. A une lutte spatiale médicalisée se superpose une lutte médicale spatialisée, dont l'objectif est de doter la ville de lieux de soins situés au plus proche des malades.

Le premier établissement de soins réalisé par un membre du GATCPAC est le sanatorium maritime de Sant Joan de Déu, situé à Calafell. Il s'agit d'un projet privé, qui, un peu à l'image de l'hôpital-sanatorium de l'Esperit Sant a du mal à se définir, entre hôpital et sanatorium puisqu'il est parfois nommé « hôpital antituberculeux de Sant Joan de Déu »¹. Pourtant, la structure même de l'établissement, comme sa localisation sur la plage et le fait que l'on y privilégie la cure de repos ne laisse pas trop de doutes quant à sa fonction principale. A la fin des années 1920, les frères de Sant Joan de Déu confient à l'architecte Germán Rodríguez Arias la construction d'un édifice à même la plage². Inauguré en 1929, le sanatorium est réalisé en hauteur, sur pilotis, afin d'éviter l'humidité caractéristique du terrain. Notons au passage que la réalisation, si elle respecte les normes hygiénistes de l'époque, a une esthétique qui ne correspond pas tout à fait à celle de l'architecture fonctionnelle telle qu'on l'entend³. Parmi tous les projets d'équipements médicaux du groupe, l'hôpital-sanatorium de Sant Joan de Déu de Manresa est la seule réalisation effective, si l'on excepte le Dispensaire de la rue Torres Amat dont nous reparlerons. Cette première réalisation montre l'intérêt des architectes pour les projets hospitaliers, et, à l'inverse, dans une certaine mesure, l'intérêt du monde médical ou social, ici la confrérie de Sant Joan de Déu, pour l'architecture moderne.

Si les autres projets, très nombreux, ne sont pas réalisés, ce qui est intéressant c'est le lien qu'ils supposent entre pouvoirs publics et architectes, puisqu'il s'agit de constructions publiques cette fois, prévues ou planifiées par les autorités régionales, telle que la Generalitat de Catalunya. En 1931, l'arrivée de Francesc Macià comme président de la Generalitat de Catalunya est une aubaine pour le GATCPAC qui initie une collaboration entre autorités publiques et le groupe d'architecte, qui, on ne peut le nier, a la cote dans les réseaux institutionnels à cette époque. Cette collaboration, si elle semble satisfaire les architectes,

¹ Cette difficulté est légitime, lorsqu'on considère le fait que les médecins de l'époque remettent en question les fonctions traditionnelles du sanatorium pour proposer d'ajouter une médicalisation voire des interventions chirurgicales à la cure de repos. Voir BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, Barcelone, 1932, *op. cit.*

² Germán Rodríguez Arias (1902-1987).

³ Le n°6 de la revue AC reproduit les plans de ce sanatorium. AC n°6, 1932.

montre néanmoins, à l'image de ce que disait Jean Badovici¹, une subordination de l'activité architecturale à des préoccupations toutes médicales, puisqu'il s'agit de construire des édifices publics, respectant non seulement les normes d'hygiène, mais facilitant également l'activité des médecins au sein de ces établissements. Au côté de Francesc Macià, d'autres responsables de la Generalitat vont être les principaux artisans de ce rapprochement, des médecins qui ont tous un intérêt pour les conditions de vie ouvrière, et dont les idées politiques et sociales se rapprochent très fortement de celles des architectes phares du GATCPAC, Josep Torres Clavé ou Josep-María Sert.

Josep Dencàs i Puigdollers (1900-1965) est un médecin présent très tôt chez Esquerra Republicana. Dans les années 1910-1920, le médecin commence sa carrière dans les quartiers dits extrêmes de Barcelone, de la Trinitat ou Verdum, des zones de logements précaires, encore peu urbanisées. Proche de Francesc Macià, il est nommé en 1933 Conseiller Général de Santé Publique². Précisons que sa carrière politique prend le pas sur le médical, et il sera quelques temps plus tard, en 1934 un Conseiller de l'Ordre Public de la Generalitat particulièrement critiqué. A la même époque, Lluís Sayé i Sempere est quant à lui Conseiller technique de la Santé publique et directeur des services de tuberculose de la Generalitat. Sa préoccupation pour la médecine préventive et sociale en tant que médecin de l'hôpital Clínic puis surtout responsable du Dispensaire central, tout comme son impact dans le monde médical ne sont plus à démontrer³. Mais l'aide du GATCPAC vient de toute part. En 1931, un autre médecin Jaume Aiguader i Miró (1882-1943), Esquerra Republicana de Catalunya est élu maire de Barcelone. Lui aussi est particulièrement sensible aux questions du bâti et des conditions de vies ouvrières⁴. Dans les années 1910, il devient responsable du Dispensaire Municipal d'Hostafrancs, il dirige une équipe, dans laquelle nous trouvons un autre médecin, membre d'Esquerra Republicana et proche de Macià, Nicolau Battestini i Galaup⁵. Dans les

¹ Cité dans PIZZA Antonio, ROVIRA Josep María, *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, 2007, op. cit.

² Pour une biographie de Josep Dencàs : RABASSA MASSONS, Jordi, *Josep Dencàs i Puigdollers : el nacionalisme radical a la Generalitat*, Ed. Rafael Dalmau, Barcelone, 2006. Sur l'activité politique et l'influence du personnage au sein de la Generalitat : HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDÈVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004.

³ Voir chapitre 1.

⁴ AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitació obrera a Barcelona*, 1932, op. cit. Ou encore AIGUADER I MIRO, Jaume, *La Fatiga obrera* : conférence donnée à l'Associació Obrera de la Indústria Fabril i Tèxtil de Barcelona i el seu radi, et à la Societat Esbarjo Ateneu de Mataró, Barcelone, 1929.

⁵ BATTESTINI I PONS, Rafael, *Nicolau Battestini i Galup (1895-1981). Testimoni d'una època*, Pagès Editors, Collection Guimet, Lérida, 2009.

années 1920, il entre dans le Corps médical municipal, et continue à s'intéresser aux questions sociales et ouvrières. Notons qu'il sera nommé Ministre du Travail et de l'Assistance sociale en 1938 pendant la guerre civile¹.

Nous le voyons, en dehors de leurs fonctions dans la Generalitat ou la Mairie de Barcelone, ces médecins ont des caractéristiques communes, entre eux et avec les architectes du GATCPAC. Ils ont exercé leur profession dans des services publics et des zones ouvrières, sont convaincus de l'importance du logement dans la santé des populations et plus exactement dans le développement de la tuberculose. Sur ce point ils sont partisans d'une lutte préventive surtout. Ils sont bien sûr tous d'Esquerra Republicana, en dehors de Lluís Sayé qui lui y semble très favorable, et nous les retrouvons dans les mêmes réseaux de sociabilité tel l'*Ateneu Enciclopèdic popular*². C'est dans ce contexte qui leur est favorable, et grâce à l'ascension au pouvoir d'ERC, que les architectes du GATCPAC se retrouvent dans une position favorable et se voient offrir des projets de construction publique³. En 1932 la Generalitat représentée par Josep Dencàs cherche à mettre au point une organisation hospitalière en Catalogne, qui devra coordonner tous les services sanitaires⁴. Pour se faire, il faut construire des hôpitaux dans des zones qui n'en possèdent pas encore. Le 1^{er} septembre 1934, c'est l'architecte Joan Bautista Subirana qui est chargé par Josep Dencàs de réformer et de construire des hôpitaux à Igualada, Manresa, Viella, Vic, Palafrugell et Badalona. La proposition qui est faite d'un hôpital cantonal type de cent lits mélange selon Antonio Pizza des éléments traditionnels de l'architecture hospitalière et un langage technique moderne⁵. D'autres projets suivent, même après le départ de Josep Dencàs, Josep Lluís Sert et Josep Torres Clavé se voient confier la mission de projeter un hôpital pour les tuberculeux de 400 lits, une solution qui doit être adaptable dans « n'importe quelle circonstance et n'importe

¹ Pour plus d'informations sur Jaume Aiguader, se reporter à sa biographie dans CALBET I CAMARASA, Josep M., CORBELLÀ I CORBELLÀ, Jacint, *Diccionari biogràfic de metges catalans*, Ed Rafael Dalmau, Fundació Salvador Vives Casajuana, Seminari Pere Mata, Universitat de Barcelona, 1981-83, volume 1, p. 36.

² Sur les réseaux de sociabilités des architectes et en particulier leur fréquente présence à l'*Ateneu Enciclopèdic popular* aux côtés des médecins cités, voir ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », *Mélanges de la Casa de Velázquez* [En ligne], 39-2, 2009, mis en ligne le 15 novembre 2011, paragraphe 6. Et du même auteur : *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, 2011, *op. cit.*, p. 524.

³ Sur les liens entre le GATCPAC et les « technocrates » d'ERC, voir UCÉLAY DA CAL, Enric, « Le Corbusier i las rivalitats tecnocràtiques a la « Catalunya revolucionaria » » dans LAPUERTA, J.J. (dir.), *Le Corbusier y España*, CCCB, Barcelone, 1997. Pour José Luis Oyón qui cite également cet article, les projets de Le Corbusier et du GATCPAC sur les périphéries ouvrières identifient tous les logements de manière générique comme des « barracas », prouvant ainsi que leur connaissance réelle de la ville populaire n'est pas très poussée. OYÓN, José Luis, *La Quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 226.

⁴ HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, pp. 15-19.

⁵ PIZZA, Antonio, ROVIRA, Josep María *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat*, 2007, *op. cit.*

quel lieu », et en 1936, les deux architectes proposent un projet qui sera « l'embryon » du futur complexe sanitaire du Vall d'Hébron¹. D'autres projets de constructions hospitalières qui ne verront jamais le jour sont encore échafaudés par les membres du GATCPAC, avec un appui théorique, ou tout au moins sous le regard bienveillant des décideurs de la Generalitat. Il faut dire que les projets séduisent, de par leur modernité, leur respect des normes hygiénistes et leur adaptabilité qui permet de reproduire un même bâtiment en série ce qui faciliterait donc en théorie leur implantation rapide dans tous les espaces catalans pour l'instant sous-équipés.

Mais puisque les médecins haut placés dans les organes décisionnels de la Generalitat sont avant tout préoccupés par la médecine préventive, dans la lutte antituberculeuse c'est le dispensaire qui est l'établissement le plus mis en avant et c'est d'ailleurs le seul qui est construit. Bien sûr, sa construction est confiée à des membres du GATCPAC, renforçant ainsi l'idée de la collaboration et le rôle du groupe au sein des pouvoirs publics. L'implantation du dispensaire est déterminée d'après les données de mortalité tuberculeuse, mais aussi les travaux de Lluís Sayé. A l'inverse des hôpitaux qui doivent être construits à l'extérieur, ici il s'agit bien de rapprocher la médecine des malades, en construisant un établissement qui permettent de les accueillir nombreux et dans les meilleures conditions possibles. Le choix de la rue *Torres Amat*, en ce sens, s'explique à la fois par la proximité du *Padró*, îlot particulièrement affecté et plus généralement du reste du Raval, ainsi que par la possibilité de trouver une parcelle disponible, dans une zone très dense. C'est la *Casa de Caridad* qui cède ce terrain en 1933, et la Generalitat, représentée comme toujours par Josep Dencàs, charge officiellement Joan Bautista Subirana du projet².

Mais pour Antonio Pizza la localisation du dispensaire s'explique également par une volonté de contrôler l'espace, à la fois de manière médicale et architecturale. L'édifice en soi servirait donc à la réappropriation de l'espace comme à l'assainissement du district V au même titre, ou plutôt, dans la continuité, du plan d'assainissement :

« en la estricta acepción médica, en efecto, servirá para controlar y extirpar la enfermedad que durante esos años provoca verdaderos estragos en el « barrio

¹ *Ibid.*

² PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*

chino » de Barcelona; en el sentido en cambio, más disciplinario, ordenará y preparará la « reparación » arquitectónica.¹ »

En tant que Conseiller Général de Santé publique, Josep Dencàs a dû défendre bec et ongles son projet, contre des associations de voisins mécontents de l'implantation d'un établissement qui impliquait selon eux un afflux important de malades dangereux pour les habitants des alentours, mais aussi contre les critiques acerbes des opposants politiques, auxquels se joignent parfois certains médecins². La plupart de ces critiques visaient une dépense considérée comme superflue, étant donné l'existence d'un dispensaire rue Radas³. Mais à cela le conseiller répond que le dispensaire doit être placé au plus près des populations affectées, et doit également être un centre d'attention important, le petit édifice de la rue Radas n'étant en aucun cas adapté aux fonctions modernes⁴. Mais, demandent alors ses opposants, pourquoi dans ce cas ne pas utiliser un ancien local, plus grand, ou encore agrandir le dispensaire de Radas plutôt que de faire construire de toute pièce un coûteux dispensaire imaginé par des architectes réputés ?⁵ Ici la réponse de Josep Dencàs est claire et on la retrouve disséminée dans des interventions publiques antérieures, le dispensaire doit avoir les conditions sanitaires et médicales nécessaires pour être un lieu sain, une sorte de havre de paix pour les patients qui viennent consulter, et il doit par la même permettre aux médecins d'exercer au mieux leur fonction⁶. Lluís Sayé, au cœur du projet insiste lui aussi sur la nécessité d'un grand dispensaire, qui dispose de tous les moyens modernes, afin de pouvoir réaliser sa fonction, assister les malades avec les meilleurs soins possibles :

¹ « Dans une acception strictement médicale, en effet, il servira à contrôler et extirper la maladie qui depuis quelques années provoque de véritables ravages dans le « *barrio chino* » de Barcelone; par contre, dans un sens plus disciplinaire, il mettra de l'ordre et préparera la « réparation » architectonique. » *Ibid.*

² Sur les protestations des associations de voisins : « *Protesta contra el emplazamiento de un dispensario antituberculoso* », *La Vanguardia*, 22 juin 1933, 8 p. Sur les critiques des médecins et opposants politiques voir par exemple la tribune du journal d'opposition *La Publicitat*, « *Qué penseu dels projectes sanitaris del Doctor Dencàs?* », publiée les 13, 14 et 16 avril 1933. Fonds Historique du Doctor Joan Freixas, MHMC.

³ Interventions des docteurs J. Reventós, Lluís Rosal dans *La Publicitat*, le 13 avril 1933.

⁴ Réponse de Josep Dencàs dans *La Publicitat*, le 14 avril 1933.

⁵ Interventions des docteurs Conrad Xalabarder, Joan B Darder, et M. Espinosa, dans *La Publicitat*, le 16 avril 1933.

⁶ Réponse de Josep Dencàs dans *La Publicitat*, le 14 avril 1933, et compte rendu dans *La Vanguardia* d'un entretien du Conseiller avec les journalistes : « *La lucha contra la tuberculosis* », *La Vanguardia*, 30 mars 1933.

« (El dispensari) ha de dotar-se degudament, perquè tingui l'amplitud de funció que li escau. Treball de diagnòstic, de tractament ambulatori i de profilaxi coma centre de vacunació i d'acció d'assistència social. »¹

Le lieu lui même doit être adapté aux besoins des médecins comme aux règles de base de l'hygiène, en ce sens le nouveau dispensaire doit donc avoir certaines caractéristiques architecturales propres à sa fonction.

Joan Bautista Subirana est par conséquent chargé par la Generalitat d'aller observer et étudier les établissements de soins de référence en Europe, afin de s'inspirer pour planifier le bâtiment le plus adéquat possible. Mais à la même époque, Lluís Sayé lui aussi visite des établissements, les mêmes que Joan Bautista Subirana comme l'Institut Benito Mussolini en Italie, montrant ainsi l'importance qu'il accorde au lieu dans lequel il pratique la médecine². Mais dans quelle mesure les deux professionnels ont-ils collaboré sur ce projet ? Nous savons que Lluís Sayé au côté de Josep Dencàs, a validé le plan, il a inauguré le terrain, et il est souvent venu inspecter les travaux³. Mais il est difficile de déterminer avec exactitude quel rôle le médecin a joué exactement. Une chose est sûre, le plan comme la réalisation finale correspondent aux préoccupations hygiénistes, médicales et architecturales des uns comme des autres. C'est à la fois un édifice raccordé à son environnement, mais qui présente également les caractéristiques hygiénistes nécessaires. La répartition des pièces à l'intérieur de l'édifice est strictement organisée, afin que le bâtiment puisse accueillir toutes les fonctions et ce en limitant les occasions de contagion chez les malades⁴. Les entrées des médecins et des malades sont par exemple strictement séparées, de même qu'il existe deux salles d'attente, l'une pour les malades déjà diagnostiqués comme tels, une autre pour les

¹ « Il faut doter le dispensaire comme il se doit, afin qu'il puisse mettre en œuvre la fonction qui lui incombe. Un travail de diagnostic, de traitement ambulatoire et de prophylaxie en tant que centre de vaccination et d'action d'assistance sociale. » SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*. 1934, *op. cit.*, p. 10.

² La visite de Joan Bautista Subirana à l'institut milanais est mentionnée dans *La Vanguardia*, 30 mars 1933, 9 p. Nous retrouvons une description du même institut ainsi qu'une reproduction du Plan de l'édifice dans l'ouvrage de Lluís Sayé, SAYE *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, *op. cit.*, pp. 36-39.

³ *La Vanguardia*, 14 septembre 1933, 4 p. Dans le même journal du 30 mars 1933, 9 p., les journalistes reprennent un discours de Josep Dencàs expliquant que le projet a été réalisé par les architectes du GATCPAC en accord avec Lluís Sayé. Le 14 février 1935, Josep Dencàs déclare que les travaux exécutés l'ont été « sous la haute surveillance de (...) Lluís Sayé », PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*

⁴ « El sanatorio estará dispuesto de manera que no será posible la mezcla de distintas clases de tuberculosis evitando así el peligro de los contagios » *La Vanguardia*, 30 mars 1933, 9 p. (Par « sanatorium », les journalistes entendent bien parler du Dispensaire : il s'agit sans doute d'une erreur de vocabulaire.) Pour une description plus détaillée du projet, voir PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*

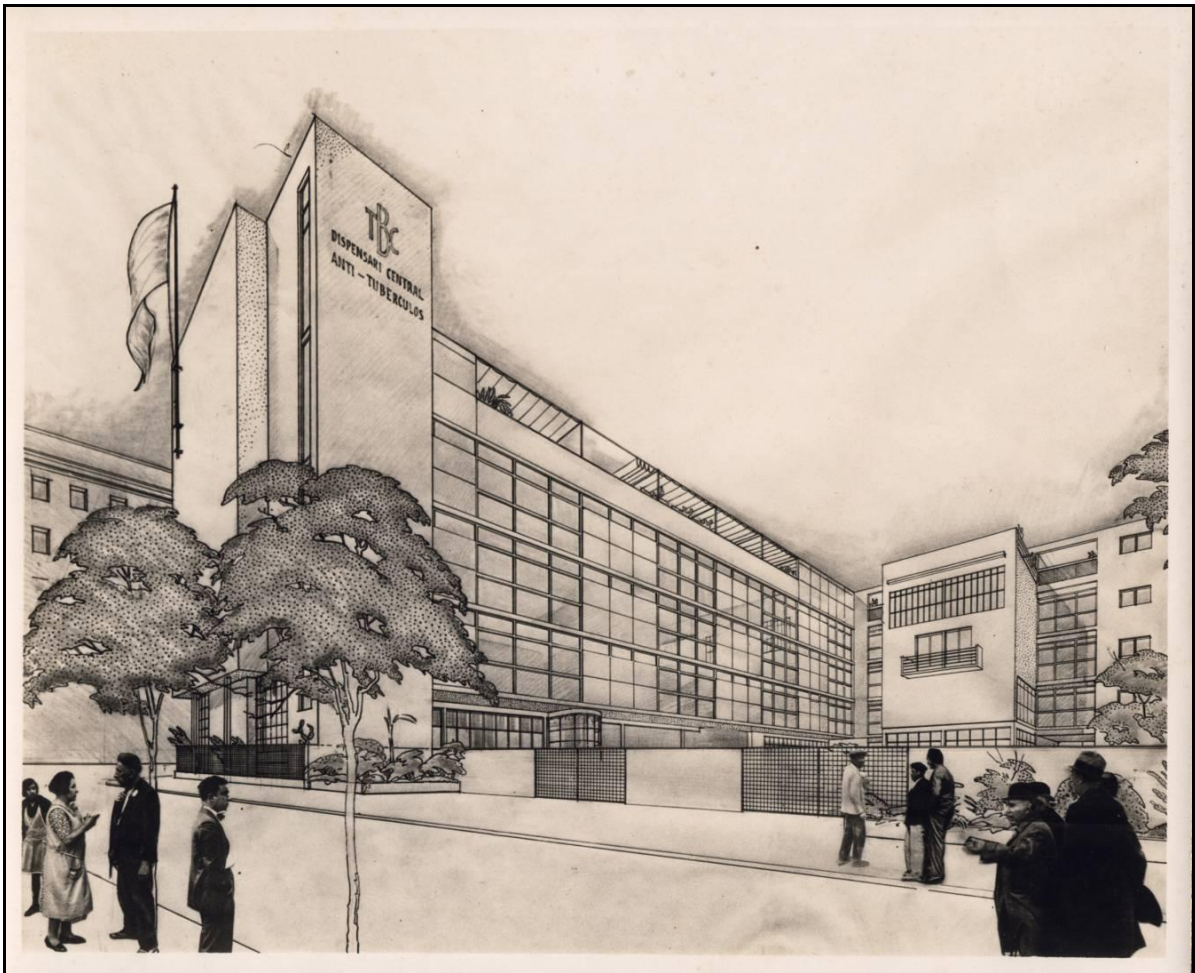
personnes qui viennent consulter pour la première fois. De plus le service des enfants est placé à part, afin de protéger au maximum les plus jeunes, et de la même manière, le service de vaccination est aussi séparé des salles réservées à l'accueil des malades. Le dispensaire accueille également une bibliothèque et une zone réservée aux études, renforçant ainsi l'idée qu'il s'agit d'un lieu qui a pour fonction de produire des données sur la maladie.

A la séparation drastique des pièces pour éviter la contagion et faciliter le travail des médecins, s'ajoute une structure même du bâti très dépendante des conditions d'aération et d'ensoleillement. Il y a tout d'abord le jardin, sur lequel s'ouvre le dispensaire, et puis dans l'édifice même tout est fait pour que l'air circule, chassant ainsi les microbes, et la ventilation est strictement calculée comme l'explique Antonio Pizza :

« Para obtener esta ventilación transversal, las ventanas constan de unas láminas basculantes que se abren a la altura del techo de manera que los que están dentro de la habitación no sentirán corriente de aire alguna mientras éste se va renovando »¹.

¹ « Pour obtenir cette ventilation transversale, les fenêtres ont des panneaux basculants qui s'ouvrent à la hauteur du toit de manière à ce que les personnes qui se trouvent à l'intérieur de la pièce ne sentent pas un seul courant d'air alors que celui-ci se renouvelle. » *Ibid.*

Illustration 6 : Croquis du dispensaire antituberculeux réalisé par le GATCPAC, 1933



Source: G.A.T.C.P.A.C. 1928 - 1939. *Una nova architectura per a una nova ciutat*. Exposition organisée par MHC B et le COAC en 2006 (<http://www.coac.net/fotos/GATCPAC/galeria.html>)

Si la ventilation est une priorité, le fait que les fenêtres soient de dimension modulable et que des carreaux s'étalent sur toute la façade du bâtiment, c'est également pour capter un maximum de lumière naturelle. Car, si comme nous l'avons montré plus haut ce point était particulièrement important aux yeux des médecins, nous pouvons dire qu'il l'est peut-être encore plus pour les architectes du GATCPAC qui semblent être véritablement focalisés sur cet aspect. Le soleil doit tout balayer, et cette doctrine guide tout le projet et les dimensions de la construction. Les mêmes caractéristiques s'observent sur tous les projets du groupe, notamment celui de l'Hôpital des tuberculeux, qui prévoyait une orientation Sud-Est, une structure étagée avec des terrasses en gradins et des balcons calculés pour permettre au soleil

d'éclairer toutes les pièces, des fenêtres immenses, etc.¹ L'intérêt pour le soleil est non seulement hygiéniste mais aussi spécifique à la lutte contre la tuberculose, l'hôpital comportant en ce sens un étage dédié à l'Héliothérapie artificielle. Tout comme dans l'hôpital pour tuberculeux, un solarium se trouve sur le toit du dispensaire, et est réservé au repos des malades qui doivent trouver dans cet établissement, un véritable havre de paix, à la différence de leur environnement habituel.

Alors, salles séparées pour éviter la contagion, dimensions de l'édifice calculées pour laisser le soleil balayer les pièces, absence de fioriture de toute sorte, tout ceci fait du dispensaire un lieu fonctionnel et efficace qui correspond au lieu de soins rêvés pour les médecins, mais en fait également un édifice modèle d'une architecture fonctionnaliste catalane. En effet, le dispensaire rapidement inauguré au début de la guerre civile, devenu aujourd'hui un centre d'attention primaire qui porte le nom de Lluís Sayé est considéré comme l'un des fleurons de l'architecture du GATCPAC. Les architectes, qui se sont placés au service de la Generalitat sortent donc grandis de cette expérience, tout comme la médecine catalane semble t'il. Car si Josep Dencàs justifiait la nécessité de construire un édifice dans le Raval, au plus près des malades, il n'en demeure pas moins qu'il existe un objectif non avoué, peut-être inconscient, celui de rendre visible la médecine. Le dispensaire est un édifice prestigieux, c'est le point le plus critiqué par les opposants politique d'ERC, mais aussi par des médecins qui auraient préféré voir la construction de trois petits dispensaires bien dotés plutôt qu'un seul très imposant². Mais pour Josep Dencàs qui considérait le dispensaire de Radas n'était pas « au niveau de ce dont a besoin la Catalogne »³, le nouveau dispensaire donne à voir l'exercice de la fonction médicale, au même titre qu'il rend sensible l'action et l'efficacité de la Generalitat. Aucun doute qu'en ce sens, les architectes ont également œuvré au service de la lutte antituberculeuse.

La préoccupation des architectes du GATCPAC pour l'assainissement du centre ancien qui les conduisaient à apporter une solution spatiale au problème de la tuberculose se double d'une action au service des médecins, où cette fois il s'agit de construire des lieux de soins, afin d'implanter la lutte médicalisée au plus près des malades. Il semble donc que nous

¹ MONTEYS, Xavier, « Una actitud de Modernidad : a propósito del Hospital de Sert y Torres Clavé », dans *José Torres Clavé, arquitecto y revolucionario, 2C Construcción de la Ciudad*, n°15-16, Barcelone, 1980, pp. 54-61.

² Intervention de Joan B. Darder dans *La Publicitat*, le 16 avril 1933.

³ Réponse de Josep Dencàs dans *La Publicitat*, le 14 avril 1933.

puissions parler d'une collaboration ou du moins d'une relation entre médecins et architectes autour de deux axes que nous avons appelé la lutte spatiale médicalisée et la lutte médicale spatialisée. Ces deux types de lutte agissent ensemble, la construction du dispensaire par exemple permet à la fois de contrôler le district V et d'apporter une aide médicale localisée.

Cette collaboration entre médecins et architectes qui finalement se présente comme étant au service des populations, a aussi d'autres pendants : chez les architectes, l'instrumentalisation de la médecine permet de justifier une récupération de l'espace, et du côté des médecins ou des autorités publiques, l'œuvre des architectes partisans du Mouvement Moderne donne de la visibilité à la Médecine, ou bien légitime les décisions du pouvoir en place, selon les cas. Dans ce dernier cas, l'architecture moderne, en vogue à l'époque, convient on ne peut mieux. Mais cela nous conduit à nous demander si son intérêt ne se résume qu'à une mise en scène, alors que, dans son principe même, elle est une réponse aux problèmes sociaux. Comme nous l'avons vu avec la construction des hôpitaux, les architectes sont soucieux d'apporter une solution efficace aux maladies grâce à leurs réalisations qui sont, en soi, des espaces sains. Reste à savoir si, pour les médecins qui accusaient si fortement l'espace malsain d'être le facteur principal de la tuberculose, ce que proposent les architectes modernes est la réponse tant attendue.

2. Imaginer l'espace sain : vers la solution de l'architecture moderne

L'architecture moderne propose-t-elle une réponse acceptable aux problèmes de la ville pour les médecins ? Comme nous l'avons vu avec la collaboration entre autorités publiques, médicales et les architectes du GATCPAC autour du projet du Dispensaire Central de Torres Amat, les médecins des pouvoirs publics semblent être intéressés par l'architecture moderne, ou du moins préoccupés par une solution architecturale qui permette de réaliser des établissements de soins respectueux des normes d'hygiène. Cependant, nous l'avons bien compris en lisant les livrets de divulgation populaire comme les discours des médecins catalans les plus écoutés, le logement et la ville sont responsables de la tuberculose, et la seule implantation d'établissements de soins hygiéniques ne peut efficacement changer les choses, il faut changer la ville, l'environnement direct du malade, le logement. Les architectes du GATCPAC ont pour ambition de changer totalement la physionomie de la ville, et de proposer une nouvelle typologie d'édifices dans lesquels les barcelonais pourraient vivre

sainement. Notre objectif ici est de voir si les médecins et en particulier ceux qui coordonnent la lutte médicale antituberculeuse barcelonaise sont sensibles à ces idées, si celles-ci correspondent à leur idéal et surtout si ces derniers les acceptent au point de les revendiquer comme solution au problème de l'habitat ouvrier et donc à la tuberculose. Il faudra étudier l'adéquation des idées médicales et architecturales depuis l'utopie que représente parfois la planification générale de la ville fonctionnaliste jusqu'aux réalisations effectives telles que la *Casa Bloc*, en passant par les projets non réalisés comme la *Ciutat de Repòs i de Vacances*. Si la ville fonctionnaliste a de nombreux arguments pour convaincre les médecins, nous verrons qu'un certain nombre de ces caractéristiques ne correspondent pas forcément à l'idéal des professionnels de la médecine qui sont néanmoins parfois prêts à être convaincus que le béton armé peut être la solution au recoin poussiéreux et tuberculeux.

- *Ville rationnelle et espaces de repos: l'utopie d'une ville/vie saine*

En 1933, le CIAM IV à Athènes a pour thème la ville fonctionnelle. Le Plan Macià proposé par le GATCPAC à cette occasion correspond tout à fait au modèle de ville rationnelle des architectes modernes espagnols comme européens puisque Le Corbusier participe au projet. L'idée est de réordonner l'espace en tenant compte des occupations des habitants de la ville, ce qui conduit à un découpage fonctionnel séparant les lieux pour travailler, habiter, se récréer et circuler¹. Cette division ou sectorisation se base sur l'activité économique et productive typiquement barcelonaise, ville dont, selon les architectes, la caractéristique industrielle fait de l'habitat ouvrier la priorité. Mais cette réorganisation de la ville est basée sur le respect de l'ordre comme des normes d'hygiène, à l'échelle de la ville. Nous nous rappelons les propos de l'hygiéniste Hauser à la fin du XIX^{ème} siècle, pour qui l'insalubrité et la mortalité infectieuse étaient liées à la proximité des industries des lieux de vie, dégradant ainsi les conditions de logements². En outre, nous avons expliqué que l'une des caractéristiques de ce médecin était de prendre en compte le logement dans une échelle plus globale, connectée au reste de la ville ou du quartier. Généralement, les médecins accusent le manque d'ordre dans la ville, même si dans leur majorité, ils s'intéressent avant tout à un habitat assez déconnecté des conditions générales du quartier. Ici la hiérarchisation

¹ ROLAND, Julie, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, 2011, 224 p.

² HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico*, Séville, 1882, *op. cit.*

de la ville semble proposer une réponse, pour une ville particulièrement salubre, une réponse qui plus est particulièrement adaptée à la situation productive de la capitale catalane et donc acceptable pour tous.

A côté de la ville fonctionnelle et du Plan Macià, les architectes du GATCPAC ont un autre projet, qui, lui aussi dans son concept, semble intéressant à rapprocher des théories médicales, celui de la *Ciutat de Repòs i de Vacances*. L'idée en soi du projet n'est pas nouvelle, il s'agit d'un lieu dans lequel les ouvriers pourraient aller se reposer, loin de la ville dans laquelle ils vivent et habitent. La dimension sociale de la *Ciutat de Repòs i de Vacances*, repose, pour Julie Roland, sur deux priorités :

« d'une part offrir à l'ouvrier asphyxié par la vie dans la ville industrielle un lieu de délassement au contact de la nature et de récupération de sa forme physique et d'autre part, de développer un programme d'éducation physique et morale ».¹

C'est finalement le retour à un lieu sain, celui que les médecins de la tuberculose conseillaient aux malades en évoquant les cures de repos en montagne, à la plage, ou bien simplement à la campagne. Ici, il ne s'agit pas uniquement de malades, mais bien de tous les ouvriers en général, ceux que les médecins appelaient « tuberculisables », dans une optique qui dépasse celle de la prévention, pour parler plutôt d'une hygiène de vie. En ce sens, ce projet se rapproche des « *colonias escolars* » de l'époque². Ici, les architectes semblent dépasser les espérances des médecins en projetant quelque chose qu'eux-mêmes n'ont pas véritablement formulé, mais qui semble être une fin en soi, relevant dans une certaine mesure de l'utopie :

« El deporte, la vida higiénica al aire libre, el perfecto equilibrio físico, constituye hoy en día una necesidad ineludible para las masas. El ritmo veloz, absorbente y dinámico de la vida moderna, exige estos paréntesis de contacto directo con una atmósfera sana. Existe la necesidad, pero no los medios fáciles de satisfacerlas. Es preciso, pues, crearlos de una manera inteligente y racional. »³

¹ ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », 2011, *op. cit.*, §. 7.

² SALCEDO Y GINESTAL, Enrique, *Las colonias escolares en España durante los años de 1887 a 1897*, Imp. R. Rojas, Madrid, 1900, 47 p. Ou encore, ALONSO DE VELASCO, Ismael, *Colonias escolares y Sanatorios marítimos*, Tip. de José Izquierdo, Madrid, 1912, 37 p.

³ « Le sport, la vie hygiénique à l'air libre, le parfait équilibre physique, constituent aujourd'hui une nécessité inévitable pour les masses. Le rythme rapide, étouffant et dynamique de la vie moderne, exige ces parenthèses de contact direct avec une atmosphère saine. Le besoin existe, mais pas les moyens faciles de le satisfaire. Il faut donc dans ce cas les créer, d'une manière intelligente et rationnelle. » GATCPAC, « La necesidad de la vida al

Dans un premier temps, l'utopie se rapproche de celle de Lluís Sayé, qui évoque en 1933 la nouvelle définition du sanatorium et du préventorium, établissements dans lesquels la cure de repos devait se doubler d'activités en plein air, qu'il s'agisse d'une reprise de l'activité professionnelle progressive, ou bien d'une activité de loisir¹. Il prend ainsi en exemple un sanatorium Suisse dans lequel les militaires assistés, une fois « guéris » reprennent le travail dans les champs, à l'air libre et à un rythme raisonnable, adapté à la convalescence. Mais plus intéressant, est sa définition du préventorium :

*« Se trata de instituciones situadas en las afueras de la ciudad o en el pleno campo, en las que los niños que han convivido con los tísicos o que han sido reconocidos como sospechosos de un proceso bacilar son sometidos a vida más higiénica, aeración, helioterapia, etc., dándoles al mismo tiempo instrucción. »*²

Il s'agit donc d'un lieu qui accueille surtout les enfants, afin de leur procurer temporairement des conditions de vie saines, l'objectif étant de renforcer et de préparer leur organisme, voire d'éliminer de manière assez théorique, le bacille déjà présent mais non déclaré. Lluís Sayé précise d'ailleurs plus loin l'efficacité de ces cures, ou séjours à l'air libre, puisqu'aucun des enfants qui y ont été accueillis, n'ont, à sa connaissance, développé la maladie. Les points communs entre cette définition du préventorium et celle de la ville de repos ressurgissent ici ; d'une certaine manière l'objectif est assez similaire, il s'agit de préparer de renforcer, dans le cas du projet du GATCPAC de réparer l'organisme, pour que l'ouvrier ou le pré-tuberculeux puisse ensuite retourner à la ville et à ses activités dans de meilleures conditions. Le projet des architectes comporte même des zones de récupération des forces physiques, situées au sud, et dans lesquelles nous retrouvons des hôtels-sanatoria, en bord de plage, au sein desquels on peut pratiquer la cure de soleil durant un séjour de durée variable³. Cette zone se prolonge encore par des cabines de bain et des solariums pour tous. Finalement, la ville de repos et de vacances permet de donner un cadre rationnel pour une activité qui n'est plus seulement proposée aux enfants ou aux « tuberculisables » mais à toute la population et concrètement la population ouvrière. Ce projet semble donc non seulement répondre aux attentes des

aire libre », A. C., n° 7, 1932, 17 p. Cité dans ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », 2011, *op. cit.*, §. 9.

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa*, 1933, *op. cit.*

² « Il s'agit d'institutions situées en périphérie de la ville ou bien en pleine campagne, dans lesquelles les enfants qui ont vécu avec des phtisiques ou bien qui après examen sont suspectés de développer le bacille, sont soumis à un mode de vie plus hygiénique, avec aération, héliothérapie, etc., tout en leur donnant en même temps une instruction. » *Ibid.*, p. 40.

³ ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », 2011, *op. cit.*, §. 20.

médecins mais aussi les dépasser, en mettant en œuvre les conditions utopiques de la ville saine¹.

La Ciutat de Repòs i Vacances, est un exemple parfait de ville ordonnée, elle hiérarchise les activités de loisirs, et apporte une structure architecturale à une envie des médecins, qui va plus loin que le préventorium. En effet, dépassant l'aspect curatif, les médecins imaginent parfois le lieu sain dans lequel, idéalement, tous les êtres humains devraient vivre. Diego Armus dans son ouvrage *La ciudad impura*, a étudié le lien entre ville, culture, tuberculose et concept de santé en général à Buenos Aires entre 1870 et 1950². Il évoque notamment les tensions que l'on retrouve chez les médecins sud-américains et surtout les écrivains entre la ville imaginaire et la ville qui se met en place. Pour lui, la tuberculose est souvent utilisée comme argument littéraire, à laquelle les auteurs opposent une ville rêvée, utopique, végétale et sans vice. Il cite ainsi Pierre Quiroga, un écrivain anarchiste très lu en Argentine à l'époque, qui décrit une ville idéale, qui est un poumon vert, un lieu qui privilégie récréation et loisirs et qui se définit aussi par un objectif civilisateur.

Loin de la description littéraire, mais proche d'une utopie, certains médecins évoquent eux aussi comme idéal un lieu sain qui généralement se situe le plus loin possible de la ville, et se confond avec un espace vert. Pour Juan L. Morales en 1933 à Séville, la ville doit dans l'idéal être équipée de bains et de gymnases publics, de plages artificielles avec du soleil ainsi que des parcs et des jardins³. L'idéal du jardin et plus généralement du végétal est très présent chez les médecins, depuis les conseils sur la présence de plantes dans les chambres des malades, jusqu'aux descriptions emphatiques des établissements verts étrangers et l'idéalisation de la campagne en passant par les conseils de promenade dans les parcs ou à l'extérieur des villes. La ville de repos et de vacances, concentre tous les équipements souhaités par Juan L. Morales, et surtout elle s'inspire de la ville verte de Moscou quant à sa structure, comme dans le concept, puisqu'elle place le vert, le jardin comme élément central au côté de la mer⁴. Le jardin en tant que lieu sain et calme qui permet à l'ouvrier de retrouver la sérénité et de se reposer, est également associé à des activités de plein air, tel que le

¹ Pour plus d'éléments sur « la Ciutat de Repòs i Vacances », voir SAUQUET LLONCH, Roger, *La ciutat de repòs i vacances del Gatçpac (1931-1938). Un paisatge pel descans*, thèse de doctorat dirigée par MARTI ARIS, Carlos, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, 2012, 788 p.

² ARMUS, Diego, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires, 2007.

³ MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla, 1933*, op. cit.

⁴ ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », 2011, op. cit.

jardinage, qui, connaît un regain d'intérêt de la part des architectes, sans doute à cause de la disparition des jardins cultivés dans Barcelone¹. Notons enfin que pour Julie Roland, le projet des architectes du GATCPAC a également une visée civilisatrice, notamment grâce à la promotion d'activités jugées enrichissantes comme peut l'être le jardinage². Cela correspondrait non seulement à l'adage du GATCPAC qui dit que l'environnement forme l'individu, comme à la volonté éducatrice que nous avons pu évoquer plus haut concernant les conseils des médecins aux malades.

La *Ciutat de Repòs i Vacances*, comme la ville fonctionnelle, ont donc un certain nombre de points communs avec ce qui semblent être les villes idéales selon l'hégémonie médicale du moment. Le rationnel qui prime à l'heure de planifier la nouvelle Barcelone, la préoccupation pour les espaces verts, le soleil, l'air pur, et les notions sociales de repos que cela engendre, tout ceci semble correspondre assez bien avec les méthodes dites sociales employées pour prévenir la maladie. Avec la ville de repos et de vacances, l'objectif semble donc d'offrir un cadre physique permettant de renforcer le terrain pour ne pas tomber malade, grâce à une activité saine dans un espace sain. Les idéaux d'hygiène et d'ordre urbain auxquels obéit la ville fonctionnelle et rationnelle correspondent aussi semble t'il, aux aspirations des médecins.

- *Maison jardin et maison bloc, quel logement pour les ouvriers tuberculeux?*

La préparation du CIAM IV a aussi permis aux architectes barcelonais de mettre au point un type d'habitat, facilement constructible et reproductible, sur lequel repose la ville fonctionnelle. Il s'agit d'un logement hygiénique qui, pour le GATCPAC est non seulement la réponse au manque d'habitat d'ouvriers, mais aussi une solution aux maladies infectieuses. Mais qu'en est-il pour les médecins ? Considèrent t'ils qu'il s'agit du modèle le plus adapté à leur idéal ? La Casa Bloc, symbole de l'habitat fonctionnel, si elle respecte les normes hygiénistes du moment se caractérise également par une densification qui, par contre, n'est peut être pas au goût des médecins. Les architectes qui tentent de convaincre leurs contemporains devront également convaincre les médecins, d'autant plus s'il s'agit de personnes influentes au sein des organismes publics.

¹ *Ibid.*, §. 18.

² *Ibid.*, §. 8. L'auteure cite aussi le cinéma ou le sport en amateur comme activités qui peuvent être enrichissantes.

La préoccupation pour le logement ouvrier, est, nous l'avons dit, essentielle pour les médecins de la tuberculose depuis le XIX^{ème} siècle. Si la solution de la maladie passe par un logement propre, hygiénique et avec les installations sanitaires modernes pour tous les médecins, certains se hasardent à décrire l'habitat idéal, comme Simón Hergueta en 1895 :

« el ideal de la habitación consistiría en proteger al hombre contra el calor y el frío, el viento y la lluvia y modificar para él todas las condiciones atmosféricas que le sean inconvenientes, creándose un medio artificial, un clima nuevo y una nueva atmósfera, porque en dicho medio vive el hombre la mayor parte de su existencia. »¹

Le fait que l'être humain passe la plupart de son temps chez lui n'échappe pas non plus aux architectes du GATCPAC qui reproduisent dans la revue AC des schémas complexes afin de décrypter la journée et la vie d'un individu². De la même manière, changer les conditions de vie, protéger l'homme et surtout l'ouvrier de l'environnement, est aussi l'une des caractéristiques que le groupe cherche à faire prévaloir lors de la réalisation des plans.

La question se pose donc de savoir quel type d'habitat est le plus adapté pour obtenir de telles caractéristiques. Avec l'intérêt accru pour le jardin et la faible densité, les médecins ont plutôt tendance à mettre en avant le logement unifamilial, correspondant au type du *bajos* à la fin du XIX^{ème} comme au début du XX^{ème} siècle. Ricardo Campos Marín, dans un article qui cherche à montrer la place accordée à l'habitat ouvrier dans la lutte antialcoolique a expliqué comment les médecins, au début du XX^{ème} siècle, se sont rapidement tournés du côté de l'habitat unifamilial construit en périphérie, et ce à causes des conditions structurelles qu'ils considéraient comme les plus favorables à la santé des habitants.

« La escasa altura de la misma permitía la entrada de la luz; su ubicación en el exterior de la ciudad, su disposición lineal y ausencia de estrecheces en las calles favorecerían la ventilación y la presencia de aire puro. »³

¹ « L'habitation idéale consisterait à protéger l'homme contre la chaleur et le froid, le vent et la pluie, et à modifier pour lui toutes les conditions atmosphériques qui lui soient nocives, créant un milieu artificiel, un nouveau climat et une nouvelle atmosphère, puisque c'est dans ce milieu que l'homme vit la plus grande partie de son existence. » HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, 1895, *op. cit.*

² « L'importància de la vivenda en l'ambient on es forma l'individu », AC n°25, 1937, p. 11.

³ « La faible hauteur de celle-ci permettait l'entrée de la lumière ; sa localisation à l'extérieur de la ville, sa disposition linéaire et l'absence d'étréitesse dans les rues favorisaient la ventilation et la présence d'air pur. »

Dans un chapitre intitulé « le logement hygiénique » de son article sur le logement madrilène et son lien avec la santé des populations, Rafael Huertas met encore en avant cette opposition au logement collectif que l'on retrouve chez les hygiénistes, une opposition qui se traduit à contrario par la solution du logement unifamilial¹. L'utopie du jardin privé dans un contexte de retour à la terre joue également un rôle dans cette préférence. Carlos Ferrand López en 1910 insiste sur le fait que le malade, comme toute personne « tuberculisables » doit :

«*Habitar una casa aislada rodeada de jardín en las afueras de la ciudad o en el campo*»²

En réalité, il s'agit plus d'une reproduction d'un logement qui serait traditionnel et rural que de l'élaboration d'un type urbain nouveau. Au lieu de redéfinir la ville, l'idée est plutôt de la faire disparaître, ou de retourner à une alternative rurale. Par ailleurs, cet engouement pour le logement unifamilial conduit aux projets des maisons ouvrières, les Casas Baratas, que l'on retrouve dans les grandes villes dans les années 1910 puis fin 1920, comme à Barcelone avec les quatre groupes que nous avons déjà cités³.

Lorsque les architectes du GATCPAC réfléchissent à une solution urbaine du problème du logement ouvrier, ils abandonnent assez vite l'idéal de la maison-jardin, dont les quelques expérimentations n'ont pas convaincus, pour se centrer sur le modèle de l'immeuble, dont la Casa Bloc, de Sant Andreu est l'exemple caractéristique⁴. A l'opposé du logement unifamilial, la Casa Bloc se caractérise par une concentration des habitats dans des immeubles, densifiant ainsi les bâtiments afin de libérer le reste de l'espace pour des jardins et d'autres équipements.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, « Casas para obreros. Un aspecto de la lucha antialcohólica en España durante la Restauración », dans *Dynamis*, n° 14, Universidad de Granada, 1994, p. 120.

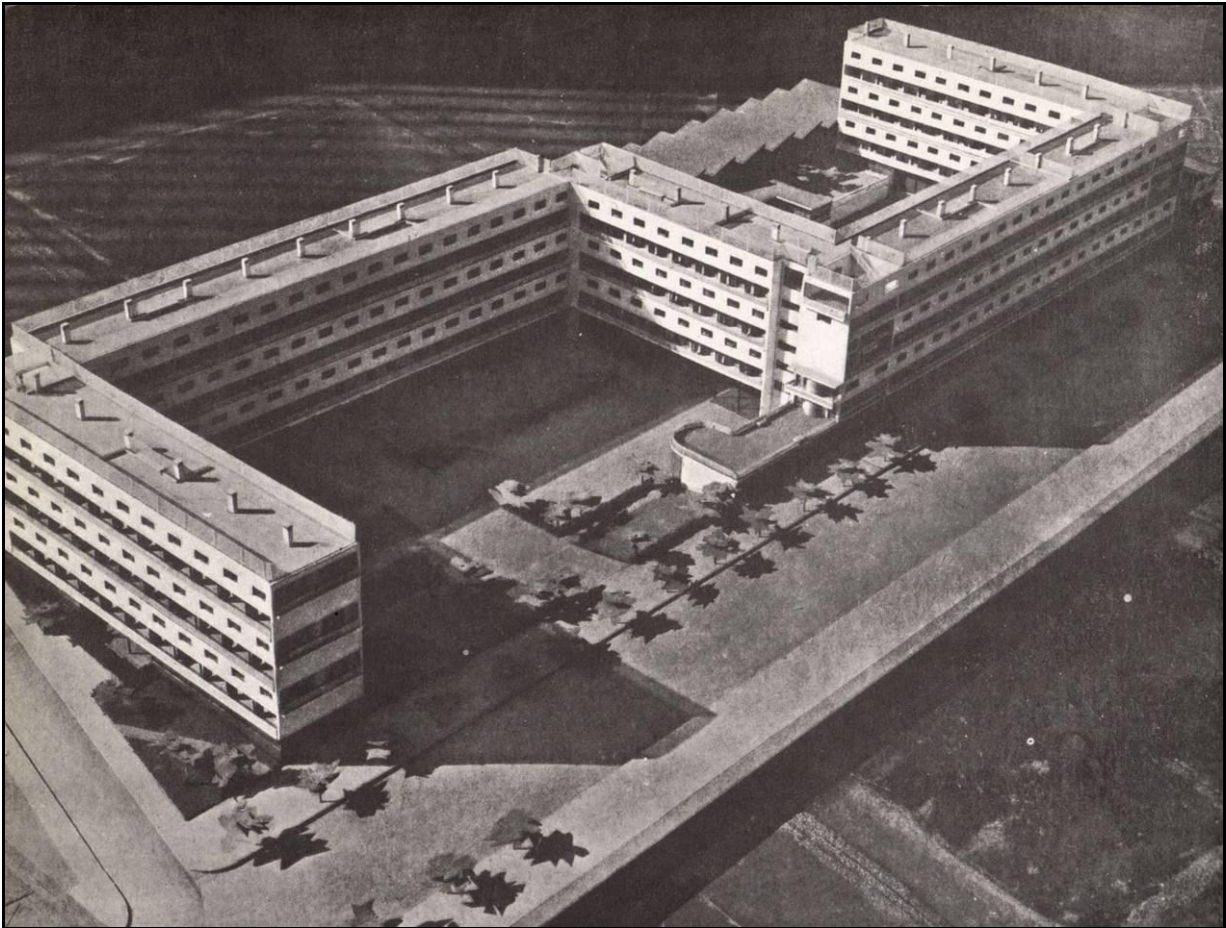
¹ HUERTAS, Rafael, « Vivir y morir en Madrid : la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923) », 2002, *op. cit.*, p. 266.

² « Habiter une maison isolée entourée de jardin en périphérie de la ville ou bien à la campagne. » FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, 1910, *op. cit.*

³ Les quatre groupes de Casas Baratas de Barcelone construit entre 1929 et 1930 sont *Milans del Bosch* et *Baró de Viver* à Santa Coloma de Gramanet, dans Barcelone même *Ramón Albó* au quartier de Horta et *Eduard Aunós* derrière la montagne de Montjuic.

⁴ Sur l'évolution du logement ouvrier type chez le GATCPAC depuis les logements unifamiliaux jusqu'au bloc, voir ROLAND, Julie, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, 2011, *op. cit.*, pp. 259-265.

Illustration 7 : Projet de la Casa Bloc réalisé par le GATCPAC, 1932



(Source: <http://hasxx.blogspot.fr/2011/12/el-gatcpac-grupo-de-artistas-y-tecnicos.html>)

En ce sens, le nombre de logements par paliers reste important, et la densité, symbole de contagion pour les médecins reste forte. Donc, la Casa Bloc ne correspond pas à la demeure que l'hégémonie médicale semble considérée comme favorable à la santé des habitants. Cependant, les immeubles sont espacés les uns des autres, afin de permettre non seulement que le soleil pénètre dans les logements, mais aussi de laisser un espace jardin libre. Au niveau de l'hectare, la densité est, du coup, relativement peu élevée, soit 206 habitants en moyenne d'après les calculs des architectes¹. Finalement, la densité est plus importante que dans le logement unifamilial, mais elle est tout de même modérée, et ne pose plus vraiment de problème pour la santé des personnes qui y vivent, du moins c'est là le sentiment des concepteurs. La typologie de ces immeubles très aérée, est assez différente des « manzanas Cerdà » notamment, Julie Roland a pu les qualifier de « formule Corbuséenne de l'immeuble-

¹ *Ibid.*

villa », en rapport également à la typologie du duplex et aux terrasses¹. Les architectes défendent ce concept, qui finalement allie ce qui semble être l'idéal sanitaire et médical, le jardin, avec un type de construction plus réalisable car plus rentable, l'immeuble densifié. Notons que pour défendre leur projet, les membres du GATCPAC avancent le fait que la typologie d'origine est inspirée d'une forme méditerranéenne, considérée comme plus adaptée et surtout hygiénique que celles importées du nord de l'Europe tels que les autres immeubles de la ville. Mais cette forme méditerranéenne est ensuite améliorée notamment grâce au progrès technique, le béton, qui permet de créer un bâtiment solide, peu coûteux, et surtout salubre². Au niveau de la structure du bâtiment, la ventilation et illumination sont des aspects très importants, on dira primordiaux pour les architectes, qui font de leur projet un symbole de l'architecture fonctionnelle et hygiénique. A l'intérieur du bloc, l'organisation du logement est elle aussi rationalisée, et en cela, elle correspond bien à ce que les médecins de la tuberculose considéraient comme idéal. Les pièces sont calculées pour avoir une taille raisonnable, et pour accueillir chacune une fonction particulière. La séparation des pièces est une caractéristique importante de la nouvelle habitation hygiénique, tout comme les grandes fenêtres qui permettent d'aérer et de faire entrer le soleil. L'intérieur des logements doit être épuré, c'est là, pour les architectes, un point hygiénique tout comme esthétique. La revue *AC* montre des exemples d'intérieurs modernes, où les meubles sont bas afin de ne pas couper l'espace ni empêcher les rayons du soleil de balayer toute la pièce³. Le même mobilier est placé tout autour de la pièce, dans le même but, les bibelots, et autres objets inutiles doivent être supprimés. Si la typologie d'habitat n'est pas forcément celle qui est la plus mise en avant, et si du point de vue de la densité la vision de l'habitat idéal des architectes ne semble pas totalement en adéquation avec celle que nous connaissons aux médecins, par contre du côté de l'occupation, se sont les mêmes caractéristiques qui sont mises en avant d'un côté comme de l'autre. Finalement, l'habitat en immeuble bloc du GATCPAC correspond tout à fait aux valeurs hygiéniques de l'époque, moins aux valeurs morales du foyer individuel, à l'idéal du jardin, ou à celui de la faible densité.

¹ *Ibid.*, p. 262.

² « Vers une nouvelle typologie entre méditerranée et machinisme. *Ibid.*, page 265. Sur ce point nous pouvons nous reporter également aux n°18 et 21 de la revue *AC* : « *la arquitectura moderna es un retorno a las formas puras, tradicionales, del Mediterráneo.* », *AC* n°18, 1935, p. 26.

³ *AC* n°8, centré sur l'architecture résidentielle, ou encore n°15. A contrario, le n°26 de la revue *AC* jamais publié devait présenter des photographies d'intérieurs bourgeois que les membres du GATCPAC disaient « pédants ». MARTI ARIS, Carlos, « Documentos de Actividad Contemporánea : una relectura de los *A.C.* », dans Josep Torres Clavé, *arquitecto y revolucionario, 2C Construcción de la Ciudad*, n°15-16, Barcelone, 1980, pp. 35-47.

Les médecins se laissent-ils séduire par cette nouvelle typologie qu'on leur propose comme la plus adaptée au problème du logement ouvrier ? Car en effet, ces derniers sont conscients que la solution à la tuberculose passe par la résolution du problème du manque de logements accessibles aux populations susceptibles d'être affectées par la maladie. Pour Josep Dencàs, Conseiller Général de Santé Publique et proche du GATCPAC, l'architecture moderne est une solution au problème, du moins des constructions hospitalières et il le répète dans la presse. Il ne se prononce pas forcément sur le sujet du logement privé ou social. La personne des organismes décisionnels qui elle, par contre, prend tout à fait position est le docteur Jaume Aiguader, maire de Barcelone. Le problème de l'habitat ouvrier est pour lui primordial, d'un point de vue social et politique, mais aussi sanitaire. En mars 1932 il prononce à l'Athénée Barcelonaise un discours sur ce sujet, dans lequel il critique fortement les constructions unifamiliales réalisées quelques temps auparavant, considérant que les *Casas Baratas* ne sont que des bidonvilles pérennisés par l'utilisation du béton :

« Cal tenir present que els trenta milions gastats pel Patronat de l'Habitació obrera han servit per a reproduir en ciment armat la barraca primitiva »¹

. Il prend ensuite très clairement le parti des architectes du GATCPAC et du type « casa bloc », qui correspond à des logements sains et réalisables :

« tan sanas como las casas de una ciudad jardín pueden ser las casas bloque que son las que precisamente pueden solucionar el problema de la vivienda obrera. »²

Mais ces deux personnages sont autant des décideurs politiques que des professionnels de la médecine. Pour eux, il ne fait aucun doute que le coût du logement bloc inférieur à celui de la villa-jardin et l'adaptabilité des maisons-bloc jouent un rôle important dans leur adhésion au projet.

Lluís Sayé, bien que décideur au cœur de la Generalitat reste un médecin de la tuberculose, dont les théories médicales sont suivies à la lettre par les pouvoirs publics. Dans ces textes, le directeur du dispensaire central culpabilise le logement en immeuble densifié, mais propose assez rarement des alternatives ou une ville idéale, bien que dans ses cours il pointe la

¹ « Il faut garder à l'esprit que les trente millions dépensés par le Patronat du logement ouvrier ont servi à reproduire en béton armé le bidonville primitif » AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitació obrera a Barcelona*, 1932, *op. cit.*

² « Les maisons bloc, qui sont précisément celle qui peuvent résoudre le problème du logement ouvrier, peuvent être aussi saines que les maisons d'une cité-jardin. » *Ibid.* Egalement cité dans PIZZA, Antonio, ROVIRA, Josep María *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, 2007, *op. cit.*

question de l'insalubrité chronique comme terrain favorable¹. Sa présence dans le comité directeur du « Commissariat de la Maison ouvrière » nous permet d'avancer l'hypothèse de ses bonnes dispositions à l'égard de l'architecture moderne, nous prouvant au moins qu'il s'intéresse à la rénovation de l'habitat ouvrier comme solution au problème de l'endémie tuberculeuse. Le *Comissariat de la Casa Obrera*, créé en 1932 par la Generalitat avec comme objectif de promouvoir la construction sociale, se révèle dans la pratique être l'organisme par lequel passent tous les projets du GATCPAC, et officialise la relation privilégiée entre le groupe et les pouvoirs publics régionaux. C'est cet organisme qui permet la construction des maisons unifamiliales de Sant Andreu et la Casa Bloc, avant d'être fusionné en 1934 avec *l'Institut de l'Atur Forçoz*, mettant ainsi fin à sa courte existence ainsi qu'à toute son action². Le Commissariat est officiellement présidé par Francesc Macià, Jaume Aiguader en tant que maire de Barcelone en est le Vice Président, Josep María Sucre, qui tiendra un rôle important dans cet organisme siège en tant qu'associé de *l'Ateneu Encyclopèdic Popular*, Josep Dencàs, est également présent, en tant que Médecin représentant du Syndicat des Médecins et Lluís Sayé est lui aussi de la partie, en tant que Représentant de l'Assistance sociale aux tuberculeux³. A tous ces représentants plus ou moins officiels, s'ajoutent les trois architectes qui représentent le GATCPAC, Josep Lluís Sert, Josep Torres Clavé et Joan Bautista Subirana. Nous retrouvons donc les principaux protagonistes de notre propos dans la direction du Commissariat, parmi plus d'une vingtaine d'autres personnes, qui se distinguent par leurs activités caritatives, leur appartenance à un organisme public social, ou encore par leur profession concernée par la construction sociale. La présence de Lluís Sayé montre l'intérêt des uns pour la tuberculose, et l'attention des autres à la question de l'habitat ouvrier rationnel et fonctionnel. Si le médecin semble être en contact avec les architectes et même plutôt favorable à leurs propositions, il n'est pas beaucoup impliqué personnellement, et il semble qu'il ait choisi de laisser ce sujet aux mains des architectes, pour concentrer son attention sur une lutte médicale et préventive, en particulier avec le développement du vaccin pour tous.

¹ Cours à la faculté de Médecine de l'Université de Barcelone, par le Dr Lluís Sayé, dans la « Documentation sur des thèmes médicaux », fonds du GATCPAC, MH COAC.

² ROLAND, Julie, « El Comissariat de la Casa Obrera : entre modernitat política i modernitat arquitectònica », *Actas del Congrés Internacional sobre republicans i republicanisme a les terres de parla catalana*, Coordinadora de Centres d'Estudis de Parla Catalana, Barcelone, 2008, pp. 281-291.

³ « Decret de creació del Comissariat de la Casa Obrera » dans « Llibre d'Actes del Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya (19.04.1932 - 22.08.1932). Sessió del 20 de juny de 1932. », fonds de la Generalitat de Catalunya, ANC., p. 199.

Dans une logique préventive privilégiée chez les médecins de la tuberculose en général et chez ceux écoutés par les pouvoirs publics en particulier, l'intérêt pour la ville et surtout le logement se trouve décuplé. En ce sens, il semble logique que les médecins qui ont une vision plus ou moins claire du lieu idéal où vivre s'intéressent aux réalisations effectives, et aux projets réalisables que propose l'architecture moderne dont les bases scientifiques sont sensiblement les mêmes. En effet, nous avons vu que l'idéal des médecins correspond souvent à celui des architectes, la ville de repos et de vacances rend accessible à toute la population ouvrière ce que le préventorium ou le sanatorium dans sa nouvelle version apporte au malade. Plus globalement, la planification de la ville fonctionnelle correspond à l'idéal ordonné rêvé par les médecins. A l'échelle de l'habitat, et d'un point de vue non plus utopique mais pratique, les propositions comme les réalisations du GATCPAC corrigent parfaitement l'insalubrité régnante dans les logements ouvriers stigmatisés par la tuberculose et pointés du doigt par les médecins « officiels » ou écoutés par les autorités telle que Lluís Sayé. A l'inverse, la typologie d'habitat en bloc ne correspond pas à l'idéal tel qu'il est prôné par les médecins depuis la fin du XIX^{ème} siècle et encore dans les années 1930, en particulier en ce qui concerne la densité par étage. Mais l'immeuble bloc comme solution pour loger les ouvriers n'apparaît que vers 1933, il faut donc peut-être laisser le temps à ce type de structure de se faire un nom dans le monde médical. En dehors d'un certain nombre d'idées et de conceptions hygiénistes, les médecins et les architectes dont nous avons parlé ont aussi en commun des lieux de réunion, et se fréquentent dans leur vie privée comme publique. La présence de Lluís Sayé dans la direction du Commissariat de la Maison ouvrière montre non seulement son intérêt pour la solution au problème de l'habitat, mais aussi que tous ces personnages appartiennent à un même monde, qui se partage la résolution de la question sociale.

Nous avons essayé de montrer ici comment s'associaient médecins et architectes et ce qu'ils s'apportaient l'un à l'autre sur la question de la tuberculose. Ces personnages évoluent dans les mêmes sphères, peut-être à l'*Ateneu Enciclopèdic popular*, ont des idées similaires et des préoccupations assez semblables. Si pour le GATCPAC « l'environnement forme l'individu », la maxime est complétée par le mot d'ordre de Lluís Sayé, « le tuberculeux est le témoin d'un environnement infecté ». Les deux ont donc en commun de constater les influences du milieu sur l'homme et de l'homme/microbe sur le milieu montrant ainsi la proximité des deux disciplines, d'un point de vue sanitaire et social ainsi que, dans une

certaine mesure, un objectif éducatif en filigrane. En outre, le médecin montre très clairement que dans une logique de lutte préventive, sa première préoccupation est l'environnement, l'espace proche du malade dans lequel se dépose le microbe, et sur ce point, il semble que l'architecte puisse apporter sa contribution.

Le lien entre architectes et médecins, s'observe sous plusieurs aspects. D'abord, chacun semble résoudre les problèmes de l'autre, la médecine sert de faire-valoir aux projets des architectes, et l'architecture, du moins dans l'esprit des membres du GATCPAC, apporte les conditions favorables à la lutte contre la maladie, en retirant les recoins poussiéreux et insalubres dans lesquels se déposent le microbe, et en ajoutant des lieux sains, dans lesquels peuvent exercer les médecins et qui permettent par la même, nous l'avons dit, de donner à voir la Médecine. Dans un premier temps, donc, les architectes se placent au service de la médecine, et des pouvoirs publics, proposant leur contribution à une lutte contre la tuberculose à la fois spatiale et médicale, qui consiste à extirper le bacille, puis à le noyer dans du ciment. Mais l'action sanitaire et sociale des architectes dépasse ensuite les aspirations des médecins, en tentant de concrétiser un idéal sanitaire, que ce soit par la planification de la ville fonctionnelle, comme le projet de la *Ciutat de Repòs i Vacances*, qui généralise à la population ouvrière un régime de soins que les médecins conseillaient aux malades. Le GATCPAC propose une nouvelle typologie d'habitat, la maison bloc, qui s'approche de l'idéal des médecins en ce qui concerne les aspects hygiéniques, un peu moins pour ce qui est de la densité par immeuble ou étage, comme de la visée morale, puisque depuis la fin du XIX^{ème} siècle, les professionnels de la médecine semblaient préférer la maison unifamiliale privilégiant l'unité du foyer, à l'immeuble collectif. Malgré cela, les représentants des autorités publiques sanitaires semblent convaincus par les projets de ceux qui sont à la fois leurs partenaires professionnels et les membres d'une même élite sociale et politique. Alors, l'architecture moderne est-elle LA solution au problème des logements tuberculeux pour les médecins ? Tous les médecins ne sont pas forcément d'accord sur ce point, comme nous l'avons vu avec les nombreuses critiques des médecins opposés à la construction d'un prestigieux dispensaire antituberculeux. Mais pour ceux, les plus écoutés par les pouvoirs publics, qui privilégient la prévention et pour lesquels l'espace est l'élément clé à guérir, cela pourrait bien être le cas. Malgré tout, à l'image de Lluís Sayé, grand médecin de la tuberculose pendant les années 1930, si ces derniers s'intéressent aux propositions en béton armé des architectes, il s'agit semble t'il d'un autre aspect du problème social et sanitaire, qui

ne fait pas partie de leur domaine de compétences, et qu'ils choisissent de laisser entre les mains d'autres professionnels.

Plus qu'une simple échelle d'étude, le recoin poussiéreux, lieux tuberculeux par excellence, devient le responsable du développement et de la contamination de la tuberculose dans la ville. Il est le point noir, point de départ de l'infection, qu'il s'agit d'identifier puis d'éliminer. Nous avons dans ce chapitre cherché à décrypter les logiques qui font des logements particuliers le lieu privilégié où il faut agir pour les médecins. Globalement, nous avons montré que les concepts sont les mêmes que pour l'échelle de la ville ou du quartier, le facteur environnemental de la tuberculose repose sur l'insalubrité, hygiène générale et en particulier la poussière, vecteur de maladie, et sur la concentration humaine, la surpopulation. Notre analyse à partir des données disponibles dans le recensement nous a permis de déterminer que les tuberculeux soignés à Barcelone dans les années 1930 vivent le plus souvent dans des logements en immeubles souvent très denses. Ainsi, alors que nous ne pouvions pas parler de corrélation entre densité et tuberculose à l'échelle de la ville, la concentration de personnes semble être une caractéristique importante au sein du logement des malades. Finalement, l'étude de ces données montre que, quelque soit le quartier où se trouve le malade, il vit dans un des plus mauvais logements de la ville, que ce soit à cause des caractéristiques même du logement comme, le plus souvent, à cause d'une surpopulation. Bien sûr, les données sont orientées par la vision des médecins qui « choisissent » les malades, ce qui nous pousse à étudier plus en détail les discours, subjectifs, de ces derniers.

Guidés par la logique bactériologique exclusive, ces médecins se centrent sur le microbe et passent donc les différents recoins poussiéreux de la ville au crible, recherchant les causes de la maladie et caractérisant comme espaces à risque et contagieux les lieux insalubres et denses. Dans cette conception, nous avons vu que la préoccupation pour la contagion directe les faisait préférer des lieux fermés et denses, dans lesquels les personnes ont plus de chance de se transmettre la maladie, plutôt que de endroit de passage dans lesquels transite pourtant beaucoup de monde. Cela les conduit évidemment tout droit vers la culpabilisation du logement privé, en faisant tout de même un arrêt à la case « taverne », moralisation oblige. L'habitat

tuberculeux, ouvrier en général puisqu'il s'agit des mêmes personnes dans l'esprit de ces acteurs, cristallise toutes les erreurs hygiéniques que le bon sens voudrait inimaginables, et c'est pour cette raison que les médecins en font le terrain comme le responsable de la maladie. Les personnes vivant dans ces taudis attrapent la tuberculose à cause de la saleté qui véhicule le microbe, mais surtout à cause du manque de précautions prises pour éviter tout contact avec les tuberculeux. En ce sens, après l'identification des points noirs et leur condamnation, les médecins proposent des solutions, afin de réduire le risque de contagion et par conséquent résoudre le problème de la morbidité tuberculeuse. Ces solutions sont de deux types, d'un côté des conseils pratiques des médecins aux malades, aux proches, et aux « tuberculisables » en général, de l'autre les solutions radicales, qui réclament du coup l'intervention d'une autre série d'acteurs. Les années 1930 sont celles des architectes du GATCPAC à Barcelone, qui, très impliqués dans les questions sociales et sanitaires, prétendent apporter la solution à la maladie en changeant les conditions de la ville. Ces nouveaux « médecins » soignent la ville, retirant chirurgicalement les lieux contagieux et ajoutant des lieux de soins, tout en proposant un idéal de ville en béton auquel les médecins, et surtout les autorités sanitaires, adhèrent assez bien. Ce qui est intéressant de constater sur ce point, c'est que, médecins ou architectes, c'est avant tout l'insalubrité que ces acteurs veulent voir disparaître, la densité apparaît comme une caractéristique importante, peut-être parfois incluse dans la conception d'insalubrité large car dégradant les conditions d'habitat, mais peu évoquée dans les discours des uns comme des autres. Alors, la tuberculose redevient-elle un problème plus général d'hygiène ? Souvenons-nous que Philip Hauser considérait à la fin du XIX^{ème} siècle que la mortalité due à la tuberculose ne pouvait reculer qu'en fortifiant le terrain. La contagion directe, est en réalité évoquée par les médecins dans leurs conseils aux populations, mais elle ne se résout pas, ou peu, par une restructuration de la ville ou une réorganisation du logement. Plus encore que la contagion indirecte provoquée par l'insalubrité, la contagion directe est liée à un comportement déviant ou ignorant des risques, et elle est donc de la responsabilité du seul malade et de ses proches, peu prudents. Ainsi, les médecins, qui passaient allègrement du district au logement, passent maintenant de la chambre au lit, et du lit au malade, qui finalement redevient le fameux passant ignorant et cracheur, qui sème la mort sur son passage et doit être éduqué.

CONCLUSION

Au terme de cette étude sur l'inscription urbaine de la tuberculose, il est apparu que les interactions entre espace et maladie doivent être comprises au travers de la conception bactériologique exclusive. Faire l'état des lieux de la tuberculose suppose prendre en compte la construction médicale de celle-ci, comme rendre compte des inégalités spatiales la concernant et des mécanismes qui permettent de l'expliquer. L'implantation du microbe dans la ville telle que nous avons pu l'étudier remet en question l'opposition traditionnelle entre centre ancien insalubre et périphéries saines puisque les tuberculeux barcelonais vivent certes davantage dans le centre ancien, mais sont également présents dans les périphéries populaires. De la même manière, le lien entre densité et maladie, particulièrement observé dans une conception contagionniste, est mis en doute à l'échelle de la ville. Les malades ne vivent pas dans les zones les plus denses mis à part le centre ancien. Par contre, à l'échelle de l'habitat, la densité est bien une caractéristique particulière des logements des tuberculeux. Néanmoins, il est possible de penser que c'est justement cette densité qui permet d'expliquer l'internement de certains malades. Nous avons pu commencer à distinguer des logiques de proximité et de visibilité dans la répartition des tuberculeux dans la ville, qui reflète aussi des pratiques orientées. En ce sens, cette spatialisation permet de comprendre la constitution du collectif étudié parmi les autres porteurs du microbe par les choix des médecins.

D'ailleurs, décrypter la relation entre microbe et espace suppose surtout de réfléchir à cette construction par les médecins pour comprendre les mécanismes qui les conduisent à s'intéresser à la ville. Nous avons observé, avec la mise en place d'une théorie bactériologique exclusive, une évolution des échelles de prise en compte de l'espace, depuis la ville dans son ensemble opposée à l'espace rural jusqu'à la concentration sur l'habitat. La tuberculose est un problème lié à l'hygiène mais peut-être à une hygiène différente, une hygiène tuberculigène, qui prend en compte les espaces comme des lieux contagieux. Les historiens de la médecine ont expliqué l'évolution de la prise en charge de la maladie engendrée par les nouvelles théories, mais ne sont pas penchés spécifiquement sur l'évolution caractéristique d'une approche spatiale. Pourtant, selon nous cette focalisation sur le microbe conduit à confondre espace de vie du tuberculeux, malade et microbe dans l'optique d'identifier l'infection et d'éradiquer le problème. Se met alors en place une lutte spatiale

médicalisée, avec notamment la volonté de créer un espace sain, sous entendu sans microbe, en modifiant de manière plus ou moins drastique les logements. A cela s'ajoute une lutte médicale spatialisée, qui prétend apporter une réponse médicale au problème au plus près des populations jugées à risque. Plus particulièrement pour le contexte qui nous préoccupe, c'est la diffusion du vaccin du BCG dans la ville sur laquelle se concentrent les médecins du Service de lutte de la Generalitat. Mais avec le vaccin, les médecins considèrent aussi l'individu, en tant qu'agent porteur et prétendent apporter une réponse jugée efficace directement au malade. Le tuberculeux semble donc la dernière échelle de perception du microbe, et les médecins sont forcés de s'intéresser à lui. Comme nous le verrons, l'aspect social de la maladie reste néanmoins présent dans l'imaginaire commun comme dans la conscience des médecins. La prévention de la maladie passe aussi par la détermination d'une catégorie à risque, celle des ouvriers les plus démunis le plus souvent.

PARTIE 2 : Les tuberculeux dans la ville : la précarité au quotidien

INTRODUCTION

« Tampoco el tuberculoso es, como la gente se cree, un individuo agotado, pálido, anhelante, demacrado, cuadro que corresponde al periodo final de la enfermedad ; muchas veces el enfermo conserva una buena apariencia, apenas tose, y continua con mucho tiempo haciendo su vida ordinaria »¹.

Cette attitude du malade qui posait un grave problème au médecin Vinuesa Alvarez car qu'elle rendait impossible la prévention de la contagion, constitue pour nous un point d'entrée afin d'observer l'inscription du malade dans l'espace social avant que ne soit diagnostiquée la maladie. Il s'agit dans cette partie de passer au-delà de cette considération du tuberculeux comme semeur de bacille, pour parler d'un individu qui vit aussi avant sa maladie. Cela implique dès lors de faire la part belle au malade et de délaisser quelque peu le microbe comme indicateur commun. Cela suppose aussi de revenir sur la notion de maladie sociale. Pour les médecins opposés à la pratique hégémonique de la chasse au bacille (mais souvent

¹ « Le tuberculeux n'est pas non plus, comme les gens le pensent, un individu épuisé, pâle, agité, amaigri, tableau qui correspond à la dernière étape de la maladie ; souvent, le malade conserve une bonne apparence, il tousse à peine et continue longtemps à mener sa vie ordinaire ». VINUESA ALVAREZ, A. (dir.), *Tuberculosis. Once conferencias radiadas de divulgación sanitaria sobre los siguientes temas*, Inst. de Higiene de Tenerife, Santa Cruz de Ténérife, 1938, 56 p.

convaincus de l'importance du microbe comme cause unique de la maladie)¹, le vécu du patient, sa profession, l'utilisation de son temps libre, ses conditions de logement sa sociabilité, doivent être tout autant pris en compte, pour le diagnostic comme pour le traitement. Dans cette étude, les facteurs sociaux de la maladie resteront présents, en creux. Situer l'individu qui sera aidé plus tard en tant que tuberculeux dans la société suppose aller et venir entre prise en compte d'un collectif et expériences individuelles afin d'observer les nuances qui l'inscrivent dans d'autres groupes sociaux spécifiques et en particulier dans un groupe identifié par le stigmate de la pauvreté. La tuberculose est-elle effectivement un révélateur de pauvreté ? Avant de répondre, il faut tout d'abord comprendre ce que signifie la pauvreté. Pour un médecin comme Luis Comenge en 1900, les pauvres sont ceux qui ne disposent pas d'autres revenus que du fruit de leur travail journalier, inférieur à une somme qu'il fixe pour l'époque à 5 pesetas à la journée². Il ajoute encore d'autres facteurs réduisant d'avantage le budget du foyer, montrant donc très clairement que les pauvres sont pour lui des démonétisés. Comme l'explique Annie Fourcaut dans *La ville divisée*, bien d'autres variables peuvent être prises en compte à l'heure de « découper » le social, permettant ainsi « une grille de lecture plus pertinente et [...] d'éviter les blocages hérités du fonctionnalisme »³. José Luis Oyón, après une étude sur l'espace social barcelonais des années 1930, conclut à l'existence d'un groupe social plus précaire que les autres parmi les ouvriers, qui pourrait correspondre avec la zone de vulnérabilité dont parle Robert Castel dans ses écrits⁴. Plus encore, la pauvreté semble être une zone large, qui inclut la misère sociale ou les grands pauvres⁵. En voulant situer le tuberculeux dans la « ville populaire » comme la nomme José Luis Oyón⁶, il s'agit pour nous, plutôt que de simplement vérifier la réalité de miséreux, de tenter de comprendre les processus qui précarisent la situation sociale des tuberculeux. Dans un premier temps, nous situerons le (futur) malade par rapport aux caractéristiques d'un groupe

¹ A titre d'exemple, voir HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69 p., ou XALABARDER i SERRA, Eduard, *La tuberculosis en Barcelona*, La Medicina Social española, n°3, 1918, pp. 587-593.

² COMENGE y FERRER, *Mortalidad infantil de Barcelona según las clases sociales*, Tipografía «La Académica», Barcelone, 1900, p. 7.

³ FOURCAUT, Annie (dir.), *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question, France XVIII-XX^{ème} siècles*, Creaphis, Grâne, 1996, p. 14.

⁴ OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001. CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherches sociologiques*, n°22, 1994, pp. 11-25.

⁵ Voir plus loin, chapitre 5, pour des références bibliographiques précises.

⁶ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008.

ouvrier, celui-là même où il est la plupart du temps inscrit par les médecins. Nous verrons s'il entre dans ce groupe considéré comme le plus précaire de la ville ouvrière en prenant en compte le terme « ouvrier » en tant que statut social mais aussi en tant que profession spécifique. Ensuite, nous nous attacherons à comprendre l'espace vécu du malade, comme élément de son quotidien. Dans l'optique d'une lecture spatiale de la société, il s'agira d'observer le lieu de vie comme un révélateur de précarité mais également de le comprendre comme une pratique de vie qui dégrade d'avantage sa « position sociale ». Enfin, nous étudierons le rapport entre tuberculeux et exclusion sociale avant qu'il ne tombe malade et ne bascule irrémédiablement dans cette zone d'exclusion. Il faudra prendre en compte les processus qui conduisent à comprendre la dégradation de la vie des malades, mais aussi questionner son appartenance à la grande pauvreté.

CHAPITRE 3 : L'ouvrier et le tuberculeux

Les médecins confondent toujours ouvriers et tuberculeux. Pour eux, ils font partie d'une même catégorie, celle que nous avons appelé plus haut les « tuberculisables ». Dans ce chapitre, nous avons souhaité observer la relation entre monde ouvrier et monde tuberculeux afin de déterminer si le collectif tuberculeux correspond à la population ouvrière. Mais cela signifie, dans un premier temps, de définir ce que nous entendons par « ouvrier ». S'agit-il d'une profession ou bien d'un statut social ? Les acteurs sociaux de l'époque, médecins, hygiénistes en ce qui nous concerne le plus directement, tendaient à utiliser le terme de manière indifférenciée, pour qualifier à la fois travailleurs manuels et populations défavorisées¹. Le terme « ouvrier » est tantôt remplacé par « peuple », tantôt par « classe ouvrière »². Finalement, certains, nous le verrons, réutilisent plutôt le terme de « prolétaire », avec sa connotation politisée, ajoutant parfois un jugement moral³. Ils définissent ainsi l'ouvrier en creux, à partir d'une opposition aux bourgeois, en introduisant la variable culturelle associée au revenu pour différencier les populations.

L'histoire ouvrière, considérée en tant que discipline très large, oscille entre l'histoire de l'entreprise, celle des expériences de vie et des pratiques quotidiennes, incluant la manipulation de sources orales, pour aller jusqu'aux mouvements sociaux et politiques, abordant par la même tous les aspects du terme « ouvrier »⁴. Mais les historiens spécialistes se

¹ GONZALEZ RIBAS, Modesto, *Descubrimiento precoz, asistencia social y recuperación en la tuberculosis del obrero*, Lib. de Ciencias Médicas, Barcelone, 1947, 121 p.

² C'est le cas notamment de Zacarías Velázquez Lobo dans son article de la *Asociación Católica de obreros*, intitulé *El alcoholismo y la tuberculosis en las clases obreras*, Imp. Católica de E. G. Rovina, Avila, 1911, 16 p. L'objectif ici étant de définir une catégorie large qui s'apparente plus à un collectif pauvre.

³ GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Baena Hermanos, Madrid, 1903, 18 p.

⁴ Pour aborder l'histoire et l'historiographie ouvrière à partir de la France nous pouvons nous référer au travail de synthèse bien connu de Gérard Noiriel *Les Ouvriers dans la société française (19ème-20ème siècle)*, Seuil, collection « Points », Paris, 1986, 317 p., qui étudie notamment le rapport au travail. Citons encore les ouvrages désormais « classiques » : LEQUIN, Yves, *Les Ouvriers de la région Lyonnaise, 1848 - 1914*, PUL, Lyon et PERROT, Michelle, *Les ouvriers en grève: France 1871-1890.*, Service de reproduction des thèses, 2 vol., Lille, 1975, 900 p. Pour compléter un panorama général sur la France citons également le très récent ouvrage général

trouvent confrontés eux-aussi à ces problèmes de définition. Dans le contexte scientifique barcelonais, les historiens de l'urbain ont eux-aussi choisi d'utiliser le terme d'ouvrier dans un sens détourné, voire plus large, afin de parler d'une catégorie sociale¹. Il s'agit d'une catégorie difficile à définir puisqu'elle réunit sous un seul terme des personnes aux profils bien distincts. Il est fréquent de diviser alors le monde ouvrier selon deux sous-catégories, regroupant d'une part les ouvriers qualifiés, et de l'autre les ouvriers spécialisés, ou sans qualification, ceux qu'en espagnol on nommera « *jornaleros* »². Si ces sous-divisiones sont justifiées *a priori* par une différence de revenu, de type de travail et de statut, elles sont parfois bien mal adaptées à la réalité socio-économique de la ville.

Sans chercher pour le moment à résoudre ces problèmes fondamentaux de définition, nous allons au contraire nous appuyer sur ces interrogations pour guider notre travail autour du lien entre tuberculose et ouvrier, ce qui nous permettra d'enrichir d'avantage notre propos et d'étoffer la réflexion sur une possible correspondance entre ouvrier et malade. Ainsi, nous nous demanderons si, outre la maladie, il est possible d'observer d'autres caractéristiques communes entre ces malades aidés qui permettent de les identifier en tant que groupe ou bien comme appartenant à une « zone sociale » définie. Il s'agit de réfléchir si ce groupe tuberculeux, si tant est qu'il existe en tant que tel, se définit plutôt autour d'une profession, ou d'une catégorie socioprofessionnelle commune, ou bien si ce qui rapproche les malades entre

de Xavier Vigna, *Histoire des ouvriers en France au XX^e siècle*, Editions Perrin, Paris, 2012, 408p., qui fait la part belle aux témoignages et à la description du quotidien. Ajoutons aussi les travaux de Nicolas Hatzfeld sur l'histoire du travail et de l'emploi dont notamment sa participation à l'ouvrage collectif ARBORIO Anne-Marie, FOURNIER Pierre, COHEN Yves, HATZFELD Nicolas, LOMBA Cédric et MULLER Séverin (dir.), *Observer le travail. Ethnographie et histoire, approches combinées*, Paris, La Découverte, 2008, 352 p.

A Barcelone, le groupe de recherche de l'Universitat de Barcelona Travail, Institution et Genre (TIG) formé autour de Cristina Borderías s'occupe avant tout de la relation entre travail industriel et genre, mettant en avant les pratiques professionnelles comme les mouvements ouvriers, tout en produisant également des travaux monographiques, en témoigne la thèse de Carles Enrech Molina sur l'entreprise textile « La Espanya Industrial ». *La España industrial : obrers i patrons, 1847-1951*, thèse de doctorat dirigée par GABRIEL Pere, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Història Moderna i Contemporània, Barcelone, 1990.

Pour ajouter enfin une référence au renouvellement historiographique sur la question des sociabilités ouvrières, nous pouvons nous reporter à l'ouvrage collectif dirigé par Alain Leménorel, *Sociabilité et culture ouvrières*, Cahiers du GRHIS, n° 8, PUR, Rouen, 1998, 102 p, qui aborde les aspects culturels dans une perspective sociologique et historique.

¹ Voir les travaux de José Luis Oyón, dont notamment les articles à visée historiographique : « Obreros en la ciudad: cuestiones en torno a un proyecto de investigación en historia urbana » dans *Historia Contemporánea* n°18, 1999, pp 317-345. Ainsi que OYON, José Luis, « Historia urbana e Historia obrera : reflexiones sobre la vida obrera y su inscripción en el espacio urbano, 1900-1950 », dans *Perspectivas Urbanas* n°2, UPC, Barcelone, 2001.

² « journaliers » (traduction littérale).

eux n'est pas plutôt une situation socio-économique précaire qui les fait tous appartenir au groupe social le plus défavorisé de la ville.

Dans un premier temps, nous analyserons le profil des malades barcelonais, en le comparant à celui que dressaient les médecins, mais aussi aux connaissances plus générales sur la population barcelonaise. Cela nous permettra de montrer que non seulement les malades appartiennent à la branche la plus « précaire » de la catégorie socioprofessionnelle ouvrière, mais surtout que c'est bien ce profil qui détermine la répartition des malades dans la ville, et explique leur localisation dans les zones très populaires. Etant donné que la catégorie sociale commune semble être la caractéristique la plus visible pour évoquer le groupe tuberculeux, nous nous pencherons ensuite plus en détail sur l'activité de ces malades, leurs professions. Nous verrons que si dans un premier temps certaines professions semblent être considérées comme à risques, c'est surtout la précarité économique des malades qui transparaît dans des occupations professionnelles journalières, jugées informelles ou excessives.

A. Un profil des malades qui reflète la Barcelone ouvrière

L'égalité de tous face à la mort, largement proclamée par certains médecins de la fin du XIX^{ème} siècle, ne semble plus du tout d'actualité à l'heure d'étudier le profil type des malades. En effet, les professionnels de la médecine ont beau citer les proverbes populaires et les poètes, cela n'empêche personne de constater que la tuberculose touche plus fortement les classes sociales défavorisées¹. Certains médecins réalisent des statistiques, mettant en avant la différence riche/pauvre par rapport à la maladie². Ainsi, le statisticien et démographe Jacques

¹ En témoigne l'exemple de Plácido Peña Novo qui en 1930 cite un vers d'un poète pour lequel : « *el pobre, el poderoso, el rico y el fuerte/ con igualdad caminan a la muerte* », et démontre en même temps que les « pauvres » sont beaucoup plus touchés par la tuberculose que les « puissants, riches et forts ». PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

² La séparation riche et pauvre est souvent admise comme telle par les médecins. Néanmoins, certains s'attardent à le justifier, surtout à partir de données économiques, basée sur le revenu.

Bertillon évoquait 3% de morbidité tuberculeuse chez les riches contre 33% chez les pauvres¹. Les médecins espagnols reprennent ces études d'autres professionnels européens pour démontrer le contenu social de tuberculose, comme Simón Hergueta en 1895 qui cite le docteur Bouchardat, pour qui sur 1 000 morts pauvres on retrouvait 232 tuberculeux, alors que pour 1000 morts riches seulement 63². Les exemples d'études similaires, mettant en avant l'écart entre deux grands groupes de la population, se multiplient au début du XX^{ème} siècle, avec l'engouement statistique caractéristique du moment³. La mortalité et la morbidité différentielle guident les travaux des médecins de l'époque non seulement pour établir un profil du malade, mais encore pour déterminer les facteurs de la maladie dans une démarche épidémiologique. L'objectif dans cette sous-partie est de dépasser l'étude des facteurs aggravant la tuberculose, pour se centrer d'avantage sur les malades, et déterminer si le profil type de ces derniers correspond bien à celui de cette population défavorisée, que l'on appelle si facilement les « pauvres ». Mais « pauvre », à Barcelone après la Révolution Industrielle, cela veut souvent dire ouvrier, que ce soit compris comme catégorie sociale ou bien professionnelle. Alors, le profil type des malades est-ce celui d'un ouvrier dans le sens large du terme ?

Plus précisément, nous tenterons de montrer ici, que le malade est non seulement un ouvrier mais qu'il fait surtout partie d'un groupe, plus restreint, des ouvriers en situations les plus précaires, ce qui explique notamment sa localisation dans des zones dites populaires de la ville.

Dans un premier temps, nous chercherons à établir le profil des malades à partir des discours des médecins, lesquels, centrés sur un objectif prophylactique, insistent surtout sur les aspects culturels. Ensuite, nous verrons que les malades soignés à Barcelone dans les années 1930 s'apparentent à l'ouvrier non qualifié, jeune et immigré. Enfin, ce nouveau profil des malades nous permettra de nous interroger à nouveau sur la localisation des tuberculeux dans la ville, afin d'observer si la logique de répartition des malades n'est pas guidée par des déterminants sociaux.

¹ Jacques Bertillon en 1889, cité dans LINARES ENRIQUEZ, Antonio de, *La tuberculosis y la Higiene. Conferencia leída en la sesión pública celebrada en la Sociedad malagueña de Ciencias Físicas y Naturales el 18 de octubre de 1906*, Imp. José Supervielle, Málaga, 1906, 23 p.

² HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p.

³ Voir chapitre 1.

1. De la timide phtisique à l'exubérant ouvrier tuberculeux : profil d'un malade misérable à éduquer

Au XIX^{ème} siècle, il semble que l'on assiste à une évolution du profil type du tuberculeux dans la perception des contemporains. Ce passage, qui s'effectue depuis une malade plutôt aisée à un collectif de malades misérables a été longuement évoqué par les historiens spécialistes de la tuberculose dans les années 1980 notamment¹. Nous verrons ici comment évolue le profil type du malade selon les médecins de l'époque, depuis la figure de la phtisique aisée atteinte d'une maladie de l'âme, jusqu'à l'homme jeune ouvrier, en passant par le misérable ignare et vicié. Cela nous permettra également de réfléchir à la construction d'une catégorie sociale par les médecins.

La littérature du XIX^{ème} siècle reflète, et même sans doute influence une vision du malade glorifiée, depuis l'héroïne romantique et digne telle Marguerite Gautier, la dame aux camélias, jusqu'au visage épuisé de Fantine, misérable mais qui conserve son aura jusque sur son lit de mort². La littérature naturaliste, si elle continue à rapporter la tuberculose à une maladie de l'âme, montre bien une évolution, puisque le malade change de visage, en témoigne le personnage de Germinie Lacerteux dans le roman éponyme des frères Goncourt³. Diego Armus a également décrit les tuberculeuses des œuvres populaires argentines, des travailleuses en bonne santé venues de la campagne, qui se trouvent contaminées par les vices et la misère qui règnent à la capitale⁴. A la figure de la « poitrinaire » personnage exclusivement féminin, s'ajoute la figure bien connue de Hans Castorp, digne représentant de ces aristocrates et grands bourgeois soignés dans des sanatoria de montagne⁵. Dans son article sur la tuberculose et la montagne, Pierre Guillaume a montré que dans un roman comme *La Montagne Magique*, la tuberculose servait de prétexte à la création d'une microsociété

¹ Voir notamment : GRELLET, Isabelle, KRUSE, Caroline, *Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme 1800-1940*, Ramsay, collection les Raisons du Corps, Paris, 1983, et GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986.

² DUMAS, Alexandre (fils), *La dame aux camélias*, 1848. HUGO, Victor, *Les Misérables*, 1862.

³ DE GONCOURT, Edmond et Jules, *Germinie Lacerteux*, 1865.

⁴ ARMUS, Diego, « El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires (1910-1940) » Dans ARMUS, Diego (dir.), *Entre médicos y curanderos, Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Ed Norma, Buenos Aires, 2002.

⁵ MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, 1924.

nécessaire au développement philosophique pour l'auteur¹. Outre l'instrumentalisation de la tuberculose, dans ces ouvrages sur les sanatoria la mort est parfois maquillée et elle est d'autres fois mise en scène dans toute sa cruauté comme c'est le cas chez les personnages du roman de Camilo José Cela, *El Pavellón de reposo*². Dans tous les cas, ces ouvrages mettent encore en avant des malades aisés, alors que la littérature naturaliste elle, passait aux malades misérables et en cela s'accordait avec la réalité perçue par les contemporains. Ce passage du riche au pauvre est liée à la nouvelle vision de la maladie, qui d'une maladie de l'âme qui ennoblie la personne qui meurt, devient une maladie vile, de la pauvreté et sans plus aucun attrait. Par ailleurs, la tuberculose passe d'une maladie féminine, dans la littérature romantique surtout, mais encore chez les naturalistes, à une maladie masculine, devenant ainsi sans doute beaucoup moins séduisante.

Ajoutons qu'une étude plus poussée de la littérature du XIX^{ème} et XX^{ème} siècle ne manquerait pas de voir se chevaucher chronologiquement les deux visions, celle de la maladie des taudis misérables de Victor Hugo et celle de la maladie soignée dans la société brillante de Davos³. Il y aurait donc peut-être deux tuberculoses, une qui détruit, l'autre qui glorifie, l'une qui touche les pauvres l'autre qui touche les riches. On a coutume de dire que c'est la découverte de la bactériologie qui est à l'origine de ce changement, puisque la maladie devenant infectieuse et contagieuse commence à faire peur. Pourtant, nous avons montré que bien avant les découvertes de Koch, la peur de la contagion était sensible, et les expériences telles que celles de George Sand aux Baléares ont montré que l'esthétisation de la maladie faisait avant tout partie d'une rhétorique toute littéraire⁴. La timide phtisique, une femme par excellence est au XX^{ème} siècle devenue un homme tuberculeux particulièrement exubérant et dérangeant, à moins qu'il ne soit au contraire trop discret ce qui le rend d'autant plus dangereux⁵.

¹ GUILLAUME, Pierre, « Tuberculose et montagne. Naissance d'un mythe. », *Vingtième Siècle: Revue d'Histoire*, n°30, Avril-Juin, Presses Sciences-Po., Paris, 1991, pp. 32-39.

² CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, Austral, Madrid, 1951.

³ HUGO, Victor, *Les Misérables*, 1862, *op. cit.*, et MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, 1924, *op. cit.*

⁴ Georges Sand *Un Hiver à Majorque*, 1842, citée par GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, *op. cit.*

⁵ Souvenons-nous du « semeur de mort silencieux » du médecin José Valdés, VALDES LAMBREA, José, *El fantasma de la tuberculosis. Páginas útiles a sanos y enfermos*, Tip. La Tierra, Carthagène, 1928, 30 p. En 1938, le médecin Angel Vinuesa Alvarez lors d'une conférence de divulgation sanitaire intitulée « Signos y síntomas que hacen sospechar una tuberculosis » relevait également le fait que les tuberculeux gardent souvent une bonne apparence jusqu'à la phase finale de leur maladie, sous-entendant le danger que cela représente pour la santé publique. VINUESA ALVAREZ, A. et al., *Tuberculosis. Once conferencias radiadas de divulgación sanitaria sobre los siguientes temas*, Inst. de Higiene de Tenerife, Santa Cruz de Ténérife, 1938, 56 p.

Lorsque les médecins espagnols évoquent le malade tuberculeux, nous observons deux tendances : soit ces derniers dressent un profil à partir de statistiques précises, qui les conduit au jeune homme ouvrier¹, soit, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, ils admettent comme un fait que le tuberculeux est ouvrier, et parfois, qui plus est, que l'ouvrier est un tuberculeux. Dans cette configuration, les caractéristiques du malade ouvrier se précisent d'avantage sur un plan moral et culturel. Mais dans un cas comme dans l'autre, ce que les professionnels recherchent en évoquant le profil du malade, ce sont les facteurs sociaux qui peuvent jouer sur la contamination puis l'aggravation de la maladie. L'hérédité, comme facteur de contamination est très vite écartée dans la logique bactériologique exclusive, même si certains médecins plus marginaux comme Ramón Plá continuent de considérer que celle-ci joue un rôle important². Les caractéristiques sociales particulières sont donc généralement considérées comme des facteurs aggravants la maladie, préparant parfois le terrain au développement du bacille. Le facteur social apparaît toujours dans les discours voire les cours des médecins, même chez ceux, les plus nombreux, qui privilégient le facteur environnemental. Il reste évident pour tous que le malade est issu d'une classe sociale défavorisée, et que cette appartenance, plus que la profession en elle-même d'ailleurs, joue un rôle dans le processus de « tuberculisation ». Ce rôle est souvent celui d'un terrain prédéterminant, propice au développement du bacille, un terrain qui, lui, s'hérite³. Pour certains médecins, le facteur social est plus important que l'environnemental, comme c'est le cas par exemple avec Eduard Xalabarder au début du XX^{ème} siècle à Barcelone⁴. Les historiens de la médecine ont démontré que la supériorité du facteur social sur le facteur environnemental de la tuberculose pouvait avoir des significations différentes chez les médecins et ce en fonction de leur idéologie politique⁵. Cela peut être en effet la démonstration d'une vision assez progressiste,

¹ Jorge Molero Mesa évoque notamment les résultats de Ramón Villegas en 1928, qui estimait que 80% des malades étaient des ouvriers. MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, pp 19-59, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, p. 23.

² Sur la théorie hétérodoxe de Ramón Plá i Armengol, voir la thèse de LUGO MÁRQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. El instituto Ravetllat-Plá en Sud América entre 1924 y 1936*. Travail dirigé par MOLERO MESA Jorge, Universitat Autònoma de Barcelona, 2009.

³ Tomás Cervià Cabrera explique que ce qui est hérité dans la tuberculose, c'est le terrain et donc les prédispositions. Dans « Cómo se adquiere la tuberculosis », conférence publiée dans VINUESA ALVAREZ, A. et al., *Tuberculosis. Once conferencias radiadas de divulgación sanitaria sobre los siguientes temas*, 1938, *op. cit.*

⁴ XALABARDER i SERRA, Eduard, « La tuberculosis en Barcelona », dans *La Medicina Social española*, 3, pp 587-593, voir chapitre 1.

⁵ Voir notamment MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Grenade, 1989. Ainsi que GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, *op. cit.*

dans laquelle la misère est l'élément déclencheur mettant en cause les patrons et autres catégories aisées considérés comme les exploiters et générateurs de misère économique pour les populations en question. A l'inverse, cette insistance sur le facteur social peut aussi bien être un moyen de culpabiliser le malade, qui, soit ne fait pas ce qu'il faut par ignorance des règles élémentaires d'hygiène et de savoir-vivre, soit agit délibérément de la pire manière qui soit, en ayant un comportement immoral¹. D'une manière générale, le tuberculeux est un ouvrier ignare, qui doit être éduqué voire rééduqué, afin de faire disparaître ses pratiques et comportements dangereux, qu'ils soient délibérés ou pas.

Héritant d'une situation précaire, les tuberculeux sont pauvres et leur situation ne s'arrange pas avec la révolution industrielle, qui voit des conditions de vie matérielle s'ajouter à un salaire trop faible et à une nourriture très insuffisante². Pour les médecins du début du XX^{ème} siècle, c'est en effet les deux principales caractéristiques qui définissent le profil du tuberculeux : un salaire et une alimentation insuffisante. Vicente Guerra y Cortes en 1903, parle plutôt des prolétaires que des ouvriers³. Ne s'intéressant à la tuberculose que dans la mesure où elle affecte cette catégorie, il définit le groupe des prolétaires madrilènes à partir de l'indice du salaire.

« Constituyen esta categoría social en la capital de España las familias que viven de un jornal diario cuyo total oscila entre 1,5, y 2 pesetas, hecha excepción de algunos que pasan esa cifras en pequeña cantidad, y otros que no llegan a la mínima por carecer de trabajo.⁴ »

Il s'agit donc d'un indice variable, qui, évitant par la même la rigidité de bornes salariales trop figées, permet de prendre en compte un groupe qui semble, dans le discours de l'auteur, très homogène, quant à son statut social comme, nous le verrons, dans ses pratiques. La catégorie « prolétaire » est en un sens assez proche de celle des « pauvres » telle qu'elle est définie en 1900 par Luis Comenge à Barcelone⁵. Pour le médecin catalan, les pauvres sont ceux qui ne disposent d'aucun autre revenu que celui obtenu grâce à leur activité, un revenu qui est

¹ Voir notamment chapitre 2.

² ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

³ GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, 1903, *op. cit.*

⁴ « Cette catégorie sociale dans la capitale espagnole est constituée par les familles qui vivent avec un salaire journalier dont le total oscille entre 1,5 et 2 pesetas, en faisant exception de ceux qui dépassent ce chiffre de peu, et de ceux qui n'arrivent même pas à ce minimum car ils sont sans emploi. », *Ibid.*

⁵ COMENGE y FERRER, *Mortalidad infantil de Barcelona según las clases sociales*, Tipografía « La Académica », Barcelone, 1900, 7 p.

inférieur à cinq pesetas la journée. Tout comme son homologue madrilène, les frontières de la catégorie sont variables, et elle comprend aussi d'autres types de personnes aux caractéristiques sociales précises, mais c'est tout de même le salaire qui détermine les limites de la catégorie.

Pour Vicente Alvarez Rodríguez Villamil quelques années plus tard, la tuberculose est un problème global, de misère, de mauvaises conditions de logements et d'alimentation¹. Mais dans son développement, le médecin réduit la misère à une variable, celle du salaire faible. Il ira jusqu'à expliquer que la propagande contre la maladie est efficace, mais doit être absolument doublée d'une propagande pour la mise en place d'un salaire minimum. En 1935 à Madrid, le docteur Carlos Díez Fernández publie un compte rendu de l'activité de son dispensaire, en fournissant notamment des études statistiques précises sur les malades assistés². Dans cet ouvrage, le médecin évoque des malades qui correspondent à la population du quartier, et qui sont issus d'une catégorie élargie comprenant classe défavorisée et classe moyenne. Il se base ici sur la profession, puisqu'il s'agit d'ouvriers et d'employés, tout en précisant plus loin que la caractéristique de cette masse « ouvrière et de classe moyenne » est de vivre avec un revenu modeste voire souvent faible³. En ce sens, la fameuse « grande masse des pauvres » se trouve précisée, c'est celle qui a un salaire faible, et justement cela correspond à l'ouvrier, ce qui explique cette confusion des termes chez les médecins qui conduit à l'assimilation du travailleur manuel au tuberculeux et vice versa.

Mais si Vicente Alvarez Rodríguez Villamil, comme certains de ses contemporains, voit la solution dans la résolution au problème plus général de la misère sociale, la majorité des médecins de l'époque s'orientent plutôt vers l'éducation du malade. En effet, la misère est perçue comme une condition préalable à la maladie, mais ce sont les pratiques misérables qui sont surtout mises en cause, des pratiques qui s'expliquent surtout par le manque de culture et d'éducation de ces catégories sociales incriminées⁴. La prolifération de « consultorios » et de dispensaires comme de livrets populaires vont en ce sens. En 1905, Juan Manuel Mariani met en avant l'éducation des malades comme solution à la tuberculose⁵. Pour l'historienne

¹ ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

² DIEZ FERNANDEZ, Carlos, *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Gráf. Universal, Madrid, 1935, 62 p.

³ *Ibid.*, p. 23.

⁴ Vicente Guerra y Cortes évoque notamment les chefs de familles qui manquent en général de toute classe d'instruction, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, 1903, *op. cit.*

⁵ MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, Imp. Nicolás Moya, Madrid, 1905, 32 p.

Marjaana Niemi, le cas d'une ville comme Framingham est caractéristique d'une volonté de baser la lutte contre la tuberculose sur l'éducation plutôt que de privilégier le soin¹. Ce fait est également relevé par les médecins espagnols de l'époque, comme Federico Humbert en 1922 ou Lluís Sayé en 1924, mais pour eux il s'agit de valoriser cette démarche, en mettant en avant les résultats obtenus grâce à la méthode dite anglaise². La nécessaire éducation du malade est mise en avant par l'immense majorité des professionnels de l'époque, mais elle ne conduit pas toujours à une culpabilisation aigüe du malade.

Pour Tomás de Benito, le tuberculeux doit être éduqué, mais plus encore, le peuple n'est pas responsable de son manque de culture³. C'est bien le labour des élites de Barcelone. Eduard Xalabarder a la même vision d'une masse à éduquer, et en 1909 il met en place des cours de vulgarisation, à la demande du « *Patronato de Catalunya para la lucha contra la tuberculosis* », pour inculquer les bases de l'hygiène au peuple et en particulier aux enfants scolarisés⁴. Cette volonté d'éduquer le peuple a été beaucoup mise en avant par les historiens de la médecine qui, dans les années 1980, ont évoqué ce processus d'acculturation ouvrière visant à contrôler la masse sociale et à l'intégrer dans une logique sanitaire bourgeoise⁵. Si les historiens sont revenus sur ce point, en démontrant que la relation entre médecins et malades est plus complexe qu'il n'y paraît et qu'il existe aussi une demande sociale qui redéfinit ce concept de médicalisation venue d'en haut, il n'en demeure pas moins que le but affiché de certains médecins en Espagne reste de modeler le peuple, aux principes qu'ils considèrent comme à son avantage⁶. En ce sens, l'ouvrier est un ignare, qu'il faut éduquer afin qu'il se préserve de la maladie.

¹ NIEMI, Marjaana, *Public Health and Municipal Policy Making: Britain and Sweden, 1900-1940*, coll Historical Urban Studies, Ashgate, Royaume-Uni, 2007.

² HUMBERT, Federico, *Disminución de la mortalidad por tuberculosis gracias a un ensayo de medicina social*, Minuesa de los Ríos, Madrid, 1922, 15 p. SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

³ BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, 214 p.

⁴ Voir l'information relayée dans *La Vanguardia*, édition du 09 janvier 1909, p. 2.

⁵ Le concept d'acculturation bourgeoise de la classe ouvrière est notamment repris par Jorge Molero Mesa dans son article « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *op. cit.*

⁶ Sur ces nouvelles définitions du concept de médicalisation et la notion de demande sociale de santé, voir FAURE Olivier, « Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], n° 12, 1994.

José Verdes Montenegro développe on ne peut mieux cette vision éducatrice, lors d'un discours en 1935 en comparant le peuple à une œuvre d'art, et lui-même, en tant qu'acteur, comme un artiste.

*« Claro que la propaganda es un arte y que el artista no se ve nunca satisfecho de su obra. Preguntádselo a todos y ellos os dirán que media un abismo entre la belleza tal como el artista la concibe y aquella que puede trasladar al barro con que trabaja, o al lienzo, o al pentagrama. **Nosotros que aspirábamos a modelar la masa social, según nuestras ideas, como podíamos esperar que esa masa social compleja y viva tuviese para nosotros flexibilidades de que carece el barro, de que carece cosas tan sutiles como las notas o los colores, y que al conjuro de nuestra voz plasmasen en el pueblo nuestros ideales sanitarios?** »¹*

Il ajoute également qu'il faut créer une véritable obsession sanitaire au peuple espagnol. Ici, le médecin s'adresse au peuple en général mais à travers ce qu'il nomme aussi « masse sociale » nous voyons une réalité sociale qui correspond à celle de l'ouvrier, sur lequel José Palanca insiste tant, dans un discours qui suit immédiatement celui de José Verdes². José Verdes qui est considéré avec Lluís Sayé comme le fondateur de la lutte moderne antituberculeuse est un partisan des théories environnementalistes et de la lutte antituberculeuse centrée sur le microbe. En ce sens, le facteur social est sous-jacent, et le médecin stigmatise plutôt une pratique délictueuse, et non des caractéristiques générales liées à une misère provoquée par le système économique, à la différence des médecins que nous avons pu citer plus haut. Cependant, ce qui est intéressant ici c'est que cette pratique est comprise comme étant intrinsèque à la définition de l'ouvrier, considéré ici comme statut social. Le profil type du tuberculeux est celui donc d'un ouvrier, qui n'est pas dégrossi et qui a des pratiques résolument dangereuses.

C'est à partir de cette conception que naît aussi la culpabilisation du malade dans sa version la plus discriminatoire. A l'ignorance caractéristique du malade ouvrier, s'ajoute le vice, une

¹ « Bien sûr que la propagande est un art, et que l'artiste n'est jamais satisfait de son œuvre. Demandez-leur à tous et ils vous diront qu'il y a un fossé entre la beauté telle que l'artiste la conçoit et celle qu'il peut transposer sur l'argile avec laquelle il travaille, ou sur la toile ou sur la portée. Nous autres qui aspirons à modeler la masse sociale en fonction de nos idées, comment pourrions-nous espérer que cette masse sociale complexe et vivante puisse avoir pour nous la flexibilité que n'a pas l'argile, que n'ont pas des choses aussi fines que les notes ou les couleurs, et que sur la seule instigation de notre voix le peuple soit façonné selon nos idéaux sanitaires ? » VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

² Réponse de José Alberto Palanca au discours de José Verdes Montenegro, *Ibid.*

caractéristique établie comme inhérente à la condition du malade comme de l'ouvrier¹. Ce n'est plus par ignorance que pèche l'ouvrier, c'est par goût. Nous avons déjà évoqué le lien que les médecins tracent entre la tuberculose et l'alcoolisme, comportement irresponsable et vicié s'il en est². La tuberculose, la syphilis et l'alcoolisme, constituent le trio infernal des maladies qui touchent la « masse ouvrière » d'après un livret de divulgation populaire³. Tout comme les deux autres maladies auxquelles elle est fréquemment associée, la tuberculose est avant tout définie par ces médecins comme une maladie morale, bien plus qu'une maladie sociale ou sanitaire. Pour Zacarías Velázquez Lobo, la misère et la corruption peuvent à elles seules détruire un organisme robuste, la catégorie sociale touchée par la tuberculose est donc celle qui réunit ces deux conditions⁴.

Face à ces études qui culpabilisent un malade misérable et ignare et se centrent avant tout sur les caractéristiques sociales et leur pendant moral, certains médecins ont davantage insisté sur les caractéristiques qui dans un premier temps semblent neutres, telles que le sexe et l'âge des malades. D'une manière générale, et en dehors de très rares exceptions, c'est le jeune homme qui est le plus affecté par la maladie dans les discours et les analyses des médecins. Les tranches d'âges ne sont pas souvent les mêmes chez les médecins, cependant tous les découpages quels qu'ils soient ont en commun de laisser apparaître une large classe d'âge de 18 à 60 ans, la classe active, la plus touchée⁵. Carlos Díez Fernández laisse apparaître une très forte morbidité chez les 20-39 ans, qui se réduit pour les 40-59 ans tout en restant importante⁶. Travaillant sur la mortalité, les auteurs Luís Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual préfèrent étudier à une échelle plus fine, des tranches d'âge de dix ans⁷. Ce faisant, ils montrent que la mortalité tuberculeuse est particulièrement élevée chez les 20-29 ans, puisqu'elle descend progressivement chez les tranches d'âge suivantes, tout en restant relativement importante jusqu'à l'âge de 59 ans. Notons cependant que pour ces médecins,

¹ Voir MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 65.

² Voir chapitre 2.

³ ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...* En: *DISCURSOS leídos en la sesión inaugural del año académico 1899-1900 de la Sociedad Española de Higiene*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1899, pp. 27-68

⁴ VELAZQUEZ LOBO, Zacarías, *Asociación Católica de obreros. El alcoholismo y la tuberculosis en las clases obreras*, Imp. Católica de E. G. Rovina, Avila, 1911, 16 p.

⁵ Jorge Molero, cite José Verdes Montenegro pour qui la tranche d'âge la plus touchée est 15-35 ans, ce qui correspond à ce que l'historien appelle la classe productive. Dans « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 199, *op. cit.*, p. 23.

⁶ DIEZ FERNANDEZ, Carlos, *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Madrid, 1935, *op. cit.*

⁷ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

madrilénes comme barcelonais, il n'y a pas de point de comparaison avec la population de la ville sur laquelle porte l'étude. Le fait que la jeunesse soit particulièrement touchée par la maladie est un problème qui a beaucoup d'importance aux yeux des pouvoirs publics, des élites économiques et des acteurs de la santé publique. Il s'agit en effet de la catégorie active, la force de travail, et qui plus est, la force défensive de la nation¹.

Le fait que la tuberculose « fauche » davantage les hommes que les femmes est la constatation qui vient immédiatement après chez les médecins, puisqu'elle permet, parfois, d'apporter un élément d'explication. En 1912, le médecin madrilène Fernando Sierra Zafra s'intéresse particulièrement à cette différenciation entre hommes et femmes². D'après ses résultats, pour 100 femmes mortes de tuberculose pulmonaire on compte 147 hommes, un décalage qui devient encore plus important si l'on considère que les femmes sont 11% plus nombreuses que les hommes. En tenant compte de ces proportions, le médecin calcule encore 420 hommes morts de tuberculose laryngée pour 100 femmes. Si des écarts aussi impressionnants ne sont pas toujours constatés par tous les professionnels de la médecine et dans les chiffres de morbidité, la tendance, elle, se confirme : les femmes sont largement moins affectées que les hommes. Ce fait est particulièrement intéressant puisque dans une logique conservatrice admise à l'époque, la femme reste traditionnellement plus de temps à la maison, bien plus que l'homme qui le passe au travail ou dans des lieux de sociabilité. Cela remet largement en question la logique privilégiée par les médecins selon laquelle le logement est le lieu de l'infection par excellence, et par là la suprématie du facteur environnemental sur le social. Pour expliquer ce fait, les médecins mettent en rapport le sexe et l'âge des malades. Le constat est simple : les femmes sont malades plus jeunes que les hommes. Plus exactement, la mortalité comme la morbidité tuberculeuse est plus importante chez les femmes que chez les hommes pour les tranches d'âges de 18 à 30 ans. Passé cet âge, la tendance s'inverse, et les hommes meurent plus de tuberculose que les femmes. Alors, quelles sont les explications fournies par les médecins ? Celles-ci sont somme toute assez imprécises en général, et en particulier chez Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual, qui ne s'attardent pas sur le sujet et se contentent d'évoquer les menstruations de la femme comme une explication scientifique bien connue qui ne mérite pas grand intérêt³. A l'inverse, vingt ans auparavant, ces écarts intéressaient beaucoup Fernando Sierra Zafra. En 1912, avec une

¹ Voir chapitre 1.

² SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, Imp. Valentín Tordesillas, Madrid, 1912, 30 p.

³ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, 1932, *op. cit.*

démonstration toute rhétorique, ce dernier passe en revue les éléments qu'il considère comme les principaux facteurs de la tuberculose, afin de déterminer celui qui permettrait, selon toute vraisemblance, d'expliquer cet écart entre hommes et femmes¹. Pour lui, le logement et l'alimentation insuffisante affectent les deux sexes de la même manière. Les professions spécifiques qui pourraient causer la maladie sont, toujours selon lui, exercées tout autant par des hommes que par des femmes. Il reste donc la dernière « cause » de tuberculose : l'alcoolisme et le tabagisme. Pour le médecin, la tuberculose touche plus les hommes parce que ceux-ci ont des comportements nocifs et immoraux. Plus encore, les femmes, moins résistantes, sont plus affectées que les hommes au début de leur vie, à un moment où les ravages de l'alcool et du tabac ne se sont pas encore fait sentir sur ces derniers². A partir de 25 ans, si la tendance s'inverse, c'est entièrement dû à l'augmentation du nombre d'hommes affectés, une augmentation qui s'explique par les séquelles du vice. Si ce médecin explique en détail ses conceptions et en profite pour mettre en avant le lien entre alcoolisme-tabagisme et tuberculose, le rapprochement entre le fait que les hommes ont un comportement plus vicié que les femmes et l'écart entre les deux sexes concernant la tuberculose est effectué par nombre de médecins à la même époque. Nous voyons comme, finalement, ces deux variables, sexe et âge, qui semblaient neutres, peuvent aussi contribuer à définir un collectif de tuberculeux à partir de caractéristiques morales.

Le profil du malade tel qu'il est établi par les médecins est donc celui d'un ouvrier, entendu comme statut social déterminé avant tout par le revenu, homme relativement jeune, ignare par définition et souvent même immoral. Il est intéressant de constater que même lorsqu'ils analysent des variables que l'on pourrait croire neutres, les médecins parviennent tout de même à culpabiliser le malade de sa propre maladie en dressant de lui le portrait d'un homme touché par les vices de la société moderne, l'alcool et le tabac notamment, mais aussi, en rapprochant la tuberculose de la syphilis, la dépravation sexuelle³. Pour ces médecins qui mettent en avant l'immoralité des malades, l'ouvrier tuberculeux, que l'on ne distingue pas

¹ SIERRA Y ZAFRA, Fernando, 1912, *op. cit.*, p. 8.

² Pour une étude sociologique détaillée la représentation genrée de la santé au XX^{ème} et XXI^{ème} siècle, voir la thèse de COUSTEAUX, Anne-Sophie, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, Thèse dirigée par CHENU, Alain, Sciences –Po., Paris, 2011.

³ En témoigne le titre de la thèse suivante soutenue en France : ALBUQUERQUE CAVALCANTI, Francisco d', *Les Passions tristes. Le Libertinage et la syphilis considérés comme cause de phthisie*. Thèse pour le doctorat en Médecine, A. Parent, imprimeur de la faculté de médecine, Paris, 1882.

très bien voire pas du tout du pauvre tuberculeux, attrape la tuberculose à cause du lieu où il vit ou bien où il travaille, et du vice. La misère, qui bien sûr est sous-jacente dans le discours est complètement masquée puisqu'en dehors de l'immoralité, nul facteur social ou moral n'est accepté. Néanmoins, nous avons vu que les médecins ne sont pas tous unanimement convaincus du bien fondé de la culpabilisation du malade, même, si d'une manière générale tous sont convaincus que le tuberculeux est avant tout un jeune homme ouvrier qu'il faut éduquer.

2. Beaucoup de jeunes hommes ouvriers récemment immigrés et quelques femmes jeunes sans qualification

Le profil du malade que nous avons pu dresser à partir des données disponibles sur Barcelone se rapproche assez par certains points du malade tel qu'il est décrit par les médecins. Il s'agit d'un individu jeune qui fait partie d'une catégorie sociale défavorisée, voire d'une « classe sociale ouvrière » qui nous appartiendra de définir. En comparant les données disponibles sur les malades avec les analyses sur la population barcelonaise de l'époque menées par les historiens barcelonais, nous verrons que le profil type du malade correspond à la frange ouvrière la moins qualifiée et sans doute la plus précaire car la moins installée localement. A cette étude comparative, nous ajouterons quelques observations plus précises sur le malade, en démontrant que sa jeunesse semble être le point important permettant peut-être d'accentuer encore d'avantage la notion de précarité sociale. Enfin, si l'homme semble être une victime privilégiée de la tuberculose, nous verrons que les femmes qui sont aussi présentes dans les hôpitaux peuvent apparaître comme appartenant à une situation encore plus précaire que les hommes.

Avant de passer à l'analyse, une mise au point s'impose. Notons tout d'abord que, pour ce travail, nous sommes tributaires des données disponibles dans le Padrón, qui elles seules peuvent être comparées aux autres analyses sur la ville catalane¹. C'est encore cette même contrainte, liée à la démarche comparative, qui détermine le choix de se baser parfois sur des

¹ En particulier les travaux réalisés ou dirigés par José Luis Oyón sur la ville : OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de l'Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001. OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008.

données concernant le chef de ménage du malade plutôt que sur le tuberculeux lui même¹. Enfin, ce choix implique aussi de prendre part au questionnement préliminaire sur la catégorie « ouvrier », puisqu'une étude sur le chef de ménage nous inscrit plutôt dans une optique d'analyse d'un statut social, alors que se concentrer sur le malade permet d'observer une activité propre au seul individu.

- *Une situation économique et sociale peu stable*

Le Padrón Municipal de Barcelone de 1930 est une source très riche qui permet d'observer nombre de détails concernant les habitants de la ville. A partir d'une étude statistique réalisée sur 5% de la population recensée, José Luis Oyón a réalisé un travail d'analyse des différentes variables classées en quatre classes sociales, immigration, famille, et logement, permettant ainsi de définir la structure sociale barcelonaise et la répartition spatiale de celle-ci². Les typologies obtenues permettent de dépasser la séparation nette entre monde du travail manuel et non manuel et mettent en relief des catégories peu favorisées qui nous préoccupent. Il évoque dans un premier temps plusieurs « Barcelone », dont une grande catégorie sociale ouvrière, ayant en commun un statut social, mais regroupant parfois plusieurs types de profession manuelle, ainsi que des caractéristiques culturelles et géographiques diverses telle que l'analphabétisme ou l'appartenance à un groupe d'immigration récente.

« (...) una Barcelona esencialmente de trabajadores manuales que podríamos dividir a su vez en dos grandes áreas, una de más vieja tradición inmigratoria y carácter no tan homogéneamente obrero, y otra, de más señalada orientación jornalera, de población singularmente analfabeta y charnega, recién llegada a la ciudad, joven, de amplias familias y condiciones urbanísticas «periféricas»

¹ La notion de chef de ménage suppose une vision de la famille extrêmement hiérarchisée et donc réductrice en soi. En réalité cette dénomination suit une classification issue du Padrón de 1930 en l'adaptant. Le chef de ménage est généralement l'individu actif le plus âgé de la famille. Autrement dit, lorsque le chef de ménage est une femme, souvent veuve, et qu'elle est « mère au foyer », comme c'est le cas la plupart du temps, la profession « référence » sera alors celle du parent le plus âgé qui travaille. Ces choix, qui resserrent forcément la vision, ont été expliqués par José Luis Oyón, et nous avons suivi le même chemin, afin d'obtenir des résultats qui puissent être comparés à ceux de ses travaux.

² Pour la constitution des catégories, l'auteur a réalisé des typologies basées sur 43 variables. OYON, José Luis (dir.), *Barcelona 1930: un atlas social*, 2001, *op. cit.*

(*presencia de la infravivienda, del hacinamiento y de la cohabitación, pero también de la propiedad de modestas casetas de bajos...*) »¹

De cette définition assez complexe et qui met en rapport de très nombreuses variables pour définir un monde dit ouvrier, nous pouvons retenir en particulier le lien entre trois variables facilement identifiables, la profession convertie en statut social, la variable culturelle, liée à l’alphabétisation, et puis surtout l’immigration, qui semble bien, dans le discours, être un pilier pour comprendre la classification interne d’une Barcelone populaire². L’idée est donc d’observer dans quelle mesure les malades soignés dans les structures dites « publiques » ou sociales appartiennent à cette catégorie ouvrière qui se définit par une difficile intégration dans la ville et qui par conséquent est socialement la plus précaire.

Pour étudier le statut social, le même auteur précédemment cité établit encore une classification, prenant en compte les professions des malades et permettant de passer des catégories socioprofessionnelles à des classes sociales³. A la profession des individus, il ajoute des variables apportant des informations sur leur revenu, tel que la présence ou non d’un service domestique, le taux d’analphabétisme et le fait d’être propriétaire, etc.

D’une manière générale, l’étude statistique réalisée par José Luis Oyón permet d’établir six classes sociales. La classe I est celle de l’élite composée des professions libérales les mieux rémunérées, les cadres supérieurs ou commerçants exerçant des activités « non directives » composent la classe II⁴. La classe III regroupe les employés appelés les « *trabajadores de cuello blanco* »⁵. La classe IV est celle des ouvriers qualifiés, ou des artisans, alors que la classe V, la plus représentée dans Barcelone est celle des ouvriers non qualifiés appelés dans

¹ « (...) une Barcelone essentiellement composée de travailleurs manuels que nous pourrions diviser à son tour en deux grandes zones, l’une de plus vieille tradition migratoire et un caractère moins résolument ouvrier et une autre plus clairement ouvrière, dont la population est singulièrement analphabète et « charnega » (immigrée de langue non catalane), arrivée récemment en ville, jeune, issue de familles nombreuses et de conditions urbanistiques « périphériques » (présence d’habitat précaire, d’entassement, de cohabitation mais aussi présence de population propriétaire de modestes maisonnettes individuelles...). » OYON, José Luis (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, p. 172.

Le terme de « charnego », difficilement traduisible, désigne, avec à l’origine un contenu péjoratif, les populations les plus récemment immigrées qui ne parlent pas catalan, soit les aragonais de la première vague d’immigration et surtout les andalous et murciens de la seconde.

² Voir le titre de l’ouvrage de José Luis Oyón, « la cassure de la ville populaire », *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

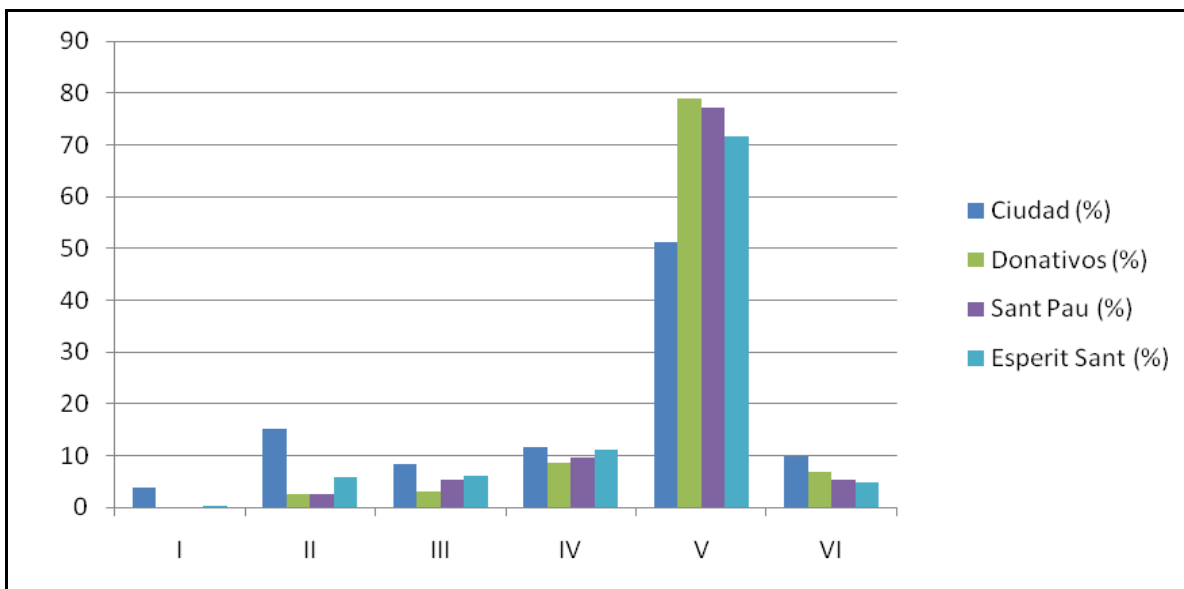
³ Pour la classification des professions, voir OYON, José Luis (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op.cit.*, p. 15.

⁴ *Ibid.*

⁵ « Les cols blancs ».

le Padrón les « *jornaleros* », journaliers. Enfin la classe VI regroupe les marginaux, familles avec à leur tête une femme dont la profession n'est pas déterminée, des inactifs, ouvriers retraités, pensionnaires, etc. Les travailleurs manuels sont donc répartis dans deux catégories, qui correspondent globalement aux ouvriers qualifiés ou artisans et aux ouvriers spécialisés, les fameux « journaliers ». Afin de mener à bien notre travail de comparaison, nous avons réutilisé les mêmes catégories. Il se trouve alors que la population malade dont nous disposons correspond globalement aux deux classes IV et V¹.

Graphique 3 : Répartition des tuberculeux et habitants de Barcelone par classe sociale



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

La très grande majorité des malades retrouvés dans le Padrón fait partie de la classe V ce qui correspond surtout à un nombre très élevé de personnes se qualifiant elles-mêmes comme journaliers, et oriente par conséquent le profil type du malade vers l'emploi d'ouvrier. La classe V est encore plus représentée chez les malades soignés à domicile, par contre elle l'est légèrement moins pour les malades internés au sanatorium ce qui peut en partie s'expliquer par le fait que l'Esperit Sant qui accepte surtout les malades envoyés par les institutions publiques, réserve quelques lits à titre privé. L'hôpital de Sant Pau se révèle être un lieu qui accueille de manière préférentielle les ouvriers de la classe V. En effet, si 77,07 % des tuberculeux hospitalisés appartiennent à cette catégorie, en prenant en compte tous les

¹ Soit 85,48% des malades retrouvés dans le Padrón.

malades recensés dans l'hôpital en 1930 sans distinction nous arrivons à un taux de 79,81 % pour la même classe, 95,62% si l'on tient compte de tous les ouvriers qu'ils soient qualifiés (classe IV) ou non¹. Si cela peut être considéré comme un biais pour l'analyse des tuberculeux, il faut préciser que nombre de malades internés l'étaient peut être aussi pour des accidents de travail ou des maladies professionnelles.

Pour compléter cette vision d'un monde ouvrier dominant, et continuer d'établir une certaine graduation selon les sources, il est possible de comparer le taux d'alphabétisation et l'immigration chez les malades et dans la classe V en général². Se faisant, il apparaît plus que les tuberculeux soignés à domicile sont très largement en décalage par rapport aux autres malades hospitalisés. Les malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant savent lire et écrire, en tout cas plus que la moyenne de la classe ouvrière, et dans le cas des tuberculeux internés au sanatorium, plus que la moyenne de la ville. A l'inverse, les malades soignés à domicile ont un taux d'alphabétisation bien inférieur à la moyenne ouvrière. Si, afin de prendre en compte la famille plutôt que l'individu, nous nous reportons aux données concernant le chef de ménage, c'est le même constat, bien que les écarts se réduisent.

La question de l'intégration dans la ville passe surtout par l'immigration. En effet, comme l'explique José Luis Oyón, les immigrés les plus fraîchement arrivés sont ceux qui ont le moins de réseau de sociabilité et qui par conséquent se trouvent dans une situation de plus grande précarité par rapport aux autres populations catalanes ou issues des vagues d'immigration antérieures³. Dominique Dessertine et Olivier Faure ont aussi mis en avant le fait que les familles les plus récemment arrivées sont logiquement dans une situation plus complexe socialement, car moins bien intégrées :

« Les nouvelles familles n'ont pas acquis une pratique urbaine comparable à celle du « vieux fond urbain »⁴.

¹ Taux calculé à partir des noms et informations personnelles des patients de l'Hôpital de Sant Pau recensé à l'Hôpital dans les feuilles familiales du Padrón de 1930.

² Les taux d'alphabétisation et les chiffres concernant l'immigration de la classe V sont ceux donnés par José Luis Oyón, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

³ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 92. Ou encore, OYON, José Luis, « Inmigrantes en la Barcelona de 1930: de la integración a la segregación espacial », dans *quaderns d'història*, UPC, Barcelone, 2006.

⁴ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991, p. 75.

Sur ce point, il nous semble plus judicieux d'étudier le chef de ménage que le malade, car, comme nous le verrons plus loin, la jeunesse du tuberculeux fait que beaucoup naissent à Barcelone, tout en ayant des parents venus de la dernière phase d'immigration, à savoir celle provenant d'Andalousie et de Murcie¹. Comme nous pouvions nous y attendre, les tuberculeux font plus souvent partie de familles récemment immigrées que le reste de la ville ou même des ouvriers. L'immigration « *charnega* », venue en particulier d'Andalousie et de Murcie est surreprésentée chez les malades soignés à Barcelone.

Tableau 5 : Répartition des chefs de familles des tuberculeux des trois sources par provenance géographique (%)

Provenance géographique du chef de ménage	Ville (%)	Total 3 sources (%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
Barcelona	29	21,75	23,42	24,57	16,78
Catalunya	27,62	17,88	13,11	20,42	19,31
Aragón	8,95	9,48	11,94	7,94	8,74
Valencia	11,5	17,09	17,33	13,61	21,15
Murcia	5,36	11,13	12,18	9,83	11,72
Andalucía	4,5	8,97	10,54	7,37	9,43
TOTAL	100	100	100	100	100

(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

De façon plus précise, nous avons pu remarquer lors de nos recherches dans le Padrón que certaines communautés sont très représentées dans certaines zones. Plus exactement, dans certains espaces se concentre une forte proportion d'immigrés venus d'un même village. C'est le cas par exemple des habitants de *Cuevas de Vera* dans les *Casas Baratas* de *Eduardo Aunós*. Sur huit malades vivants dans ce quartier, un seul est né à Barcelone, les sept autres sont nés dans la province d'Almería. Mais encore plus précisément, cinq d'entre eux sont nés dans le village *Cuevas de Vera*. Nous pouvons évoquer également les très fortes proportions

¹ Pour un résumé sur les vagues d'immigrations à Barcelone voir OYON, José Luis, « Inmigrantes en la Barcelona de 1930 : de la integración a la segregación espacial », 2006 *op. cit.* Sur l'immigration andalouse en particulier TATJER, Mercedes, « Las raíces de la inmigración andaluza en Cataluña : Barcelona 1930. » dans *Actas del tercer congreso de Historia catalano-andaluza, Cataluña y Andalucía, 1898-1939*, Barcelone, 2001.

de malades (ou familles de malades) venant de la ville de *Mazarrón*, dans la Province de Murcie par exemple, puisqu'ils représentent plus de 16% des personnes venues de cette région.¹

La forte proportion de tuberculeux soignés à Sant Pau qui sont issus de la vague d'immigration valencienne des années 1910 est une caractéristique assez surprenante, d'autant plus qu'elle n'est pas due au recrutement de l'hôpital puisque les malades non tuberculeux valenciens sont relativement peu nombreux. Cela tend à nous faire penser que les malades de Sant Pau, et dans une moindre mesure ceux de l'Esperit Sant, sont issus d'une catégorie ouvrière un peu plus durablement installée dans la ville. Mais ces nuances et ces écarts entre les malades hospitalisés et soignés à domicile peuvent en partie s'expliquer par la relative stabilité des malades hospitalisés qui ont pu être retrouvés dans le Padrón. Ce sont donc, logiquement, à la fois les plus visibles et les plus intégrés aux réseaux d'assistance puisque il ne s'agit plus vraiment de nouveaux venus. Il est possible que recevoir des dons d'une organisation privée comme Catalunya Radio implique d'autres types de sociabilité dans lesquels s'inscrivent des personnes socialement moins intégrées à la ville et dans une situation un peu plus précaire.

D'une manière plus générale, il semble que les tuberculeux soignés à Barcelone fassent largement partie de cette catégorie sociale ouvrière la plus précaire qu'avaient mis en avant les historiens de la ville sur les années 1930².

- *La jeunesse, un indice particulier d'instabilité ?*

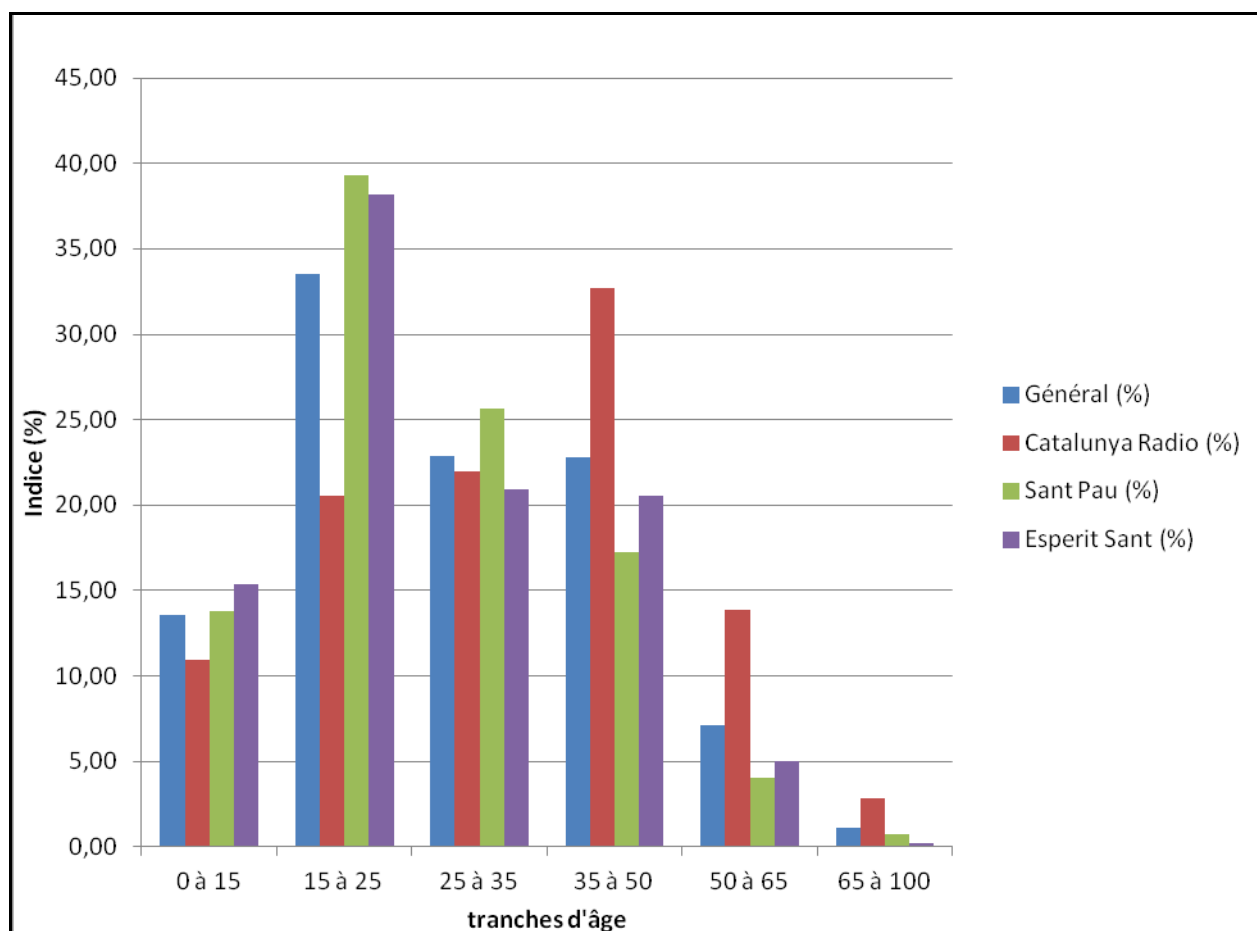
La tuberculose attaque les ouvriers dans la fleur de l'âge, et fauche ainsi la main d'œuvre de la nation, espagnole ou catalane, au même titre que son image de pays développé et moderne : voilà bien le résumé d'un discours que nous pourrions mettre sur les lèvres de tous les médecins des années 1920 et 1930. La jeunesse est en effet une caractéristique toujours observée chez les malades tuberculeux. Ces derniers ont entre 15 et 25 ans le plus souvent, ce qui est encore plus jeune que ce que montrait la majorité des statistiques des médecins, et c'est sans doute lié à cette préoccupation des médecins qui privilégient les jeunes dans l'accès

¹ Sur ces villages qui « se vident » de près de la moitié de leur population au bénéfice des logements précaires de Barcelone, voir les travaux de José Luis Oyón, dans le chapitre « Immigration » de *Barcelona 1930 : un atlas social, op. cit.*, p. 63.

² OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 96.

aux soins, peut être en partie aussi parce qu'ils considèrent leur tuberculose comme curable à la différence d'une personne plus âgée, « intoxiquée » depuis longtemps.

Graphique 4 : Répartition par âge des tuberculeux soignés à domicile, à l'hôpital Sant Pau et au sanatorium de l'Esperit Sant



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

Cette hypothèse pourrait alors en partie expliquer le fait que les malades soignés à domicile sont en moyenne beaucoup plus âgés que ceux hospitalisés ou internés au sanatorium. La moyenne d'âge est en effet de 35 ans pour les malades soignés à domicile, alors que celle des malades hospitalisés à Sant Pau et internés à l'Esperit Sant en moyenne, ont respectivement 27 et 29 ans. De plus, la jeunesse est bien une spécificité des tuberculeux à Sant Pau où les malades ont en moyenne un peu plus de 25 ans.

La jeunesse des malades permet de justifier certains points quant au profil parfois singulier des malades par rapport au reste de la ville. D'abord, en comparant la situation

socioprofessionnelle des malades avec celles des chefs de familles, souvent leurs parents proches, celle-ci est légèrement plus précaire, ce qui peut aussi s'expliquer par un manque d'expérience. Notons que la grande majorité des malades hospitalisés est célibataire, alors que ceux soignés à domicile sont plus souvent mariés, ce qui s'explique encore par l'écart d'âge, tout comme le taux d'alphabétisation relativement élevé pour certains, bien plus faible pour d'autres, ou encore l'écart sur ce point entre le malade et le chef de ménage tuberculeux. Les tuberculeux sont jeunes, certes, mais ils font également partie de familles plus jeunes que la moyenne, en témoigne le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Répartition des chefs de ménages des tuberculeux par classe d'âge (%)

Age chef de ménage	Ville (%)	Ouvriers (%)	Général (%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
<39	33,17	37,12	42,28	39,25	40,57	47,19
entre 40 et 59	46,69	45,62	45,77	45,33	48,11	43,60
>60	20,04	17,04	11,96	15,42	11,32	9,21
Total	100	100	100	100	100	100

(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

Cependant, cette tendance doit être nuancée, puisque nombre de tuberculeux sont aussi chefs de famille et leur jeunesse influence celle de leur foyer.

Associé à un profil ouvrier et immigré, la jeunesse constitue t'elle un facteur supplémentaire d'instabilité et de précarité ? Issus de familles ouvrières mais souvent nés à Barcelone, les tuberculeux devraient au contraire être relativement bien intégrés, mieux en tout cas que leurs parents et cela selon une logique d'ascension sociale. Cependant, José Luis Oyón a montré que la mobilité sociale, dans des familles récemment immigrées en particulier n'est pas une réalité, bien au contraire. Selon lui, ce sont surtout le niveau culturel et le manque de réseau d'entraide qui bloquent beaucoup les enfants des familles andalouses et murciennes¹. Par ailleurs, si l'on compare les professions des tuberculeux hommes et celles de leurs parents, ces derniers sont parfois très légèrement plus qualifiés que leurs enfants, mais la plupart du temps, les deux font partie de la classe V. En entrant dans le détail, nombre de patients sont apprentis, ce qui implique un revenu bien inférieur qui n'est pas toujours complété par les salaires d'autres membres de la famille. Ainsi, *Rafael Peña*, jeune homme de 17 ans interné

¹ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, p. 88.

au sanatorium de l'Esperit Sant en 1931, est apprenti électricien au moins depuis un an. Il vit avec sa mère et ses deux frères ou sœurs plus jeunes, mais, selon les données du Padrón, à part lui, aucun d'entre eux ne travaille. Le salaire d'apprenti serait donc le seul qui permettrait de faire vivre la famille, même si nous pouvons sérieusement douter de l'exactitude des informations du Padrón. Malgré tout, et si nous tenons compte de l'individu tuberculeux, la jeunesse semble fonctionner comme un élément qui enferme davantage le malade dans une situation sociale précaire.

- *Des tuberculeuses dans une situation plus précaires que les hommes*

Contrairement aux idées reçues, la femme aussi tombe malade et meurt de la tuberculose. La figure de la tuberculeuse est souvent peu perçue, puisque peu prise en compte par les médecins peut-être avec une volonté de s'opposer à un portrait de phtisique trop longtemps véhiculer dans le monde littéraire. Mais une étude sur les femmes accentue encore les caractéristiques qui définissent le profil du malade, précarisant encore davantage la situation de la tuberculeuse. Cette dernière est en effet plus jeune et moins qualifiée que les hommes.

Si les femmes semblent être moins malades que les hommes, c'est avant tout parce qu'elles sont peu visibles. Dans une vision traditionnellement admise, la femme ne travaille pas, par conséquent elle n'est pas la première préoccupation des médecins qui préfèrent se concentrer sur la force de travail du pays, présente comme future. Une exception doit être faite néanmoins pour la mère, objet de toutes les attentions puisque d'elle dépend l'avenir de la nation. L'une des rares femmes dont parlent beaucoup les professionnels de la santé depuis le XIX^{ème} siècle et de manière détaillée est la nourrice, cette mercenaire, criminelle en série qui empoisonne et contamine tous les enfants qu'elle allaite¹. Et puisque la femme n'est pas, dans l'esprit des médecins, une victime potentielle, il n'y aurait rien d'étonnant à ce que les erreurs de diagnostic soient la cause de cet écart si important entre les sexes.

Dans les cas des malades soignés à domicile, la proportion de femmes est inférieure à celle des hommes. Nous ne pouvons pas observer directement cet écart entre hommes et femmes de manière efficace pour les malades hospitalisés, la proportion étant déterminée par le nombre de places réservées à chaque sexe dans l'établissement. La proportion de femmes est plus

¹ MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*. Orientaciones. Obra social de previsión, Imp. Mercedes, Séville, 1933.

importante, et cela s'explique très simplement par une pratique pourtant contraire à la logique des médecins, soit le fait que les hôpitaux n'accueillent dans un premier temps que les femmes. Ainsi, à l'hôpital de Sant Pau, le service de phtisiologie des femmes du Docteur Freixas est le premier à se déplacer dans le nouvel hôpital en 1929¹. Le premier malade de sexe masculin n'est hospitalisé qu'en novembre 1930, avec la création du service du Docteur Reventós, soit presque deux ans plus tard. A l'Esperit Sant, nous assistons au même processus : le sanatorium n'accueille au départ que les femmes, puis réserve peu à peu de plus en plus de lits pour les hommes². Cela étant dit, une fois recherchées dans le Padrón, les femmes retrouvées sont bien moins nombreuses que les hommes, et ce pour les deux établissements. Ce décalage reflète peut être dans une certaine mesure une mobilité plus importante chez les femmes, qui augurerait une plus grande instabilité et par là serait aussi le signe d'une plus grande précarité.

Ajoutons que les femmes sont en moyenne beaucoup plus jeunes que les hommes, lorsqu'elles sont soignées à domicile et surtout lorsqu'elles sont hospitalisées. Si cela semble confirmer la thèse des médecins développée plus haut, cet écart s'explique aussi par des choix médicaux : à l'Esperit Sant notamment, les femmes peuvent entrer à partir de 16 ans alors que les hommes doivent attendre d'avoir atteint les 18 ans³. A la jeunesse des femmes nous associons le célibat, qui peut aussi être compris d'une manière différente. En effet nous pouvons supposer qu'il est plus difficile, dans le contexte de l'époque, pour une femme mariée et mère de famille de partir plusieurs mois dans un établissement se faire soigner. A l'Esperit Sant par exemple, un établissement dans lequel on entre pour un séjour généralement long, les femmes internées de plus de trente ans sont bien moins souvent mariées que les patients masculins du même âge.

Si les tuberculeuses sont relativement moins issues de l'immigration que les hommes, elles exercent par contre des professions nettement moins qualifiées qu'eux, une situation qui se trouve accentuée par le fait que, nous le savons, les salaires des femmes sont en moyenne largement inférieurs à ceux des hommes pour la même activité⁴. Il est très difficile d'étudier

¹ CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999.

² CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, Fundació Hospital de L'Esperit Sant, Barcelone, 1993.

³ Règlement du sanatorium de l'Esperit Sant, consultable dans le Fonds du GATCPAC, dossier « *Documentació sobre tema mèdic* ». Carton 2. AH COAC.

⁴ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p 79. Sur l'écart des salaires et des conditions entre hommes et femmes dans le monde du travail voir notamment : NUÑEZ PEREZ, María Gloria, « *Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936)* », dans

les professions des femmes à partir des données du Padrón. En effet, l'immense majorité est recensée comme « femme au foyer » de manière sans doute automatique puisque l'expérience dans les archives a prouvé que bien des fois la dite « femme au foyer » travaille, à domicile mais parfois même dans des usines et à temps complet¹. Afin de conserver au moins le statut social, nous avons choisi dans les statistiques d'utiliser la profession du mari, ou bien du père en tant que « profession assimilée » de la tuberculeuse lorsque l'occupation principale de celle-ci était les tâches ménagères dans le Padrón. Ce prisme déformant ne nous permet d'appréhender la femme d'une manière traditionnelle que comme faisant partie d'une famille et non pas en tant qu'individu, cependant, en comparant les professions ou professions assimilées des femmes et occupation des hommes, nous retrouvons une plus grande proportion de femmes dont le statut social correspond à celui de la classe V.

Mais pour étudier les métiers des femmes, nous disposons des fiches cliniques de Sant Pau, dans lesquelles sont précisées les occupations professionnelles des malades². De cette manière, nous avons pu constater que nombre de femmes travailleuses et souvent ouvrières selon les fiches de visite, étaient dans le Padrón considérées comme des femmes au foyer. Plus encore, dans certains cas la fiche clinique elle-même présente un double discours. Alors qu'*Adela Pozo* est considérée comme une femme au foyer par le médecin, ce dernier, à la recherche des éléments déclencheurs de la tuberculose, décrit dans l'historial clinique de la malade une vie de travail excessif, cause évidente pour lui de la maladie. Les historiens et historiennes du genre ont montré que les femmes travaillaient également souvent chez elles, en tant que couturières, et ont pu qualifier ces professions comme relativement plus précaires car moins bien rémunérées que lorsque l'ouvrière travaille en usine³. Nous avons très peu de

Cuadernos de Relaciones Laborales, vol. 3, Universidad Complutense de Madrid, 1996, pp. 13-31. Ou encore sur le XIX^{ème} siècle: BORDERIAS MONDEJAR, Cristina, « Salarios y subsistencias de las trabajadoras y trabajadores de la Espanya Industrial, 1849-1868 », *Quaderns d'Història de Barcelona*, n°11, Barcelone, 2006, pp. 223-238.

¹ Pour démonter les préjugés considérant a priori que les femmes d'autrefois ne travaillaient pas voir SCHWEITZER, Sylvie, *Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Odile Jacob, 2002, 329 p.

Sur le problème des professions des femmes dans les recensements, voir les précisions données par Martine Martin dans son article "Ménagère: une profession? Les dilemmes de l'entre-deux-guerres", dans *Le Mouvement social*, n° 140, *Métiers de Femmes*, Edition de l'Atelier, Paris, 1987, pp. 89-106.

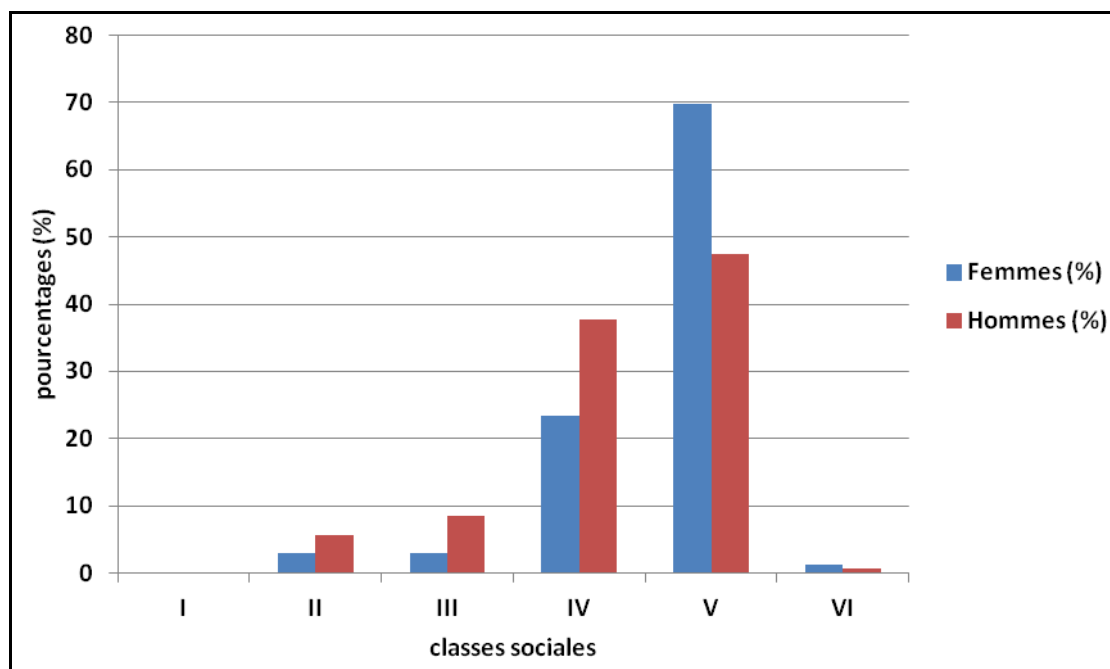
² Mais les occupations des malades ne sont pas systématiquement répertoriées, en particulier celles des femmes hospitalisées au service du Docteur Freixas entre 1929 et 1932. Fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, 1929-1973. Dans le Fonds de l'Hôpital Historique de Sant Pau, ANC.

³ Mercedes Tatjer a évoqué cette invisibilité du travail à domicile dans le Padrón de 1930. "El trabajo de la mujer en Barcelona en la primera mitad del siglo XX: lavanderas y planchadoras". *Scripta Nova*, Universidad de Barcelona, vol. VI, n° 119 (23), 2002.

mentions de travaux de ce type, sauf dans quelques cas rares, où la fiche clinique de Sant Pau mentionne simplement le fait que la personne travaille chez elle, sans préciser la nature de l'occupation en question. En 1907 cependant, Eduard Xalabarder, médecin des dispensaires blancs rend visite à *Remedios Grimalt*, une patiente de 35 ans veuve et mère de trois enfants, qui vit avec eux dans un logement de Gràcia. Alors que sa jeune sœur de 17 ans travaille dans un atelier de couture et que son fils de 14 ans est apprenti, la malade, elle, brode chez elle¹. Dans le Padrón en revanche, aucune allusion n'est faite à un quelconque travail à la maison.

La différence entre hommes et femmes au sein du pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Sant Pau en ce qui concerne les catégories socioprofessionnelles est très sensible. En effet, les femmes sont bien plus souvent ouvrières non qualifiées que les hommes, comme le montre le graphique ci dessous².

Graphique 5 : Répartition des femmes et des hommes tuberculeux hospitalisés à Sant Pau par classe sociale



(Source : fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, ANC)

¹ Fiche n°1173, Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, du docteur Conrad Xalabarder Puig et du docteur Joan Freixas. MHMC.

² Pour comparer les professions des femmes et des hommes, nous avons dû retirer la forte proportion de femmes au foyer tout de même présente, ce qui réduit considérablement la proportion de la classe VI, mais nous semble plus juste puisque cela permet d'étudier uniquement la population officiellement active.

Cependant, ce décalage peut aussi s'expliquer par les professions même des malades. En effet, contrairement au Padrón où l'on privilégiait le statut de journalier plutôt que le détail de la profession, dans les fiches cliniques les médecins ou infirmières se centrent plutôt sur un secteur particulier. Autrement dit, un homme maçon que nous considérerions comme ouvrier qualifié peut tout aussi bien être un travailleur journalier qui travaille dans le secteur de la maçonnerie. *Tomás Giner* un malade de 42 ans originaire de Valence, travaille ainsi comme relieur dans une imprimerie, mais dans le Padrón il est recensé en tant que journalier. Il y a fort à parier que ce malade travaille bien dans une imprimerie, mais qu'il occupe un poste en rapport avec la reliure, qui n'est pas qualifié. Ce décalage empêche non seulement toute comparaison entre professions des malades dans les fiches cliniques de l'hôpital et celles disponibles sur la ville extraites du Padrón, mais nuance aussi le décalage entre les deux sexes. En effet, nombres de femmes travaillant en usine étaient ouvrières textiles, tisseuses plus exactement¹. A l'inverse les hommes journaliers travaillaient sans doute dans des domaines plus diversifiés. Si cela peut permettre de nuancer nos propos, il n'en demeure pas moins que l'activité féminine est moins bien payée et moins valorisante que la masculine, la femme travailleuse est généralement dans une situation plus précaire que l'homme, et il est donc logique de retrouver cet écart si ce n'est amplifié, du moins égal au sein du pavillon des tuberculeux. Dans le même ordre d'idée, la proportion de tuberculeuses sachant lire et écrire est bien inférieure à celle des hommes et en cela elle rejoint la moyenne de la ville et de la ville ouvrière².

Ces quelques variables, mettent en avant une situation de la femme tuberculeuse qui semble plus extrême que celle de son homologue masculin et effrite ainsi la vision masculine de la maladie qu'ont les scientifiques pour revenir à la figure de Fantine, de Germinie Lacerteux, et de toutes les travailleuses épuisées dont la littérature a tant parlé.

La mise en relation des variables concernant le malade avec les analyses sur la société barcelonaise de la même époque nous permettent de dépasser la simple validation des opinions des médecins, en déterminant un type de malade qui correspond à une catégorie sociale ouvrière, mais qui se trouve être dans une situation plus précaire parmi ce groupe. La

¹ Voir par exemple ENRECH MOLINA, Carles, *La España industrial : obrers i patrons, 1847-1951*, 1990, *op. cit.*

² Voir les statistiques sur le rapport entre alphabétisation, classe sociale, et sexe dans OYON, José Luis, (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, p. 19.

jeunesse est une caractéristique clé chez les malades, qui semble accentuer la précarité de la situation sociale du tuberculeux. La différence entre hommes et femmes face à la tuberculose s'explique quant à elle assez souvent par des opinions et préjugés antérieurs à la sélection des malades, qui laissent malgré tout percevoir un statut social davantage précarisé chez les tuberculeuses que chez leurs homologues masculins. L'âge et le sexe ne sont pas les uniques variables qui introduisent des nuances dans un profil social unifié du malade. Des contrastes sont également perceptibles entre les malades soignés à domicile, hospitalisés ou internés au sanatorium. Globalement les malades soignés à domicile et aidés par la radio appartiennent plus souvent à la classe V et sont plus souvent immigrés, ce qui tend à nous faire penser qu'ils constituent un collectif de malade au statut plus précaire que les malades internés à l'hôpital et au sanatorium. Le profil des tuberculeux hospitalisés à Sant Pau se rapproche beaucoup d'un groupe plus largement ouvrier, alors que les malades internés à l'Esperit Sant semblent légèrement plus aisés que les autres. Nous verrons que cette première esquisse d'une hiérarchisation des sources se confirme une fois que l'on compare la répartition des malades dans la ville avec la répartition des classes sociales.

3. Ville tuberculeuse, ville ouvrière, la variable cachée

La ville de Barcelone dans les années 1930 est extrêmement segmentée, et ségréguée socialement¹. Après avoir défini une typologie des classes sociales barcelonaises, José Luis Oyón montre que celle-ci a une traduction spatiale particulière². Il identifie en particulier trois groupes distincts, trois *escenarios* qui morcellent la ville populaire dans lesquels se repartissent une classe sociale appelée de manière large la classe ouvrière, dont il a déjà montré l'hétérogénéité. Il s'agit ici d'observer si la répartition spatiale des malades dans la ville correspond à celle de la classe sociale dans laquelle nous avons montré que ces derniers s'inscrivent. En d'autres termes, cela signifie analyser la localisation des malades à partir de leur statut social, avec une hypothèse nouvelle : la répartition des malades dans la ville est

¹ Pour une réflexion sur la division sociale de l'espace, et l'application des termes de ségrégation spatiale en histoire, voir SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, coll. Géographie Sociale, Presses Universitaires de Rennes, 2008, p. 82. PINOL, Jean Luc, « Les historiens et les phénomènes de ségrégation » dans BRUN, Jacques, RHEIN, Catherine, (dir.), *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, L'Harmattan, Paris, 1994, pp. 59-71.

² OYON, José Luis, (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

orientée par leurs caractéristiques sociales, et ne dépend donc pas de conditions nocives ou bien contagieuses de l'espace. D'un point de vue épidémiologique, cette hypothèse implique qu'il faut privilégier le facteur social au facteur environnemental. En nous intéressant davantage au malade plutôt qu'au microbe, cette analyse permet de compléter le profil social et spatial du tuberculeux.

De manière pratique, nous verrons ici que les espaces de la tuberculose coïncident avec les espaces de la ville dite populaire ou ouvrière, mais que les malades vivent avant tout dans le centre ancien et les zones extrêmes de la ville, tout comme une grande partie de la population ouvrière précaire, plus récemment immigrée et moins bien intégrée. Nous analyserons également les différences de répartition spatiale en fonction des sources, afin de continuer à compléter une hiérarchisation déjà ébauchée.

- *Rappel sur les quartiers ouvriers de Barcelone*

A partir de son étude poussée des variables du Padrón de 1930, José Luis Oyón distingue trois groupes qui décomposent la ville ouvrière, au côté des deux zones plutôt aisées, l'Ensanche et les quartiers aisés du Nord-Nord-Ouest notamment. Il s'agit du centre ancien, des quartiers ouvriers dits « historiques » appelés « *Suburbios Populares* » et des quartiers extrêmes, appelés « *Segundas Periferias* ».

L'espace ouvrier que constitue l'ancien Centre Ville est hétérogène. Mercedes Tatjer dans son étude sur *Ciutat Vella*¹ explique que l'une des particularités du tissu urbain du centre est le mélange entre industrie et habitat. En effet, des industries artisanales existent encore en 1930 dans le Centre ancien. Avec le déplacement des industries du centre vers la périphérie, les locaux restés vides ont été transformés en habitats, en lieux de sociabilité, mais la plupart du temps les anciennes industries ont laissé place à d'autres, plus petites, qui ont continué à faire de cet espace un espace industriel. La population ouvrière dans cet espace représente 54,68% de sa population totale, il y a des différences entre les quartiers, mais en excluant le cas de la

¹ TATJER Mercedes, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona » dans OYON José Luis, *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras. 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

Barceloneta, tous les quartiers ont un taux de population ouvrière inférieur aux autres « *escenarios obreros* »¹.

La dénomination de « faubourg populaire » regroupe les quartiers de la première couronne périphérique. Tout d'abord, certains de ces quartiers sont liés à l'extension de l'Ensanche, tels *el Camp del Arpa*, *el Clot*, *Poble Nou*, ou le *Poblet*. Le tissu urbain se différencie peu de celui de l'Ensanche, même si les formes urbaines sont plus mélangées. Ensuite viennent les quartiers issus des anciens villages, comme c'est le cas de *Sants*, *Horta* ou de *Gràcia*. Ces espaces sont globalement assez hétérogènes socialement, puisqu'il est possible d'y trouver des ouvriers non qualifiés, des ouvriers qualifiés, des petits commerçants, des employés, etc. Globalement, ce sont des quartiers plus favorisés que ceux de la périphérie, où se trouvent beaucoup d'immigrants arrivés dans les années 1900-1910, vague d'immigration qui correspond à l'apparition de ces quartiers. Cependant, il faut encore insister sur la diversité intérieure à cet espace, puisque le quartier de *Gràcia* par exemple est plus mélangé socialement, et mieux perçu que celui d'*Hostafrancs* ou de *Sants*. En effet, ces deux derniers quartiers sont beaucoup plus industriels et leur population est globalement composée d'ouvriers moins qualifiés que dans le quartier de *Gràcia*. Le quartier de *Gràcia* est un quartier intermédiaire avec 65% environ de population ouvrière, contre 76% pour *Sants* et *Hostafrancs*, et 85% pour le *Poble Nou*. Pourtant, d'une manière générale, nous pouvons dire que ces quartiers sont liés à un même processus d'urbanisation et sont socialement plus favorisés car plus mélangés, que les quartiers de la seconde périphérie.

Les « *Segundas Periferias* » regroupent les quartiers ouvriers les plus récents². Ces quartiers sont les plus marginalisés de la ville et se caractérisent par une homogénéité sociale. Nous pouvons citer le quartier de *Can Tunis*, la *Torrassa*, puis les quartiers de l'Est, en particulier *Sant Marti Est*, *Can Baró*, *el Carmel*, *Gràcia Est*, etc. A cela nous devons rajouter les quatre groupes de *Casas Baratas* et les *Barracas*. Comme nous le voyons, cet espace comprend les types d'habitats les plus précaires caractéristiques d'une population ouvrière non qualifiée récemment arrivée à Barcelone. De fait, c'est à l'intérieur de ces espaces que se concentre la population venue de Murcie et d'Andalousie, et la population ouvrière représente 79% de la population totale. Ce sont encore les quartiers où le taux d'analphabétisme est le plus fort, et

¹ Statistiques sur la ville extraites de l'étude du Padrón réalisée par José Luis Oyón. *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

² OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936: una geografía preliminar » dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936*, 1998, *op. cit.*

où les loyers sont les plus bas. L'urbanisation dans ces quartiers est particulière, il s'agit avant tout d'immeubles bas et de *bajos* ainsi que d'habitat précaire. La densité est parfois peu importante, lorsque la zone est encore en construction, les équipements sont souvent manquants, étant donné que les logements sont construits sans préoccupation de réseau d'eau potable, d'électricité. A cela nous devons ajouter les problèmes de communication entre ces espaces, le centre ville et parfois les lieux de travail.

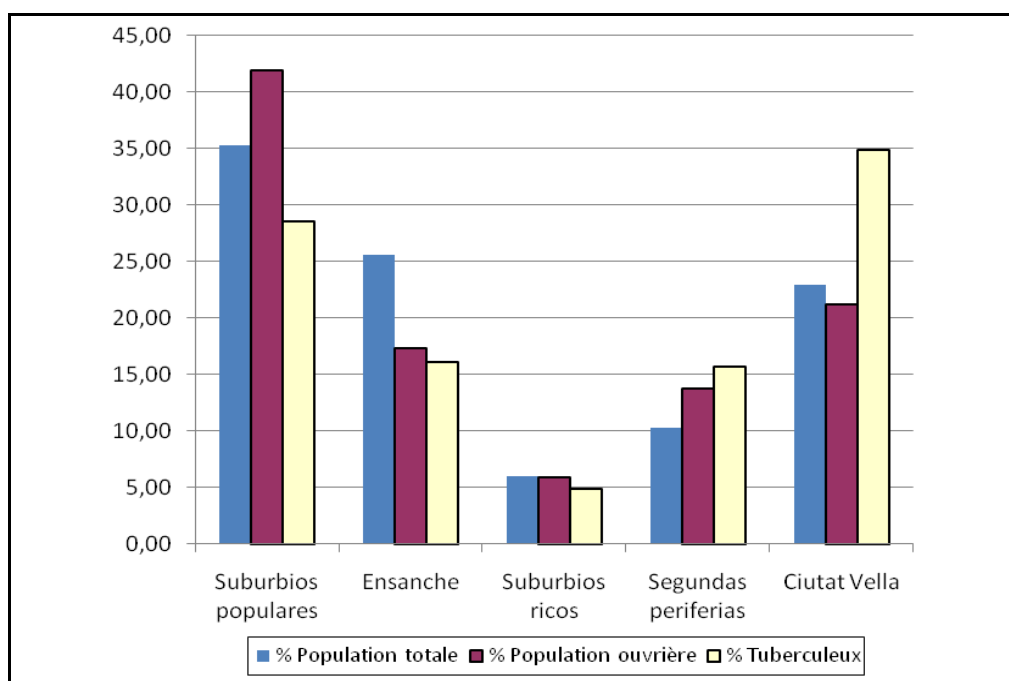
- *La tuberculose dans les espaces ouvriers : centre ville et périphérie extrêmes*

Pour José Luis Oyón, la Barcelone de la classe V et des immigrés est une ville à la fois maritime et périphérique¹. En effet, c'est dans le quartier du Sud du Raval, comme *Santa Mónica*, les zones de *Barceloneta* et les bidonvilles de la plage, ainsi que plus généralement dans toutes les *segundas periferias*, que vit la majorité de cette catégorie qui, nous l'avons montré, est aussi la plus représentée chez les malades soignés à Barcelone. Dans un premier temps, la comparaison entre la répartition de la population tuberculeuse et de la population totale des ouvriers selon le type d'espace permet de mettre en valeur les écarts à la moyenne de la spatialisation des malades².

¹ OYON, José Luis, (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, p. 194.

² Les chiffres de population totale par quartier sont issus de la *Gasetta Municipal* de 1932. Ceux de population ouvrière ont été estimés par José Luis Oyón, pour ses travaux sur la Barcelone ouvrière. *La quiebra*, 2008, *op. cit.*

Graphique 6 : Population tuberculeuse, Population totale et Population ouvrière par type d'espaces urbains (%)



(Sources : « Barcelona 1930 : un atlas social », 2001, Padrón 1930)

Ce graphique montre le pourcentage de population totale et ouvrière, ainsi que celui de population tuberculeuse par quartier. Il nous permet d'observer le comportement de la population tuberculeuse par rapport au reste de la ville. Selon ces résultats, la part des malades vivant dans les zones de *Ciutat Vella* et des *Segundas Periferias* sur le total des tuberculeux retrouvés dans la ville est plus importante que la part de la population ouvrière vivant dans les mêmes zones. Autrement dit, alors que 22,91% de la population barcelonaise vit dans *Ciutat Vella*, tout comme 21,23% de la population ouvrière, la proportion est de 34,85% pour les tuberculeux localisés par nos soins. De la même manière, 10,24% des barcelonais et 13,75% des ouvriers vivent dans les « secondes périphéries », alors que la proportion des malades, elle, atteint 15,69%. A l'inverse, les « quartiers riches » ou « *suburbios ricos* » sur le graphique, sont peu peuplés et par conséquent peu représentés que ce soit dans la population de Barcelone ou dans le collectif ouvrier ou les malades atteints de tuberculose. L'Ensanche, zone aisée par excellence dispose d'une proportion de tuberculeux à peu près égale à sa proportion d'ouvriers. Les ouvriers ne représentent que 39,86% de la population dans cet espace relativement peuplé¹ soit 17,28% de la population ouvrière

¹ L'Ensanche comporte 25,58% de la population totale, c'est l'ensemble de quartiers le plus peuplé après les « *suburbios populares* ».

barcelonaise. Nous y retrouvons 16,06% des logements des malades. Les « *suburbios populares* », qui comptabilisent une population ouvrière très importante¹, accueillent une proportion moindre de malades selon une perspective comparative. En effet, 28,55% des tuberculeux de nos sources vivent dans cet espace, contre 35,27% de la population totale et 41,91% des ouvriers.

Les deux espaces les plus représentés chez les malades par rapport à la moyenne de la ville, se rejoignent sur deux points. D'abord, ce sont des espaces réputés insalubres, qui concentrent une population ouvrière, qui vit souvent dans des logements précaires. Certes, la densité bâtie est bien plus importante dans le centre que dans les périphéries, et les types d'habitats sont différents. Dans le centre, l'insalubrité se traduit par la densité, les logements réduits, anciens et dépourvus de lumière, alors qu'en périphérie, la précarité de la construction², le manque d'installations hygiéniques, est souvent la règle. Mais surtout, ces logements précaires et insalubres sont les moins chers, par conséquent les plus souvent loués par les populations les plus défavorisées³. En effet, les ouvriers vivant dans les « *casas de dormir* » du centre ancien, ou cohabitant à plusieurs familles, ont des caractéristiques sociales assez similaires à ceux vivant dans les *casas baratas* ou les *barracas* des périphéries. En ce sens, la répartition des malades dans la ville coïncide avec celle du collectif le plus faible socio-économiquement parlant, cette fameuse Barcelone périphérique et maritime.

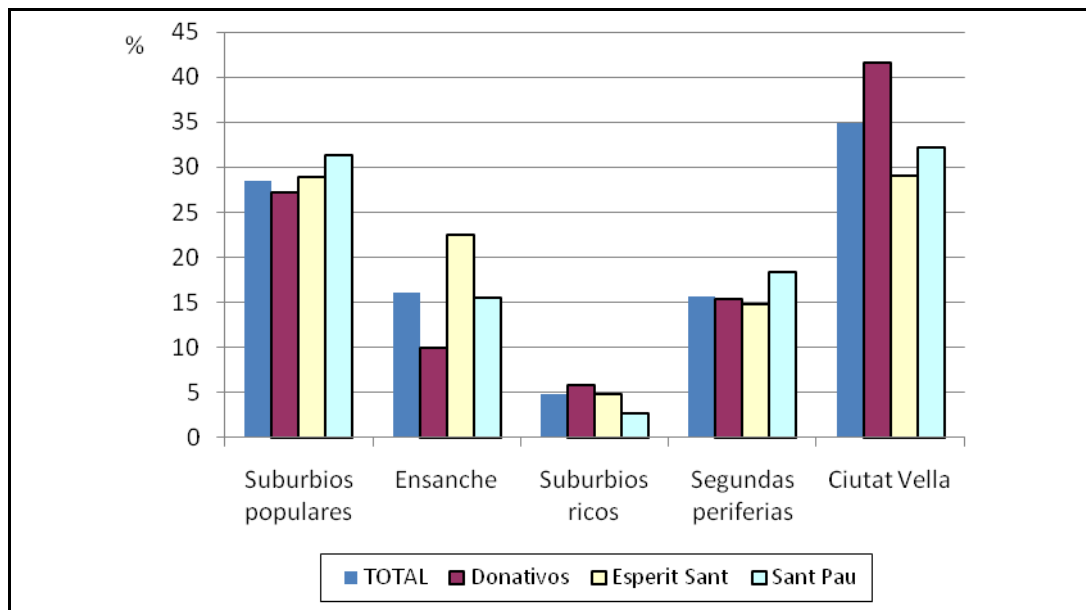
La répartition des malades en fonction des sources nous donne des éléments d'explication supplémentaires.

¹ Dans ces quartiers, 70,13% des habitants sont ouvriers.

² Disons « *infravivienda* », où les types d'habitats tels les *barracas*, ou *casas baratas* par exemple.

³ La question du prix moyen des logements a été abordée par Vicente Guerra y Cortes dans son ouvrage : *La tuberculosis del Proletariado en Madrid*, 1903, *op. cit.* Pour ce médecin, c'est bien les prix peu élevés qui encouragent les « prolétaires », ouvriers « sans instruction » selon lui, à se loger dans des logements insalubres.

Graphique 7 : Répartition de tous les tuberculeux-ses, pour chaque source, en fonction de l'espace urbain (%)



(Sources: « Barcelona 1930 : un atlas social », 2001, Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

Le graphique ci-dessus prend en compte pour chacune des sources, la proportion de tuberculeux sur le total des malades retrouvés dans la ville. Il ne tient compte ni de la population générale du quartier, ni de la population ouvrière.

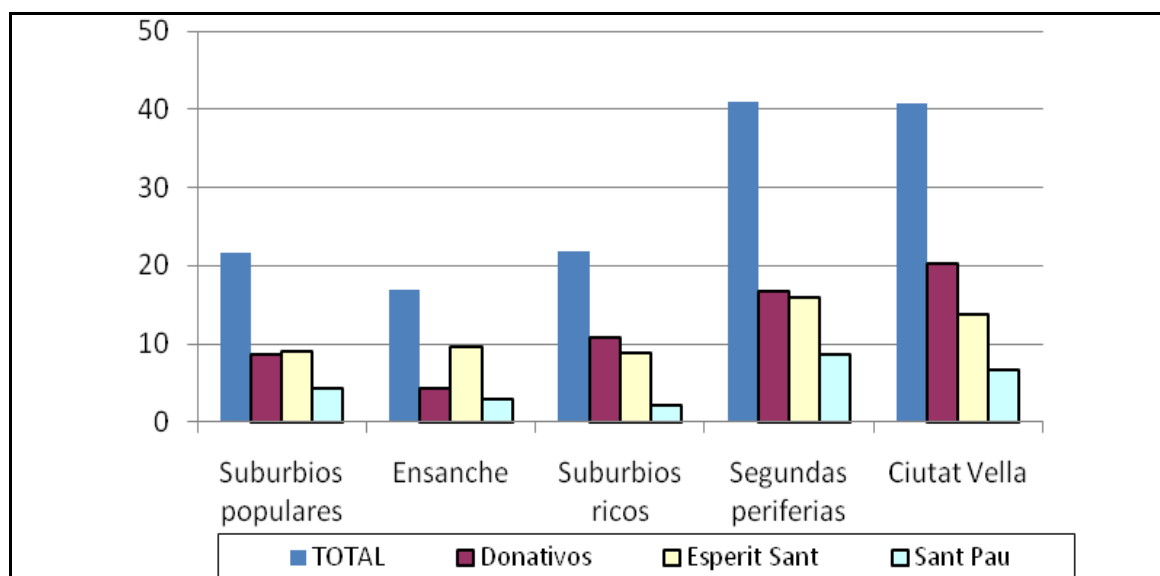
La représentation graphique met en avant le fait que c'est la source de l'Esperit Sant qui semble être responsable de la proportion de malades dans l'Ensanche. En effet, nous pouvons constater que le pourcentage de malades internés au sanatorium vivant dans cet espace, est bien supérieur à la moyenne de tous les malades. Dans cet espace, ce sont les malades aidés par Catalunya Radio qui sont les moins représentés. Par contre, les malades hospitalisés à l'Hôpital de Sant Pau sont relativement plus nombreux à vivre dans cet espace que ceux soignés chez eux. Malgré tout, que ce soit les malades du sanatorium comme ceux de l'hôpital, leur forte représentation relative dans l'Ensanche est à mettre au compte des quartiers les plus périphériques de cet espace, tels *L'Esquerra de l'Eixample*, *Sant Antoni*, ou les zones de *la Sínia* et *Sagrada Família*, quartiers comptabilisés dans l'Ensanche, mais ayant une présence ouvrière marquée. Les « *suburbios populares* » et les « *segundas periferias* » sont les deux zones où l'hôpital de Sant Pau a une représentation plus importante que les autres sources, confirmant ainsi davantage nos soupçons sur le fait qu'il s'agit de la source la plus représentative de la population ouvrière. La localisation des tuberculeux dans les zones

les plus ouvrières de la ville est dès lors tout à fait compréhensible, elle ne correspond pas à l'insalubrité de la zone mais bien à la spatialisation d'une classe sociale. La zone de « *Ciutat Vella* » est bien évidemment la plus représentée pour toutes les sources, mais ce sont les malades soignés à domicile qui sont les plus présents proportionnellement. C'est en particulier la source des dons de *Catalunya Radio* qui impose la tendance, puisque nous pouvons parler d'une très claire surreprésentation par rapport aux autres sources.

Par ailleurs, c'est dans les quartiers du centre ancien et dans ceux de l'Ensanche que nous observons la plus forte disparité entre les sources. Ce sont les adresses des malades soignés à domicile et celles des malades internés au sanatorium qui semblent être responsables de ce décalage. Dans le centre ville, alors que c'est la source de la radio qui a la proportion de malade la plus élevée, c'est celle de l'Esperit Sant qui a la plus faible. Le phénomène inverse est observé pour l'Ensanche. Cette idée accentue donc encore d'avantage l'impression d'opposition entre ces deux sources, que nous avons déjà eue auparavant.

Chacun de ces espaces étant plus ou moins densément peuplé, il semble intéressant de rapporter la proportion de tuberculeux de chaque source à la population totale de l'espace urbain en question. Le graphique suivant, à la différence du précédent, observe donc la proportion de malades pour 10000 habitants dans chaque zone.

Graphique 8 : Proportion de tuberculeux sur 10 000 habitants, par espace urbain



(Sources : « *Barcelona 1930 : un atlas social* », 2001, *Catalunya Radio*, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

Ici le lien avec la population rend impossible la comparaison des sources entre elles, puisque les taux représentés sont guidés par le nombre d'adresses recensées. De cette manière, l'hôpital de Sant Pau, pour lequel ne sont recensées que 542 adresses¹, est le moins représenté sur le graphique. Le peu de population dans les périphéries ouvrières peut expliquer le taux relativement élevé de malades tuberculeux des trois sources dans cet espace. En effet, la proportion pour la totalité des malades est légèrement supérieure à celle de *Ciutat Vella*², et cet écart réduit est dû à la surreprésentation des tuberculeux aidés par la radio dans le centre ancien, puisque pour les deux autres sources, c'est dans les *segundas periferias* que la proportion est la plus élevée. De la même manière, les « faubourgs riches » ont une proportion supérieure à l'Ensanche et aux *suburbios populares*, beaucoup plus peuplés.

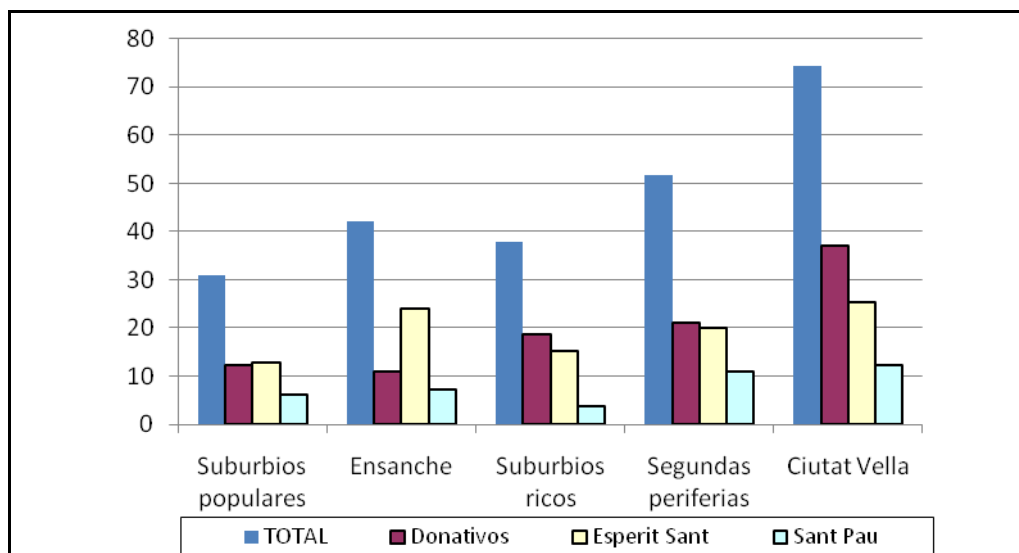
Ce graphique a donc tendance à faire ressortir *Ciutat Vella* et les *segundas periferias* comme espaces les plus touchés par la maladie, en proportion du nombre d'habitants, et ce, pour les trois sources. Cependant, comme la majorité des malades sont des ouvriers, le plus souvent non qualifiés, et que leur localisation semble en grande partie être influencée par celle de la classe V nous avons choisi de réaliser les mêmes répartitions en tenant compte non plus de la population par quartier mais uniquement de la population ouvrière. Ce choix a pour effet de

¹ Ce qui représente 48% de la source la plus représentée : les dons de *Catalunya Radio*.

² La proportion tuberculeuse des trois sources est de 40,72 malades pour 10000 habitants de *Ciutat Vella* et de 41,01 malades pour 100000 habitants des *segundas periferias*.

réduire le poids des espaces très fortement ouvriers, comme le démontre le graphique ci-dessous.

Graphique 9 : Proportion de tuberculeux sur 10 000 ouvriers, par espace urbain



(Sources: « *Barcelona 1930 : un atlas social* », 2001, Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Atlas)

Effectivement, étant donné la proportion de population ouvrière dans les *segundas periferias*¹, celles-ci voient leur importance se réduire quant à la proportion de tuberculeux pour 10 000 ouvriers. Nous pouvons faire la même constatation pour les *suburbios populares*, qui étaient déjà peu représentés auparavant, et qui deviennent les espaces où, proportionnellement, il est le moins fréquent de retrouver des domiciles des malades. L'Ensanche et les *suburbios ricos*, avec seulement 39,26% et 57,46% d'ouvriers, sont eux particulièrement mis en avant par ce nouveau calcul. Néanmoins, nous constatons que quelque soit la manière de calculer les proportions, les malades de l'hôpital de Sant Pau viennent très peu souvent des quartiers les plus aisés de la ville. A l'inverse, la majeure partie de la population tuberculeuse vivant dans l'Ensanche semble venir de l'Esperit Sant. Cette proportion élevée est particulièrement comparable à la source de la radio, équivalente quant au nombre de cas retrouvés. En effet, 10,84 tuberculeux aidés par la radio pour 10 000 ouvriers vivent dans l'Ensanche, contre 24,01 pour 10 000 internés au sanatorium.

¹ 79.20%, selon les chiffres de *Barcelona 1930*, 2001, *op. cit.*

L'important impact de la source de l'Esperit Sant sur l'Ensanche et les quartiers intermédiaires s'explique surtout par la forte présence des malades dans les zones périphériques de l'Ensanche, que nous avons déjà citées plus haut puisque seulement 16,7% des patients de l'Ensanche vivent dans *l'Eixample central*.¹ Mais l'importance relative des malades de cette source dans l'Ensanche s'explique également par le fait que la proportion d'ouvriers non qualifiés chez les malades du sanatorium est moins élevée que pour les deux autres sources. Ajoutons que le taux de patients travaillant en tant que domestique ou portier est plus important chez les malades de cet établissement que pour ceux hospitalisés ou soignés à domicile. Pour finir, l'espace de *Ciutat Vella*, avec seulement 54,68% de population ouvrière, voit sa proportion mise en avant d'une manière encore plus évidente. C'est l'espace le plus représenté pour toutes les sources, en particulier pour la source de la radio.

Ce dernier calcul a pour objet de comparer la répartition des malades sur la population ouvrière et par conséquent de réduire l'impact de la « variable cachée » que constitue la forte présence ouvrière dans les sources. Malgré ces précautions, nous nous orientons vers une spatialisation des malades qui suit les marques du monde ouvrier.

Il semble donc qu'une logique ouvrière se dessine dans la répartition spatiale des malades, même si celle-ci connaît cependant des variations en fonction des sources. Les malades aidés par les dons de la radio sont surtout localisés dans le centre ancien et dans les espaces ouvriers dans une moindre proportion. Ces malades suivent donc une logique ouvrière très localisée sur les espaces les plus insalubres, denses, mais qui correspondent aussi aux espaces habités par les catégories sociales les plus défavorisées de la ville. Les malades hospitalisés à Sant Pau suivent eux aussi une logique ouvrière, mais moins directement liée au centre ville que ceux soignés à domicile. Sans doute à cause d'un recrutement très ouvrier de l'hôpital, ils semblent vivre dans les zones ouvrières considérées plus « traditionnelles ». Enfin, les malades internés dans le sanatorium, s'ils vivent également dans des zones populaires, semblent avoir une logique de répartition plus centrée sur les quartiers intermédiaires, tels les quartiers les plus ouvriers de l'Ensanche ou les *suburbios populars*, comme parfois dans des zones réservées à des catégories sociales plus aisées. Cette

¹ Les quartiers de *l'Eixample Sant Antoni*, *Esquerra et Dreta* sont des quartiers qui concentrent une proportion beaucoup plus importante d'ouvriers, d'artisans et d'employés.

localisation vient confirmer un profil moins franchement ouvrier des malades de l'Esperit Sant.

Cette logique ouvrière que suivent les trois sources dans des acceptions différentes, montre une possible détermination sociale dans la répartition des malades. C'est bien le fait que la majorité des malades répertoriés soit des ouvriers non qualifiés qui oriente leur localisation dans les espaces traditionnels de cette catégorie sociale.

Ce portrait d'un tuberculeux jeune homme ouvrier considéré comme ignare par les médecins mais certainement issu des catégories sociales les moins favorisées de Barcelone d'après nos études fait écho à celui que Dominique Dessertine et Olivier Faure ont pu peindre du malade hospitalisé à Lyon au XIX^{ème} siècle¹. Les deux auteurs évoquaient en effet la jeunesse, le célibat ainsi que l'exercice d'une profession médiocre comme des « faits marquants de la population hospitalière lyonnaise de 1866 », tout en précisant que l'hospitalisation ne se résumait pas à cette simple description. Le fait est que les résultats obtenus après comparaison des profils types des malades avec la population barcelonaise et la population ouvrière de la capitale catalane ne permet pas de rendre compte de tous les malades tuberculeux, mais uniquement de ceux qui sont pris en charge, ou bien considérés, dans les réseaux de soins publics ou gratuits. De plus, si le profil type des malades ressemble beaucoup à celui dressé par les médecins du premier tiers du XX^{ème} siècle, c'est aussi parce que la vision de ces derniers détermine le choix des malades, comme le montre par exemple le fait emblématique que les femmes plus précoces que les hommes dans la maladie soient acceptées plus jeunes dans les établissements de soins.

Malgré tout, les malades font partie d'un groupe social ouvrier, d'une classe V où l'immigration la plus récente est largement représentée, et correspond à un statut précaire, qui semble faire penser que la tuberculose, ou du moins les malades étudiés, sont un bon révélateur de la misère urbaine. C'est bien le fait que le tuberculeux corresponde à ce groupe social le plus précaire de la ville ouvrière qui, sans vouloir faire l'apologie du facteur social de la tuberculose, détermine la répartition des malades dans Barcelone. Cette répartition

¹ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1991, *op. cit.*

correspond non seulement aux quartiers ouvriers mais également aux zones dans lesquelles vivent préférentiellement les nouveaux arrivants les plus « pauvres », avec tout de même une logique de centralité exercée par le centre ancien justement, ce qui s'explique par la nécessaire visibilité des malades qui sont « pris en charge » ou bien aidés. De plus, la logique de graduation des sources, qui voit des malades plus démunis se faire aider par la radio, des malades très clairement travailleurs manuels peu qualifiés être hospitalisés à Sant Pau et des malades faisant plus facilement partie de catégories sociales intermédiaires être internés à l'Esperit Sant, est également respectée dans cette répartition spatiale.

Si la Barcelone tuberculeuse semble dès maintenant se superposer plutôt bien sur la Barcelone ouvrière, il n'empêche que notre définition de l'ouvrier n'est pas suffisante, et que réduire le tuberculeux à sa seule appartenance à une catégorie sociale ouvrière défavorisée très générale ne permet pas d'aborder le lien entre tuberculose et monde ouvrier de manière satisfaisante. L'ouvrier est aussi un travailleur manuel, avec des pratiques professionnelles particulières, et les tuberculeux à l'intérieur du collectif ouvrier ont des métiers bien distincts, même si ceux-ci se rejoignent peut-être dans l'expression d'une précarité économique.

B. Ouvrier : métier à risque ou garantie de précarité économique ?

Les professions recensées par les médecins et par nos soins dans les fiches cliniques des malades montrent de manière évidente un profil du malade ouvrier, souvent journalier. Le terme d'ouvrier est plus souvent employé pour désigner un statut social plutôt qu'une catégorie socioprofessionnelle chez les médecins ce qui entraîne une assimilation lexicale entre « ouvrier » et « pauvre ». Cette assimilation se retrouve dans notre propre discours, puisque nous avons regroupé des métiers très différents sous la dénomination ou catégorie de classe V. Il faut dire que le Padrón permet relativement peu d'analyses plus approfondies, puisque le parti pris des inspecteurs est avant tout de mettre en avant la catégorie socioprofessionnelle de l'habitant, en évitant surtout une trop grande description de l'activité en elle-même par souci d'uniformisation. Cela facilite bien sûr une analyse statistique, mais nous fait perdre un peu de substance en chemin. Néanmoins, certaines précisions sur les professions peuvent être trouvées dans le Padrón ainsi que dans d'autres sources telles que les écrits des médecins ou les fiches cliniques des hôpitaux.

L'objectif ici est d'entrer plus précisément au cœur de la catégorie pour distinguer les secteurs d'activité dans lesquels nous retrouvons de manière préférentielle les malades tuberculeux, en essayant de déterminer si, comme le disaient les médecins, ce sont des professions particulières qui augmentent le risque de tuberculisation ou bien si ces professions ne sont pas plutôt le reflet d'une situation socioprofessionnelle précaire. Ajoutons qu'un questionnaire sur l'importance du facteur social par rapport au facteur environnemental est sous-jacent ici. Nous partirons des considérations des médecins de l'époque, en remontant jusqu'aux premiers textes qui admettent la logique de la bactériologie exclusive, afin de déterminer les types de métiers à risques que ceux-ci mettent en avant. Nous verrons ensuite si les métiers qu'exercent les tuberculeux soignés à Barcelone correspondent à ceux considérés comme pathogènes par les médecins. Enfin, nous réfléchirons de manière plus détaillée sur ce qu'impliquent ces professions dans le quotidien professionnel des malades, et si, plus que métiers à risques, il ne s'agit plutôt de métiers qui garantissent une précarité économique et sociale parfois extrême.

1. Des métiers à risques ou des tuberculoses professionnelles chez les médecins

La question du métier exercé des malades est récurrente dans les discours des médecins depuis la toute fin du XIX^{ème} siècle jusqu'au début du XX^{ème} siècle. Cependant, elle est abordée de manière différente en fonction des médecins, qui traitent souvent le problème de la dangerosité du travail avec des arguments distincts. Pour certains, la profession constitue un facteur prédisposant la maladie et aidant à la mise en place d'un terrain favorable ; pour d'autres, le métier des tuberculeux est plutôt un facteur aggravant la tuberculose. Dans les deux cas, c'est soit l'activité elle-même qui constitue une menace, soit l'environnement dans lequel elle se réalise. A ces divergences quant à la théorie, s'ajoutent des désaccords pratiques sur les professions incriminées. En effet, les médecins ne mettent pas les mêmes professions en avant, pour certains ce sont les membres du service domestique qui sont les plus touchés, pour d'autres les employés, et pour d'autres encore les ouvriers qui travaillent dans la métallurgie ou d'autres secteurs d'activité fatiguant et qui implique une production de poussière. A tout ceci, nous ajoutons bien sûr les activités liées à des pratiques considérées comme immorales, telles celles des taverniers, ou encore les serveurs.

En 1894, le médecin français Gustave Lagneau dans un article sur les professions tuberculeuses déterminent clairement trois types de professions¹. Il y a tout d'abord les métiers qui exposent aux poussières minérales et végétales, tels que les marbriers et les carriers ou encore les boulangers, puis vient un autre groupe composé des professions dites sédentaires, où les individus sont courbés pendant une longue partie de la journée, comme c'est par exemple le cas des imprimeurs mais aussi des employés de bureau. Enfin, dans son discours est visible une troisième catégorie qui elle, à l'inverse, regroupe les professions saines, celles qui au lieu d'enfoncer le malade l'aide à ne pas devenir tuberculeux : il s'agit de toutes les activités professionnelles qui se pratiquent à l'air libre, fermiers, pêcheurs, etc. Ces trois catégories caractérisent, d'une manière ou d'une autre, tous les métiers mis en avant par les médecins espagnols jusque dans les années 1930, voire au-delà, elles seront donc un cadre pratique pour notre analyse.

¹ LAGNEAU, Gustave, De la mortalité par tuberculose selon la profession et selon l'habitat, dans Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, IV^o Série, tome 5, Paris, 1894, pp. 235-236.

Nous dresserons ici un état des lieux des professions pointées du doigt par les médecins, en essayant de dégager une évolution logique, entre professions sédentaires et activités industrielles. Nous verrons également que c'est avant tout un objectif prophylactique qui sous-tend les travaux des médecins, et qui conduit du coup à rechercher les causes de la maladie dans l'activité elle-même ou bien dans l'environnement de travail.

Dans un premier temps, la question clé qui se pose est celle de l'existence ou non de tuberculoses professionnelles. La notion de « tuberculose professionnelle » est développée par nombre de médecins. Nous retrouvons notamment l'expression dans le texte de José Palanca daté de 1947, ce qui nous fait penser que le problème dépasse largement le cadre temporel que nous nous sommes fixé¹. Cela dit, lorsque l'ancien inspecteur provincial utilise le terme, il fait référence à la fois aux professions qui favorisent la contagion comme à celles qui se présentent comme un terrain de culture du microbe et donc à la tuberculose pulmonaire. Certains médecins se sont posés la question de l'existence de formes de tuberculose particulières uniquement causées par une pratique ou un environnement caractéristique d'une profession. Fernando Sierra i Zafra en 1912 décrit ce qu'il considère comme les quatre grandes causes de la maladie : le logement, l'alimentation, l'intoxication chronique c'est-à-dire l'alcoolisme dont nous avons déjà parlé et ce qu'il nomme les « métiers phthisogènes de Rubner » c'est-à-dire « l'antracose »². En 1950, Clemente García Luquero qui réalise un travail appliqué sur les causes du développement de la tuberculose consacre un chapitre de son ouvrage au lien entre profession et maladie qu'il nomme *coniosis*, et que nous traduirons par pneumoconiose³. La pneumoconiose désigne le groupe des maladies pulmonaires provoquées par l'inhalation de particules solides. La silicose est sans doute la plus connue chez les historiens puisqu'il s'agit de la maladie provoquée par l'inhalation de silice, très fréquente chez les mineurs⁴. L'antracose fait également partie de ce groupe de maladies et se

¹ PALANCA, José Alberto, « Lucha antituberculosa: orientaciones epidemiológicas », dans PALANCA, J.A. et al. *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, s.i., Madrid, 1947, pp. 355-370.

² SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, 1912, *op. cit.*, p. 7.

³ GARCÍA LUQUERO, Clemente, *La tuberculosis como problema sanitario: estudio aplicado a Barcelona*, Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1950.

⁴ La silicose est également une maladie que l'on retrouve dans les fiches cliniques de Sant Pau, chez les tuberculeux. Sur les maladies des mineurs en Espagne : MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo, *Un Mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las minas de Almadén 1750-1900*, Universidad de Granada, Universidad de Castilla la Mancha, Grenade, 1996.

caractérise par une inhalation de particules de charbon. Dès lors une question se pose : s'agit-il de tuberculose ? Selon la théorie bactériologique exclusive, privilégiée entre toutes par les médecins, un malade n'est considéré comme tuberculeux que s'il est infecté par le bacille de Koch ; concrètement, si le test de la tuberculine est positif ou que l'analyse du crachat révèle la présence du microbe. Or, ces maladies pulmonaires, si elles se définissent bien par une gêne respiratoire et des symptômes assimilables dans un premier temps à la tuberculose, ne se caractérisent pas *a priori* par la présence du microbe. Par conséquent il est possible que les médecins en parlant de ces maladies fassent référence à un terrain qui affaibli le poumon et aide ainsi à l'implantation du bacille. La volonté de trouver des tuberculoses professionnelles est liée à celle, plus générale, d'assimiler la tuberculose à un accident de travail, ce qui permettrait d'obtenir des garanties pour les malades et notamment assurer un congé maladie pour tous¹.

Il ne fait aucun doute que pour les médecins, le métier du malade peut être responsable de la maladie, mais ils rejettent par contre l'idée qu'il s'agirait de la cause directe. Comme l'explique le docteur Villemin en 1868, qui sera ensuite repris par nombre de médecins espagnols et catalans : « il n'est pas probable que c'est dans l'exercice de sa profession ni dans les substances qu'il manie que l'ouvrier trouve les causes de la phtisie »². Pour Modesto Gonzalez Ribas, presque un siècle plus tard, il y a bien des professions qui sont plus souvent exercées que les autres chez les malades, et celles qui entraînent la silicose notamment, mais ces métiers ne font que prédisposer la personne à la tuberculose sans le contaminer³.

Alors quelles sont donc ces professions phtisiogènes qui « préparent favorablement le terrain » à la maladie et qui provoquent des tuberculoses d'origine professionnelle ? Il s'agit de métiers qui s'exercent dans des atmosphères chargées de poussières diverses, poussières provoquées par l'activité industrielle elle-même. Philip Hauser en 1898 met en avant le secteur de la métallurgie, puisque, selon lui les particules de fer sont les plus nocives, et rendent l'atmosphère de l'atelier irrespirable et dangereuse pour la santé des ouvriers⁴. Simón

¹ Sur la revendication du congé maladie voir notamment : ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.* Ou encore: VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, *op. cit.* L'étude sur la tuberculose de Clemente García Luquero est, encore en 1950, un prétexte pour mettre en avant la nécessité de mettre en place l'assurance maladie. GARCÍA LUQUERO, Clemente, *La tuberculosis como problema sanitario: estudio aplicado a Barcelona*, Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1950.

² VILLEMIN, Jean-Antoine, *Etude sur la tuberculose*, Paris, 1868.

³ GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, Imp. S.A. Horta, Barcelone, 1948, 14 p.

⁴ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69 p.

Hergueta en 1895 évoque des statistiques réalisées sur la période 1889-1893, qui selon lui montreraient que les tailleurs, cordonniers et autres modistes sont certes très représentés chez les tuberculeux, mais que ce n'est rien en comparaison avec les boulangers ou les cigarières¹. Il évoque également les charbonniers, qui selon lui sont très peu représentés, mais dont le taux de mortalité par pneumonie ou bronchite est très élevé, ce qui pourrait s'expliquer par une erreur de diagnostic. Toutes les activités professionnelles liées aux poussières sont considérées dans cette catégorie, et les médecins s'emparent souvent de l'une ou de l'autre, statistiques à l'appui, pour démontrer l'effet nocif d'une atmosphère malsaine, puisque, finalement, c'est bien de cela dont il est question. Le docteur Vicente Alvarez Rodríguez Villamil reproduit dans son ouvrage de 1912 une statistique mettant en valeur le métier de tanneur, particulièrement critiqué par les médecins à cause des produits toxiques mais aussi du contact avec un animal qui a pu être contaminé². Il ajoute encore que parmi les professions les plus affectées par la tuberculose, l'on retrouve les graveurs, carriers et marbriers. Dans ses leçons sur la tuberculose pulmonaire, Baudilio López Durán explique en 1922 que certaines fonctions prédisposent à la contagion tuberculeuse, et notamment encore une fois celles qui « obligent à travailler dans des atmosphères poussiéreuses », comme c'est le cas pour les mineurs ou bien les ouvriers qui travaillent dans les usines de farines³. En ce sens, la poussière provoque une maladie pulmonaire qui dégrade le poumon et le prépare à recevoir la tuberculose, et par là même elle facilite la prolifération du bacille en dehors du corps humain favorisant ainsi la contagion. Mais à ces professions prédisposant à la maladie, le médecin oppose une profession qui à l'inverse, la contrarie : il s'agit des chauffourniers, ouvriers qui travaillent dans les carrières de chaux. L'auteur cite le cas d'une zone entre *Oreja* et *Chichón* à 40 kilomètres de Madrid où, selon le médecin du lieu le docteur Cortina, seulement 1% des décès sont tuberculeux, ce qui apparaît fort peu pour une zone de carriers⁴. En réalité, ces pourcentages s'expliquent objectivement comme subjectivement par le fait que le calcaire était considéré comme une solution à la tuberculose et ce notamment parce que, parfois, des lésions tuberculeuses retrouvées lors des autopsies ont été contenues par des enveloppes calcaires.

¹ HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p.

² ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

³ LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, Imp. Vda. de López del Horno, Madrid, 1922, 264 p.

⁴ *Ibid.*

Bien qu'il ne soit pas toujours possible de déterminer avec exactitude le rôle de ces activités professionnelles sur la maladie pour les médecins, il n'en demeure pas moins que l'inhalation des poussières reste un thème important pour définir les professions dites à risques durant toute la période qui nous préoccupe. L'environnement nocif est produit ou dérivé de l'activité elle-même. Cependant, certains médecins comme Modesto González Ribas insistent tout de même sur le fait que ces professions dans des atmosphères poussiéreuses ne font que prédisposer à la maladie et en ce sens il ne les considère pas à proprement parler comme facteurs de la maladie¹. Ce médecin, qui s'inscrit par contre dans une logique bactériologique stricte, considère que les seules professions tuberculeuses sont celles qui mettent directement en contact avec le bacille et sont donc des métiers contaminants :

« hoy en día, sólo se considera a la tuberculosis como enfermedad profesional , cuando ha sido obtenida en un trabajo contagiante, o sea, en el caso de los médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, etc., que se dedican al cuidado de tuberculosos.² »

Selon cette logique, seules les professions liées à la santé peuvent être réellement les causes de la maladie, ainsi que celles qui ont un contact direct possible avec le microbe. José Palanca cite ainsi le personnel des abattoirs, les vétérinaires, le personnel sanitaire et ce qu'il appelle le personnel subalterne, c'est-à-dire les domestiques et les lavandières³. Cependant, les médecins ont montré, statistiques à l'appui, qu'en dehors du service domestique et peut-être des lavandières, dans ces professions très peu de décès tuberculeux étaient constatés. Quelques années auparavant, en 1912, le médecin madrilène Fernando Sierra y Zafra explique que toutes ces professions qui supposent un contact fréquent et direct avec les malades ont des taux de mortalité tuberculeuse très bas, notamment si on les compare à une autre profession, tenancier ou serveur.

¹ GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, 1948, *op. cit.*

² « De nos jours, on ne considère la tuberculose comme maladie professionnelle que lorsqu'elle a été obtenue à cause d'un travail contaminant, c'est-à-dire dans le cas des médecins, étudiants en médecine, infirmières, etc., qui se consacrent à soigner les tuberculeux. » *Ibid.*

³ PALANCA, José Alberto, « Lucha antituberculosa: orientaciones epidemiológicas », dans PALANCA, J.A. et al. *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, 1947, *op. cit.*

« *De modo que en tanto que la tisis mata a 67 pastores evangélicos y a 105 médicos, personas de las más expuestas al contagio, produce la muerte, en igualdad de condiciones, de 607 mozos de taberna* »¹.

L'auteur revient alors sur son thème de prédilection, le lien entre l'alcoolisme, l'alcool en général et la maladie. Les personnes qui travaillent dans les bars sont donc les premières à pâtir de la maladie, ce qui s'explique surtout pour le médecin par l'immoralité ambiante dans le local mais aussi par l'atmosphère viciée, ainsi que par le fait qu'il s'agit de locaux fermés². Les métiers qui obligent les personnes à travailler dans des lieux clos, sont souvent mis en avant par les médecins, et ce à toutes les époques, comme c'est le cas notamment des employés du métro. Mais ils sont associés plus généralement à ce que les professionnels de la santé appellent les professions sédentaires. Philip Hauser évoque l'exercice d'une profession dite sédentaire comme facteur de la maladie³. Selon lui, ces professions se caractérisent par une position corporelle courbée, souvent usante pour le corps, dans des espaces circonscrits. En 1912, Vicente Alvarez Rodriguez Villamil parle des employés de bureaux qui correspondent à ce profil ainsi que certains arts manuels qui nécessite une immobilité dans un lieu souvent réduit et fermé⁴. Modesto Gonzalez Ribas, encore lui, cite notamment tous les métiers de bureau, ainsi que les ateliers de coutures tout en précisant qu'il s'agit de professions très représentées chez les malades, mais qui ne doivent pas être accusées d'être phtisogènes pour autant⁵. Il y a d'ailleurs selon lui une variable cachée qui permet de comprendre l'importance de la tuberculose dans ce type de profession : les personnes qui choisissent ces professions le font en connaissance de cause, sachant que leur faible constitution ne leur permet pas d'exercer un métier plus fatiguant physiquement, ce sont donc des malades en puissance, de par leur constitution et la profession n'y fait rien.

¹ « De sorte que pendant que la phtisie tue 67 prêtres évangéliques et 105 médecins, des personnes parmi les plus exposées à la contagion, elle conduit à la mort, dans les mêmes conditions, 607 garçons de cafés. » SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, 1912, *op. cit.*, p.11.

²Cette idée est reprise par de nombreux médecins, notamment à cette époque, comme c'est le cas par exemple de Ignacio Llorens pour qui les serveurs, brasseurs et autres taverniers sont les plus affectés par la tuberculose. LLORENS Y GALLARD, Ignacio de, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, Imp. Casa Prov. Caridad, Barcelone, 1912, 35 p.

³ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*

⁴ ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

⁵ GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, 1948, *op. cit.*

Pour d'autres médecins cependant, le fait d'être courbé toute la journée, en particulier sur un travail en usine tel celui des couturières notamment est un facteur qui aide au développement de la maladie. La logique du lieu circonscrit, quant à elle, permettrait presque de déterminer que toutes les professions citadines et industrielles sont des facteurs aggravants de la tuberculose. Les médecins se concentrent en particulier sur deux types : le service domestique, puis les professions ouvrières. Si les deux groupes de professions peuvent être évoqués conjointement, comme nous l'avons vu avec Simón Hergueta qui cite simultanément servantes et cigarières, il semble que le service domestique, déjà peu évoqué par rapport aux autres secteurs au début du XX^{ème} siècle soit de moins en moins mis en avant par les médecins qui délaissent le personnel de maison aisée pour se concentrer sur les activités ouvrières, poussiéreuses ou pas. Pourtant, les servantes sont présentes dans les établissements de soins comme nous le verrons, mais l'information n'est pas toujours relayée dans les écrits des médecins, peut-être parce que la majorité du service domestique est féminin et que les femmes sont relativement peu perçues comme un collectif « tuberculisable »¹. Cette profession a des caractéristiques similaires à celle de serveur par exemple, puisque le fait qu'elle soit nocive repose sur le nettoyage de la poussière, une activité dangereuse ainsi que sur le fait d'être enfermé pendant des heures dans des pièces mal aérées et mal éclairées. Ajoutons aussi que la manipulation des objets qui pourrait appartenir à des tuberculeux par les servantes comme cause de contagion est une idée évoquée par José Palanca, mais assez peu suivie étant donné que les catégories sociales chez qui travaillent les servantes ne sont pas sensées, dans une logique de la maladie sociale, avoir la tuberculose². Les médecins évoquent aussi un statut social des domestiques qui implique notamment un logement mauvais car mal situé, dans les pires recoins de l'immeuble bourgeois³. Finalement, il s'agit avant tout d'une profession considérée comme non naturelle, par opposition, semble-t-il, à celle qu'aurait pu exercer la servante si elle avait choisi de rester à la campagne et de ne pas venir en ville. Ainsi, nous revenons à une opposition très générale entre professions des villes et professions des champs, qui se maintient tout au long de la période, bien que les médecins passent du service domestique et des serveurs dans les cafés aux professions plus généralement industrielles.

¹ Voir notamment le service domestique ou les servantes qui ne sont même pas citées par Modesto Gonzalez Ribas en 1948, ni par Clemente García Luquero en 1950, dans des études pourtant basées sur des statistiques de dispensaires, qui, selon toute vraisemblance, devraient compter beaucoup de personnel de maison.

² PALANCA, José Alberto, « Lucha antituberculosa: orientaciones epidemiológicas », dans PALANCA, J.A. et al. *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, 1947, *op. cit.*

³ Sur ce point, voir le chapitre 2.

Si dans leur grande majorité les médecins ventent les mérites des professions à l'air libre, fermiers et autres pêcheurs, certains sont néanmoins sceptiques, et avancent que, finalement, la tuberculose touche aussi beaucoup d'ouvriers agricoles¹. Mais l'air libre permet aussi et surtout d'éviter l'entassement de personnes dans des locaux industriels qui favorise la contagion.

La définition de la tuberculose professionnelle passe par la détermination de professions qui sont considérées comme favorables à la tuberculose. Les médecins oscillent entre l'activité en soi tuberculeuse et puis un environnement de travail nocif pour expliquer et justifier les forts taux de mortalité selon les professions. C'est donc d'abord un objectif prophylactique qui guide les médecins vers les professions des malades. Ils espèrent ainsi identifier les facteurs de la maladie en vue d'améliorer la situation. Celle-ci peut en effet être transformée, comme le montre par exemple José Palanca en 1947, en expliquant que le taux de tuberculose est moins important chez les boulangers depuis qu'une partie de l'activité a été mécanisée et que le temps de travail nocturne a été réduit². Finalement, les médecins distinguent métiers qui infectent et métiers qui aggravent la tuberculose, mais d'une manière générale, les professions dites infectieuses qui sont liées au domaine médical sont très peu présentes chez les malades, ce qui explique pourquoi les professions tuberculeuses sont avant tout celles qui représentent une prédisposition pour la maladie. Dans la logique de la bactériologie exclusive, où la contagion est le point central, le terrain n'est pas véritablement important ce qui explique sans doute pourquoi des médecins comme Lluís Sayé ne s'intéressent que peu aux métiers. Néanmoins, comme nous l'avons vu, certains médecins mettent en avant des professions particulières qui jouent un rôle dans l'aggravation de la maladie et en cela avance l'importance du facteur social. Et ce sont largement les professions industrielles qui sont les plus mises en avant, que les médecins s'appuient sur des bases statistiques des mouvements démographiques ou bien qu'ils déterminent de manière abstraite une catégorie. Cela s'explique également par une assimilation du pauvre à la tuberculose, or le pauvre qui est serviteur au XIX^{ème} siècle dans l'imaginaire collectif, devient parfois au XX^{ème} siècle l'ouvrier qui travaille en usine.

¹ Voir par exemple le texte de Plácido Peña Novo qui décrit des populations rurales de Galice très affectées par la maladie : PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

² PALANCA, José Alberto, « Lucha antituberculosa: orientaciones epidemiológicas », dans PALANCA, J.A. et al., *Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, 1947, *op. cit.*

2. Les métiers des malades à Barcelone : du service domestique à l'industrie textile

Afin d'observer réellement l'importance de certains métiers dans le collectif tuberculeux, il nous faut à présent les mettre en rapport avec les professions les plus fréquentes à Barcelone à cette époque. Nous avons montré que la grande majorité des malades soignés à Barcelone dans les années 1930 étaient des ouvriers non qualifiés. Il s'agit maintenant d'observer plus précisément les secteurs d'activité et le détail des professions de ces derniers, afin notamment de voir si les malades barcelonais exercent des professions jugées phtisiogènes par les médecins. Cependant, l'influence des médecins et de leur vision de même que l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de mettre systématiquement en relation les professions des malades avec celles des autres barcelonais nous empêche de réaliser une comparaison au sens strict, et donc de dégager de manière claire des liens de cause à effet. Par contre, l'analyse des métiers sur lesquels insistent les médecins dans les fiches cliniques nous permet de préciser davantage sur la logique de ces derniers et leur position vis-à-vis du concept évoqué plus haut de tuberculose professionnelle.

De manière non exhaustive, nous verrons que les professions des malades soignés à Barcelone ont certains points communs avec celles mises en avant par les médecins de l'époque, mais qu'elles reflètent avant tout ce que nous savons du paysage ouvrier des années 1930, et met en particulier en avant les professions du secteur textile.

Les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau donnent de nombreuses précisions sur la profession des malades soignés. Quelquefois, rarement, le Padrón de 1930 précise le secteur d'activité de quelques habitants barcelonais. Enfin, nous disposons également de quelques fiches du dispensaire central ou bien des fiches de visite d'Edouard Xalabarder du début du siècle. Ces données nous permettent de recenser un certain nombre de professions, pour sortir de la simple catégorisation des fonctions en six classes et en particulier préciser à l'intérieur du vaste groupe classe V. D'une manière très générale, les malades que nous observons sont artistes ou gardes de sécurité, serveurs ou domestiques, ouvriers dans une usine de soie ou bien de chaussettes ; en bref, des métiers qui appartiennent à une catégorie large, avec une consonance particulièrement populaire. S'intercalent parfois des professions qu'il est dur de

classer, car très difficiles à comprendre. Les commerçants par exemple, sont relativement présents dans les sources, sans qu'il nous soit possible de déterminer exactement ce que signifie cette profession du point de vue du statut social, puisque sous ce nom générique nous pouvons retrouver des vendeurs de toutes sortes, qu'ils soient propriétaires de leur boutique ou employés, qu'ils travaillent dans un local grand, petit ou bien dans la rue¹. *Emili Mico*, 15 ans hospitalisé à Sant Pau, est par exemple vendeur dans une entreprise qui fabrique des jouets, ce qui signifie qu'il n'exerce pas du tout la même profession que *María Lledó* de 21 ans, internée à l'Esperit Sant qui, elle, est aide-vendeuse de fruits au marché de Santa Catalina. Sans pouvoir trop présumer sur les différences concernant le statut de ces deux malades, il semble évident que la pratique professionnelle n'a rien à voir. Dans un autre ordre d'idée, certains malades ont des « occupations principales » difficiles à classer, comme par exemple *Joaquina Navarro Mas*, internée à 49 ans au sanatorium de l'Esperit Sant qui, selon le cens de 1930 est propriétaire, et c'est là sa fonction. Cette information, si elle nous permet de comprendre que la malade appartient certainement à une catégorie sociale aisée, ne nous donne aucune indication quant à son occupation réelle.

- *Des domestiques aux étudiants : les professions non industrielles qui suivent la moyenne de la ville*

De nombreux patients sont domestiques chez des particuliers ou bien dans des établissements privés ou publics. En réalité, l'immense majorité de ceux qui dans le Padrón et les fiches cliniques sont appelés les serviteurs, sont des femmes, et donc des servantes². Le fait que les femmes constituent la plus grosse partie du service domestique est un état de fait constaté en Espagne, comme le montre *María Gloria Nuñez Pérez* dans un article sur le travail des femmes pendant la Seconde République³. Dans le Padrón, nous avons pu retrouver 155 tuberculeuses qui travaillent, dont 34,8% sont domestiques ou servantes⁴. A l'hôpital de Sant

¹ Le taux de malades se qualifiant commerçants ou bien employés dans le commerce est d'environ 5%, pour les malades de Sant Pau comme d'après les résultats de l'appariement avec le Padrón. Sur la difficulté voire l'impossibilité à saisir la différence entre petit et grand commerce, voir OYON, José Luis, (dir.), *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

² Le terme « servante » est la traduction la plus juste du terme le plus fréquemment employés dans le Padrón de 1930 et dans les fiches cliniques de Sant Pau : « sirvienta », « criada ».

³ NUÑEZ PEREZ, María Gloria, « Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936) », 1996, *op. cit.*

⁴ Les 155 tuberculeuses représentent la population féminine active déclarée sur les 661 femmes malades retrouvées dans le Padrón de 1930, soit une proportion d'à peine 23%. Nous avons retiré les femmes dont

Pau, les servantes représentent 27% des 274 tuberculeuses qui, selon les médecins, exercent un métier¹. Les servantes, dont on ne trouve presque aucune trace d'ailleurs dans les fiches du dispensaire central et encore moins dans les statistiques pourtant détaillées qui sont publiées, forment à côté de la grande catégorie des journalières et journaliers une profession très représentée dans l'hôpital et le sanatorium notamment. Ce sont des jeunes femmes entre 15 et 25 ans pour 60% d'entre elles, assez peu originaires de Barcelone par rapport à la moyenne des malades et surtout si l'on tient compte de leur jeunesse, mais assez peu aussi des zones d'immigration récente comme Murcie et l'Andalousie et même Valence. C'est d'Aragon que vient une grande part de ces servantes qui s'en vont travailler dans les familles aisées barcelonaises. Se dresse alors le portrait type de la jeune aragonaise, venue de la campagne pour travailler en tant que domestique pour les riches citadins catalans, qui semble ancrer cette catégorie dans une logique de début du siècle. *Amelia Grau Marín* vient de *Camporrélls*, un hameau perdu dans les montagnes de Huesca, plus proche de Lérida et de la Catalogne que de la capitale de province aragonaise. Elle arrive en 1929 à 13 ans à Barcelone, pour travailler rue *Carders* dans le quartier historique de *Santa Catalina* au service la famille d'un hôtelier catalan et elle est notamment chargée de s'occuper de ses enfants. Etant d'une constitution plutôt fragile bien qu'elle ait survécu à tous ses frères et sœurs en Aragon, elle tombe malade et est hospitalisée dans le service du docteur Reventós en 1935. Elle sortira avec un bon pronostic de vie en 1936, puisque le médecin la déclare même guérie.

Certaines servantes ne travaillent pas directement pour des familles mais sont employées par un établissement public ou privé, comme c'est le cas par exemple de *Miquela Burillo*, soignée au dispensaire central de Radas en 1932. Cette aragonaise de 29 ans est servante à la *Casa de Maternidad*, et c'est d'ailleurs la *Casa de Caridad* le même organisme public, qui l'envoie au dispensaire pour la première fois. *Rogelio Moreno* est l'un des rares hommes domestiques malade dont nous disposons, exception faite des « *mozos* » qui travaillent dans les magasins et de quelques « *criados* ». Ce jeune homme de 25 ans originaire de Logroño travaille un temps comme domestique dans un collège de religieux de la rue Tàquigraf Garriga dans le

l'occupation déclarée était « femme au foyer » ainsi que celles qui se déclaraient pensionnaires ou bien « à l'asile », des informations qui permettaient de percevoir leur statut social, mais ne disait rien sur leur catégorie professionnelle. Ce choix très pragmatique a comme inconvénient majeur l'invisibilité des femmes qui sont réellement au foyer mais la proportion étant de toute manière faussée, nous avons choisi tout de même de ne conserver que les femmes dont la profession était clairement spécifiée.

¹ Tout comme les femmes recensées dans le Padrón de 1930, les 274 tuberculeuses représentent la population féminine déclarée active sur les 1057 femmes hospitalisée à Sant Pau entre 1929 et 1936, soit un peu moins de 26%.

quartier de *las Corts*, avant de devenir tailleur en 1932, et d'être interné à Sant Pau, moitié à cause de la maladie, moitié à cause d'un problème de santé mentale.

Il est néanmoins possible que le serviteur en question n'exerce pas simplement une profession de domestique. En effet, dans certains cas il semble que les personnes considérées comme faisant partie du service domestique aient en réalité plutôt une fonction de gouvernante ou d'éducateur, voir qu'il s'agisse de personnel soignant. A l'hôpital de Sant Pau vivent un certain nombre de « servantes », 217 selon le Padrón, dont sept sont internées dans le même hôpital ou bien à l'Esperit Sant entre 1929 et 1936. *Ana María Molina*, une catalane de 18 ans est tuberculeuse depuis son enfance, elle est « auscultée » successivement par Lluís Sayé et Josep Barjau, qui lui conseillent le pneumothorax, raison pour laquelle elle est hospitalisée plusieurs fois entre 1935 et 1936. Dans les années trente, cette malade est aussi servante à l'hôpital de Sant Pau d'après les informations du Padrón, informations contredites par les fiches cliniques de Sant Pau qui précisent que son vrai rôle dans l'hôpital est infirmière¹. Qu'elle soit domestique ou infirmière revient sans doute au même pour les médecins, puisque la proximité aux malades, dans ce cas précis, fait de sa profession un métier à risque car multipliant les occasions de contagion. Dans une logique prophylactique, effectivement, le service domestique peut donc correspondre à la fois à une profession qui contamine et entrer dans cette catégorie des professions sédentaires que les médecins mettaient en partie en avant, surtout au début du XX^{ème} siècle. Par ailleurs, le fait que les domestiques soient peu présents dans les statistiques des dispensaires dans les années 1930 et au contraire très représentés dans les établissements de soins peut peut-être s'expliquer par le fait que les servantes habitent très souvent chez leurs employeurs, et que cette proximité déplait lorsqu'elles tombent malades, ce qui motive les patrons à les faire interner pour les éloigner. Ce n'est bien sûr là qu'une hypothèse, d'autant plus qu'il ne faut pas exagérer la part du service domestique dans l'hôpital de Sant Pau puisque les servantes en Espagne représentent un peu moins de 31% de la population active féminine sous la Seconde République, soit une proportion même supérieure à la notre à Sant Pau².

Car les domestiques ne sont pas les seuls à tomber malades de la tuberculose, loin s'en faut. A ce collectif s'ajoute *Dolores Ugalde*, une basque de 24 ans entraîneuse dans un bar, *Amadeu*

¹ Dans un contexte de croissante professionnalisation de la fonction d'infirmière, il est néanmoins difficile de déterminer réellement en quoi consistait cette profession à l'hôpital de Sant Pau.

² NUÑEZ PEREZ, María Gloria, « Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936) », 1996, *op. cit.*

Montseny, 28 ans musicien de jazz dans un « bal-taxi » ou encore *Francisco Segues*, 17 ans, qui travaille la nuit comme serveur. Le travail de nuit, et l'environnement moralement vicié sont aussi importants pour les médecins qui dans les fiches cliniques détaillent plus spécifiquement ces professions dans lesquelles il faut, selon eux, rechercher la source de la maladie. Outre ces considérations d'ordre moral, les serveurs représentent à peine 2% de la population active masculine hospitalisée à Sant Pau ce qui s'explique surtout par l'importante surreprésentation des professions industrielles en particulier chez les hommes. Par contre, un certain nombre de malades exercent un métier dans un lieu clos, depuis les tenanciers de bar, chauffeurs ou bien, pour les professions moins qualifiées les gardiens de sécurité et « *mozos de almacén* »¹. Les barbiers sont une catégorie assez représentée proportionnellement chez les malades de Sant Pau puisque 1,8% des malades hommes actifs le sont, contre 0,6% de la population active barcelonaise des classes IV et V². Une autre profession qui est aussi exercée par 1,4% des malades hommes de Sant Pau mais aussi par ceux de l'Esperit Sant comme ceux aidés par la radio est celle dite d'« *escribiente* », c'est-à-dire une fonction d'employé en écriture ou parfois de secrétaire. Il s'agit d'un métier qui, très clairement, nécessite un certain niveau culturel, et suppose aussi un statut social plus élevé, tel que, par exemple, les employés qui sont tout autant nombreux. Une poignée d'étudiants est également hospitalisée un moment, dont notamment *Marius* et *Josep*, de 25 ans, qui sont étudiants en médecine, ce qui intéresse les médecins puisque cela suppose peut-être une contagion professionnelle. De façon plus anecdotique sur ces professions dites sédentaires ou s'exerçant dans des lieux fermés, deux malades internés à Sant Pau sont droguistes, deux autres travaillent dans les transports, l'un comme receveur dans un autobus de ville et l'autre dans le tramway. Ajoutons encore une petite dizaine de gardes de sécurité, une jeune fille qui travaille dans un stand de tir à la carabine dans une foire, ou encore quelques postiers et nous complétons une catégorie diversifiée du point de vue du statut social, mais qui regroupe des métiers qui trouvent leur point commun en négatif, par opposition aux professions manuelles industrielles ou artisanales vraiment surreprésentées chez les malades barcelonais.

¹ « Manutentionnaire ».

² La proportion de barbiers sur la population active barcelonaise a été calculée à partir des données de l'échantillon de 5% des fiches familiales du Padrón de 1930 réalisé par José Luís Oyón. *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

- *Tuberculeux et tuberculeuses perdus dans les vapeurs et poussières d'un secteur artisanal et industriel nocif*

Les journaliers, appelés « *jornaleros* », « *paletas* » « *manobre* » ou « *peón* » représentent presque 20% du total de la population tuberculeuse masculine de l'hôpital de Sant Pau, mais en y associant toutes les professions d'ordre industriel la proportion de cette catégorie s'élève à plus de 70%. En revanche, les activités artisanales ou industrielles ne représentent que 58% des activités professionnelles des femmes déclarées actives internées à Sant Pau, ce qui s'explique bien sûr par l'importance du service domestique dont nous venons de parler. Nous observons une grande variété de professions et de secteurs d'activité particuliers chez les hommes, alors que chez les femmes, nous verrons plus tard que l'activité industrielle est dominée par les métiers liés au textile.

Alors que plus d'un millier de tuberculeux et tuberculeuses se déclarent ouvriers ou ouvrières à Sant Pau, c'est seulement pour 341 malades hommes et 118 femmes que nous disposons des professions détaillées¹. Pour les hommes et si nous réutilisons les catégories de pensée des médecins de l'époque, un certain nombre de professions ont trait à des manipulations dans des atmosphères poussiéreuses : les professions dites mécaniques, ébénistes et menuisiers ainsi que les imprimeurs sont les professions industrielles les plus souvent citées à Sant Pau. Viennent également les tanneurs, les teinturiers, les journaliers qui travaillent au port et déchargent du charbon, les charretiers ou les ouvriers des chemins de fer. Le tableau suivant résume les secteurs d'activités larges liés à l'industrie les plus fréquents, parmi les tuberculeux hommes².

¹ Nous n'avons gardé ici que les professions ouvrières ou artisanales, en excluant celles qui, *a priori* ne donnaient aucune information quant au secteur d'activité, comme les « *jornalers* », « *paletas* » etc.

² Justifier la répartition n'est pas une mince affaire. Nous avons choisi ces catégories à partir des métiers cités dans les fiches cliniques de Sant Pau, en essayant de regrouper les professions qui semblaient avoir une certaine similitude quant au secteur d'activité et à la pratique professionnelle. Le secteur dit mécanique regroupe tous les malades qui se qualifient mécaniciens, bien que nous sachions qu'il s'agit là d'un terme fourre-tout, pouvant désigner tout type d'ouvriers travaillant sur des machines. Celui du textile est un groupe assez large qui comprend toutes les activités touchant aux tissus et vêtements, depuis les tailleurs jusqu'aux tisseurs, qu'il s'agisse d'artisanat ou bien d'industrie. Nous avons regroupé les industries chimiques et les teinturiers, car il nous a semblé que ces deux types d'activité avaient en commun une manipulation de produits toxiques ou dangereux en général. Nous avons regroupé les mineurs et carriers selon la même logique. La catégorie « autres » comptabilise des professions, qui parfois sont très répandues en ville mais qui n'apparaissent que peu chez les malades, et ne peuvent donc être distinguées.

Tableau 7 : Répartition des malades ouvriers de Sant Pau par secteurs d'activité

Secteur Industriel ou Artisanal	Nombre de malades	%
Mécanique	47	13,17
Textile	44	12,32
Construction et industrie du bâtiment	38	10,64
Menuiserie et Ebénisterie	35	9,80
Métallurgie	34	9,52
Alimentation	34	9,52
Imprimerie	24	6,72
Transport (dont charreterie)	21	5,88
Industrie chimique et Teinturerie	16	4,48
Mines et carrières de pierre	16	4,48
Tannerie	13	3,64
Verrerie	12	3,36
Electrique	9	2,52
Autres	14	3,92
TOTAL des professions industrielles ou artisanales	357	100

(Source : fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, ANC)

Les travailleurs du bois, qu'ils soient menuisiers ou ébénistes représentent un peu plus de 10% de la population active masculine hospitalisée dans le pavillon pour tuberculeux de Sant Pau, soit une proportion supérieure à celle du dispensaire central par exemple. Les ouvriers du bâtiment sont également présents, qu'il s'agisse de peintres, comme de plâtriers, marbriers ou encore carreleurs, à l'exception notable des maçons qui sont pourtant représentés chez les malades du sanatorium et ceux soignés à domicile¹. Les activités liées à la construction s'exercent aussi dans le cadre de l'atelier de fabrication industrielle, pour des ouvriers fabricant des carreaux par exemple, ou bien ceux qui travaillent dans les usines de fabrication de ciment. La forte présence au pavillon des tuberculeux de personnel travaillant dans le

¹ Les maçons représentent 1,4% des tuberculeux actifs aidés par la Radio et de l'Esperit Sant retrouvés dans les feuilles familiales du Padrón de 1930. Cette proportion n'est pas très importante, mais elle est néanmoins notable, d'autant plus qu'il ne s'agit très certainement que des maçons/ ouvriers qualifiés, les autres étant considérés comme journaliers dans cette source.

secteur de la métallurgie, qui rassemble tous les artisans et ouvriers qui travaillent les métaux de manière générale, s'explique par le fait qu'il s'agit d'un type industriel traditionnel à Barcelone à cette époque¹. Mais cette activité comme nous l'avons expliquée plus haut était souvent pointée du doigt par les médecins à cause des particules de métal qui chargeaient l'atmosphère de l'atelier ou de l'usine². D'une manière plus générale, en dehors des professions ayant trait à l'imprimerie, imprimeurs, graveurs ou bien simples apprentis, et peut-être de la mécanique, toutes les activités industrielles ou artisanales évoquées se caractérisent par la production de poussières. Les boulangers et les ouvriers produisant la farine sont notamment très représentés au sein du secteur agro-alimentaire et, nous le savons, il s'agit de professions qui ont depuis longtemps été mises en avant par les médecins³. De la même manière, la tuberculose chez les tanneurs et autres ouvriers qui travaillent les peaux, peut être liée à l'atmosphère des ateliers, tout comme dans les teintureries et autres industries chimiques des vapeurs toxiques inquiètent la santé des travailleurs. En réalité, c'est bien pour cette raison et avec un objectif prophylactique que les médecins prenaient la peine de noter de manière si précise la profession du malade. Ainsi, ils recherchent dans l'histoire de vie professionnelle des malades ce qui aggrave voire provoque la maladie. *Joan Calafell Pérez* par exemple, commence à travailler comme teinturier à 14 ans, et six mois plus tard voit apparaître les premiers symptômes de la tuberculose. A son entrée à l'hôpital deux ans plus tard, il semble que le médecin prenne soin de demander au malade des détails sur sa profession qu'il note scrupuleusement. Ce dernier explique en effet que les fumées liées à l'activité le dérangent au point de ne plus avoir faim, ce qui pour le professionnel de la médecine peut constituer à la fois un symptôme mais aussi un facteur de la maladie :

« *Els fums (...) el molestaven i arribava a casa seva sense ganes de menjar* »⁴.

D'autre fois les médecins ont besoin de remonter beaucoup plus loin pour trouver ce qui semble être pour eux les conditions professionnelles au développement de la maladie. C'est le cas par exemple d'*Emilio Torras*, contremaître dans l'industrie qui travaillait quatre ans avant

¹ Sur ce point, voir par exemple BALCELLS, Albert, *Trabajo industrial y organización obrera en la Cataluña contemporánea : 1900-1936*, Laia, Barcelone, 1974, ou encore, SOTO CARMONA, Alvaro, *El Trabajo industrial en la España contemporánea (1874-1936)*, Anthropos, Barcelone, 1989.

² Comme par exemple Philip Hauser dans *La Défense sociale contre la tuberculose*, en 1898, *op. cit.*

³ Souvenons nous que José Palanca mettait particulièrement en avant les boulangers. PALANCA, José Alberto, « Lucha antituberculosa: orientaciones epidemiológicas », 1947, *op. cit.*

⁴ « Les fumées (...) le gênaient, et il rentrait chez lui sans avoir faim. », fiche clinique datée du 07 janvier 1931. ANC.

d'être hospitalisé dans une usine de produits chimiques où les émanations acides nuisaient à sa santé.

Certaines professions intéressent de manière systématique les médecins, dont notamment les mineurs, et si chez certains comme *Joan Comas* qui a travaillé pendant 40 ans dans les mines ou les carrières, la maladie vient de manière évidente d'une expérience longue de travail nocif, pour d'autres elle se manifeste de manière fulgurante, et est notamment provoquée par un changement de conditions professionnelles. *Anton Paredes* est né dans un petit village proche de *La Unión* dans la province de Murcie. A 13 ans il émigre en France, et commence à travailler dans les mines de charbon de Saint-Florent-sur-Auzonnet près d'Alès. En 1933, à 20 ans, il tombe malade et il est hospitalisé à Sant Pau, n'ayant pas réussi à se faire interner dans un sanatorium français. Mais lors de la visite, le jeune homme précise qu'il n'a commencé à descendre dans la mine que depuis un an, auparavant il travaillait sur le site, mais à l'air libre. Le médecin met alors cette information en relation avec les débuts des symptômes qui interviennent quelques mois après ce changement d'activité, et qui, sans l'ombre d'un doute pour le médecin a entraîné une dégradation des conditions de vie et de santé du jeune mineur¹.

Finalement, le discours des médecins se retrouve dans les fiches cliniques qui en disent plus long sur la pratique médicale et les idées des médecins que sur les professions les plus affectées. Cependant, si les médecins cherchent toujours à déterminer le point de départ ou la cause de la maladie, dans certains cas ils présentent une vision qui semble faussée par des préjugés. C'est le cas notamment de leur focalisation sur les verriers. Ces derniers ne sont pas surreprésentés chez les malades de Sant Pau ni chez les autres, par contre, le fait de travailler dans un atelier de verrerie et plus particulièrement les « *forn de vidre* », les fours à verre, est toujours relevé par les médecins comme un facteur explicatif décisif de la tuberculose. En effet, à la chaleur des fours de fusion s'associe la pratique de la transmission de la canne qui transmet le microbe, l'épuisement du poumon du souffleur de verre qui favorise les maladies pulmonaires ainsi que l'atmosphère chargée de particules de verres². Notons cependant que, d'après Jordi Ibarz Gelabert, le verrier-souffleur de verre est un ouvrier qualifié, qui a ses propres outils de travail et ne partage donc pas sa canne avec ses collègues, même si,

¹ Sur l'impact de l'activité minière sur la santé des mineurs, voir MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo, *Un Mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las minas de Almadén 1750-1900*, 1996, *op. cit.*

² Yves Lequin dans son ouvrage sur les ouvriers lyonnais a notamment évoqué la transmission de la syphilis par la canne du souffleur dans les ateliers des verriers de Givors au XIX^{ème} siècle, ou encore les verreries de Vienne qui ne prennent aucune protection contre l'ardeur des fours, toujours au XIX^{ème} siècle. LEQUIN, Yves, *Les Ouvriers de la région Lyonnaise, 1848 - 1914*, Volume I : *La formation de la classe ouvrière régionale*, PUL, Lyon, 1977.

occasionnellement, il la prête à ses apprentis¹. De plus, les fours à verre ne sont pas des ateliers particulièrement poussiéreux, à la différence des ateliers de transformations, dans lesquels des ouvriers beaucoup moins qualifiés polissent le verre pour le rendre plat, ou encore des usines d'ampoules par exemple. En revanche, comme nous le verrons plus tard, le verrier travaille à la pièce et par intermittence ce qui peut être un facteur de maladie mais n'est pas lié spécifiquement à l'activité exercée. A la vue de ces précisions, il semble qu'il y ait parfois quelques incohérences dans les réponses des malades, à moins que ce ne soit lié à des confusions chez les médecins de Sant Pau, lorsque dans la rubrique « observations » ces derniers précisent qu'un souffleur de verre travaille dans une atmosphère poussiéreuse. *Nicolas Vera* à 14 ans est un verrier qui travaille dans un « *forn de vidre* », autrement dit, il est sans doute apprenti. Lorsqu'il entre à Sant Pau, cela fait déjà six mois qu'il a quitté son travail dans une serre pour travailler dans l'atelier, et d'ailleurs c'est bien depuis ce moment qu'il est mal en point. Les médecins ne s'étendent pas très longtemps sur son histoire sociale lors de son entrée : il est jeune, il y a beaucoup de choses à dire d'un point de vue médical et surtout il va extrêmement mal, il mourra d'ailleurs deux mois plus tard. La fiche précise simplement que dans l'atelier du souffleur, il y a beaucoup de poussière de verre, et cette information anodine, telle qu'elle est écrite en toute fin de l'histoire clinique semble être une annotation de la part du médecin plutôt qu'une transcription de ce que dit le malade. Outre les confusions, il faut néanmoins préciser que, concernant les verriers ou bien les travailleurs du port qui ont aussi été étudiés par Jordi Ibarz², il n'y a pas toujours de précisions du poste réellement occupé dans les fiches cliniques, nous laissant ainsi dans l'impossibilité d'affirmer si les médecins projettent leurs connaissances ou préjugés sur les métiers à risque sur les professions de leurs patients, ou bien si cela correspond aux réponses de ces derniers à des questions plus ou moins précises.

La répartition des professions des tuberculeuses hospitalisées qui travaillent dans le secteur artisanal ou industriel selon les mêmes catégories se révèle différente de celle des hommes, et cela pour la simple raison que l'industrie textile est absolument dominante dans le monde ouvrier féminin.

¹ IBARZ GELABERT, Jordi, « «Con gesto viril. » Política sindical y trabajo femenino en la Industria del vidrio de Barcelona (1884-1930) » dans BORDERIA, Cristina (dir.), *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea, 1836-1936*, coll *Història del Treball*, n° 2, Universitat de Barcelona, 2007, pp 191-225.

² IBARZ GELABERT, Jordi, « Oficios y cualificaciones en el trabajo portuario. El caso de Barcelona en la primera mitad del siglo XX » dans *Historia Social*, tome 45, Oficios, pp. 53-77, Valence, 2003.

Tableau 8 : Répartition des malades ouvrières de Sant Pau par secteurs d'activité

Secteur industriel ou Artisanal	Nombre de malades	%
Textile	98	83,05
Métallurgie	6	5,08
Alimentation	4	3,39
Tannerie	2	1,69
Imprimerie	1	0,85
Autres	7	5,93
TOTAL des professions industrielles ou artisanales	118	100

(Source : fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau, ANC)

Malgré cela, un nombre réduit de tuberculeuses travaillent dans des secteurs réservés aux hommes, tel que la métallurgie notamment¹. *Ana García* une malade qui en l'espace d'une dizaine d'années est internée au moins quatre fois dans l'hôpital est par exemple polisseuse de métal, et plus particulièrement d'or. Sept malades exercent des professions que nous pourrions dire rares, que peu, voire aucun autre malade n'exerce, comme par exemple *Sebastiana Pérez* qui est ouvrière dans une usine de matériel pyrotechnique, ou encore d'autres tuberculeuses qui fabriquent des sacs en papiers, ou bien une malade qui comme un de ses homologues masculins travaille dans une usine de porcelaine. Dans le pavillon des femmes comme dans celui des hommes nous retrouvons encore des ouvriers qui travaillent dans des usines de fabrication de stores et d'autres qui fabriquent des espadrilles, la plupart du temps dans de petits ateliers.

¹ Les professions qu'elles exercent dans ces secteurs sont celles réservées aux femmes, il n'y a pas d'activité mixte comme l'explique les historiennes du travail des femmes, Cristina Borderías dans son introduction « Instituciones y género en la formación de los mercados de trabajo », dans BORDERÍA, Cristina (dir.), *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea, 1836-1936*, Barcelona, 2007, *op. cit.*, pp. 9-37. Ou bien MUÑEZ PEREZ, María Gloria, dans « Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936) », 1996, *op. cit.*

- *Les ouvrières du textile omniprésentes et quelques paysans : une remise en question des théories des médecins sur les maladies à risque ?*

Nombre d'ouvriers et surtout d'ouvrières tuberculeux-ses travaillent dans le textile. L'industrie textile se trouve être le secteur d'activité le plus développé à l'époque qui nous préoccupe, et ce depuis le développement à la fin du XVIII^{ème} siècle des « fábricas de indianas »¹. L'industrie textile est non seulement la plus répandue, elle est aussi celle qui emploie le plus de monde, et celle qui est aussi la plus représentée chez les tuberculeuses barcelonaises. Le secteur textile est, à la différence du service domestique par exemple, une activité particulièrement représentée dans les statistiques des dispensaires, et en particulier le dispensaire de Radas dans les années 1930. Seulement 51% des 2066 malades reçus au dispensaire de Radas pendant l'année 1930 ont donné une profession². Les catégories réalisées par les médecins ou le personnel de l'hôpital chargé de publier les statistiques privilégient le secteur d'activité, mais elles ne sont pas rigoureuses, ni fixées, puisque selon les mois et les années certaines disparaissent, sans doute en fonction des patients. Le fait est que les professionnels du textile sont représentés dans deux catégories : « *Arts del vestit* » et « *industries textils* »³ qui regroupent à elles seules presque 30% des tuberculeux assistés.

En ce qui concerne les malades hospitalisés à Sant Pau, 83% des tuberculeuses ouvrières et 12% des tuberculeux ouvriers exercent une profession liée à un secteur textile, un secteur qui, compris dans son sens le plus large, englobe toutes les professions qui ont trait à l'activité depuis les tailleurs et modistes jusqu'aux tisseurs et « pantalonières »⁴, en passant par les « repasseuses »⁵. La différence entre hommes et femmes s'explique à la fois par la forte présence des malades hommes dans d'autres secteurs, mais aussi surtout par le fait que l'industrie textile à Barcelone comme en Europe en général emploie beaucoup plus de

¹ Ou « fabriques de indianas », décrites par Jordi Nadal dans « La indústria cotonera », publié dans NADAL, Jordi (dir.), *Historia Económica de la Catalunya Contemporània*, vol. 3 s XIX, *indústria, transporte y finances*, Enciclopedia Catalana, Barcelone, 1988-1994, pp. 12-85.

² Résumés statistiques sur les malades soignés au dispensaire en 1930. Documents conservés dans le Fonds Lluís Sayé, carton n°10 « Memories del dispensario central de Barcelona. Patronato Nacional Antituberculoso 1955-1964 ». ANC.

³ « Art du vêtement » et « industries textiles ».

⁴ Traduction littérale des « *pantalonerias* » espagnoles, qui comme les chemisières (*camiseras*) sont définies en fonction du type de vêtement qu'elles assemblent.

⁵ Sur les industries liées au nettoyage et repassage, voir l'article de TATJER, Mercedes, « El trabajo de la mujer en Barcelona en la primera mitad del siglo XX : lavanderas y planchadoras », 2002, *op. cit.*

femmes que d'hommes¹. Dans cette catégorie très générale, distinguons deux groupes : d'un côté des tailleurs et modistes et de l'autre les ouvriers textiles. Bien sûr encore une fois la frontière est on ne peut plus poreuse, puisque certaines femmes travaillent chez elles comme couturières, et sont soit modistes et ont par conséquent une certaine autonomie par rapport à leur travail, soit « pantalonnnières » et assemblent alors chez elles des pièces de manière automatique, avec, comme seule différence par rapport à l'usine, un salaire encore plus faible². En 1907 Eduard Xalabarder rend visite à *Andrea Garrido* une malade suivie au dispensaire de Sant Joan, et apprend ainsi qu'avant que sa maladie ne s'aggrave au point de l'empêcher de travailler, celle-ci était modiste et travaillait chez elle. La modiste est d'une manière générale une personne qui travaille dans la confection, et en l'occurrence *Andrea* travaillait pour un patron qui la payait trois pesetas la journée, soit une somme peu élevée mais fréquente pour une femme à l'époque. *Anita Domínguez*, 22 ans, est modiste lorsqu'elle entre à l'hôpital en 1935. Mais quelques années auparavant, en 1930, elle travaillait dans une usine. S'il est très possible, vu son jeune âge, qu'elle ait ensuite changé de voie et fait un apprentissage, il est aussi probable qu'en tant que modiste elle travaille au sein d'une fabrique dans le secteur de la confection.

Carles Enrech Molina qui a travaillé sur l'entreprise textile de la « España Industrial » divise en deux les industries textiles, mettant d'un côté les activités regroupées sous le nom de « *ram de l'aigua* », qui consistent soit à teindre soit à terminer le produit fini, de l'autre les tisseurs³. Dans le premier secteur travaillent surtout des hommes qui exercent un métier plus qualifié que celui exercé dans les filatures par nombre de femmes qui est finalement un travail très mécanisé, et dans lequel, d'après Angel Smith les femmes ont peu à peu remplacé les hommes depuis les années 1880⁴. Albert Balcells quelques années auparavant mettait en avant

¹ Les travaux qui montrent le poids de la main d'œuvre féminine dans le secteur textile sont nombreux. Citons le chapitre intitulé « La mujer obrera en la Industria Catalana durante el primer cuarto del siglo XX », de l'ouvrage de Albert Balcells, BALCELLS, Albert, *Trabajo industrial y organización obrera en la Cataluña contemporánea : 1900-1936*, 1974, *op. cit.* Voir également les travaux un peu plus récents de María Gloria Nuñez Perez, comme *Trabajadoras en la Segunda República: un estudio sobre la actividad económica extradoméstica : 1931-1936*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, coll Tesis Doctorales, Madrid, 1989.

² Sur les faibles salaires des travailleuses à la maison à la pièce, se reporter à l'article de TATJER, Mercedes, 2002, « El trabajo de la mujer en Barcelona en la primera mitad del siglo XX: lavanderas y planchadoras », 2002, *op. cit.*

³ ENRECH MOLINA, Carles, *La España industrial : obrers i patrons, 1847-1951*, 1990, *op. cit.* Ou encore, ENRECH MOLINA, Carles, « Jerarquía fabril y cualificación en la industria textil durante el último tercio de siglo XX », dans *Historia Social*, tome 45, Oficios, Valencia, 2003, pp. 101-117.

⁴ SMITH, Angel, « Industria, oficio y género en la industria textil catalana, 1833-1923 », dans *Historia Social*, tome 45, *Oficios*, Valence, 2003, pp. 79-99.

exactement le même état de fait et précisait que les femmes dans le textile travaillaient bien dans les branches ayant les pires conditions de travail :

« *Los ramos en que era mayor en porcentaje de mano de obra femenina eran los ramos con peores condiciones de trabajo.*¹ »

Les deux historiens évoquent aussi une grande différence de salaires entre les deux sexes, au sein du secteur textile et même de la propre activité. Selon María Gloria Nuñez Pérez, sous la Seconde République, les salaires minimums des femmes en général représentaient la moitié voire un tiers du salaire masculin selon les activités².

L'industrie textile est donc un secteur dans lequel sont mis en exergue les écarts entre les deux sexes. Mais c'est aussi une industrie qui comprend une grande diversité de métiers distincts et qui est très fréquente à Barcelone à l'époque, ce qui explique surtout sa surreprésentation à Sant Pau. Mais dans une logique médicale, ce qui importe surtout les professionnels de la santé de Sant Pau ce sont les caractéristiques particulières de l'activité qui pourraient aggraver la maladie. Or, si les industries qui filent le coton peuvent être responsables de maladies spécifiques qui obstruent les bronches, celles-ci ne sont pas directement mises en relation avec la tuberculose³. Dans les fiches cliniques nous ne retrouvons aucune mention à une atmosphère particulièrement nocive associée à ces maladies, ni encore moins d'allusion à une activité épuisante bien au contraire puisqu'*Andreu Calderón* quitte l'atelier de menuiserie dans lequel il était apprenti à 14 ans quelques temps avant d'être hospitalisé à Sant Pau, pour aller travailler en tant que tisseur afin de moins se fatiguer. Cependant, si comme l'explique *Carolina Martí*, ouvrière de 25 ans qui en 1921 consulte au dispensaire de Radas, le travail dans l'usine de tissu ne fatigue pas physiquement, il est en revanche une torture pour l'esprit :

¹ « Les branches dans lesquelles le pourcentage de main d'œuvre féminine était le plus élevé étaient (aussi) les branches avec les plus mauvaises conditions de travail. » dans « La mujer obrera en la Industria Catalana durante el primer cuarto del siglo XX », BALCELLS, Albert, *Trabajo industrial y organización obrera en la Cataluña contemporánea : 1900-1936*, 1974, *op. cit.*

² NUÑEZ PEREZ, María Gloria, *Trabajadoras en la Segunda República: un estudio sobre la actividad económica extradoméstica : 1931-1936*, Madrid, 1989, *op. cit.*

³ La byssinose, maladie pulmonaire provoquée par l'inhalation des fibres textiles est une maladie professionnelle qui est généralement assimilée à une bronchite chronique à l'époque qui nous préoccupe.

« *el treball no la fatigua físicament però la fa patir d'esperit.* »¹

Si l'industrie textile, qui n'est pas mise en avant comme phthisiogène par les médecins, est néanmoins très présente chez les tuberculeux, un autre secteur d'activité également représenté chez les malades de Sant Pau nuance de manière encore plus évidente la vision d'une tuberculose professionnelle liée à l'environnement nocif. Il s'agit du secteur agricole ou paysan, qui à l'inverse était perçu comme le secteur d'activité sain, et ce dans une logique de survalorisation de la vie champêtre qui considérait l'environnement rural comme l'environnement naturel de l'être humain. Presque 3% des tuberculeuses actives de Sant Pau sont paysannes, et la proportion pour leurs homologues masculins monte à 7%, ce qui dépasse notamment la proportion d'ouvriers du bâtiment ou des mécaniciens, et qui est d'autant plus considérable que nous travaillons sur un hôpital urbain. Il s'agit généralement de personnes qui vivent à l'extérieur des limites municipales de la ville, ce qui explique que cette proportion ne soit pas visible ni dans les dispensaires, ni dans les professions des malades internés au sanatorium retrouvés dans le Padrón Municipal de Barcelone. Cette catégorie regroupe aussi deux jardiniers barcelonais, qui travaillent à l'air libre ainsi qu'un berger et quelques agriculteurs pour lesquels il est difficile de savoir si leur activité est réellement différente car plus mécanisée que celle des paysans. Les soixante « *pagès* » ou paysans et les huit paysannes hospitalisés à Sant Pau vivent en très grande majorité dans des villages aux alentours de la ville et, en dehors de six exceptions, ils sont nés au même endroit. Alors bien sûr, les médecins dans les fiches cliniques ne mentionnent jamais d'atmosphère nocive ou de manipulation dangereuse, par contre, la fatigue provoquée par des travaux extrêmement fatigants est souvent évoquée par les patients. *Dolores Sáez*, l'une des rares paysannes qui n'est pas barcelonaise d'origine est hospitalisée en 1934 à 32 ans à Sant Pau. Si la contagion vient sans doute du fait qu'elle s'est occupée de son père malade, le développement lent de la maladie est lié au dur travail physique des champs. Pour *Josep Solé*, qui à 25 ans est hospitalisé à Sant Pau, la tuberculose semble clairement liée à des efforts physiques trop importants liés à sa profession.

¹ « Le travail ne la fatigue pas physiquement mais il la fait souffrir moralement. » L'expression « *Patir d'esperit* » à l'origine signifie se faire beaucoup de soucis, mais il s'agit plus ici de l'idée d'une souffrance morale sans doute liée à l'activité répétitive ou bien aux conditions de travail. Fiche n°255, datée du 26 juillet 1921, Dépôt du CAP RSD.

La forte présence des travailleurs des champs et de travailleurs du secteur textile dans le collectif tuberculeux de Sant Pau permet de reconsidérer la notion de tuberculose professionnelle basée sur l'environnement de travail. Alors, dans une recherche des causes de la maladie, la réponse ne se trouve-t-elle pas plutôt dans la fatigue du travail épuisant ou bien simplement dans un statut social qu'impliquent de manière générale toutes les professions ouvrières non qualifiées ? Les rares données de Sant Pau ne permettent pas de répondre à cela de façon définitive mais simplement de mettre en avant des métiers auxquels on ne s'attend pas tels que les travailleurs de la terre, qui exercent leur métier à l'air libre.

En dehors du secteur agricole et paysan, la forte représentation de certaines professions à Sant Pau correspond largement à ce que nous savons du panorama ouvrier de la ville. Autrement dit, les professions des malades reflètent donc plus une certaine catégorie sociale dite ouvrière au sens large, incluant notamment le service domestique ou les serveurs, qu'un groupe de métiers ayant des caractéristiques phtisiogènes. Dans le même ordre d'idée, bien que les médecins se plaisent à mettre en avant les défauts hygiéniques d'un certain type d'activité, les professions industrielles ont parfois un statut équivalent et sont par conséquent interchangeables. Ainsi, *Joan Rodríguez*, qui travaillait comme verrier à ses 14 ans change de profession et devient menuisier deux ans plus tard. Nous verrons qu'un certain nombre de malades passent ainsi d'un atelier à un autre changeant complètement de secteur d'activité mais conservant un même statut social. Cela tend à nous faire penser que la profession en question est plutôt caractéristique d'un manque de qualification qui entraîne peut être la précarité plutôt qu'un métier à risque.

3. Un statut d'ouvrier révélateur de misère

Par delà des secteurs d'activité différents, ces métiers des malades ont peut-être en commun un manque de qualification qui fait non seulement qu'un métier de tuberculeux en vaut un autre, mais encore que toutes les professions se rejoignent sur des conditions de travail souvent précaires. Pour le dire autrement, le détail de l'activité des tuberculeux nous conduit inlassablement à revenir sur le statut du malade, mais cette fois-ci, plutôt que d'évoquer simplement l'appartenance à une classe V d'ouvriers non qualifiés, nous nous centrerons sur les pratiques professionnelles afin de déterminer si le risque professionnel ne se trouve pas plutôt dans les conditions sociales qu'implique l'exercice de ces professions.

Revenir sur le statut social du tuberculeux par les professions implique, si l'on décide de rechercher les causes de la maladie, de reconsidérer l'importance du facteur social aggravant. La majorité des médecins de l'époque a mis en avant des caractéristiques environnementales et sociales pour expliquer la mortalité et la morbidité différentielle par profession, cependant certains ont plutôt cherché à trouver la cause de la maladie dans un travail en soit fatiguant qui épuise l'individu et prépare le terrain pour le développement de la tuberculose.

Finalement, nous verrons que ces professions sont signes de précarité sociale, d'abord parce que certaines sont justement très précaires, ensuite parce que toutes sont interchangeables et qu'elles ont des caractéristiques communes telles que des heures de travail interminables ou des salaires très bas qui dégradent les conditions de vie de l'individu et font la part belle aux facteurs sociaux de la tuberculose.

- *Chiffonniers et vendeurs ambulants : les professions précaires tout en bas de l'échelle*

Dans un premier temps, nous allons voir qu'un certain nombre de professions sont en soit des occupations classiques de l'économie informelle, que les malades eux-mêmes espèrent temporaires, ou bien qui signifient une véritable précarité en soi. Les médecins du premier tiers du XX^{ème} siècle ont mis en avant ces professions qui recyclent et récupèrent des objets déjà utilisés, qu'ils considèrent comme activité phthisiogène et anti-hygiénique, mais qui impliquent aussi une grande précarité. En 1903 Vicente Guerra y Cortes évoquait ces métiers qui consistent à aller rechercher dans les poubelles des chiffons et des vieux papiers pour ensuite les revendre¹. Ce qui le dérange encore c'est que cette activité a lieu dans le domicile même de ce « chiffonnier », ce qui non seulement contamine le logement mais démontre aussi l'informalité de la profession qui la rend d'autant plus précaire :

« Entre esta masa de población están los industriales del trapo y del papel viejo cuyas maniobras y selección para la venta hacen en su casa o en el patio general con el recogido de las basuras de las calles.² »

¹ GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, 1903, *op. cit.*

² « Parmi cette masse de population, il y a les industriels du chiffon et des vieux papiers qui font les manipulations et la sélection pour la vente dans leur maison ou bien dans la cour commune avec ce qu'il ont récupéré des poubelles de la rue. » *Ibid.*

Dans l'hôpital de Sant Pau nous retrouvons quelques malades chiffonniers sans que soient précisées les conditions réelles dans lesquelles s'exerce la profession¹. En revanche, l'occupation principale de *Josepa Esteban*, une barcelonaise de 36 ans qui entre en urgences à Sant Pau dans un état très grave, est de trier les poubelles. Dans ce cas précis, son état de « *triadora d'escombrerías* »² ne semble pas être une profession mais plutôt une occupation de récupératrice tout à fait informelle. Le fait de « faire les poubelles » en plus d'être évidemment stigmatisant, est caractéristique de condition de vie précaire puisqu'il s'agit d'un travail intermittent, dont les revenus varient sans doute du tout au tout, impliquant aussi des heures de travail interminables.

Dans le même ordre d'idée, nous retrouvons aussi les vendeurs ambulants, représentant les plus visibles d'une pratique professionnelle informelle. Dans les pavillons de Sant Pau passent une petite dizaine de vendeurs ambulants si l'on en croit les fiches cliniques. La majorité travaille dans les rues de la ville, seul l'un d'entre eux, *Angel Escribá* se déplace en dehors de la ville, vendant dans les foires. Ce valencien de 30 ans entre à Sant Pau en juillet 1933 et meurt à l'hôpital en janvier 1934. Lorsqu'on lui demande sa profession, il répond journalier, mais dans l'histoire clinique le médecin fait apparaître le fait qu'il est en réalité un vendeur ambulant. Ce qui intéresse particulièrement le professionnel c'est le quotidien de vendeur dans les foires du malade qui entraîne une fatigue qui aide au développement de la maladie. Il résume ainsi ces conditions de vie précaire en disant :

*« es dedicaba a vendre per les fires, portant una vida molt agitada, amb excessos de treball i dormint moltes vegades a sol i serena. »*³

Mais pour les autres vendeurs ambulants qui, sans doute, restent dans les rues barcelonaises, les médecins font peu de commentaires, montrant ainsi qu'ils ne considèrent pas cette activité comme particulièrement nocive. Cependant, les historiens ont montré que les vendeurs ambulants sont dans une situation professionnelle précaire, ils achètent en gros des fruits et légumes par exemple, pour les revendre dans les rues du Raval, et cette profession devient de plus en plus fréquente à mesure que se dégradent les conditions économiques et que le

¹ Les chiffonniers sont considérés comme une profession déjà ancienne, qui sonne très XIX^{ème} siècle à Barcelone dans les années 1930. Sur l'évolution du métier de chiffonnier, voir l'article de GONZALEZ-LAFAYSSSE, Linda, « Les chiffonniers bordelais à la fin du XIXe siècle Entre professionnalisation et stigmatisation », dans *Ethnologie française*, vol. 40, n° 3, 2010, pp. 521-530.

² « Trieuse d'ordures », en espagnol dans le texte.

³ « Il se consacrait à vendre dans les foires, ayant une vie très mouvementée, avec un travail excessif et dormant très souvent à la belle étoile. » fiche clinique de Sant Pau datée du 12 juillet 1932.

chômage (non rémunéré) augmente¹. D'ailleurs, ce travail est souvent un palliatif à un état de misère, et est exercé par obligation, lorsque les malades perdent leur travail notamment. Lorsque *Manuel Torrent* tombe malade en 1907, il ne peut plus exercer son travail au port où il déchargeait les bateaux de poissons. Sa femme et l'amie de la famille qu'ils logent se mettent donc à vendre des cartes dans la rue, à dix centimes l'unité. Quant à *Vicenç Artal*, mort d'une tuberculose fulgurante à Sant Pau en 1935, il a travaillé plus jeune comme tailleur de pierre dans les carrières, mais à 38 ans, il était désormais vendeur ambulant pour subvenir aux besoins de sa famille. D'autres fois, aucune autre profession n'est évoquée pour le malade, tendant à nous faire penser que ce travail sensé être temporaire se prolonge peut-être indéfiniment. Comme son père de 67 ans avec lequel elle vit seule, *Ana Reyes*, 40 ans en 1934 vend des éponges dans les rues de Sants. Notons que, lorsqu'elle entre à Sant Pau, le médecin ne peut approfondir beaucoup l'histoire clinique ni les antécédents familiaux puisque la malade est atteinte d'un déséquilibre psychologique assez grave qui lui vaudra, une fois guérie, d'être internée dans une maison de santé. La malade est alors considérée comme femme au foyer, très probablement sur une décision du professionnel qui remplit sa fiche. Cet exemple montre de manière évidente les erreurs et les abus qui peuvent nuire à une vision objective des métiers des malades, et il est d'ailleurs fort possible qu'un certain nombre de malades vendeurs dans les rues soient considérés comme journaliers ou femmes au foyer à l'image d'*Ana* et d'*Angel*.

Si les vendeurs ambulants sont sans doute l'exemple phare de ces professions qui par définition sont instables, informelles et précaires, nous pouvons également y associer les cireurs de chaussures, une profession qui suppose aussi des revenus très inégaux et de longues heures de travail, même si elle est sans doute plus stable, ou du moins mieux acceptée. Dans tous les cas ces professions sont caractéristiques d'une précarité économique, et elles en disent plus long sur une vie chargée de souffrance que sur des éléments particulièrement nocifs pour la santé.

Si ces cas sont intéressants à étudier, il ne s'agit bien sûr que de cas d'exemples, la représentation des vendeurs ambulants chiffonniers et autres cireurs de chaussures est insignifiante statistiquement parlant. D'ailleurs, en observant les professions des malades de

¹ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.* Sur la profession de vendeur ambulant, voir également: EALHAM, Chris « La lluita pel carrer, els venedors ambulants durant la II República », dans *L'Avenç*, 230, nov. 1998, pp. 21- 26.

manière plus globale nous retrouvons des caractéristiques qui semblent communes aux vendeurs ambulants mais aussi à beaucoup d'ouvriers tuberculeux.

- *Changer de métiers fréquemment ou exercer plusieurs professions : premiers indices de précarité économique*

Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, les malades ont finalement en commun des professions non qualifiées qui ont sans doute une signification similaire en ce qui concerne le statut social. En effet, les malades hospitalisés à Sant Pau, tout comme ceux soignés dans d'autres établissements à Barcelone à la même époque n'exercent pas des professions qui nécessitent une formation professionnelle ou un apprentissage long, et c'est pour cette raison que leur parcours professionnel est parfois très peu logique. Les malades passent ainsi d'un secteur d'activité à l'autre, exerçant des professions très différentes mais qui ont en commun le fait d'être peu qualifiées. *Juan López* est un jeune homme de 29 ans venu de la région de Grenade en 1930 qui se désigne comme un commerçant d'outre-mer, sans que nous puissions savoir réellement en quoi consiste son travail. Lorsqu'en 1935 il fait un séjour très rapide à l'hôpital de Sant Pau, il explique au médecin qu'il a exercé un temps le métier de charretier, et qu'il est maintenant mécanicien. Si l'on en croit le malade, il a donc exercé en cinq ans trois professions non seulement différentes, mais surtout qui reflètent un parcours professionnel sinon chaotique, tout au moins assez peu logique. *Pedro Pijuan* fait partie en 1930 à 17 ans des 18 domestiques qui travaillent dans le collège religieux des Escoles Pies dans le Raval. L'année suivante, lorsqu'il entre à Sant Pau il déclare travailler dans la céramique. Plusieurs hypothèses s'imposent alors : le malade suit peut-être une formation dans un atelier artisanal après avoir changé de métier ou bien en parallèle d'un travail de domestique, le malade est peut être en réalité artisan mais il n'exerce pas son métier, ou enfin il a peut être tout simplement changé de travail en un an, et est allé occuper un emploi non qualifié dans un atelier ou une usine de céramique. Dans tous les cas, nous voyons qu'il s'agit d'une situation qui au mieux révèle un manque de qualification, au pire une accumulation d'heures de travail ou bien un état d'inoccupation professionnelle longue. Le cas de *Remedios Monzó* quant à lui semble mettre en avant une logique de précarisation avec une certaine dégradation du statut social entraînée par le changement de profession. Cette modiste aragonaise de 22 ans en 1930 est devenue domestique en 1934 date à laquelle elle entre à Sant Pau. Ces changements de travail, qui sont assez fréquents lorsqu'on se penche sur les parcours professionnels des

malades, sont révélateurs de la non-qualification des professions qu'ils exercent, qui sont ainsi interchangeables, même si parfois, un changement peut signifier une précarisation davantage marquée.

Mais si les malades exercent des professions différentes en l'espace de quelques années, ils cumulent aussi parfois plusieurs métiers. Cette constatation a pour effet à la fois de révéler l'exercice d'une profession insuffisante pour assurer financièrement le quotidien du malade, un état de fait précaire qui précarise encore davantage la situation du malade l'obligeant à travailler encore plus et par conséquent à se fatiguer beaucoup. Contrairement à ce qui est déclaré lors du recensement, *Soledad Arroyo* n'est pas sans profession. A 22 ans, cette andalouse installée depuis peu à Barcelone avec ses deux frères et sœurs cumule deux emplois depuis que son père et sa mère sont morts de la tuberculose. Elle est couturière la journée, et le soir, souvent, elle travaille comme danseuse, sans doute dans des bars dansants. Ce petit supplément de travail que constituent les heures de danses conduit à un épuisement qui favorise forcément le développement du microbe, selon le médecin qui remplit sa fiche à son entrée à Sant Pau. *Josep Mercadal*, quant à lui, déclare être à la fois barbier et cordonnier, sans que nous puissions savoir s'il exerce les deux professions simultanément ou bien s'il considère avoir les deux formations, ce qui pourrait être étonnant puisqu'il s'agit tout de même de deux professions qualifiées qui n'ont pas beaucoup de point communs dans la pratique. Une chose est sûre, le médecin précise qu'il travaille beaucoup et qu'à cause de son travail il ne dort pas beaucoup la nuit ce qui pourrait nous faire penser qu'il cumule les deux professions. Le fait d'avoir une activité complémentaire pour assurer une petite rentrée d'argent supplémentaire permet de pallier les faibles revenus caractéristiques des professions non qualifiées que nous venons d'évoquer mais au prix d'augmenter la charge de travail en mettant sérieusement leur vie en danger.

- *Des horaires interminables pour un revenu médiocre : le quotidien professionnel des tuberculeux*

Il n'est pas nécessaire de cumuler deux activités pour avoir des journées de travail très longues. En effet, c'est là l'une des caractéristiques qui semble commune à tous les métiers non qualifiés exercés par les malades, des heures de travail nombreuses auxquelles s'ajoutent des salaires bas. Dans son ouvrage sur le travail industriel en Espagne, Alvaro Soto Carmona

explique qu'en 1931 une loi républicaine tente de limiter la durée de la journée de travail en Espagne, mais qu'il y a de nombreuses exceptions¹. L'auteur définit alors une liste des professions industrielles en précisant le maximum légal de temps de travail ainsi que le temps habituellement passé dans l'usine ou l'atelier par les employés. Dans les cas des usines textiles par exemple, le maximum est 66 heures à la semaine mais normalement les ouvriers ne devraient travailler que 48 heures. Les longues heures de travail sont perceptibles dans les fiches cliniques de Sant Pau ainsi que dans celles des dispensaires, en témoigne l'exemple de *José Sánchez* un barbier qui en 1921 va aux consultations du dispensaire de Radas et dit travailler entre dix et douze heures tous les jours. Pour *Joan Soler*, qui est également suivi au dispensaire de Radas en 1921, les journées de travail en tant que charretier ne sont pas toujours aussi chargées, mais parfois il peut travailler jusqu'à quatorze heures d'affilées.

Les médecins mettent souvent en avant des heures de travail interminables, mais, comme le découvre Eduard Xalabarder quelques années auparavant, ces nombreuses heures s'expliquent aussi souvent par le fait que les personnes en question travaillent à la pièce, et souvent de manière intermittente. C'est le cas par exemple de *Vicenta Castells* qui travaille dans un atelier de confection et qui touche cinq pesetas à la semaine, mais seulement de temps en temps puisqu'elle ne travaille que par période². Car en dehors du nombre d'heures qui augmente forcément en travaillant à la pièce, le revenu est aussi très inégal. Parfois Eduard Xalabarder demande à ses patients d'estimer leur salaire sur une journée, mais si ceux-ci peuvent donner un ordre d'idée, étant payés à la pièce le revenu est très inégal selon les jours et le nombre d'heures travaillées. L'activité « *al destajo* », à la pièce, est souvent une réalité pour les malades soignés à Sant Pau. En effet, un certain nombre de secteurs professionnels, métiers qualifiés ou pas, fonctionne sur ce principe. Nous avons déjà évoqué le cas des souffleurs de verre, qui, d'après Jordi Ibarz travaillent à la pièce, et aussi par intermittence selon des campagnes de production³. En ce sens, le nombre d'heures augmente beaucoup pendant les périodes intenses de travail, pouvant atteindre une douzaine d'heures par jour, passées près des fours. Les femmes qui travaillent à leur domicile, qu'elles soient « pantalonières » ou bien modistes sont également souvent payées à la pièce, et contrairement à ceux et celles qui travaillent dans les usines et qui, depuis 1919 font officiellement des journées de huit heures, pour elles il n'y a pas de limite d'horaire. De plus,

¹ SOTO CARMONA, Álvaro, *El Trabajo industrial en la España contemporánea (1874-1936)*, 1989, *op. cit.*

² Fiche de visite à domicile du docteur Eduard Xalabarder, 1906.

³ IBARZ GELABERT, Jordi, « « Con gesto viril » . Política sindical y trabajo femenino en la Industria del vidrio de Barcelona (1884-1930) », 2004, *op. cit.*

à l'inverse des professions citées auparavant, il s'agit de travaux payés à la pièce qui rapportent peu, et qui représentent donc un grade de précarité supérieur. Le travail à la journée ou à la semaine est une caractéristique très répandue chez les ouvriers non qualifiés, comme le mot « journalier » l'indique. Les ouvriers du port et autres charretiers, par exemple gagnent un salaire fixe la journée, mais travaillent par intermittence, en fonction des besoins des employeurs qui les embauchent à la journée¹. La petite taille de l'établissement dans lequel travaillent les journaliers peut aussi éventuellement être un indice d'une plus grande précarité d'emploi. Effectivement, dans les histoires cliniques des patients une grande partie des malades travaillent dans des ateliers, « *tallers* » plutôt que de grandes usines « *fabriques* », à moins qu'il ne s'agisse d'un abus de langage. Au début du XX^{ème} siècle, lorsqu'il visite les patients des dispensaires blancs, Eduard Xalabarder demande toujours où le malade travaille ainsi que le nom de l'employeur. Lorsque son interlocuteur répond, il semble qu'il cite souvent des petits ateliers dans le centre-ville ou l'Ensanche plutôt que de grandes usines, mais cela s'explique aussi par le fait qu'au début du siècle l'industrialisation barcelonaise n'est pas au même stade que dans les années 1930². Les ateliers, avec moins de personnel sont plus difficilement contrôlables ce qui permet en théorie des pratiques moins respectueuses vis-à-vis de l'emploi, ils sont surtout eux-mêmes plus fragiles et par conséquent leurs ouvriers sont plus facilement sujets aux renvois. *Rafael Hernández* travaille par exemple dans un atelier qui fabrique des nattes avant d'être interné une première fois à Sant Pau en 1936. Lorsqu'il sort quelques mois plus tard, il retourne travailler à l'atelier mais il est renvoyé une semaine plus tard, car il n'y a plus de travail. En ce sens, non seulement les conditions d'emploi sont précaires dans l'atelier et dépendent directement des résultats de la vente, mais en plus le premier à partir est le malade, parce qu'il était absent longtemps, peut-être même parce qu'il est le plus faible.

A l'irrégularité de l'emploi et aux longues heures de travail s'ajoutent les salaires très bas des catégories professionnelles dans lesquelles nous retrouvons les malades. Les salaires des tuberculeux relevés par Eduard Xalabarder nous donne surtout une sensation de grande

¹ Sur l'irrégularité du travail dans les métiers de la zone du port : IBARZ GELABERT, Jordi, *Imatges al moll : els oficis de les feines d'estiba a la Barcelona dels segles XIX i XX*, Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació, coll : Temes d'etnologia de Catalunya, n°17, Barcelone, 2008. Ou encore, IBARZ GELABERT, Jordi, «Oficios y cualificaciones en el trabajo portuario. El caso de Barcelona en la primera mitad del siglo XX », 2003, *op. cit.*

² Sur les caractéristiques de l'espace industriel barcelonais, voir notamment : TATJER, Mercedes, « La industria en Barcelona (1832-1992). Factores de localización y transformación en las áreas fabriles: del centro histórico a la región metropolitana », en *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, vol. X, núm. 218 (46), Universitat de Barcelona, 2006.

diversité, qui cache peut être aussi des erreurs. *Josep Mura* est garçon de billard qui ne travaille pas toujours mais qui, lorsqu'il travaille, touche 10 pesetas à la journée alors que sa femme, elle, ne touche que deux pesetas par jour¹. *Josep Bas* quant à lui gagne 7 pesetas à la semaine en travaillant dans une imprimerie, mais, par contre il travaille tous les jours et touche donc 28 pesetas tous les mois sans exception. Les femmes visitées par Eduard Xalabarder ont presque toutes des revenus très bas, qui semblent être plus des salaires d'appoint puisqu'ils sont systématiquement en deçà de la limite des trois pesetas à la journée. C'est le cas de *Vicenta Castells*, que nous avons déjà citée, qui ne travaille que de manière intermittente et ne gagne alors que 5 pesetas la semaine à moins qu'il y ait une erreur et que ce soit à la journée. En 1921, la famille *Roig Alabau*, suivie par le dispensaire central, vit sur le seul salaire du père, un journalier qui gagne 7 pesetas à la journée, ce qui ne suffit pas à faire vivre les dix personnes du foyer². Notons qu'en réalité, il semble bien que la femme et la fille aînée du tuberculeux fassent aussi des menus travaux de couturières, afin d'apporter quelques pesetas supplémentaires au budget familial. José Luis Oyón parle d'une réévaluation des salaires autour des années 1920, mais qui se stabilise rapidement, en particulier dans des secteurs comme le textile qui, peu qualifié, reste l'une des activités les moins bien payées malgré les légères augmentations de salaires des années républicaines³. Le même auteur utilise la limite des 12 pesetas à la journée, pour évoquer un salaire minimum en deçà duquel le chef de ménage ne peut subvenir aux besoins de son foyer. Or, dans les années 1930, seule une partie des ouvriers qualifiés parviennent à franchir cette limite, la majorité des ouvriers non qualifiés ont un salaire compris entre 8 et 10 pesetas la journée⁴. Nous l'avons vu, ce sont en majorité des ouvriers non qualifiés qui forment le contingent tuberculeux barcelonais, et, bien que nous n'ayons pas d'information sur les salaires de chacun dans ces années là, nous pouvons supposer qu'ils correspondent au maximum à la moyenne de l'emploi exercé. Si les malades sont en général dans une situation financière qui apparaît de plus en plus comme précaire, le cas des femmes tuberculeuses est lui encore plus préoccupant. Comme nous l'expliquions plus haut, d'après María Gloria Nuñez, le salaire des femmes correspond dans

¹ La profession de la femme du malade n'est pas déterminée. D'après la fiche clinique de 1907, c'est en faisant « quelques travaux », « algunas tareas » qu'elle parvient à gagner ces quelques pesetas.

² D'après les calculs réalisés par la *Gasetta Municipal* dans les années 1930, repris par José Luis Oyón, pour une famille composée de cinq personnes, le revenu minimum est fixé à 12 pesetas par jour. Dans OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

³ *Ibid.*

Carles Enrech Molina, dans son étude sur l'entreprise « La Espanya industrial » évoque un resserrement de la gamme salariale dans l'entreprise qui se traduit sans doute dans le secteur textile en général. *La España industrial : obrers i patrons, 1847-1951*, 1990, *op. cit.*

⁴ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 72.

les années 1930 à 55 voire 60% de celui des hommes. De plus, les femmes actives sont surtout cantonnées aux catégories professionnelles dans lesquelles les salaires sont les plus faibles, le service domestique et le textile¹. José Luís Oyón estime le salaire des femmes après les grèves des années 1931-1932 payé entre 6 et 7 pesetas la journée². Pour Albert Balcells le salaire de la femme ouvrière n'est pas synonyme de précarité si elle fait partie d'une famille nombreuse où plusieurs personnes travaillent. Mais dans le cas où la femme est la seule du foyer à travailler, alors le revenu est tout à fait insuffisant et ne permet en aucun cas à leur famille de vivre dans une situation correcte³. *Consuelo Miralles*, internée au sanatorium en 1935, vit avec son mari et son fils dans un appartement qu'ils partagent avec une de ses sœurs et son neveu. Son mari ne travaillant pas, la subsistance du foyer repose sur la malade et sa sœur, qui, l'une peigneuse dans une usine textile et l'autre tailleuse dans un atelier de confection n'ont sans doute pas des revenus très élevés. Les foyers de femmes seules sont encore bien plus précaires, mais la plupart du temps la profession des femmes n'est pas précisée dans ces cas précis.

A tout ceci, il faut encore ajouter les apprentis, assez nombreux chez les tuberculeux, qui eux, touchent un salaire réduit, qui doit, pour suffire, être complété par un salaire plus important, souvent celui du dit « chef de ménage ». Cependant encore une fois, certains apprentis sont aussi les seuls dont le revenu est cité dans le Padrón comme c'était le cas pour *Rafael Peña* dont nous évoquions l'exemple il y a quelques pages. Il s'agit souvent de familles où le père est mort, le fils comme apprenti se retrouve être le seul à subvenir aux besoins de la famille, sur le papier bien sûr, puisque la mère ou bien des sœurs sont toujours considérées comme inactives même si nous nous doutons que ce n'est certainement pas le cas. Malgré tout, si nous nous en tenons aux données du Padrón sans conjecturer à propos d'une éventuelle profession de la mère, le cas de la malade de l'Esperit Sant *Adelina Hernández* semble être désespéré. Cette tuberculeuse de 15 ans est en effet apprentie et elle est la seule personne qui travaille dans une famille élargie de neuf personnes, comprenant notamment ses grands-parents très âgés.

Puisque nous parlons de la jeunesse, pour terminer de caractériser les professions des malades comme des signes de précarité, faisons état encore une fois de l'extrême jeunesse des

¹ NUÑEZ PEREZ, María Gloria, *Trabajadoras en la Segunda República: un estudio sobre la actividad económica extradoméstica : 1931-1936*, Madrid, 1989, *op. cit.*

² OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 75.

³ « La mujer obrera en la Industria Catalana durante el primer cuarto del siglo XX » dans BALCELLS, Albert, *Trabajo industrial y organización obrera en la Cataluña contemporánea : 1900-1936*, 1974, *op. cit.*

malades. Les exemples concrets donnés au fil du texte mettent en scène des malades travailleurs toujours très jeunes, mais aussi et surtout des malades qui commencent à travailler très tôt. Alors qu'une grande majorité des malades semble avoir commencé à travailler vers 13 ans, *Albert Vives*, a commencé lui à travailler dès 8 ans dans un atelier de céramique, et à 70 ans il y travaille encore. Si cet exemple est un cas extrême qui s'explique aussi par l'âge du malade en question, 13 ans est aussi considéré comme un âge très précoce pour commencer le travail, et pour quelqu'un comme Modesto González Ribas en 1947 alors cette question pose encore problème, cela explique en partie les taux de tuberculose importants chez les jeunes hommes et surtout les jeunes femmes¹. Pour contrer la maladie, le médecin préconise donc un contrôle à l'embauche afin d'éviter que des adolescents et adolescentes de quatorze ans de constitution encore trop fragile soient exposés aux rudes conditions du travail industriel, ainsi qu'à, pourrions nous ajouter, la précarité sociale qui en découle.

- *La fatigue du travail industriel comme nouveau facteur de la maladie*

Avec la volonté de rechercher les causes de la maladie dans une profession particulière, les médecins privilégiaient, dans leurs discours comme dans les fiches cliniques, les métiers qui nécessitaient un effort physique important et prédisposaient ces ouvriers en les fatiguant. D'une manière générale, les professions non qualifiées qu'exercent les tuberculeux soignés à Barcelone, avec tout ce que nous venons d'en dire, sont épuisantes. Mais ce ne sont pas seulement les heures de travail nombreuses qui fatiguent les malades ; *Miquel Fernández*, 16 ans, explique lors de sa visite médicale au dispensaire de Radas en 1921 qu'il travaille 8 heures par jour dans un atelier de verrerie, mais que ce travail le fatigue tout de même énormément. D'une manière générale, les malades hospitalisés à Sant Pau dans les années 1930 font aussi état de fatigue au travail, en particulier à cause du fait qu'ils travaillent trop. C'est le cas par exemple d'*Amadeu Montseny*, le musicien de jazz qui travaille en 1933 dans un bal-taxi et n'a pratiquement pas de temps pour se reposer. En 1934 il perd d'ailleurs son travail, et afin de pouvoir soigner sa femme qui est aussi malade il trouve un travail qui l'oblige à partir en tournée, le faisant se fatiguer encore plus. Le fait de trop travailler est presque noté sur une fiche de visite sur deux, mais même sans cela, ce que nous savons du travail d'ouvrier suffit à nous faire penser que la fatigue du travail est très probablement

¹ D'après l'étude à Barcelone sur la filature Fabra y Coats, réalisée par Modesto González Ribas, publiée dans *La tuberculosis y el ingreso al trabajo a los catorce años de edad. Consideraciones sobre los resultados del reconocimiento sistemático*, s. i., s. l., 1947, 3 p.

réelle. Le sociologue Alain Cottereau s'est appuyé sur cette réalité pour entrer dans le débat des causes de la tuberculose en cherchant à démontrer que l'usure du travail est la principale responsable de la maladie¹. En cela, il privilégie non seulement le facteur social sur l'environnemental, mais réduit tous les efforts des médecins du début du XX^{ème} siècle à néant, en arguant que le meilleur moyen de lutte contre la tuberculose était celui employé par certains ouvriers, à savoir la lutte syndicale pour l'augmentation des salaires et la réduction de la journée de travail :

« D'une façon générale, les revendications de la journée de huit heures comptaient bien plus, dans la prévention contre la tuberculose que tous les équipements du monde. »²

Pour démontrer que la tuberculose est une maladie liée à la fatigue provoquée par les métiers ouvriers, le sociologue s'appuie notamment sur le fait que les femmes tombent malades plus jeunes que les hommes. Selon lui, les femmes développent la tuberculose au moment où elles travaillent à l'usine, c'est-à-dire quand elles sont jeunes, avant de se marier et de changer leur mode de vie. De plus, selon lui toujours, les pointes de mortalité les plus importantes observées en France au début du XX^{ème} siècle correspondent aux phases d'intensification du travail industriel qui se répercutent sur la santé des ouvriers. Enfin, pour lui, le fait que les médecins ne soient pas arrivés à la conclusion que, l'usure du travail industriel détermine la tuberculose vient d'une méconnaissance des modes de vie ouvriers, qui a conduit les professionnels de l'époque à réutiliser les catégories de l'hygiène publique et à centrer leurs préoccupations sociales sur les conditions environnementales d'insalubrité. Pour reformuler cette théorie avec les mots des médecins de l'époque, pour Alain Cottereau la tuberculose est un problème social, puisque la fatigue liée au travail industriel intensif prépare le terrain au microbe en amenuisant les défenses immunitaires de l'ouvrier. Comme nous l'avons déjà expliqué, il est difficile de dire dans quelle mesure le fait que les femmes soient affectées plus jeunes que les hommes soit lié à des préjugés médicaux ou bien reflète une réalité objective. Il est également difficile pour nous de nous positionner de manière tout à fait franche en faveur d'un facteur social aggravant la maladie ou bien la facilitant, mais nous pouvons tout de

¹ COTTEREAU, Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? », dans *Sociologie du travail*, n° 2, Seuil, Paris, 1978. Sur le thème de l'usure au travail en général nous pouvons nous reporter au volume « L'usure au travail » dans *Le Mouvement social* n° 124, Editions de l'Atelier, Paris, 1983, 186p. Et en particulier l'article de CHANLAT, Jean-François, « Usure différentielle au travail, classes sociales et santé: un aperçu des études épidémiologiques contemporaines », pp 153-169.

² *Ibid.*

même dire que la précarité sociale liée au travail fatiguant et peu qualifié semble être une réalité pour les médecins de Barcelone.

Les métiers des tuberculeux ont surtout une signification claire : il s'agit de métiers non qualifiés et souvent industriels. Le sociologue Alain Cottureau, tout comme certains médecins non majoritaires à Barcelone et en Espagne, a mis en avant le fait que la fatigue du travail industriel pouvait entraîner un affaiblissement généralisé qui entraînerait une sensibilité plus importante au microbe. Alors finalement, il semble que plus qu'une activité particulièrement nocive à la santé des ouvriers, ce qui regroupe les professions des tuberculeux outre leur faible qualification serait peut-être une pratique professionnelle épuisante. L'étude particulière de certaines professions des tuberculeux nous a permis de voir des vendeurs ambulants, des ouvriers qui travaillent à la pièce et de manière irrégulière, avec aucune visibilité professionnelle à long terme. Ces vendeurs et ouvriers, tout comme la majorité des malades non qualifiés font aussi des journées de travail à rallonge, et surtout ont en commun un salaire parmi les plus bas de Barcelone. En ce sens, la précarité économique semble bien être ce qui uni le collectif des malades, sans que nous puissions dire pour autant que ce soit cette situation précaire qui détermine absolument le taux de tuberculose.

La recherche du risque professionnel chez les médecins met en avant de manière récurrente les professions industrielles produisant de la poussière. Le danger qui consiste à inhaler des produits chimiques, particules de métal ou tous autres types de poussières et de fumées qui pourraient dégrader le poumon et faire le lit du microbe est produit par l'activité elle-même, qui génère ces conditions d'insalubrité. Par ailleurs, le fait de travailler dans des atmosphères poussiéreuses, outre que cela prépare le terrain de la maladie facilite aussi l'infection tuberculeuse, avec un microbe qui survit mieux dans les recoins poussiéreux. Mais à ces types de métiers industriels s'associent aussi des professions sédentaires, moins développées mais présentes néanmoins, qui contraignent le travailleur à rester enfermé dans un espace circonscrit. Finalement, de nombreux médecins attribuent le risque de la profession à l'environnement dans lequel se trouvent les malades, restant ainsi largement dans la même logique bactériologique exclusive qui privilégie le facteur environnemental sur le facteur social. Cependant, les médecins, même s'ils s'y attardent peu, citent également d'autres professions et évoquent de loin en loin la fatigue du travail industriel qui joue un rôle, plus ou

moins grand, dans l'aggravation de la maladie. Sans entrer pour autant dans ce débat épidémiologique, l'étude détaillée du profil professionnel des malades, réalisé à partir d'expérience de vie des tuberculeux, a montré que si ces derniers sont souvent ouvriers, ils travaillent dans des secteurs parfois peu mis en avant par les médecins. Les femmes notamment sont souvent domestiques ou bien travaillent dans le textile. Les taverniers et les serveurs ne sont pas si nombreux. Par delà la diversité de professions industrielles et non qualifiées, ce qui semble faire l'unité réside bien dans une pratique professionnelle qui conduit à un statut de précarité économique. Finalement, ce qui rapproche les malades, c'est leur bas salaire, leurs horaires prolongés, et, d'après ce que disent les malades de Sant Pau dans les fiches cliniques, l'état d'épuisement auquel les conduit leur métiers.

Prédisposition plutôt que contagion, facteur social sur facteur environnemental, ce chapitre nous a encore une fois surabondamment informé sur les causes de la maladie. Mais l'objectif ici était autre, il s'agissait de comprendre le lien entre monde tuberculeux et monde ouvrier, en s'appuyant pour cela sur le débat épidémiologique qui est à la base de toute étude comparative sur ce sujet. Finalement ce tuberculeux ouvrier largement représenté dans nos sources ne cesse d'osciller entre un travailleur manuel tuberculeux et un malade appartenant à la catégorie sociale définie par une instabilité économique commune. Les tuberculeux font partie de ce groupe social qui associe profession non qualifiée au manque d'intégration dans la ville, soit immigration et analphabétisme. Si les professions qu'ils exercent sont largement ouvrières ou du moins peu qualifiées, elles sont néanmoins très diverses sans qu'il soit réellement possible de distinguer une pratique ou une manipulation particulière qui nous orienterait vers des malades représentatifs d'un secteur d'activité particulier. En réalité, les métiers des malades se rejoignent surtout dans une expérience et une pratique professionnelle rude, qui place les malades tout en bas de l'échelle sociale. Ainsi, les quelques informations d'ordre qualitatif que nous donnent les fiches cliniques de Sant Pau laissent voir des malades qui changent de travail facilement et sans logique professionnelle, qui exercent des professions en soi précaires, qui travaillent pendant des journées interminables, qui gagnent un salaire parmi les plus bas de la ville. Et puis, parfois, les expériences de vies des tuberculeux nous conduisent à observer des professions caractéristiques de l'économie

informelle, telles les vendeurs ambulants, ou bien des personnes qui cumulent plusieurs emplois.

De plus, la jeunesse est un élément caractéristique chez les malades, et elle ne semble pas être un atout social pour ceux-ci. A l'inverse, ces jeunes malades semblent moins bien intégrés, économiquement et socialement plus faibles que leurs aînés. Enfin, parmi les malades, les femmes se distinguent comme un collectif encore plus précaire que celui des hommes. Celles-ci sont en effet plus jeunes qu'eux, et, pour le peu que nous savons de leurs professions, elles exercent les métiers les moins qualifiés, les moins bien rémunérés. Mais ce profil de tuberculeuse, dans une situation plus fragile que les tuberculeux, fait aussi et surtout écho à une réalité sociale barcelonaise, dans laquelle la femme, lorsqu'elle n'est pas invisible, se trouve dans une situation professionnelle toujours moins favorable que celle de l'homme. D'une manière générale, les malades sont donc largement représentatifs de la frange la plus précaire des ouvriers sans que nous puissions mesurer réellement cette fragilité professionnelle.

A la lumière de ces précisions sur le profil social et les professions des malades, leur localisation dans la ville devient largement explicable par cette inscription dans le monde ouvrier en général, et en particulier dans des zones qui correspondent à cette catégorie la moins bien intégrée dans la ville. Cependant, il convient de se demander si la précarité économique est la seule variable qui permette de définir le malade et son implantation dans la ville, et d'observer si l'espace urbain ne joue pas un rôle qui pourrait à l'inverse fragiliser un statut social déjà chancelant.

CHAPITRE 4 : De la précarité économique à la précarité spatiale dans le quotidien des malades

La localisation des malades dans la ville nous avait conduit à évoquer les théories bactériologiques des médecins de l'époque, ainsi qu'à situer la problématique épidémiologique autour de l'insalubrité et de la densité. Nous avons notamment montré que les médecins dans leur guerre contre le bacille, se préoccupaient avant tout de l'habitat en tant que métonymie du microbe et d'une manière pratique, parce qu'il s'agissait de l'espace dans lequel se réalisait la contagion. Mais cette analyse conduisait à parler exclusivement du microbe, en considérant le malade comme un simple porteur ou terrain de développement. Ici, notre démarche est guidée par une logique différente, il s'agit de prendre en compte le malade, ce qui signifie s'intéresser à l'espace vécu, et ce faisant, réfléchir au logement en tant que révélateur et producteur de misère urbaine et en particulier de celle du tuberculeux. Autrement dit, à la précarité économique dont nous venons de parler dans le chapitre précédent, s'ajoute la précarité spatiale. A l'étude, cela signifie sortir des théories environnementalistes pour aller vers l'espace comme environnement direct du malade et élément essentiel de son quotidien. Notre objectif sera ici de démontrer puis d'analyser ce lien entre précarité économique et précarité spatiale. Cela implique prendre en compte deux aspects de la question qui doivent être étudiés conjointement : tout d'abord, la localisation dans la ville et la structure de l'habitat peuvent être comprises comme des révélateurs de la misère urbaine, et en ce sens la répartition spatiale des tuberculeux s'explique par leur appartenance à une catégorie sociale économiquement défavorisée. Cette approche reprend la définition d'espace « médium » dont parle Catherine Sélimanovski, notion qui considère l'espace comme un « support » des inégalités sociales existantes ou « produit social »¹. Et puis, cette localisation dans les lieux les plus précaires de la ville peut aussi être considérée

¹ SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, coll. Géographie Sociale, Presses Universitaires de Rennes, 2008, p. 79.

comme un élément qui fragilise encore plus le malade, ou du moins est partie prenante de la misère sociale dans laquelle celui-ci se trouve. L'historiographie urbaine a longuement évoqué le fait que l'espace constitue un élément essentiel qui joue un rôle dans l'organisation sociale et n'est pas un simple cadre géographique¹. Mais l'approche a surtout été théorisée et étudiée par les géographes et sociologues de l'espace social à partir de ce que Catherine Selimanovski appelle « une redécouverte de l'école de Chicago »², et reprenant le concept « d'effets de lieux » développé par Pierre Bourdieu dans *La misère du monde*³. Ce sont ces « effets de lieux » qui permettent de voir l'espace comme un « facteur aggravant du poids d'une domination sociale »⁴. C'est selon cette même logique que nous analyserons à nouveau la localisation des tuberculeux, prenant en compte le rôle du lieu dans l'évolution et la précarisation du quotidien des malades. Cependant, cette étude de l'espace vécu du patient s'étendra surtout à leur domicile. Cette réduction relève de la difficulté à percevoir la mobilité quotidienne ou les liens de sociabilité externes au contexte résidentiel, seulement présents de manière anecdotique dans nos sources⁵. Comme l'explique Jean-Luc Pinol, les travaux d'historiens traitant de la ségrégation urbaine se sont souvent appuyés sur les adresses relevées dans des listes telles que les recensements par exemple, en considérant qu'une « adresse est bien plus qu'une localisation, elle est un repérage dans l'espace social urbain »⁶. Plus qu'une géographie sociale nous pouvons donc parler d'une géographie socio-

¹ Voir notamment l'article de José Luis Oyón: « Historia urbana e Historia obrera: reflexiones sobre la vida obrera y su inscripción en el espacio urbano, 1900-1950 », *Perspectivas Urbanas* n°2, UPC, Barcelone, 2001, pp. 1-28. Ou encore, l'introduction de son ouvrage *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008, pp. 9-20.

De nombreux auteurs ont évoqué ainsi les bases de l'histoire urbaine dans l'ouvrage de James Dyos *Victorian Suburb a Study of the Growth of Camberwell*, Leicester University Press, Londres, 1961, qui cherchait à comprendre les mutations de la ville en considérant l'espace comme objet et non comme simple cadre, à l'image par exemple de la New Urban History (voir THERNSTROM, Stephan, *Poverty and Progress : Social Mobility in Nineteen-Century City*, Harvard University Press, 1964.). Sur ces concepts, nous pouvons nous reporter entre autre au chapitre écrit par Jean-Luc Pinol « La ville des historiens », dans PAQUOT, Thierry, LUSSAULT, Michel, BODY-GENDROT, Sophie (dir.), *La ville et l'urbain : l'état des savoirs*, La découverte, Paris, 2000, pp. 36-44.

² SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*, p. 80.

³ BOURDIEU, Pierre (dir.), *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993, 954 p. Cité dans SELIMANOVSKI, Catherine, « Effets de lieu et processus de disqualification sociale », *Espace populations sociétés*, n°1, 2009, p. 120.

Pour une synthèse sur l'épistémologie de la notion de « ségrégation », voir SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*, pp. 79-83.

⁴ SELIMANOVSKI, Catherine, « Effets de lieu et processus de disqualification sociale », 2008, *art. cit.*, p. 120.

⁵ Si nous excluons, bien sûr l'hôpital et les différents lieux de soins qui seront étudiés dans un chapitre 6.

⁶ PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un historien sur la ségrégation sociale », *Ville-école-intégration Diversité*, n° 139, 2004, pp. 25-32.

résidentielle des tuberculeux, prenant en compte le domicile, à plusieurs échelles, mêlant usages individuels et collectifs et « contextes socio-morphologiques »¹.

Les tuberculeux soignés chez eux et ceux hospitalisés ne vivent pas toujours dans les mêmes endroits. Etudier l'espace vécu permet d'apporter également des précisions sur la répartition différentielle dans la ville des malades des différentes sources étudiées. Ces tuberculeux aidés par Catalunya Radio et soignés à domicile qui semblent vivre dans des zones plus misérables que les autres vivent aussi, d'après nos démonstrations précédentes, dans des logements moins denses à l'inverse des malades internés au sanatorium par exemple². L'organisation du foyer, à l'intérieur du logement et le peu que nous puissions retracer de la pratique de la ville permettent en effet d'apporter des éléments nouveaux, en vue d'une analyse des sources qui conduira à une meilleure compréhension du collectif tuberculeux.

La question que nous nous poserons tout au long de ce travail est donc celle du lien entre précarité sociale et économique et la localisation des tuberculeux dans la ville, le quartier, la rue, le logement, afin de savoir si cela s'explique par une nouvelle définition de la précarité spatiale qui prendrait en compte l'espace vécu quotidiennement par le malade.

Dans un premier temps nous verrons qu'il est possible de redéfinir la répartition des malades au travers des concepts de concentration et d'éparpillement des domiciles dans les rues et les quartiers, qui ne sont en réalité que des manières différentes d'aborder la précarité. Ensuite, nous entrerons chez le malade, afin d'observer plus attentivement son quotidien, et comprendre les pratiques spatiales et la manière d'occuper l'espace. Nous verrons au sein du logement les conditions d'une fragilité sociale, qui parfois n'était pas visible à l'échelle du quartier ou de la rue.

¹ Soit le lien entre la structure des habitats et les caractéristiques sociales de ses occupants. MADORE, François, *Ségrégation sociale et habitat*, coll. Géographie Sociale, Presses Universitaires de Rennes, 2004, p. 73.

² Voir chapitre 2.

A. Entre concentration et éparpillement géographique : les nouveaux indices de la précarité spatiale

L'objectif ici est de redéfinir la répartition des quartiers en prenant en compte le tuberculeux, c'est-à-dire en se centrant sur l'espace vécu, à partir de leur domicile. Cela signifie notamment ajouter à l'échelle du quartier, celle de la rue, particulièrement peu étudiée selon des conceptions bactériologiques, puisque le logement était largement privilégié, mais qui permet de prendre en compte d'autres phénomènes liés à la spatialisation des malades. Dans son ouvrage général sur la ségrégation socio-résidentielle, François Madoré évoque l'existence de « micro-segmentations sociales » rendant plus difficile le découpage spatial et nécessitant une étude à plus grande échelle¹. Catherine Sélimanovski évoque elle aussi la nécessité de passer à l'intérieur des zones délimitées et du découpage social pour observer ces fameuses « poches de pauvreté » qui ne couvrent pas l'ensemble d'une commune ou d'un quartier². Ce changement d'échelle est encore évoqué par Yankel Fijalkow dans son étude sur les îlots voire les immeubles tuberculeux parisiens au XIX^{ème} siècle, mais dans ce travail l'urbaniste s'attache plutôt à comprendre la réalisation effective de ce découpage spatial par les autorités sanitaires, soit analysant plus directement le contexte de production d'une telle ségrégation spatiale³. Pour nous, il s'agit de passer à l'intérieur des quartiers et du découpage social de référence, établi à partir de l'analyse de 43 variables par José Luis Oyón⁴. En effet, à l'intérieur des quartiers barcelonais les disparités sont nombreuses, certaines zones, îlots ou rues concentrent un nombre important de malades, alors qu'à l'inverse d'autres espaces sont particulièrement peu affectés. Cette répartition à l'intérieur du quartier s'explique parfois par le simple fait qu'il s'agit de la zone résidentielle, responsable de la forte densité de population dans cet espace. En ce sens, la concentration dans une zone peut être analysée de plusieurs manières. Elle peut dans un premier temps être révélatrice d'une situation spatiale précaire, où les malades se concentrent dans des zones non seulement plus denses et insalubres ce qui précarise d'avantage sa condition mais également dans les lieux où les loyers sont les plus

¹ MADORE, François, *Ségrégation sociale et habitat*, 2004, *op. cit.*, p. 95. Pour une approche épistémologique plus générale de la ségrégation en ville voir BRUN, Jacques, RHEIN, Catherine, (dir.), *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, L'Harmattan, Paris, 1994, 261 p.

² SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*

³ FIJALKOW Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, coll. habitat et société, L'Harmattan, Paris, 1997, 274 p.

⁴ OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930: un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001, 171 p.

bas¹. Puis cette concentration autour de quelques rues et pâtés de maison peut aussi à l'inverse être considérée comme un facteur de stabilité relative, dans des quartiers en voie de construction, ou bien des quartiers que nous appellerons mixtes, puisque dans ce cas les tuberculeux se concentrent sur les lieux résidentiels les moins précaires.

Dans cette étude sur la localisation précise des malades, c'est le lieu de vie qui est mis en avant, en tant que nouvelle signification de la précarité. Nous ne prétendons pas à l'exhaustivité, mais souhaitons simplement relever des éléments d'analyse spatiale, en étudiant cette répartition des malades qui peut être aussi un signe net de précarité sociale. De plus, nous ajouterons une étude comparative des malades internés dans les différents établissements afin de déterminer si, comme cela semblait se dessiner auparavant, certains se trouvent dans des situations plus précaires que d'autres et si les « effets de lieux » contribuent à renforcer cette précarité.

1. Des rues et des hommes : taudis misérable et réseau social

Lorsque l'argument de la contagion laisse place à la précarité, l'étude de l'espace s'en voit transformée. Il ne s'agit plus dès lors de réfléchir à la densité qui facilite la contagion, mais de passer à une étude plus fine, qui se centre sur des rues et permet d'observer l'espace vécu par le malade. Nous analyserons ici la localisation des malades à une échelle précise, afin de voir comment se matérialise la précarité spatiale, à la fois comme révélateur et comme facteur aggravant de la précarité socio-économique. Dans certaines zones, la concentration des malades est particulièrement visible, il s'agit la plupart du temps de ces quartiers qui composent la ville populaire, voire ouvrière². Cependant il faut évoquer la présence ponctuelle de malade dans des quartiers dits aisés, ce qui laisse à penser une pratique de la ville qui diffère soit de leurs voisins proches, soit du reste des malades. Nous tenterons ici d'aborder tous ces espaces, en laissant néanmoins provisoirement de côté le Raval, comme quartier qui pose des problématiques semblables mais de manière beaucoup plus aigue, et qui par conséquent nous semble mériter une étude de cas plus approfondie. A cette étude sur la

¹ Sur le coût des loyers dans la ville et la répercussion sur le salaire des ouvriers, voir OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, pp. 163-187.

² Voir chapitre 3, et l'étude sur les espaces ouvriers barcelonais réalisée à partir des analyses de José Luis Oyón : OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, et OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

concentration des malades et son lien avec la précarité spatiale et sociale, nous ajouterons la possible mise en évidence d'un réseau social, justifié par la concentration des malades dans certaines zones, un réseau social qui permettrait d'expliquer peut-être une autre logique de recrutement des malades voire d'évoquer un « profit d'espace » ou « effet de lieu » inclusif et non plus exclusif¹.

- *Les tuberculeux concentrés dans des quartiers anciens denses et insalubres*

D'une manière générale, si nous ne tenons pas compte de la population totale des quartiers, les malades soignés à Barcelone dans les années 1930 se concentrent avant tout sur les centres historiques de Barcelone et des anciens municipes. C'est en particulier le cas pour les malades soignés à domicile, dont la localisation préférentielle dans le centre historique de Barcelone et le quartier ancien de Gràcia a déjà été évoquée². Si les malades hospitalisés et internés à Sant Pau et à l'Esperit Sant sont aussi très présents dans *Ciutat Vella*, ils suivent également des logiques de répartition autres. Ainsi, Les tuberculeux hospitalisés à l'hôpital de Sant Pau sont présents dans le Raval, dans les zones ouvrières du Nord-Nord-Est ou encore dans l'ancien municpe devenu quartier ouvrier de *Sants-Hostafrancs*. Les malades internés à l'Esperit Sant sont très nombreux dans *Ciutat Vella* en général, mais également dans une frange de la ville allant au-delà de la *Gran Vía de les Corts*, en incluant l'Ensanche³.

Même si la concentration dans les deux espaces que constituent *Ciutat Vella* et *Gràcia* est surtout très évidente pour les adresses des malades soignés à domicile, il n'en demeure pas moins qu'elle est significative d'une répartition de la maladie plus générale, puisque les autres tuberculeux internés y vivent aussi très souvent. De plus, rappelons qu'à la différence des malades internés à Sant Pau et à l'Esperit Sant, nous disposions des adresses de tous les malades aidés par Catalunya Radio, autrement dit, la localisation est plus directe, et ne passe pas par le filtre du Padrón de 1930, dans lequel nous ne retrouvons que les malades qui n'ont pas trop déménagé ayant donc une plus grande stabilité résidentielle. Une grande partie des malades s'entasse donc dans des zones de constructions anciennes qui se caractérisent par une densité de population et de bâti importante⁴. La taille des parcelles est généralement très

¹ SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*

² Voir les cartes du chapitre 1.

³ Voir les cartes sur la répartition des malades de chaque source par quartiers en annexe 3.1.

⁴ Cela correspond à la densification des quartiers liée aux redécoupages internes des immeubles ainsi qu'au « bourrage des parcelles » au XIX^{ème} siècle évoqué par Jean-Luc Pinol dans PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un

petite, en témoignent les cartes reproduites ci-dessous, et d'après les informations disponibles de l'époque, il s'agit aussi des zones relativement délabrées¹.

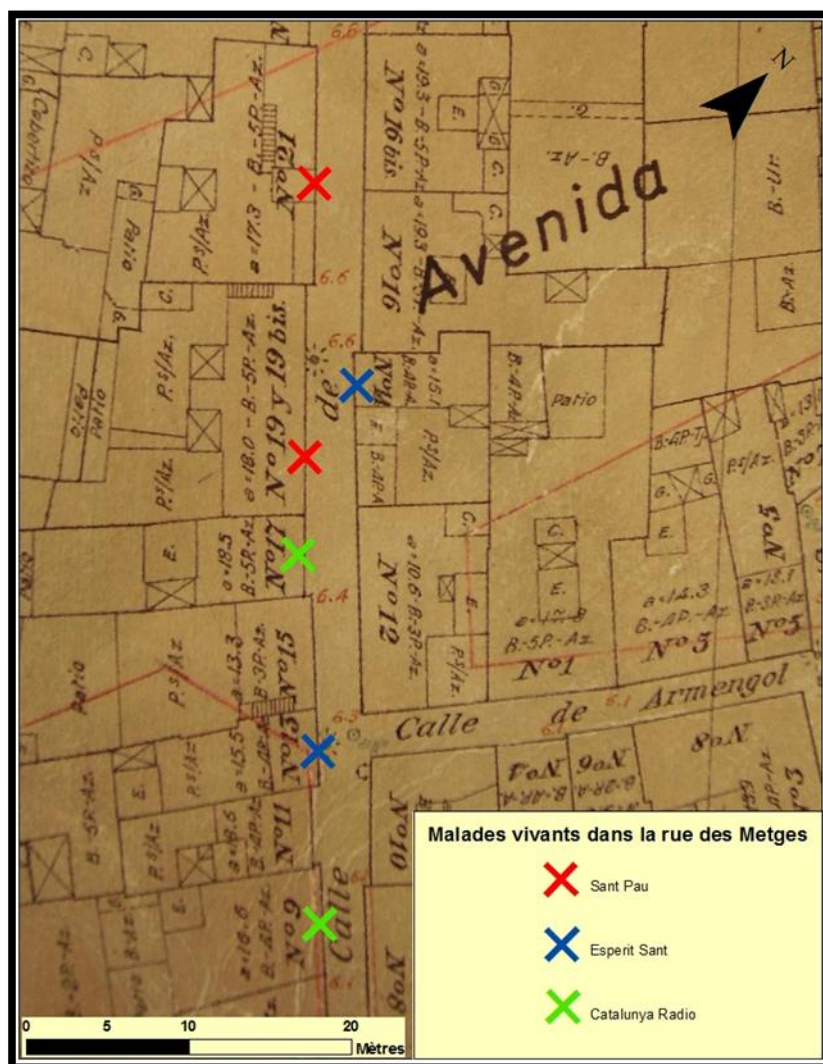
Dans *Ciutat Vella*, les zones de *Sant Pere* et *Portal Nou* concentrent un nombre important de malades. Dans le quartier de *Santa Catalina*, le marché empêche une forte représentation et explique la concentration des malades au sud, dans un îlot autour de la rue *Carders*. Les malades internés à l'hôpital de l'Esperit Sant sont particulièrement nombreux dans cette zone, très nombreux dans le quartier de *Portal Nou*, ils surpassent en nombre ceux aidés par la radio dans l'îlot d'*Agotnitzants*. La concentration dans ces quartiers est assez forte, en témoigne la rue *dels Metges* qui porte bien mal son nom puisque qu'on y retrouve six tuberculeux en l'espace de trente mètres². Loin d'être un record, il s'agit néanmoins de la rue la plus tuberculeuse du quartier, dans laquelle vivent à un moment ou à un autre deux tuberculeux de chacune des trois sources.

historien sur la ségrégation sociale », 2004, *art. cit.*, p. 26. voir également PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, 2003, *op. cit.*

¹ Sur le délabrement des zones de construction anciennes et en particulier du centre ville, voir les travaux réalisés par le GATCPAC et publiés dans la revue *AC*, et illustrés par les photos de Margaret Michaelis, notamment le n°25 publié en 1937. Pour une étude des quartiers du centre ancien de Barcelone : TATJER Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona » dans OYON José Luis, *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras. 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

² La rue « *dels metges* » : La rue des médecins.

Plan 2 : Plan des logements des tuberculeux des trois sources vivants dans la rue des Metges entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Photographie du Plan Martorell 1/500, 1933, AAMCG)

Si les malades sont soignés dans des établissements différents, à des moments distincts, les deux malades de l'Esperit Sant ont été internés grâce à l'intervention de Catalunya Radio ce qui dans une certaine mesure peut nous faire penser à un lien de sociabilité quelconque qui unirait ces personnes aux deux autres malades aidés par la même association quelques temps auparavant¹. Est-ce cette sociabilité du quartier qui permet d'expliquer la concentration dans la rue ? Rien n'est moins sûr, car si comme l'a montré José Luis Oyón en étudiant la *colonia*

¹ L'association de la radio qui entre 1931 et 1934 propose d'aider financièrement des malades tuberculeux pauvres commence aussi à collecter des fonds pour financer des lits dans certains hôpitaux et sanatoria barcelonais. Voir les exemplaires de la revue de Catalunya Radio, AHCCA.

Castells, le logement dans des maisons unifamiliales facilite la sociabilité dans le quartier, ce n'est pas forcément le cas pour les logements en immeuble¹. Les correspondances que nous retrouvons entre les profils des familles des malades, toutes ouvrières et issues de l'immigration catalane mais surtout aragonaise et murcienne semblent donc confirmer une même appartenance sociale plutôt qu'être révélatrices d'une sociabilité particulière. Ajoutons également que si tous viennent de Murcie et d'Aragon, leur village d'origine n'est jamais le même². Outre un profil social plutôt similaire, les tuberculeux qui vivent dans cette rue partagent des conditions de logement assez semblables, dans une rue secondaire qui est aussi étroite, densément peuplée et bâtie, où les immeubles font entre 10 et 18 m de haut, ce qui correspond en moyenne à cinq étages habités³. Les cours intérieures sont particulièrement étroites, et étant donné l'orientation Nord-Sud de la rue et la hauteur des immeubles, le soleil pénètre certainement très peu dans les logements des malades, à part peut-être dans celui de *Felicidad Pujol*, situé au quatrième étage du n°21. La taille des logements est aussi particulièrement réduite, en particulier au n°17 où un tuberculeux soigné à domicile vit avec sa famille composée de sept personnes. A l'inverse, le rez-de-chaussée du n°9 où vit un malade lui aussi soigné à domicile, est un logement plus spacieux, ce qui constitue une exception non seulement dans le quartier, la rue mais aussi dans l'immeuble lui-même puisque les étages se divisent en deux logements distincts. Il est possible que le fait qu'il s'agisse d'un rez-de-chaussée implique également un logement moins cher, car très sombre et plus dégradé. Notons enfin qu'au n°13 de la rue vit un tuberculeux dans un immeuble qui était autrefois la *Casa dels Metges*, un bâtiment historique et bourgeois. Cela nous rappelle que cette rue est bien à l'image de *Portal Nou* et *Sant Pere* décrits par Mercè Tatjer comme un ancien quartier aisé⁴. La zone s'étant détériorée avec le temps, le quartier a été déserté par les élites à l'époque de la construction de l'Ensanche, un dépeuplement qui fut suivi d'un repeuplement immédiat par des barcelonais issus de catégories sociales beaucoup plus défavorisées⁵. Si nous ne disposons pas d'information précise sur l'état dans lequel se

¹ OYON, José Luis (dir.), *Un suburbi obrer a la Barcelona d'entreguerres. La Colònia Castells de las Corts, 1923-1936*, Ajutament de Barcelona, Barcelone, 2003.

² Sur les populations aragonaises de *Portal Nou*, d'*Agonitzants* mais aussi des autres zones du *Barri Gòtic*, voir TATJER Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona », 1998, *op. cit.*

³ Voir les caractéristiques des immeubles visibles sur le plan Martorell au 1/500^{ème}.

⁴ TATJER, Mercè, 1998, *op. cit.*

⁵ Toujours selon Mercè Tatjer, le départ des élites de *Portal Nou* vers l'ensanche date des années 1910-1915, ce qui correspond avec la vague d'immigration à laquelle appartiennent nombre de malades et autres habitants de la zone en 1930. TATJER, Mercè, « Diferenciació social i davallada demogràfica al centre històric de Barcelona: el barri Gòtic (1888-1980) », dans *II Congrés d'Història Urbana del Plà de Barcelona*, Institut Municipal d'Història, Ajutament de Barcelona, Barcelone, 1990.

trouvaient réellement les édifices à l'époque, le bloc situé entre la rue des *Metges* et *Jaume Giral* et comprenant le bâtiment historique de la *casa dels Metges* comme cinq des logements des tuberculeux, a été détruit il y a quelques années dans le cadre d'une politique urbaine visant à l'aération de la zone.

La rue *dels Metges* n'est qu'un exemple parmi tant d'autres de rues de *Ciutat Vella* dans lesquelles les tuberculeux sont nombreux et où la précarité s'explique entre autre par une trame viaire étroite, une densité de bâti importante, des parcelles petites ou encore des édifices dégradés par le temps. De plus, dans ces zones de *Portal Nou* ou bien de *Sant Pere* les *cases de veïns*, type architectural urbain assez précaire, sont nombreuses¹. Ajoutant enfin que d'après Mercè Tatjer, ces quartiers industriels ont vu leurs ateliers industriels se déplacer vers les périphéries ou les nouveaux quartiers industriels entre 1900 et 1920, laissant vides des bâtiments industriels en état de délabrement avancé bien peu adaptés à l'occupation résidentielle qui en a résulté².

Le quartier le plus pauvre de *Ciutat Vella*, si l'on excepte le Raval, est celui de *Barceloneta*, un quartier industriel et détérioré qui se trouve avoir le taux d'imposition le plus bas de la ville³. Les parcelles minuscules et les logements réduits à l'extrême sont une caractéristique de ce quartier qui a largement été étudiée par Mercè Tatjer⁴. Il s'agit d'un espace qui a conservé une activité ouvrière importante, autour du port mais aussi des usines à proximité, *La Maquinista Terrestre i Marítima* et la *Fàbrica « La Catalana » de Gas y Electricidad*. L'immigration importante a touché ce quartier d'une manière bien plus forte que celui évoqué précédemment, densifiant à l'extrême le quartier, et entraînant à la fois une élévation des édifices et une division des logements pour multiplier le parc immobilier. Le phénomène de subdivision des maisons unifamiliales⁵ est bien visible sur une carte au 1/500^{ème}, et la taille du logement, particulièrement réduite, implique une précarisation de la situation résidentielle des

¹ Sur les *cases de veïns* du XIX^{ème} siècle qui perdure jusque dans les années 1930, voir le travail de Pere Giol, *La casa de veïns del segle XIX a Barcelona*, thèse de doctorat, ETSAB, UPC, Barcelone, 1995.

² TATJER Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona », 1998, *op. cit.*

³ TATJER, Mercè, *La Barceloneta : del siglo XVIII al Plan de la Ribera*, Saturno, coll. Los Libros de la Frontera. Realidad geográfica, Barcelone, 1973.

⁴ Voir notamment sa thèse de doctorat intitulée *El barrio de la Barceloneta 1753-1982. Mercado inmobiliario, propiedad y morfología en el centro histórico de Barcelona*. Thèse dirigée par Horacio Capel, Universidad de Barcelona, 1983.

⁵ Les « quarts de casa », comme leur nom l'indique, désignent des logements qui correspondent à des maisons unifamiliales divisées en quatre, et ont en moyenne une taille de 28m² utiles environ. TATJER, Mercè, *La Barceloneta : del siglo XVIII al Plan de la Ribera*, 1973, *op. cit.*

malades qui vivent dans les logements « *subintegrados* » de cet espace¹. Mais à une autre échelle, la localisation des malades dans la *Barceloneta* semble se concentrer sur des lieux précis, sur quelques rues, tel le bloc de maisons entre les rues *Pontevedra* et *Atlántida* par exemple. Mais ce qui est surtout surprenant c'est qu'une grande partie des malades vivent dans l'îlot de *Sant Miquel*, à proximité des usines de la *Maquinista* et de la *fábrica de Gas*, autrement dit, un îlot moins dense que le reste du quartier.

Carte 15 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivant dans Barceloneta entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5000 du Service Topographie de la Municipalité, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Cette moindre densité de *Sant Miquel-Gasometre* s'explique surtout par le fait qu'avec la forte présence des usines dans l'îlot, la population se concentre dans cet espace réduit,

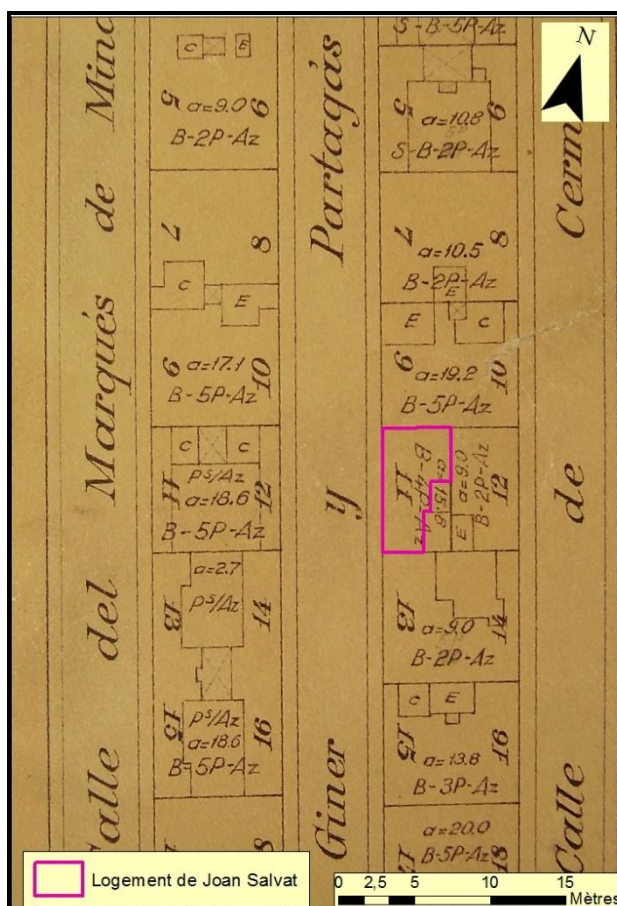
¹ « Habitats sous-intégrés », *Ibid.*, p. 32.

faussant ainsi les chiffres de densité et précarisant d'avantage la situation du malade qui vit proche de ces usines. Cet espace est en effet une zone d'édifices en mauvais état, qui a connu une forte augmentation de la population grâce à l'immigration des années 1910-1920¹. Dans cette zone, les malades de Sant Pau sont relativement présents, pas toujours immigrés car souvent très jeunes. Certains déchargent du charbon sur le port ou sont marins mais la plupart sont mécaniciens ou travaillent dans la métallurgie, activités qu'ils peuvent tout à fait exercer à la *Maquinista*, en témoignent les quelques uns qui précisent travailler dans cette usine. A titre indicatif, notons qu'à la rue *Giné i Partagàs*, dans laquelle nous retrouvons quelques malades ouvriers, vit aussi en 1921 *Joan Salvat Papasseit*, un poète catalan très reconnu, qui sera suivi par le service antituberculeux de la Mancomunitat pendant quelques années avant qu'il ne meure de sa maladie².

¹ *Ibid.*

² Voir la fiche clinique de *Joan Salvat Papasseit*, lors de sa visite au Dispensaire central de la rue Radas. *MHMC* en annexe 4.1.1.

Plan 3 : Plan de la rue Giné i Partagàs et localisation du logement de Joan Salvat Papasseit, n°11, Barceloneta

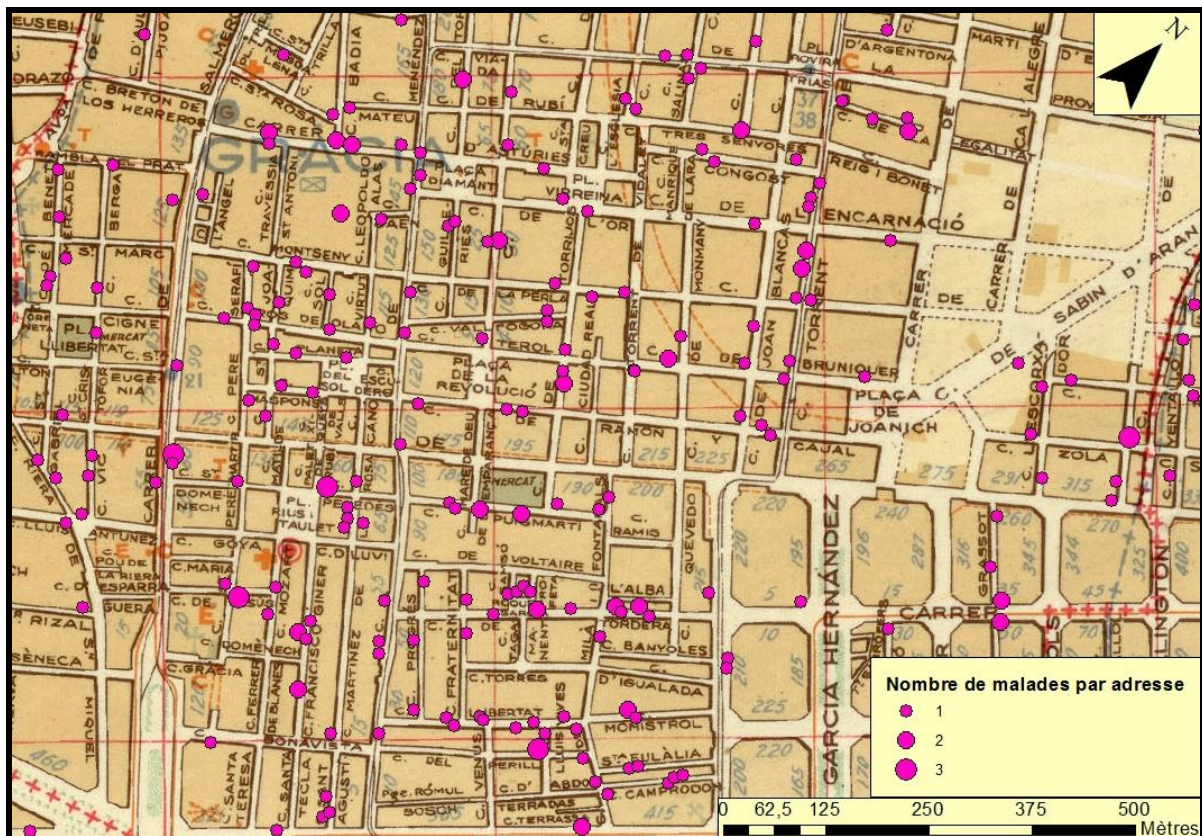


(Sources : Fiche de visite de Joan Salvat Papasseit au dispensaire de Radas en 1921, MHMC. Fond de carte : Photographie du Plan Martorell 1/500, 1933, AAMCG)

Pour rester dans les anciens centres historiques, et les rues étroites et denses, le quartier de *Gràcia* est fortement représenté chez les tuberculeux des trois sources, mais ce sont surtout les tuberculeux soignés à domicile qui y vivent. Nous avons expliqué cette localisation par la probable proximité des donateurs, mais celle-ci est également liée à la précarité qui s'exprime dans les mêmes termes que ceux évoqués précédemment, à savoir des logements petits, dans des rues relativement insalubres, etc. Les malades dans *Gràcia* vivent de façon préférentielle dans la partie sud, les îlots de *Grassot* ou de *Caputxins* notamment. On les retrouve également sur les marges du quartier proche de *Gràcia Nova*, tel l'îlot de *Torrent Mariné*, et plus précisément dans la grande rue *Torrent de les Flors*. Tout comme dans *Ciutat Vella*, nous constatons que les malades se trouvent rarement sur les grandes avenues, comme *Gran de*

Gràcia cette « vitrine bourgeoise du quartier ouvrier »¹ et se concentrent plutôt sur des rues secondaires, telles la rue *Llibertat*, ou encore les rues *Camprodón*, *Puigmartí* ou *Tordera* comme le montre la reproduction à titre d'exemple ci-dessous.

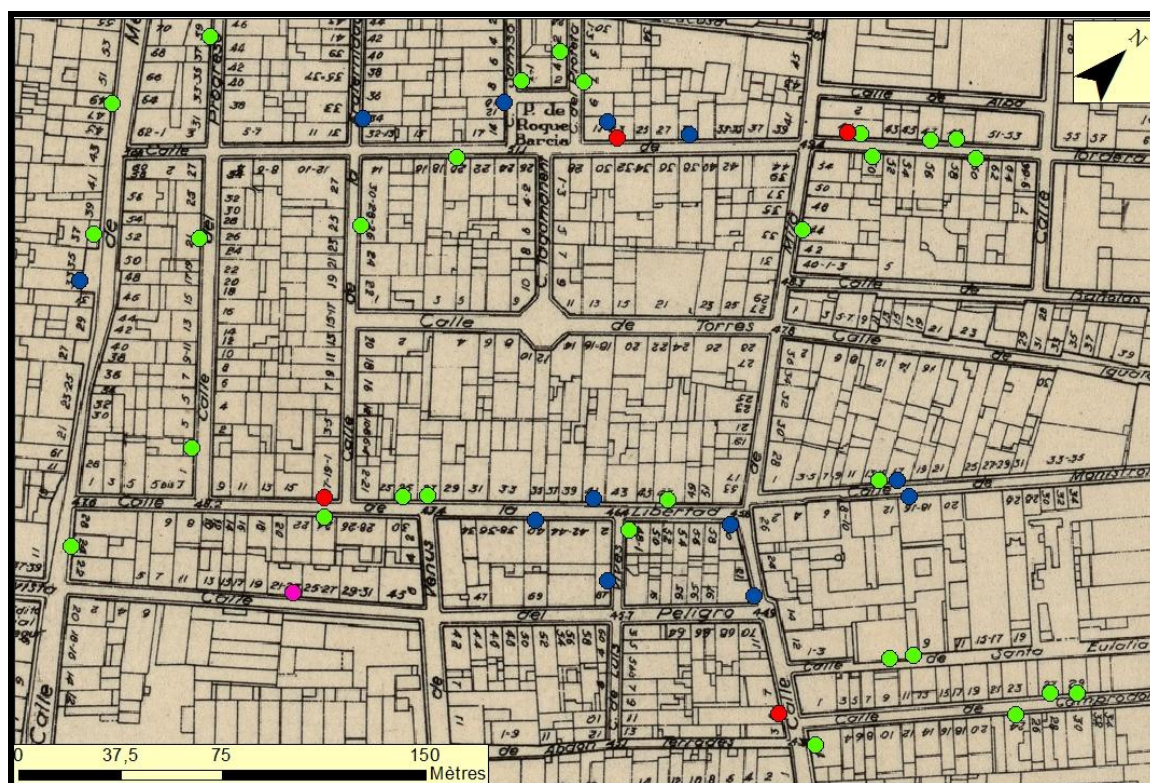
Carte 16 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier de Gràcia entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/10 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1935, Institut Cartògrafic de Catalunya)

¹ BOHIGAS Glòria, MONTENEGRO, Jorge, « Trabajo de campo e itinerarios urbanos. Un recorrido por Gràcia (Barcelona) », *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales* N° 222, Universidad de Barcelona, 2000.

Carte 17 : Localisation des tuberculeux de quatre sources vivants dans les rues Llibertat, Tordera et Camprodón dans le quartier de Gràcia entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930 Fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartogràfic de Catalunya)

Finalement, la morphologie des rues est assez similaire, même si dans un état moins dégradé si l'on en croit les discours de l'époque, que *Ciutat Vella*. Les malades de Gràcia en général sont moins souvent ouvriers que la majorité des tuberculeux de la ville. En outre, ils sont aussi très souvent issus d'une vague d'immigration valencienne et dans une moindre mesure castillane¹. Finalement, le profil des malades de Gràcia s'intègre parfaitement dans la logique

¹ 63,25% des tuberculeux recensés font partie de la classe V, soit un pourcentage beaucoup moins important que pour la totalité de la ville (presque 74%). Cela s'explique notamment par une proportion importante de malades ouvriers plus qualifiés ou encore employés et commerçants. Presque 16,4% des malades sont d'origine

du quartier, faubourg populaire avec une population intermédiaire du point de vue économique et social. Les malades vivent donc dans les rues secondaires les moins bien situées du quartier et très certainement les plus insalubres, mais cette précarité spatiale n'est pas révélatrice d'une très grande précarité sociale.

Finalement, dans ces quartiers des centres anciens barcelonais, la concentration n'est pas extrême mais la localisation des malades est tout de même dans une certaine mesure concentrée autour de quelques rues très densément peuplées et densément bâties, généralement issues d'une trame viaire secondaire.

- *Dans les quartiers ouvriers : une localisation privilégiée sur les axes secondaires et logement de bas étages*

Vivre dans une rue qui est un axe de communication secondaire est une réalité beaucoup plus vive pour des tuberculeux résidants dans des quartiers ouvriers plus périphériques et moins mélangés tels que *Sants-Hostafrancs* ou bien la *Barriada del Hospital*. Dans ces espaces au contenu social caractéristique, il y a moins de population tuberculeuse, en valeur absolue, et les malades ne sont pas forcément concentrés dans des zones fortement construites.

Sur une zone ouvrière ouest incluant les quartiers de *Sants*, *Hostafrancs* et *Collblanc*, l'étude de la répartition des malades met en avant trois éléments, l'un concernant le profil des malades et les deux autres explicitant leur localisation. D'abord, les tuberculeux qui vivent dans cet espace sont très largement des ouvriers non qualifiés et récemment immigrés, plus encore que la moyenne des tuberculeux barcelonais ce qui s'explique facilement par le fait qu'il s'agit d'un quartier industriel¹. Pourtant, les malades qui vivent dans ces zones sont en majorité des malades internés dans des établissements de soins, et en particulier dans l'Esperit Sant, un sanatorium qui soignait des malades légèrement plus favorisés que les autres². Il semble donc qu'il s'agisse des tuberculeux les moins favorisés parmi ceux internés dans cet

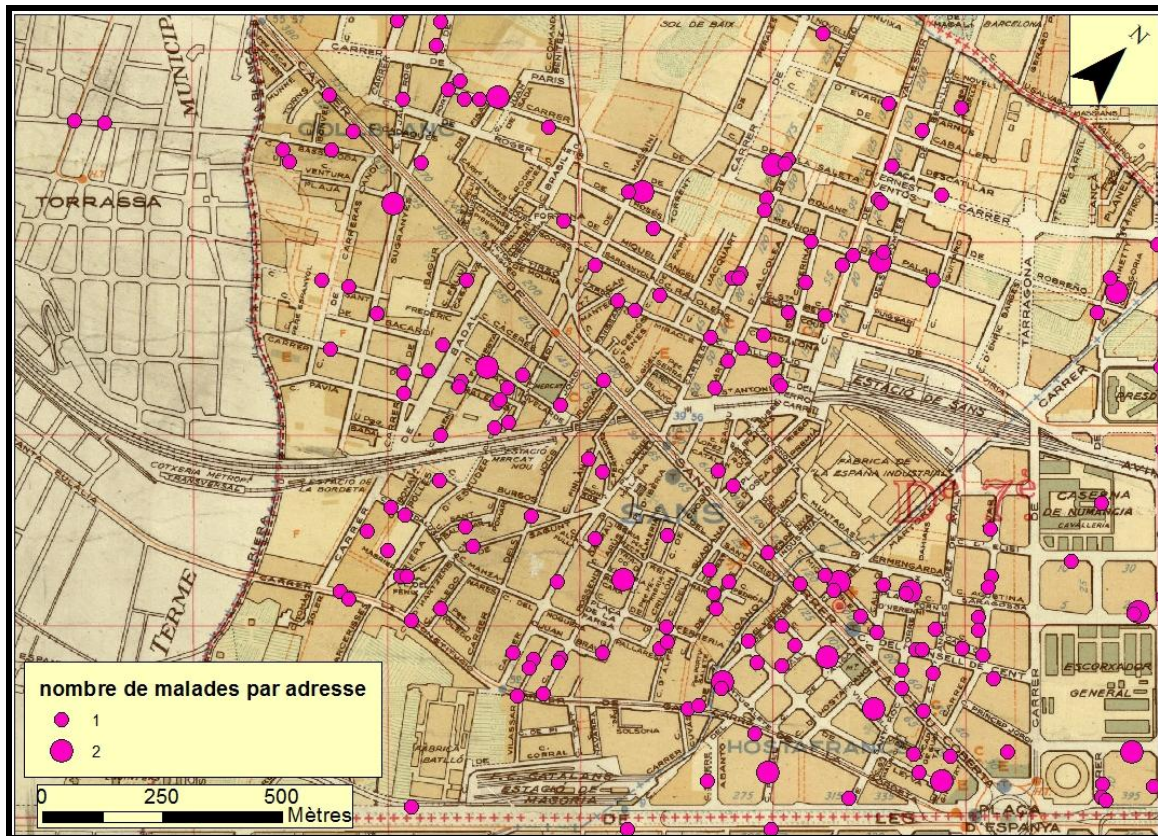
valencienne, alors que près de 10% sont originaires de Castille (*Madrid*, *Castilla-y-León* ou encore *Castilla-La-Mancha*).

¹ Soit 87% des tuberculeux vivants dans cette zone sont des ouvriers de la classe V, ce qui suit largement une logique ouvrière de la ville. Les tuberculeux venus de Murcie et d'Andalousie représentent respectivement 11,5 et 8% de tous les tuberculeux vivants dans cet espace.

² Environ 51% des tuberculeux vivant dans ce quartier sont internés à l'Esperit Sant, contre 29% à Sant Pau et 20% soignés à domicile.

établissement. Ensuite, ces malades que leur profil socio-économique semble désigner comme faisant partie d'une catégorie sociale défavorisée et précaire car peu intégrée dans la ville, vivent dans deux types d'espaces distincts au sein de cette zone populaire.

Carte 18 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans les quartiers de Sants, Collblanc et Hostafrancs entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/10 000 du Service Topographie de la Municipalité, 1935, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Une partie d'entre eux se répartit sur une zone assez marginale de Barcelone, proche de la limite municipale et du municipe de *l'Hospitalet de Llobregat* qui correspond aux quartiers administratifs de *Tena* et surtout *Collblanc*. Cet espace que José Luis Oyón a qualifié de « *segundas periferias* », se caractérise par une trame urbaine métissée qui mélange industrie et habitat, et s'étend jusqu'au quartier de *La Torrassa* à *l'Hospitalet de Llobregat*¹. Elle est par

¹ Sur les périphéries extrêmes, voir OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936: una geografía preliminar» dans *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras 1918-1936*, 1998, op. cit., pp. 47-84. Ou encore, OYON, José Luis, GALLARDO, Juan-José, (dir.), *El Cinturón rojinegro: radicalismo*

conséquent une zone moins dense mais qui rassemble des logements plus précaires et plus informels avec une structure de quartier moins stable¹. Les tuberculeux vivants dans cette zone ne se concentrent pas sur des lieux ou bien dans des rues particulières, mais leur forte présence même dans des rues principales comme la rue de la *Constitució* par exemple, doit être mise en relation avec les caractéristiques urbanistiques hétérogènes et précaires de la zone. L'autre zone dans laquelle nous retrouvons une certaine proportion de tuberculeux correspond de manière plus évidente aux faubourgs populaires, et s'intègre dans la logique d'une zone densément bâtie et peuplée même si la présence d'activité industrielle très proche des habitats est réelle. Dans tous les cas il s'agit d'un espace à vocation plus clairement résidentielle dans lequel les malades vivent surtout sur des rues secondaires, sans qu'il soit possible de parler d'une concentration. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons ajouter le quartier de *Les Corts* où la localisation des malades semble présenter les mêmes caractéristiques.

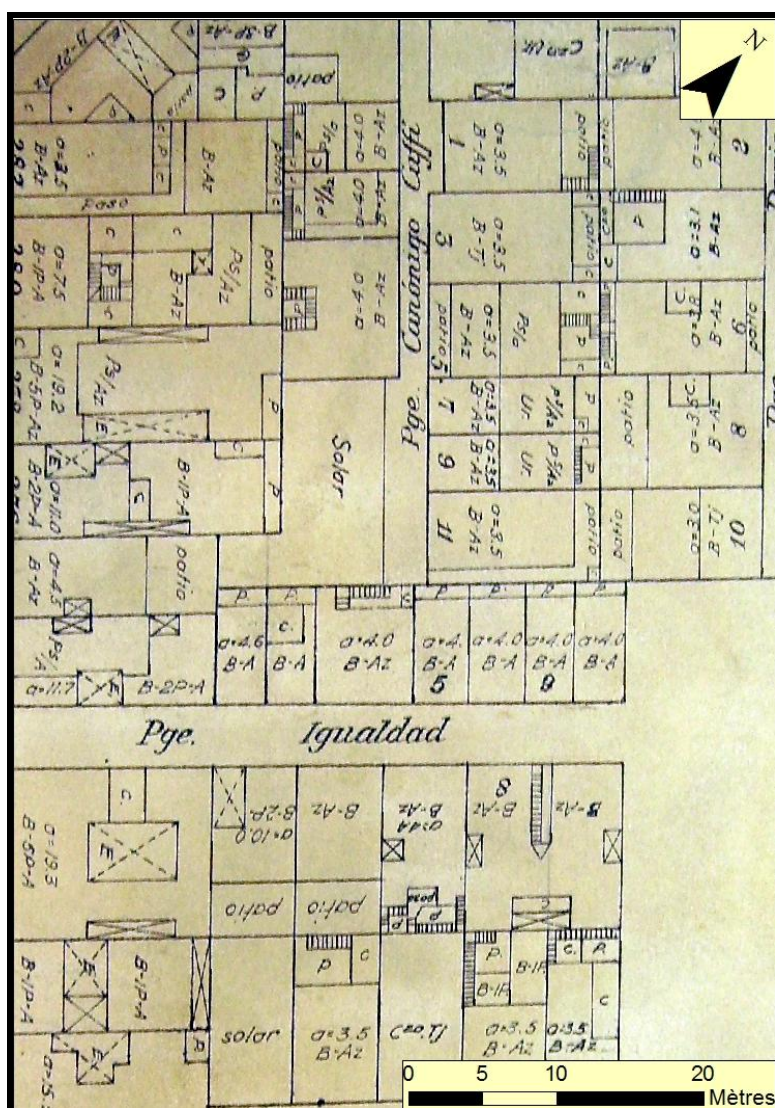
Mais cette logique de localisation préférentielle sur des axes secondaires est largement plus perceptible dans les « marges de Eixample », et notamment dans un quartier comme la *Barriada del Hospital*, située, comme son nom l'indique, à côté de l'hôpital de Sant Pau et considérée comme une « segunda periferia » para José Luis Oyón. La *Barriada del Hospital* n'est pas un quartier administratif. Son unité est liée à une trame urbaine particulière, relevée par les historiens de l'espace urbain barcelonais, et qui consistent en une transgression de la manzana Cerdà et un mélange du type d'habitats d'immeubles et de maisons unifamiliales². Les manzanas Cerdà sont donc subdivisées, perdant ainsi leur cour intérieure caractéristique, avec comme objectif de densifier à l'extrême le bloc, grâce notamment à des rues intérieures, des impasses qui resserrent la trame urbaine et favorisent la multiplication de parcelles minuscules comme le montre le plan ci-dessous.

cenetista y obrerismo en la periferia de Barcelona (1918-1939), Grupo de Historia José Berruezo, Editions Carena, Barcelone, 2004, pp. 17-46.

¹ Sur les types d'habitats en « pasillos » dans cette zone: FERNANDEZ DE RETANA, Juan, « Els passadissos de Collblanc 1900-1929. L'essencia d'un barri dormitori », dans *Revista Catalana de Geografia*, vol. 6, n°17, Institut Cartogràfic de Catalunya, 1992, pp. 50-60.

² Sur la trame urbaine et les « casetas unifamiliales » (« petites maisons unifamiliales ») de la *Barriada del Hospital* : OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*. 2008, *op. cit.*, plan p. 196.

Plan 4 : Plan de la « manzana » du passage Igualtat dans le quartier Barriada del Hospital



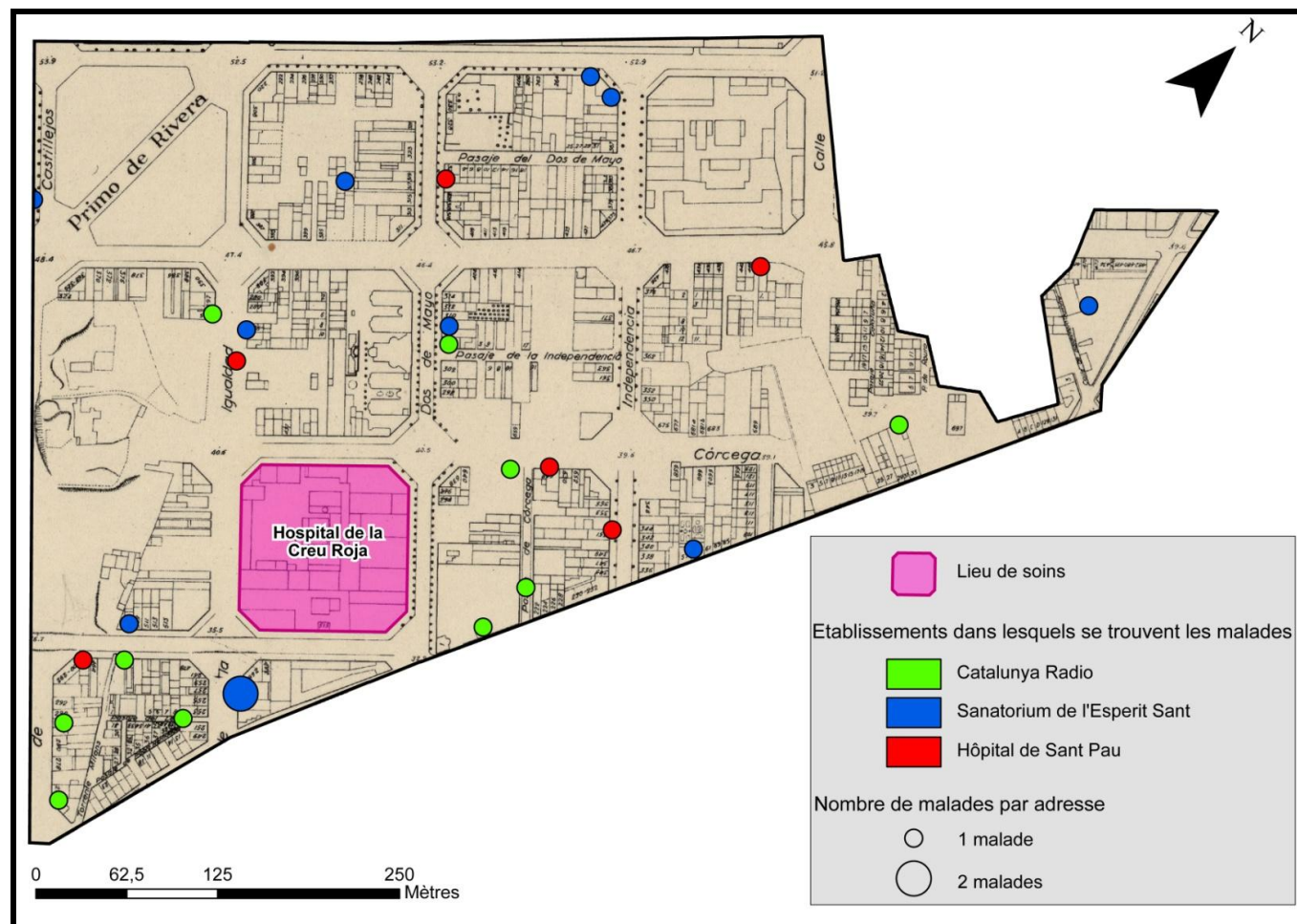
Fond de carte : Photographie du Plan Martorell 1/500, 1933, AAMCG

Les malades sont relativement peu nombreux dans la *Barriada de l'Hospital*, mais représentent néanmoins une proportion non négligeable sur le total des tuberculeux. Il est surtout intéressant de constater qu'ici, vivent de manière équivalente des malades soignés à domicile à Sant Pau et à l'Esperit Sant, et que tous sont ouvriers non qualifiés, très jeunes et souvent récemment immigrés¹. Dans un quartier où la densité est élevée mais qui devrait en théorie présenter des caractéristiques semblables à d'autres marges de l'Ensanche comme

¹ Les malades de l'Esperit Sant sont légèrement moins représentés que les autres puisque nous comptabilisons 5 tuberculeux internés pour 9 malades hospitalisés et encore 9 malades soignés à domicile, pour un total de 23 tuberculeux vivants dans le quartier en 1930. Si les 23 malades sont tous ouvriers, seuls 3 sont nés à Barcelone.

l'Esquerra de l'Eixample par exemple, ces tuberculeux vivent dans des impasses ou bien dans les « manzanas » transgressées lorsque leur adresse laisse entendre que le logement donne sur la rue principale.

Carte 19 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans la Barriada del Hospital entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartògrafic de Catalunya)

La tendance est donc à la concentration sur les espaces les plus denses, les logements les plus petits et les plus précaires, mais surtout sur des voies secondaires, les fameux passages à l'intérieur des « manzanas ». En dehors de la *Barriada del Hospital*, de nombreux autres tuberculeux vivent dans des impasses, notamment dans la zone « *Dreta de l'Eixample* », le quartier de la *Sagrada Família* ou bien du *Clot* par exemple. Dans *Sant-Martí-Est*, quartier périphérique de la ville, les quelques malades soignés à domicile retrouvés vivent tous dans des impasses ou des rues secondaires ce qui n'est pas très étonnant étant donné la morphologie urbaine du quartier¹.

Dans ces zones de l'Ensanche, qui ne possèdent pas les atouts urbanistiques des *manzanas Cerdà* classiques, comme dans des quartiers ouvriers plus traditionnels comme *Sants* par exemple, les tuberculeux ont donc tendance à vivre dans les espaces les plus denses, mais aussi sur des axes secondaires, ce qui précarise d'avantage leur logement et donc peut-être leur quotidien. A cette localisation sur les rues secondaires des quartiers ouvriers et dans les « manzanas » transgressées de l'Ensanche, la précarité spatiale des malades se reflète également à une autre échelle plus précise, celle de l'immeuble. En effet, dans ces quartiers densément bâtis les malades vivent majoritairement dans des immeubles, mais plus précisément à certains étages, qui peuvent être considérés comme les plus dégradés. Il faut dire que d'après les données de José Luis Oyón, les immeubles représentent dans la plupart de ces quartiers plus de 90% du bâti résidentiel². Cependant, comme l'explique l'historien, dans ce grand agrégat que constituent les logements d'immeubles, il faut distinguer plusieurs types, facilement identifiables à partir de quelques indicateurs disponibles dans le Padrón de 1930. Ainsi, les immeubles qui ont des loges de concierge (en fonction) peuvent être considérés comme relativement plus aisés à l'inverse de ceux qui voient leur rez-de-chaussée, réservé aux activités commerciales en théorie, être habité par des familles. Un autre indice est la taille des logements. Par ailleurs, la division sociale dite verticale c'est-à-dire au sein de l'immeuble, est également perceptible. Selon José Luis Oyón, l'habitat informel est présent dans les immeubles au travers des « pasillos » ou « interiores », déjà évoqués dans un autre chapitre, ou encore des « terrats », logements souvent informels construits sur les toits ou terrasses des immeubles³. Plus encore, les logements situés dans les étages les plus bas des immeubles, rez-de-chaussée ou « bajos », entresols et sous-sols sont la plupart du temps des

¹ Notamment dans le quartier *Can Pol, Taulat, Fundició*.

² OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, p. 128.

³ *Ibid.*, pp. 130-131.

logements moins chers¹ car plus réduits et considérés comme moins salubres selon les idées hygiénistes de l'époque². Dans les quartiers dits ouvriers ou bien dans une marge de l'Ensanche comme la Esquerra de l'Eixample, certains tuberculeux vivants dans des immeubles habitent ces logements en question, dans les étages bas, ou à l'inverse sur les toits³. Ainsi, dans le quartier administratif *Hospital Clinic* nous retrouvons 14 logements dans lesquels ont vécu un ou plusieurs malades internés à l'Esperit Sant. Pour huit d'entre eux, il s'agit de logements situés dans les étages bas que nous venons d'évoquer. Bien que cela ne soit pas aussi systématique dans tous les quartiers, il est néanmoins possible d'affirmer qu'outre une localisation privilégiée sur les axes secondaires, certains malades vivent aussi plus souvent dans des logements situés dans les étages les moins bien considérés des immeubles.

- *Des malades visibles, dans les taudis des beaux quartiers*

La localisation d'un certain nombre de patients dans les quartiers aisés⁴ a de quoi surprendre, lorsqu'on connaît le profil type des tuberculeux évoqué plus haut, comme la forte division sociale de l'espace dans Barcelone à cette époque. Bien sûr, il ne s'agit pas d'une proportion très importante de la population tuberculeuse recensée qui vit dans ces espaces où les logements sont généralement plus coûteux⁵. Notons tout d'abord que ces malades qui vivent dans des quartiers aisés sont parfois des malades eux-mêmes plus aisés, qui exercent des professions mieux rémunérées, et font partie de ces catégories II ou III selon le classement réalisé par José Luis Oyón⁶. Comme nous l'avons expliqué, un décalage est perceptible sur ce

¹ Supposition vérifiée grâce aux mentions des prix pour les logements vides consignés dans le Padrón de 1930, AMABCG.

² Voir chapitre 2, l'évolution des théories hygiénistes sur le logement, depuis la préoccupation sur la quantité d'air disponible par personne, à l'action bénéfique du soleil.

³ Alors que la proportion de malades vivant dans ce type d'habitat au sein d'un immeuble est de 20,8% sur la totalité des malades vivant dans des immeubles, pour les « suburbios populares » la proportion est de 28%. Si nous considérons qu'en moyenne les édifices des « suburbios populares » comptent 5 étages, cette proportion est donc légèrement supérieure à la moyenne. Nous pouvons faire le même constat pour l'Ensanche où la proportion est de 22% pour des édifices de plus de 6 étages en moyenne (calculs réalisés à partir des données extraites du Padrón Municipal de 1930, AMABCA).

⁴ Par quartiers aisés nous entendons à la fois l'Eixample, et en particulier l'Eixample central et ses marges les plus proches, les zones du Nord-Ouest, Sarrià, Pedralbes, el Tibidabo, Sant Gervasi étendu, ainsi que Guinardó. Voir OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*

⁵ Une affirmation vérifiée grâce à l'étude des feuilles familiales du Padrón Municipal de 1930, AMABCG.

⁶ Un peu plus de 20% des tuberculeux vivant dans l'Ensanche central ou les quartiers aisés du Nord-Ouest appartiennent aux catégories II et III de part leur profession, une proportion bien supérieure à la moyenne des

point entre les différentes sources. En effet, les malades de Sant Pau sont très peu présents dans ces espaces, et la localisation des malades aidés par la radio diffère de celle des malades internés, ce qui dans un premier temps peut s'expliquer par des logiques de recrutement et notamment le fait qu'un certain nombre de places à l'Esperit Sant étaient réservées aux séjours payants. Cependant, un grand nombre des malades vivant dans les quartiers aisés ont un profil qui suit largement la moyenne des malades recensés¹. Il apparaît dès lors que ces tuberculeux des beaux quartiers sont peut-être ceux qui vivent dans les taudis de ces espaces, à moins que leur localisation ne s'explique par des facteurs extérieurs, tels que leur profession.

Dans plusieurs articles sur la ségrégation spatiale vue par les historiens, Jean-Luc Pinol cite des auteurs ayant mis en avant la réalité d'une ségrégation dite verticale, qui voient cohabiter dans un même immeuble des individus ayant un profil socio-professionnel différent². Ainsi James Bater évoque l'hétérogénéité sociale dans le quartier aisé de l'Amirauté à Saint-Petersbourg au début du XIX^{ème} siècle. Les ouvriers occupent des « coins » dans les immeubles, greniers ou caves et vivent donc juste à côté d'individus socialement et économiquement plus aisés³. Claire Levy-Vroélant dans son article « Histoire d'immeubles et d'habitants: Versailles (1831-1954) » évoque encore la présence d'indigents « intégrés » dans un immeuble dans lequel vivent des familles bourgeoises⁴. De la même manière, à une échelle d'analyse plus précise, il apparaît que les tuberculeux vivant dans les quartiers aisés de Barcelone résident aussi dans des espaces, îlots, immeubles ou logements relativement marginaux, les plus dégradés ou du moins de « moins bonne facture », de ces grands quartiers. Deux types de logiques de localisation contradictoires permettent d'évoquer l'espace de vie des tuberculeux recensés au sein des quartiers aisés du Nord-Nord-Ouest, une localisation dans les anciens centres de village densifiés, et à l'inverse une localisation dans

malades (11%). Sur la constitution de ces « classes sociales », voir Voir OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, pp. 15-17.

¹ Sur le profil social des tuberculeux recensés, voir chapitre 3.

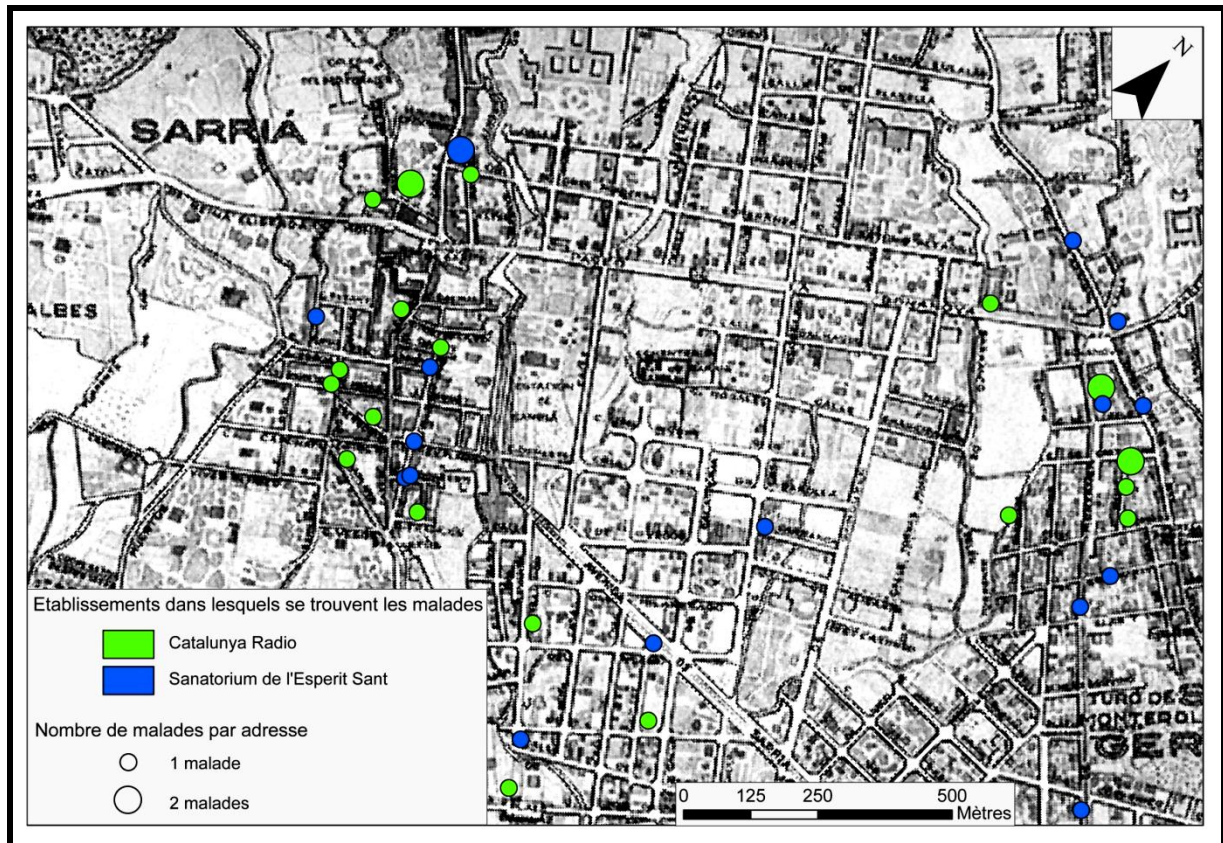
² PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un historien sur la ségrégation sociale », 2004, *art. cit.* Ou encore, « Les Historiens et les phénomènes de ségrégation », BRUN, Jacques, RHEIN, Catherine, (dir.), *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, *op. cit.*, pp. 59-71. Voir également PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003.

³ BATER, James H, *Saint Petersburg Industrialization and Change*, Edward Arnold, Londres, 1976, cité dans PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un historien sur la ségrégation sociale », 2004, *art. cit.*, p. 27.

⁴ LEVY-VROELANT, Claire, « Histoires d'immeubles et d'habitants: Versailles (1831-1954) », dans FOURCAUT, Annie (dir.), *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question, France XVIII-XX^{ème} siècles*, Creaphis, Grâne, 1996, p. 374.

les marges de ces espaces, peu urbanisées¹. Ainsi, comme le montre la carte ci-dessous, la majorité des malades vivant dans le quartier de *Sarrià* habite en réalité dans l'ancien centre du village.

Carte 20 : Localisation des tuberculeux soignés à domicile et internés au sanatorium de l'Esperit Sant vivants dans le quartier de Sarrià entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

C'est donc dans la zone la plus densifiée et la plus peuplée du quartier administratif que se concentre le plus grand nombre de malades, dans *Sarrià* comme dans *Sant Gervasi Alt*.

A l'inverse, certains malades vivent aussi dans des logements situés en périphérie de ces quartiers, dans des zones encore peu urbanisées, presque rurales. C'est le cas par exemple de ce malade aidé par Catalunya Radio en 1934, qui vit dans un « bajo » rue *Mossèn Vives*, aux limites du quartier du *Tibidabo*. Citons encore le cas des malades vivant dans des villas, type d'habitat aisé par excellence. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2, certains

¹ Voir plus loin, sur l'éparpillement comme indice de précarité spatiale.

logements de malades qualifiés de villas sont en réalité des « bajos », ou même des bidonvilles¹. D'autres abritent des asiles, ou des foyers, tels la « Casa de Caridad », tenue par des religieux rue *Santa Creu i Sant Pau*, se trouvant très vraisemblablement à *Sant Gervasi* ou *Tibidabo*², mais que nous n'avons pu localiser précisément. C'est donc aussi une manière d'habiter différente, qui s'observe pour ces patients qui vivent dans des espaces considérés comme socialement aisés.

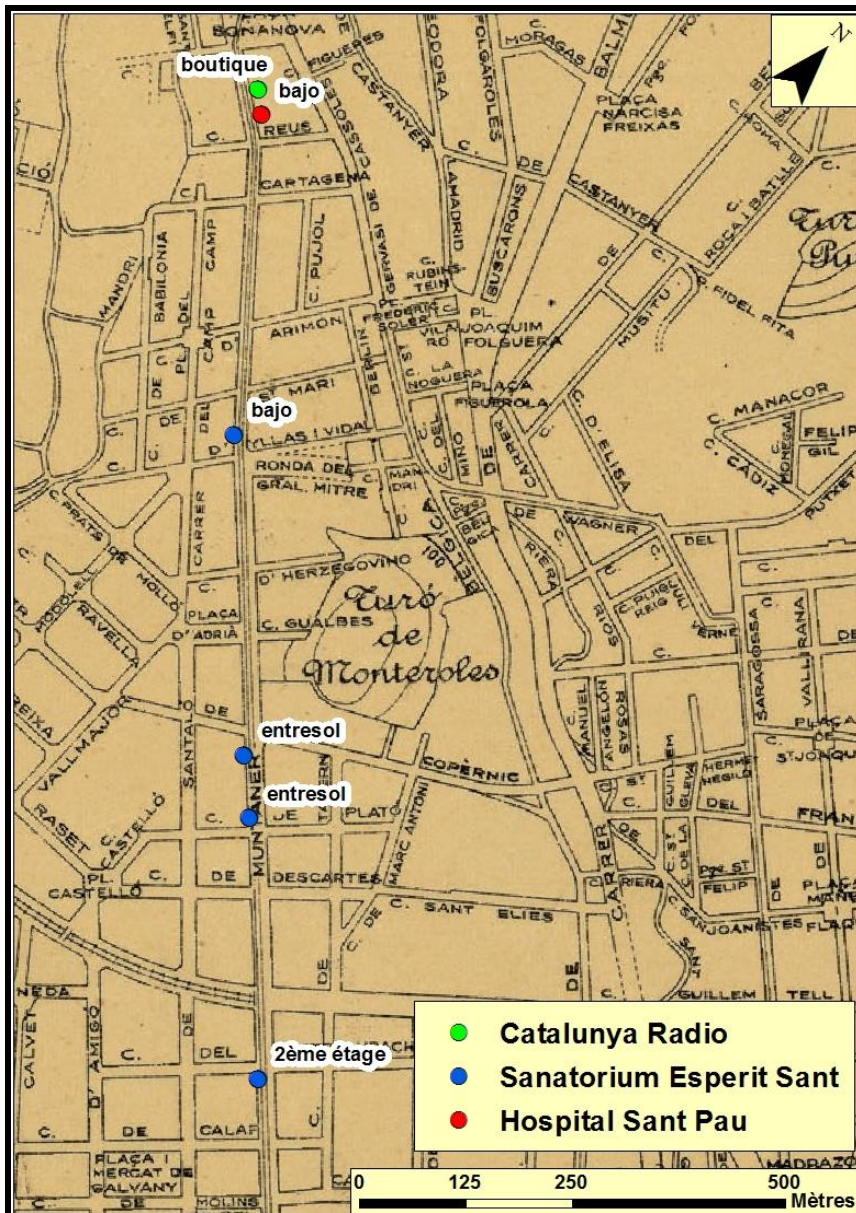
Par ailleurs, les tuberculeux qui vivent dans ces quartiers vivent aussi sur des axes principaux, mais habitent parfois les logements les moins prisés des immeubles. Par moins prisés nous entendons les logements aux loyers moins chers et généralement situés dans les premiers ou derniers étages des immeubles³. Ainsi, dans le quartier de La Forja Galvany, sur les six logements de malades dans la rue Muntaner, l'un des principaux axes de la zone, cinq sont des « bajos », entresols ou bien des rez-de-chaussée originellement prévus pour des activités commerciales.

¹ Voir chapitre 2.

² D'après le fait qu'elle se situe dans le tome 2 du district 3 du Padrón de habitantes de 1930, AMABCG.

³ Alors que comme le constate Claire Levy-Vroélant pour la ville de Versailles, les catégories bourgeoises vivent plutôt dans des logements de plus d'une pièce, donc plus grand, au deuxième étage (Principal), LEVY-VROELANT, Claire, « Histoires d'immeubles et d'habitants: Versailles », 1996, *art. cit.*, p. 374. Voir plus haut.

Carte 21 : Localisation des logements des tuberculeux des trois sources dans la rue Muntaner et au sein de l'immeuble



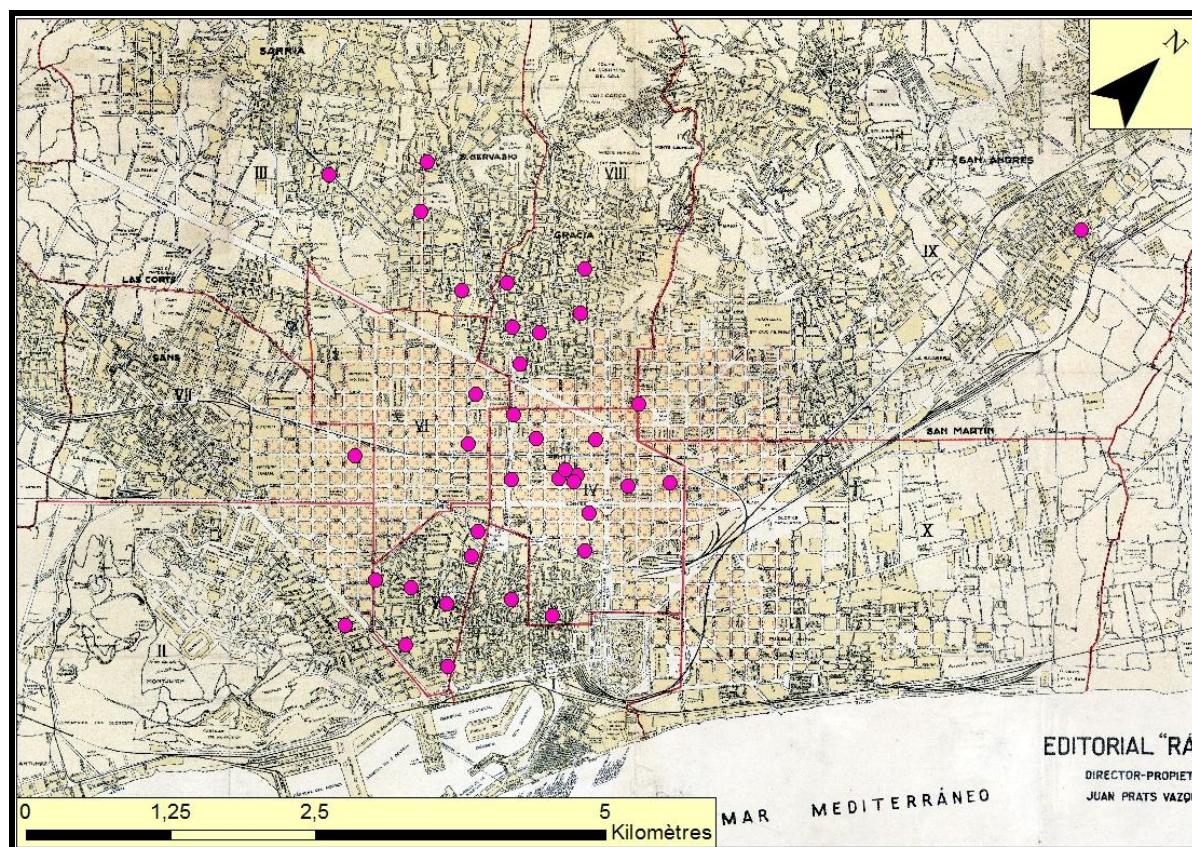
(Sources : Revue de Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan au 1/10 000 du Service Topographie de la Municipalité, 1933, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Notons que les malades internés à l'Esperit Sant vivent préférentiellement dans ces logements moins aisés des rues principales, alors que les malades soignés à domicile et aidés par la radio vivent plus généralement sur des axes secondaires, et c'est là une caractéristique valable aussi pour d'autres quartiers, tels celui de l'Hôpital Clinic dans l'Eixample Esquerra par exemple¹.

¹ Voir plus haut.

Aux entresols et autres « terrats » habités des quartiers riches, s'ajoutent les « porterías », logements réservés aux concierges ou portiers des immeubles plus bourgeois. Ces derniers sont en réalité peu nombreux dans les quartiers aisés, mais nous retrouvons certains patients qui pratiquent cette profession et donc vivent dans l'immeuble où ils travaillent, dans les anciens quartiers aisés du centre ville. Ici le logement du malade est lié à son occupation professionnelle, et permet d'expliquer le fait qu'il vive dans un immeuble dans lequel les loyers sont chers. De la même manière, les malades qui travaillent comme domestiques logent parfois chez leur employeur, et comme nous pouvons le constater sur la carte ci-dessous, ils vivent dans les espaces aisés de la ville, suivant une diagonale allant du Centre au Nord-Nord-Ouest.

**Carte 22 : Localisation des domestiques tuberculeux vivant chez leur employeur
(1929-1936)**



(Sources : Revue de Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan Editorial Rápido, directeur-propriétaire Juan Prats Vázquez 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

Si bien sûr cela ne permet pas d'expliquer la présence de tous les malades assistés dans ces réseaux de soins gratuits dans les immeubles dits bourgeois, cela nous permet néanmoins de soulever l'hypothèse d'une visibilité plus grande de ces malades, qui les conduit à être plus facilement internés dans un lieu de soin comme le sanatorium de l'Esperit Sant.¹ En effet, comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 1, c'est cette visibilité liée à une proximité spatiale d'avec les donateurs de la radio ou bien les bienfaiteurs qui financent les séjours au sanatorium qui facilite les contacts et par conséquent l'accessibilité aux soins pour ces patients. Notons qu'il faudra encore se pencher sur l'occupation des logements, pour finir de dresser un portrait des pratiques urbaines des malades qui vivent dans ces beaux quartiers².

- *La concentration dans les bidonvilles de ciment : les réseaux de solidarité des malades dans les banlieues extrêmes ?*

En analysant la concentration de tuberculeux dans des espaces denses, nous observons que les malades soignés à domicile vivent souvent dans les *Casas Baratas*, construites entre 1929 et 1930 et qui continuent de se peupler pendant toute notre période. Jaume Aiguader, maire de Barcelone, se révoltait contre ce type de maison ouvrière qui selon lui ne faisait que reproduire la « barraca » en ciment³. De par leur structure, les *Casas Baratas* sont de petits logements de plein pied qui mesurent entre 40 et 60^{m2}, pour les deux groupes barcelonais de *Ramón Albó* et *Eduard Aunós* édifiés par le *Patronato de la Habitación*, soit des habitats particulièrement petits⁴. La trame urbaine est resserrée, mais le fait que la hauteur soit peu importante et la densité réduite devrait garantir en théorie un meilleur état d'hygiène.

¹ Sur ce point, et sur les différentes formes que prend la frontière de la pauvreté et par conséquent la ségrégation spatiale, voir SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, op. cit., p. 261. L'auteure explique comment une frontière « sociale » transparente, c'est à dire sans traduction spatiale évidente comme c'est le cas dans des quartiers aisés peut-être une double frontière, puisqu'au contraste social s'associe le rejet, voire la honte intériorisé de sa pauvreté comme de sa maladie, pour nous. Ce rejet encore plus direct renforce l'exclusion spatiale, l'inscription du malade dans la catégorie d'assisté ou encore et surtout son éloignement dans un lieu de soin adapté et excentré.

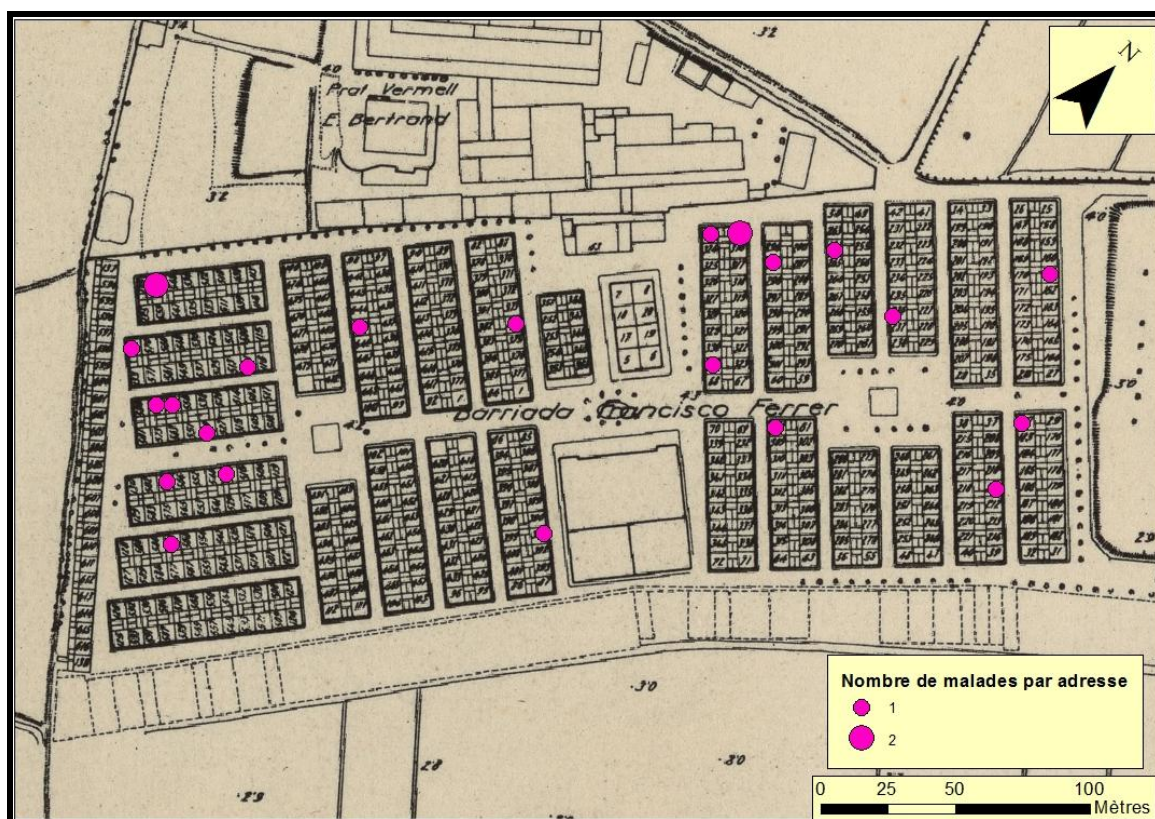
² Claire Levy-Vroélant dans « Histoires d'immeubles et d'habitants: Versailles », 1996, art. cit., p. 374. évoque aussi la nécessité d'observer les modalités de l'organisation des intérieurs pour comprendre la pratique habitationnelle.

³ AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitació obrera a Barcelona*, Publicacions de l'Institut Municipal d'Higiene de Barcelona, Barcelone, 1932.

⁴ Sur les caractéristiques des *Casas Baratas*, voir les travaux de José Luis Oyón, *Barcelona 1930: un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001. Ou encore *La quiebra de la ciudad popular*. 2008, op. cit. De même que l'article Teresa García Castro de la Peña, qui précise notamment la taille des logements dans les deux groupes de *Casas Baratas* barcelonais. « Barrios barceloneses de la Dictadura de Primo de Rivera », *Revista de Geografía*, 1974, p. 89.

Cependant, les auteurs ont souvent mis en avant des constructions réalisées sans urbanisation préalable, engendrant un manque cruel d'équipements urbains primaires. Ces deux groupes, auxquels il faut ajouter les deux groupes de *Santa Coloma del Gramanet*, *Milans del Bosch* et *Baró de Viver*, projetés et construits au début de notre période d'étude, présentent également des risques de dégradation de par la rapidité et la mauvaise qualité des bâtis liée à l'urgence de la construction, des risques auxquels s'ajoute une marginalisation spatiale et sociale¹. Ces éléments, mis en parallèle avec le prix du loyer relativement bas par rapport au reste de la ville, semblent indiquer qu'il s'agit d'une zone de construction précaire, renforçant ainsi le lien de corrélation entre localisation des tuberculeux et précarité spatiale qui semble s'expliquer par le statut social.

Carte 23 : Localisation des malades des trois sources vivant dans les casas baratas de Eduard Aunós entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartògrafic de Catalunya)

¹ GARCIA CASTRO DE LA PEÑA, Teresa, « Barrios barceloneses de la Dictadura de Primo de Rivera », 1974, *op. cit.*

Comme en témoigne la carte ci-dessus, dans le quartier d'*Eduard Aunós* vivent exclusivement des malades soignés à domicile et quelques malades hospitalisés à Sant Pau. L'analyse des profils des malades vivant dans cet espace met en avant des caractéristiques similaires qui permettent surtout de s'interroger sur les possibles liens de sociabilité qui pourraient les unir et en ce sens expliquer une localisation si précise. José Luis Oyón a évoqué en détail les liens de sociabilité et de parenté des barcelonais vivant dans la *Colonia Castells*, un quartier de casas baratas de *les Corts* dans les années 1930¹. Dans le même ordre d'idée, nous retrouvons dans ce quartier un grand nombre de malades qui, outre qu'ils vivent à quelques mètres les uns des autres, sont aussi issus du même village de la province d'Almeria, *Cuevas de Vera*². Sur les quatre malades hospitalisés à Sant Pau et retrouvés en 1930 dans cette zone, trois viennent de *Cuevas de Vera* et l'une est originaire d'un autre village d'Almeria situé à moins de dix kilomètres. Plus de la moitié des malades soignés à domicile viennent de ce même village et sont arrivés à Barcelone il y a une dizaine d'années. Cette origine commune, cette plus grande proximité ainsi que l'hypothèse d'une plus grande sociabilité dans un quartier de logements unifamiliaux, permet de supposer un lien de sociabilité qui unit ces familles et leur permet d'être mieux informés des aides disponibles ainsi que du système de soins gratuits. Ainsi, comme l'explique Catherine Sélimanovski à partir de l'exemple de Strasbourg, « le repli et l'ancrage territorial peuvent produire des pratiques de solidarités qui échappent à la sphère des rapports de domination »³.

Les malades des *Casas Baratas* sont également nombreux dans les groupes situés dans le quartier de Horta et à *Santa Coloma de Gramanet*, *Milans del Bosch* et *Ramón Albó*⁴. L'implantation du sanatorium de l'Esperit Sant, à proximité de *Milans del Bosch* explique en partie le fait qu'un certain nombre de malades du quartier se retrouvent internés dans cet établissement. Dans tous les cas, le peu d'informations disponibles sur les malades de l'Esperit Sant qui vivent dans ce quartier ne nous permet pas d'observer des relations personnelles particulières entre eux⁵, si ce n'est peut-être le fait, troublant, qu'à deux jours

¹ OYON, José Luis (dir.), *Un suburbi obrer a la Barcelona d'entreguerres. La Colònia Castells de les Corts, 1923-1936, op. cit.*

² Sur la population barcelonaise originaire de Cuevas de Vera, voir OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, pp. 62-63.

³ SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*, p. 269.

⁴ Le groupe de Baró de Viver, également cité à Santa Coloma de Gramanet ne compte que deux malades.

⁵ Etant donné que le groupe de logements se situe à l'extérieur des limites municipales barcelonaises, nous n'avons pas pu retrouver les logements dans le Padrón de Barcelone. De plus, le quartier est encore en construction dans les années 1930, les malades n'apparaissent donc pas non plus dans les données du Padrón de 1930 de Santa Coloma de Gramanet relevées par Juan-José Gallardo. Voir notamment : MARQUEZ, José

d'intervalles deux malades vivant à *Milans del Bosch* s'enfuient du sanatorium. Dans le groupe *Ramón Albó de Horta*, plus intégré au reste de la ville, vivent des malades soignés à domicile, et presque autant de malades hospitalisés et internés. Malheureusement, à cause d'un taux de mobilité important, seuls sept malades ont pu être retrouvés dans le Padrón de 1930, ce qui, comme pour le groupe n°2 *Milans del Bosch* ne nous permet pas d'en savoir davantage quant à de possibles liens de sociabilité entre les patients.

Ce rapide panorama des rues barcelonaises de différentes zones de la ville a montré que la répartition spatiale des malades doit être mise en relation avec la précarité sociale. L'insalubrité, la densité de bâti et d'habitat sont autant d'indices qui stigmatisent un espace fragile en soi. A l'image du collectif ouvrier et récemment immigré auquel ils semblent appartenir, les tuberculeux soignés à Barcelone dans les systèmes gratuits se concentrent souvent dans les lieux denses et dégradés qui sont aussi les logements les moins chers de la zone. De la même manière, les logements sombres et insalubres qui étaient critiqués par les médecins pour des raisons hygiéniques et qui favorisaient la contagion sont eux-aussi les moins chers. Les tuberculeux vivent aussi plus souvent dans des rues secondaires, en particulier dans des impasses. La taille des parcelles est particulièrement petite dans tous les exemples que nous avons mis en avant, et c'est en effet une constante dans le quotidien du malade, qui vit souvent dans un logement réduit. Parfois, ce logement réduit ne se trouve pas dans une zone particulièrement bâtie et densifiée, mais dans des espaces plus marginaux et par conséquent plus instables, exclusivement habités par des ouvriers peu qualifiés et immigrés¹. A l'intérieur de ces quartiers, il est d'ailleurs possible que des liens de sociabilité entre les malades soient une réalité, et qu'ils connaissent les possibilités d'aides de la radio notamment, grâce à ces liens personnels. Si la concentration des malades sur quelques rues et quelques blocs est sensible dans certains quartiers, elle ne permet pas, par contre, d'établir clairement une hiérarchie entre les sources. Mais à l'échelle du quartier du Raval, dans lequel vit une partie vraiment très importante de tuberculeux, il est possible d'observer une logique de

Manuel, GALLARDO, Juan José, « La configuración de un suburbio de inmigrantes y jornaleros. Santa Coloma e Gramanet en 1930 », dans OYON, José Luis, GALLARDO, Juan-José, (dir.), *El Cinturón rojinegro: radicalismo cenetista y obrerismo en la periferia de Barcelona (1918-1939)*, 2004, *op. cit.*, pp. 69-100.

¹ L'homogénéité ouvrière dans les zones périphériques a particulièrement été étudiée par José Luis Oyón dans les différents ouvrages que nous avons évoqués tels que *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, ou encore « Las segundas periferias, 1918-1936: una geografía preliminar », 1998, *op. cit.*

répartition et de concentration qui reflète des pratiques spatiales différentes lorsque le malade est interné et lorsqu'il est soigné chez lui.

2. Une population tuberculeuse concentrée ou éparpillée dans les quartiers denses du Raval

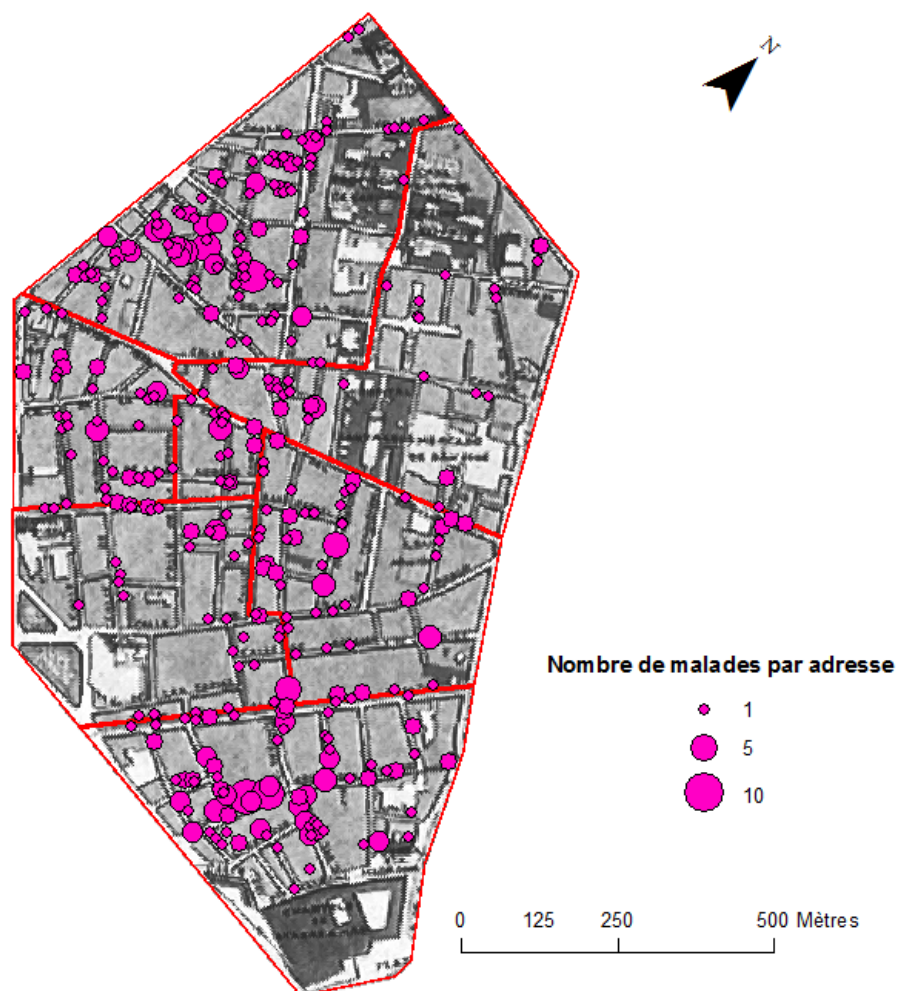
La très forte proportion de tuberculeux vivant dans le Raval nous a convaincu de faire de ce quartier une étude de cas. Cette zone qui est un quartier aujourd'hui, considérée comme un district à l'époque, et divisée en sous-quartiers puis en îlots est de très loin celle qui concentre le plus grand nombre de malades en valeur absolue comme relative¹. L'analyse de la répartition des malades dans le Raval permet de mettre en avant deux idées clés : d'abord le fait qu'il existe une concentration des tuberculeux particulièrement forte dans certaines zones et mêmes certaines rues, qui sont les plus précaires. Ensuite et surtout, que cette concentration est plus sensible chez des malades soignés à domicile que pour d'autres hospitalisés ou internés dans les établissements de soins que l'on connaît. Autrement dit la répartition différentielle des malades dans le district V met en avant le fait que les malades soignés à domicile font partie d'une catégorie sociale plus précaire que les autres malades. Dans un premier temps, nous observerons la concentration des malades dans des zones spécifiques du Raval, celles qui sont denses et délabrées. Ensuite, nous élargirons notre vision, afin de comparer la répartition des malades des trois sources à l'échelle du quartier.

- *Les malades concentrés sur quelques rues denses et insalubres*

Au delà de la simple constatation d'une très forte présence des malades dans tous les îlots, ce sont deux pôles de concentration des malades qui se détachent dès lors que l'on s'intéresse à une répartition de tous les malades soignés à Barcelone sur le quartier.

¹ Voir les cartes du chapitre 1 sur la répartition des malades par quartier, en valeur absolue ou relative.

Carte 24 : Domicile des malades recensés vivant dans le Raval entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

Le premier est constitué par des rues centrales orientées Est-Ouest de l'îlot du *Padró*, dans le *Raval de Ponent*, et correspond à une zone très densément peuplée et bâtie, qui s'intègre parfaitement dans la logique déjà évoquée plus haut d'une précarité liée à la densité. La plus grosse partie des malades du *Padró* vit autour d'un îlot central, autour des deux rues *Sant Erasme* et *Sant Gil*. Le second pôle de concentration des malades dans le *Raval* se trouve dans le quartier ou la zone de *Santa Mònica*, au sud, en particulier dans une zone comprenant la rue del *Cid*, *Migdia*, *l'Om*, et une partie de la rue *Arc del Teatre*. Dans cet espace traditionnellement appelé *Barri Xino*, la précarité est toujours ramenée à l'insalubrité d'un quartier en ruine particulièrement stigmatisé par tous les acteurs politiques ou sociaux de

l'époque¹. Finalement, étudier ces deux espaces revient à observer deux éléments source de précarité spatiale et liés à la fragilité sociale des malades, la densité et l'insalubrité.

Bien sûr, comme nous pouvons le constater sur la carte ci-dessus, les tuberculeux sont également très présents dans tout le Raval, et notamment dans le *Raval Central*, où ils vivent dans des rues aux noms bien connus des hygiénistes et autres architectes, rue *Robador*, rue *Pacià*, *Riera Baixa*, ou encore *Sant Jeroni*, qui aujourd'hui a laissé place à la *Rambla du Raval*. Ajoutons également que, dans les deux pôles de concentration principaux comme dans les autres rues très « tuberculeuses » du Raval, il arrive très souvent que les immeubles concentrent plusieurs tuberculeux, parfois de la même famille, parfois soignés au même moment, parfois soignés à quelques années d'intervalle.

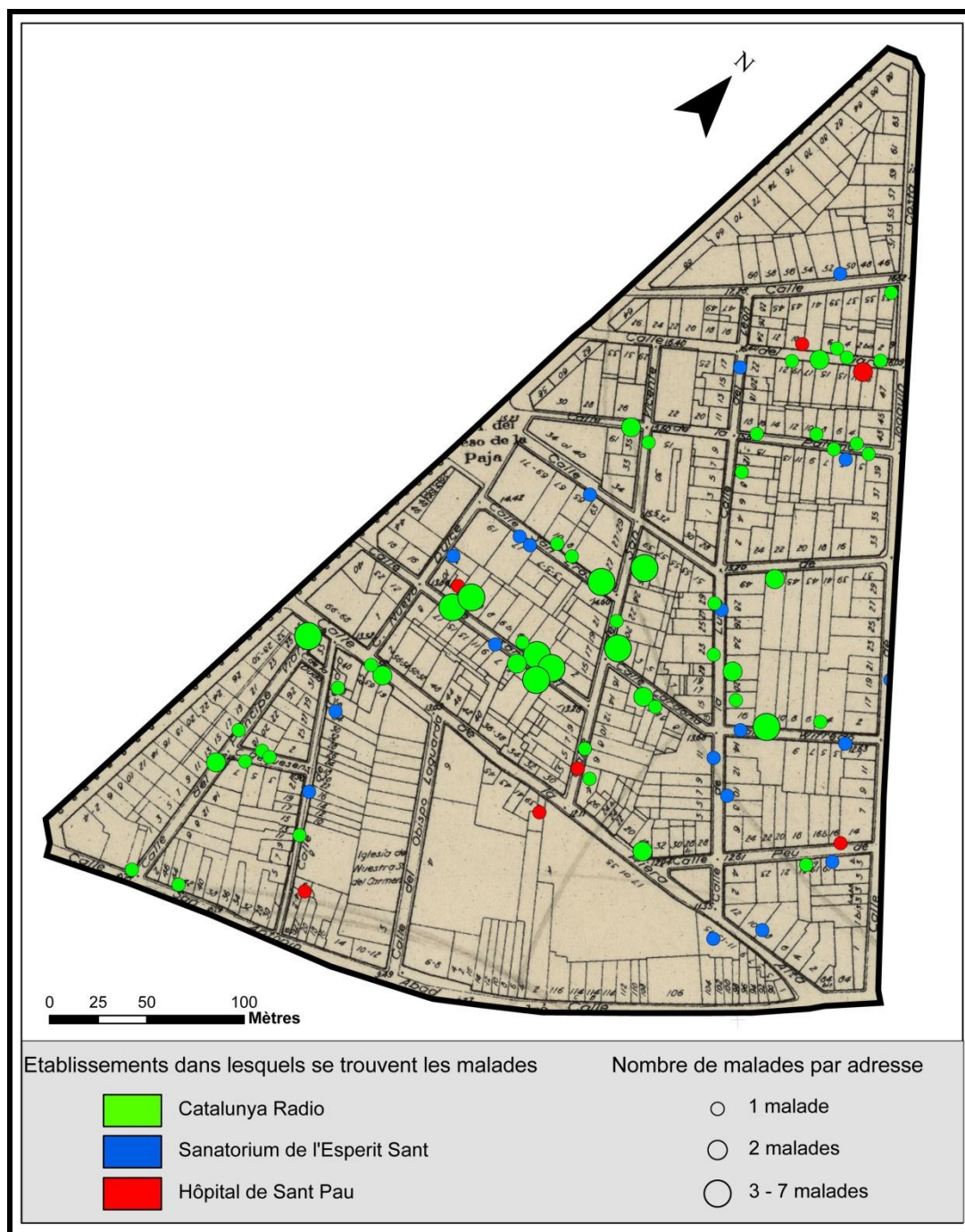
Dans le *Padró*, les tuberculeux aidés par *Catalunya Radio* sont surreprésentés par rapport aux autres en valeur absolue puisqu'ils représentent plus de 60% de tous les malades vivant dans cette zone². Ajoutons également à titre d'information que les ouvriers non qualifiés sont fortement représentés, puisque 79% des malades font partie de la classe V, un pourcentage particulièrement significatif si l'on tient compte de l'hétérogénéité professionnelle de l'îlot du *Padró* en question³. De plus, la population tuberculeuse dans cet îlot est très largement immigrée, une caractéristique qui nous permet d'avancer l'hypothèse d'un collectif tuberculeux dans une situation sociale encore plus précaire que celle que connaissent les malades vivant dans d'autres quartiers de la ville.

¹ Voir le n°25 de la revue *AC*, 1937, par exemple.

² Sur la totalité des malades vivant dans l'îlot du *Padró*, 27,12% sont internés à *Esperit Sant*, 11,86% à l'hôpital de *Sant Pau* et 61,06% à domicile, grâce aux dons de *Catalunya Radio*.

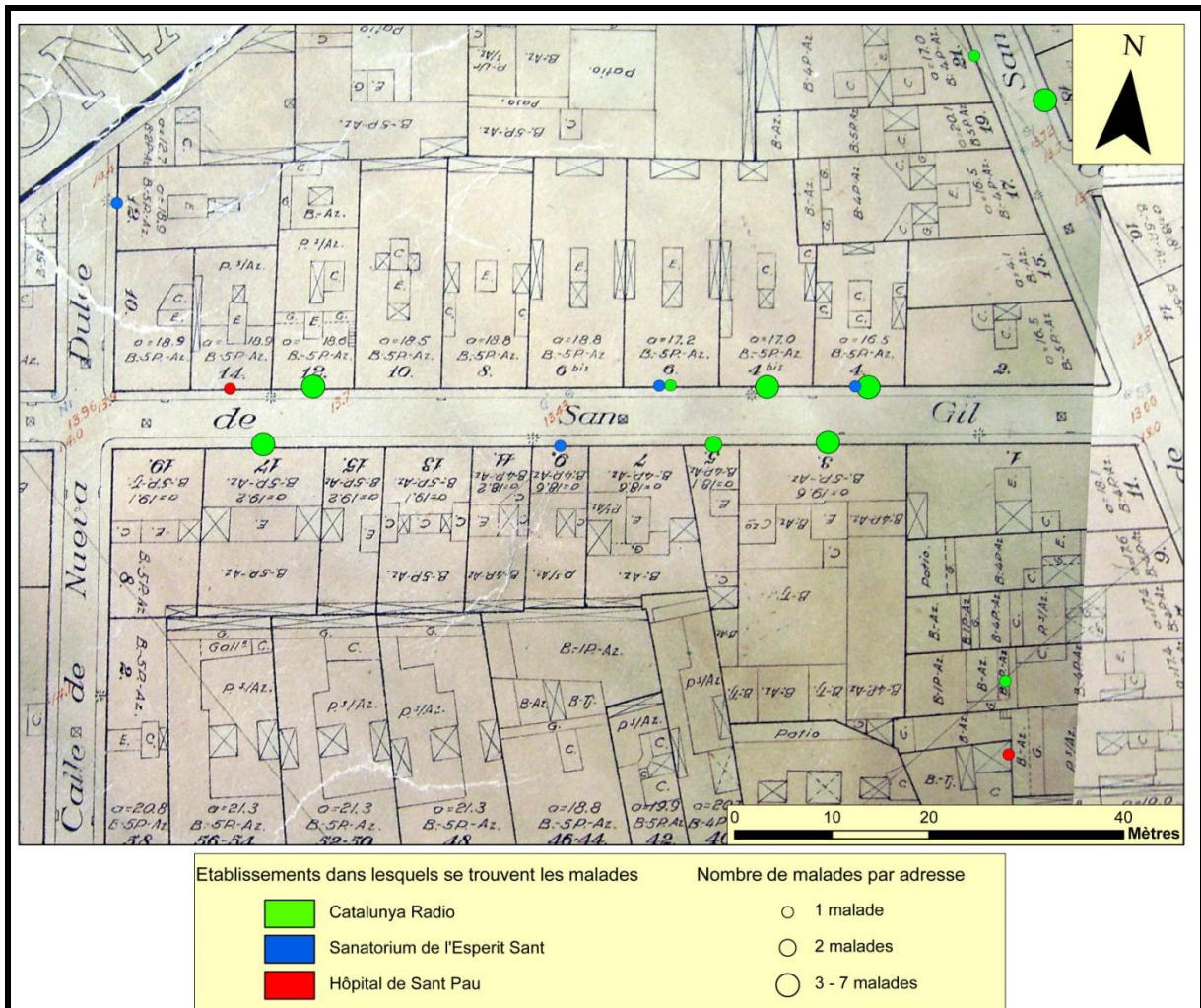
³ L'hétérogénéité professionnelle de cet îlot a été démontrée par *Mercè Tatjer*, dans son article déjà cité « *Els barris obrers del centre històric de Barcelona* », 1998, *op. cit.*

Carte 25 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier du Padró, Raval entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartogràfic de Catalunya)

Plan 5 : Plans des immeubles rue Sant Gil dans lesquels vivent des tuberculeux entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Photographie du Plan Martorell 1/500, 1933, AAMCG)

La rue *Sant Gil* est celle qui semble concentrer le plus de malades. Effectivement, vingt personnes aidées par *Catalunya Radio* vivent à sept adresses différentes dans la rue. Généralement, pour cette source et dans cette rue, nous retrouvons entre trois et quatre domiciles de malades par immeuble. Le n°4 de la rue *Sant Gil* par exemple, comptabilise quatre domiciles de malades, tout comme le n°4 bis. De plus deux autres personnes, soignées à Sant Pau et trois autres internées à l'Esperit Sant, sont logées à un moment ou un autre dans la rue *Sant Gil*. Comme le montre la photographie du plan au 1/500^{ème}, cette rue est particulièrement courte, étroite et la hauteur des immeubles n'est jamais inférieure à cinq étages. La taille des logements est réduite, puisque les parcelles sont de largeur moyenne et que l'on compte au minimum deux portes par palier. Au n°4 bis en 1931, quatre familles

différentes reçoivent des dons de la Radio, ce qui n'est certainement pas anodin et signifie sans doute qu'il existe un lien entre ces malades. Il est en revanche quasiment impossible de dire si, dans une rue aussi peuplée, d'autres malades se connaissaient et s'entraidaient. Mais qui sont ces malades qui vivent dans la rue *Sant Gil* ? Peu d'informations nous parviennent puisque pour la plupart aucune fiche clinique n'est disponible. Mais au troisième étage du n°4 de la rue vit par exemple *Juan Hernandez* un ouvrier de 46 ans né à Barcelone qui travaille dans un atelier de menuiserie, comme celui qui se trouve à quelques pas de chez lui dans la même rue. Il vit dans ce logement avec sa femme et ses cinq enfants, dont l'aîné qui travaille comme copiste. En 1931 il est aidé financièrement par l'association de la radio, mais il meurt en 1939, sans que nous sachions de quoi. La densité à l'intérieur du logement n'est pas toujours la règle dans cette rue, en témoigne *Florentino Usón*, lui aussi aidé par la radio en 1934, qui meurt chez lui, au n°17 la même année. Ce tuberculeux de 21 ans qui travaille comme journalier ne vit qu'avec sa mère. A l'inverse, *Miquel Vidal* lui en 1930 vit dans un logement situé au dernier étage du n°14, avec huit autres personnes de sa famille directe et éloignée toutes originaires de *Cuenca*. Déjà malade à cette époque, ce n'est que quatre ans plus tard qu'il est enfin hospitalisé dans le service du docteur Reventós à Sant Pau, dans un état grave puisqu'il décède un mois après son entrée. Ce jeune ouvrier a été paysan puis peintre et pendant ces quelques années il a beaucoup travaillé, mais il s'est aussi beaucoup entraîné à la boxe puisqu'il était devenu champion de Catalogne des poids mouches en 1929, avant que ne se développe la maladie. Ces quelques histoires laissent entrevoir un profil des malades qui correspond à celui dressé plus haut, mais elles rendent aussi compte d'une relative intégration dans la ville, en tout cas d'une instabilité sociale moins flagrante que celle que nous allons pouvoir observer dans le sud du Raval.

Au fin fond du *Barri Xino*, dans des rues chargées d'histoires de misérables et de bandits, telle la rue *del Cid*, *Arc del Teatre* ou *Migdia*, vivent encore une centaine de tuberculeux, dont une majorité est soignée à domicile¹. Si l'insalubrité tant avancée de la zone permet sans aucun doute de mettre en relation cette localisation avec la précarité économique des malades, le quartier est aussi caractéristique d'une très grande instabilité résidentielle liée aux nombreuses

¹ Sur la totalité des malades vivant dans *Santa Mònica*, 55,83% sont soignés à domicile grâce à la radio, 20,83% sont hospitalisés à Sant Pau et 23,33% sont internés à l'Esperit Sant.

Sur les histoires et légendes urbaines du *Barri Xino*, voir AISA, Ferrán, VIDAL, Mei, *El Raval. Un espai al marge*, Editorial Base, Barcelone, 2006.

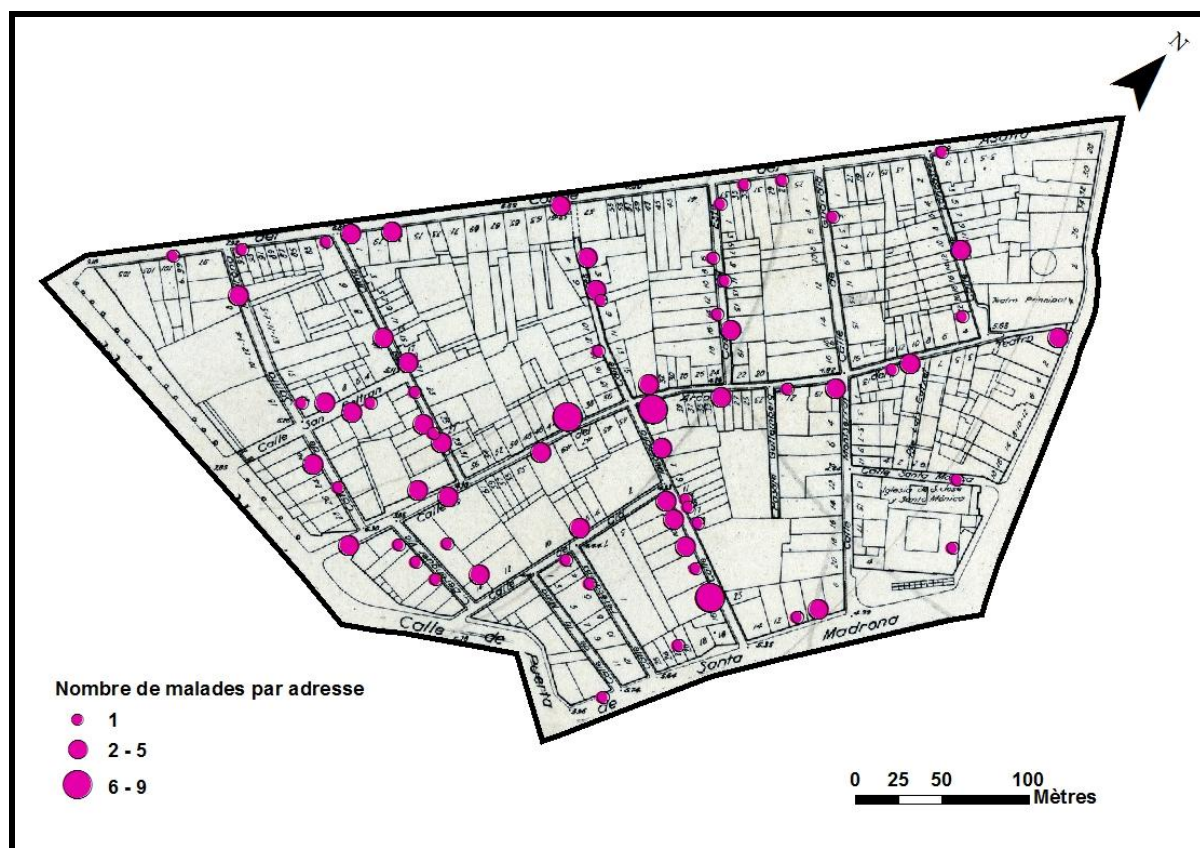
*casas de dormir*¹. D'ailleurs, le profil des malades correspond à une catégorie de personnes non seulement ouvrières à plus de 85%, mais surtout immigrées. Les malades venus de Valence, d'Aragon et surtout de Murcie et d'Andalousie représentent plus de 70% des tuberculeux vivant dans cette zone, ce qui correspond largement au profil d'une population ouvrière immigrée vivant dans *Santa Mónica* décrit par José Luís Oyón, ou Mercè Tatjer². Il s'agit d'une population que l'on sait caractérisée par une très grande instabilité et qui habite de manière provisoire dans des logements parfois loués au mois, parfois dans des chambres chez des particuliers, d'autre fois dans des fondas, ces hôtels meublés décrits notamment par la photographe du GATCPAC, Margaret Michaelis³.

¹ Sur la mobilité résidentielle liée aux *casas de dormir* du Raval voir TATJER, Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona », 1998, *op. cit.*

² Sur la ségrégation résidentielle par origine, voir OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 145. Dans un article sur l'immigration andalouse à Barcelone, Mercè Tatjer a elle étudié à partir des données du Padrón de 1930 la répartition des andalous dans la ville montrant en particulier la très forte proportion dans *Santa Mónica*. « Las raíces de la inmigración andaluza en Cataluña: Barcelona 1930. » dans *Actas del tercer congreso de Historia catalano-andaluza, Cataluña y Andalucía, 1898-1939*, Barcelone, 2001, 21 p.

³ Margaret Michaelis était elle-même logée dans un *Hostal* de la rue *Migdia*. _ IVAM, *Margaret Michaelis: fotografía, vanguardia y política en la Barcelona de la República*, Centre de cultura contemporània de Barcelona, Barcelone, 1999.

Carte 26 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Un certain nombre de malades sont recensés en 1930 dans des casades de dormir. Citons par exemple un malade aidé par Catalunya Radio, qui en 1931 vit depuis moins d'un an au n°10 de la rue de l'Om puisque en 1930 il n'y est pas recensé. Cet immeuble est en réalité un hôtel meublé où les logements sont loués à la journée pour 1,5 ou 2,5 pesetas, soit l'équivalent d'entre deux et quatre heures de travail pour un ouvrier non qualifié. Malgré la très grande mobilité que suppose ce type d'occupation caractéristique de cet espace, nous avons néanmoins retrouvé quelques tuberculeux qui en 1930 vivent dans ces lieux. C'est le cas notamment de *Andreu Antón*, qui, à 18 ans, en 1930, arrive fraîchement de la province aragonaise de Saragosse et se loge de manière temporaire dans la *fonda* située au rez-de-chaussée de la rue *Migdia*, en compagnie de 21 personnes, alors que l'immeuble compte au total 115 locataires. Six ans plus tard, alors qu'il est soigné pendant un mois à l'Esperit Sant, il n'habite plus dans cet hôtel mais dans un *municipe* en périphérie de Barcelone. Au total dans le Padrón, nous retrouvons une petite dizaine de malades vivant en 1930 dans des *casas*

de dormir, dont cinq sont internés à l'Esperit Sant. Sur ces cinq malades, en dehors d'un malade interné la même année, tous ont déménagé depuis, ce qui nous permet de constater encore une fois l'extrême mobilité caractéristique des populations vivant dans les hôtels meublés de cette zone du sud Raval. Toujours dans le même ordre d'idée, *Ignasi Rosell* est un catalan de 19 ans venu de Manresa pour travailler au port de Barcelone. En 1930, il est là depuis moins d'un an et se loge dans une fonda située au n°12 rue *del Cid*, dans laquelle sont recensées pas moins de 380 personnes. Il tombe gravement malade et est hospitalisé en avril 1934 à Sant Pau où il décède un mois plus tard. Mais à son entrée à l'hôpital il donne comme lieu de résidence sa ville natale, Manresa, alors qu'il est toujours travailleur au port de la capitale. Plusieurs hypothèses peuvent alors être avancées : suite à sa maladie le malade est peut-être retourné vivre ailleurs que dans la grande ville catalane, comme cela était souvent recommandé par les médecins, ou alors il loge toujours dans des logements temporaires à Barcelone tout en considérant que son domicile fixe se trouve à Manresa. Dans tous les cas, l'instabilité résidentielle entraînant l'instabilité sociale reste réelle pour ce malade.

Dans cet espace, bien sûr il n'y a pas que des hôtels meublés, loin de là. Les fondas se mélangent avec des logements dans lesquels la structure du foyer est plus classique et donc plus stable, ce qui est tout de même beaucoup plus fréquent chez les malades que le logement précaire payé à la journée ou à la nuit. Mais parfois, ces logements individuels et privés sont très proches géographiquement des *fondas*. Nous retrouvons ainsi deux patients au n° 63 de la rue *Arc del Teatre*. Il s'agit d'un immeuble de quatre étages, à proximité d'un local de commerce de charbon, ce qui n'aurait pas manqué d'interpeler un médecin. L'un des malades, décrété invalide, est recensé dans la *casa de dormir* qui se situe au rez-de-chaussée, et comptabilise, selon le Padrón, 135 personnes. L'autre malade, un employé de cinquante-quatre ans, vit au premier, dans un logement qu'il ne partage qu'avec trois autres membres de sa famille. Cependant, la densité à l'étage inférieur mais aussi à l'étage supérieur est particulièrement forte. Ce cas isolé ne nous permet pas de tirer des conclusions quant au rapport entre densité de population par immeuble et tuberculose, mais illustre le type d'occupation que nous pouvons retrouver dans cet îlot, et fait valoir la précarité spatiale de cette la zone¹.

En dehors du *Padró* et de *Santa Mónica*, les deux pôles de concentration tuberculeuse présentés et cartographiés, les malades vivent aussi dans le *Raval central*, dans des rues

¹ Sur les types d'habitat ouvriers du centre ville, voir GIOL, Pere, *La casa de veïns del segle XIX a Barcelona*, 1995, *op. cit.*, Et TATJER, Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona », 1998, *op. cit.*

souvent qualifiées comme précaires, dégradées et insalubres, telle la rue *Robador* par exemple, dans laquelle un logement situé au n°4 fait l'objet d'une enquête sociale menée par le service d'assistance aux tuberculeux de la Mancomunitat en 1921¹. D'une manière plus générale, il semble que les malades se concentrent encore une fois sur des axes secondaires, comme c'est le cas par exemple d'une poignée de malades hospitalisés à Sant Pau qui vivent tous dans la petite rue *Requesens*, ou encore dans les quelques rues *Riera Baixa*, *Picalques* et l'impasse *Malnóm*. Ajoutons encore que dans le *Raval Central* il semble que de nombreux malades vivent sur un axe formé par la rue *Sant Jeroni* et qui se poursuit sur *Migdia*, une zone qui correspond à celle détruite et jamais reconstruite devenue aujourd'hui la *Rambla du Raval* et l'avenue *Drassanes*². Bien que la destruction des îlots incriminés ne soit pas liée directement à une constatation de l'insalubrité de ces immeubles, le fait que les malades se concentrent de préférence sur ces rues détruites aujourd'hui est peut-être plus qu'une coïncidence. Cependant, ce type de concentration n'est pas visible de manière similaire pour tous les tuberculeux recensés par les institutions dont nous disposons des données.

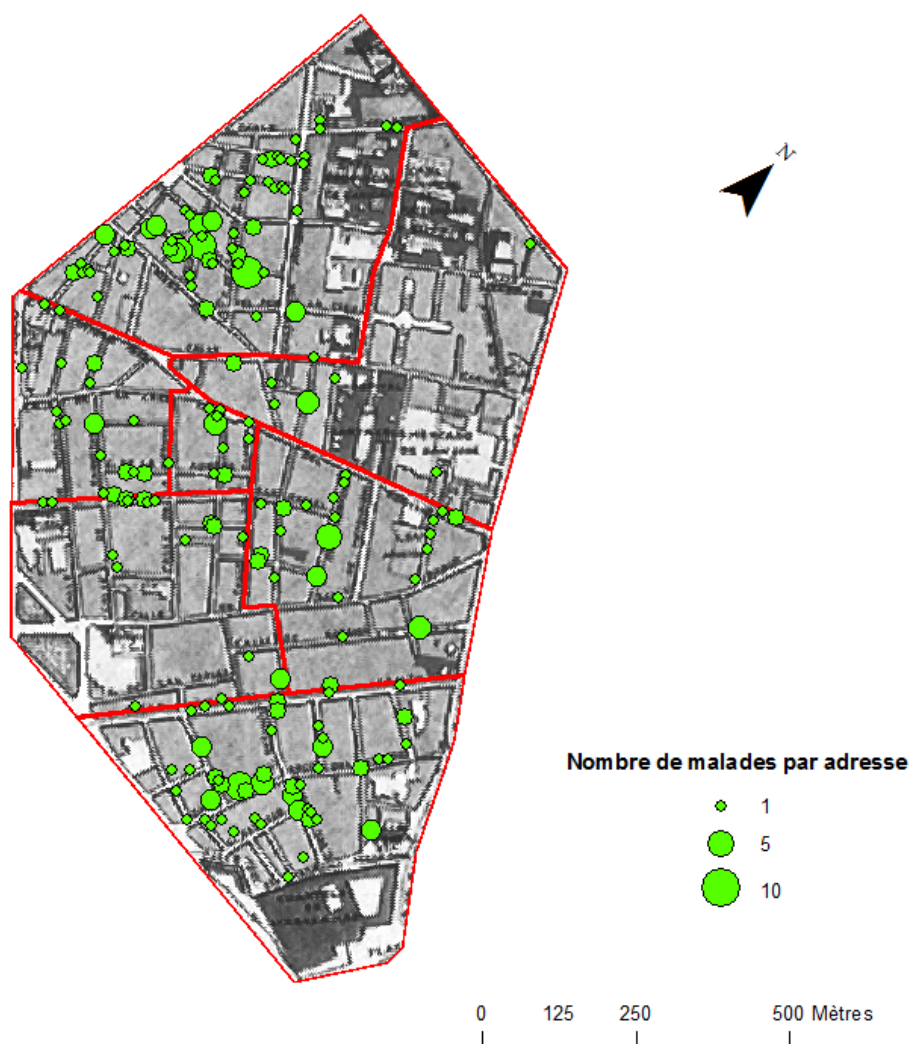
- *Des tuberculeux soignés à domicile concentrés dans les zones insalubres et des malades internés éparpillés dans un quartier socialement mélangé ?*

La comparaison entre les trois sources disponibles est particulièrement intéressante, puisqu'elle permet de démontrer que la répartition différentielle des malades dans ce quartier est liée à un degré de précarité sociale distincte, une précarité, qui, comme toujours, s'exprime à travers différentes variables.

¹ Famille *Martínez*, fiche n°236, datée du 19/07/1921. Fiches de visite et enquêtes sociales réalisées par le « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* » de la « *Mancomunitat de Catalunya* ». 1921-1923. Conservées au « Centre d'Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes ».

² SARGATAL BATALLER, María Alba, « La vivienda en el centro histórico de Barcelona. El caso de la Rambla del Raval », dans *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona, vol. VII, n° 146, 2003.

Carte 27 : Malades aidés par Catalunya Radio vivant dans le Raval entre 1929 et 1936



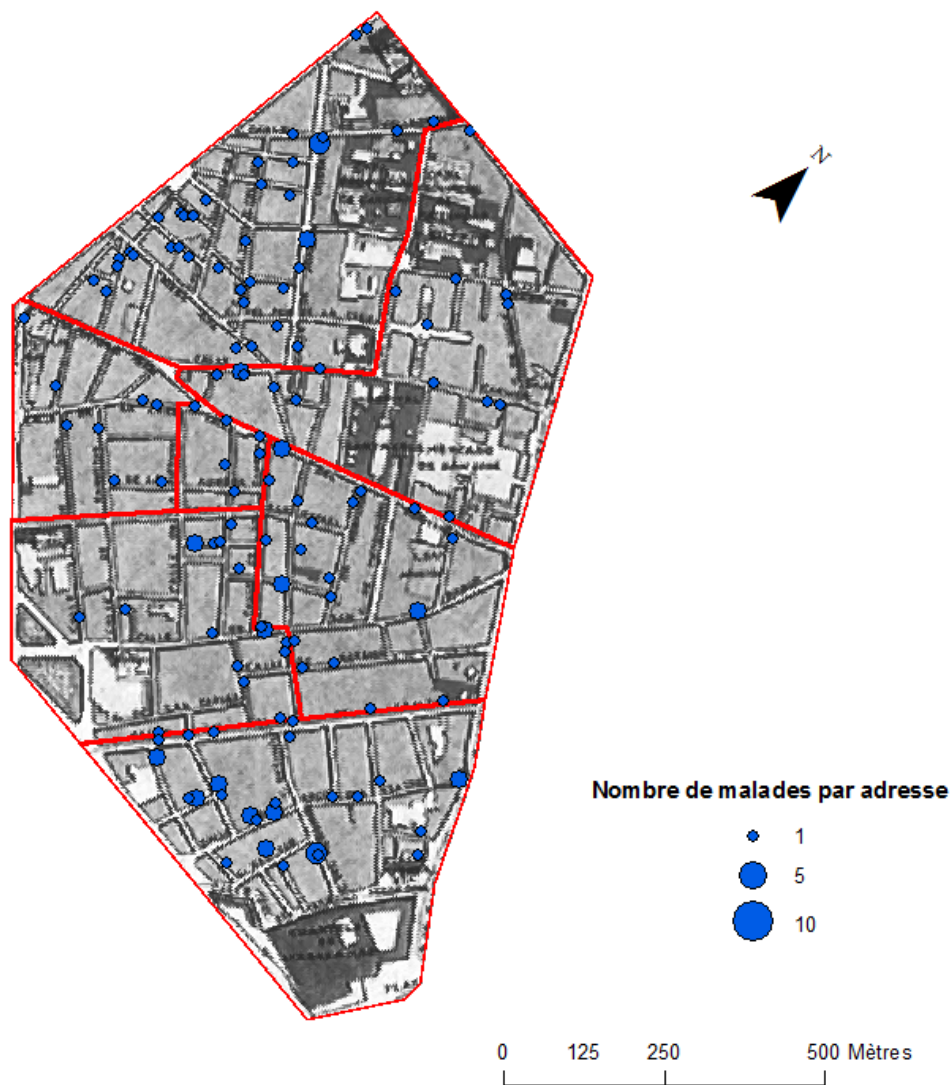
(Sources : Catalunya Radio, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

Carte 28 : Malades hospitalisés à Sant Pau vivant dans le Raval entre 1929 et 1936



(Sources : fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

Carte 29 : Malades internés au sanatorium de l'Esperit Sant vivant dans le Raval entre 1929 et 1936



(Sources : registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé : Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

Le peu d'adresses dont nous disposons pour la source de Sant Pau est un véritable handicap pour la lecture des cartes, et pour l'analyse. Malgré tout, des tendances nettes se distinguent à la vue de ces cartes, en particulier entre la localisation des malades soignés à l'Esperit Sant et ceux aidés par *Catalunya Radio*. La sensation d'éparpillement est assez forte chez les tuberculeux de l'Esperit Sant. A l'inverse, la répartition des malades aidés par Catalunya Radio indique que ceux-ci tendent à vivre dans les mêmes zones. Comme nous l'avons dit, les deux rues de *Sant Erasme* et *Sant Gil* dans le *Raval de Ponent* concentrent une très forte proportion des adresses trouvées dans les listes de dons, tout comme l'îlot étudié dans *Santa Mónica*. Dans le *Raval de Ponent*, l'éparpillement des adresses des malades internés au sanatorium est sensible, puisque ces tuberculeux vivent de manière moins concentrée dans les rues centrales et horizontales du *Padró*, et à la différence des malades soignés à domicile, ils habitent parfois aussi dans une zone peu dense et peu résidentielle de l'îlot de *Convalescencia-Betlem*. Quant aux tuberculeux hospitalisés à Sant Pau, ils ne sont que très peu présents dans l'îlot du *Padrón* à part au tout début des rues *del Tigre* et de *la Paloma* au nord. En revanche, ils sont beaucoup plus nombreux à vivre dans la zone de *Santa Mónica*, notamment dans la grand rue de *l'Arc del Teatre*. Pourtant, l'instabilité résidentielle facteur de précarité spatiale semble être un mal chronique dans tout le Raval, et en particulier dans *Santa Mónica*. Cette forte mobilité entraîne forcément une difficulté à prendre en compte les malades soignés à Sant Pau, dont les plus instables sont largement sous-représentés puisque nous ne disposons que des malades retrouvés dans le recensement de 1930. Cela rend encore plus frappante cette concentration dans le lieu même où la mobilité résidentielle est la plus forte.

La répartition différentielle des malades soignés à domicile et de ceux internés et hospitalisés reflète les disparités concernant la situation de précarité plus ou moins aggravée des malades que nous avons déjà observée plus haut. La concentration des malades aidés par la radio s'explique en partie par la structure elle-même de la source, qui comme nous l'avons expliqué rend compte de malades visibles, puisque les tuberculeux aidés sont souvent signalés à la radio par des abonnés de la revue à moins que ce ne soit les malades eux-mêmes qui aient vent par des proches de cette aide matérielle. Mais cette concentration des malades sur les rues les plus denses et insalubres correspond aussi à une plus grande précarité visible chez les malades soignés à domicile, même si celle-ci est exagérée par le fait que les malades internés à Sant Pau et l'Esperit Sant les plus instables sont sous-représentés. La logique de graduation des sources que nous avons mise en exergue plus haut réapparaît ici dans sa traduction

spatiale : les malades soignés à domicile vivent dans les zones visibles, certes, mais qui présentent des caractéristiques urbanistiques et sociales les plus précaires, ceux soignés à Sant Pau suivent l'implantation spatiale des ouvriers, en vivant beaucoup moins dans le quartier mixte du *Padró* et plutôt dans les zones ouvrières du sud du *Raval*. Enfin, les malades soignés à l'Esperit Sant s'ils sont nombreux à vivre dans les deux pôles densifiés décrits plus haut, se caractérisent par une implantation plus éparpillée, et sont présents dans des zones considérées comme les moins précaires du quartier.

La concentration des tuberculeux est de mise dans le Raval, autour de quelques rues dont la précarité se définit par une forte densité, une insalubrité récurrente ainsi qu'une très forte mobilité résidentielle. Les malades, souvent ouvriers non qualifiés, faisant partie d'une catégorie sociale peu intégrée et avec un statut social précaire, vivent logiquement dans un périmètre restreint et dans des immeubles qui accueillent préférentiellement cette catégorie large à laquelle ils appartiennent. Il s'agit en effet des logements les moins chers et par conséquent les plus dégradés de la ville, que ce soit à cause de la densité ou bien de l'insalubrité qui y règne. L'extrême concentration sur quelques rues et dans quelques édifices est plus sensible chez les malades soignés à domicile que chez ceux internés au sanatorium, ce qui va de pair avec un profil des malades reflétant une plus grande précarité sociale chez les premiers. L'éparpillement des malades internés dans des zones moins denses et moins stigmatisées du Raval est ici pour nous un révélateur d'une situation moins précaire, tout au moins en apparence.

3. L'éparpillement comme indice de précarité

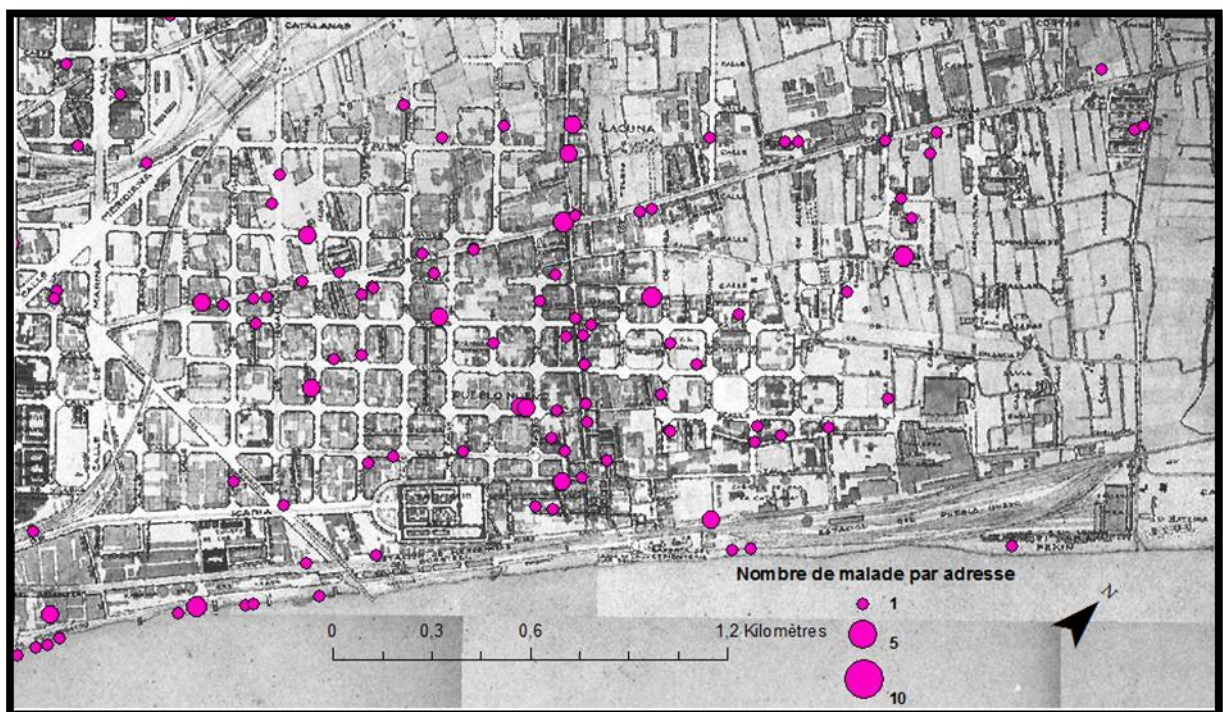
Si la concentration des malades dans certaines zones peut apparaître comme un révélateur de précarité, dans d'autres, à l'inverse, elle semble plutôt être la garantie d'un espace résidentiel mieux organisé et en meilleur état. Dans les banlieues extrêmes de la ville mais aussi les quartiers industriels, les zones résidentielles sont en effet concentrées sur des espaces réduits, elles sont aussi logiquement mieux équipées et avec des logements de meilleure qualité que ceux que l'on peut trouver disséminés parmi les usines ou bien aux marges de la ville. Il s'agit bien ici de commencer à apercevoir la marginalité avec un éparpillement des

adresses des malades dans des zones peu construites et aussi peu intégrées à la ville. Et lorsque c'est l'éparpillement qui est signe de précarité, nous verrons que ce sont cette fois les malades soignés à domicile qui vivent dans les logements les plus isolés.

- *Entre industrie et zone résidentielle : Le Poble Nou comme cas d'étude*

Poble Nou est par excellence le quartier industriel de la ville, il concentre une forte proportion des usines barcelonaises, mais aussi des ateliers plus petits¹. C'est la raison pour laquelle la densité n'est pas particulièrement élevée dans cet espace. Mais, comme nous le verrons avec le cas des tuberculeux, la population se concentre dans des espaces précis, les zones résidentielles du quartier.

Carte 30 : Domicile des malades recensés vivant dans Poble Nou entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte rasterisé: Plan Martorell scanné par Mariona Gens Franquès, ETSAV)

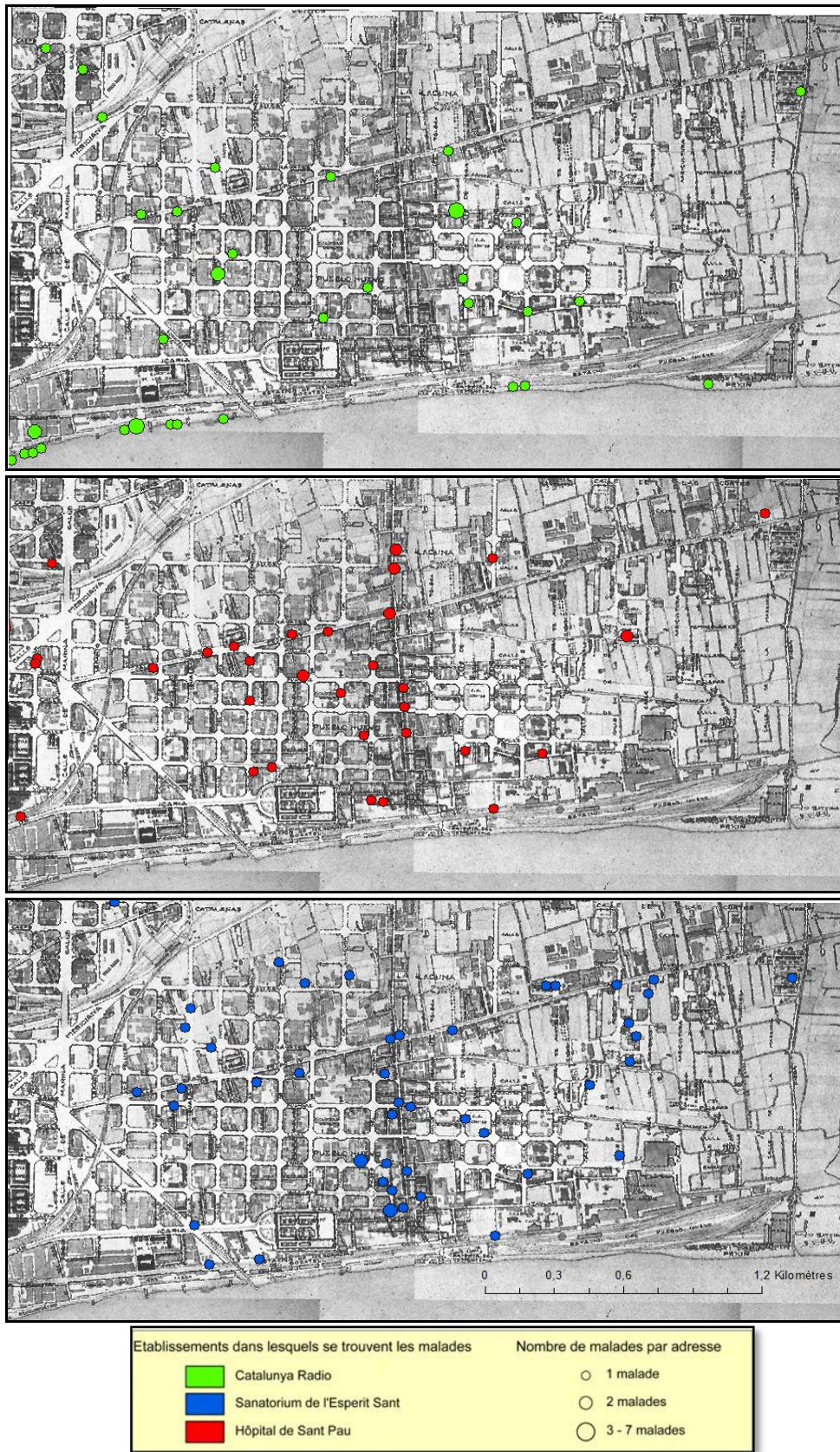
¹ ARXIU HISTÒRIC DEL POBLE NOU, *El Poblenu : 150 anys d'història*, Arxiu Històric del Poble Nou, Barcelone, 1991.

Nous distinguons aisément sur le fond de carte des zones plus ou moins densément bâties, qui semblent être celles où se trouvent de préférence les domiciles des tuberculeux¹. L'actuelle *Rambla del Poble Nou*, anciennement appelée *Passeig del Triomf*, concentrait à l'époque la majeure partie de la population du quartier, ce qui explique la localisation des malades. Les domiciles situés sur la ligne de front de mer sont des *barracas*². Leur présence est surtout importante sur les plages proches de *Barceloneta*, ce qui s'explique sans doute par une meilleure visibilité des malades. Il nous semble également voir se dessiner une logique de répartition le long des axes principaux, bien que l'éparpillement de l'habitat semble bien être la règle générale dans ce quartier peu représenté dans notre étude.

¹ Nous utilisons ici un fond de carte du plan Martorell scanné. Il a l'avantage de représenter l'occupation des parcelles, ce qui, dans le cas d'une étude précise est d'une grande utilité.

² Sur les *barracas* en général et celles de la plage de Poble Nou en particulier : TATJER, Mercè, LARREA, Cristina, (dir.), *Barraques. La Barcelona informal del segle XX*, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, Institut de Cultura, Barcelone, 2010.

Carte 31 : Domicile des malades vivant dans le Poble Nou entre 1929 et 1936



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930. Fond de carte raster : Plan Martorell scanné par Mariona Gens, ETSAV)

Malgré tout, nous pouvons observer une répartition très différente pour chacune des trois sources. Les malades aidés par *Catalunya Radio* sont très peu nombreux dans ce quartier. Leur répartition se caractérise par un éparpillement plutôt homogène, qui ne se concentre pas sur les axes principaux. Aucun malade de cette source ne vit sur la (future) *Rambla del Poble Nou*. Par contre, c'est bel et bien cette source qui comptabilise la totalité des *barracas* de la plage. Les malades hospitalisés à Sant Pau suivent une logique toute différente. Ils sont peu nombreux, mais la quasi-totalité se concentre le long de la rue *Pere IV* et de la *Rambla del Poble Nou*, ainsi qu'au sud et à l'est de ces deux axes. Leur présence dans le « *suburbio popular* » de *Poble Nou* est réelle, mais ils ne franchissent pas la limite du quartier de *Sant Martí*. Quant aux malades internés dans l'Esperit Sant, ils se répartissent encore d'une manière très distincte. Tout d'abord, ils sont plus nombreux. Ensuite, ils suivent très clairement les axes les plus importants, et par la même se situent exclusivement dans les zones les plus densément bâties du quartier. Contrairement aux malades de Sant Pau, les domiciles des tuberculeux du sanatorium que nous avons retrouvés ne se localisent jamais dans la zone la plus industrielle du quartier. Ces différences dans la localisation précise des malades prennent le contrepied logique de ce que nous avons pu observer dans le Raval. Ici, il semblerait que la source de l'Esperit Sant soit plus liée à la densité bâtie et résidentielle, que celle de Sant Pau qui l'est un peu moins, ou encore que celle des Dons de *Catalunya Radio* qui, elle, ne l'est pas du tout. Alors bien sûr, il est possible d'expliquer cette localisation plus aléatoire et ne répondant à aucune logique par le fait que le quartier est moins représenté dans des listes de dons faits aux tuberculeux qui sont très déterminées par des acteurs multiples et des liens de sociabilité. Cependant, dans une zone relativement peu peuplée et industrielle, la concentration des malades dans les espaces résidentiels du quartier semble être une norme. En ce sens, l'éparpillement des logements des malades aidés par la radio dans le quartier peut être appréhendé comme un signe de précarité, alors qu'à l'inverse, la concentration sur les zones les plus denses du quartier des tuberculeux internés à l'Esperit Sant serait révélatrice d'une moindre fragilité résidentielle. Il n'est pas facile de retrouver ces malades soignés à domicile entre 1930 et 1934 à partir de leurs seules adresses. La mobilité est extrêmement importante et beaucoup de logements dans cette zone ont été construits après 1930. Les *barracas* de la plage sont particulièrement difficiles à retrouver puisqu'elles ne sont pas toutes répertoriées dans le Padrón de 1930, et que leur construction même est temporaire. Cette instabilité qui caractérise les logements éparpillés entre les usines et sur la plage montre encore une fois que les malades soignés à domicile grâce aux dons de la radio sont dans une situation relativement

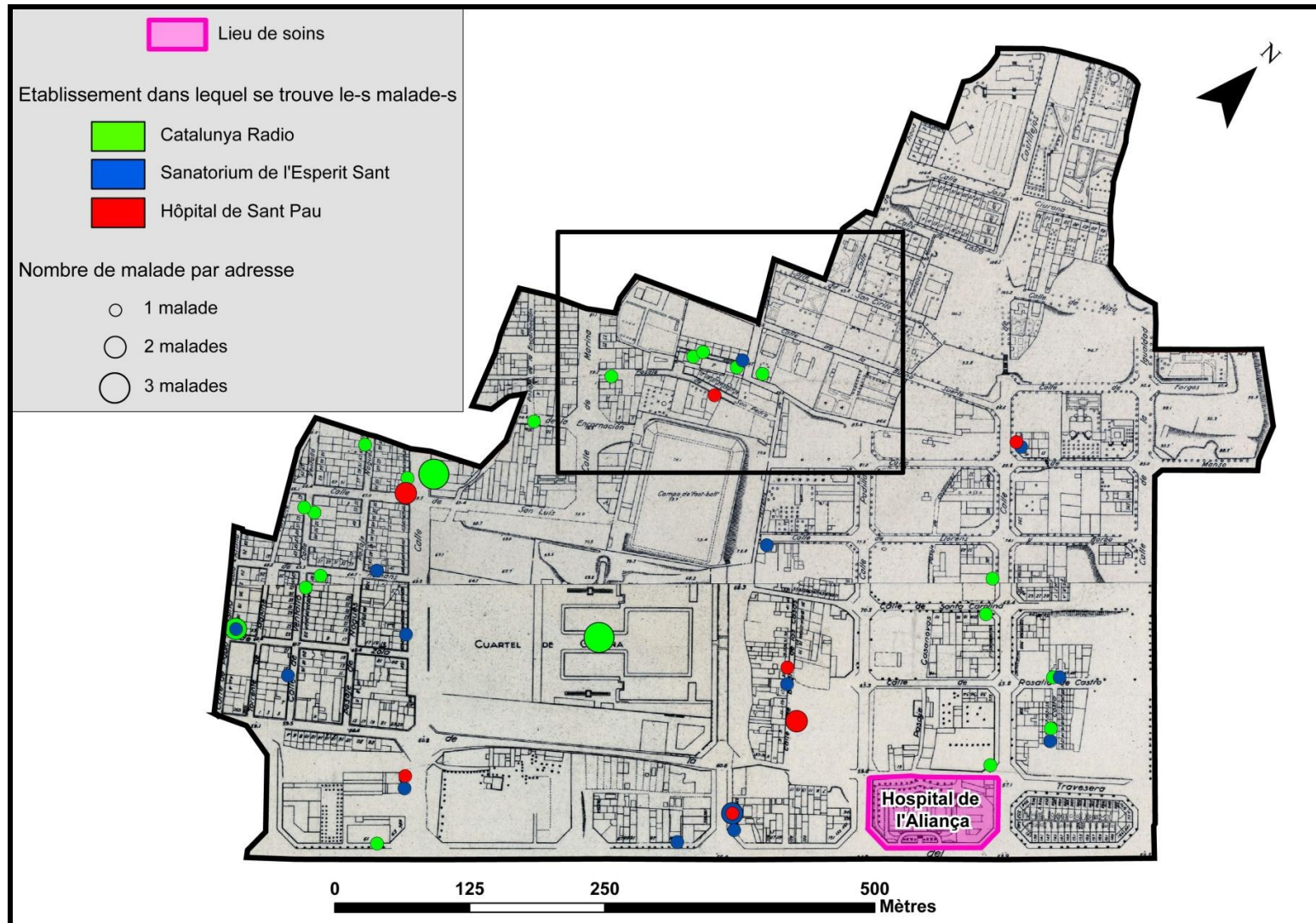
plus précaire que ceux des autres sources, même si l'on sait que seules les adresses des malades hospitalisés assez durablement installés ont été retrouvées.

- *Des logements isolés dans les périphéries extrêmes*

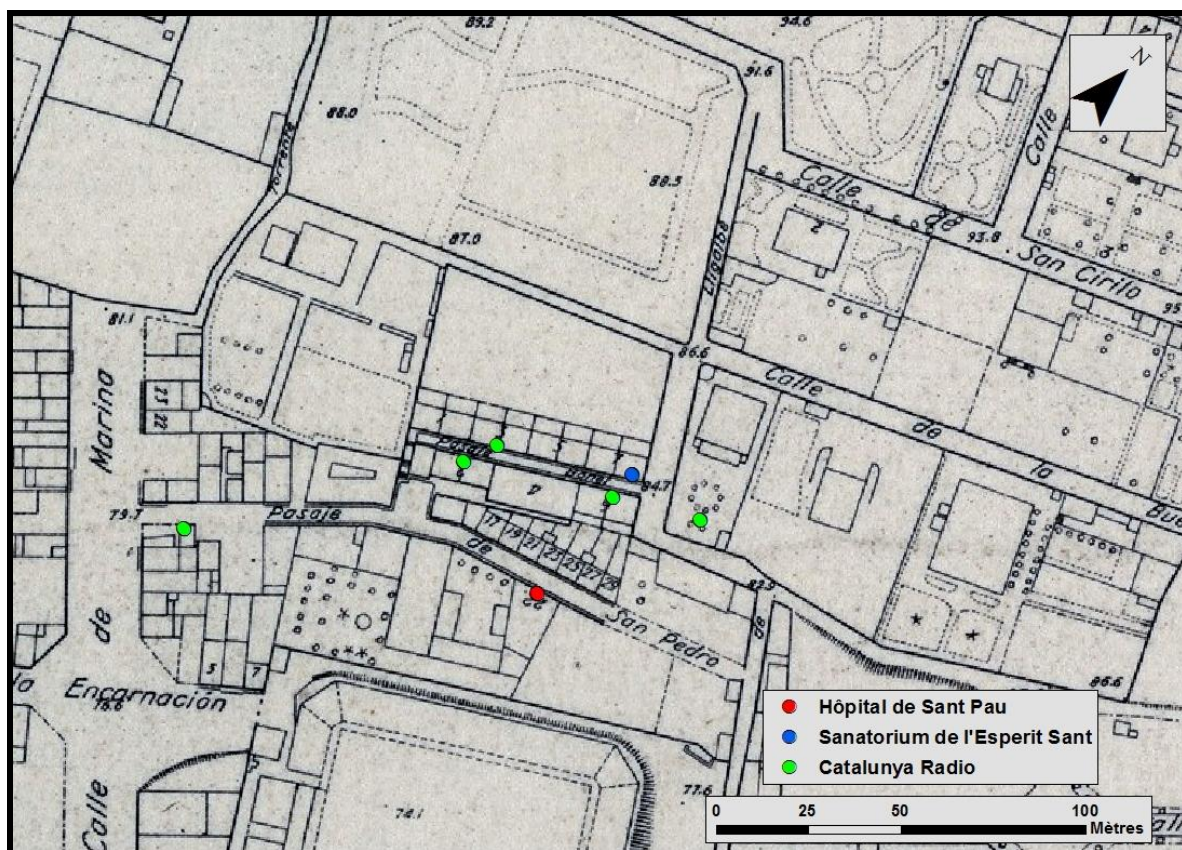
Dans le même ordre d'idée, les tuberculeux sont peu nombreux dans les périphéries extrêmes de la ville, ce qui semble logique puisque dans ces zones la densité est moindre, les habitants sont moins visibles, moins intégrés et déménagent souvent. Dans ces zones marginales, nous assistons à un double processus, selon les quartiers, soit à une localisation des quelques malades sur des impasses et dans des noyaux plus bâtis, soit à un éparpillement de ces derniers dans l'espace peu construit qui implique souvent un statut encore plus précaire et instable pour le logement.

En observant la localisation des malades dans la ville, il n'y a pas de concentration réelle sur des zones nettement délimitées visibles, par contre, il existe clairement une logique de répartition. D'une manière générale, les tuberculeux des trois sources vivant dans les périphéries extrêmes de la ville habitent dans des *pasajes*, rues étroites, souvent récemment construites. C'est le cas, comme nous l'avons déjà évoqué, dans la zone de *Sant Martí Est*, puis dans *La Sagrera* par exemple. Cependant, à l'intérieur d'un même quartier, les malades aidés par la radio se localisent logiquement dans des zones plus précaires et moins construites que les malades internés à l'Esperit Sant. Si nous observons plus en détail le quartier de *GràciaGràcia Nova*, les malades de l'Esperit Sant habitent dans les zones d'immeubles les plus construites alors que ceux soignés à domicile grâce aux dons de *Catalunya Radio* vivent dans des impasses situées en bordure du terrain vague, non bâti, dans des immeubles récemment construits, parfois après 1930, ainsi que dans des *bajos*, comme c'est le cas par exemple au *pasaje Boné*.

Carte 32 : Localisation des malades des trois sources vivant dans le quartier de Gràcia Nova entre 1929 et 1936



Carte 33 : Agrandissement : localisation des tuberculeux vivant au "pasage Bonet" entre 1929 et 1936



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Fiches cliniques de l'ancien dispensaire Central de Generalitat. Fond de carte rasterisé: Plan au 1/5 000 du Service de Topographie de la Municipalité, 1933-1936, Institut Cartògrafic de Catalunya)

Finalement, cette localisation correspond plutôt à une logique d'implantation marginale, que nous pouvons rapprocher géographiquement de celle qui voit nombre de malades vivre dans la zone de *Can Baró* proche du quartier du *Carmel*. Si un malade de Sant Pau a pu être retrouvé dans cet espace en 1930, l'immense majorité des malades qui y vivent pendant les années 1930 sont ceux soignés à domicile. Les tuberculeux internés à l'Esperit Sant sont nombreux à vivre autour de la *Muntanya Pelada*, mais nous les retrouvons tous dans le quartier de *Sant Genís*, proche de *Horta*, une zone de *bajos* mais nettement moins marginale. Il faut dire que la zone de *Can Baró* concentre les bidonvilles et autres formes d'habitats précaires et sensés être provisoires et qu'il est très difficile de retrouver les malades qui y ont vécu un temps. Sur les 16 adresses de malades aidés par la radio de *Can Baró* entre 1930 et 1934, seuls 6 domiciles ont pu être retrouvés et seulement 4 tuberculeux. La seule malade internée à Sant Pau qui vit dans cet espace est une modiste de 33 ans, célibataire, récemment arrivée d'Almeria. Elle vit dans un immeuble rue *Bismarck* à deux étages, dans un logement

où elle est hébergée par sa sœur, et qu'elle partage avec treize autres personnes, soit ces neveux et nièces, ainsi qu'une autre famille sans aucun lien de parenté. La situation financière du foyer ne semble pas très bonne en 1930, puisque en dehors de son beau-frère tous les hommes se sont retrouvés sans emploi. A noter qu'à cette date la malade est déjà mal en point, mais elle ne sera hospitalisée que quatre ans plus tard. Encore une fois le profil de malade semble correspondre à cette catégorie sociale précaire, dans une situation difficile, à laquelle s'ajoute un logement dans une zone marginale.

Les malades hospitalisés à Sant Pau sont relativement nombreux dans les périphéries du *Nord-Nord-Est*. Ils suivent assez largement une logique de répartition que l'on pourrait qualifier *d'entre-deux*, entre les malades soignés à domicile et ceux internés au sanatorium. Ils ne se concentrent pas sur des zones particulièrement bâties mais vivent souvent dans des *pasajes*, ou à l'inverse dans les zones les moins fortement bâties et urbanisées du quartier. En témoigne leur présence certes éparpillée dans le quartier de *la Sagrera*, où, à l'inverse des malades de l'Esperit Sant qui vivent dans les rues les plus denses et les plus proches de *Guinardó*, eux vivent dans les espaces plus éloignés en construction, telle que la rue *Cienfuegos*, par exemple. Dans le quartier éloigné de *les Roquetes*, proche de *Santa Coloma de Gramanet* et particulièrement peu intégré à la trame urbaine comme à la société barcelonaise¹, les tuberculeux de Sant Pau et ceux aidés par la radio sont tout aussi nombreux que ceux internés à l'Esperit Sant. Mais alors que les malades du sanatorium vivent presque tous dans la zone sud du quartier, avec certains malades hospitalisés, les tuberculeux aidés par la radio ainsi que deux malades de Sant Pau vivent eux dans le nord du quartier, une zone moins intégrée et plus précaire, autour de la rue *Mina de la Ciutat* notamment, dans laquelle les logements retrouvés sont des bidonvilles.

Enfin, les tuberculeux aidés par la radio sont les seuls pour lesquels il est possible de parler d'une localisation plus marginale et d'un éparpillement dans des zones non répertoriées dans le Padrón de 1930. En effet, les malades soignés à domicile vivent parfois dans des logements isolés, en périphérie de la ville, comme c'est le cas par exemple pour l'un d'entre eux qui vit dans la zone de *Trinitat*, dans une rue non construite en 1930. Les bidonvilles en périphérie plus ou moins proche de la ville sont aussi visibles exclusivement par cette source, si l'on excepte les quelques malades hospitalisés ou internés qui en 1930 vivent sur *Montjuic*, dans un espace occupé par une tribu de gitans, au *pasaje Primavera* par exemple ou encore les

¹ OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936: una geografía preliminar », op. cit.

rare malades qui vivent à *Can Túnis*¹. La famille de tuberculeux qui vit dans les bidonvilles de *Pequín* reçoit quelques aides de la radio, travaille peut-être à Barcelone, mais vit dans un espace extrêmement isolé, séparé du reste du quartier de *Sant Martí* par la gare de *Poble Nou* qui fait office de barrière difficilement franchissable.

Ces quelques exemples dans les périphéries extrêmes permettent de compléter une logique de répartition des malades qui associe éparpillement dans un quartier ou une zone large avec une plus grande précarité sociale et spatiale. Les tuberculeux internés au sanatorium vivent dans des zones résidentielles, qui, si elles restent plus précaires que bien des quartiers barcelonais sont néanmoins plus adaptées à l'occupation humaine et résidentielle que celles où l'on retrouve toutes les industries par exemple. Les malades qui se soignent à domicile grâce aux dons de *Catalunya Radio* semblent se répartir dans des zones moins résidentielles moins denses et par conséquent moins urbanisées et moins adaptées. Les malades de Sant Pau eux, suivent une logique de répartition intermédiaire.

Finalement la répartition des malades dans la ville à l'intérieur des quartiers et à l'échelle de la rue se définit grâce aux concepts de densité et d'insalubrité. Mais ici ces deux termes ne font pas référence à un facteur environnemental qui aggraverait la tuberculose, ils font plutôt partie d'une logique visant à mettre en avant la situation précaire des malades. Certains médecins du début du XX^{ème} siècle mettaient eux aussi en rapport la localisation des tuberculeux dans les zones ou logements insalubres avec le faible coût relatif des loyers². En ce sens, la précarité sociale déterminerait la précarité spatiale, qui à son tour fragilise encore davantage un malade vivant dans une zone marginalisée. Cette redéfinition de la localisation des malades dans un espace vécu et quotidien met à jour deux types de logique de répartition, d'abord une concentration des malades sur des rues secondaires et étroites, peu lumineuses et largement considérées comme insalubres, et ensuite, à l'opposé, un éparpillement de ces derniers sur des espaces peu construits³. Si cette localisation semble contradictoire, elle est surtout complémentaire, puisque l'éparpillement comme la concentration peuvent tour à tour

¹ D'après le Padrón, le *pasaje Primavera* est une zone de *barracas* occupée par une « tribu de gitans » de 11 personnes en 1930. En 1935 lorsque le malade aidé par la radio vit dans cette impasse, il est néanmoins possible que ce ne soit plus le cas.

² GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Baena Hermanos, Madrid, 1903, 18 p.

³ Sur ce point voir également l'étude de géographie sociale sur Strasbourg réalisée par Catherine Sélیمانovski et synthétisée dans la conclusion de son ouvrage, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*, pp. 263-269.

être considérés comme des indices de précarité à part entière. Dans des zones très denses, telles que le centre ville, et surtout le *Raval*, la concentration sur les espaces insalubres et denses implique une instabilité sociale, une moindre intégration à la ville voire une précarisation spatiale supplémentaire. A l'inverse, dans un quartier industriel tel que le *Poble Nou*, la concentration des malades sur les zones plus résidentielles du quartier est de l'ordre de la normalité, alors que l'éparpillement des adresses des malades dans des espaces peu résidentiels implique un type de logement bien plus précaire de par sa structure. Notons cependant que l'éparpillement des malades dans les périphéries extrêmes, qui est considéré comme un révélateur de marginalité, n'est pas un phénomène très important ni très visible. S'il n'est pas véritablement possible d'observer la marginalité géographique, l'analyse d'une répartition des malades entre concentration et éparpillement cristallise une nouvelle fois les différences entre les malades soignés à domicile et ceux internés loin de chez eux. Les premiers sont généralement dans une situation spatiale plus précaire, alors que les seconds semblent relativement plus intégrés à la ville. Cependant, cette différence s'explique aussi par le fait que l'instabilité sociale est plus visible chez les tuberculeux soignés à domicile de part la source elle-même. Mais surtout, pour étudier la précarité sociale des malades soignés à Barcelone la localisation ne suffit pas, il faut encore se pencher sur les logiques d'occupation qui donnent une vision plus humaine et donc plus juste de l'espace vécu.

B. Manières d’habiter : du quotidien précaire à une nouvelle répartition géographique

Alors que Chloé, un des personnages du roman *L’écume des jours* de Boris Vian, meurt lentement à cause du nénuphar qui grandit dans sa poitrine, son appartement se détériore inexorablement¹. Ce lien inséparable qui attache la malade à son logement est un véritable symbole de la communion traditionnellement perçue entre habitat, habité et habitant. Ajoutons que, l’influence du malade sur l’habitat, liée au concept de contagion se double chez les médecins hygiénistes de l’époque d’une influence de l’habitat sur le malade². Dès lors, nous comprenons l’assimilation souvent rapide du logement au malade ou vice versa. Il nous appartiendra, dans cette sous-partie, d’essayer d’éviter de confondre les échelles, en analysant l’espace dans lequel vit le malade non pas pour rechercher les éventuelles causes de la maladie, mais plutôt pour dresser un tableau de cet aspect de la vie quotidienne des malades. La pratique de la ville passe surtout par la pratique du logement, et sur des modes d’occupation particuliers. Les médecins du XIX^{ème} et début du XX^{ème} siècle mettaient en avant la densité comme facteur de contagion directe. Mais outre un facteur de contagion, la forte densité est aussi un révélateur de misère urbaine, en particulier lorsqu’elle se décompose en des types d’occupation distincts. Dans cette étude des indices de la précarité spatiale dans la pratique urbaine, à la réalité des logements misérables et partagés, s’ajoute aussi la mobilité résidentielle, difficile à observer mais qui révèle aussi un manque d’intégration et un statut social précaire. Trois éléments permettent donc d’évoquer l’environnement quotidien ou l’espace vécu du tuberculeux soigné à Barcelone dans les années 1930. D’un point de vue méthodologique, l’analyse des données pourrait poser un problème puisque celles-ci n’ont pas la même valeur scientifique ; les renseignements sur les intérieurs des malades sont de l’ordre de la description des professionnels, ceux sur les types d’occupation associent données statistiques et description narrative, alors que concernant la mobilité résidentielle, les informations sont fragmentaires et apparaissent comme des indices qui pourraient sembler anecdotiques. Mais ces décalages perceptibles font aussi la richesse de l’analyse, puisque ces données sont également complémentaires, en donnant à voir, non pas *la*, mais *une* réalité du vécu des malades et de leur environnement quotidien. Outre cette étude du logement comme

¹ Boris Vian, *L’écume des jours*, Société Nouvelle des Editions Pauvert, Paris, 1979.

² Voir les analyses des discours des médecins dans le chapitre 2.

lieu de vie, il s'agit ici de se demander dans quelle mesure cette forme de précarité sociale et spatiale qui est mise en évidence dans la pratique spatiale quotidienne complète celle perçue au à une échelle plus générale.

1. Du logement misérable...

Les descriptions des logements des malades par les médecins sont des données rares, qui permettent d'entrer dans la réalité des malades, sans qu'il soit possible de faire de ces observations subjectives une norme qui puisse définir les intérieurs des tuberculeux. Les médecins recherchent en effet les éléments tuberculigènes dans l'espace, et ne s'attardent que sur les conditions précaires, ne décrivant donc que les logements qui selon eux posent problème. Nous ne disposons pas d'assez d'informations pour réaliser des statistiques quant aux conditions particulières de l'habitat. Néanmoins, certaines des fiches cliniques retrouvées laissent échapper un certain nombre d'indications, qui mises bout à bout peuvent nous permettre d'évoquer les logements des malades de l'intérieur, sous couvert de la transformation des médecins. Nous avons tout d'abord retrouvé quelques 52 fiches de visites à domicile du docteur des dispensaires Blancs, Eduard Xalabarder, qui livrent quelques éléments, de temps à autre¹.

Mais le support particulièrement intéressant est constitué par les fiches des infirmières visiteuses, ou les visiteuses sanitaires du dispensaire central. Il s'agit d'une documentation si importante qu'elle a même été utilisée par le GATCPAC dans le numéro 25 de la revue *AC* pour illustrer l'insalubrité de l'habitat dans le *Raval*². Malheureusement, dans les années 1980, le Dispensaire antituberculeux est déplacé de la rue Torres Amat vers *l'Avinguda Drassanes* au sud du *Raval*. Lors de ce déménagement, le fond est presque entièrement jeté, les propres médecins du dispensaire se chargèrent de réaliser une sélection des fiches à conserver³. Ce choix réalisé par les médecins a pour inconvénient de montrer un échantillon choisi, sans doute parmi les fiches représentant le mieux l'activité du dispensaire. Par ailleurs,

¹ Voir en annexe la structure de la fiche, extrait du *Fonds Xalabarder*, MHMC.

² Voir le document en annexe, extrait de la revue *AC*. Les fiches cliniques du dispensaire et les enquêtes sociales réalisées par le « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* » sont conservées au CAP RSD.

³ Informations recueillies lors d'un entretien avec le docteur Neus Altet Gómez, responsable du centre de prévention contre la tuberculose du « Centre d'Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes », à l'heure actuelle.

il s'agit généralement de fiches assez complètes, qui peuvent nous orienter vers l'étude de l'habitat du malade¹.

A travers ces sources, et en décryptant les propos des médecins centrés sur la recherche du facteur aggravant la maladie, il est possible d'observer un certain nombre de caractéristiques des logements, qui ne sont pas toujours révélatrices d'une misère sans nom mais qui généralement indiquent une réalité d'un espace de vie précaire.

- *Équipement sanitaire et dégradation : des conditions hygiéniques plus ou moins mauvaises*

Mercè Tatjer a analysé les contrôles de l'hygiène domestique et de la salubrité de l'habitat réalisés par les autorités municipales au début du XX^{ème} siècle². Elle met en avant le fait que la municipalité tente d'établir, assez vaguement, des normes en particulier en ce qui concerne l'équipement sanitaire qui finalement, comme nous pourrions le constater avec ces quelques exemples, ne sont pas toujours respectées. Avec l'étude des fiches cliniques et des informations notées par les médecins, nous retrouvons des qualificatifs semblables à ceux utilisés pour décrire les logements dans les discours³, et finalement ces fiches font apparaître les mêmes travers des logements des malades, c'est-à-dire ancienneté des habitats synonyme d'insalubrité ou de saleté.

Pour le docteur Eduard Xalabarder, les causes de la maladie sont plutôt sociales, ce que nous pouvons vérifier au travers de l'étude des 52 feuilles de visites à domicile⁴. Néanmoins, il note un certain nombre d'informations, dans une rubrique *observation*, tel le prix du loyer, élément permettant à la fois d'étudier l'habitat mais aussi de percevoir le statut économique des patients. La densité est également un thème qui revient souvent car très liée aux conceptions contagionistes de la maladie. Enfin, la plupart des informations ont trait à l'état de l'habitat. Il est assez intéressant de constater que généralement, c'est lorsque le patient est

¹ Par contre, les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau n'évoquent presque jamais le logement du malade.

² TATJER, Mercedes, « Control municipal de la salubritat y de la higiene domèstica en Barcelona (1856-1932) », dans FRAILE, Pedro (dir.) et BONASTRA, Quim (coord.). *Modelar para Governar. El control de la poblaci3n y el territori en Europa y Canad3. Una perspectiva hist3rica*, Publicacions Universitat de Barcelona, 2001.

³ Voir chapitre 2.

⁴ Souvenons-nous que dans ses travaux scientifiques, ce médecin a aussi mis en doute la responsabilité de l'espace, en préférant valoriser les facteurs sociaux pour expliquer l'impact de la tuberculose. XALABARDER i SERRA, Eduard, *La tuberculosis en Barcelona*, La Medicina Social espa3ola, n°3, pp. 587-593.

absent au moment de la visite que le médecin se centre alors sur son logement, comme pour éviter que son déplacement soit une perte de temps. C'est le cas lorsqu'en se rendant voir un patient au numéro 13 de la rue du *Tigre* dans le *Raval*, il note succinctement en observation « *no estaba en casa, habitación mala* »¹. D'une manière générale, les observations rapides que fait le médecin décrivent un logement de mauvaise qualité, ce qui s'explique par le fait que l'enquêteur recherche les causes explicatives de la maladie ou les facteurs aggravants et nous pouvons supposer que lorsqu'il trouve les conditions de logement bonnes, il ne le précise pas forcément. Quelques précisions parfois nous permettent de comprendre ce que signifie un logement insalubre ou de mauvaise condition pour Eduard Xalabarder, en particulier dans le peu de cas où le médecin donne un jugement positif sur l'habitat. D'abord, il y a la question de l'aération et du soleil. Au n°213 du *Passeig de Sant Joan*, vit un malade de 16 ans, sculpteur de profession, que le médecin ne pourra pas ausculter puisqu'il est sorti pour « *tomar el sol* », prendre un bain de soleil, comme cela est préconisé par les médecins. Cela permet au médecin de se rendre rapidement compte que le logement est très pauvre, mais de conditions hygiéniques correctes puisque le soleil entre dans l'appartement, et l'air y circule. Un autre élément lié à l'insalubrité de l'habitat est l'humidité ambiante. Effectivement, c'est ce qui préoccupe le docteur Xalabarder lors de son déplacement chez le marin *Martín Pradell*, vivant au 9 rue *Sant Rafael* dans *Barceloneta*. Le logement est très humide, et il est également très petit. Nous pouvons en déduire qu'il s'agit très certainement d'un *quart de casa*, typique du quartier². Néanmoins, l'état de l'habitat dans ce cas ne fait que compléter le profil extrêmement pauvre d'un malade qui pour le moment, travaille à la journée, déchargeant les bateaux de pêche de leur cargaison et dont la femme et une amie qu'ils hébergent vendent des cartes dans la rue afin d'obtenir un apport supplémentaire. La saleté est encore un thème abordé par le médecin, mais elle est très liée à l'attitude des malades. Ainsi, lorsque celui-ci se déplace au 537 rue de *Mallorca* dans l'ensanche, la famille de la patiente le fait attendre à la porte avant de lui ouvrir, ce qui lui semble déjà de mauvaise augure. Ils l'introduisent ensuite dans un logement pauvre et sale. Le responsable des dispensaires blancs juge alors sévèrement ces habitants, qui vivent dans la saleté alors que leur logement est plutôt salubre au départ étant donné que c'est une nouvelle construction.

La distinction significative entre logement de construction ancienne et logement de construction nouvelle est un élément qui s'observe encore souvent chez les enquêteurs du

¹ « il n'était pas chez lui, mauvais état du logement ».

² Sur les « quarts de casa », voir TATJER, Mercé, *La Barceloneta : del siglo XVIII al Plan de la Ribera*, 1973, *op. cit.*

dispensaire central dans les années 1920 et 1930. Dans les enquêtes sociales rédigées en 1921, l'une des premières rubriques qui suivent l'adresse du logement est celle du type d'habitat. Les médecins ou infirmières visiteuses précisent généralement, pour les fiches que nous avons consultées, qu'il s'agit d'habitat ancien¹. Les fiches cliniques de reconnaissance des patients, qui se déplacent au dispensaire, contiennent, elles aussi, une rubrique qui interroge le malade sur l'état des habitats dans lesquels il a vécu². Sur les 67 fiches retrouvées pour les années 1920, 35 qualifient les conditions d'habitat du malade comme « bonnes », 15 sont mauvaises, et deux autres sont moyennes. Dans une fiche il n'est rien précisé. Ces qualifications sont loin des résultats proposés par Lluís Sayé dans son ouvrage de 1924, pour qui sur 126 logements visités, 32 possédaient de bonnes conditions hygiéniques, 15 des conditions moyennes et 75 des conditions plutôt mauvaises³. Notons que ces chiffres de Lluís Sayé se rapportent à des visites à domicile d'enquêteurs, alors que dans notre cas, il s'agit sans doute de la réponse du patient à une question posée par le médecin.

Mais qu'est-ce qu'une bonne condition de logement selon les médecins ? Tout comme pour Eduard Xalabarder, nous retrouvons l'influence de l'air et du soleil, en particulier dans les feuilles de visite à domicile. La structure des feuilles de visite reproduites ci-dessous met en avant les éléments sur lesquels se concentrent l'observateur, les conditions générales d'hygiène, la propreté, les conditions de ventilation, et ce pour l'habitat en général puis, plus précisément pour la chambre du malade.

¹ Le mot le plus fréquemment utilisé est « *vella* », vieilles.

² « *Domicilis on ha viscut i en quines condicions* », (domicile où il a vécu et dans quelles conditions).

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, p. 93. Voir le chapitre 2.

Illustration 8: Exemple d'enquête sociale réalisée par le Service d'assistance sociale des tuberculeux de la Mancomunitat de Catalunya en 1921

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA
 ASSISTÈNCIA SOCIAL DELS TUBERCULOSOS
 Radas, 24 (Poble Sec)

Història núm. -236-
 Visita domiciliària núm. _____

ENQUESTA SOCIAL

Nom [redacted] Carrer Robador-4 Pis 4^{art} Porta 4^a Districte 5^o
 Tipus de la casa és un pis molt petit en escala bruta Condicions generals d'higiene Dolentes perquè
la escala i tot el barri es molt brut
 Pis : Número d'habitacions quatre habitacions de dormir tres Condicions de netedat Regulars

Condicions de ventilació Sols té ventilació una sala i alcoba, lo demés tot e
interior

Número d'habitants sis Quants en cada habitació? des en una altre
tres a un quarto interior, i un a un altre
 Habitació del malalt petita i sense ventilació
 Ventilació sols pot ventilar-se per la porta Sol sol contra al menjador
 En qui dorm tot sol

Aigua ?
 W. C. _____

Individus de la família	Edat	Ofici	Jornal	Estat de salut
<u>el pare del malalt</u>	<u>?</u>	<u>?</u>	<u>" entre tots</u>	<u>bo</u>
<u>germanes del malalt</u>	<u>26</u>	<u>dependentia</u>	<u>" quan en</u>	<u>"</u>
<u>la mare del malalt</u>	<u>14</u>	<u>"</u>	<u>" 135 ptes</u>	<u>"</u>
	<u>12</u>	<u>aprenentia</u>	<u>" al mes</u>	<u>"</u>

20-juliol 1921
 Badell

(Source : Dépôt du CAP RSD)

Notons que la taille de l'habitat est aussi un thème abordé au travers du nombre de pièces, ainsi que la densité par habitat et par chambre.

Au n°11 de la rue *Murillo*, dans le *Poble Sec*, vit *Miquel Prada* de 21 ans, suivi par le *Servei*¹ depuis la mort de son frère de 19 ans d'une « phtisie galopante ». Il vit avec sa famille et sa grand-mère dans un logement qui, une fois n'est pas coutume, est considéré comme salubre par les infirmières visiteuses. Cela s'explique à la fois par le fait qu'il y a suffisamment de chambres pour tous et surtout parce qu'il y a plusieurs fenêtres, et qu'en particulier le malade en a une dans sa chambre. Cette aération semble pallier le fait qu'il y ait peu de soleil le matin. De plus, le logement dispose d'eau courante même s'il n'y a pas de WC. Aller chercher l'eau à la fontaine, c'est le quotidien pour *Ana Cortes*, dont toute la famille est auscultée par le service antituberculeux entre septembre et octobre 1921. Selon sa fiche clinique, cette ouvrière de 27 ans vivant au n°1 de la rue *Semollera*, explique que son travail d'ouvrière lui est beaucoup moins pénible que celui qu'elle réalise chez elle. Par ailleurs, l'enquête sociale sur son logement indique un habitat plutôt dégradé selon les critères des médecins. La responsabilité vient surtout de l'immeuble ancien dont les parties communes sont assez délabrées, et sentent mauvais. Le logement en lui-même est plutôt propre, et relativement salubre. Dans la rubrique des conditions de ventilation, l'infirmière décrit des conditions correctes, mais elle précise ensuite qu'il faut réorganiser le logement, afin que l'un des enfants puisse avoir une chambre aérée. La chambre de la malade, ici en l'occurrence la mère de famille, est de taille moyenne et surtout donne sur la rue. En ce qui concerne les conditions d'ensoleillement, elles sont assez moyennes, puisque l'hiver le soleil ne pénètre pas, et ce d'après ce que dit la malade. Nous disposons de plusieurs adresses pour la même famille. En effet, à quelques pas de là, au numéro 32 de la rue *Peu de la Creu*, vit la sœur de la malade, avec son mari, ses enfants, mais aussi ses autres frères et sœurs, ainsi que leurs parents. Elle est également suivie par le dispensaire, tout comme deux autres sœurs, l'une vivant au 158 rue *Nou de la Rambla* et l'autre au 219 de la rue *Padilla*. Les habitats sont tous considérés comme ayant de bonnes conditions dans les fiches cliniques.

L'évolution dans le temps du logement des malades est perceptible à travers les fiches cliniques. Eduard Xalabarder évoque ainsi dans le cas d'une famille qui, pour les besoins d'un des membres de la famille a dû changer d'appartement. Maintenant, ils habitent dans un « bajo » de la rue *Casanova* et l'état de la malade a empiré. En 1921, les médecins du dispensaire central considèrent d'une manière beaucoup plus sérieuse les possibles liens entre les conditions du logement et la maladie. Le rapport entre l'infection tuberculeuse et un

¹ *Servei d'assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya*, dans lequel s'intègre le Dispensaire Central de *Radas*, puis de *Torres Amat*.

changement d'adresse est donc primordial. C'est le cas par exemple de la famille *Martínez*, composée à l'origine des deux parents et de dix enfants dont sept sont morts, de méningite ou de processus tuberculeux, qui subit une reconnaissance médicale générale, suite à la déclaration de la maladie chez le père de famille. Tous les membres de la famille sont auscultés, et est réalisée également une visite à leur domicile situé au n° 4 de la rue *Robador*¹. Le logement pose de nombreux problèmes au médecin ou à l'infirmière visiteuse, puisque pour tout l'appartement on ne compte qu'une seule fenêtre. Par conséquent le malade vit dans une chambre sans aucune aération, le soleil n'entre que dans la salle à manger, il n'y a pas d'eau, pas de WC. Les conditions générales d'hygiène sont mauvaises car l'escalier mais aussi le quartier dans sa globalité sont insalubres. C'est ce déplacement dans un quartier aussi malsain qui peut être la cause de la maladie pour le médecin qui explique dans la fiche clinique que :

*« fan 6 anys que viuen al carrer Robador en dolentes condicions : sense sol l'hivern, l'habitació de dormir petite. Quan vivian a Cartagena vivian en una casa molt sana. »*²

D'autres patients indiquent avoir vécu autrefois dans des habitats en bon état, et avoir connu suite à un déménagement une dégradation de leur environnement proche, et vivre maintenant dans une situation particulièrement précaire. Ainsi, la famille *Arnau*, vivant au 96, rue *del Siti* dans *Poble Sec* n'a pas toujours vécu dans des conditions aussi mauvaises. Dans la fiche clinique de la mère de famille, le médecin écrit à propos des conditions de logements dans lesquels elle a vécu :

*« A vegades en bones condicions. Ara en pèsimes condicions: és una botiga humida; dormen a terra; 10 persones en tota la botiga. »*³

L'enquête sociale sur l'habitat de cette malade, évoque des conditions d'hygiène mauvaises, étant donné que « tout est sale et ne peut pas être plus humide »⁴. Mais les infirmières visiteuses ou le médecin vont encore plus loin, et se centrent sur la saleté, en décrivant un intérieur aux conditions particulièrement dégradées, qui semble les impressionner.

¹ Voir la fiche de visite à domicile reproduite plus haut.

² « Cela fait 6 ans qu'ils habitent dans la rue Robador, dans de mauvaises conditions: sans soleil l'hiver, la chambre est petite. Lorsqu'ils vivaient à Carthagène, ils vivaient dans une maison très saine. » (la traduction est littérale).

³ « Parfois dans de bonnes conditions. Maintenant dans de très mauvaises conditions : c'est un rez-de-chaussée humide, ils dorment par terre, 10 personnes dans tout le rez-de-chaussée. » (La traduction est littérale).

⁴ « *tot es brut i no pot ser més humit* », original dans la fiche.

« *Tot es molt brut i humit, tant que entre la porqueria i humitat sembla que a terra hi hagi fanc.* »¹

Parfois, il n'y a aucune différence du point de vue de l'hygiène entre tous les logements où le malade se souvient avoir vécu. *Andrés Fernandez*, vit en 1921 au n°14 de la rue *Radas*, dans un logement aux conditions d'hygiène mauvaises, sans aération ni lumière naturelle. Mais il ne vit dans ce logement que depuis deux ans, et avant cette date il a vécu quatre mois dans la rue *Tapioles*, à quelques centaines de mètres, dans un logement aux mêmes caractéristiques insalubres, humide, sans lumière et sans aération.

Cependant, dans les fiches cliniques du dispensaire que nous avons pu consulter, nous retrouvons plus souvent des malades vivant dans des conditions de logement simplement qualifiées de bonnes.

En 1937, *Maria Vilar*, suite à la mort de son frère tuberculeux, est reçue au dispensaire. Un médecin, certainement le docteur *Seix*, à qui elle a été recommandée par un collègue, écrit que :

« *Fins als 7 anys va viure al carrer del Carme en uns baixos humits y poc ventilats ; despres sempre en bones condicions.* »²

Mais n'oublions pas que l'objectif des médecins avec ces questions est de retrouver la cause de la maladie, autrement dit l'agent infectieux. Dans le cas de *Maria Vilar*, si son logement de la rue *Ali Bey* n°140 ne semble pas être mis en cause, elle travaille par contre dans un atelier peu hygiénique. A cela s'ajoute le fait que son frère est mort il y a quatre ans d'une méningite tuberculeuse, et qu'elle a longtemps vécu avec lui. Enfin, elle a une alimentation très pauvre, liée à son manque de moyens financiers.

- *Loyers et tailles des logements*

Ayant justement conscience que les raisons économiques déterminent la localisation des malades dans les zones les plus insalubres et les logements précaires, *Eduard Xalabarder*, lors de ses visites à domicile, prend soin de demander le montant du loyer. Sur les 52 fiches, le

¹ « Tout est très sale et humide, tellement qu'entre la saleté et l'humidité on a l'impression que par terre il y a de la boue ».

² « Jusqu'à ses 7 ans elle a vécu dans la rue Carme, dans des rez-de-chaussée humides et peu ventilés: ensuite toujours dans de bonnes conditions ».

coût du loyer oscille entre 8 et 17 pesetas. Le domicile que paye *Andrea Mindan* 8 pesetas au mois se trouve au premier étage du n°28 de la rue *Sant Miguel* dans *Hostafrancs*. Il s'agit d'une femme seule séparée de son mari, qui doit subvenir seule aux besoins de sa famille (deux filles). La mère travaille comme ouvrière textile dans une usine de *Sants* et gagne 13 pesetas à la semaine ; sa fille aînée de 14 ans, sans doute apprentie dans la même usine, rapporte elle 4 pesetas au revenu familial. Au total donc, le loyer représente un huitième des revenus de la famille¹.

La famille du tuberculeux qui, en 1904, paye le plus gros loyer, 17 pesetas par mois, vit au troisième étage de l'immeuble situé au n°9 rue *Jaume Giralt* dans *Ciutat Vella*. Le malade, par ailleurs père de famille, est ébéniste, il gagne 5,5 pesetas, nous supposons à la journée². Ce salaire est complété par celui de sa femme, qui fait des travaux de couture payés à la pièce pour un atelier. Avec cette activité, elle gagne une peseta à la journée et « de quoi dîner ». Pour payer le loyer, les locataires sous-louent une partie de leur appartement, à un « *realquilado* » pour 9 pesetas. Eduard Xalabarder précise que le logement est plutôt en mauvais état du point de vue sanitaire. Les loyers sont cependant peu observés par les médecins du dispensaire central, qui se centrent plutôt sur la conséquence, à savoir un habitat précaire et souvent petit³. En effet, la mention de chambres petites ou de logement exigu suit souvent les remarques sur les conditions sanitaires de l'habitat. Les fiches cliniques font ainsi mention de logements réduits, tel celui de la rue *del Siti*, ou *Robador*. Mais c'est surtout la taille des chambres qui préoccupent les médecins, comme c'est le cas du logement de la famille *Martínez*, cité auparavant, dont la chambre du malade était considérée comme particulièrement petite.

Et plus encore que la taille, c'est l'organisation du logement, l'emplacement des chambres et des meubles qui est avancé comme un élément de compréhension du lien entre maladie et habitat, et qui pour nous constitue un indicateur de précarité. En effet, cela correspond aux théories architecturales et hygiénistes de l'époque, qui préfèrent un appartement

¹ Simón Hergueta, en 1895, parlait lui de précarité représentant un risque certain pour la santé des ouvriers lorsque le loyer représentait une somme correspondant à un cinquième ou un sixième du capital total de la famille. Peut-être pouvons-nous donc dire en ce sens que la proportion accordée au loyer par cette famille tuberculeuse n'est pas si importante finalement. HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p.

² Il est possible que comme beaucoup d'ouvriers qualifiés, le malade travaille « *al destajo* », et que les 5,5 pesetas soient une estimation du salaire moyen gagné à la journée.

³ A l'inverse, les salaires des personnes vivant dans les logements sont généralement donnés dans les feuilles de visite à domicile.

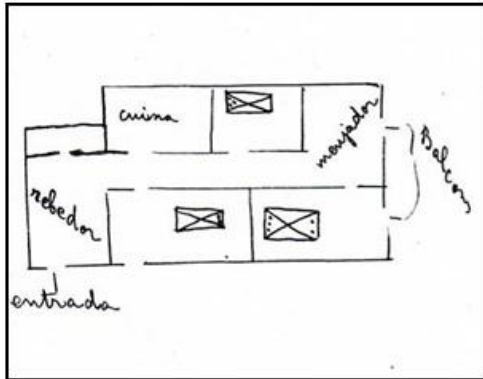
compartimenté mais où chaque pièce a sa fonction précisément désignée, plutôt qu'un logement avec plus d'espace mais sans définition particulière¹. Nous avons déjà évoqué les cas où l'infirmière visiteuse conseillait à la famille de changer l'organisation du logement afin de permettre à un enfant de dormir dans une pièce où entrerait soleil et air pur. *Antonia Benet*, une ouvrière dans le textile de 25 ans qui se rend au dispensaire central en 1921, vit dans un logement au deuxième étage de l'immeuble n° 63 rue del *Gall* dans *Hostafrancs*. Le logement est dans un état passable selon le médecin, mais surtout, la malade dort avec ses deux sœurs dans une même pièce, sans fenêtres extérieures, soit sans soleil et sans air. Ce qui semble être un indice de densité est interprété par les médecins comme un problème d'organisation. Ainsi, dans la rubrique « *indications à prendre* », où est généralement inscrit le traitement médical, est conseillé une meilleure disposition des chambres².

Un élément particulièrement remarquable des feuilles de visite à domicile sont les plans représentant l'habitat réalisés par les infirmières ou les médecins qui visitaient les malades chez eux. Malheureusement, nous n'avons pu retrouver que huit de ces feuilles, pour les années 1920 et aucune pour les années 1930. Malgré tout, comme nous les reproduisons ci-dessous, nous pouvons en dégager un certain nombre d'éléments concernant le malade et son environnement immédiat.

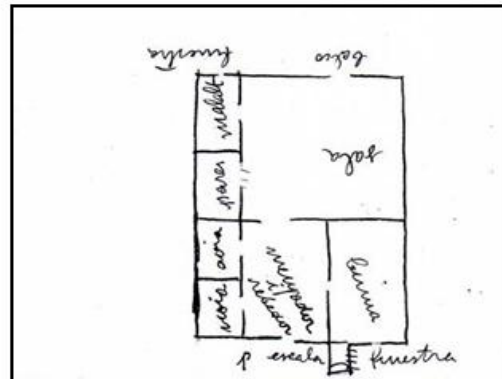
¹ Voir les logements types de la revue AC du GATCPAC, cités précédemment, dans le chapitre 2.

² « *Millor disposició de les habitacions, més alimentada i més descans.* » (« Meilleure organisation des chambres, plus d'alimentation, plus de repos ».)

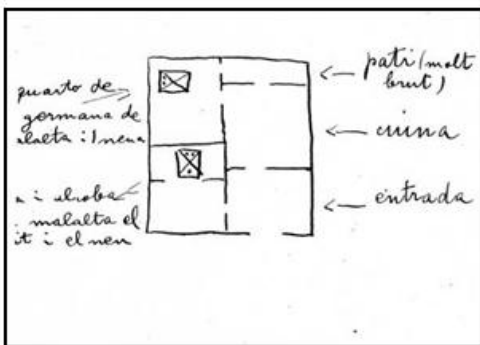
Plan 6 : Plans des logements, extraits des « Enquêtes sociales » du Servei d'assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya, 1921-1923



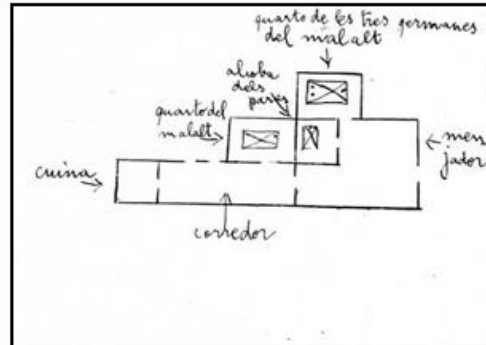
1 c/ Aragó, n°47, 1^{er}, 4^a



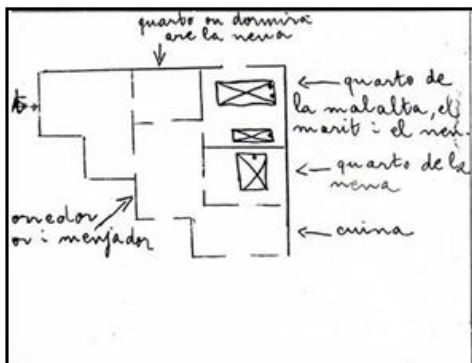
2 c/ Murillo, n°11, 3er, 2^a



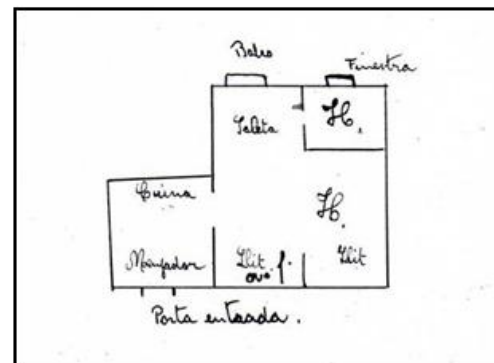
3 c/ Siti, n°96, tienda



4 c/ Robador, n°4, 4, 4^a



5 c/ Semoleres, n°1, 4, 2^a



6 c/ Villajoyosa, n°9, 2, 1a

(Source : Dépôt du CAP RSD)

Pour trois plans sur les six présentés ici nous avons les détails jusqu'au dessin du lit et du nombre de personnes y dormant chaque nuit¹. Chacun des habitats a une structure et une organisation très différente. Nous retrouvons le schéma du fameux logement rue *Semollera*, celui où l'infirmière visiteuse insiste pour que la fille dorme dans une pièce donnant sur la cuisine, qui permet d'avoir une meilleure aération, et ce, sans doute grâce à la fenêtre de la cuisine. Les logements des rues *Robador* et *Siti* sont considérés comme particulièrement insalubres par les infirmières visiteuses. Celui de la rue *Robador*, où vit la famille *Martínez* de Carthagène, s'organise autour d'une seule fenêtre, celle de la salle à manger, les chambres étant situées dans des pièces sans aucune fenêtre. De plus, le logement nous semble à première vue particulièrement petit. Le logement de la rue *Murillo*, possède des caractéristiques moins mauvaises selon les infirmières, puisque deux chambres sur quatre ont un accès direct ou indirect à une fenêtre et donc à la lumière naturelle. Ce qui nous frappe également sur le schéma de ce logement est la compartimentation de l'espace. En effet, les chambres semblent minuscules, mais cela permet qu'il n'y ait qu'une seule personne qui dorme par pièce. Ne pas dormir dans la même pièce est une règle hygiénique de base pour les médecins de l'époque. L'infirmière visiteuse dans ce cas, précise même qu'étant donné que cinq personnes vivent dans le logement et qu'il n'y a que quatre chambres, un lit est installé tous les jours dans la salle à manger.

Les conditions hygiéniques du logement situé rue *Aragó* sont qualifiées de « bonnes » par le médecin qui ausculte la mère de famille. Pourtant, lorsque le médecin ou l'infirmière se rend dans le domicile, il ou elle indique un habitat plutôt sale, relativement petit, sauf en ce qui concerne la chambre parentale, où dort la malade qui est la seule à avoir une fenêtre sur la rue, comme nous pouvons le constater sur le premier schéma. Mais surtout, le plan de la maison nous permet de constater que malgré des conditions d'hygiène correctes, l'habitat est encore une fois particulièrement petit, compte tenu du fait que dix personnes y vivent. Cela implique non seulement que plusieurs personnes dorment dans la même pièce, mais également qu'elles partagent un même lit. L'exemple extrême se trouve dans cette chambre où cinq personnes, certainement les enfants, semblent, selon le schéma, partager un seul lit ce qui, pour le médecin, est un gage de contagion évidente, et pour nous un symbole de précarité sociale assez impressionnant.

¹ Le nombre des points dans les lits semble en effet symboliser le nombre de personnes qui y dorment, même si nous n'avons aucune indication précise qui permette de vérifier cette hypothèse.

- « *Es tot fosc i jo al llit* »¹

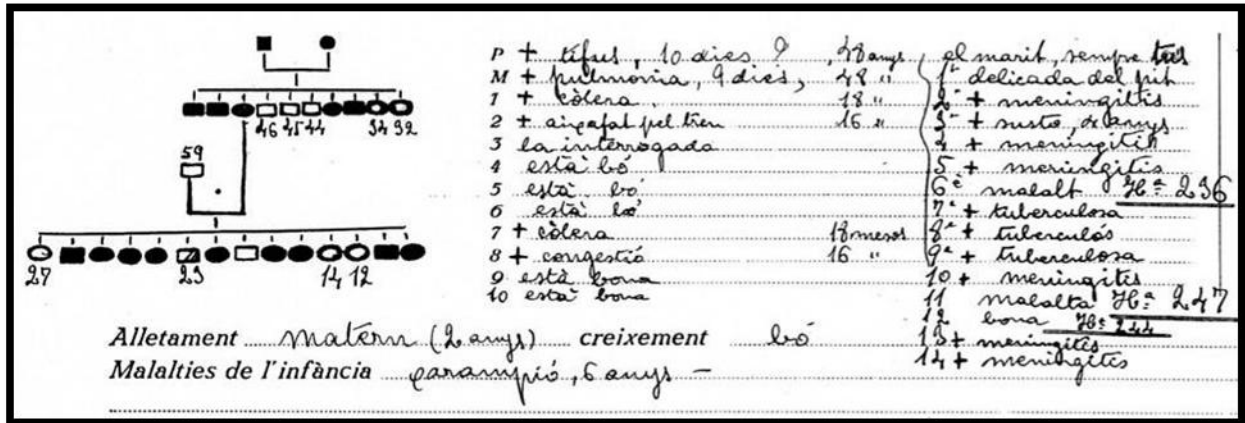
Le terme « *fosc* » ou obscur tel qu'il est employé par *Joan Salvat Papasseit* dans son poème fait référence à la nuit dans laquelle l'auteur se sent seul et piégé, mais il pourrait également s'appliquer au manque de lumière naturelle dans d'autres cas. C'est par exemple de cette manière que l'infirmière visiteuse qualifie la chambre du malade située rue *Sant Erasme* dans le *Raval*². Malgré le fait que la chambre soit sombre, les conditions ne sont pas si mauvaises, étant donné que le malade dort seul. En effet, la conception contagioniste des médecins les entraînent à se préoccuper beaucoup de la densité par habitat et de la promiscuité. Le lit est le meuble qui intéresse le plus les médecins. Lorsqu'il se déplace au n°17 de la rue *Zurbano*, dans *Ciutat Vella*, *Eduard Xalabarder* découvre « *una casa (con) aspecto pobrísimo, con una cama sola para tres y sin ropa.* » Alors que le fait de dormir dans le même lit est directement considéré comme une pratique à risque, car multipliant le facteur de contagion, l'absence de drap est plutôt du ressort de la misère dans laquelle se trouve la famille. Nous avons évoqué plus haut le cas de *Miquel Prada*, malade vivant dans le logement n°11 de la rue *Murillo*, dont le plan est visible plus haut. Le malade dort dans la pièce la plus saine, avec une aération directe sur la rue. Cependant, le médecin note également dans sa fiche clinique que le frère du malade est mort de tuberculose et que les deux frères dormaient dans le même lit. C'est bel et bien ce qui explique, selon le médecin, l'infection chez le malade alors qu'il vit dans un logement salubre. Mais le fait de dormir dans une pièce séparée n'est pas forcément une garantie, puisque la sœur qui a toujours dormi dans une chambre différente, est aussi tombée malade. La contagion par « proximité » est ainsi abordée par les médecins lors de la reconnaissance de toute la famille d'*Ana Cortes*, vivant dans les quatre logements des rues *Semollera*, *Nou de la Rambla*, *Padilla*, et *Peu de la Creu*. Selon toute logique, pour les médecins, l'infection proviendrait de l'habitat de la rue *Peu de la Creu*, où vivaient toutes les patientes avant de se marier. La densité est importante dans le logement, puisque l'on compte 7 personnes y vivant quotidiennement en 1921. Mais la famille originalement est beaucoup plus vaste puisque suivant le schéma que font les médecins, les parents auraient eu 14 enfants, qui auraient cohabité dans le même espace. La majorité sont morts très jeunes de diphtérie, d'autres de méningite ou de tuberculose.

¹ « Tout est obscur et moi dans le lit », *Joan Salvat Papasseit*, *Es tot fosc i jo al llit*. Columna de Foc, n°5, Barcelone, 1919.

² « *quarto fosc* » écrit littéralement l'infirmière visiteuse.

La contagion lorsque l'on regarde la famille *Martínez* est aussi impressionnante. Nous connaissons la structure de leur logement, la mortalité dans la famille est particulièrement élevée, comme nous pouvons le constater sur le schéma familial réalisé par le médecin et reproduit ci-dessous.

Illustration 9 : Schéma familial de la famille Martínez logée n°4 rue Robador



(Source : Dépôt du CAP RSD)

Ici nous comptons une dizaine de personnes qui vivraient dans le même logement, mais l'enquête sociale réalisée à la même époque n'en comptabilise que six. Malgré tout, c'est plus que des antécédents familiaux que nous observons sur ce schéma, étant donné que les malades ont tous vécus ensemble. Nous pouvons donc constater dans le même logement trois personnes au moins mortes de tuberculose, trois malades suivis par le dispensaire en 1921, sans compter un mari qui tousse, une aînée poitrinaire, et plusieurs décès de méningite qui peuvent être suspectés de tuberculeux. De plus, il faut préciser l'importante mortalité par des épidémies infectieuses, le typhus ou le choléra. Sur le plan du logement de la famille *Martínez*, nous voyons que les trois sœurs du malade dorment dans le même lit, les parents dans une toute petite alcôve, et le malade, pour lequel a été réalisée l'enquête, dort seul¹. Dans le logement situé rue *Aragó*, les conditions d'hygiène sont parait-il correctes, mais le médecin est très intéressé par le fait que cinq personnes partagent le même lit. En effet, dix personnes se répartissent dans trois chambres, l'importante densité semble renforcée par rapport à la taille présumée du logement. Si c'est bien la promiscuité qui pose problème aux médecins,

¹ Voir les plans des logements plus haut, il s'agit du logement n°4 rue *Robador*.

ces informations nous donnent aussi la sensation plus générale de conditions de logement précaires, et est un indice de misère sociale.

D'une manière générale, la forte densité est une caractéristique dans les habitats des malades consultés, et l'expérience vécue semble être celle d'une promiscuité certaine, qui doit être rapportée au niveau social très bas des patients reçus au dispensaire.

Ces fiches cliniques et feuilles de visites à domicile nous permettent d'observer de manière qualitative un certain nombre d'aspects matériels de la vie quotidienne des patients, même si aucune vision globale ne peut se détacher. Le fait que les malades dorment à plusieurs, que les intérieurs soient petits, ou encore que le loyer représente parfois une grosse part du revenu des malades et ce malgré le fait qu'ils soient peu élevés, tout ceci et d'autres éléments encore sont des indices de précarité sociale et spatiale. Le vécu des malades tel qu'il est perçu montre une précarité qui se met en place à partir de ce qui pour les médecins constitue les facteurs aggravants de la maladie, l'insalubrité et la densité. En effet, le fait de partager un lit à plusieurs est révélateur d'un manque de moyen au moins tout autant qu'un risque de contagion. Cependant, la densité dans les logements est aussi en soi un signe de précarité sociale, puisque le partage des logements à plusieurs est aussi un moyen de partager un loyer parfois beaucoup trop élevé pour une seule famille.

2. ...Au partage des loyers

Effectivement, si les malades partagent souvent les lits en dehors du couple, c'est aussi parce que les logements sont parfois partagés entre plusieurs familles. Chacune dispose alors d'une ou de plusieurs pièces et en partage parfois d'autres. Les taux de densité très élevés que nous avons évoqués dans la première partie de ce travail doivent être mis en relation avec les modes d'occupation de ces logements. Plus que des fortes densités, ce sont des foyers multiples, des phénomènes de sous-locations qui permettent d'humaniser le discours, de se dégager d'une simple étude épidémiologique menée par les médecins pour analyser les conditions de vie du tuberculeux. En outre, les fort taux de cohabitation bien plus que la

densité, illustrent un quotidien précaire et révèlent un statut social fragile¹. D'ailleurs, la cohabitation était un indice clé de précarité relevé par des médecins de l'entre-deux-guerres qui s'intéressaient un tant soit peu aux conditions sociales des malades tel que Alvarez Rodriguez Villamil². Dans cette sous-partie, nous verrons à la fois des chiffres de cohabitation élevés, qu'il faudra mettre en relation avec des pratiques de cohabitation afin d'illustrer et d'enrichir notre propos.

- *Les hôtes et les relogés, des modes d'occupation précaires*

Nous disposons de deux niveaux d'étude permettant de réfléchir au poids de la cohabitation dans les logements des malades. Nous verrons tout d'abord la proportion d'hôtes et de relogés dans chaque habitat pour ensuite nous pencher sur les foyers multiples. Le prix souvent élevé des loyers³ conduit un certain nombre de personnes, parmi les plus défavorisées sans doute, à adopter des modes d'occupation informelle. Les « hôtes » ou « *huespedes* » tels qu'ils sont appelés dans le Padrón, sont des personnes, généralement seules, qui sont accueillies dans le logement, et qui soit payent un loyer, soit s'intègrent dans la famille en rapportant leur salaire au budget familial⁴. Ces personnes sont presque toujours inscrites sur la même feuille familiale dans le Padrón de 1930. Les « relogés » ou « *realquilados* », quant à eux, sont généralement des familles, qui sous-louent une partie d'un logement et par conséquent sont généralement indépendantes de la première famille loueuse. Le plus souvent, ces « *realquilados* » sont inscrits dans une feuille familiale différente, ce qui complique largement notre travail d'identification, en nous empêchant souvent de pouvoir dire laquelle des deux familles sous-loue à l'autre, ce qui nous aurait permis notamment de réfléchir à la précarité des familles de tuberculeux⁵.

¹ José Luis Oyón analysait la cohabitation en l'illustrant par ailleurs avec des histoires de vie. Celles-ci montrent précisément que le fait de disposer d'un logement pour la famille seule était bel et bien perçu comme une chance par les familles ouvrières. OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 176.

² ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

³ Selon José Luis Oyón, dans *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, *op. cit.*, le prix du loyer pouvait arriver à représenter 20 à 25% du salaire d'un ouvrier, soit beaucoup plus que ce qui était expliqué par Simón Hergueta à la fin du XIX^{ème} siècle que nous avons considéré comme valable au début du XX^{ème} siècle avec les fiches de visite du docteur Xalabarder.

⁴ *Ibid.*

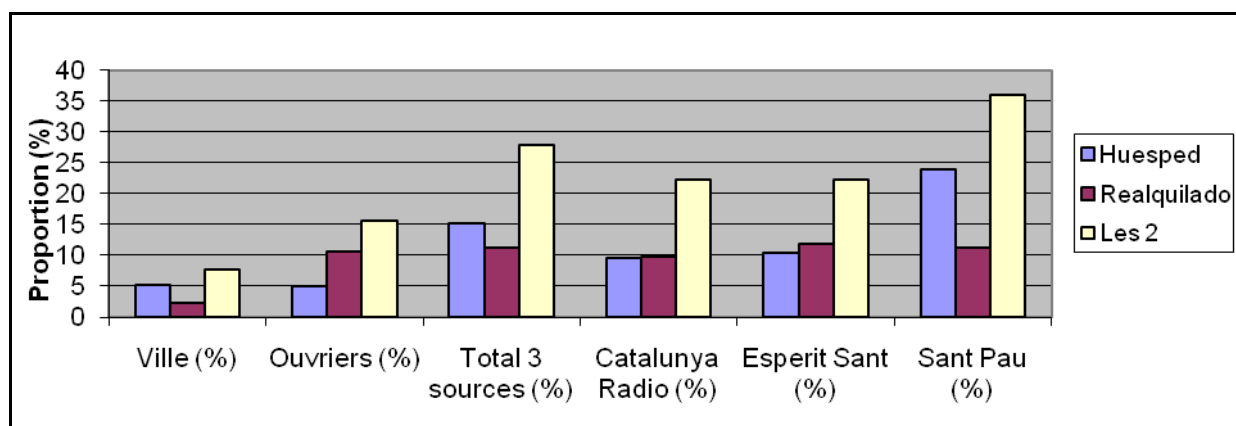
⁵ Bien que cela soit très critiquable, nous avons souvent choisi de déclarer comme « relogée » la famille arrivée le plus récemment dans la ville, ou à défaut, la plus jeune.

Selon José Luis Oyón:

«Por lo general, la condición de huésped supone un grado menor de precariedad económica del cabeza de hogar, mientras que el realquiler implica, por el contrario, una forma más directa de compartir gastos de familias y permite identificar mejor una condición económica todavía más problemática del cabeza de hogar a la hora de satisfacer su renta. »¹

Mais il précise par la suite que cette distinction est en réalité assez peu évidente dans le Padrón, étant donné que beaucoup de «*huespedes*» sont comptabilisés comme «*realquilados*» et vice-versa. Le graphique ci-dessous synthétise la proportion d'«*hôtes*» et de «*relogés*» pour chaque source ainsi que pour la ville de Barcelone et les ouvriers².

Graphique 10 : proportion d'hôtes "huespedes" et de relogés "realquilados" selon les sources



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, registres d'entrées de l'Esperit Sant, Padrón 1930)

La proportion d'hôtes et de relogés dans les logements des tuberculeux est particulièrement élevée pour toutes les sources. Alors que seulement 7,63% des habitants de Barcelone et 15,64% des ouvriers vivent dans un logement avec ce type de cohabitation, ce sont 27,98% des malades des trois sources qui partagent leur logement de cette manière. Les logements des malades soignés à domicile, s'ils ont une proportion d'hôtes bien supérieure à la moyenne

¹ « En général, la condition « d'hôtes » suppose un moindre niveau de précarité économique du chef de ménage, alors que la sous-location implique au contraire, une forme plus directe de partager les dépenses de la famille et permet de mieux identifier une condition économique encore plus problématique du chef de ménage à l'heure de payer son loyer. » *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, op. cit.

² Données récupérées dans *Barcelona 1930 : un atlas social*, 2001, op. cit.

ouvrière ou de la ville (9,53%), sont par contre moins souvent affectés par le « *realquiler* » que la moyenne des ouvriers (9,77%). Nous pouvons constater plus ou moins la même chose dans le cas des logements des malades soignés au sanatorium, bien que la proportion de relogés soit ici supérieure à la moyenne de la ville ouvrière (10,78%). Les logements des malades hospitalisés à Sant Pau comportent eux une proportion très élevée d'hôtes et de relogés, soit 36,07%. Ce chiffre est surtout influencé par la très forte proportion d'hôtes vivant dans les logements des tuberculeux de cette source soit 23,86% pour seulement 4,95% pour la ville ouvrière. Précisons que ce n'est pas forcément le malade qui est l'hôte ou bien relogé dans le logement. En réalité, sur 1508 malades retrouvés dans le Padrón, 240 seulement sont « *huespedes* » ou « *realquilados* » au sein du foyer, soit 16% du total des malades, alors que nous comptabilisons 466 logements sur les 1508 soit 30,9% ayant ces caractéristiques. Au final, dans 51,5% des cas de cohabitation, c'est le malade qui est un hôte ou bien fait partie de la famille relogée. Cependant, nous pouvons penser que tant pour la famille loueuse comme pour la « relogée », la cohabitation est indice de précarité économique. Sur les 150 hôtes tuberculeux, 96 sont issus de l'hôpital de Sant Pau, soit 64%. Cela rejoint le fort taux de « *huespedes* » observé dans les logements des malades de l'hôpital. Nous pouvons nous demander si cela n'a pas un rapport avec la forte proportion de malades logés dans des asiles. En effet, d'après José Luis Oyón, les « *huespedes* » sont fortement représentés dans la « *clase VI* » catégorie sociale incluant par exemple les invalides, ou encore les personnes internées dans des asiles, qui correspondent également à une partie non négligeable des malades de Sant Pau¹. Il apparaît donc que sur cet aspect de la cohabitation, les logements des malades se situent largement au dessus de la moyenne. Si ce sont surtout les « *huespedes* » qui semblent être responsables de ce taux, les « *realquilados* » sont également une proportion bien supérieure à la moyenne de la ville, et sont aussi plus nombreux que dans le monde ouvrier.

- *Des structures familiales nucléaires aux foyers multiples.*

Un autre niveau de lecture permet de réfléchir à la cohabitation : il s'agit des types de structures familiales différentes de la famille nucléaire classique. Dans *Barcelona 1930 : un atlas social*², les familles sont classées par groupes, dont le premier est la famille nucléaire

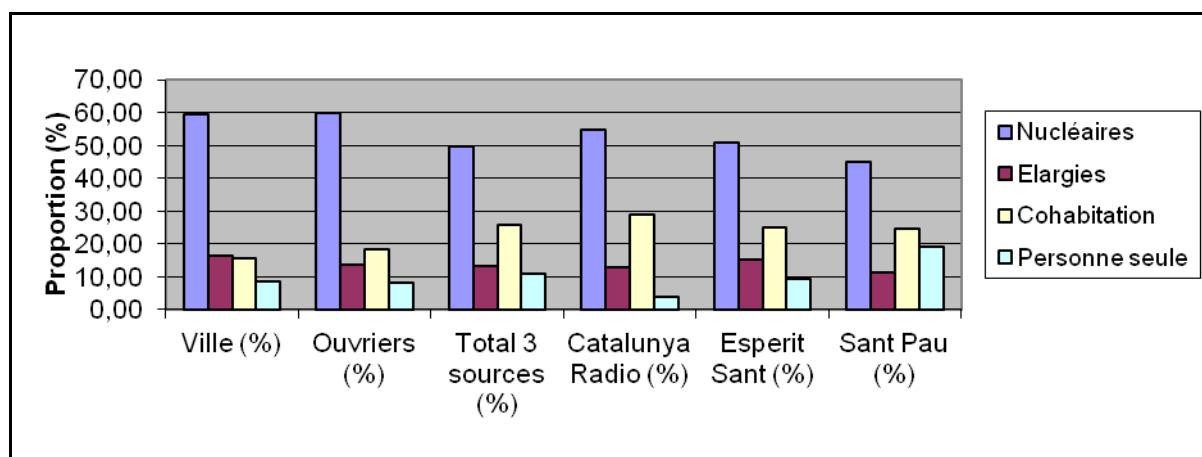
¹ *Ibid.*

² *Ibid.*

qui totalise 56,78% des familles de Barcelone. Le second est la famille « *extensa* », étendue ou élargie qui elle correspond à 17,54% des familles de la ville. Nous avons choisi de regrouper le troisième type, les familles multiples qui représentent 10,31% avec le type « *no familiar* » qui inclut dans un même foyer des familles n’ayant aucun lien de parenté, et représente 6,27% des familles de la ville. Enfin, le dernier type de famille n’en est pas un, puisqu’il regroupe les personnes vivant seules ou résidant à plusieurs dans un même logement sans être unies par aucun lien de parenté (co-résidents).

Le graphique ci-dessous illustre la répartition des malades des trois sources selon ces différents types de familles.

Graphique 11 : proportion de familles nucléaires, élargies, en cohabitation ou personnes seules selon les sources



(Sources : Catalunya Radio, fiches cliniques de l’Hôpital de Sant Pau, registres d’entrées de l’Esperit Sant, Padrón 1930)

Si la proportion de famille nucléaire semble bien être dominante, nous constatons qu’elle est bien moins importante pour les familles des malades que pour la totalité des habitants de la ville ou pour les ouvriers. La famille élargie peut être considérée comme un premier niveau de cohabitation, puisqu’il s’agit d’une famille nucléaire à laquelle s’ajoute une personne supplémentaire, avec un degré de parenté plus éloigné, généralement la mère d’un des parents par exemple, mais parfois aussi une nièce ou bien un neveu venu du village d’origine pour travailler dans la capitale catalane et que l’on accueille pour une période plus ou moins déterminée. C’est le cas par exemple d’*Andrés Fernandez*, un jeune homme de 24 ans qui en 1930 arrive tout juste de Carthagène. Il est alors hébergé par son oncle, également ouvrier

mais installé dans la ville depuis une dizaine d'année et qui vit avec sa famille dans la conciergerie d'un immeuble du *Passeig Sant Joan*. Quelques années plus tard, lorsque le malade est interné à l'Esperit Sant, il a changé de domicile. Nous pouvons donc considérer qu'il s'agit vraiment ici d'un hébergement relativement temporaire, mais parfois cela dure aussi plus longtemps. Dans le cas des tuberculeux de toutes les sources confondues, ce type n'est pas particulièrement représenté, puisqu'aucune des trois sources n'a une proportion supérieure à celle de la ville¹. De plus, seuls les malades de l'Esperit Sant ont une proportion de famille élargie supérieure à celle de la ville ouvrière².

Les taux de cohabitation, entendu ici « familles multiples ou étrangères les unes aux autres » dans le même foyer, sont eux bien supérieurs à la moyenne de la ville comme de la ville ouvrière. Les familles de ce type, que nous appelons cohabitation évidente, représentent 25,93% des familles des malades des trois sources, face à seulement 15,63% de toutes les familles de Barcelone, et 18,42% des familles ouvrières. C'est pour *Catalunya Radio* que la différence est la plus évidente, puisque 28,74% des foyers de cette source sont formés par plusieurs familles, qui cohabitent. Les deux autres sources ont des proportions assez similaires, avec 24,95% pour l'Esperit Sant et 24,76% pour Sant Pau. Dans certains cas, les foyers multiples sont ceux qui rassemblent sous le même toit plusieurs générations. Ainsi, dans le logement de la rue *Manso* dans *l'Eixample Sant Antoni* où vit *Rafael Mir* un tuberculeux hospitalisé à Sant Pau, vivent neuf personnes, qui représentent trois générations différentes. Il y a d'abord les grands-parents du malade, de 80 ans, puis ses parents et son frère ainsi que la femme et les enfants de celui-ci. Les fiches du dispensaire Radas nous montrent également des schémas familiaux parfois complexes, mettant en avant plusieurs générations qui cohabitent³.

D'autre fois, ce sont les familles de deux frères ou bien deux sœurs qui cohabitent, comme par exemple les deux frères *Campos* en 1930. *Juan*, l'ainé qui est journaliste et *Enrique* malade interné à l'Esperit Sant la même année, tout deux originaires de la province de Murcie, sont tous les deux mariés, ont des enfants et partagent un logement situé au 34 rue de *Cendra* dans le *Raval de Ponent*. Et puis, parfois, le lien familial est beaucoup moins proche, voire inexistant. Le tuberculeux vit alors avec sa famille, et cohabite avec une autre qui peut lui être tout à fait étrangère. C'est le cas par exemple de la famille de la jeune modiste *Paciencia*

¹ Taux de foyers élargis dans la ville: 16,50%.

² Le taux de foyers élargis dans la ville ouvrière: 13,67%.

³ Voir le schéma ci-dessus de la famille *Martínez*.

Burillo, qui à 16 ans est hospitalisée à Sant Pau. En 1930 cette jeune malade n'a que 12 ans, et elle et sa sœur ne vont plus à l'école à cause de leur maladie. A cette époque, elle vit avec ses parents dans un logement de la rue *Mallorca* dans l'Ensanche, que la famille partage avec une autre, qui semble avoir le même statut social. D'après le Padrón il semble que la famille de la malade est celle qui sous-loue et qui par conséquent se trouverait être dans la situation la plus instable. Enfin, dans cette description rapide, il ne faut pas oublier les cas, réels même s'ils semblent extrêmes, où ce sont plus de deux familles, qui se connaissent beaucoup, peu ou pas du tout, qui partagent un même logement. Dans le sud du quartier du *Gòtic*, en pleine *Ciutat Vella*, le logement situé au premier étage du n°5 rue *Correo Viejo* est bien plus grand que ceux des autres étages. Cela permet peut-être d'expliquer la très forte cohabitation qu'il est possible de constater dans cet habitat où vit *Joaquim García*, un jeune ouvrier de 23 ans qui travaille dans un atelier de relieur et qui se retrouve interné en 1936 à l'Esperit Sant. En 1930, alors qu'il a 17 ans, il vit avec ses parents et son frère dans un logement qu'ils partagent avec deux autres familles, et un certain nombre d'hôtes. La majorité des habitants viennent de *Jaén* ou bien d'*Almeria*, à l'exception de la famille du malade qui est originaire de la province de Madrid et n'est à Barcelone que depuis dix ans. Au total, ce sont 18 personnes qui cohabitent dans ce logement et le fait que le propriétaire déclaré soit «*la casa de familia* », tend à nous faire penser qu'il s'agit peut-être d'une forme de garnis ou d'hôtel meublé.

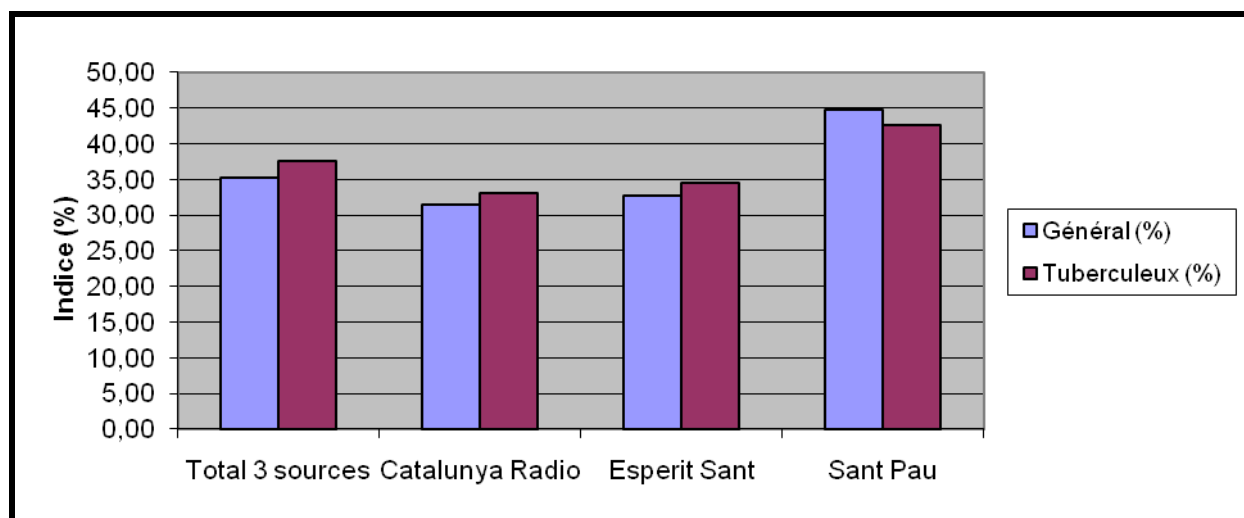
Les personnes seules peuvent dans une certaine mesure vivre en cohabitation étant donné que certains sont «*co-résidents* ». C'est le cas par exemple d'un malade de l'Esperit Sant, qui vit dans le logement d'une femme ouvrière de 53 ans, situé au 65 rue *Calabria*, en tant que «*huesped* », tout comme une modiste. Les trois personnes du logement n'ont aucun lien de parenté déclaré et ne viennent pas du même village, ce qui est pourtant souvent le cas. Les logements de personnes seules ou co-résidentes représentent une proportion plus élevée à la moyenne de la ville et ouvrière uniquement pour les sources de l'Esperit Sant et Sant Pau, ce qu'encore une fois nous pouvons très certainement rapporter en partie à la forte proportion de personnes vivant en asile.

- *La cohabitation et les fortes densités : indices de précarité complémentaire*

Afin de compléter tout à fait ce travail sur la cohabitation, nous avons essayé de trouver un indice nous permettant de percevoir la totalité des logements des malades touchés par la cohabitation de quelque forme que ce soit. Au total, 37,51% des malades partagent leur

logement. Alors que le taux de cohabitation est respectivement de 33,02% pour les malades aidés par *Catalunya Radio* et de 34,42% pour les malades de l'Esperit Sant, à Sant Pau il représente plus de 42,62% des malades.

Graphique 12 : Indice de cohabitation, général et tuberculeux, selon les sources



(Sources : *Catalunya Radio*, *fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau*, *registres d'entrées de l'Esperit Sant*, *Padrón 1930*)

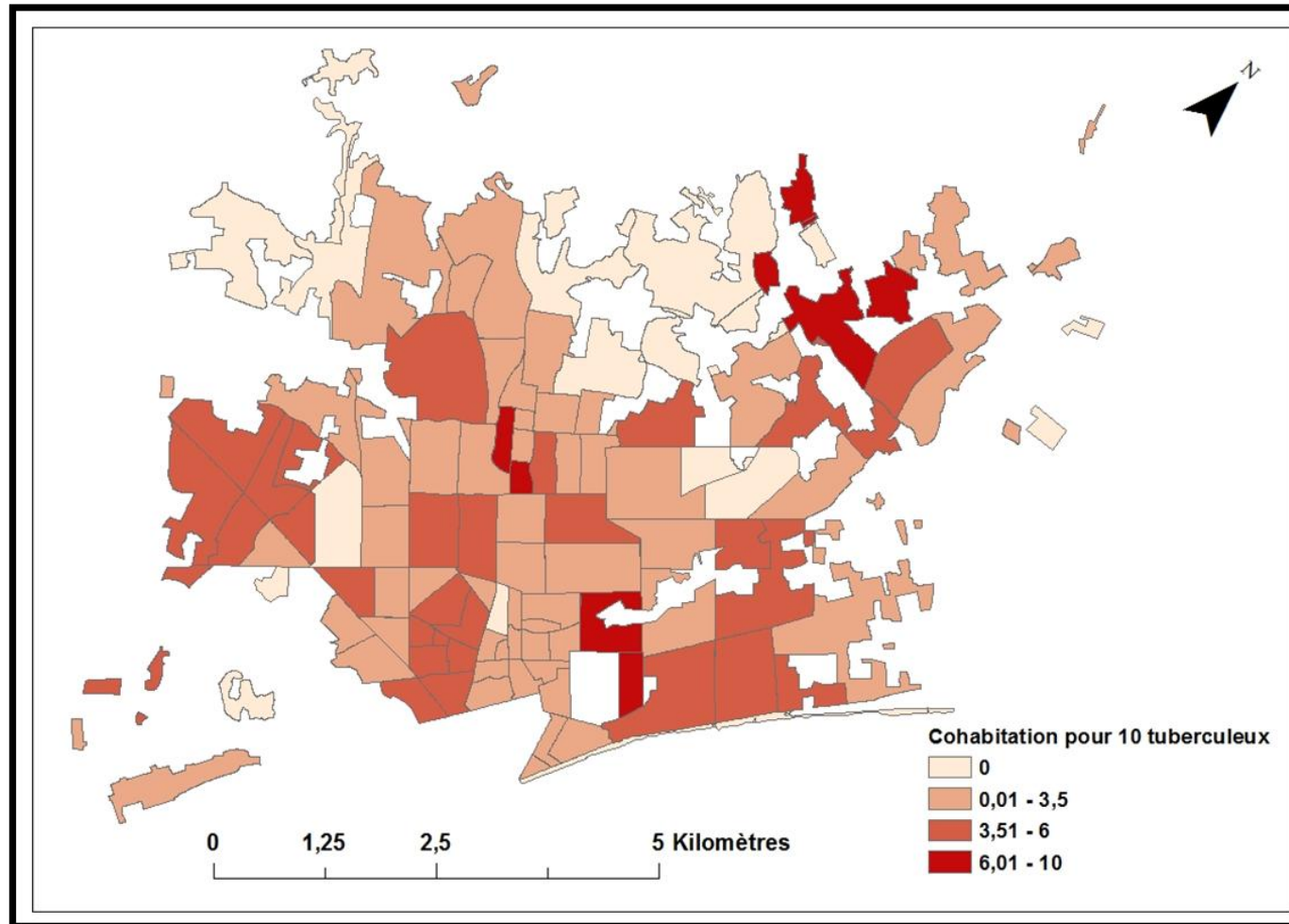
Le graphique ci-dessus montre la proportion de cohabitation totale pour les trois sources, selon les deux niveaux de lecture des données. La proportion dite « générale » est celle calculée sur les 2222 logements, sans tenir compte du fait que les tuberculeux soient présents ou non¹, la proportion appelée « tuberculeuse » est celle réalisée uniquement sur les logements où ont été retrouvés les malades (1508 au total). La différence n'est pas très marquée, néanmoins, il est possible de constater que pour les sources de *Catalunya Radio* et de l'Esperit Sant l'indice de cohabitation est plus élevé pour les logements des malades que pour ceux des familles « assimilées ». Par contre, c'est l'inverse qui est observé pour la source de Sant Pau. Etant donné qu'il n'y a que 24 logements dits « assimilés » pour Sant Pau, nous avons observé en détail les raisons d'un tel décalage. Sur 24 logements sans tuberculeux nous comptabilisons 5 « hôtes » mais aucun ne se trouve dans un asile ou un hôpital. Il y a également trois « relogés ». Quant aux structures familiales, nous comptons 7 familles nucléaires, et 15 des autres types. Le taux de cohabitation sur ces logements est donc

¹ Familles dites « assimilées ».

particulièrement fort, car nous ne comptons que 6 logements sur 24 qui ne sont pas partagés. Si nous excluons donc ces quelques cas, les malades cohabitent plus que des familles qui, par les conditions similaires, peuvent leur être assimilés. Cela tend à nous faire penser que les malades sont peut-être dans une situation davantage précaire que leur groupe social auquel ils appartiennent.

Dans tous les cas, la cohabitation est bien supérieure pour la source de Sant Pau ce qui peut être lié au nombre de personnes en asile, mais permet également de démontrer la précarité du niveau de vie des malades. A l'inverse, c'est pour les malades soignés à domicile que la proportion est la plus faible. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce fait. Tout d'abord, la cohabitation est un aspect de la densité. Nous avons déjà montré que les malades soignés dans les établissements vivent dans des logements plus denses que ceux soignés à domicile, ce qui pouvait nous faire penser que peut-être les médecins étaient plus enclins à interner les malades lorsqu'ils représentaient une menace pour beaucoup de monde. De la même manière, cette observation peut constituer une hypothèse qui permettrait d'expliquer en partie le fait que la cohabitation est également plus visible pour les malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant que pour ceux soignés à domicile. Mais la cohabitation peut également être considérée comme un indice de précarité complémentaire. Les malades de l'Esperit Sant, ou de Sant Pau, qui vivent dans des logements moins précaires car en meilleur état ou bien mieux intégrés à la ville, mais ils sont alors contraints de partager d'avantage leur logement, à cause d'un coût du loyer plus important. Si cette hypothèse se tient en théorie, en pratique ce n'est pas aussi évident. En effet, la corrélation entre logements moins précaires et forte cohabitation n'est pas avérée. De la même manière, les quartiers dans lesquels nous retrouvons le plus de cohabitation ne sont pas les zones les plus aisées où les loyers sont plus élevés, mais bel et bien des zones déjà définies comme précaires, telles que *Can Baró* ou encore le sud du Raval à l'exception peut-être du quartier de *Sant Gervasi* près de *Gràcia*.

Carte 34 : Répartition par quartier des malades vivant en cohabitation pour 10 tuberculeux



(Sources: Catalunya Radio, fiches cliniques de L'Hôpital Sant Pau, registres de l'Esperit Sant, Padrón 1930, Fiches cliniques de l'ancien dispensaire central)

En ce sens, la cohabitation semble plutôt être un facteur qui fragilise encore davantage les situations sociales déjà précaires. Cependant, même si *Can Baró* ou encore les *Casas Baratas* de *Eduard Aunós* ont des taux de cohabitation supérieurs à la moyenne de la ville, c'est dans le centre ancien et les faubourgs populaires que l'on retrouve proportionnellement le plus de tuberculeux qui cohabitent. Cela s'explique aussi par le fait que le nombre de tuberculeux vivants dans ces quartiers est plus important, ce qui donne forcément une proportion plus juste. Malgré tout, il s'agit de zones où les logements sont moins chers que dans les quartiers aisés ou l'Ensanche, mais qui sont tout de même relativement couteux, pour des familles ouvrières. Dans le quartier de *Sants* par exemple, nous retrouvons nombre de tuberculeux qui partagent leur logement. C'est le cas notamment de *Lidia Martí*, une malade de 17 ans soignée en 1934 à l'hôpital de Sant Pau. En 1930 la malade vit dans un logement situé au n°13 de la rue *Cayo Celio* dans le quartier de Sants avec sa famille qui est inscrite sur le Padrón en qualité de relogée. Le fait que les deux familles qui cohabitent soient toutes deux originaires du même village de la province de *Castellón* tend à nous faire penser qu'ils sont amis ou bien même qu'ils ont des liens familiaux éloignés. D'une manière générale donc, la cohabitation est plus fréquente dans des zones ouvrières mais pas dans les espaces les plus marginaux, à l'exception peut-être du quartier de *Santa Mónica* dans le sud du Raval ou bien de *Can Baró*.

Dans tous les cas, la cohabitation peut être perçue comme un indice de précarité supplémentaire, pour tous les malades soignés à Barcelone. Que cette pratique soit plus fréquente chez les malades hospitalisés et internés peut s'expliquer à la fois par le fait que la cohabitation est un mode d'occupation précaire qui se superpose à un habitat relativement plus formel, ainsi que par le fait que ce mode d'occupation est une illustration des fortes densités dans les logements qui conduisent peut-être les médecins à éloigner ces malades dans les établissements de soins. Dans le Raval Sud, dans cette zone que nous avons délimitée plus haut, se concentre des taux de cohabitation très importants en lien avec la forte présence d'hôtels meublés.

3. Quelques indices sur la mobilité, instabilité résidentielle

La mobilité résidentielle est une variable qui illustre nettement une instabilité sociale. José Luis Oyón en analysant la mobilité résidentielle à Barcelone a démontré que celle-ci était beaucoup plus importante que dans d'autres villes européennes à la même époque et, par la même, que cette même mobilité dans la capitale catalane variait en fonction des quartiers et des groupes sociaux¹. Les indices disponibles pour étudier la mobilité des tuberculeux sont nombreux, mais ne permettent que de donner des estimations très variables. Malgré tout, il semble que la mobilité résidentielle soit une caractéristique très présente dans la vie des malades soignés à Barcelone, et ce sur les six années étudiées, entre 1930 et 1936. Ces derniers se déplacent dans la ville, la province ou le pays, voire même vivent un temps dans d'autres pays, et ce pour des raisons difficiles voire souvent impossibles à identifier. L'objectif de cette sous-partie est de prendre en compte, à partir des indicateurs disponibles, la mesure de la mobilité résidentielle chez les malades. Si ces déménagements fréquents sont presque toujours un signe de précarité sociale autant que spatiale, nous tenterons également d'observer si ceux-ci suivent certaines logiques, en nous demandant si elles impliquent une amélioration du quotidien du malade, ou à l'inverse une aggravation de son statut social dans l'espace urbain².

La mobilité résidentielle est difficile à percevoir. Nous l'avons observée en relief, à partir des vides et des manques des sources. En effet, comme nous l'avons expliqué plus haut, nous n'avons pu retrouver que 32,03% des tuberculeux des trois sources³. Certains venaient de loin, mais beaucoup vivaient à Barcelone au moment de l'aggravation de leur maladie et de leur hospitalisation, simplement, en 1930, année où se réalise le recensement, ils n'habitent pas encore à Barcelone, ou bien, dans d'autres cas, ne se trouvent pas à la même adresse que

¹ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 283. Sur les mobilités résidentielles dans d'autres villes européennes, voir par exemple le cas de Lyon à la même époque étudié par Jean-Luc Pinol dans *Les Mobilités de la grande ville : Lyon fin XIXe-début XX^{ème}*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1991. Citons encore à l'échelle de l'immeuble et pour une analyse plus précise de l'évolution de l'espace urbain par le renouvellement des ménages : LEVY-VROELANT, Claire, « Histoires d'immeubles et d'habitants: Versailles (1831-1954) », *op. cit.*, 1996.

² Sur les mobilités résidentielles mais aussi sociales dans Barcelone, voir également GUARDIA, Manel, OYON, José Luis, « El barri de les Corts entre la integració a la ciutat i l'endogàmia. Alguns indicadors de mobilitat geogràfica en el període d'entreguerres », dans *I jornades de recerca històrica de les corts*. Arxiu Municipal del Districte de Les Corts, 1998, pp. 239-247. Ou encore, OYON, José Luis, ENRECH, Carles, « Las diferentes movilidades de un municipio suburbano. Hospitalet y el censo obrero de 1923 », dans OYON, José Luis, GALLARDO, Juan-José, (dir.), *El Cinturón rojinegro*, 2004, *op. cit.*, pp. 101-124.

³ Voir le récapitulatif sur les sources, chapitre 1.

celle donnée à la radio ou lors de l'entrée à l'hôpital ou au sanatorium. Nous n'avons pu réaliser des statistiques de mobilité que sur les malades de l'Esperit Sant. Pour les malades aidés par la radio, nous pouvons uniquement citer les logements où le tuberculeux n'a pas été retrouvé. Dans les 846 logements que nous avons pu situer, 50,83% des logements étaient déjà habités par le malade, nous pouvons donc penser que le taux de mobilité est de 49,17% pour une période de 3 ans, entre 1931 et 1934. José Luis Oyón dans son étude sur le Padrón estime avec beaucoup de nuances que le taux de mobilité résidentielle annuelle à Barcelone se situerait entre 10 et 20%¹. La proportion de malades aidés par la radio non retrouvés en 1930 et qui, potentiellement, a déménagé entre 1931 et 1934 semble donc très élevée bien que ce soit sur trois ans. Pour les malades de Sant Pau, nous ne disposons pas d'adresse sur les fiches cliniques, il nous a donc été impossible d'observer la mobilité, à part dans les cas où celle-ci était notifiée sur la feuille familiale du Padrón². C'est pour cette raison que nous ne comptons que 6,01% de taux de mobilité pour les malades de l'hôpital.

Pour les patients soignés au sanatorium de l'Esperit Sant, par contre, nous disposons des adresses qui étaient précisées dans les registres d'entrées. Sur 826 logements retrouvés, le taux de mobilité est de 55,8%. Nous comptabilisons ici les logements retrouvés sans malade, mais également ceux des malades où un changement d'adresse était notifié. Le taux est particulièrement élevé, mais cela correspond à la mobilité résidentielle non seulement pour les catégories sociales les plus défavorisées, mais aussi, dans les logements précaires et provisoires qui sont caractéristiques chez les malades des trois sources³.

Sur les 422 malades ayant changé de logement entre 1930 et 1936, 70 ont été retrouvés ailleurs, dans Barcelone. En étudiant ces déménagements, il semble qu'ils suivent certaines logiques à la fois sociales et spatiales. Dans un premier temps, un grand nombre de malades qui déménagent restent dans le même quartier ou dans une zone relativement circonscrite, préférant ainsi une logique de proximité. José Luis Oyón a évoqué cette grande mobilité intérieure des quartiers qui correspond à un état de fait beaucoup plus réel parmi les ouvriers les moins qualifiés⁴. C'est le cas de *José Lopez* par exemple, un adolescent de 13 ans qui vit

¹ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 285. Il explique notamment la grande difficulté à percevoir la mobilité de la société barcelonaise dans son ensemble puisque, à travers des sources différentes, les chiffres avancés ou trouvés présentent de très grands écarts.

² Selon José Luis Oyón, les changements de résidence tout comme les décès ne sont pas systématiquement répertoriés dans le Padrón. Il estime que ce sont surtout les changements d'adresse motivés par un déplacement en dehors des limites administratives de la ville qui seraient recueillis.

³ *Ibid.*

⁴ Sur la très grande mobilité intérieure dans les quartiers : *Ibid.*, p. 292.

en 1930 au 67 rue *Sant Telm* dans Barceloneta, avec neuf autres personnes. Cinq ans plus tard, à 17 ans, nous le retrouvons interné au sanatorium et son adresse a changé, il vit désormais au n°71 de la rue *del Mar*, une rue parallèle à celle où il était recensé quelques années plus tôt. Nous voyons que ce déplacement est lié étroitement à une logique de quartier, qui peut aussi s'expliquer en partie par le fait que l'un des frères du malade semble travailler au port, par conséquent la localisation du logement dans *Barceloneta* pourrait être une priorité. Quant à *José Luis Martínez*, qui a 12 ans en 1930, il vient d'arriver à Barcelone depuis à peine 5 mois et vit avec ses parents, ses quatre frères et sœurs, ainsi que son grand-père au n° 10 de la rue *Herreria*. En octobre 1935, à 17 ans, il entre au sanatorium et vit alors au n°36 de la rue *Daoiz i Velarde*. Il reste donc dans le quartier de *Hostafrancs*. Dans le centre ancien, la mobilité résidentielle est bien sûr très importante, ce qui s'explique par le nombre important d'hôtels meublés et autres types de logements provisoires¹. Mais alors que, comme nous le verrons, il semble logique que les malades tout comme de nombreux ouvriers récemment immigrés vivent quelques temps dans ce quartier puis déménagent en périphérie afin de louer un appartement moins coûteux pour leur famille, nombre de tuberculeux soignés à l'Esperit Sant continuent de vivre dans le Raval, en se déplaçant selon une logique de quartier. Nous avons déjà cité plus haut le cas des deux frères *Campos*, qui partageaient avec leur famille respective un logement au n°34 de la rue de la *Cendra*. *Enrique Campos*, le plus jeune frère tuberculeux qui a tout de même une quarantaine d'années est aussi recensé chez sa mère, à quelques pas de là, au n°98 de la rue *Hospital*, avant d'être barré par l'inspecteur du Padrón. D'ailleurs, lorsqu'il entre à l'Esperit Sant la même année, c'est bien l'adresse de sa mère qu'il donne. Ce qui est intéressant ici est le fait que plusieurs membres d'une même famille vivent à proximité et qu'il y a, semble-t-il, une véritable implantation dans le Raval pour la famille de ce malade².

Dans des zones beaucoup moins stigmatisées par les médecins, nous observons la même logique de quartier. Pour quelques personnes hospitalisées à Sant Pau, l'infirmière ou le médecin ont inscrit une adresse, qui nous permet de retracer la mobilité de quelques rares patients comme par exemple *María Gallardo*, qui a 15 ans en 1930, et vient d'arriver depuis moins d'un an de la région de Teruel. A l'époque, elle et sa famille sont logées par une tante ou une cousine au n°53 de la rue *Balmes* dans l'Ensanche. En 1936, date à laquelle nous la

¹ Voir plus haut sur le quartier de *Santa Mónica* notamment, TATJER Mercè, « Els barris obrers del centre històric de Barcelona », 1998, *op. cit.*

² Sur les liens de parenté à l'intérieur d'un même quartier et l'inscription urbaine dans la ville voir OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, pp. 295-300.

retrouvons à l'hôpital de Sant Pau elle a donc 20 ans, et vit au 19 de la rue *Muntaner*, toujours dans l'Ensanche, mais il y a fort à parier que sa famille vit maintenant seule. *Emilio Casadevall*, est un tuberculeux de 28 ans interné à l'Esperit Sant en 1934. En 1930, cet ouvrier originaire de Gérone il vit chez son oncle, un commerçant qui habite rue *Entenza* dans l'*Eixample Sant Antoni*, soit le quartier le plus ouvrier de l'Ensanche. En 1934, il a déménagé, mais vit toujours dans le même quartier, rue *Calabria* cette fois. Le tuberculeux étant célibataire, et les loyers de la zone plutôt élevés, deux hypothèses s'imposent : soit c'est l'oncle et toute sa famille qui a déménagé, soit le malade est allé louer une chambre dans une autre famille. Dans tous les cas, pour ces deux exemples, nous constatons que la logique de quartier reste primordiale, ce qui illustre une pratique urbaine très sectorisée.

Parfois cependant, la logique de proximité est perceptible à une autre échelle, un peu moins précise. Les malades et leur famille déménagent dans un autre quartier tout en restant dans une même zone géographique, ce qui implique peut-être la recherche d'un logement moins coûteux, liée parfois à une prise d'indépendance par rapport au foyer parental ou tuteur notamment. Ainsi, *Andrés Fernández*, ce jeune malade de 24 ans arrivé à Barcelone en 1929 qui, hébergé un temps chez son oncle sur le *Passeig Sant Joan*, vit quelques années plus tard au n°28 de la rue du *Clot*, dans le quartier du même nom. Il quitte donc la *Dreta de l'Eixample* pour aller vivre dans un faubourg populaire qui se situe dans la zone géographique la plus proche. Bien sûr, cela implique en apparence une dégradation des conditions de vie du malade, cependant, nous pouvons supposer qu'il peut aussi s'agir d'une amélioration, étant donné qu'il est probable que le malade ne soit plus un hôte de sa famille éloignée. La logique de proximité se retrouve aussi dans l'expérience du jeune *Carlos Franco*, interné à l'Esperit Sant en 1934 à l'âge de 19 ans. En 1930, il n'a que 15 ans, et il vient d'arriver d'*Alcolea*, un village de la province d'*Almeria* avec ses parents et ses deux frères et sœur depuis à peine deux mois. La famille loue alors un logement en périphérie de la ville, rue *Florida*, dans la zone de *Les Roquetes*, une banlieue extrême de Barcelone. Il s'agit d'une structure particulière, proche du *patio de vecinos*, où sur une même parcelle ou dans un même édifice de plain-pied se succèdent différents petits logements¹. En 1934, la situation de la famille a quelque peu évolué. Elle a déménagé dans les *Casas Baratas* de *Baró de Viver*, c'est-à-dire qu'elle vit donc toujours en périphérie de la ville, et dans une même zone mais à présent elle dispose d'un logement individuel de construction récente ce qui semble constituer une amélioration de

¹ Sur la morphologie de la « casa de veïns », voir GIOL, Pere, *La casa de veïns del segle XIX a Barcelona*, 1995, *op. cit.*

sa situation. Néanmoins, si nous tenons compte des propos de Jaume Aiguader tenus en 1933 leur logement n'est pas véritablement de meilleure qualité que celui qu'ils ont quitté quelques temps auparavant¹. Cette logique de proximité s'explique peut-être par des liens de sociabilité, et certainement aussi par la volonté de rester relativement proche du lieu de travail.

Mais ces nouvelles implantations sont également déterminées par le statut social de la famille, et ce, peut-être même bien plus que par une logique spatiale. En effet, la logique sociale est perceptible chez de nombreux malades, qui ne déménagent pas forcément dans le même quartier ni dans la même zone mais souvent dans des quartiers aux caractéristiques sociales similaires ou équivalentes, c'est-à-dire en restant dans le même type d'« *escenario urbano* »². En 1930, *Maria Mindas* de 26 ans vit avec son mari et ses deux enfants au n°36 de la rue *Miquel Bleach*. En 1936, lorsqu'elle entre au sanatorium, elle vit alors au n°8 *pasaje Mayol*. Ces deux adresses se situent dans des quartiers différents mais aux caractéristiques assez similaires, puisque ce sont tous les deux des quartiers plutôt ouvriers, qui font partie des « faubourgs populaires ». Doit-on en conclure que les conditions d'habitation sont sensiblement les mêmes ? Ce n'est pas toujours le cas, mais il est difficile d'estimer dans quelle mesure le déménagement suppose un maintien, une amélioration ou encore une détérioration des conditions de vie des malades comme de leur famille.

Dans certains cas, la mobilité s'oriente dans un sens particulier, qui semble signifier une certaine amélioration, du moins une évolution des conditions de vie des familles. Nous avons évoqué ces hommes récemment immigrés qui arrivent à Barcelone et s'installent dans un premier temps dans le centre ville, et souvent dans des hôtels meublés avant de chercher à déménager³. Etant donné le coût des loyers, ces personnes sont obligées de s'éloigner et de partir vivre dans ces fameuses périphéries extrêmes. Nous retrouvons ce schéma chez plusieurs malades internés à l'Esperit Sant qui, effectivement, quittent le centre ville pour aller vivre soit à l'extérieur de la ville, soit dans des zones relativement plus périphériques. *Eduardo Abad* est arrivé à Barcelone dans les années 1910, comme de nombreux immigrés valenciens, en 1930 il vit avec sa famille dans un logement rue de la *Cendra*, dans le Raval,

¹ Pour Jaume Aiguader les *Casas Baratas* ne signifiaient pas une véritable amélioration des conditions d'habitat, puisqu'il s'agissait en soi d'une construction certes récente mais précaire. AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitat obrera a Barcelona*, Barcelone, 1932, *op. cit.*

² Sur les « *escenarios urbanos* », voir chapitre 3.

³ José Luis Oyón a notamment évoqué cette instabilité résidentielle des ouvriers récemment immigrés, en précisant que la population journalière non catalane déménage deux fois plus souvent (soit tous les 6,5 ans) que leurs homologues catalans. OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 289.

qu'il arrive à payer avec son maigre salaire de journalier d'après nos informations, ce qui nous semble comme toujours peu crédible. En 1934, moment où l'association de *Catalunya Radio* lui permet d'être interné à l'Esperit Sant, lui et toute sa famille ont déménagé, et vivent à présent au *pasaje Simón*, dans les marges de l'Ensanche, une zone considérée comme beaucoup plus saine et surtout beaucoup plus chère, même si ce nouveau logement se situe dans une petite impasse. Dans la majorité des cas, c'est dans les périphéries extrêmes que vont vivre les tuberculeux venus du centre ancien. Ainsi, *Andrés Cruz* arrive en 1930 à Barcelone de sa province galicienne de Lugo. Il a 20 ans, et il loue alors une chambre, ou un lit, dans un logement situé dans *Santa Catalina* au 16 rue *Blanquería*. Pendant ce laps de temps il cohabite avec d'autres hôtes et trois familles différentes qui sous-louent des pièces, ce qui tend à nous faire penser que le logement est peut-être un hôtel meublé. En 1934, date à laquelle il entre à l'Esperit Sant grâce à l'intervention de la municipalité, il vit désormais rue *Virgen del Pilar*, dans la banlieue périphérique du *Carmel*. Bien que nous ayons peu d'informations sur ce nouveau logement, il faut dire qu'il n'est pas encore construit en 1930, et étant donné les caractéristiques de la zone, nous pouvons penser qu'il s'agit d'une construction assez précaire dans une zone qui manque cruellement d'équipements urbains¹. Certains malades déménagent même à l'extérieur des limites municipales de Barcelone, pour aller vivre dans les municipes limitrophes, beaucoup moins coûteux et quasi exclusivement ouvriers². *Angel Medina* a lui aussi 20 ans en 1930, mais il vit à Barcelone depuis beaucoup plus longtemps qu'*Andrés Cruz*. Par conséquent, lui et sa mère sont les locataires principaux de l'appartement rue *Sant Geroni* dans le *Raval Central* et ce sont eux qui sous-louent à une autre famille quelques pièces, ce qui leur permet d'être dans une position relativement plus favorable que le malade précédemment cité. En 1935, le jeune homme a déménagé dans *Sant Adrià del Besós*, une commune limitrophe de Barcelone. Ces exemples illustrent un type de mobilité résidentielle observable en général dans Barcelone chez des groupes sociaux auxquels appartiennent nombre de tuberculeux. Ce type de déplacement semblerait dans un premier temps correspondre à une intégration dans la ville, mais qui en réalité signifie plutôt un nouveau type de marginalité.

¹ Il est même possible qu'il s'agisse d'un bidonville, puisque les barracas étaient fréquentes dans cette zone.

² Sur la formation des quartiers périphériques, voir MARQUEZ, J.M, GALLARDO, J.J, « La configuración de un suburbio de inmigrantes y jornaleros. Santa Coloma de Gramanet en 1930 », dans OYON, José Luis, GALLARDO, Juan-José, (dir.), *El Cinturón rojinegro*, 2004, *op. cit.*, pp. 69-100. Voir également tous les articles sur les « segundas periferias » déjà cités plus haut, tel OYON José Luis, GARCIA SOLER Carme, « Las segundas periferias, 1918-1936: una geografía preliminar », 1998, *op. cit.*

Il est difficile de savoir véritablement si ces déplacements en général supposent une amélioration et détérioration des conditions de vie matérielles des malades. En effet, parfois ces derniers déménagent dans des quartiers beaucoup moins favorisés que ceux dans lesquels ils vivaient au départ, mais cela peut impliquer une nouvelle indépendance vis-à-vis des parents ou bien d'un membre de la famille, voire la disparition d'une situation de cohabitation. En 1929, *Juan Crespo*, l'un des premiers hommes à être interné à l'Esperit Sant, vit dans *Sant Gervasi*, plus précisément au n°12 de la rue *Guillermo Tell*. D'après ce que nous savons, ce logement est occupé par une femme âgée qui semble sous-louer des chambres. Il est donc fort possible que le malade et sa famille étaient en 1929 relogés dans cet appartement. En 1930, en revanche, ils ont déménagés et vivent à présent dans *Ciutat Vella*, rue *Jaume Giralt*. Si cela peut sembler correspondre à une dégradation des conditions de vie, ce déménagement permet surtout à la famille de disposer d'un logement pour elle seule, sans le partager comme cela semblait être le cas auparavant. Notons également que ce déménagement suppose une mobilité depuis un quartier aisé certes, mais qui est aussi un faubourg, vers le centre ancien, c'est-à-dire selon un sens inverse de celui que nous venons de décrire et qui nous semblait relativement naturel ou tout au moins logique. Ce déplacement depuis des zones plus périphérique vers le centre ancien est souvent remarqué. En 1934, à son entrée au sanatorium, *Juan Garriga* donne comme adresse le n°4 de la rue *Sant Oleguer* dans le Raval. En 1930, recensé dans le Padrón, c'est la famille de son frère que nous retrouvons, le malade quant à lui, vit à Barcelone, mais dans une zone bien différente, au n°135 de la rue del *Treball*. Ce déplacement semble à première vue impliquer une précarisation spatiale, mais c'est sans compter qu'en 1930 il partage son logement de Poble Nou avec deux autres familles qui lui sont apparentées, et une famille de relogés. Autrement dit, le fait de venir vivre chez son frère implique plutôt une amélioration relative de la qualité de vie du malade. L'amélioration des conditions d'habitation semble par contre très nette pour *Tomás Marín*, menuisier de 31 ans en 1930. A l'époque, il vit dans le quartier de *Sants* avec sa famille dans un logement dans lequel il n'occupe que quelques pièces qu'il sous-loue au locataire officiel. La densité est importante, puisque l'appartement compte douze personnes au total. En 1935, il a déménagé pour aller vivre rue *Zaragoza*, dans le quartier riche de *Sant Gervasi*. Le logement est peut-être moins bien exposé que celui de *Sants*, mais il est fort possible qu'il ne soit plus sous-locataire et qu'il ait acquis pour lui et sa famille un meilleur lieu de vie.

Les mobilités des malades sont également évoquées dans les fiches cliniques du dispensaire central, dont les responsables étaient très préoccupés par les conditions environnementales des

malades. Une des rubriques des fiches s'intitulait en effet « *Domicilis on ha viscut i en quines condicions* »¹. La plupart du temps les malades assistés par le service de Lluís Sayé ne détaillent pas tous les logements dans lesquels ils ont habité, ils se contentent d'évoquer de bonnes ou bien à l'inverse de mauvaises conditions de logements². Nous avons évoqué plus haut les habitats dans lesquels a vécu *María Vilar* avant de se retrouver dans *Poble Nou*. Cette malade a toujours habité des logements plutôt salubres, tel celui où elle vit en 1937 lorsqu'elle tombe malade, en dehors du premier dans lequel elle s'est établie en arrivant à Barcelone, rue del *Carne* qui, lui, était particulièrement sombre et sale³. D'autres malades évoquent à l'inverse une détérioration des conditions de logement. C'est le cas déjà évoqué de la famille *Martínez*, qui vient d'arriver à Barcelone et se loge dans un taudis du Raval alors qu'auparavant elle disposait, selon les dires de la famille, d'un logement plus salubre à Carthagène. Enfin, nous avons vu également que pour d'autres malades le déménagement n'implique aucune amélioration, et au contraire ces derniers se déplacent dans des logements similaires, comme *Mateo Costa*, 18 ans, qui affirme avoir toujours vécu dans des rez-de-chaussée ou bien des arrière-boutiques, aux conditions sanitaires plutôt mauvaises. En 1921 lorsqu'il suit le traitement à domicile, il vit avec sa famille au n°7 de la rue *Sant Erasme*, dans l'îlot du *Padró*, mais cette fois-ci au quatrième étage, dans un logement dans lequel selon lui les conditions sont mauvaises alors qu'à l'inverse son jeune frère, lui aussi tuberculeux, considère leur habitat comme plutôt salubre⁴.

Non seulement les avis diffèrent, mais en plus ces quelques expériences de vies sont trop rares et souvent trop vagues pour pouvoir dégager de véritables logiques de déplacements des malades. Il est par conséquent très difficile de dire si les déménagements supposent plutôt un maintien, une dégradation ou une amélioration des conditions de vie matérielles du malade. Notons finalement que la mobilité est aussi parfois liée à une recommandation médicale. Nous avons vu que certains médecins conseillaient aux malades de déménager, afin de quitter un logement ou un quartier insalubre⁵. L'exemple plus fréquent que nous retrouvons dans les

¹ « Domiciles où il a vécu et dans quelles conditions ».

² Voir plus haut.

³ Voir plus haut.

⁴ Cette incohérence dans les discours ou écart de jugement montre bien encore une fois que toutes les affirmations recueillies dans les fiches cliniques, qu'il s'agisse de celles des médecins ou des patients doivent être comprises comme des perceptions personnelles.

⁵ Ainsi, Carlos Díez Fernández, médecin directeur du dispensaire de Madrid explique la forte présence de tuberculeux dans les districts « extrêmes » de la ville par une mobilité des malades liée à des recommandations médicales. Dans *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Gráf. Universal, Madrid, 1935. D'autres médecins conseillaient très fortement aux malades

fiches cliniques de Sant Pau concerne les malades qui vont se réfugier dans leur village d'origine à la campagne. C'est le cas par exemple de *Candido Milán*, jeune homme de 24 ans qui se rend 3 mois dans son village, pour se reposer en suivant les conseils du médecin. Mais ce malade revient ensuite à Barcelone, afin d'aider économiquement sa famille, il ne s'agit donc pas d'un déménagement définitif.

La mobilité résidentielle s'inscrit dans la continuité logique de l'immigration. D'abord parce que dans les deux cas il s'agit d'un déplacement qui implique une modification des conditions de vies matérielles ensuite parce que les immigrés sont les moins intégrés à la ville et sont également ceux qui déménagent le plus souvent¹. Cette mobilité résidentielle très importante qu'il nous semble apercevoir à travers les histoires de vies comme l'impossibilité de retrouver certains malades dans les recensements est indéniablement un signe de précarité sociale tout autant que de précarité spatiale. Par ailleurs, l'analyse détaillée montre que ces déplacements suivent des logiques déterminées, en l'occurrence des logiques de proximité, des logiques socio-économiques auxquelles il faut ajouter une logique médicale même si cette dernière est difficile à percevoir. Bien que les déménagements fréquents soient une variable de l'instabilité sociale et spatiale, nous nous sommes demandé si ces déplacements dans l'espace social pouvaient aussi refléter une mobilité verticale, et signifier une amélioration, un maintien ou une détérioration des conditions de vie des malades. Bien que les trois aspects soient observables, il n'est pas possible à partir des données disponibles de déterminer si cette mobilité résidentielle va dans un sens particulier. Nous nous contenterons donc de rendre compte des pratiques urbaines des tuberculeux qui s'inscrivent dans une logique de fragilité sociale, et peut-être, dans une certaine mesure, de marginalité.

A l'échelle de l'habitat, l'étude des modes d'occupation permet d'ajouter une valeur plus sensible aux données sur la précarité spatiale. Ces éléments sur les pratiques de vie dans les logements enrichissent une connaissance générale sur la manière de vivre l'espace des

d'aller vivre dans des quartiers plus salubres, tels des médecins proches de Lluís Sayé Joan Bautista Darder i Rodes et Tomás Seix : DARDER-RODES, Joan Batista, SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, Imp. J. Horta, Barcelone, 1919, 13 p. Pour plus de précisions sur les conseils des médecins, voir chapitre 2.

¹ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*, p. 289.

malades mais aussi, peut-être plus largement des barcelonais pauvres, si nous reprenons les rapprochements réalisés par les médecins à l'époque. Il faut dire que cette étude sur les manières d'habiter s'appuie sur deux types de données plutôt différentes. D'abord des observations des médecins dans les fiches cliniques, qui conduisent à une réflexion sur leurs choix, leurs priorités et les catégories qu'ils mettent en place. D'une manière générale les médecins décrivent des logements insalubres, parfois excessivement sales et délabrés à travers une grille d'analyse toujours guidée essentiellement par la théorie bactériologique hégémonique. Mais cette approche qui nous fait constater des logements en état de détérioration avancée est qualitative et difficilement comparable avec des données d'ordre quantitatif, telles que les taux de cohabitation ou de sous-location calculés grâce aux informations du Padrón de 1930. Cependant, toutes ces informations se complètent pour une vision de l'espace quotidien du tuberculeux ou encore pour décrire des modes d'occupation informels de l'habitat proportionnellement plus nombreux chez les tuberculeux que pour les barcelonais en général, d'après les informations disponibles. L'insalubrité et la densité, uniques préoccupations des médecins laissent apparaître une pratique urbaine caractéristique d'une situation plus précaire. Le mode d'occupation révèle certainement une condition de vie précaire, parfois même une condition de vie qui se dégrade, mais est aussi partie prenante de cette précarité, puisqu'il produit aussi une forme d'exclusion. Les malades partagent leurs loyers, vivent dans des logements plus petits jugés en mauvais état parfois, même s'il est impossible d'établir réellement un patron général valable pour tous les malades qui les caractérisent comme « les plus pauvres parmi les pauvres ».

Ainsi, la répartition différentielle des malades dans la ville peut également se comprendre à travers une étude sociale qui, au lieu de considérer la relation directe entre tuberculose et espaces denses et insalubres, s'intéresse à « l'espace social ». Cela implique avant tout prendre en compte les travaux de géographie historique ayant mis en avant les divisions sociales de l'espace barcelonais pour mieux comprendre la localisation des malades. La correspondance entre adresses des tuberculeux et zones ségréguées socialement est avant tout un reflet de la précarité sociale. Mais il est peu aisé d'observer autre chose qu'un « espace médium » dans lequel s'exercent ou se révèlent les inégalités sociales. La répartition différentielle des malades dans la ville met à jour des contrastes réels entre les collectifs de

malades internés ou aidés dans les différents organismes ou lieux de soins. Les malades internés au sanatorium de l'Esperit Sant semblent vivre dans des zones de la ville éminemment résidentielles qui parfois se couplent avec des modes d'occupations différents, comme le montrent les taux de densité ou de cohabitation relativement importants. Les malades soignés à domicile grâce aux dons de Catalunya Radio se retrouvent dans une situation de plus grande précarité spatiale, vivant dans des quartiers plus excentrés ou des habitats qui semblent plus dégradés. Les tuberculeux hospitalisés à Sant Pau se distinguent des autres malades étudiés par des manières d'habiter plus précaires, ils sont souvent des hôtes ou des relogés. Si ces différences dans la pratique urbaine des patients semblent révéler voire renforcer une logique de recrutement différente selon les établissements, il faut aussi prendre en compte le contexte de production de ces données, et notamment les limites de l'enquête. En effet, les adresses des malades soignés à l'hôpital de Sant Pau passent par le filtre du Padrón de 1930 ce qui n'est pas le cas des tuberculeux soignés à domicile. A cela s'ajoute la difficulté voire l'impossibilité d'observer la mobilité résidentielle pour d'autres malades que pour ceux soignés au sanatorium.

Malgré ces limites, la précarité spatiale est une réalité différente et en outre différemment vécue par les malades barcelonais. Il faut dire que la précarité spatiale n'est pas uniquement un révélateur de misère sociale, elle est aussi un élément qui permet de comprendre une position sociale. Autrement dit, elle est partie prenante de cette vie matérielle du malade, produisant ou renforçant le poids de l'exclusion. Mais dans le cas présent, les malades sont des assistés, pris en charge dans des réseaux de soins gratuits, et il est possible de penser que leur localisation ou leur manière d'habiter est partie prenante dans le choix des médecins. Puisque les malades soignés à domicile sont dans des situations plus précaires, qu'ils sont plus isolés ils sont peut-être moins visibles, alors qu'à l'inverse les malades internés à l'Esperit Sant sont plus proches ou mieux intégrés dans les réseaux. Tout au moins leur localisation prédétermine peut-être davantage qu'on ne peut le penser leur intégration dans un type de réseau ou bien dans un autre. La forte densité d'un logement peut conduire le médecin à faciliter l'internement du patient, par exemple. Pour le voir autrement, les malades sont internés pour des raisons qui diffèrent parfois du simple diagnostic, et l'une d'entre elles est le confort de ses proches mais aussi de ses voisins. Les malades de l'Esperit Sant vivent plus près des personnes qui sont susceptibles de faciliter leur entrée dans le sanatorium, comme le montre l'exemple des domestiques notamment. Peut-on pour autant avancer l'argument d'un

« profit d'espace », d'après la définition donnée par Catherine Sélیمانovski¹? L'utilisation de ce terme semble être exagérée compte tenu de la précarité parfois extrême constatée au détour des quelques descriptions de situation de vie matérielle. Mais le fait de vivre dans certains lieux en particulier peut être tout de même un facteur explicatif de leur présence dans les différents établissements. Les malades se situent finalement dans des réseaux de sociabilité qui pourraient, dans une certaine mesure, faciliter la connaissance des réseaux spécifiques. Par ailleurs, la visibilité des malades dans l'espace, liée à leur relative proximité avec des acteurs de lutte antituberculeuse, donateurs de Catalunya Radio ou intermédiaires pour le sanatorium de l'Esperit Sant, peut également expliquer leur prise en charge. Puis, comme nous le verrons plus loin, certains malades avant d'être tuberculeux sont déjà pris en charge par des institutions publiques ou privées d'ordre caritatif notamment.

L'exclusion géographique permet de préciser la position sociale des tuberculeux-ouvriers et semble ici être une réalité vécue par les malades en dehors même de leur identification en tant que tuberculeux. Cependant, cette étude ne peut se détacher des catégories de l'exclusion sociale comme des découpages spatiaux réalisés par les acteurs de l'époque d'un côté, par les scientifiques actuels de l'autre.

¹ SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, 2008, *op. cit.*

CHAPITRE 5 : « les épuisés et les déchus »¹, entre expérience de vie dure et marginalité

Les « épuisés et les déchus », sont, pour Philip Hauser en 1898 ceux qui risquent le plus de devenir tuberculeux. Il cite d'ailleurs M. Bouchard, pour qui les malades sont tous ceux qui :

« Ne sont plus assez forts ni assez riches pour veiller à la sécurité de leur personne. Ce sont tous ceux dont la vie est faite de privations ; ce sont ceux qui vivent dans un air confiné ; ce sont ceux encore qui vivent dans des logements ou des pays humides ; ce sont ceux pour lesquels la vie n'est qu'un long tissu d'ennuis, d'inquiétudes, d'ambitions déçues, de tristesse et de tourments moraux »².

De toutes ces caractéristiques qui, depuis le XIX^{ème} siècle, définissent le tuberculeux comme un malheureux, au sens traditionnel du terme, nous avons déjà évoqué la pratique du logement, comme un élément qui révèle et génère une condition de vie misérable³. Ici, nous prétendons étudier les autres aspects de la vie quotidienne du malade afin d'observer si celle-ci se définit aussi par une situation misérable. Nous avons montré que les tuberculeux soignés à Barcelone dans le système de soins gratuits pouvaient faire partie de la catégorie sociale la plus faible, du moins d'après les critères disponibles⁴. Reste à savoir si l'expérience de vie du malade reflète une précarité plus importante, qui le distingue du collectif ainsi déterminé comme « ouvrier récemment immigré ». Etre misérable pour Philip Hauser à la fin du XIX^{ème} siècle, c'est être à la fois épuisé et déchu, ce qui implique dans une certaine mesure une détérioration du statut social sans doute déjà précaire, qui explique à son tour la sensibilité à la maladie. Mais d'une manière générale, pour tous les médecins de la première moitié du XX^{ème} siècle, le malade est un être faible, socialement, économiquement, culturellement et

¹ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 35 p.

² M. Bouchard, cité par HAUSER, Philip, *op. cit.*

³ Voir chapitre 4.

⁴ Voir chapitre 3.

surtout moralement¹. Or cette culpabilisation du malade est au cœur de la recherche des causes de la maladie à l'échelle des patients². Autrement dit, alors que lorsqu'ils réfléchissent de manière abstraite les médecins mettent en cause différents facteurs d'aggravation de la maladie, lorsqu'ils se penchent sur les cas concrets que représentent les tuberculeux eux-mêmes, l'aspect moral ressurgi forcément, en témoignent des phrases complètes relevées par les médecins dans les histoires cliniques et les fiches de visite à domicile³. C'est l'imprudence du malade lui-même qui parfois fait que son état empire. Mais celle-ci peut être motivée par différentes raisons, qui nous sont difficilement perceptibles, d'autant que les informations disponibles sur ce sujet passent par l'analyse des propos des médecins.

Pour observer le quotidien du malade, il n'est en effet pas possible de passer outre le prisme des médecins. Nous pouvons décrypter des détails de la vie des malades à partir des informations relevés par ces derniers, ce qui implique deux choses fondamentales. D'abord, ne sont cités que les cas les plus extrêmes et qui confirment les théories médicales de l'époque, puisqu'il s'agit pour le professionnel de « fouiller » dans le passé proche comme lointain du malade afin de comprendre ce qui a pu le contaminer et aggraver son état. Ensuite, observer le quotidien des malades à travers le prisme des médecins signifie réaliser une étude à partir d'étapes clés, puisque dans une perspective épidémiologique, les médecins ont déterminé un parcours du malade qui se structure autour de quelques éléments explicatifs. Avec tout ceci, s'ajoute le fait qu'il est difficile voire impossible de se détacher de cette démarche épidémiologique, puisqu'ici il nous importera de prendre en compte uniquement un quotidien de « malade en puissance » ou « tuberculisable », en nous intéressant à son quotidien passé, et non à leur expérience de la tuberculose⁴. Etudier le quotidien des personnes qui deviennent tuberculeuses nous permet malgré tout de sortir d'une vision quantitative, qui mettait au premier plan des caractéristiques sociales générales, classe sociale ou provenance géographique, alphabétisation ou type de logement, sans se pencher sur une pratique sociale et sensible. A travers les quelques bribes d'histoires de vie, on passe finalement de l'identification dangereuse d'un groupe à risque à celle d'expériences de vies difficiles et d'une analyse des facteurs de vulnérabilité. Le terme de « vulnérabilité » en

¹ Voir chapitre 3. Pour une analyse plus détaillée des discours des médecins, se reporter à la thèse de Jorge Molero Mesa, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Grenade, 1989.

² *Ibid.*

³ Ces sources « touchant directement les malades » comme les feuilles de visite à domicile ou bien les fiches cliniques ne permettent d'observer les malades qu'à travers le prisme que représentent des médecins. Elles reflètent donc leur parti pris avoué mais aussi inavoué, tel que le manque de culture des malades par exemple.

⁴ Pour une analyse de la situation du tuberculeux en tant que patients atteint de la tuberculose, se reporter à la partie 3.

particulier dans son aspect social est particulièrement complexe, et sa définition reste en suspens au vu des nombreux débats sur le sujet¹. Dans sa thèse sur la prévention actuelle de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal, l'anthropologue Marie-Eve Carles choisi de parler de vulnérabilité plutôt que de groupes à risques afin de faciliter l'intégration d'aspects sociaux.

« Les sciences sociales permettent ainsi de comprendre la construction de cette vulnérabilité et d'éviter la généralisation pouvant parfois ressortir de l'utilisation classique de la notion de groupe à risque. La compréhension globale des conditions de vie favorise une autre classification qui aborde les différences intragroupes et tend à éviter la stigmatisation découlant de l'étiquetage social »².

Mais l'objectif ici est de parler de dépistages de la maladie et donc de rester dans un contexte épidémiologique³. De ces clés méthodologiques, nous retiendrons néanmoins l'idée de distinguer, à l'intérieur d'un collectif soi-disant homogène de population, des parcours de vies de quelques individualités présentant un entrelacement de facteurs⁴ qui caractérisent et surtout aggravent une situation sociale précaire. Mais cela nous permet également de revenir ensuite sur ce collectif, mieux définit grâce aux expériences de vies individuelles, en ajoutant une nouvelle réflexion qui, cette fois, a trait à la question de la marginalité sociale et économique pour comprendre une « identité tuberculeuse »⁵.

L'objectif est donc de mettre en avant les expériences de vie des malades, ces parcours individuels hors de la tuberculose et des lieux de soins, dans une perspective de réflexion sur la situation de pauvreté dans laquelle ils se trouvent avant même de tomber malades ou d'être pris en charge par les réseaux de soins gratuits. Dans un premier temps nous verrons que les malades ont en commun un certain nombre de caractéristiques physiques faibles qui

¹ Voir notamment le programme de recherche ANR-Vulnérabilité à l'articulation du sanitaire et du social et les différents séminaires organisés par l'équipe ESOPP (Études Sociales et Politiques des Populations, de la protection sociale et de la santé) en 2011.

² CARLES, Marie-Eve, *Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques? : La prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal*, thèse de doctorat dirigée par FORTIN, Sylvie, TAPIERO, Bruce, Université de Montréal, département d'anthropologie, thèse déposée le 03 novembre 2011, p. 30.

³ « Where the notions of « risk groups » and « risk behaviours » placed the focus for transmission on the individual, the notion of « vulnerability » draws attention to the structures of inequality that create conditions facilitating transmission, thus indicating a wider base of responsibility », Porter J., J. Ogden et P. Pronyk, 1999, « Infectious Disease Policy: Towards the Production of Health. », *Health Policy and Planning*, 14, 4, pp. 322-328. cité par Marie-Eve Carle, *op. cit.*, p. 30.

⁴ Marie-Eve Carle réutilise le terme de « nœud » emprunté à BIBEAU, G., 1999, « Une troisième voie en santé publique. », *Ruptures*, 6, 2 : 209-236. CARLES, Marie-Eve, *op. cit.*, 2011, p. 30.

⁵ Sur le concept de marginalité, voir plus loin.

déterminent une vie rythmée par la fatigue, la maladie et la mort. Ensuite, nous tenterons d'observer les histoires de vies dures des malades, en dépassant leur maigreur caractéristique d'une mauvaise santé préalable pour parler plutôt de « dégradation sociale », sans la confondre non plus avec une marginalité totale des tuberculeux.

A. Entre fatigue générale et maladies à répétition, l'épuisement physique comme caractéristique commune à tous les tuberculeux

La tuberculose se caractérise par un épuisement considéré comme un symptôme de la maladie mais aussi comme un facteur aggravant la situation du malade. Cependant, avant même d'être atteint et soigné comme un poitrinaire, le tuberculeux est déjà un malade, ou un épuisé. En effet, une caractéristique essentielle que nous retrouvons dans nombre d'histoires de vie des malades, est un rythme de vie organisé autour de la fatigue et de la maladie. Est-ce alors une indication pour considérer que le tuberculeux est un malade en puissance ? C'est bel et bien la base de la réflexion des médecins de l'époque qui considéraient à la fois que les conditions de prédisposition s'héritent et que la misère comme un certain nombre de comportement amoraux permettaient d'expliquer la maladie¹. Si ces conceptions sont amplement retranscrites dans les histoires de vies des malades, celles-ci permettent aussi d'observer une caractéristique physique dans le quotidien des malades, que la fatigue, la maladie ou la mort les touchent eux-mêmes, ou leurs proches, ou leurs familles même éloignées. Mais à travers ces expériences de vies épuisantes et rythmées par des problèmes d'affaiblissement qui conduisent à des maladies, c'est une réalité sociale qui est visible, celle peut-être d'une vulnérabilité extrême, la fragilité du corps, en lien avec la précarité des conditions de vies et révélatrice de misère sociale. Dans un premier temps, nous verrons que l'épuisement physique passe par un travail éreintant qui devient une constante dans la vie des malades, passant ainsi d'un événement déclencheur ou aggravant à un processus long caractéristique de la pauvreté et de la fragilité comme élément intrinsèque à la situation du malade. Ensuite, nous nous intéresserons plus particulièrement au thème de la maladie et de la

¹ La question de l'hérédité comme cause ou facteur de la tuberculose a été évoquée chapitre 3.

mort, afin de voir qu'il s'agit également d'un aspect souvent présent dans le quotidien du malade qui doit se comprendre comme un élément marquant de la vie quotidienne.

1. Le travail éreintant et la fatigue quotidienne comme constante

La fatigue du travail industriel a été perçue par nombre de médecins de l'époque mais aussi par des scientifiques contemporains comme un facteur de la tuberculose. Nous avons déjà expliqué qu'Alain Cottereau par exemple, estimait qu'il s'agissait du facteur aggravant principal de maladie¹. L'épuisement du corps suite à une activité soit physique soit rébarbative était souvent considérée comme un terrain préalable pour des professionnels de l'époque n'admettant que la conception bactériologique exclusive². Dans les fiches cliniques nous le verrons, c'est la fatigue au sens large, c'est-à-dire celle du corps de manière générale qui est perçue comme un élément déclencheur de la maladie. Les médecins recherchent en effet un point de départ chronologique à l'infection, qu'ils trouvent en général dans un effort intense. Mais nous verrons que cet effort physique ou moral s'inscrit généralement dans la durée. L'objectif ici est de montrer que l'épuisement momentané devient rapidement un état de fait constant, qui voit la situation du « futur » malade empirer et devient synonyme de vulnérabilité sociale.

- *L'élément déclencheur de la maladie : de l'effort physique intense à la fatigue du service militaire*

Le point de départ de l'infection tel qu'il est pris en compte par les professionnels de Sant Pau ou du Dispensaire Central est souvent, voire presque toujours, un effort physique important. Mais cet effort important est parfois brusque, et surtout temporaire, et d'autre fois il s'agit aussi d'un moment déterminé, mais qui beaucoup plus long, impliquant une détérioration des conditions de vie du malade. A l'hôpital de Sant Pau, chaque malade a droit

¹ COTTEREAU Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? », dans *Sociologie du travail*, n° 2, Seuil, Paris, 1978. Sur le thème de l'usure au travail en général nous pouvons nous reporter au volume « L'usure au travail » dans *Le Mouvement social* n° 124, Editions de l'Atelier, Paris, 1983, 186 p.

² Titre d'exemple, rappelons que cette idée de terrain prédisposant à la tuberculose se retrouve notamment chez le médecin Baudilio Lopez Durán en 1922. LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, Imp. Vda. de López del Horno, Madrid, 1922, 264 p. Quelques années plus tard, en 1948, le docteur Modesto González Ribas écrit également sur ce point, en présentant la fatigue comme un facteur prédisposant la maladie. GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, Imp. S.A. Horta, Barcelone, 1948, 14 p. Pour une explication plus approfondie de la conception dite de « bactériologie exclusive » voir chapitre 1.

à un examen clinique, duquel nous avons pu faire ressortir ce que les médecins considéraient comme des étapes de l'itinéraire du malade vers ou bien dans, la maladie. Certaines informations sont très certainement spontanées chez les malades, d'autres sont au contraire guidées par un questionnement précis réalisé par les médecins¹. Ainsi, ces derniers préoccupés par les symptômes de la maladie, somment les malades de se souvenir de leurs premières quintes de toux ce qui parfois donnent des réponses étonnantes. Un malade par exemple revient presque vingt ans en arrière, se souvenant d'un « rhume qui le congela » et qui fut à l'origine d'une toux qui revint souvent par la suite. Il est véritablement difficile de faire la part de ce qui est spontanément avancé par le malade et de ce qui est orienté par le médecin, de ce qui est rédigé tel quel, ou de ce qui est interprété. Sur l'élément déclencheur nous retrouvons si souvent des efforts physiques intenses qu'il est possible que les médecins posent une question directe qui influence les malades dans leur réponse. Le fait est qu'une grande partie d'entre eux attribuent le début de leur maladie, où tout au moins les premiers symptômes à un effort physique mais parfois aussi intellectuel, dont ils se souviennent. *Josepa Arnau* tuberculeuse soignée avec sa famille au dispensaire de Radas en 1921 est une exception puisqu'elle identifie un point de départ émotionnel à sa maladie. En effet, à l'origine de ses premiers symptômes se trouve, selon elle, une frayeur² énorme provoquée par l'annonce de la mort de son mari. Cette nouvelle, qui s'avèrera ensuite fautive, la plonge dans le désarroi et c'est à partir de ce moment qu'elle va se sentir chaque jour plus fatiguée. Mais plus souvent, pour de nombreux malades, c'est un effort lié au travail qui leur semble être l'élément déclencheur. Une journée de travail particulièrement longue, ou alors un excès de travail qui demande un effort très physique. *Jorge Salles* est un serveur de 57 ans, qui en 1930 vit avec sa famille dans le quartier de *Gràcia* en cohabitation avec son frère. Il travaille énormément, et d'ailleurs les premiers symptômes de la maladie apparaissent très tôt, sept ans avant qu'il ne soit hospitalisé, juste après une journée de travail particulièrement chargée. L'effort n'est pas toujours lié à l'activité professionnelle loin de là. *Alfons Ferrer*, qui est à la fois serveur et journalier a une idée très précise du jour où il a eu ses premiers symptômes de la tuberculose. C'était une nuit, cinq ans auparavant, après qu'il ait réalisé un grand effort en essayant d'éteindre un incendie. D'autres fois, c'est une activité physique de loisir qui provoque la maladie selon le patient. Lors d'un match de boxe amateur le jeune *Joan Vives* se

¹ Et ce malgré les conseils et recommandations des médecins eux-mêmes qui préconisaient de ne pas orienter le malade lors des « interrogatoires ». Ainsi Baudilio Lopez Durán parlait d'une « absoluta libertad de expresión para el enfermo para evitar dirigirlo hacia lo que pensamos. » LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, 1922, *op. cit.*

² « un susto », fiche de visite n°380, Dispensaire de Radas, 1921.

sent plutôt bien, et puis après le match il a sa première hémoptysie. Les footballeurs qui jouent pourtant à l'air libre sont aussi plusieurs à trop se fatiguer sur les terrains, et à voir apparaître des toux qui deviennent chroniques suite à un exploit sportif. Peu importe la raison de l'effort physique, finalement il est considéré comme le facteur déclencheur de la maladie par le malade et/ou par le médecin, et ce malgré le fait que la théorie bactériologique exclusive soit toujours la seule admise par tous ces professionnels. Ce qui est intéressant, c'est lorsque cet effort physique se pérennise et relève d'une situation longue ou moyennement longue, telle qu'une saison de travail intense comme par exemple *Jaume Aumatell*, un ouvrier catalan hospitalisé à Sant Pau à l'âge de 33 ans qui, en 1929, travaille dans une fabrique de chemises. Lors de l'examen clinique, l'homme explique que c'est après une saison difficile durant laquelle il a eu beaucoup de travail et a du en même temps s'occuper de son fils malade qu'il a commencé à tousser :

« a l'any 1929 va tenir una temporada de molt poc descans per haber d'atendrer la malaltia del seu fill coincidint amb una temporada de molta feina, s'encostipa i te tos que a no li ha marcat mes, persistint actualment »¹

Ce n'est donc plus ici un travail intense à un moment précis, mais bien un changement de situation, qui précarise davantage la situation du malade même de manière temporaire, qui reste l'élément déclencheur.

Dans le même ordre d'idée, le service militaire est très fréquemment évoqué par les malades et les médecins comme l'élément clé permettant de comprendre le début de la maladie. Considéré comme le point de départ du développement de la tuberculose, le service militaire est aussi une expérience qui s'inscrit dans le quotidien de nombreux malades et qui implique non seulement une fragilisation de ses conditions de vie, en particulier physiques, mais aussi de façon plus générale une étape primordiale dans la vie du jeune adulte. Le problème du service militaire tel qu'il apparaît dans les fiches cliniques fait écho aux maintes références qu'y font les médecins depuis le début du XX^{ème} siècle. L'état des casernes, les mauvaises conditions de vie des militaires, étaient particulièrement stigmatisées par les professionnels de la médecine comme éléments explicatifs de taux de tuberculose dans l'armée et au service

¹ « En 1929 il a connu une époque avec très peu de repos pour s'être occupé de la maladie de son fils, qui a coïncidé avec une époque où il a eu beaucoup de travail. Il s'enrhume alors et apparaît une toux qui ne l'a pas quitté depuis et persiste toujours. » (La traduction est littérale.)

particulièrement élevés¹. De plus, cela posait un grave problème puisqu'il s'agissait bien sûr de la force militaire et défensive de la nation². Rien d'étonnant donc à ce que le service militaire apparaisse chez les médecins de Sant Pau dans les fiches cliniques comme un élément clé pour comprendre le début de la maladie. *Andrés Castillo*, un jeune homme de 22 ans originaire d'Almeria entre à Sant Pau en 1934 et affirme travailler comme serveur la nuit et menuisier le jour. Si le fait que l'épuisement ait joué le rôle de facteur d'aggravation de la maladie ne semble faire aucun doute pour les médecins, le malade explique que les premiers symptômes sont apparus il y a onze mois, alors qu'il faisait son service militaire et avait été embarqué sur un bateau pour aller au Maroc. En traversant la Méditerranée, le jeune homme subit une nuit de vent violent sans pouvoir se couvrir, il attrape froid à cause des mauvaises conditions liées au service et à l'armée. Malgré tout, il continuera à faire son service jusqu'au bout, en toussant. Aux conditions de vie que l'on sait mauvaises pendant cette période qui dure deux ans, si le malade n'est pas réformé avant comme c'est souvent le cas, s'ajoute la fatigue que suppose un exercice physique parfois insupportable pour des individus de constitution faible³. Les expériences du service militaire considérées comme traumatisantes du point de vue physique par les malades de Sant Pau ne manquent pas. Ainsi, *Eduardo Amengual* jeune mallorquin fait son service militaire dans la marine et tombe d'un bateau lors d'une manœuvre, ce qui lui permet après deux mois d'hospitalisation d'être réformé définitivement mais aussi de conserver en guise de souvenir une toux tenace pendant les quatre années qui suivent le service et précèdent son entrée à l'hôpital⁴. Plus généralement, les malades sont nombreux à considérer que leurs premières toux sont apparues au service militaire, parfois plusieurs années avant la première hémoptysie, signe d'une intoxication

¹ En France, en 1912, lors d'une conférence sur les facteurs sociaux de la tuberculose, le professeur Louis Landouzy évoque ainsi entre 1894 et 1902 la disparition de l'équivalent de tout un corps d'armée pour cause de tuberculose soit, 36000 jeunes soldats. « Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la Tuberculose », Conférence par le professeur L. Landouzy au Congrès international de Rome contre la Tuberculose, le 12 avril 1912. *La revue de la tuberculose, Tome IX*, n° 3 et 4, Masson et Cie Editeurs, Paris, Juin-Août 1912, 42 p.

Toujours à propos de la tuberculose et des militaires en France, nous pouvons nous reporter à l'article de Pierre Darmon sur les soldats tuberculeux pendant la première Guerre Mondiale. DARMON, Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. », *Annales de démographie historique* 1/2002 (n° 103), pp. 35-50.

² Sur la défense de la patrie voir notamment ESPINA Y CAPO, Antonio, *Profilaxis de la tuberculosis en las grandes poblaciones. Comunicación leída en el Congreso Nacional de la Tuberculosis reunido en Coimbra, marzo de 1895*, Imp. N. Moya, Madrid, 1895, 29 p. Cité au chapitre 1.

Sur les préoccupations des médecins pour la santé des militaires voir également MOLERO MESA, Jorge « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *op. cit.*, p. 23.

³ Voir l'article de Jorge Molero Mesa sur le recrutement des militaires et le recul des exigences concernant le poids minimum afin de peupler l'armée. MOLERO MESA, Jorge, 1999, *op. cit.*, pp. 23-26.

⁴ *Eduardo Amengual* est interné à Sant Pau en 1931 pendant seulement deux mois après avoir néanmoins subi plusieurs opérations chirurgicales.

avancée. D'autre fois cependant, le service militaire est le temps de la première manifestation réelle de la maladie, caractérisée soit par la fameuse hémoptysie que nous venons de citer, soit par un affaiblissement plus général. D'après le médecin du dispensaire central qui l'ausculte en 1921, *Ricardo Hernández* était tuberculeux depuis longtemps, mais la maladie avait un développement lent chez lui, jusqu'à ce que le service militaire ait pour effet de « violenter » soit d'accélérer, le processus¹. En général le malade dans ce cas est réformé, tout comme ceux qui, soignés au dispensaire ou bien à l'hôpital avant d'être appelés le sont presque tous systématiquement². Au final, le service militaire aggrave et révèle à la fois la maladie, mais il est aussi une étape structurelle car obligatoire de la vie des jeunes hommes. Cela implique également un épuisement qui outre déclencher peut-être la tuberculose, instaure aussi la fatigue dans la durée et dans le quotidien d'un homme jeune déjà fragilisé, en précarisant davantage ses conditions de vie.

- *L'épuisement généralisé : une situation permanente*

L'épuisement, dès lors, n'est plus une caractéristique vraiment temporaire et passagère. Une grande partie des fiches cliniques de Sant Pau décrivent un épuisement qui devient une constante, ou une norme dans la vie des malades. L'histoire clinique de *Josep Contreras* illustre à merveille comment un état de fait provisoire se pérennise. Ce malade entre à l'hôpital en octobre 1930. Il a alors 25 ans, est originaire d'Albacete et travaille comme ouvrier après avoir travaillé pendant cinq ans dans les mines de plomb. Le médecin qui l'ausculte, explique alors :

« Il y a quatre ans, en faisant son service militaire, il attrape un rhume et a une douleur du côté droit ; il continue à faire son service jusqu'à ce qu'on le libère, soit six mois de plus de cette manière. Après (il a de la) toux et de l'asthénie ; il continue à travailler comme ouvrier pendant deux ans encore jusqu'à ce qu'il ait une petite hémoptysie qui l'oblige à arrêter de travailler. Actuellement il a de la toux, dyspnée, peu d'appétit, des douleurs thoraciques et il expectore un peu. »³

¹ « *tuberculosis fibro c. congestiva d'evolució lenta « violentada » per servei militar!* », fiche de visite numéro 236, Dispensaire Central, 1921.

² Voir MOLERO MESA, Jorge, 1999, *op. cit.*, pp.23-26. Pour une analyse précise des exemptions dans le cadre du service militaire en France, voir l'article de Gaëlle Lambrouin, « Exemptés et exemptions du service militaire dans les campagnes lyonnaises au XIX^{ème} siècle », *Cahiers d'histoire*, 45-2, 2000.

³ La traduction est littérale. Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 28/10/1930. ANC.

Le malade entre donc en octobre à l'hôpital, mais en sort très vite, moins d'un mois plus tard, de sa propre volonté et contre l'avis du médecin, et son état a stagné voire empiré. Nous le voyons donc, avec l'histoire de ce malade à la fatigue temporaire que devrait constituer le service militaire, s'ajoute une fatigue, et ici plutôt une maladie, même si le malade n'a pas encore été diagnostiqué comme tuberculeux, qui devient une constante, et s'explique en particulier par le fait que le malade continue à travailler. En entrant à l'hôpital, et lors de l'examen médical, de nombreux tuberculeux expliquent qu'ils ont continué à travailler jusqu'à leur entrée dans l'établissement, et ce malgré la fatigue et leur affaiblissement généralisé. Cela montre à la fois une fatigue qui s'institue comme une norme dans la vie des malades mais aussi une nécessité pécuniaire, qui explique le fait que les malades, malgré leur très mauvais état de santé, sont obligés de travailler. La fatigue et l'excès de travail comme état de fait est une caractéristique que l'on retrouve de manière plus générale chez beaucoup de tuberculeux. Cela peut être à la fois une fatigue physique mais aussi intellectuelle. La fatigue physique est bien évidemment celle que nous retrouvons le plus souvent mentionnée, à la fois parce que cela correspond au travail de nombreux journaliers et aussi parce qu'elle préoccupe beaucoup les médecins¹. *Miquel Mitjans* n'a que 18 ans lorsqu'il est hospitalisé à Sant Pau. Il raconte alors qu'à 10 ans il travaillait déjà comme livreur de lait à domicile, un travail d'appoint qui l'obligeait à monter et descendre beaucoup d'escaliers et le fatiguait beaucoup. Il a ensuite été employé dans un atelier de serrurerie, pour un travail qui, selon lui, était « au dessus de ses forces ». C'est peut-être pour cette raison qu'il change à nouveau de métier et devient « photgraveur » en 1935, une profession qu'il ne semble pas considérer comme fatigante. Quant à *Antoni Lopez*, il a beau changer de métiers, il ne trouve du travail que dans les branches les plus fatigantes. Ainsi, cet ouvrier de la métallurgie de 25 ans a commencé tôt à exercer son métier épuisant, qui l'oblige à faire de très nombreuses heures et à porter des objets très lourds². Après son service militaire, il continue de travailler dans ce secteur, mais il est rapidement renvoyé. Il se trouve alors un nouveau travail, comme marin, mais l'ouvrage est encore plus difficile pour lui, puisqu'il implique une utilisation de la force physique encore plus importante. A l'image de ce malade, de nombreux autres sont tout autant épuisés lorsqu'ils arrivent à Sant Pau, une fatigue provoquée par la maladie, certes, mais également par une activité rude. Un autre exemple de travail excessif qui pourtant ne

¹ La fatigue physique ou musculaire est d'ailleurs celle qui correspond à la catégorie sociale observée pour les médecins de l'époque. Pour une approximation à la différence entre fatigue physique et intellectuelle dans la médecine du XIX^{ème} et début XX^{ème} siècle: LORIOL, Marc, « Deux poids, deux mesures ? Fatigue des riches et fatigue des pauvres en Europe à la fin du XIXe siècle », *Histoire et société. Revue Européenne d'histoire sociale*, 4 2002, pp. 83-93.

² Selon les propres affirmations du malade. Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 30/07/1935. ANC.

correspond pas exactement avec celui qui était mis en avant par les médecins est le travail de la terre, celui du paysan. *Dolores Saéz* est une malade de 32 ans qui est très mal en point lorsqu'elle arrive à Sant Pau en 1934. Mais son épuisement, s'il est provoqué par une tuberculose très grave déclarée depuis plus d'un an, est aussi un état auquel elle est habituée de par son travail, puisqu'elle est à la fois servante et paysanne¹. En effet, depuis toujours la malade a des journées de travail dans les champs très rudes :

« *trevallava al camp en feines feixugues.*² »

L'excès de travail, et la dureté de la tâche sont visibles dans la plupart des histoires cliniques des paysans et de nombreux ouvriers. Parfois, la fatigue est aussi liée à des activités moins manuelles, comme ces deux vendeuses qui sont épuisées par leur travail qui les obligent à rester de longues heures debout et leur font très mal aux pieds, suffisamment en tout cas pour que le médecin qui les soigne au Dispensaire de Radas le relève. A cette fatigue physique, qui est presque une constance tout au long de la courte vie de tous les malades, s'ajoutent des fatigues et des souffrances de l'esprit, rarement évoquées mais réelles, et ce malgré le fait que pour les médecins de l'époque c'est bel et bien la fatigue liée aux professions ouvrières qui est privilégiée³. Nous avons parlé plus haut de *Carolina Martí*, soignée en 1921 au Dispensaire de Radas, qui travaille dans une usine de couture, et qui n'est pas fatiguée physiquement mais moralement par son travail. *Carmen Roig*, qui exerce la même profession, explique quant à elle que son travail de couturière, qui lui impose de passer de nombreuses heures courbée sur une machine, la fatigue beaucoup. Ce travail en effet implique non seulement une grande concentration permanente mais aussi une position inconfortable même s'il n'y a pas d'effort physique. Quant à *Pedro López*, lui aussi soigné au dispensaire en 1921, il a longtemps travaillé intensément pour préparer les concours qui lui ont permis de devenir professeur d'université. A la même époque, *Joan Salvat Papasseit*, illustre poète catalan, est lui aussi soigné par ce même service de la Generalitat. Sur sa fiche, le médecin qui lui fait l'examen médical précise que son travail de poète l'épuise intellectuellement et moralement⁴.

En dehors de la fatigue provoquée par l'excès de travail, il existe également d'autres types de fatigues qui prennent le pas sur l'activité professionnelle. Nombre de femmes soignées au

¹ En ce sens nous pouvons émettre deux hypothèses quant au travail exercé par cette patiente de l'hôpital San Pau. Elle est soit employée dans une ferme, soit elle cumule les deux fonctions afin d'aider sa famille.

² « elle travaillait dans les champs, en faisant des travaux épuisants », Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 27/02/1934. ANC.

³ Voir LORIOL, Marc, 2002, *op. cit.*

⁴ Voir la fiche clinique de Joan Salvat Papasseit reproduite en annexe 4.1.1.

dispensaire de Radas par exemple expliquent aux médecins ou aux infirmières que leur travail en usine ne les fatigue pas, par contre, une fois arrivées chez elles, toutes les tâches « ménagères » dont elles doivent se charger se révèlent très fatigantes. Elles décrivent de cette manière une réalité de double emploi ou de la « double journée » longuement évoquée de nos jours lorsqu'on parle de femmes qui travaillent.¹ *Ana Jurado* par exemple travaille dans une usine textile et coud des vêtements pour les enfants. Elle passe donc au moins huit heures de sa journée à coudre sur une machine², mais cela ne la fatigue apparemment pas plus que cela. Par contre, le soir, elle doit s'occuper de toutes les tâches « ménagères », de ses enfants, du ménage, de la cuisine, etc. et cette activité en revanche l'épuise, sans doute d'autant plus depuis qu'elle est malade³. Quelques années plus tard, une autre malade hospitalisée à Sant Pau décrit la même réalité. *Ana Soler* est une femme de 30 ans, originaire malgré son nom de la province d'Almeria, qui est toujours célibataire, mais qui vit avec ses frères, du moins ceux qui sont encore en vie. Son travail consiste à « nettoyer le sol », elle est donc sans doute domestique ou bien femme de ménage. Le fait est que cette profession ne lui convient pas, elle est très fatigante. Elle s'arrête donc un temps, puis est forcée de reprendre le travail pour des raisons économiques. Mais qu'elle travaille ou pas, la malade doit toujours s'occuper des travaux domestiques chez elle, ce qui implique une fatigue double. D'une certaine manière, plus qu'une activité extra-professionnelle, ces « occupations » considérées comme typiquement féminines⁴ sont en réalité une deuxième profession, qu'il est possible de comparer avec les doubles activités de certains ouvriers, tel *Alberto Usón*, jeune malade de 18 ans hospitalisé en 1933, qui va en cours le matin et travaille comme lithographe l'après-midi. Mais plus encore que la double occupation, ce qui préoccupe particulièrement le médecin qui remplit la fiche c'est le fait que le malade passe beaucoup de temps à étudier la nuit, ce qui ne lui laisse que très peu de temps pour se reposer. Le manque de repos, et en particulier de sommeil est un aspect de la vie des malades très perceptible dans les fiches cliniques des hôpitaux comme des dispensaires. Cela n'est guère étonnant lorsqu'on sait que, même en

¹ A titre d'exemple, Fanny Gallot dans sa thèse de doctorat soutenue en fin 2012 donne un aperçu sensible de cette situation de « double tâche » à travers les revendications de femmes ouvrières entre 1960 et 2000. GALLOT, Fanny, *Les ouvrières des années 1960 au très contemporain: pratiques et représentations*, thèse de doctorat d'histoire dirigée par Michelle Zancarini-Fournel, soutenue à l'Université Lumière Lyon 2 le 10 décembre 2012. 608 p.

² Selon Alvaro Soto Carmona même après la loi de 1931 les ouvriers et ouvrières textiles travaillaient au moins 48 heures par semaine. Il est donc fort probable que cette patiente en 1921 travaille plus de huit heures d'affilée si elle travaille à l'usine, peut-être plus si elle travaille à la pièce chez elle. SOTO CARMONA, Álvaro, *El Trabajo industrial en la España contemporánea (1874-1936)*, Anthropos, Barcelone, 1989.

³ « *el treball (cosir a la màquina i a la mà) no la cansa, mes pesada li és la feina de la casa* », fiche de visite n°648, Dispensaire de Radas, 1921.

⁴ Dans le Padrón comme dans les fiches cliniques des hôpitaux dispensaires et sanatorium, à la question « occupation principale » pour les femmes est noté le plus souvent « su sexo » ou bien « sus labores ».

dehors du sanatorium, le repos est considéré par les phthisiologues comme un élément essentiel à la guérison ou la prévention contre la maladie¹. Le fait de « perdre les nuits », c'est-à-dire de ne pas dormir suffisamment est une expression que nous retrouvons très souvent dans les fiches cliniques des deux établissements. Le nombre d'heures que dorment les malades est parfois précisé par les infirmières ou les médecins du dispensaire central, que celui-ci semble suffisant ou pas. Certains malades dorment beaucoup, une dizaine d'heures, même s'il n'est pas possible de savoir si c'était aussi le cas avant qu'ils ne tombent malades. D'autres, plus nombreux, dorment peu. C'est le cas de *Carmen González*, qui, avant de tomber malade travaillait comme « mécanicienne », donc très certainement dans une usine. A cette époque, la malade travaillait douze heures par jour, et avec toutes ses autres occupations, elle ne dormait que quatre heures par nuits. Maintenant elle dort près de huit heures, ce qui s'explique par le fait qu'elle ne travaille plus et qu'elle doit se soigner. Le manque de repos général, qui influence le fait de ne pas avoir assez de temps pour dormir, est aussi une réalité pour *Roser Creus*, une couturière de 30 ans. A l'époque où elle est soignée au dispensaire, en 1921, elle a arrêté de travailler depuis quelques mois, parce que la maladie s'est aggravée. Mais autrefois elle travaillait plus de 14 heures par jour, et ne disposait que de 9 heures libres, pendant lesquelles elle pouvait se reposer mais devait aussi participer sans doute aux tâches domestiques. Le fait de dormir peu est parfois lié à une profession particulière, comme c'est le cas pour *Amadeu Montseny* le musicien de jazz que nous avons déjà évoqué², pour *Roser Creus* qui cout aussi de nuit, ou encore pour d'autres ouvriers qui travaillent de nuit. Mais le plus souvent, ceux qui « perdent leur nuit » sont surtout des personnes qui s'amuse un peu trop, au goût des médecins. Il y a les danseurs amateurs, ceux qui passent leurs nuit à boire au bar ou encore ceux qui aiment participer à des combats de boxe clandestins. Pour le médecin qui s'occupe de *Francisco Segué*s, les excès de travail sont la cause du développement de la maladie, ce qui n'empêche pas que la vie irrégulière qu'il mène, même une fois sorti de l'hôpital, et qui lui fait manquer de repos y est aussi pour quelque chose. Finalement, une vision moraliste est immédiatement détectable dans le peu que disent les médecins, qui font passer le malade depuis l'être vulnérable et fatigué à un responsable de sa propre maladie qui

¹ Au delà de la cure de repos préconisée dans tous les sanatoria depuis le XIX^{ème} siècle, les phthisiologues adeptes de la conception bactériologique exclusive continuent de recommander la cure de repos avant les opérations par exemple, ou encore pour soigner les malades relativement peu atteints. En témoigne notamment les lettres entre médecins retrouvées dans les dossiers des familles suivies pas le dispensaire central contenant des recommandations particulières que nous étudierons plus loin.

² Voir chapitre 3.

multiplie les comportements à risques volontairement¹. Nous verrons d'ailleurs un peu plus loin que ces pratiques immorales ne se réduisent pas seulement à sortir le soir et à ne pas dormir suffisamment.

La fatigue du malade est un élément clé qui apparaît dans toutes les fiches cliniques, car il s'agit d'un épisode que l'on pourrait presque dire traqué par le médecin. Si ce parti pris médical donne une vision réductrice du quotidien du malade, la fatigue semble s'instaurer comme un élément permanent dans la vie des « futurs » tuberculeux. L'épuisement s'explique par des raisons différentes, il est souvent rapporté à la profession, ou encore a des habitudes de vie nocturnes et agitées, jugées sévèrement par les professionnels de la santé. L'effort physique intense s'inscrit le plus souvent dans la longue durée, et l'excès de travail qui contribue tant à affaiblir le malade révèle également une situation économique difficile et un état de misère durable. Si la fragilité sociale est en lien étroit avec la fragilité du corps, c'est bien cette dernière qui est véritablement en cause, et conduit aussi à placer le malade dans la situation qui suit chronologiquement, à savoir être particulièrement affecté par les maladies.

¹ Sur la culpabilité du malade, voir chapitre 3, ainsi que les travaux de Jorge Molero Mesa, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.* C'est encore le fait qu'il se retrouve volontairement dans des lieux peu fréquentables qui rend le malade responsable de sa propre maladie comme de celle des autres, sur ce point, se reporter à l'analyse sur les espaces stigmatisés par les médecins, chapitre 2. A.

2. La visibilité de la maladie et de la mort dans le quotidien

Avant même d’attraper la tuberculose, nombres de malades y sont déjà familiarisés. Cette constatation suit immédiatement les théories médicales centrées sur la bactériologie et sur la transmission directe du germe. Effectivement, pour tomber malade de la tuberculose, il faut y être confronté et la plupart du temps par un porteur du germe, qui fait partie de l’entourage du futur tuberculeux. Mais la tuberculose n’est pas la seule maladie, ni la seule cause de mortalité dans l’entourage des malades. Les épidémies infectieuses et/ou contagieuses¹, les maladies infantiles, en passant par les rhumes à répétition semblent faire partie du quotidien des tuberculeux et de leurs proches, avant même que ne se déclare la phtisie. Ces antécédents médicaux peu soignés constituent une base qui affaiblit le corps tout autant qu’elle révèle une expérience de la maladie et de la mort commune à tous, du moins à tous ceux dont les histoires cliniques nous permettent de percevoir cet aspect de leur quotidien. Nous verrons ici que les tuberculeux ont des histoires de vie personnelles rythmées par les maladies, auxquelles s’ajoutent un entourage dans lequel la tuberculose est déjà présente, tout comme d’autres maladies ayant un contenu social évident. Par ailleurs la proximité de la mort semble aussi être une constante visible dans le quotidien des malades.

- *Des familles de tuberculeux qui n’en sont pas à leur première maladie*

Les tuberculeux comme leurs familles sont très sensibles aux maladies. Dans les histoires cliniques de Sant Pau, pour 1075 cas nous disposons d’une fiche d’examen médical complète. Sur ces 1075 cas, nous relevons non seulement de longs historiques médicaux de malades, mais aussi, presque surtout, des informations sur les membres de la famille proche du malade. Ce que recherchent les médecins dans un premier temps ce sont bien sûr les facteurs de

¹ Par « épidémies infectieuses et/ou contagieuses » nous entendons toutes les maladies de types épidémiques qui touchèrent l’Europe par vague telles la fièvre typhoïde, le choléra, la diphtérie ou la variole, même si certaines sont parfois également endémiques. (Voir la répartition schématique réalisée par Luis Urteaga par exemple, qui considère comme endémique la variole ou encore le typhus) URTEAGA, Luis, « Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX », *Cuadernos Críticos de Geografía Humana* n° 29, Universidad de Barcelona, 1980.

Il n’est pas dans nos projets ici de prendre en compte le débat historique et épidémiologique sur l’origine organique/contagieuse ou bien non spécifique/infectieuse de ces maladies évoqué par Ackerknecht et cité par Sandra Caponi notamment. (CAPONI, Sandra, « Hygiénisme et réorganisation urbaine au Brésil et en Argentine », dans *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, Varia, 33, 2004. Voir également chapitre 1.) Afin de nous pencher sur le quotidien du malade, nous avons choisi s’assimiler les deux concepts, d’autant plus qu’en acceptant la logique de bactériologie exclusive, les médecins de l’époque continuent de parler des « maladies infectieuses » à présent causées par un élément organique.

contagion, ils s'intéressent donc tout particulièrement aux maladies pulmonaires et surtout aux antécédents tuberculeux. Ce qui est étonnant, c'est que malgré le fait que, officiellement, seule la contagion directe ou indirecte préoccupe les médecins, ceux-ci listent tout de même les maladies des membres de la famille lointaine du tuberculeux, ceux avec qui il n'a jamais vécu, entrant ainsi dans une logique plutôt héréditaire qu'ils affirment par ailleurs avoir abandonné¹. Mais les professionnels s'intéressent aussi aux autres maladies, contagieuses ou pas, pulmonaires ou pas, qui ont pu affecter la famille d'une manière ou d'une autre. Finalement, il est possible de classer ces antécédents familiaux en trois groupes. Il y a tout d'abord les cas de contagion claire pour les médecins, lorsqu'un membre de la famille est mort ou bien est atteint de la tuberculose. Ensuite, dans un second temps, nous pouvons regrouper les maladies de la famille qui ont trait à la phtisie, soit des maladies pulmonaires diverses². Enfin, dans un troisième groupe nous retrouvons toutes les autres maladies, qui, en théorie, n'ont aucun lien direct avec la tuberculose mais qui jouent un rôle, pour les professionnels, dans le développement de la tuberculose, sans doute en préparant le terrain au bacille. En réalité chaque maladie est porteuse d'un sens particulier dans l'imaginaire collectif médical, et peut, d'une manière ou d'une autre, être un facteur ou vecteur de la tuberculose. Mais si nous sortons de cette simple acception bactériologique, le fait que les familles des malades soient particulièrement atteintes par les maladies est également un révélateur de fragilité physique comme sociale dans le quotidien des tuberculeux.

Sur les 1075 fiches, près de 41% des malades n'ont pas d'antécédents familiaux. Dans certains cas, la fiche ne contient pas ou peu d'informations concernant les antécédents médicaux et familiaux du malade. Parfois simplement, le malade n'a donné aucune information utile permettant de déterminer un foyer de contagion au sein de son entourage, parce qu'il n'en voit aucune, ou alors parce qu'il ne connaît pas ou trop peu ses parents. D'autres fois, le malade est tellement mal en point qu'il n'est pas possible de le questionner³. Sur les 59% restants soit 365 familles de malades ayant été affectées par une ou plusieurs maladies, nombreuses sont celles dont un ou plusieurs membres ont déjà été affectés par la phtisie⁴. La proportion augmente encore d'avantage si nous y associons les maladies pulmonaires en suivant cette idée de l'époque selon laquelle les diagnostics étaient souvent

¹ Sur l'abandon de la théorie héréditaire, voir chapitre 1.

² Bronchites, pneumonies, méningites, etc.

³ Citons par exemple le cas de *Florenci Guasch*, malade hospitalisé d'urgence à Sant Pau en 1933 qui meurt trois jours après son arrivée. Son état est si grave que le médecin ne peut remplir la fiche clinique.

⁴ Soit 24,65% des 1075 tuberculeux de Sant Pau pour lesquels nous disposons d'une fiche clinique complète.

faussés¹. En ce sens, une grande majorité des malades a eu un contact, plus ou moins prolongé avec la tuberculose au sein de l'environnement familial ce qui constitue un facteur de contagion directe indéniable pour les professionnels qui les soignent. En réalité, cette forte proportion s'explique en particulier par le fait que les médecins sont avant tout centrés sur la contagion et par conséquent se préoccupent bien plus des antécédents de maladies pulmonaires que de autres maladies si contagieuses et épuisantes soient-elles. De la même manière, ils insistent plus sur les rhumes à répétitions que peuvent attraper les malades que sur les maladies infantiles ou encore sociales qu'ils ont pu développer tout au long de leur vie².

✓ Une longue suite de maladies respiratoires mises en avant par les médecins

Les maladies respiratoires sont clairement privilégiées dans les fiches cliniques³. Dans l'histoire du malade, la recherche d'un élément déclencheur conduit souvent à un rhume qui, un peu comme la fatigue évoquée plus haut, s'institue en une constante dans la vie des malades. Si de nombreux malades, nous l'avons dit, déterminent leurs premiers symptômes à la suite d'un effort physique, cet effort a aussi souvent pour effet de déclencher un rhume, qui ne guérit pas. D'autres malades parlent de bain dans l'eau glacée, ou encore de longs moments passés sous une pluie battante, qui ont eut pour effet de voir s'instaurer un début de pneumonie dans les cas les plus graves ou alors simplement un rhume carabiné. Ainsi, *Ana Mahiques*, une tuberculeuse de 19 ans hospitalisée à Sant Pau en 1935 identifie comme point de départ des symptômes tuberculeux un jour où elle fut exposée à une forte pluie. Citons encore l'exemple d'*Angel Escribá*, ce tuberculeux de l'Hôpital de Sant Pau qui est vendeur ambulant et qui précise que suite à une baignade dans de l'eau froide il a développé des symptômes, qui se sont renforcés quelques mois plus tard à la suite d'un rhume⁴. En effet, après ce type d'épisodes, des malades affirment soit avoir une toux qui ne les quitte plus, soit avoir des rhumes à répétition, à tout moment de l'année. *Jorge Andreu*, un graveur de 50 ans hospitalisé plusieurs fois à Sant Pau a ainsi une toux chronique depuis plus de sept ans, qui se double d'une tendance à prendre froid très souvent. Quant à *Josep Lluís Artal*, tuberculeux de

¹ En assimilant ainsi maladies pulmonaires et tuberculose, ce sont plus de 44% des 1075 tuberculeux qui ont eut un contact avec la maladie. Plus encore, si nous ne prenons en compte que les fiches de malades où l'on observe au moins un antécédent médical, dans 74,65% des cas cet antécédent est pulmonaire/tuberculeux.

A propos des diagnostics faussés, voir par exemple les calculs du médecin Plácido Peña Novo dans son ouvrage *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, cité dans le chapitre 1.

² Par ailleurs, les malades eux-mêmes sélectionnent peut-être aussi spontanément ce qui leur semble en rapport avec la maladie qu'ils ont sur le moment.

³ « *Debemos de tener muy en cuenta en los antecedentes del enfermo las afecciones del aparato respiratorio* », disait Baudilio Lopez Durán dans ses *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, 1922, *op. cit.*

⁴ Le quotidien de ce malade en tant que vendeur ambulant a été abordé dans le chapitre 3.

14 ans, lors de son hospitalisation en 1931 il déclare avoir des pneumonies tous les six mois environ. Si cela est considéré comme un symptôme voire la déclaration de la maladie, cela révèle également la fragilité physique dans laquelle se trouve le malade. Cette fragilité physique est aussi à mettre en relation avec celle de la famille, souvent très touchée par les maladies pulmonaires, et plus particulièrement par la tuberculose. Dans certains cas extrêmes, nous pouvons parler d'hécatombe puisque toute la famille est soignée au dispensaire, ou encore, un grand nombre de personnes, frères sœurs ou autres parents proches du malade sont déjà morts de la maladie. Le cas le plus emblématique que nous ayons se trouve être celui de la famille *Martínez* que nous avons déjà évoqué : toute la famille est suivie par le dispensaire de Radas, et trois enfants au moins sont morts de la tuberculose, six de méningite¹. Sans aller aussi loin, certains malades ont simplement des parents qui ont des toux chroniques, voire des bronchites à répétition ce qui est immédiatement classé comme suspect de tuberculose par le médecin mais peut également montrer de manière plus générale une sensibilité plus grande, voire une vulnérabilité plus importante. Quelques années plus tôt cette fragilité aurait été considérée comme une faiblesse héréditaire par les médecins, mais elle peut également être mise en relation avec les nombreuses références aux conditions de vie précaires. Ainsi, le père d'*Albert Vives* est mort de bronchite, et le tuberculeux soigné à l'Hôpital de Sant Pau en 1933 a lui aussi connu de nombreuses maladies pulmonaires, parfois graves durant toute sa vie. Ce qui semble pouvoir être qualifié de sensibilité particulière peut être mis en relation avec ce que nous avons présenté plus haut de la vie du malade, à savoir son entrée à 8 ans dans un atelier de céramique à Badalona dans les années 1870 dans lequel il semble toujours travailler à 70 ans². De la même manière, *Miquel Ramos* qui à 27 ans est également hospitalisé à Sant Pau en 1934, a des parents qui sont morts tous les deux d'une bronchite. Mais il a également une vie qui semble difficile puisque le médecin précise que son activité d'artisan horloger le conduit à travailler de manière excessive. D'une manière générale, parmi les familles des tuberculeux et tuberculeuses hospitalisés à Sant Pau ou suivis au dispensaire, les bronchites chroniques et autres pneumonies sont plutôt fréquentes. Plus précisément, la tuberculose, ou du moins ses manifestations les plus courantes, telles la toux, la faiblesse chronique, la perte de poids ou l'anorexie, les expectorations ou, plus grave, les hémoptysies, peuvent être considérées comme familières au malade, sa propre maladie n'apparaissant pas comme une exception.

¹ Voir schéma familial reproduit chapitre 4.

² Voir le parcours professionnel d'*Albert Vives* chapitre 3.

✓ Des maladies infectieuses à répétition : un gage de fragilité sociale ?

Bien que les maladies pulmonaires soient les plus fréquemment citées dans les familles des malades, les informations les plus intéressantes pour nous concernent à l'inverse les autres maladies. En effet, elles nous permettent de dire avec certitude qu'en dehors de la tuberculose ces malades ont une mauvaise santé, et de se demander si leur origine sociale peut expliquer ce fait. Par ailleurs, cela permet dans une certaine mesure d'avancer des contradictions entre discours et pratiques des médecins, comme nous le verrons plus loin¹. Lorsqu'on leur demande de citer toutes les maladies assez graves qu'ils ont eut, les tuberculeux font souvent des listes impressionnantes. Ils ont été affectés par des maladies diverses, depuis les maladies classiques de l'enfance jusqu'aux épidémies connues de l'époque en passant par des affections plus ou moins bénignes avec parfois une signification sociale ou morale particulière. *Dionisio Pedrol*, un tuberculeux soigné au dispensaire Central n'a que 28 ans mais présente déjà une liste de maladies assez longue. Il ne connaît que les maladies qu'il a eu après sept ans et ne peut donc pas faire état des maladies infantiles qu'il est facile de retrouver dans la plupart des fiches cliniques. Par contre, à 7 ans il a déjà fait un séjour à l'hôpital Clínic pendant plus d'un an afin de soigner une pneumonie. Devenu adulte, il se souvient d'avoir eu le typhus, puis immédiatement après une infection intestinale. Un an plus tard il restera alité pendant deux à trois mois à cause d'une bronchopneumonie, et depuis, tous les six mois il a une hémoptysie qui semble venir compléter une toux qui persiste. Bien sûr, les médecins voient poindre dès les sept ans le fantôme de la tuberculose. Mais d'autres malades ou leur famille, ont eut des maladies qui ne semblent pas avoir du tout de rapport à priori avec la tuberculose. La famille *Roig*, domiciliée au 47 rue d'Aragó, que nous avons déjà cité plus haut est presque entièrement suivit par le dispensaire de Radas. C'est la maladie du père, *Andreu Roig* qui semble avoir provoqué les visites des autres membres de la famille comme les enquêtes sociales au domicile. Les différents membres de la famille ont eut à eux tous un nombre important de maladies variées, allant des tuberculoses (« phtisie galopante ») et autres bronchites et pneumonies, aux maladies infantiles en tout genre, rougeole et rhumes, scarlatine, à d'autres plus ou moins répandues comme la dengue, le typhus, la variole, ou encore des « rhumes du cœur ». Citons encore des hernies et œdèmes qui semblent assez graves puisque cela les conduit à de longs séjours à l'hôpital. La mère de famille par exemple, diagnostiquée tuberculeuse a, elle, un histoire médicale relativement importante. En dehors d'une anémie qui semble chronique, elle a eut le typhus, puis la grippe, et elle est

¹ Pour une analyse des discours et pratiques médicales, voir chapitre 7.

particulièrement sujette aux fièvres en tout genre. Comme ces quelques exemples l'illustrent, les fiches cliniques évoquent des maladies infantiles, digestives et parfois vénériennes, des maladies diverses qui ont surtout en commun de révéler une réalité sociale particulière et un quotidien rythmé par la maladie, comme l'expliquait déjà Jordi Nadal en 1988¹.

Les maladies infantiles sont les premières citées car ce sont celles qui affectent en premier le malade. La rougeole est une maladie qui est présente dans presque toutes les histoires cliniques des malades examinés au Dispensaire central. Si cette maladie est aujourd'hui considérée comme bénigne chez les enfants, ce n'est pas tout à fait le cas dans les années 1930. Certes la rougeole n'est pas une des maladies les plus mortifères à l'époque, loin s'en faut², mais elle est néanmoins très présente dans le quotidien des malades et en tant que maladie contagieuse sa présence renforce les médecins dans l'idée d'un environnement familial nocif³. D'autres maladies infantiles classiques sont citées dans les fiches cliniques, telles que la scarlatine, la varicelle, ou encore la coqueluche. Cette dernière maladie est une cause de mortalité également fréquente dans les familles des tuberculeux, elle s'inscrit aussi souvent dans les histoires de vie des malades eux-mêmes et elle intéresse particulièrement les médecins car il s'agit d'une infection lente qui affaiblit le malade et provoque une toux importante⁴. Dans la famille d'*Andrés Márquez*, patient du dispensaire central en 1943 il y a eu de nombreuses maladies infantiles, mais lui-même a surtout été touché par des bronchopneumonies et par la coqueluche, ce qui, pour les médecins pourrait faire de lui un malade ayant des prédispositions. Le fait que les maladies infantiles aient particulièrement

¹ Selon Jordi Nadal: « dependientes de las condiciones de vida, las enfermedades infecciosas se presentan, en el siglo XIX, como enfermedades sociales típicas. La inexistencia, o la ineficacia, de la actuación pública que ayude a combatirlas contribuye a reforzar el carácter discriminador que las distingue. La infección hace estragos entre las clases bajas y deja bastante incólumes a los núcleos privilegiados » NADAL, Jordi, *La población española (siglos XVI à XX)*, Ariel, Barcelone, 1988, pp. 158-159, cité par Francisco Feo Parrondo dans « La epidemia de difteria en Lodosa (1895) », dans *Lurralde. Investigación y Espacio*, 2008, pp. 65-82.

² A titre d'indication, d'après les relevés de décès annoncés par l'Annuaire statistique de Barcelone en mai 1927, la rougeole est responsable d'un peu plus de 5% de la mortalité infantile (entre 0 et 4 ans), loin derrière les diarrées ou les maladies respiratoires en général. Dans leur étude sur les épidémies à Marseille au XIX^{ème} siècle, Bertrand Mafart et Marc Morillon considèrent que la rougeole est responsable d'environ 10% des décès chez les enfants. MAFART, Bertrand, MORILLON, Marc, « Les épidémies à Marseille au XIX^{ème} siècle », dans *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, Nouvelle Série. Tome 10 N°1-2, 1998, pp. 81-98. A partir de ces données fragmentaires, il semble bien que la rougeole ne soit pas une cause de mortalité chez l'enfant très grave, bien que la maladie soit particulièrement répandue.

³ La rougeole peut être également considérée comme une prédisposition physique préparant directement le terrain à la tuberculose. Ainsi, le médecin Baudilio Lopez Durán dans ses leçons sur la tuberculose conseille notamment aux médecins de se pencher avec attention sur les maladies infantiles, et plus précisément sur la rougeole pour comprendre les facteurs de la maladie, car, selon lui, cette maladie peut être un signe important, surtout si elle a supposé des complications pulmonaires. LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, 1922, *op. cit.*

⁴ La coqueluche (« tos ferina ») fait partie de ces autres maladies, qui, selon Lopez Durán doit faire l'objet d'une vigilance particulière. LOPEZ DURAN, 1922, *op. cit.*

affecté le tuberculeux inscrit ce dernier dans un contexte médical et social particulièrement vulnérable, même s'il est toujours difficile d'évaluer la part réelle que représentent ces quelques annotations dans les fiches cliniques. A titre d'exemple, citons le cas de *Dorotea Soler* qui à huit ans a déjà eu des bronchites, la rougeole, la coqueluche la varicelle et qui a toujours eu une santé fragile révélée ou provoquée par son manque d'appétit qui semble chronique¹. Notons par ailleurs que cette vulnérabilité semble s'étendre à la famille proche puisqu'en en jetant un œil sur l'histoire clinique de sa tante qui vit avec elle et est également soignée au dispensaire quelques années plus tard, il est possible de retrouver les mêmes maladies, dont la rougeole, la varicelle, plusieurs angines, et la coqueluche à 8 ans, ce qui a entraîné des bronchites à répétition depuis lors.

Après les maladies infantiles, un certain nombre de malades développent des maladies diverses et parfois plus ou moins bénignes, telles que les gripes, rhumes, et autres angines. Bien que ces maladies soient banales et sans véritable gravité a priori, c'est le fait que ces affections se multiplient qui est caractéristique ici. Comme nous l'avons évoqué plus haut, un évènement particulier est souvent identifié comme le point de départ d'une série de maladies ou encore d'un état de santé fragile qui s'inscrit dans la durée. Nombreux sont les patients à déclarer avoir des rhumes ou des pneumonies tous les hivers ou même tous les six mois. Ces épisodes de maladies s'enchaînent parfois, ainsi *Carmen Ramos*, jeune femme de 23 ans soignée en 1932 au dispensaire de Radas connaît chaque hiver un épisode de grippe, ou encore *Andreu Subirats*, tuberculeux de 50 ans décédé à l'Hôpital de Sant Pau qui a des bronchites très fréquentes en hiver. Ce sont donc des maladies plus ou moins bénignes à répétition qui fatiguent le malade, révélant par la même des résistances immunitaires affaiblies.

S'ajoutent ensuite toute sortes de maladies beaucoup moins bénignes qui, elles, affectent moins souvent le malade mais dont la gravité est bien supérieure. Les tuberculeux, tout comme leurs familles sont en effets sensibles aux maladies infectieuses et contagieuses. Plus exactement, ces maladies sont souvent des causes de décès dans les familles tuberculeuses. Le paludisme, la variole, le typhus ou encore la diphtérie, quatre maladies contagieuses, font des ravages dans l'environnement proche des malades étudiés. Ces quatre maladies n'ont en commun que d'affecter assez fréquemment les malades tuberculeux, et d'être particulièrement prises au sérieux sans qu'il ne soit avancé de lien direct avec la tuberculose par les médecins,

¹ Ajoutons encore d'un point de vue prophylactique que pour le docteur Baudilio Lopez Durán la coqueluche est plus dangereuse si elle est associée à une anémie chronique. LOPEZ DURAN, 1922, *op. cit.*

même pour la diphtérie qui pourtant est une inflammation des muqueuses¹. La variole et la diphtérie sont deux maladies épidémiques à tendances endémiques qui affectent l'Europe et en particulier l'Espagne entre le XIX^{ème} et le XX^{ème} siècle. La lutte contre ces deux maladies entre dans le cadre de la mise en place d'institution de santé publique au début du XX^{ème} siècle². Bien que la dimension sociale ne soit pas la même que pour la tuberculose, ces maladies touchent plus particulièrement les populations les plus défavorisées socialement, et elles inscrivent tout de même le malade dans une logique de fragilité physique et économique³. Quant au paludisme, il est souvent cité comme maladie du service militaire, entendant implicitement ou explicitement un service au Maroc⁴.

Enfin, le typhus, est encore plus clairement une maladie associée aux conditions d'hygiène lamentables des villes et des provinces⁵. Ce lien plus prononcé avec l'espace ne suppose pourtant pas un intérêt plus important de la part des médecins, bien que, seulement dans les quelques fiches du dispensaire de Radas, on compte presque une quinzaine de décès dus au typhus dans les familles de tuberculeux.

Plusieurs points méritent d'être mis en avant concernant ce sujet : tout d'abord rappelons le fait que l'Espagne est le pays européen le plus affecté au début du XX^{ème} siècle par les

¹ Notons tout de même un intérêt plus prononcé de la part des médecins pour la diphtérie dans sa forme la plus grave appelée « garrotillo ».

² Sur la diffusion des nouvelles méthodes de soins et la mise en place d'une politique de santé publique antidiphtérique et antivariolique à la fin du XIX^{ème} siècle en Espagne, voir les deux dossiers consacrés au sérum antidiphtérique et au vaccin antivariolique publiés par les revues *Dynamis* (2007) et *Asclepio* (2004). En particulier CAMPOS MARIN, Ricardo, « Presentación: La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX », *Dossier: La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX*, *ASCLEPIO*, vol. 56, No 1, CSIC, 2004, pp. 3-6 et RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban « La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, « nuncio de la nueva medicina » », Présentation du dossier « Science, industrie and charities around diphtheria serotherapy in France and Germany », *Dynamis*, vol. 27, 2007, pp. 21-31.

³ Avec la « découverte » des sérums et vaccins, la lutte contre ces maladies qui autrefois passait par des mesures d'hygiène voire d'éloignement implique plutôt une diffusion des nouvelles pratiques médicales. L'enjeu est de faire profiter à tous de cette « nouvelle médecine » soit, pour employer un concept un peu anachronique, c'est la question de « l'accès aux soins » qui devient primordiale. RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban « La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, « nuncio de la nueva medicina » », 2007 *op. cit.*, p. 42.

⁴ Sur la lutte médicale contre la malaria en Espagne dans la première moitié du XX^{ème} siècle, se reporter aux différents travaux publiés par Esteban Rodríguez Ocaña dont notamment l'ouvrage collectif qu'il a dirigé sur ce thème et qui prend en compte le territoire colonial et notamment l'action médicale antipaludique au Maroc. RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban (dir.), *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Estudios sobre la ciencia, 32], 2003, 488 p.

⁵ L'historienne Isabel Jiménez Lucena a étudié l'instrumentalisation du typhus exanthématique dans un but de légitimation du nouvel Etat franquiste dans les années de la post-guerre. Elle note également le lien entre entassement, manque d'hygiène et développement de la maladie. JIMENEZ LUCENA, Isabel, « El tífus exantemático de la posguerra española (1939-1943): el uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del « Nuevo estado » », dans *Dynamis*, n° 14, Universidad de Granada, 1994, pp. 185-198.

maladies infectieuses¹. Ensuite, rappelons également que Barcelone est considérée comme une ville plus salubre que les autres capitales régionales, notamment parce qu'elle dispose d'un réseau d'égout au point². En ce sens, le fait que ces familles soient affectées par des maladies qui sont de moins en moins fréquentes en théorie permet une nouvelle fois d'évoquer le statut social précaire des tuberculeux, qui influence une plus grande vulnérabilité aux maladies. Il faut encore rapporter le poids de ces maladies chez les malades aux manques des installations sanitaires perceptibles chez ces derniers³. Dans un contexte d'amélioration sanitaire, ces familles semblent bien être les dernières à en profiter. Ajoutons enfin que, comme nous y reviendrons, il semble bien que la tuberculose suive la marche d'autres affections sociales, bien que certains professionnels du début du siècle aiment avancer l'idée d'une antinomie entre maladie respiratoire et digestive⁴. Le paludisme, la variole et la diphtérie dans les années 1930 font encore partie d'un quotidien des populations les moins favorisées.

Toujours dans le même ordre d'idées, parmi les maladies infectieuses et contagieuses fréquentes chez les malades nous retrouvons les maladies sexuellement transmissibles. A la blennorragie et à la gonorrhée considérées par les médecins comme des affections sans importance bien que moralement connotées, s'ajoute surtout la fameuse syphilis qui, elle, intéresse beaucoup les médecins, et ce pour deux raisons principales⁵. Tout d'abord, il semble que les traitements de la syphilis puissent d'une certaine manière avoir un impact négatif qui facilite ensuite la contagion tuberculeuse. Ainsi, *Jaume Curiel*, un malade de 36 ans hospitalisé en 1930 à Sant Pau dans un état grave est à la fois traité pour la tuberculose et pour la syphilis. Cela fait près de onze ans qu'il souffre de la syphilis, et les traitements

¹ Cette affirmation se retrouve chez les médecins et statisticiens depuis la fin du XIX^{ème} siècle, dans les données statistiques comparatives disponibles : voir chapitre 1. Elle est aussi relayée par les historiens, voir à titre d'exemple : PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003, cité également dans le chapitre 1. D'après Jordi Nadal, l'Espagne est le pays le plus largement touché par les maladies infectieuses ce qui s'explique par un retard dans les progrès médicaux. NADAL, Jordi, *La población española (siglos XVI à XX)*, Ariel, Barcelone, 1988, 268 p. Cette constatation se retrouve aussi dans RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, MARTÍNEZ NAVARRO, Ferrán, *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*, Escuela Andaluza de Salud Pública, consejería de Salud, 2008.

² Voir chapitre 1.

³ Voir chapitre 4.

⁴ C'était notamment la position de Simón Hergueta Martín en 1895 qui s'appuyait sur une méthode expérimentale, alors qu'à l'inverse Baudilio Lopez Durán parle d'une continuité logique entre les deux types de maladie puisque une maladie digestive longue peut préparer le terrain à une maladie respiratoire par exemple. HERGUETA MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip del Hospicio, Madrid, 1895. LOPEZ DURAN, Baudilio, 1922, *op. cit.* Voir chapitre 1.

⁵ Nous retrouvons la syphilis dans les histoires cliniques d'une quarantaine de patients de Sant Pau. Sur l'histoire de la lutte sociale et morale contre les maladies vénériennes voir CASTEJÓN BOLEA Ramón, *Moral sexual y enfermedad : la medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, Universidad de Granada, instituto alicantino de cultura « Juan Gil-Albert », Granada, 2001.

antisypilitiques, et en particulier ce que le médecin appelle le « Neo » et que nous identifierons comme étant le « Neosalvarsan », augmentent sa toux et ses expectorations¹. Au-delà de la maladie elle-même c'est un traitement peu adapté qui est mis en cause et non pas réellement le quotidien du malade. Mais ensuite, si la syphilis intéresse autant les médecins, c'est surtout parce qu'il s'agit d'une maladie associée à l'immoralité, qui permet de responsabiliser le malade pour sa maladie. Il s'agit de l'alcoolisme et la syphilis et de la tuberculose qui forment un trio de maladies liées aux vices des ouvriers². Nous avons montré comment, associée à ces deux autres maladies, la tuberculose devient une affection morale ce qui explique que le tuberculeux soit rendu responsable non seulement de son affection mais aussi de celle de ses proches³.

La syphilis, de manière plus générale, s'associe aux comportements déviants et donc dangereux, tels que le recours à la prostitution ou bien le libertinage⁴. Un même jugement de valeur touche les malades alcooliques⁵. La consommation fréquente d'alcool est certes relevée par les médecins dans les fiches cliniques comme un détail fragilisant le corps à côté du « tabagisme », mais l'alcoolisme est difficile à déceler, et surtout, n'est pas considéré en soi comme une maladie mais plutôt comme une faiblesse mentale ou une cause de maladie⁶. Malgré tout, quelques fois, nous retrouvons des histoires cliniques de malades dans lesquelles le médecin précise que son patient est un alcoolique. *Antonia Cervera* a 48 ans et son seul revenu semble être les quelques pièces gagnées en vendant des éventails qu'elle fabrique chez elle. Son mari est mort quelques années auparavant d'une bronchopneumonie, trois de ces enfants sont aussi décédés en bas âge, de méningites ou de typhus. Lorsqu'elle est hospitalisée

¹ Le « neosalvarsan » est un « médicament » utilisé contre la syphilis qui fait à l'époque l'objet d'un débat à cause de sa teneur en arsenic et par conséquent de sa toxicité. Carrade, Jean, *Contribution à l'étude de la néosalvarthérapie. Nouveau traitement de la syphilis par les injections intra-rectales de néosalvarsan*, A Rey, Lyon, 1916, 62 p.

² ANONYME, *Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis...* En: *DISCURSOS leídos en la sesión inaugural del año académico 1899-1900 de la Sociedad Española de Higiene*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1899, pp. 27-68. Dans leur ouvrage *Los ilegales de la naturaleza: medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2000, Ricardo Campos Marín, José Martínez Pérez et Rafael Huertas García-Alejo citent également le médecin Malo de Poveda qui en 1900 voyait en l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose une « trilogie dégénérative de la race ».

³ Sur la culpabilisation du malade, voir les travaux de Jorge Molero Mesa, 1989, *op. cit.* Voir également pour aperçu rapide, chapitre 3.

⁴ CASTEJÓN BOLEA Ramón, *Moral sexual y enfermedad: la medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, 2001, *op. cit.*

⁵ Le médecin barcelonais Llorens y Gallard en 1912 accuse clairement le penchant pour l'alcool de l'ouvrier d'être la cause de sa tuberculose. *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, Imp. Casa Prov. Caridad, Barcelone, 1912, 35 p. Cité par Ricardo Campos Marín dans *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, CSIC, Madrid, 1997.

⁶ *Ibid.*

à Sant Pau en 1934 dans un état grave, le médecin qui l'ausculte note son état euphorique ce qu'il semble expliquer plus loin la jugeant alcoolique « déclarée ». Citons encore *Ginés Martín*, qui lui aussi est hospitalisé à Sant Pau, deux ans auparavant à la fois pour tuberculose, hémophilie mais aussi pour syphilis. Le malade est non seulement alcoolique, mais aussi gros fumeur. Plus directement encore, les médecins du dispensaire central de Radas quelques années auparavant n'hésitent pas à qualifier la situation familiale de *José Sanchez* comme particulièrement mauvaise par rapport à son père alcoolique. Dans ces cas précis, nous voyons comme l'alcoolisme se fond surtout avec une marginalisation des tuberculeux en question. Alors qu'avec d'autres malades c'est la fragilité du corps qui était mise en avant, ici c'est bel et bien un comportement déviant qui tend à faire percevoir le malade comme faisant partie d'une catégorie non plus faible physiquement mais moralement, et par là-même provoque et justifie son exclusion de la société¹.

✓ Une sensibilité accrue aux grandes épidémies/endémies du siècle

Enfin, à toutes ces maladies s'ajoute encore une sensibilité particulière de la part des tuberculeux étudiés aux grandes épidémies de l'époque, que sont la grippe de 1918, le choléra et surtout la fièvre typhoïde. La grippe de 1918, souvent appelée grippe espagnole a particulièrement affecté l'Espagne et l'Europe au lendemain de la grande guerre². L'influence de cette maladie en Espagne a notamment été étudiée par les historiens de la médecine valenciens, qui ont montré que, par exemple, dans la ville d'Alicante, cette maladie a touché presque toutes les classes sociales, affectant particulièrement les plus pauvres³. Manuel Martínez, lui, a étudié la même grippe mais dans la ville de Valence, démontrant que si la forte contagion s'explique en partie par le manque d'équipement sanitaire, celle-ci ne touche pas tous les quartiers de la même manière⁴. Ce sont surtout les zones les plus périphériques qui sont affectées, soit les zones les plus pauvres. Autrement dit, les deux auteurs se rejoignent sur un point : cette pandémie de grippe sur l'espace valencien affecte de manière privilégiée les catégories sociales les plus vulnérables. Il semble en être de même à Barcelone, et dans le reste de l'Espagne puisqu'une partie des tuberculeux affectés par cette maladie en

¹ En ce sens, la tuberculose serait simplement une manifestation de cette dégénérescence. Sur le concept d'exclusion, voir le paragraphe suivant.

² RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban, « La Grip a Barcelona. Un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19 », dans ROCA, Antoni, (dir.), *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 1991, pp. 131-156.

³ BERNABEU MESTRE, Josep, *La Ciutat davant el contagi : Alacant i la grip de 1918-19*, Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum, coll Monografies sanitàries, València, 1991.

⁴ MARTÍNEZ, Manuel, *València al límit. La ciutat de València davant l'epidemia de Grip de 1918*, Simat de la Vallidigna, la Xara, 1999. Voir également sur la ville de Madrid: PORRAS GALLO, María Isabel, *Un reto para la sociedad madrileña : La epidemia de gripe de 1918-1919*, editorial Complutense, Madrid, 1997.

1918-1919 ne vivaient pas encore dans la capitale catalane à l'époque, mais tous ont en commun une vie rude et un statut social relativement précaire. Ce n'est pas le cas au premier abord de *Pedro López*, ce jeune homme qui avait longtemps étudié de nuit pour devenir professeur d'université. Deux années avant d'être soigné au dispensaire de Radas il avait en effet eu la chance de survivre à la grippe dite espagnole. Par contre, *Ana Machín* et *Josepa Arnau* soignées toutes les deux au dispensaire en 1921 vivent dans des conditions très difficiles d'après les descriptions de leur vie quotidienne, de leur logement et de leur famille qu'elles font aux médecins. Ces deux malades déclarent également avoir « passé 1918 » une expression qui montre bien l'importance de cette épidémie dans la société.

Le choléra, est une maladie épidémique, dont on n'a vu peu de secousses depuis le XIX^{ème} siècle. C'est donc une épidémie qui est considérée ancienne même si nous savons qu'elle réapparaîtra dans les années 1970 en Espagne¹. Dans les années 1930, et en particulier à Barcelone, c'est une épidémie qui apparaît comme résolue. Cependant, certains malades ont été en contact avec le choléra par le passé. Seule une malade tuberculeuse a vraiment survécu à la maladie, les autres malades la plupart du temps, ont connu la maladie à travers un membre de leur famille. Il est facile de supposer que l'épidémie de choléra dont ont été victimes les proches des malades est sans doute celle de 1885, soit la dernière épidémie grave en date en Espagne². Quelles relations particulières retrouve-t-on entre la tuberculose et le choléra ? Une maladie respiratoire et une maladie digestive, qui n'ont, encore une fois pour seul point commun que d'affecter la même population. Les épidémies de choléra ont servi de base à la recherche empirique en épidémiologie spatiale à partir de l'exemple du docteur Snow, le premier à mettre en évidence par la carte le rôle des fontaines publiques dans la propagation de l'épidémie de choléra à Londres, en 1854.³ Connue pour être une maladie qui se répand à partir des réseaux de distribution d'eau, la corrélation avérée entre la localisation des cas affectés et la source contaminée permet d'identifier rapidement le point d'émergence de l'épidémie faisant de cette maladie un exemple paradigmatique du bien fondé de

¹ CARRASCO ASENJO, Miguel, JIMENO MAESTRO, Josefina, « La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad », « Jornadas virtuales sobre crisis sanitarias, Análisis de experiencias », *Revista de Administración Sanitaria Siglo XX*, n° 4, 2006, pp. 583-597.

² En réalité on enregistre d'autres vagues de choléra bien plus réduites après cette date, notamment dans les provinces catalanes, cependant, l'épidémie de 1885 est beaucoup plus meurtrière et elle est également la seule à être citée quelques fois par les médecins de Sant Pau ou du dispensaire de Radas. RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, MARTÍNEZ NAVARRO, Ferrán, *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*, Escuela Andaluza de Salud Pública, consejería de Salud, 2008, 39 p. Par ailleurs Esteban Rodríguez Ocaña considère qu'à partir de 1890 la maladie cesse d'être aussi impressionnante. « El cólera en España y el nacimiento de la salud pública », *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, n°16, 2004, 50 p.

³ SNOW, John, *On the mode of communication of cholera*. J. Churchill, Londres, 1855 [2^{ème} ed.], 162 p.

l'utilisation de la cartographie médicale. Cette démonstration permet d'expliquer notamment l'engouement scientifique des géographes, démographes ou urbanistes autour de la question du choléra. L'apparition de la maladie dans une ville provoque des mobilisations importantes de la part des pouvoirs publics et autorités municipales entre autre puisque l'assainissement urbain et l'amélioration des réseaux d'eau potable sont considérés comme uniques moyens pour endiguer l'épidémie infectieuse¹. L'étude de cette épidémie est donc particulièrement intéressante pour qui veut comprendre la mise en place d'une politique de santé publique². Certains chercheurs se sont également penchés directement sur les cas de choléra, afin de mener à bien une étude de la géographie de la maladie, d'étudier son développement avec une démarche qui reprend celle des hygiénistes de l'époque, bien que les objectifs et la méthodologie soient évidemment différents³.

Si ce schéma d'apparition et de développement est propre à cette épidémie infectieuse, de nombreux épidémiologistes ou hygiénistes de l'époque comme également des géographes, ont voulu l'appliquer à d'autres maladies pour lesquelles, la plupart du temps, il est beaucoup plus difficile de déterminer un point de départ⁴. Il nous semble difficile par conséquent de déterminer une corrélation entre tuberculose et choléra au-delà des quelques exemples visibles dans les fiches cliniques. La démarche qui consiste à mettre en relation ces deux maladies ne nous semble pas justifiée, d'autant plus qu'elle cesse de prendre en compte le malade comme

¹ FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, thèse de doctorat dirigée par PINOL Jean-Luc, Université Lumière Lyon 2, 2009, p. 156. Voir également FRIOUX, Stéphane, *Les batailles de l'hygiène : villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, PUF, Paris, 2013, 387 p.

² RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « El cólera en España y el nacimiento de la salud pública », 2004, *op. cit.*

³ Voir par exemple les conclusions de l'étude sur le choléra à Milan au XIX^{ème} siècle d'Olivier Faron : « Le choléra à Milan en 1836 », dans « Epidémies et populations », *ADH*, éditions Odile Jacob, 1998, Paris. Une analyse sur les causes de l'apparition et de la propagation de l'épidémie à Hambourg en 1892 apparaît également dans l'ouvrage de Richard Evans à côté d'une étude sur la prise de compte de l'épidémie par les autorités municipales. *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910*, Clarendon Press, Oxford, 1987. Voir également : SNOWDEN, Frank Martin, *Naples in the time of cholera, 1884-1911*, Cambridge University Press, 1995, 478 p.

⁴ Pour une étude sur les nids d'infections, voir chapitre 2. Dans leur ouvrage *Deciphering Global Epidemics, Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, Cambridge University Press, « Cambridge studies in historical geography », Cambridge (GB), 1998, 469 p., Andrew Cliff, Peter Haggett et Matthew Smallman-Raynor cherchent également à comprendre les logiques de diffusion dans le territoire des différentes épidémies et par conséquent à déterminer le « point de départ » de l'infection. Pour une critique rapide de cette démarche concernant la tuberculose, voir chapitre 1. Pour une mise en relation de la tuberculose avec une autre maladie, ici la fièvre jaune, voir également la carte dynamique réalisée par les scientifiques du groupe Spatial History Project dans un quartier de Rio de Janeiro en 1850. Peter Shannon, Erik Steiner, Whitney Berry, Ryan Delaney, David Sabeti, Mithu Datta, T.C. Alves, and Zephyr Frank, « Yellow Fever Epidemic of 1850 : Scale, Time, and Space », projet réalisé dans le cadre de *The Spatial History Project*, Center for Spatial and Textual Analysis (CESTA), Stanford University, non daté. La recherche de corrélation entre la l'évolution de localisation des décès des deux maladies sur un an peut difficilement aboutir plus loin que la simple constatation factuelle étant donné la nature de la tuberculose.

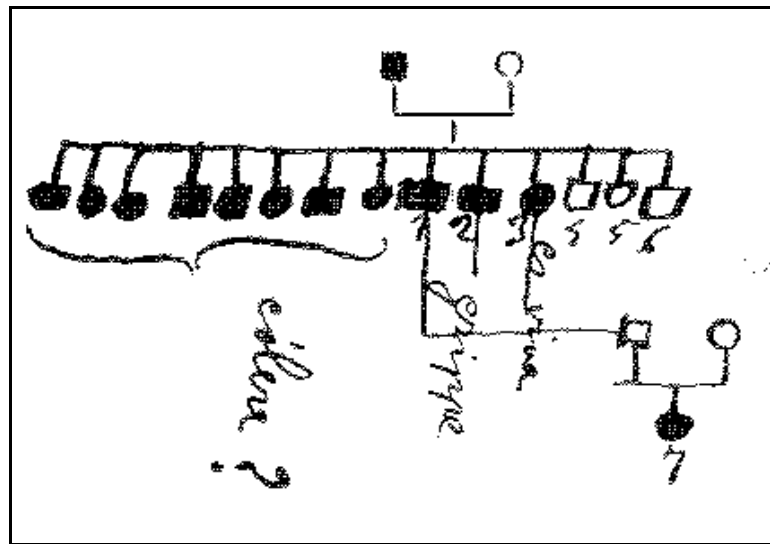
tel pour le considérer comme un porteur du germe. Pour nous, ici, le choléra est une fois de plus un élément qui affaiblit le corps de l'individu malade, et met en avant une situation sociale précaire, un quotidien où les maladies sont fréquentes. L'épidémie de 1883 semble décimer ainsi la famille de *José Sanchez* comme nous pouvons le constater sur le schéma familial reproduit par les médecins ci-dessous¹.

Illustration 10 : Schéma familial de la famille Sánchez, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°351)

The image shows a handwritten family chart and medical notes. The chart depicts a family with several children, some of whom are marked with a bracket and the word "colera?". The notes include:

P + ab. 5 7 anys. No cap. de que.
M. Està bé.
1 el malalt.
2 + als 12 anys. 2 dies malalt. Infeno pupal.
3 } Està.
4 } bon.
5 }
6 }
7 + més j. my. Informació?
8
9

ANTECEDENTS FAMILIARS ESPECIALS
El seu pare molt alcohòlic.
La seva mare va tenir 2 aborts.



(Source : Dépôt CAP RSD)

D'une certaine manière, cette constatation fait écho aux hypothèses avancées prudemment par certains médecins, selon lesquelles la tuberculose est finalement une maladie qui arrive après le choléra ou toute autre maladie affaiblissante, une maladie d'usure en quelque sorte². Selon cette hypothèse, la même population serait donc affectée par toutes les maladies sociales,

¹ Fiche de visite n°351 réalisée par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos pobres » de la Mancomunitat de Catalunya », 1921, Dépôt du CAP RSD.

² LOPEZ DURAN, Baudilio, 1922, *op. cit.*

établissant ainsi un lien entre les épidémies infectieuses et les endémies à travers ce que nous pourrions appeler une variable cachée, l'affaiblissement physique et les conditions sociales.

Si le choléra affecte les familles des tuberculeux mettant en avant une vulnérabilité sociale, la fièvre typhoïde, elle, affecte tant le malade lui-même que sa famille.

La fièvre typhoïde est une maladie plutôt endémique à tendance épidémique qui prend un sens tout particulier à Barcelone et qui nous permet d'avancer plus de questions que de réponses. Tout d'abord, précisons que la fièvre typhoïde fait des ravages à Barcelone à l'époque¹, et est au centre des préoccupations des différents acteurs, qu'il s'agisse des ingénieurs comme Lluís Claramunt, des architectes du GATCPAC ou des différents décideurs, autorités municipales ou régionales². Rappelons également que les médecins ne sont pas tous d'accord sur la signification de la maladie, puisque certains considèrent que tuberculose et fièvre typhoïde sont incompatibles alors que d'autres au contraire observent une complémentarité³. La proportion relativement élevée de tuberculeux barcelonais ayant connu la fièvre typhoïde personnellement ou de part leur entourage pourrait tendre à nous faire pencher pour la seconde hypothèse. Mais nous pourrions également choisir d'avancer celle d'une tuberculose maladie d'usure qui suit un épisode de fragilité physique comme la fièvre typhoïde qui « prépare le terrain ». Il n'en demeure pas moins que la fièvre typhoïde fait partie du quotidien d'un certain nombre de tuberculeux⁴. C'est le cas de *Pedro Pijoan*, tuberculeux de 17 ans hospitalisé à Sant Pau en 1931, qui a été quelques années auparavant affecté par un épisode de fièvre typhoïde. Lui s'en est remis, mais il y a perdu ses parents et son frère. En octobre 1940, *Carmen Solé* est soignée au dispensaire de la rue Torres Amat pour une

¹ Voir notamment le schéma sur l'influence de la mortalité typhoïdique sur la mortalité générale dans les villes européennes publié dans PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, 2003, *op. cit.*, p. 94. L'Espagne en général, mais plus particulièrement les villes méditerranéennes Valence et Barcelone, sont particulièrement touchées par cette maladie.

² En 1933 Lluís Claramunt publie une carte de la ville mettant en relation la localisation des décès dus à la typhoïde en 1914 avec la localisation des fontaines publiques. CLARAMUNT FUREST, Lluís, *Lluita contra la febre tifoïde a Catalunya*, Imprenta La Ibèrica, Barcelona, 1933. Les architectes du GATCPAC, quant à eux, situent les décès typhoïdiques dans les rues du centre ancien, en tenant en compte la taille et la longueur des rues. Ces données ainsi produites leur permettent de déceler les rues les plus meurtrières, et ils s'appuieront ensuite sur ces résultats afin d'établir leur plan d'assainissement du centre ancien. Source : Fonds du GATCPAC « Documentation sur des thèmes médicaux », AH COAC. (voir chapitre 2)

La fièvre typhoïde représente un enjeu important de santé publique à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle. voir notamment, ASSIS DA COSTA, Francisco de, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, trabajo dirigido por GUARDIA BASSOLS, Manuel, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona, 2008.

³ Voir plus haut. En 1908 un médecin français réalisa une étude sur ce « prétendu » antagonisme, et conclut après expérimentation que celui-ci n'était pas avéré. JAUBERT, L., *Du Prétendu antagonisme entre fièvre typhoïde et tuberculose*, Imprimerie Générale Perroux, Macon, 1908, 11 p.

⁴ Près d'une centaine de patients de l'Hôpital de Sant Pau ou bien du dispensaire de Radas sont affectés, eux-mêmes ou leur famille, par la fièvre typhoïde.

tuberculose assez grave. Huit ans auparavant, c'est le père de la jeune tuberculeuse qui était soigné dans le même dispensaire, et qui mourut quelques mois à peine après sa première visite. Si cela semble un aspect important pour comprendre les causes du développement de la maladie chez cette patiente, le médecin en charge en 1940 précise que les premiers symptômes semblent être apparus après un épisode de fièvre typhoïde quelques mois auparavant, en janvier 1940. Suite à cette maladie, qui fut assez bénigne puisque la malade était vaccinée¹, elle commence à se sentir mal, et elle développe des symptômes tels que l'anorexie ou la dénutrition, à côté d'une toux et d'expectorations. Si d'un point de vue médical, il semble que la fièvre typhoïde soit ici associée personnellement à la maladie, il faut ajouter encore le constat fait par le médecin d'une alimentation insuffisante et surtout de mauvaises conditions de logement qui semblent mettre en avant la réalité d'un quotidien difficile pour la malade. Sur ce point, ajoutons que la fièvre typhoïde, en particulier sous sa forme endémique, est considérée comme un bon indicateur de la qualité des équipements sanitaires dans une ville². Par conséquent, son importance dans le quotidien des tuberculeux peut être facilement rattachée à un quotidien matériel plus précaire, étudié plus haut.³

Pour finir, quelques familles de malades accumulent les maladies infectieuses et semblent sensibles à toutes les épidémies ou endémies de l'époque. Quatre membres de la famille *Arnau* au moins sont soignés au dispensaire de Radas entre 1921 et 1927, et leur logement, situé au n°96 de la rue del Siti est visité par les infirmières visiteuses du service antituberculeux de la Mancomunitat en 1921. Beaucoup d'éléments nous permettent de parler d'une alimentation insuffisante, d'un logement particulièrement humide, insalubre et surpeuplé. Les maladies sont également nombreuses. La mère de famille, Josepa Arnau a vu ses parents mourir de pneumonie et de grippe, sur ses six frères et sœurs deux sont morts enfant de méningites, trois autres sont morts enfants sans que l'on en connaisse les causes, et la dernière sœur a une condition physique très faible depuis qu'elle a eu la rougeole étant petite. Quant aux cinq enfants de la Josepa Arnau avec qui elle vit, les trois aînés sont morts de méningite ou d'entérite, sa fille de 10 ans est en bonne santé et le cadet de 7 ans a une bronchite chronique. Mais dans la famille du beau-frère, qui vit rue Jocs Florals dans le quartier de Sants et dans un logement apparemment aussi dégradé que celui de la rue del Siti, les maladies sont aussi fréquentes, depuis le typhus, la rougeole jusqu'à la tuberculose. Cet

¹ D'après les écrits des médecins « tifoidea: Enero 1940. Un mes (de) enfermedad, forma benigna (vacunada) ». Fiche de visite du Patronato Nacional Antituberculoso n°47554, Dispensario Central, 1940.

² PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, 2003, *op. cit.*, p. 95.

³ Voir chapitre 4.

exemple assez exceptionnel de par la qualité des informations recueillies ne prétend pas être représentatif mais illustre cette fameuse sensibilité accrue aux maladies sociales et ce quotidien difficile qui nous avons cru bon de mettre en avant ici.

- *L'expérience de la mort dans le quotidien des malades*

« *Missenyora la Mort*
ha volgut visitarme »

écrivait dans un poème un Joan Salvat Papasseit alité quelques temps avant sa mort¹. Ici, l'auteur fait référence à son état personnel mais force est de constater que bien avant que la Mort vienne rendre visite au tuberculeux celui-ci est déjà habitué à sa compagnie. Les histoires de vie des malades présentent en effet une mortalité élevée au sein de la famille, en témoignent l'exceptionnel arbre familial des *Martínez* reproduit plus haut².

Il est particulièrement difficile voire impossible de réaliser une analyse statistique comparative entre les taux de mortalité des familles de tuberculeux et celui d'une famille barcelonaise « type ». Seuls quelques indices nous permettent dans une certaine mesure d'observer de loin une mortalité supérieure à la moyenne. Dans un premier temps, il faut dire qu'il est très difficile de trouver un taux moyen de décès par famille qui puisse être comparable à nos données. Dans le Padrón de 1930, les décès survenus entre 1930 et 1940 sont parfois mentionnés. Cependant, d'après José Luis Oyón, le taux de mortalité retrouvé à partir de l'échantillon de 5% du Padrón est inférieur à 40% par rapport aux données statistiques disponibles à la même époque, ce qui s'explique par le fait que les décès ne sont pas systématiquement reportés³. En ce sens, la proportion de décès retrouvés dans les logements des malades tuberculeux est de 8,2% ce qui est sensiblement similaire aux 8,33% de décès retrouvés sur les 35 455 personnes vivant dans les 12 826 logements de l'échantillon de 5% du Padrón 1930⁴. Cela semble particulièrement peu, si l'on observe la courbe de la

¹ « Madame la Mort / a voulu me rendre visite ». Joan Salvat Papasseit, *Missenyora la Mort*. Poème publié dans *La Columna de Foc* (n°5), 1919.

² Voir schéma chapitre 4.

³ OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930: un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001, p. 94.

⁴ *Ibid.*

mortalité de la ville dans les données statistiques de l'époque¹. Cependant, si l'on se reporte aux foyers barcelonais et tuberculeux la différence entre les deux taux de mortalité se creuse largement ce qui peut s'expliquer par les familles nombreuses et logements surpeuplés des malades². Ainsi, alors que l'on compte 3,8 morts pour 10 foyers barcelonais, on en retrouve en moyenne 8,4 sur dix dans les foyers tuberculeux barcelonais³. Autrement dit, dans 57,36% des logements tuberculeux nous retrouvons au moins un mort⁴. Bien sûr, il nous faut nuancer cette analyse puisque les tuberculeux eux-mêmes sont grandement responsables de ce taux élevé. Dans près de 33% des cas, le mort en question est le tuberculeux lui-même. Cette forte présence proportionnelle de la mort dans le quotidien des malades est donc à relativiser et doit surtout être considérée comme un simple indice qui permet tout de même d'appuyer la pertinence des histoires de vies dressées à partir des fiches cliniques.

La mort comme compagne fidèle du tuberculeux est également visible dans ces histoires de vie décryptées par les médecins de l'Hôpital de Sant Pau. Ainsi, certains tuberculeux voient mourir parents, frères et sœurs de maladies diverses ou pour des causes inconnues, et pourraient bien se retrouver seuls. Plus encore, les schémas produits par les médecins du dispensaire de Radas montrent une réalité terrifiante et sans doute exagérée, qu'aucune statistique ne vient corroborer, mais qui marque sans nul doute les esprits. Le schéma de la famille *Martínez* évoqué plus haut montre ainsi une mortalité impressionnante même si la représentation peut fausser la réalité en faisant figurer sur le schéma des parents plutôt éloignés⁵. Mais d'autres familles présentent ainsi un nombre de décès important telle la famille *Arnau* également évoquée plus haut par exemple pour laquelle nous observons un nombre important de décès sur trois générations, en témoigne le schéma familial reproduit ci-dessous⁶.

¹ Voir notamment les données dans les suppléments statistiques et démographiques de la *Gaseta Municipal de Barcelona*, 1932 et 1934.

² Sur la surpopulation dans les logements barcelonais, voir chapitres 2 et 4.

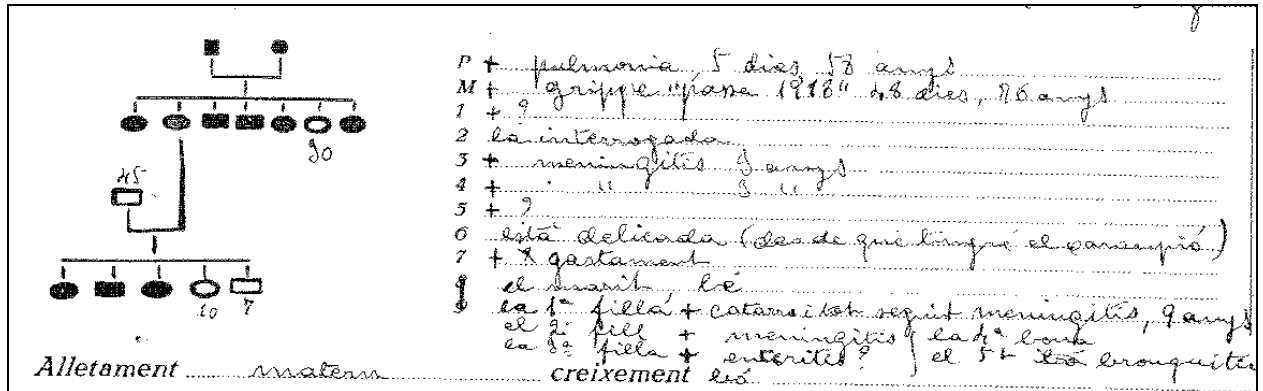
³ Cette proportion est également supérieure à celle de 7,4 sur 10 retrouvée dans les foyers dits assimilés. (pour une explication des « foyers assimilés », voir chapitre 3.)

⁴ Contre un taux de 31,76% pour la moyenne de la ville et de 50,72% pour les foyers dits assimilés.

⁵ Voir le schéma familial dans le chapitre 4.

⁶ Les cercles représentent des individus de sexe féminin, les rectangles des individus de sexe masculin. En fond blanc ou vide les membres de la famille encore en vie, en noir ou plein les membres décédés. Les causes de décès ou l'état de santé ainsi que l'âge et l'affiliation des individus est reportées à droite des schémas, dans l'ordre, de haut en bas et de droite à gauche. Schémas extraits des fiches de visite réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos pobres » de la Mancomunitat de Catalunya puis de la Generalitat de Catalunya, Dépôt du CAP RSD.

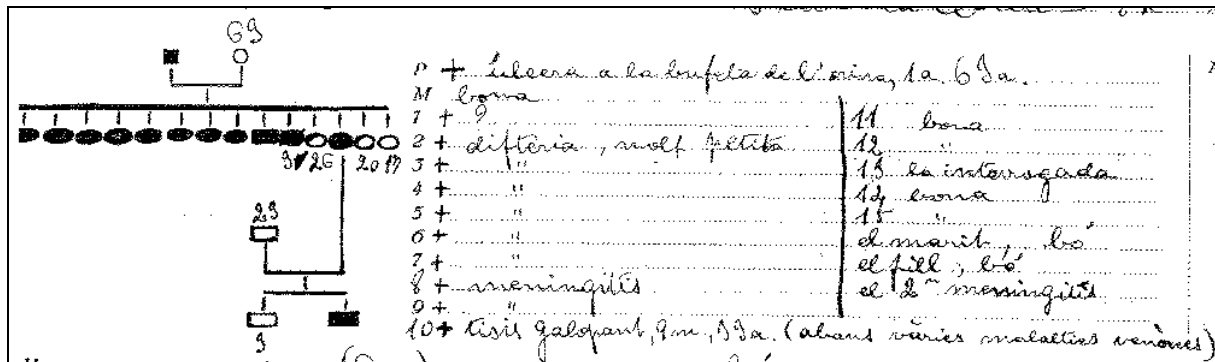
Illustration 11 : Schéma familial de la famille Arnau, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1927 (fiche de famille n°380)



(Source : Dépôt CAP RSD)

La famille *Jurado*, domiciliée au nord du Raval dans la rue Peu de la Creu présente un schéma généalogique plus simple, avec une famille dite nucléaire, ce qui rend d'autant plus terrifiant le nombre de décès, presque tous dus à la diphtérie.

Illustration 12 : Schéma familial de la famille Jurado, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1922 (fiche de famille n°453)

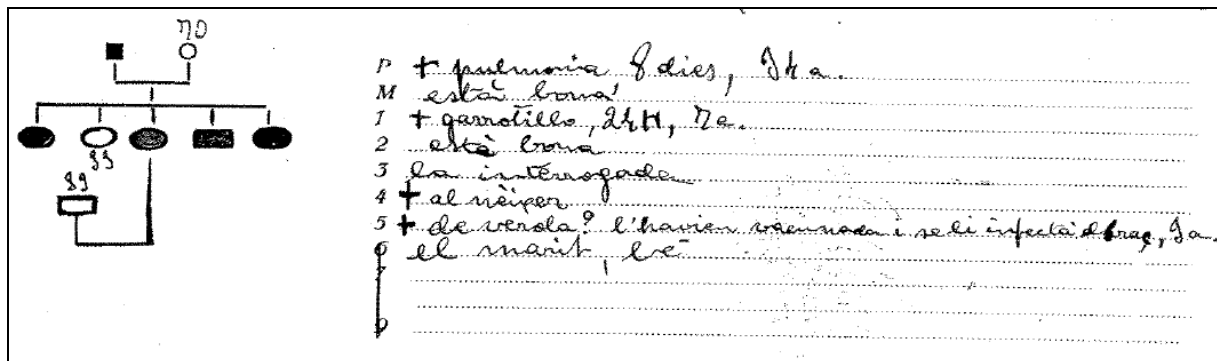


(Source : Dépôt CAP RSD)

Le dispensaire suit également d'autres familles de taille relativement plus réduite, telles que la famille *Creus* ou encore *Machín*, mais où la mortalité reste également très élevée¹.

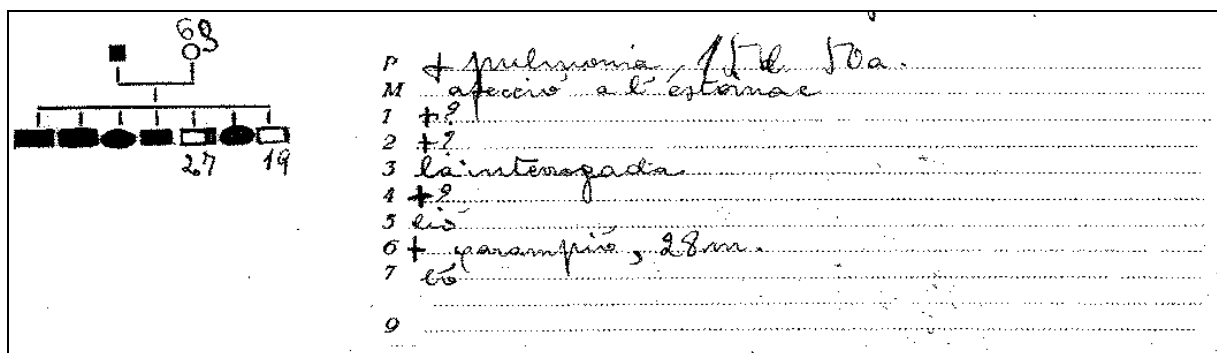
¹ Voir plus haut toutes les deux citées.

Illustration 13 : Schéma familial de la famille Creus, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1928 (fiche de famille n°420)



(Source : Dépôt CAP RSD)

Illustration 14 : Schéma familial de la famille d'Ana Machín, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche individuelle n°480)

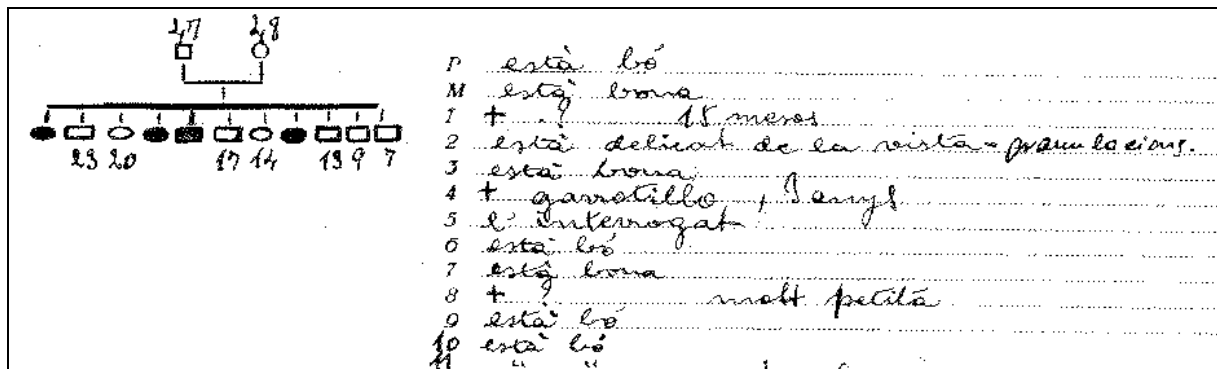


(Source : Dépôt CAP RSD)

Dans la famille *Creus* les enfants meurent jeunes, de maladies diverses, et dans la famille *Machín* la mortalité est très élevée mais la malade ici ne connaît pas les causes de la mort de ses frères et sœurs.

Il est néanmoins utile de nuancer ce très fort taux de mortalité, en précisant que toutes les fiches cliniques ne présentent pas des histoires de mort aussi impressionnantes, comme l'illustre le schéma de la famille de *Mateo Costa*, une famille nombreuse, suivie elle aussi par le dispensaire, mais au sein de laquelle la mortalité semble moins dramatique.

Illustration 15 : Schéma familial de la famille Costa, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°264)



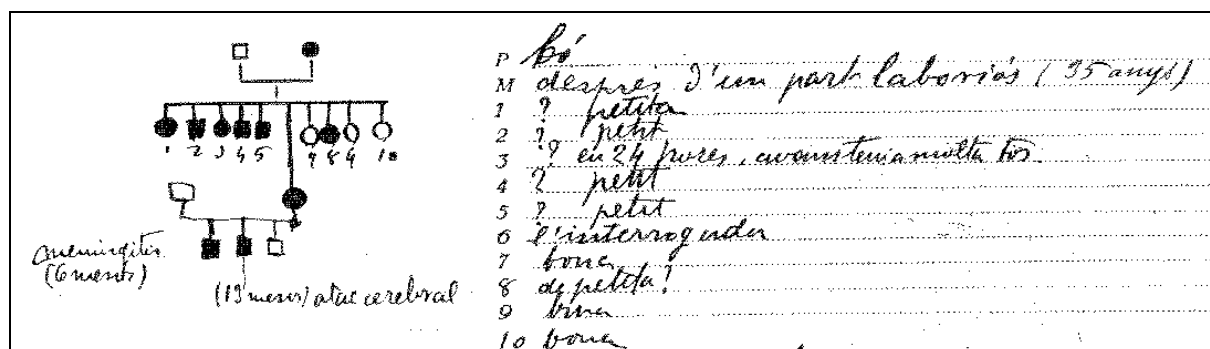
(Source : Dépôt CAP RSD)

Puis, il s'agit d'insister également sur le double filtre que représentent à la fois les médecins du dispensaire de l'époque qui sélectionnaient les malades et ceux des années 1990 qui ont choisi de conserver les fiches cliniques qui leur semblaient les plus parlantes¹.

La mortalité qui intéresse ces médecins est bien sûr celle liée aux maladies, en ce sens, les catégories d'études sont sensiblement les mêmes que celles analysées plus haut. Une grande part des parents proches de tuberculeux meurt de maladies infantiles. C'est d'ailleurs en grande partie la mortalité infantile qui est responsable de cette présence de la mort si sensible dans ces fameux schémas des fiches de visite du dispensaire central. Les enfants meurent en bas âge, comme dans la famille *Creus*, *Jurado* ou *Arnau*. Dans la famille Costa, sur les onze enfants, trois sont décédés avant leurs trois ans. Cette forte mortalité infantile au sein de la famille est encore plus lisible dans le cas de la famille d'*Amalia Royo*. Cette tuberculeuse soignée au dispensaire dans les années 1920 vit avec son mari et ses enfants dans un logement jugé insalubre par le médecin d'après la description qu'elle-même leur fait. Sur les neuf frères et sœurs de la malade six sont morts enfants, sans qu'il soit précisé de quelle maladie. Ajoutons que deux des trois enfants d'*Amalia Royo* sont également morts prématurément, à 6 et 13 mois.

¹ Certaines fiches ne comportent pas de schéma, il est par conséquent possible que les médecins privilégient l'histoire de famille des patients qui évoquent plus d'antécédents. De la même manière, les fiches cliniques dont nous disposons ont été sélectionnées par des médecins dans les années 1990, qui semblent avoir privilégié les dossiers les plus parlants, et en particulier les fiches familiales plutôt que les cas isolés.

Illustration 16 : Schéma familial de la famille d'Amalia Royo, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°465)



(Source : Dépôt CAP RSD)

La mortalité infantile est considérée comme un indicateur de développement pour un pays, une région, une ville voire une famille¹. L'Espagne, en retard sur la plupart des pays européens dans ce domaine connaît néanmoins une nette amélioration depuis le XIX^{ème} siècle². Selon Jaume Aiguader à Barcelone entre 1901 et 1933 la mortalité infantile (0-4ans) est passée de 65 à 17 pour 10 000 enfants³. Cette mortalité infantile relativement forte dans notre échantillon de tuberculeux du dispensaire tend à nous conforter encore d'avantage dans l'idée que ces derniers vivent dans un contexte de vulnérabilité sociale particulièrement forte par rapport à la moyenne de la ville.

Les autres causes de mortalité sont la plupart du temps les maladies décrites dans le paragraphe précédent. Peu de parents des tuberculeux du dispensaire meurent très âgés, certains ont des accidents, mais la plupart du temps, ce sont des maladies qui emportent les

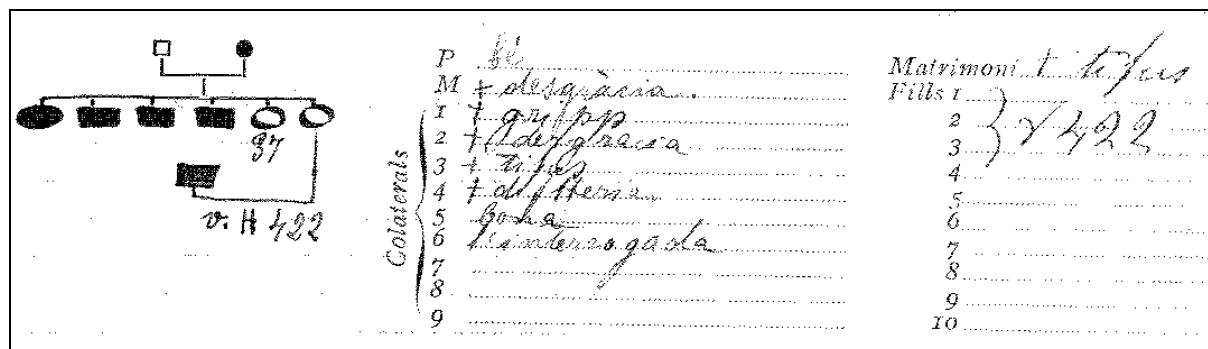
¹ Sur la transition sanitaire liée à la baisse de la mortalité infantile, voir le dossier intitulé « mortalidad infantil y condiciones de vida en la Europa del sur » publié dans la *Revista d'Historia contemporanea*, n°18, 1999, et en particulier l'article de Rosa Gómez Redondo « morir infante o morir anciano », pp. 13-18.

² Cette nette amélioration est reportée par de nombreux scientifiques, depuis les statisticiens du début du XX^{ème} siècle comme le docteur Marcelino Pascua (*La mortalidad infantil en España*, Dirección General de Sanidad, Madrid, 1934), ou bien des historiens démographes aujourd'hui. Voir notamment les deux articles de MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Fernando, MARTÍNEZ GRAULLERA, Oscar, SANZ ORTIZ, Carmen, TORMO GOÑI, Almudena, PÉREZ DE LA PAZ, Julio, VERGUARA DIMINGUEZ, Luis, « El proceso de cambio de la mortalidad de 0 a 4 años en el siglo XX en España », SANZ GIMENO, Alberto y DRAMIRO FARIÑAS, Diego, « Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0-4 años) en la España del siglo XX », deux articles publiés dans le dossier « mortalidad infantil y condiciones de vida en la Europa del sur » *Revista d'Historia contemporanea*, n°18, 1999, *op. cit.*, pp.53-88, pp. 129-161.

³ AIGUADER MIRO, Jaume, « Les estadístiques de la mortalitat espanyola, catalana i barcelonina ». coll. *Monografies Mèdiques, Cosmos*, Barcelona, 1934, 18 p.

membres des familles de tuberculeux, en témoigne ce dernier schéma familial de la famille *Crespo* extrait des feuilles de visite du dispensaire des années 1920.

Illustration 17 : Schéma familial de la famille Crespo, soignée au dispensaire central entre 1923 et 1931 (fiche de famille n°422)



(Source : Dépôt CAP RSD)

Si la cause du décès de la mère et d'un frère de *María Crespo* semble accidentelle, ce sont les maladies de l'époque qui sont responsables des décès des autres membres de sa famille. Ainsi, l'aînée de ses sœurs est morte de grippe, un frère de diphtérie, et un autre de typhus tout comme le mari de la tuberculeuse. La présence de la mort dans les familles se rapproche donc de celle de la maladie, et les malades font l'expérience de l'une comme de l'autre bien avant leur entrée à l'hôpital, ce qui contribue à les isoler du fait de la précoce disparition des membres de leur famille. Le manque de données concernant ces processus pour l'ensemble de la ville ne nous permet pas d'avancer de comparaison pour resituer l'individu tuberculeux et sa famille dans un contexte social particulier. Néanmoins, ces informations donnent à voir une pratique de vie et une réalité sensible qui permet d'approcher le vécu de malades, au sein du collectif construit de tuberculeux.

Alors que les médecins se préoccupaient surtout des occasions de contagion dans les familles, les données qu'ils produisent nous permettent néanmoins d'observer un quotidien du malade, rythmé par la fatigue, par la maladie et par l'expérience de la mort. C'est dans sa chair que le malade inscrit la vulnérabilité sociale, celui-ci est en effet physiquement atteint avant même de devenir tuberculeux. Le malade connaît la mort par sa famille, la maladie fait partie intégrante de sa propre vie, depuis son enfance, mais aussi de celle de ses proches puisqu'il partage cette fragilité physique avec son entourage proche. Associés à la maladie, l'épuisement généralisé et les facteurs qui l'entraînent et sur lesquels les médecins insistent beaucoup, apparaissent à la fois comme une constante dans la vie de nombre de malades, mais consistent également plutôt en un processus de dégradation de vie quotidienne. Ainsi, si le malade est un épuisé, de part le travail intense ou sa constitution physique, cet épuisement n'est pas uniquement une situation généralisée et permanente dans la vie des malades. La plupart du temps, nous décelons une série d'évènements, tels le service militaire ou un effort précis qui contribuent à un processus de dégradation de l'état de santé qui conduit par la même à un état de vulnérabilité générale. Puis cet effort se prolonge, accentuant l'épuisement qui devient alors une caractéristique durable qui se pérennise dans la vie des futurs tuberculeux. L'expérience de la maladie comme de la mort, qui affectent le malade dans le cadre familial entre clairement dans cette situation de vulnérabilité, alimentant par la même le processus qui conduit à l'exclusion sociale de ces familles et individus fragilisés.

B. La pauvreté au quotidien : des tuberculeux « déchus », exclus de la société ?

Après l'épuisement caractéristique des tuberculeux, la notion de vulnérabilité sociale¹ se mêle à celle d'exclusion sociale fréquemment assimilée à la pauvreté². Alors que le regard depuis la vulnérabilité sociale pouvait nous conduire à la psychologisation du sujet³, le traitement de la notion d'exclusion sociale, ou de marginalité sociale, nous permettent de penser l'individu en prenant compte son contexte social et de cette manière aborder le collectif et sa place dans la société. Les tuberculeux sont-ils des marginaux ou des exclus avant même de tomber malades ? Comment qualifier la situation de précarité dans laquelle ils se trouvent effectivement ? Quels processus permettent d'expliquer cette inscription dans la très grande pauvreté ?

Afin d'étudier la marginalité ou l'exclusion des tuberculeux il est nécessaire dans un premier temps de définir ces deux concepts aujourd'hui considérés comme particulièrement galvaudés, trop utilisés en sociologie, trop généralistes et abstraits en histoire⁴. La surexploitation de ces termes complexes et ambigus dans les discours politiques comme dans la vie quotidienne à l'heure actuelle est en partie à l'origine du grand débat des scientifiques sur l'emploi de ces concepts⁵. Une double difficulté est évoquée pour l'utilisation courante de ces notions, qui apparaissent d'abord comme trop génériques, comme des « concepts-valises » ou « prénotions », soit un cadre large peu signifiant englobant des réalités et des pratiques hétérogènes⁶. A l'inverse, l'autre difficulté reste celle d'une vision micro historique abusive,

¹ Voir l'introduction du chapitre, plus haut.

² COHEN, Valérie, « La vulnérabilité relationnelle », *Socio-anthropologie*, n° 1, 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003.

³ En considérant, comme l'expliquait Marie-Eve Carles, le malade en tant qu'individu mais aussi sans véritablement interroger les processus de construction de cette vulnérabilité. CARLES, Marie-Eve, *Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques? : La prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal*, 2011, *op. cit.*, p. 30.

⁴ Sur ce point, voir l'introduction d'André Gueslin dans GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, éditions atelier, Editions Ouvrières, Paris, 1999, pp. 9-19.

⁵ Voir le débat sur le concept d'exclus retranscrit dans le chapitre « Regards Croisés », *ibid.*, pp. 457-473.

⁶ Le terme de « concept-valise » est utilisé notamment par André Gueslin dans l'introduction de l'ouvrage qu'il codirigea avec Henri-Jacques Stiker, *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX^{ème} siècle*, Atelier, Paris, 2003, p. 12. La critique de cette approche généralisatrice et abstraite se retrouve également dans les « Regards croisés » de l'ouvrage GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.* Voir aussi CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherches sociologiques*, n°22, 1994, pp. 11-25. Citons encore, PAUGAM, Serge (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996, 582 p.

ne prenant en compte que des comportements individuels¹. En France les débats autour de ces concepts et de leur utilisation ont permis notamment de mieux les définir mais aussi de les différencier. Les marginaux dès lors seraient selon André Gueslin « des populations se situant en deçà de la ligne imaginaire de fracture sociale »², autrement dit qui font partie de la société mais mettent en œuvre des « formes évidentes de transgression »³. A l'inverse, être exclu n'implique pas un état ou processus volontaire mais bien subi, et le concept caractérise donc une population en rupture avec le contrat social, se situant par conséquent au-delà de cette « ligne de fracture sociale imaginaire »⁴. Finalement, cette rupture du lien social conduit à un isolement de ces populations, mais un isolement avec des caractéristiques multiples et des « degrés divers »⁵. Suivant cette logique, Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena préfèrent parler d'un continuum entre exclusion et inclusion plutôt que d'opposition entre les deux concepts afin de rendre compte de la variété des situations mais également des processus⁶. En effet, pour ces deux auteurs la production de l'exclusion, liée à la construction de catégories et de normes notamment, permet de comprendre et d'analyser l'isolement. Pour André Gueslin, « l'exclusion est à la fois un processus de sortie et un état d'extériorité radicale du corps social »⁷. Il est donc important de tenir compte de ce processus qui conduit à l'état d'exclu, un processus qui peut lui aussi être analysé à travers plusieurs autres notions telle que celle de « déviance » chère à Michel Foucault, qui prend en compte la construction de catégories par « ceux qui excluent »⁸ et qui peut correspondre aussi dans une certaine mesure avec cette « déchéance sociale » dont parlait Philip Hauser⁹. Il s'agit donc à la fois de prendre en compte les vecteurs de cette exclusion et de comprendre comment cette situation qui peut-être temporaire se pérennise dans la vie des tuberculeux.

¹ *Ibid.*, pp. 9-19.

² *Ibid.*, p. 10.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ André Gueslin reprend volontiers le concept « outsiders » de Norbert Elias dans *Les logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 1998, *Ibid.*, p. 341.

⁶ MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « (Des)legitimando jerarquías sociales, profesionales y cognitivas. Conocimiento y prácticas científicas en los procesos de inclusión-exclusión », *Dynamis*, vol. n°33, 1, 2013, pp. 13-17.

Sur cette dichotomie excessive voir également l'intervention de Stuart Woolf dans « Regards croisés » de l'ouvrage GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.* Ou encore, COHEN, Valérie, « La vulnérabilité relationnelle », 1997, *art. cit.*

⁷ GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques, *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XX^{ème} siècle*, Actes des journées d'études du laboratoire ICT (Université Paris 7) des 12 et 13 mai 2011, L'Harmattan, Paris, 2012.

⁸ FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975, cité dans l'introduction de l'ouvrage GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*

⁹ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p. 35.

Rejetée la tentation de prétendre assimiler directement les tuberculeux à une catégorie exclue homogène, c'est en faisant évoluer le concept, en le précisant parfois, que nous essayerons de proposer une analyse nuancée d'un quotidien difficile et de situations d'isolement caractéristiques des tuberculeux.

Dans un premier temps, avant même qu'ils ne deviennent des pestiférés de part leur maladie contagieuse, les tuberculeux apparaissent déjà comme des pauvres et la faiblesse physique voire physiologique qui semble les caractériser et qui empire, peut être surtout un révélateur d'un état de vulnérabilité sociale, produite par une non-conformité involontaire à un système social. Ensuite, loin de composer une catégorie homogène de fait, le collectif tuberculeux étudié se comprend à travers des logiques d'exclusion, et les individus sont « classés » par les médecins dans des catégories marginales, sur lesquelles l'attention médicale doit être prioritaire. Enfin, nous reviendrons sur l'isolement dans lequel se trouvent les tuberculeux avant leur maladie, afin de démontrer que ces derniers doivent être perçus, entre autre, dans leur cadre familial.

1. Faiblesse physique et expériences de vie dures comme révélateur de déchéance sociale

D'après les données statistiques présentées et analysées dans un chapitre précédent, les tuberculeux et tuberculeuses qui seront assistés dans les réseaux de soins gratuits barcelonais sont les « ouvriers les plus démunis » de la ville¹. Il semble donc qu'on puisse parler de pauvreté de manière générique, une pauvreté liée à un revenu faible, mais également à un environnement socioculturel plus vulnérable et à une situation d'exclusion dans la ville ou, du moins, de moindre intégration². En ce sens, et comme l'écrit André Gueslin dans l'introduction de son ouvrage sur la grande pauvreté en France au XX^{ème} siècle, les plus pauvres sont « les personnes démunies de tout et sans espoir de l'obtenir »³. Mais la pauvreté est aussi visible sur le corps des individus, dont l'apparence même porte la marque d'une exclusion sociale. Ainsi, comme l'explique également André Gueslin :

¹ Voir chapitre 3.

² Pour une analyse sur les caractéristiques socioculturelles des tuberculeux, voir chapitre 3.

³ GUESLIN, André, *Les gens de rien. Une histoire de la grande pauvreté dans la France du XX^{ème} siècle*, Fayard, Paris, 2004, p. 12.

« La figure du pauvre, comme au XIX^{ème} siècle reste emblématique. Le crâne parfois rasé pour éviter les poux, la saleté, l'inadéquation des habits à la taille de l'individu ou de la saison, l'allure malingre voire chétive, la tête baissée, le verbe incertain, la maladresse d'écriture sinon l'analphabétisme, voilà les principaux attributs de la grande pauvreté. »¹

En ce sens, outre l'épuisement physique, les corps des (futurs) tuberculeux révèlent également une situation d'individu en « recherche de survie » à l'image de cette description du pauvre. Nous nous attacherons à montrer ici que les tuberculeux sont des pauvres et exclus au sens de « démonétisés » ou déshérités, puisque c'est bien le « manque d'argent » et la dureté du travail qui permettent d'expliquer ces physiques exsangues, ces vies dures. Mais si « manque d'argent » apparaît dans un premier temps comme une caractéristique chronique dans la vie des tuberculeux, il est aussi possible de distinguer un processus de précarisation, qui fait qu'une situation difficile d'ordre conjoncturel se prolonge indéfiniment.

- *La faiblesse généralisée avant la tuberculose : des futurs malades exsangues et affamés*

Les premiers indices permettant de qualifier une vie dure chez les malades ont trait à la faiblesse physique présente dans les fiches cliniques comme dans les différentes observations des médecins. Au dispensaire Central, lors de chaque consultation le personnel médical pèse et mesure les patients. L'extrême maigreur souvent perceptible est bien sûr liée à une perte de poids importante liée à la maladie et non pas à un état chronique. Ainsi certains malades comme *José Sánchez* perdent beaucoup de poids et se présentent au dispensaire dans un état d'amaigrissement jugé extrême par les médecins². Si ces pertes de poids sont intéressantes à étudier, elles font plutôt parties d'une expérience de la maladie vécue par le patient atteint, et n'entrent pas en compte à l'heure de comprendre la vie du malade avant le diagnostic. Cependant, afin d'observer la perte de poids des malades due à la maladie, les médecins prennent soin de demander au tuberculeux son poids maximum atteint et cette donnée nous permet également de prendre en compte une réalité de malades plutôt maigres, et qui l'ont toujours été. Les fiches cliniques font état d'anémies chroniques, d'états de maigreur grave qu'ils associent évidemment avec une faiblesse physique permanente, préparant le terrain aux

¹ *Ibid.*, p. 24.

² Les médecins signalent en effet une perte d'une dizaine de kilogrammes, mais surtout font état d'un amaigrissement extrême : « aspect molt demacrat ». Fiche de visite n°351, dispensaire central, 1921.

maladies comme nous l'avons vu plus haut. Parmi ces nombreux cas d'anémie, citons par exemple celui de la mère de la famille Martínez, qui a toujours eu une santé très fragile aussi loin qu'elle s'en souvienne.

Cette faiblesse chronique est à mettre en relation avec la taille des malades, bien qu'il soit difficile de réaliser un travail comparatif efficace sur cette question. Dans tous les cas, les tuberculeux adultes ne dépassent guère souvent les un mètre soixante, et d'après les données, fort peu sont en surpoids. Depuis le début du XX^{ème} siècle, les scientifiques ont connu un intérêt accru pour le poids, la taille et le tour de poitrine des individus. En effet, c'est à partir de ces données personnelles que s'institue le cadre des exemptions au service militaire, mais également que se développe et s'intensifie la théorie de la dégénérescence de la race espagnole. Jorge Molero Mesa dans un article sur la prévention médicale en Espagne au XX^{ème} siècle aborde cette question expliquant que les phtisiologues du XIX^{ème} siècle, conscients des hécatombes que provoquait semble-t-il le service militaire, proposaient que ce cadre des exemptions permette d'exclure et par conséquent de préserver les individus les plus faibles physiquement¹. Mais si dans les années 1910 ce cadre est mis en place pendant un temps, les autorités espagnoles l'abandonnent bientôt car le taux d'exemption lié en particulier au poids minimum fixé à 48 kilos est trop peu souvent atteint par les recrues². Pour les médecins du début du XX^{ème} siècle, cette faiblesse organique est un véritable « potentiel biologique », qui permet d'expliquer pourquoi la tuberculose se développe aussi rapidement chez ces individus. Mais ils associent cette faiblesse à la situation sociale, à la pauvreté, ainsi que d'une manière plus générale à la dégénérescence de la race que semble caractériser cette constitution faible chronique et cette sensibilité à la tuberculose. Isabel Jiménez Lucena dans un article sur les débats concernant la dégénérescence de la race sous la Seconde République évoque à la fois une logique européenne et une exacerbation espagnole, liée notamment à la défaite et à la perte des dernières colonies en 1898³. En ce sens, pour les médecins et pour le bien de la nation espagnole, c'est aux institutions nationales de mettre en place un dispositif de protection des plus démunis, qui se trouvent être par là même le potentiel de la nation afin de rompre cette transmission des tares de génération en génération. De plus, cette conception permet la constitution d'un collectif homogène, d'une catégorie définie comme démunie et

¹ MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *art. cit.*, p. 23.

² *Ibid.*

³ JIMENEZ LUCENA, Isabel, « La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología ». *Dynamis n° 18*, pp. 285-314, Universidad de Granada, 1998.

dégénérée qu'il s'agit de prendre en compte dans son ensemble passant ainsi de l'assistance de l'individu au collectif¹.

Bien sûr, les tuberculeux barcelonais visibles à travers les sources disponibles correspondent tout à fait au collectif décrit par les médecins, composé d'individus affaiblis, maigres et plus généralement de constitution fragile. Les enfants sont particulièrement surveillés par les médecins du dispensaire central. Ces derniers s'intéressent d'abord à leur croissance, à leur aspect, toujours, bien sûr dans l'idée de préserver l'avenir de nation. Ils font souvent état d'une croissance faible, anormale, d'enfants qui ne grandissent pas ou très peu, qui ont une apparence famélique, pâle, notamment liée aux multiples maladies qu'ils développent². *Josep Parcerisas* est un adolescent tuberculeux, il mesure un mètre cinquante pour moins de 40 kilos lors de sa maladie en 1921 mais travaille tout de même comme apprenti. D'après sa fiche clinique qui tient compte de toutes les informations disponibles sur la santé passée du malade, ce jeune homme a toujours eu une croissance faible. C'est également le cas de tous les enfants de la famille *Jurado* suivis au dispensaire central, et également de leur tante de 17 ans, qui est extrêmement pâle depuis toujours, ce qui est lié à une constitution faible, d'après ce qu'en juge son médecin. Le service d'assistance sociale antituberculeux, qui se matérialise dans le dispensaire central, dispose également d'un service des enfants, qui visite ceux des familles tuberculeuses mais surtout ausculte systématiquement les enfants de la Casa Provincial de Caritat³. A partir des années 1930, le service se centre quasi exclusivement sur la vaccination. Sur les 59 fiches de visites de ce service dont nous disposons, certains enfants n'ont pas la tuberculose, mais ils sont souvent faibles, ont un aspect rachitique. Les médecins insistent surtout sur le retard de développement qui caractérise un certain nombre d'entre eux. Bien sûr, il s'agit d'un choix de la part des médecins de s'intéresser précisément à ces enfants de part leurs caractéristiques sociales, ce qui montre qu'ici plus encore qu'ailleurs, nous

¹ CAMPOS MARÍN, Ricardo, MARTÍNEZ PÉREZ José, HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael, *Los ilegales de la naturaleza: medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2000.

² Sur la multiplication des maladies, voir plus haut.

³ La casa Provincial de Caritat est un organisme de bienfaisance qui est géré par la Diputació puis les Mancomunitat et Generalitat de Catalunya. Elle accueille toutes les « catégories » vulnérables, et constitue avec la casa Provincial de Maternitat la structure d'accueil caritative la plus importante pour les enfants pauvres, à l'échelle de la province. HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDEVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelona, 2004, 375 p.

Sur l'action de prévention contre la tuberculose menée par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos pobres » dans les années 1930 dans cet établissement, voir les fiches cliniques conservées dans le Fonds du Dr Lluís Sayé, ANC.

observons une « catégorie » ou bien un groupe déterminé comme tuberculeux en puissance, soit des individus visibles au travers du prisme composé par des médecins.

Mais toutes ces observations sur le poids, la taille des malades, leur maigreur ou faiblesse chronique se doublent surtout d'observations sur ce qui en est la cause, à savoir une alimentation vraiment déficiente. L'alimentation insuffisante est une caractéristique visible chez de nombreux malades hospitalisés à Sant Pau mais, surtout, assistés au dispensaire et est également un manque du minimum vital symbole de grande pauvreté¹. Lluís Sayé, Tomás Seix ou leurs collègues médecins et infirmières font état d'enfants qui ont faim, lorsqu'ils les auscultent, ou bien qu'ils visitent leurs familles à domicile². C'est le cas des enfants de la famille *Roig Alabau*. Trois enfants ont été diagnostiqués tuberculeux, tout comme les deux parents, mais c'est toute la famille qui est suivie par le service social des tuberculeux dans les années 1920. Les deux plus jeunes, âgées de 4 et 2 ans, ne sont pas encore malades en 1921 mais la cadette développera la tuberculose deux ans plus tard, après le décès de sa mère. Dans les premières fiches cliniques, comme dans les visites consécutives, les médecins mettent en avant la faiblesse de tous les enfants, et surtout le fait qu'ils ne mangent pas à leur faim. Il s'agit pour cette famille d'une information récurrente, mais nombre d'autres enfants auscultés ont faim au moment de la visite. La faim, véritable symbole de pauvreté est également sous-entendue dans nombre de familles, pour lesquelles d'une manière générale il est fait allusion à une alimentation déficiente ; citons le cas de *Lidia Martí*, tuberculeuse soignée à Sant Pau en 1934, qui à 17 ans a des conditions de vies jugées très mauvaises, qui travaille trop, et a une alimentation plus qu'insuffisante.

Si la maigreur est provoquée par l'alimentation déficiente, cette dernière est bien évidemment liée au manque de moyens financiers. Le lien de cause à effet est parfois souligné même si la plupart du temps il apparaît sans doute comme une évidence aux yeux des contemporains. C'est donc par « manque de moyens » qu'*Ana Mañé*, tuberculeuse soignée en 1937 au dispensaire central de Torres Amat ne mange pas suffisamment. Plus de dix ans auparavant, *Jaume Belda* est lui aussi ausculté au dispensaire central, alors situé à la rue Radas. Ce jeune apprenti de 15 ans présente bien des symptômes, dont notamment une maigreur caractéristique qui est simplement expliqué par une « alimentation de pauvre »³. Ce malade,

¹ Sur l'alimentation déficiente et son rapport à la tuberculose dans les discours des médecins: voir la thèse de Jorge Molero Mesa, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 59.

² Fiches de visite réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos pobres » de la Mancomunitat de Catalunya puis de la Generalitat de Catalunya, Dépôt du CAP RSD.

³ « Alimentació « de pobre » », Fiche de visite n°469, Dispensaire central de Radas, 1921.

qui par ailleurs se révélera négatif au test de la tuberculine et n'est donc pas tuberculeux, correspond tout à fait avec la catégorie que les médecins sont habitués à observer dans leur dispensaire, un groupe social clairement défini par la pauvreté. En ce sens, le pauvre est très clairement un « démonétisé » au sens donné par Karl Marx et repris par André Gueslin¹. C'est l'aspect économique, bien plus que culturel ou social qui détermine son appartenance dans ce collectif qui semble s'homogénéiser au-delà de la similitude que créent le bacille et la maladie.

Dans la famille *Roig Alabau*, la mère *Enriqueta Montroig*, tuberculeuse soignée au dispensaire de Radas explique qu'elle avait une bonne alimentation jusqu'à il y a un an, mais depuis, elle ne peut s'alimenter correctement « *per lo car que está tot* »². Si le coût de la vie est ici perçu comme absolument problématique, il faut ajouter que cette situation ressort également d'une détérioration sensible des conditions de vie. Le coût de la vie est certes important pour les familles de tuberculeux qui ont des revenus parmi les plus faibles de la population, mais alors que celui-ci augmente clairement, les ressources des tuberculeux diminuent, précarisant d'avantage leur situation et marginalisant, excluant encore plus les familles.

- *De la « déchéance physique » à la précarisation sociale*

Comme l'illustre l'exemple d'*Enriqueta Montroig*, la situation de pauvreté dans laquelle se trouvent les malades s'explique aussi par une dégradation des conditions de vies qui s'inscrit dans la durée. C'est à la fois une situation de vie difficile, qui empire, mais aussi parfois une précarité temporaire qui se stabilise en l'état, devenant une des caractéristiques de la vie quotidienne du malade. Ainsi, nous avons évoqué plus haut ces malades qui quittent des logements parfois plus salubres pour aller vivre dans des rez-de-chaussée humides et surpeuplés, ou encore des tuberculeux qui quittent un travail pour un autre plus précaire³. La détérioration des conditions de vie des tuberculeux est liée à un « élément déclencheur », qui, visiblement est souvent d'ordre économique. Conformément aux discours théoriques des

¹ GUESLIN, André, *Les gens de rien. Une histoire de la grande pauvreté dans la France du XX^{ème} siècle*, Fayard, Paris, 2004, p. 24. Une critique de cette acceptation réductionniste du concept de pauvreté est développée par Mariano Esteban de la Vega dans un article sur l'historiographie espagnole de la pauvreté. ESTEBAN DE LA VEGA, Mariano, « Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española », *Ayer*, n° 25, 1997, 22 p.

² « Parce que tout est très cher ». Fiche de visite n° 460, Dispensaire de Radas, 1921.

³ Voir plus haut, chapitre 3 et 4.

médecins et aux idées reçues, ces tuberculeux et leurs familles sont les laissés-pour-compte du développement économique, ces ouvriers parmi les plus démunis évoqués plus haut¹. La crise de 1929 et ses répercussions dans les années 1930, l'augmentation du coût de la vie et la relative stagnation des salaires, peuvent être considérées comme un point de départ d'une dégradation des conditions de vie des malades, en amont de leur contagion². Mais ce sont des éléments déclencheurs d'ordre individuel que nous retrouvons dans certaines histoires de vie de malades, qui dans plusieurs cas permettent de comprendre une relative, voire parfois radicale, dégradation de la vie quotidienne. Certains tuberculeux sont des immigrés récents, et ce changement de vie radical qu'implique l'arrivée et l'insertion dans le marché du travail barcelonais peut-être assimilé à un point de départ, expliquant une « déchéance sociale » de la famille. C'est le cas notamment de *José Sánchez*, soigné au dispensaire de Radas en 1921. Originaire de Valence, les logements dans lesquels il a vécu là bas étaient plutôt salubres. Mais depuis son arrivée à Barcelone deux ans auparavant, il ne se loge que dans des logements humides, sans soleil ni aération suffisante, travaille dix à douze heures par jour et ne mange pas suffisamment³. La même constatation est faite par la famille *Martínez*, elle aussi soignée au dispensaire de Radas en 1921, qui met également en parallèle son ancien logement salubre de Carthagène et celui, dégradé, humide et sale qu'elle occupe désormais à Barcelone⁴.

La perte d'un emploi est particulièrement significative dans ce contexte, puisqu'elle implique une précarisation évidente de la famille en question, qui doit alors trouver d'autres ressources, parfois en accumulant de menus travaux qui ne permettent plus de subvenir à ses besoins comme avant. C'est ainsi qu'il faut comprendre ces malades qui deviennent vendeurs ambulants notamment, ou qui travaillent par intermittence⁵. Au début du siècle *Juan Masdeu*, soigné par Eduard Xalabarder, travaille comme cordonnier où et quand il le peut, et n'a donc pas de revenu fixe. Pour tenter de rapporter quelques pesetas de plus, sa femme essaie également de faire quelques travaux de repassage de temps à autre. Des situations similaires,

¹ Mariano Esteban de la Vega évoque l'apparition d'un nouveau type de pauvreté lié à l'industrialisation étudié par les historiens tout en critiquant une historiographie espagnole qui s'est beaucoup focalisée sur cet aspect. ESTEBAN DE LA VEGA, Mariano, « Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española », *art. cit.*, 1997, p. 19. Le terme de laissé-pour-compte, ou « desamparados » en castillan est, encore au début du XX^{ème} siècle, un terme utilisé pour désigner la grande pauvreté dans les institutions caritatives.

² Sur le budget familial voir le travail de synthèse de José Luis Oyón dans *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008, pp. 70-84.

³ D'après les informations recueillies par le dispensaire de Radas en 1921, fiche clinique n°351.

⁴ Pour plus de détails, voir chapitre 4, p. 48.

⁵ Sur ce point, voir chapitre 3.

illustrant un arrangement temporaire qui dure sont visibles jusque dans les années 1930, et le cas de *Rafael Fernández*, tuberculeux qui travaille dans un atelier de fabrication de natte hospitalisé à Sant Pau en 1936 est aussi emblématique. Après un séjour de quelques mois à l'hôpital, il retourne travailler à l'atelier d'où il est renvoyé apparemment pour des raisons économiques simples, car il n'y a plus assez de travail. A partir de ce moment, le malade cesse d'exercer un métier d'ouvrier et n'a donc plus de revenu fixe. Il s'occupe alors à la réalisation d'un potager, chez lui, dans les barracas de Montjuic. Outre la fatigue physique que provoque cette activité à laquelle il s'adonne de manière intensive, la dégradation du niveau de vie du malade est sensible puisque cessant d'être rémunéré, il n'a plus de ressource. Ajoutons que selon cet exemple, la tuberculose commence aussi à jouer un rôle dans la précarisation de la situation, et c'est souvent le cas aussi pour nombre de malades soignés par Eduard Xalabarder par exemple. Beaucoup ont arrêté de travailler, peut-être à la suite du développement de la maladie ce qui a d'avantage accentué la précarité du malade comme celle de sa famille. A l'inverse, d'autres malades choisissent de continuer à travailler jusqu'à ce qu'ils entrent dans des institutions spécialisées, s'épuisant à la tâche, et en cela ruinant leur santé. La tuberculose semble alors agir comme facteur de la misère plus encore que comme conséquence, nous l'expliquerons plus loin¹.

En tous cas, l'inactivité liée à la maladie ou non, tout comme la non-rémunération est un gage de précarité évident, bien plus encore que la mobilité professionnelle évoquée dans un chapitre précédent². L'absence de travail, pas toujours liée à l'expérience de la maladie est particulièrement visible dans les fiches cliniques de l'hôpital Sant Pau, mais aussi dans les feuilles familiales du Padrón de 1930 des tuberculeux des trois sources³. Citons par exemple *Andrés Doria*, tuberculeux de 24 ans hospitalisé à Sant Pau en 1930. Ce malade vit avec ses parents et sa seule sœur en vie dans le quartier du vieux centre de Santa Catalina, et, d'après le Padrón en 1930, personne ne travaille dans l'appartement, le père est sans emploi tout comme le malade, sa sœur est déjà hospitalisée au Clinic, et sa mère n'est pas citée. Un tel schéma se répète souvent lorsque nous décryptons le quotidien des malades, mais de telles informations cachent souvent une activité non évoquée, invisible et donc plus précaire, comme nous l'avons dit plus haut. En effet, dans le cas d'*Andrés Doria*, lorsque le médecin

¹ Sur l'expérience vécue de la maladie par les tuberculeux, voir partie 3.

² Voir le concept de « désaffiliation » développé par Robert Castel. « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », 1994, *op. cit.*

³ La situation dite aujourd'hui de « chômage technique » est particulièrement visible dans le Padrón de 1930 et dans nos sources. Elle est également évoquée pour la même époque par José Luis Oyón dans *La quiebra*, 2008, *op. cit.*, p. 76.

fait l'histoire clinique du patient, il précise que ce dernier a continué à travailler malgré la maladie, et ce bien qu'officiellement, il n'ait pas un travail fixe.

L'invisibilité qui entoure également les activités des veuves et femmes seules est, en creux, un indice qui permet de prendre en compte une situation sociale encore plus précaire, puisque ces femmes doivent tout de même subvenir aux besoins de leur famille, et n'ont sans doute aucun salaire fixe. *Victoria Andreu*, tuberculeuse soignée par Eduard Xalabarder en 1909 est séparée de son mari et doit par conséquent « subvenir seule aux besoins de la famille ». C'est bel et bien cette séparation qui semble être à l'origine des difficultés financières du foyer, puisque la mère tuberculeuse doit alors travailler dans une usine textile, pour quelques pesetas par jour et que sa fille aînée a aussi dû se mettre à travailler très tôt, pour l'aider. Outre la rémunération très faible des deux femmes, le déclenchement de la tuberculose semble clairement se confondre avec une situation sociale qui se dégrade suite à un changement survenu dans le quotidien de la famille. Mais la plupart du temps, la dégradation des conditions de vies de la famille est liée à la perte d'un de ses membres, qui malade ou décédé ne peut plus travailler et par conséquent laisse le reste de la famille sans revenu. Cette situation oblige donc parfois celle-ci à changer son quotidien, et à trouver des solutions précaires, au départ temporaires, puis qui se maintiennent dans la durée. Ainsi la maladie du mari d'*Amalia Royo* explique clairement la dégradation des conditions de vie et surtout de la qualité (et quantité) de la nourriture¹. Depuis plus d'un an, cette tuberculeuse soignée au dispensaire de Radas en 1921 multiplie les emplois, travaille excessivement comme domestique chez des particuliers pour tenter de combler le manque que représente l'arrêt de travail de son mari. Malgré cela, ses conditions de vies se sont dégradées, son logement est misérable, et surtout, depuis un an, son alimentation est insuffisante par manque de moyens². *Soledad Arroyo* a 18 ans en 1930 et vit, depuis la mort de son père, avec sa mère et ses frères dans le quartier du Poble Sec. Selon le Padrón de 1930, aucun membre de la famille n'a d'activité professionnelle, mais cinq ans plus tard, lorsqu'elle entre dans le service du docteur Reventós à Sant Pau la malade explique qu'elle est couturière, et que pour compléter son revenu sans doute assez maigre, elle travaille aussi de temps à autre comme danseuse. S'il est fort possible que cette situation perdure depuis 1930 sans avoir été perçue par le Padrón de 1930, il faut ajouter que le décès du père, puis celui de la mère en 1931 peuvent également constituer des facteurs expliquant l'accumulation de menus travaux pour survivre. Lorsque celui considéré comme le chef de

¹ Voir le schéma familial d'*Amalia Royo* reproduit plus haut.

² « *alimentació deficient per falta de medis perquè el seu marit fa un any que no treballa* », fiche de visite n°465, dispensaire de Radas, 1921.

ménage tombe malade ou décède, c'est par conséquent une rentrée d'argent indispensable à la survie de la famille qui disparaît et suppose une dégradation sensible de la vie de la famille qui n'a alors plus les moyens de subvenir à ses besoins.

Mais la maladie, quelle qu'elle soit, peut également avoir d'autres répercussions rendant elles aussi le quotidien plus difficile, lorsqu'elle affecte un autre membre de la famille. En 1906, *Vicenta Castells*, une tuberculeuse soignée par Eduard Xalabarder vit avec la famille de sa sœur ainsi que leur mère et la famille a vu également ses conditions de vie se détériorer. Dans un premier temps, c'est la qualité du logement qui est plus mauvaise, puisque pour des raisons non précisées la sœur a eu besoin de déménager, ce qui a conduit la famille à s'installer dans un rez-de-chaussée jugé négativement par le docteur Xalabarder. Mais ce qui marque ensuite le médecin, c'est la difficulté financière de la famille, due au fait notamment que la mère ne peut travailler. La sœur et le beau frère de la malade n'ont en effet pas les moyens de subvenir à ses besoins sans contribution de sa part, et la tuberculeuse, elle, ne travaille que par intermittence, ce qui ne permet que d'apporter un léger appoint de quelques pesetas. La situation de la famille *Roig Alabau* est emblématique d'une dégradation des conditions sociales de vie. Si le coût de la vie explique la sous-alimentation, ou encore la faim observée chez les enfants en bas âge, la situation de la famille s'est surtout détériorée depuis un an. En effet, cela fait près d'un an que pour subvenir aux besoins de dix personnes la famille ne dispose que du revenu fixe du chef de ménage, journalier dans le bâtiment, qui est de 7 pesetas par jour. Les infirmières visiteuses, une fois n'est pas coutume, prennent soin de noter avec précision les revenus du foyer, et en 1921 celui-ci se monte à 51 pesetas à la semaine, la plus grosse partie étant fournie par le salaire du père, complétée par ce que rapportent les travaux de couture de sa femme et sa sœur.

Illustration 18 : Extrait de l'une des enquêtes sociales réalisées en 1921 au domicile de la famille Roig Alabau par le Service d'Assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya

<i>Individus de la família</i>	<i>Edat</i>	<i>Ofici</i>	<i>Jornal</i>	<i>Estat de salut</i>
Pare	41	u paleta	45 ptes	H 454
Mare	38	condona	—	H 460
Una germana del pare	24	u	6	H 482
Fills	13	col·legi	—	H 486
"	10	ap	5 1 ptes	H 474
"	8	"	"	H 511
"	6	"	"	H 523
"	4	"	1 jornal 5 1 ptes	H 512
"	2	"	setmanals	1+ 483

(Source : fiche clinique n°454, 1921, Fonds de l'ancien dispensaire central, consulté au CAP du RSD.)

Dans les années 1910 et 1920 l'Institut Municipal de Statistiques publie des annuaires statistiques chaque année pendant cette période, qui se réduiront ensuite à des suppléments publiés dans la *Gasetta Municipal*¹. En 1917 et 1919, sont réalisés des études très complètes sur le coût de la vie, qui incluent des calculs théoriques sur le budget familial des ouvriers en 1919². D'après ces calculs, le revenu de la famille *Roig Alabau* est très nettement insuffisant pour subvenir aux besoins de toute la famille, comme nous pouvions nous y attendre. La situation de la famille était sans doute déjà précaire, mais elle s'est dégradée depuis un an, d'après les témoignages des malades eux-mêmes, et si l'on en croit la mère de famille, *Enriqueta Montroig*, c'est sans doute une augmentation du coût de la vie qui explique cette brusque dégradation. D'après l'étude réalisée dans l'Annuaire Statistique de 1919, l'augmentation du coût de la vie est en effet importante et relativement progressive entre 1914 et 1919³. Précisons encore que cette augmentation se double d'une relative revalorisation des salaires, obtenue notamment selon José Luis Oyón et Pere Gabriel grâce à une mobilisation ouvrière très intense été 1917 et 1923.⁴ Cette augmentation des salaires concerne aussi le mari d'*Enriqueta Montroig*, *Andreu Roig* qui, deux ans plus tard estime son salaire à 12

¹ *Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona*, 1917-1920, puis *Gasetta Municipal de Barcelona*, supplément statistique.

² ESCUDE BARTOLI, Manuel, « Monografía estadística de las clases trabajadoras de Barcelona », dans *Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona*, año 1917, 1921, pp. 538-592.

³ *Ibid.*

⁴ OYON, José Luis, *La quiebra*, 2008, *op. cit.*, p.72. GABRIEL, Pere, « Sous i cost de la vida a Catalunya a l'entorn dels anys de la Primera Guerra Mundial », *Recerques*, n°20, 1988, pp. 61-91. cité par José Luis Oyón, *Ibid.*

pesetas par jour¹. Malgré tout, nous sommes encore très loin des 72 pesetas par semaine considérées selon les données de l'Annuaire Statistique comme nécessaires pour faire vivre une famille de seulement cinq personnes pendant les années 1920, alors même que celle-ci se compose de dix personnes².

En bref, au jour le jour, la vie est dure en 1921 comme en 1923 pour cette famille, comme pour beaucoup d'autres soignées dans les dispensaires et hôpitaux barcelonais gratuits entre-deux-guerres. C'est cette dégradation sociale dans laquelle ils se trouvent qui les inscrit dans une catégorie plus large d'exclus, de ceux tombés dans la misère, des personnes pour lesquelles la grande pauvreté est surtout en lien avec l'absence de moyens financiers.

Si la dégradation des conditions de vie est sensible dans nombre d'histoires de vie de malade, mais il n'est pas toujours possible d'identifier un point de départ voire un processus logique de dégradation. Dans certaines familles soignées au dispensaire central entre-deux-guerres, la misère semble plutôt une caractéristique chronique. Ainsi, la croissance faible est un élément visible dans les fiches de mère/père en fils/filles, les malades précisent avoir toujours souffert d'une vie dure et d'une alimentation insuffisante. Ils pourraient alors faire partie d'une catégorie de la grande pauvreté, transmise de génération en génération, telle que le décrivaient les médecins au début du siècle³. Cette catégorie se caractérise par l'immobilisme, soit l'impossibilité à connaître une quelconque promotion sociale, comme l'a montré José Luis Oyón et suivant la définition d'André Gueslin sur la grande pauvreté⁴.

2. La très grande pauvreté : des « pobres de solemnidad » aux collectifs de marginaux

La très grande pauvreté caractérise les individus qui, d'après André Gueslin sont les « personnes démunies de tout et sans espoir de l'obtenir »⁵. Cette définition fait référence à un groupe exclu hétérogène qui manque du minimum nécessaire pour vivre tant d'un point de

¹ Enquête sociale réalisée au domicile des Roig Alabau en 1923 suite à la visite de la fille cadette au dispensaire, Histoire clinique n°483.

² *Anuario Estadístico de Barcelona 1917-1920*, dans OYON, José Luis, *La quiebra*, 2008, *op. cit.*, p. 79.

³ L'hérédité du terrain est évoquée par de nombreux médecins, à commencer par l'hygiéniste Philip Hauser, dont nous avons déjà parlé plus haut.

⁴ Sur l'immobilité des catégories socioprofessionnelles, voir OYON, José Luis, *La quiebra*, 2008, *op. cit.*, Pour une définition de la grande pauvreté par André Gueslin voir l'introduction dans GUESLIN, André, *Les gens de rien*, 2004, *op. cit.*, p. 11.

⁵ GUESLIN, André, *Les gens de rien*, 2004, *op. cit.*, p. 12.

vue économique que socioculturel. Or c'est bien vers ces individus, constitués pour l'occasion en un collectif pauvre que l'on tend à homogénéiser, que se dirigent le regard des médecins des dispensaires comme des hôpitaux ou sanatoria publics ou gratuits. En ce sens, l'hôpital, ou l'établissement de soin quel qu'il soit reprend son acception ancienne de lieu accueillant les catégories sociales défavorisées et vulnérables¹. Si dans un premier temps et suivant une logique toute économique, les malades apparaissent comme un groupe unifié par la misère sociale et économique, celui-ci se désagrège rapidement, laissant apparaître des pauvres et miséreux tuberculeux au pluriel. Les malades entrent en effet dans différentes catégories d'exclus ou de marginaux établies comme telles, ce sont certes des personnes tombées dans la misère, mais l'écart qui les séparent du corps social n'est jamais le même, tout comme les causes de cette distance. Par ailleurs, cet écart est mesuré et analysé comme tel par les médecins à partir des catégories de prise en charge publique existantes à l'époque, ils entrent donc dans des groupes plus ou moins clairement déterminés, groupes marginaux dont on se préoccupe particulièrement dans le domaine de l'assistance sociale et des hôpitaux.² En ce sens, les tuberculeux avant d'être atteints par la maladie sont déjà des individus considérés comme assistés, ce qui implique également qu'ils sont déjà pris en compte par les réseaux d'assistance publique ou sociale mis en place à l'époque.

Nous verrons ici les tuberculeux comme des exclus, en reprenant les catégories mises en place à l'époque tout en tenant compte du prisme évident des médecins, afin de montrer comment les malades semblent se confondre avec une catégorie hétérogène plus généralement caractérisée par la « déviance » sociale, morale, qui peuplait déjà les établissements de charité ou de soins, et ce que se soit pour leur expérience de la maladie, leur histoire de vie difficile ou leur « statut » d'assisté³.

- *Miséreux et vulnérables, « los pobres de solemnidad »*

Si dans les histoires de vie des tuberculeux semble apparaître une réalité dure caractéristique des plus démunis, il n'en demeure pas moins que cette constatation doit surtout

¹ Sur l'évolution de la fonction de l'hôpital, voir DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.

² Le terme d'« assistance » ici est directement emprunté du vocabulaire utilisé par les structures publiques, Diputació Provincial de Barcelona, Mancomunitat et Généralitat de Catalunya et en particulier du « Servei d'assistència social dels tuberculosos ».

³ Encore une fois le terme d'« assisté » ne fait pas référence ici à une acception actuelle mais bien aux services d'assistance sociale mis en place par la Generalitat de Catalunya.

être rapprochée de la notion de prise en charge de la part des autorités municipales, régionales et des médecins. Il est en effet impossible de séparer une quelconque réalité/vérité de grande pauvreté de l'opération de sélection opérée par les médecins. Ce sont eux, médecins ou autres acteurs institutionnels qui définissent de l'extérieur les critères de ce collectif des plus démunis et le mettent en relation avec la maladie sociale par excellence¹. En ce sens, déterminer l'appartenance de nombre de malades à cette catégorie permet à la fois d'approcher une certaine réalité vécue et d'évoquer les pratiques médicales qui déterminent cette réalité. Par ailleurs, il nous faudra rester à l'écart de toute représentation proportionnelle ou quantitative, d'autant plus que celle-ci perd tout son sens de part cette interrelation entre discours, pratiques, observations, ou expériences vécues.

Après ces quelques précautions, il apparaît que nombre de tuberculeux étudiés sont effectivement des « grands pauvres », et s'inscrivent dans cette catégorie particulièrement déterminée décrite par les historiens². Mais qui sont exactement ces individus démunis de tout? Ce sont dans un premier temps les personnes qui entrent dans la classe VI, d'après la répartition par classe sociale de la population barcelonaise réalisée par José Luis Oyón³. La classe VI se compose des femmes seules qui officiellement ne travaillent pas et plus généralement des inactifs⁴. La classe VI est relativement sous représentée chez les malades si l'on tient compte de la moyenne de la ville, ce qui peut notamment s'expliquer par l'invisibilité qui, généralement, caractérise cette population⁵. Dans cette classe ou catégorie, se retrouvent des personnes ayant des expériences de vie bien distinctes, c'est parfois un handicap qui ne leur permet pas de travailler, eux-mêmes ou encore la personne considérée comme « chef de ménage »⁶. Il est particulièrement intéressant ici de prendre en compte le statut des membres de la famille, puisque si le tuberculeux peut être inactif, cela est d'autant

¹ Sur ce point, voir l'introduction d'André Gueslin dans GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*, ainsi que l'introduction au dossier sur les processus d'exclusion et d'inclusion par la science en Espagne au XX^{ème} siècle de Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena, « (Des)legitimando jerarquías sociales », *profesionales y cognitivas*, 2013, *op. cit.*, pp. 13-17.

² GUESLIN, André, *Les gens de rien*, 2004, *op. cit.*

³ Voir chapitre 3, ou encore la constitution des « classes sociales » dans OYON, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001, p. 15.

⁴ *Ibid.* p. 46.

⁵ Concrètement, 4,18% des familles tuberculeuses retrouvées dans le Padrón de 1930 font partie de la classe VI, contre près de 10% pour le total de la ville en 1930. Notons tout de même que la proportion augmente si l'on ne tient compte que des tuberculeux et en particulier le taux de tuberculeux aidés par Catalunya Radio faisant partie de cette classe VI est de presque 7%.

Ajoutons également que le Padrón de 1930 ne permet pas de prendre en compte les populations vivant dans des logements très précaires et en périphérie, notamment lorsqu'ils sont temporaires et impliquent une grande mobilité résidentielle ce qui est souvent le cas des plus démunis.

⁶ D'après un concept du Padrón de 1930, « el cabeza de familia », la plupart du temps l'individu le plus âgé, généralement un homme actif.

plus grave si personne dans sa famille ne peut subvenir aux besoins du foyer. Dans le cas de *Manuel Ferrando*, jeune tuberculeux hospitalisé plusieurs fois à Sant Pau dans les années 1930, toute la famille se trouve sans travail. Une sœur du tuberculeux est notamment hospitalisée à l'hôpital Clinic en 1930, et son père est également sans emploi, d'après les informations du Padrón de 1930. Nous savons que le tuberculeux est ébéniste de formation, mais en 1930 il paraît ne pas exercer sa profession. Dans ce cas précis, l'inactivité semble particulièrement liée à l'état de santé du malade et de sa famille. Cela nous conduit notamment à relativiser cette information, puisque nombre de tuberculeux déjà malades lors du recensement ne travaillent pas pour des raisons liées directement à la maladie et cela fausse une analyse de la grande pauvreté à travers ces seuls critères. Il est difficile de savoir si *Julia Mont* est dans la même situation. En effet cette tuberculeuse ne tombe malade que quelques années plus tard, mais déjà en 1930 elle apparaît comme sans emploi dans le Padrón, tout comme son mari, considéré comme le chef de ménage. En ce sens, le foyer composé de 5 personnes n'a aucun revenu déclaré, nous pourrions dire sans doute aucun revenu fixe, du moins à ce moment donné en 1930 lors du recensement. Qu'il s'agisse d'une maladie ponctuelle, comme dans les cas des malades évoqués plus haut, ou bien d'une situation plus structurelle, cette inactivité suppose un manque de ressources nécessaires pour subvenir aux besoins d'une famille, faisant entrer ces familles dans une « grande pauvreté » encore définie ici par l'élément économique. Ces grands pauvres sont toujours des « démonétisés » avant tout, même si des indicateurs tels que l'alphabétisation ou la provenance géographique tendent à mettre ces tuberculeux inactifs dans des situations de précarité sociale plus graves que la moyenne des tuberculeux recensés¹.

Si la proportion de tuberculeux faisant partie de la classe VI, les « exclus », n'est pas très élevée, d'autres indications mettent en avant la situation de vulnérabilité économique dans laquelle se trouvent ces individus malades soignés dans les différents établissements de soins qui nous préoccupent. En effet, c'est souvent par manque de ressources que les malades entrent à Sant Pau ou bien consultent au dispensaire central. C'est encore sans doute pour cette même raison qu'ils sont envoyés au sanatorium de l'Esperit Sant par les bons soins d'une âme charitable ou d'une institution publique². A Sant Pau nous retrouvons ainsi des histoires cliniques très caractéristiques, retraçant le développement de la maladie et

¹ Sur ces indicateurs de précarité voir chapitre 3. A titre d'exemple, le taux d'alphabétisation des « chefs de ménage tuberculeux faisant parties de la classe VI atteint seulement 68% contre un taux de 83% pour les « chefs de ménage tuberculeux » toutes classes confondues.

² Pour une analyse sur les réseaux de soins, privés publics, et les distinctions entre bienfaisance et assistance, voir chapitre 6.

recherchant les raisons qui expliquent que le tuberculeux se retrouve dans l'établissement en question. C'est le cas de *Rafael Fernández* qui entre dans le service du docteur Reventós par manque de moyens, c'est-à-dire qu'il ne peut se permettre de payer le moindre traitement. Au dispensaire de Radas il est possible de retrouver des parcours assez similaires puisque nombre de malades passent d'abord consulter un médecin privé, souvent lors de ses quelques consultations gratuites mises en place pour les plus démunis, qui ensuite les envoie au dispensaire, afin qu'ils puissent suivre un traitement gratuitement¹. Si nous voyons déjà se dessiner un parcours spécifique commun à bon nombre de tuberculeux assistés dans ce réseau, il apparaît qu'une catégorie en soi émerge, celle des nécessiteux, qui requièrent une attention particulière de la part des médecins et des autorités car ils n'ont pas les moyens de se soigner et doivent avoir recours aux réseaux d'assistance publique ou privée. Avant même d'être atteints par la tuberculose, ces malades font partie d'un groupe clairement déterminé, un groupe vers lequel se dirigent les efforts de charité publique puis de l'assistance sociale², un groupe bien circonscrit et considéré comme tel par les autorités³.

Suivant cette logique, au début du siècle, sur une cinquantaine de patients du Dispensaire Blanc soignés à domicile par Eduard Xalabarder, nombreux sont ceux pour lesquels le médecin fait état d'une misère importante mais également d'une situation personnelle qui relève de l'assistance⁴. Notons que si la misère est tant visible, c'est d'abord parce que, bien sûr, Eduard Xalabarder est un fervent défenseur des causes sociales de la maladie⁵. Pour lui, c'est bien dans les conditions de vie matérielles que réside le pourquoi de l'infection, ce qui permet d'expliquer peut-être les nombreux détails dans les fiches de visite sur le coût de la vie des malades, les descriptions d'intérieurs pauvres ou les annotations précises sur les

¹ Voir notamment les lettres de recommandation des médecins barcelonais adressées aux différents médecins du dispensaire de Radas entre 1921 et 1936. CAP RSD.

² Nous reprenons ici d'une évolution positive depuis un système de bienfaisance à un système d'assistance publique voulue et revendiquée par les autorités publiques de l'époque en Europe. Voir plus loin, chapitre 6.

³ Nous évoquons ici les « autorités » en terme générique, qui désigne toute intervention extérieure venue d'en haut, et en particulier les organismes régionaux de la Mancomunitat et de la Generalitat de Catalunya qui cherchent à réorganiser, structurer et contrôler les réseaux de bienfaisance et d'assistance existants depuis le XVIII^{ème} siècle. Voir sur ce point les thèses suivantes : SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse de doctorat dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993. Et HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDEVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelona, 2004.

⁴ Pour rappel, les Dispensaires Blancs sont des dispensaires gratuits mis en place par le « Patronato de Cataluña para la lucha contra la tuberculosis » mais surtout développés par La Caixa de Pensions. Voir chapitre et chapitre 6.

⁵ XALABARDER i SERRA, Eduard, « La tuberculosis en Barcelona », dans *La Medicina Social española*, 3, pp. 587-593. Voir chapitre 1 et 3.

conditions de travail¹. Ajoutons également que ses visites à domicile ont lieu dans le cadre des Dispensaires Blancs et du « Patronato de Cataluña para la lucha contra la tuberculosis », qui bien que connectés quelques années plus tard au réseau mis en place par la Generalitat, n'en demeurent pas moins un système différent, qui pourrait recruter des malades d'une manière distincte². Enfin, c'est encore et surtout une question d'époque : comme nous l'avons expliqué plus haut, Eduard Xalabarder s'inscrit dans une pratique de la phtisiologie relativement plus traditionnelle, et ce jusque dans les années 1920³. La lutte antituberculeuse ne s'organise pas uniquement, on le sait, autour d'un système public géré par la région, mais se maintient aussi une organisation caritative, dans laquelle l'œuvre du Patronato devenue celle de la Caixa s'inscrit pleinement comme en témoigne l'organisation à la même époque de la Fête de la Fleur par le docteur Xalabarder⁴. Nous reviendrons plus loin sur ces logiques de lutte d'un style et d'une portée différente, mais il importe, ici, de prendre en compte une logique qui assimile volontiers tuberculose et pauvreté extrême. En ce sens la tuberculose est une caractéristique en soi qui contribue à inscrire l'individu plus profondément dans cette catégorie de grande pauvreté très générale. D'ailleurs, les traitements que prescrit le médecin restent dans la même idée, ce sont de la viande, du lait, du pain, parfois quelques pesetas pour tenter de pallier aux manques et à la misère de ces malades⁵. L'inactivité est donc particulièrement présente dans les fiches de visites à domicile d'Eduard Xalabarder, les malades travaillent par intermittence, certains ne travaillent pas et ne peuvent survivre sans l'aide extérieure.

Plus encore que cette misère décrite et soignée par Eduard Xalabarder, une situation personnelle qui nécessite une prise en charge est parfois visible au travers des histoires de vies des malades, et qui nous préoccupe ici. Du fait de leur situation sociale extrêmement précaire, les tuberculeux dépendent de l'aide extérieure que celle-ci soit publique, privée ou vienne directement de leur famille. Ainsi, dans un premier temps certains malades ne survivent que grâce aux dons de leurs proches. *Joaquín Vives* est un enfant de 2 ans et demi, soigné par

¹ Voir le masque de saisie en annexe pour la source des fiches de visite d'Eduard Xalabarder, avec le schéma de la fiche type. MHMC.

² Voir chapitre 6.

³ Voir chapitre 3.

⁴ La « Fiesta de la Flor » est organisée à Barcelone par un collectif de Dames, dans le cadre du Patronato de Cataluña. Documents conservés dans le Fonds Eduard Xalabarder, MHMC. Jorge Molero Mesa dans un article sur le regard porté par les tuberculeux ouvriers sur la bienfaisance à Madrid a également évoqué la mise en place de la « Fiesta de la Flor » à Madrid au début du XX^e siècle. MOLERO MESA, Jorge, « « ¡Dinero para la Cruz de la vida! » Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. », *Historia Social*, n° 39, 2001, pp. 31-48.

⁵ La plupart du temps, un litre de lait, une livre de pain et la même quantité de viande. Fonds Eduard Xalabarder, MHMC.

Eduard Xalabarder en 1907. Sa mère est hospitalisée, et sa famille est extrêmement pauvre d'après son médecin. Il semble vivre avec ses grands parents ainsi que son père qui ne travaille pas mais réalise de temps à autre des commissions de manière informelle, peut-être pour les grands-parents, plus sûrement pour des voisins ou d'autres particuliers. Dans tous les cas, il ne gagne pas sa vie puisque d'après Eduard Xalabarder il reste dans l'appartement « par charité ». Plus impressionnant encore est le cas de *Carmen Vidal*, elle aussi soignée en 1907 à domicile par le même médecin, puisque d'après sa fiche elle vit « des aumônes » de ses voisins. Mais outre ces exemples somme toute assez exceptionnels, dans les histoires de vies, la plus grande aide extérieure apportée aux tuberculeux qui en ont besoin est celle des institutions ou autres organismes caritatifs financés ou pas par le public. *Manuel Torrens*, en plus de recevoir une aide financière du Montepío de Nostra Senyora de la Victoria déjà plus proche de la logique caritative du Mont de Piété que d'une caisse de secours moderne, reçoit aussi des dons de bienfaisance, sans pour autant préciser la provenance exacte¹. Dans les années 1920 et 1930, malgré un contexte institutionnel et scientifique différent, les histoires de vie des malades continuent de laisser apparaître des individus qui ont recours aux aides des institutions caritatives et sont en ce sens considérés comme un catégorie « assistée » de ces œuvres sociales ou bien des réseaux d'assistance.

Lors de sa création en 1924, c'est la Mancomunitat de Catalunya qui récupère les services de bienfaisance des Diputación des différentes provinces catalanes, les transforme en service d'assistance², puis les réorganise³. Ces autorités régionales vont alors porter une attention toute particulière aux démunis, aux pauvres, même si, nous le verrons plus loin, ils divisent cette énorme catégorie en différents sous-groupes, afin de cibler d'avantage l'aide apportée. Finalement, nous retrouvons non seulement des pauvres chez les tuberculeux, mais surtout des « pobres de solemnidad »⁴. Plus qu'un simple « démonétisé », le « pobre de solemnidad » est un démunis de tout dont le statut d'indigent lui permet de bénéficier officiellement d'une assistance gratuite. En ce sens, ces indigents sont pris en charge comme tels, considérés comme les laissés-pour-compte de la ville, les plus défavorisés d'entre les pauvres que nous

¹ Seules les adresses sont précisées, il s'agit du n°172 et 552 sur la rue de las Corts Catalanes. Sur la mise en place des caisses des sociétés de Secours mutuels à Barcelone : GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, Thèse dirigée par FRADERA BARCELÓ Josep Maria, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història « Jaume Vicens Vives », Barcelona, 2002.

² Il est peu aisé de déterminer dans quelle mesure cette évolution dépasse le simple changement de nominal. Voir chapitre 6.

³ SABATE I CASELLAS, Ferran, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, 1993, *op. cit.*

⁴ Le terme d'indigent semble être celui qui traduit le mieux l'expression « pobre de solemnidad ».

retrouvons ensuite parmi les tuberculeux. En 1933, *Mariano Llopis* est envoyé au dispensaire central, localisé à la rue Radas, muni d'un certificat d'indigence signé de Juan Esfuga, « alcalde » du quartier Santa Mónica. Ce certificat permet au patient d'être assisté gratuitement par les médecins. La fiche clinique nous donne quelques renseignements sur ce malade, qui se trouve visiblement dans une situation difficile. Peu d'informations sont données sur les conditions matérielles de son existence, il est simplement précisé que les conditions de logement sont mauvaises. Le malade est un journalier de 22 ans, qui ne semble pas avoir de problème physique particulier, mais ce qui impressionne immédiatement c'est l'isolement dans lequel il se trouve. En effet, le malade est célibataire, et n'a plus de famille, sa mère et sa sœur sont mortes de variole et son père est également décédé.

Illustration 19 : Certificat « d'indigence » permettant au malade de solliciter une assistance médicale gratuite

21109

Districte 5

El que subscriu, Alcalde 2 del Barri
de Santa Mónica

Faig constar: Que, segons antecedents adquirits, [redacted]
[redacted]
resident al carrer de Medio San
núm. 10 pis, 2^a és pobre de solemnitat
i solista veuificatari Mòrico

I per a que consti, lliuro la present a Barcelona
a 2 de 2 de 1933

Juan Esfuga

[Signature]

Tip. G. Manfort. - Carr. 44. - Bvna. 4387

(Source : dossier médical n°21109, Fonds de l'ancien dispensaire central, consulté au CAP RSD)

A l'évidence, l'indigent constitue donc une catégorie en soi, et la présence d'un certificat de ce type tend à inscrire le futur tuberculeux dans cette catégorie préconstruite de grande pauvreté.

Enfin, le rapport des individus tuberculeux avec les institutions caritatives peut également se déduire de leur présence sur les listes de dons de Catalunya Radio, puisque celles-ci entrent dans une logique de bienfaisance, ou surtout leur entrée au sanatorium de l'Esperit Sant, souvent permise grâce à l'appui financier et les recommandations des institutions publiques ou de personnes aisées dans le cadre de leurs bonnes œuvres. Au final, de nombreux indices permettent d'avancer une figure de tuberculeux très pauvre qui, avant même de tomber malade, est un indigent. Dans ce contexte la tuberculose devient à l'évidence un simple élément qui contribue à cette exclusion sociale liée ou non à une précarité chronique. Mais si l'indigence du malade est avérée, c'est avant tout parce qu'elle est observée par des institutions de charité, des particuliers, des services d'assistance publics. En ce sens, ces (futurs) tuberculeux indigents sont des assistés et donc des précaires visibles, pris en compte comme tels. Mais pour les services d'assistance sociale, être « pobre de solemnidad » constitue une catégorie large, surtout définie par l'absence de moyens et qui donc reste définie par une caractéristique quasi strictement économique. Les exclus sont pourtant multiples, en témoignent les services d'assistance sociale spécialisés mis en place par les Diputaciones, la Mancomunitat ou la Generalitat. En suivant ces différentes catégories qui permettent de spécifier l'aide proposée, nous retrouvons d'autres éléments permettant de caractériser les malades dans des situations de misère distinctes.

- *La grande pauvreté au pluriel : quelques exclus et marginaux tuberculeux*

Mendiants, estropiés ou handicapés, femmes seules, vieillards, prisonniers, fous ou attardés, autant de catégories différentes, caractérisées par des expériences et une prise en charge distinctes. Regroupant ces catégories sous le dénominateur commun de l'exclusion sociale, les scientifiques ces dernières années ont cherché à analyser similitudes et différences, et ont aussi mis en avant les processus divers conduisant à la constitution de cette catégorie¹. Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena refusent de parler de rupture entre inclus et exclus, et préfèrent évoquer une situation de continuum bien plus complexe en avançant le fait que des individus peuvent être à la fois exclus et inclus selon les domaines ou

¹ GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*

les critères observés¹. En conséquence, il est possible de mesurer les écarts irrémédiables avec cette fameuse « ligne imaginaire de fracture sociale »² en tenant compte des situations individuelles et concrètes, mais aussi changeantes et complexes. Utiliser ces catégories d'exclus facilite à la fois l'analyse du quotidien des malades, mais permet aussi et surtout d'analyser le processus de déviance ou de dégradation qui, observé par des acteurs extérieurs ou « inclus », explique l'état de marginalité ou d'exclusion. La tuberculose s'insinue comme accélérateur d'un processus d'exclusion supplémentaire, en précarisant d'avantage le quotidien. Par ailleurs, le lien de cause à effet entre précarité d'un côté et la maladie de l'autre reste primordial, tant pour l'analyse du phénomène que pour comprendre la récupération et réadaptation des catégories par les médecins et le personnel médical. Il ne faut donc pas perdre de vue qu'il existe une véritable tentation voire tendance à rechercher l'homogénéisation de ces différentes catégories, puisque malgré ce qui les distinguent, elles appartiennent à une même logique. D'un point de vue épidémiologique d'abord, ces catégories ne représentent qu'un élément de compréhension du processus d'infection. D'un point de vue social ensuite, ces catégories construites sont encore un moyen de comprendre l'appartenance à la grande pauvreté, distillant des caractéristiques qui ne sont plus exclusivement économiques.

Les médecins préoccupés avant tout par les facteurs de maladie décryptent la vie des malades afin de faire ressortir les éléments caractérisant des pratiques à risque, mais faisant entrer les malades dans une catégorie « déviante » par la même occasion. En ce sens, ces marginaux le sont pour des raisons clairement morales, ils s'excluent d'eux-mêmes. Dans un premier temps, les médecins pointent donc du doigt des pratiques déviantes, mais qui outre contribuer à aggraver l'état du tuberculeux et accélérer la marche de la maladie, placent aussi le malade au ban de la société. Boire et fumer sont les deux pratiques les plus souvent reprochées à Sant Pau. Si le fait de fumer est particulièrement problématique pour un malade atteint des poumons, cette pratique est aussi emblématique de pauvreté, donne une image de souffreteux³. S'adonner à la boisson est une pratique considérée comme courante chez les pauvres, particulièrement critiquée par les médecins en témoigne l'abondante historiographie

¹ MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « (Des)legitimando jerarquías sociales », profesionales y cognitivas, 2013, *op. cit.*, p. 14.

² GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*, p. 10.

³ Pour une image mentale sur ce point, voir le montage photographique réalisé par les architectes du GATCPAC dans la revue AC, n°6 en 1931, reproduit en annexe 5.2. Les médecins n'oublient pas bien sûr que la cigarette est aussi une mauvaise habitude répandue dans des « classes » dites bourgeoises, comme bien d'autres vices encore. Sur ce point voir LLORENS I GALLARD, Ignasio, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

sur ce point¹. En buvant, l'alcoolique montre des vices qui ne sont pas considérés comme une maladie, c'est son immoralité qui le perd et le prive de toute possibilité sociale, de toute ressource. A côté des buveurs occasionnels, se trouvent surtout les buveurs réguliers, ou encore les alcooliques, dont la vie tourne clairement autour de la boisson les excluant de la société. Plus encore que l'alcoolisme, la vie sexuelle débridée est aussi un signe d'immoralité. Impossible de ne pas percevoir derrière les mentions de maladies vénériennes et en particulier de syphilis un jugement défavorable de la part des médecins qui auscultent les patients². Dans une situation de marginalité mais aussi d'immoralité bien plus flagrante, se trouvent les prisonniers. C'est d'abord leur condamnation qui témoigne d'une vie qui s'est clairement orientée en dehors des limites que la société s'est fixée. Mais cette condamnation implique aussi un enfermement et donc une situation qui donne à voir un individu seul, dépendant d'une institution, du moins pendant le temps effectué en prison. Le prisonnier est exclu moralement mais aussi physiquement. En 1932, un an avant d'être hospitalisé à Sant Pau, *Alfons Llumá* est emprisonné dans un établissement pénitentiaire de la région de Gérone. Si cela le fait entrer dans une catégorie de marginalité évidente, le médecin qui le soigne ajoute également que, dans cette prison les conditions de vies étaient difficiles, et le fait que l'on se soit mal occupé de lui a clairement constitué un facteur de maladie. En d'autres termes, les autorités qui ont pris en charge ce malade ont contribué à la détérioration de son quotidien. C'est ce que veulent éviter les médecins du service d'assistance sociale aux tuberculeux pauvres de la Generalitat de Catalunya dans les années 1940 en réalisant des visites systématiques aux prisonniers de la prison Modelo à Barcelone notamment³. Ici nous voyons donc un intérêt particulier pour ces populations marginales, surtout lié au fait de l'environnement malsain et de la promiscuité qui règne dans les prisons, mais qui montre également une prise de conscience, du fait qu'il s'agit d'une population isolée et assistée dont la santé incombe aux autorités.

Si ces tuberculeux doivent leur isolement à leur immoralité, il s'agit également d'individus faibles socialement à l'intérieur comme à l'extérieur de la prison. Leur vulnérabilité affecte tout un chacun puisqu'elle met en valeur, selon les médecins de l'époque, une dégénérescence

¹ Ricardo Campos Marín a notamment beaucoup travaillé sur cette question, voir par exemple l'ouvrage *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, CSIC, Madrid, 1997 ou encore l'article « Casas para obreros. un aspecto de la lucha antialcohólica en España durante la Restauración », dans *Dynamis*, n° 14, Universidad de Granada, 1994, pp. 111-130.

² Sur les maladies vénériennes relevées chez les patients et leurs familles, voir plus haut.

³ Fiches du Patronato Nacional Antituberculoso 1941-1943, Histoires cliniques PNA 3/3, Carton 6, Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC.

de la race¹. En effet, les historiens ont mis en avant des valeurs morales physiques ou sociales qui manquent à des individus pauvres affaiblissant ainsi la nation toute entière². Suivant cette logique, l'exclusion de certains tuberculeux de la société se caractérise par leur appartenance à une catégorie des dégénérés de l'époque, et leur prise en charge relève d'une certaine volonté de « rénovation nationale »³. Cependant, comme nous venons de l'expliquer, ce qui intéresse les médecins c'est avant tout de comprendre les pratiques à risque qui conduisent le malade à se placer dans une situation qui favorise le développement de la maladie. Ce n'est qu'au travers de ce filtre que nous observons l'alcoolisme, la prostitution peut-être, ou encore l'errance, caractéristique des vagabonds⁴. Moins immoraux mais tout aussi exclus et dégénérés sont les individus atteints de troubles mentaux. La maladie mentale n'est pas considérée comme telle par les médecins de l'époque, qui parlent plus volontiers d'attardés et continuent comme au XIX^{ème} siècle à associer fous, criminels et pauvres.⁵ La folie comme l'alcoolisme sont perceptibles en creux dans les fiches cliniques, en effet, l'état dans lequel se trouvent les malades en question ne permet pas aux médecins de réaliser l'histoire clinique du patient, tout juste de l'ausculter. C'est le cas d'*Ana Reyes*, dont nous avons parlé dans un chapitre précédent et dont l'histoire clinique est peu fournie car il est très difficile pour le médecin d'interroger la patiente. Par ailleurs, à cause de son déséquilibre psychiatrique⁶ elle sera, une fois « guérie » internée dans une maison de santé. *Felicidad Delgado* est une patiente de l'Hôpital de Sant Pau dans les années 1930. En 1930 elle travaille comme domestique dans la famille d'un éditeur. En 1935 par contre, lorsqu'elle entre pour la première fois à l'hôpital de Sant Pau elle a changé de travail, et sa situation sociale semble s'être dégradée puisqu'elle est maintenant « corredora de perfum », c'est-à-dire qu'elle vend des parfums au porte au porte, peut-être dans la rue, ce qui semble correspondre avec une activité plus précaire que celle exercée cinq ans plus tôt. L'histoire clinique n'est pas très complète au vu des problèmes psychiatriques dont souffre la patiente, sans qu'il soit possible

¹ Cette thématique se retrouve dans de nombreux discours de médecins, citons à titre d'exemple Arturo Buylla y Alegre en 1902 qui met en relation alcoolisme et tuberculose comme facteurs conjoints permettant d'expliquer cette dégénérescence. BUYLLA Y ALEGRE, Arturo, *El alcoholismo y la tuberculosis*, Imp. La Comercial, Oviedo, 1902, 60 p.

² JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, « La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología », 1998, *op. cit.*

³ *Ibid.*

⁴ Pour approfondir la question de l'errance voir GUESLIN, André, *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants, vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge*, Paris, Fayard, 2013, 536 p.

⁵ ÁLVAREZ-URÍA, Fernando, *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Tusquets Editores, Barcelone, 1983.

⁶ « trastorno psi », nous dit la fiche, ce qui ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'un trouble psychotique, psychologique ou psychiatrique.

de savoir dans quelle mesure ces derniers sont liés avec la dégradation du niveau de vie de la malade ou de sa famille, puisque son frère et sa sœur sont tous deux morts de tuberculose quelques années auparavant. Dans tous les cas, la malade reste cinq mois dans le service du docteur Reventós à Sant Pau avant d'être transférée dans un autre service pour soigner sa « maladie mentale ». Ici le trouble psychiatrique semble être pris en compte comme une maladie, même s'il nous est impossible de savoir si c'est réellement le cas, dans la pratique médicale.

Rafael Romero est quant à lui qualifié d' « inutile » dans le Padrón de 1930, et lors de son entrée à Sant Pau, le médecin parvient difficilement à ausculter le malade, n'arrive pas à faire son histoire clinique, car ce dernier est un « attardé mental ». Ici, le terme désigne bien un état de fait permanent, qui isole le tuberculeux de plusieurs manières différentes. D'abord son état psychiatrique est clairement une barrière au bon déroulement du traitement antituberculeux et c'est à la fois un facteur de la maladie. Le fait d'être attardé enferme le tuberculeux dans une logique qui n'est pas celle de son entourage, le rendant à la fois complètement isolé et dépendant de l'aide quotidienne des autres. En l'occurrence, le malade ici est pris en charge par sa famille depuis toujours, une famille qui vit dans le logement d'une autre en qualité de relogée. La plupart du temps, il n'est pas aisé d'avoir des détails sur les vies de ceux qui sont présentés comme des handicapés mentaux. Certains ont une profession comme *Victor Ferrer* hospitalisé en 1931 qui est mécanicien. Malgré tout, de lui non plus le médecin ne peut tirer une histoire clinique, il est donc soigné comme tuberculeux avant de rejoindre un autre service. L'isolement est donc indéniable et si le fait d'avoir besoin d'être aidé n'est pas prouvé, cela nous semble être sous-entendu. Si nous replaçons l'handicap dans le cadre familial, c'est un revenu de moins et une bouche de plus pour la famille, ce qui accentue la précarité de la situation. Dans certains cas la famille tout entière doit prendre soin d'un de ses membres, qui, isolé par un handicap est perçu comme nécessairement dépendant des autres. C'est notamment le cas du père de *Natividad Oliver* qui est aveugle et en l'occurrence ne travaille pas, ce qui suppose une situation vulnérable pour la personne en question mais également pour sa famille proche qui vit avec lui et l'assiste. Finalement, dans ce cas précis et selon cette logique, c'est la non prise en charge du malade ou de l' « invalide » par les institutions compétentes qui crée une surcharge de travail à la famille.

Pour poursuivre sur cette « nécessité d'assistance » révélée par le Padrón de 1930 et cette réalité d'isolement personnelle à ces tuberculeux, ajoutons que cet état de fait est parfois lié à l'âge ou la situation familiale du malade. Ainsi, les historiens travaillant sur les exclus

évoquent ces catégories telles que les femmes séparées, veuves ou vivant seules, les enfants orphelins, ou surtout les personnes âgées¹. En réalité, ces catégories sont visibles chez les tuberculeux au travers de leur prise en charge et nous les retrouvons dans les « asiles ». L'asile est le terme générique le plus fréquemment utilisé pour qualifier des types de structures distinctes, depuis les hospices ou maisons de charité jusqu'aux orphelinats, mais qui ont tous en commun d'accueillir gratuitement ou presque une population très pauvre, isolée et aidée. Dans le Padrón de 1930, une dizaine de malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant se retrouvent dans des asiles². Ce sont d'abord des hospices de vieillards, comme celui situé au numéro 159 de la rue Comte Borrell dans lequel vit une tuberculeuse de 65 ans soignée en 1930 à Sant Pau. Les enfants qui font l'objet d'une attention particulière de la part des médecins et pas seulement des phthisiologues sont également présents dans des asiles, et plus exactement la Casa Provincial de Caritat, puisque tous les enfants qui y sont accueillis sont automatiquement auscultés par les médecins du dispensaire central dans les années 1930³. C'est peut-être à la suite des recommandations d'un des médecins du dispensaire que *Joan Monzo* est hospitalisé à Sant Pau en 1936. En 1930, ce jeune garçon qui a alors 10 ans vit à la Casa de Caritat, ce qui peut peut-être être mis en relation avec le fait que son père et ses frères sont tous morts, de tuberculose ou de maladies respiratoires en général. L'isolement semble donc être avéré pour ce malade déjà pris en charge par les réseaux d'assistance financés par la Municipalité, la Diputació puis la Generalitat⁴. D'autres malades jeunes vivants dans d'autres foyers sont hospitalisés à Sant Pau ou internés à l'Esperit Sant, comme c'est le cas par exemple d'Ana *Santacreu*, qui, à 20 ans vit dans la Casa de Buen Reposo, un foyer qui accueille les jeunes filles ayant une santé fragile⁵. En effet comme nous pouvions nous y attendre, la plupart des asiles ou foyers dans lesquels vivent les malades sont aussi des lieux qui accueillent des personnes ayant des problèmes de santé. La plupart des personnes vivant dans les asiles se trouvent ainsi dans les asiles de Buen Pastor et de San Rafael. L'asile

¹ GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*

² Rappelons encore une fois que le seul fait de ne disposer que des données sur les malades ayant été retrouvés dans le Padrón de 1930, soit à peu près 50% des malades des trois sources, empêche toute recherche comparative, d'autant plus que la population la plus marginale est aussi la moins installée durablement dans la ville.

³ Fiches de visite aux enfants de la Generalitat de Catalunya, Servei d'Assistència Social dels tuberculosos, 1932-1936, Carton n°6, Fonds du Dr Lluís Sayé, ANC.

⁴ Sur le financement de la Casa Provincial de Caritat, voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, p. 375.

⁵ D'après les informations recueillies dans l'article récapitulatif sur les bonnes œuvres effectuées par la « Junta de protecció de la infància », dans le journal *La Vanguardia*, le 14 septembre 1929, p. 16. Selon cette source, le foyer en question est une « auberge pour les filles majeures dont la santé précaire nécessite un régime spécial d'assistance et d'affectueuse attention. » (La traduction est littérale).

de San Rafael, situé dans le quartier de Las Cortes accueille des jeunes filles, qui, comme dans la Casa de Caridad sont dans un état de vulnérabilité extrême, que ce soit pour des raisons socio-économiques, familiales ou surtout médicales¹. De la même manière, l'Asile de Buen Pastor, situé à la limite de l'Eixample central et de Sant Gervasi héberge en 1930 au moins cinq jeunes filles qui seront par la suite internées à l'Esperit Sant ou hospitalisées à Sant Pau. L'une d'elle a d'ailleurs 28 ans et est mariée, ce qui semble bien montrer que l'asile fonctionne comme un lieu de soins et non pas comme un simple orphelinat pour enfants pauvres, bien que cela soit sa fonction première². Mais depuis *Ana Vega* qui vit dans un refuge d'ouvrière pour les femmes âgées jusqu'aux nombreux « hijos de la caridad » et donc orphelins, ce qui rapproche ces malades c'est aussi une condition de précarité socioéconomique extrême qui explique leur prise en charge dans ces établissements religieux ou laïcs à caractère caritatif. Puisque les médecins s'intéressent d'abord aux comportements à risque et aux facteurs potentiels de la maladie, c'est à ce titre qu'ils synthétisent ces différentes expériences de pauvreté en un seul et même état conduisant à la maladie. De la même manière, si tous ces établissements où vivent des malades en différentes situations se nomment tous « asiles », c'est aussi parce qu'on assiste à une homogénéisation plus ou moins consciente, une confusion qui tend à assimiler tous ces lieux caritatifs. L'historien Carles Hervàs Puyal dans sa thèse sur la mise en place de la politique sanitaire de la Generalitat dans Barcelone explique ainsi qu'en pratique la loi de Bienfaisance de 1849 qui répartissait les obligations d'assistance envers les malades pauvres aux différentes collectivités, n'était pas appliquée, et il met en avant la grande confusion dans le rôle des asiles comme à l'intérieur même des établissements qui accueillait indistinctement des personnes âgées, des enfants ou des personnes atteintes de déficience mentale.³ A notre échelle, le parcours d'*Emilio Escudero* au sein du réseau caritatif est particulièrement décrit par les médecins de l'hôpital de Sant Pau et reflète cette confusion. En effet, avant ses 13 ans le malade a été admis dans de nombreux endroits. D'abord à la Casa de Caritat, puis il a gagné sa vie « en lavant des plats »,

¹ D'après les informations recueillies par Carles Grabuleda Teixidor, l'Asile San Rafael est un « asile pour les petites filles rachitiques et scrofuleuses pauvres » (« Asil per a nenes raquitiques i escrofuleses pobres. ») voir GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, p. 377. Notons tout de même que dans les années 1930, un certain nombre de lits étaient réservés pour les malades atteintes de tuberculose. Il est donc très possible que ces malades soient déjà internées à cause de leur maladie. NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

² Toujours d'après Carles Grabuleda Teixidor, l'asile Buen Pastor accueille des « petites filles démunies et égarée dans le vice » (« asil de nenes desemparedes i extraviades en el vici »). Il précise également que la Municipalité barcelonaise paye la majeure partie des séjours. *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 5.

puis lorsqu'il perd son travail il est cette fois enfermé à l'asile Durán. Dans les années 1930, l'asile Durán accueille des jeunes garçons, les forment à un métier, mais fonctionne surtout comme une maison de redressement¹. En disant que c'est sa famille qui l'enferme à l'asile Durán lorsqu'il se retrouve sans emploi le médecin évoque un abandon et culpabilise volontiers la famille qui outre être pauvre se caractérise aussi par un manque de sensibilité jugé criminel. Mais ce parcours reflète aussi le fait que peu importe le type d'établissement, l'important est de trouver une place pour un enfant dans une situation difficile. En effet, aucune attitude dite déviante d'Emilio *Escudero* n'est reportée dans sa fiche clinique, et bien que celle-ci repose avant tout sur les informations que le malade a bien voulu transmettre au médecin, il est tentant de penser que son « enfermement » dans l'asile Durán est du ressort d'une confusion entre les fonctions d'ailleurs peu déterminées des différents centres². Ajoutons qu'un autre pensionnaire de l'asile Durán semble aussi être tuberculeux dans les années 1930 et reçoit lui une aide financière de Catalunya Radio pour se soigner. Sans qu'il soit possible de savoir les vraies raisons de son « enfermement », il est perceptible que la situation de sa famille est particulièrement difficile en 1930 puisque sa mère est lavandière et travaille sans doute à la pièce, son père, cordonnier n'a pas d'emploi fixe et travaille comme ouvrier non qualifié par intermittence et sa sœur se trouve internée dans un établissement à Mataró. Les deux pensionnaires se rejoignent plus sûrement sur des conditions de vies difficiles et finalement l'asile Durán semble être considéré comme une solution à de nombreuses difficultés d'ordre différent. De la même manière, quelques années auparavant, deux enfants de la famille *Martínez*, soignées au dispensaire de Radas sont également accueillies dans l'asile Buen Pastor ou collège comme se plaît à l'appeler le personnel clinique du dispensaire central. Ces deux enfants ne sont certes pas orphelines, et leur séjour de quatre ans dans cette institution est perçu comme une chance, qui leur a permis de s'éloigner d'un environnement peu favorable pendant quelques années. Ici c'est bien la situation d'extrême précarité de la famille qui se trouve en amont de l'internement des deux petites filles et leur séjour dans cet établissement fonctionne comme un révélateur d'une exclusion sociale de la famille.

En ce sens, tous ces exclus et marginaux ont connus des processus de déviance ou de dégradation sociale différents, mais ont en commun une situation de grande pauvreté, qui

¹ Il s'agit d'un « reformatorio per a nens « extraviados » », c'est à dire une maison de redressement pour les garçons égarés » (sous-entendu s'étant écarté du droit chemin). *Ibid.*, p. 377.

² Il s'agit peut-être aussi du seul lieu qui accepte de l'accueillir, d'autant plus que la quasi-totalité des séjours est financée par la municipalité. *Ibid.*

finalement est l'élément central facteur de leur exclusion. Les catégories considérées comme telles par les autorités et autres acteurs extérieurs qui les construisent sont poreuses, et la présence de la tuberculose ne fera qu'accentuer cette perméabilité. Finalement il est intéressant de constater que nous rejoignons ici une logique de causalité sociale, une logique de bienfaisance, contre laquelle luttent les phthisiologues modernes, mais qui nous le verrons se maintient tout au long de la période et se superpose à la pratique dite moderne de la médecine guidée par la théorie de la bactériologie exclusive.

Mais si ces tuberculeux exclus avant même d'être malades sont des grands pauvres et des isolés, ils sont aussi pris en charge par des organismes publics ou privés, ils sont vus par ceux qui les considèrent exclus, ils sont visibles et par conséquent déjà intégrés dans les réseaux d'assistance et de bienfaisance mis en place. Dans quelle mesure cette visibilité facilite leur internement ou leur hospitalisation dans les lieux de soins antituberculeux ? Si cela est difficile à mesurer, la relation est sans nul doute importante, en témoigne l'intérêt des médecins pour ces populations¹. Et cette préoccupation théorique se concrétise dans le service d'assistance sociale aux tuberculeux pauvres, qui, comme nous l'avons déjà évoqué, ausculte systématiquement les enfants de la Casa Provincial de Caritat ainsi que les prisonniers de la Carcel Modelo. En ce sens, nous percevons non seulement une logique de réseaux d'assistance et médicaux qui se rejoignent, mais également une concentration prioritaire sur une population déjà prise en charge qui nous conduit à relativiser quelque peu l'isolement des malades.

3. L'isolement des tuberculeux en question

Le portrait des tuberculeux dressé par les médecins relaye largement tout ce que nous avons expliqué plus haut, à savoir un malade issu d'un groupe social très pauvre. Les tuberculeux font partie d'une catégorie des exclus très large, qui se divise en de nombreuses sous-catégories, visibles dans les fiches cliniques, qui permettent également de mieux comprendre les processus d'exclusion. Pourtant, un certain nombre d'éléments permettent de nuancer fortement ces propos. En particulier, d'après André Gueslin, ce qui finalement semble unir toutes ces « sous-catégories » d'exclus, c'est bien une situation d'isolement

¹ Sur ce point, voir chapitre 1.

commune¹. Or pour nous, l'isolement des tuberculeux, la solitude du malade, semble surtout liée à l'arrivée de la maladie. Avant cela, le malade est un grand pauvre, pris en charge par les institutions et donc visible, inclus dans le monde du travail ou entouré par une famille. Il nous appartiendra donc ici de relativiser cet isolement et cette situation d'exclusion, ce qui, plus que remettre en question le profil du tuberculeux, ou les expériences de vie concrètes décrites plus haut, signifie surtout prendre en compte la construction d'un collectif tuberculeux, et mettre en avant l'impact du discours médical sur les malades eux-mêmes. En d'autres termes, il faudra garder à l'esprit que ces histoires de vie sont visibles à travers le prisme des médecins qui les reportent, des médecins qui à la fois ont intérêt à mettre en avant les populations les plus isolées, et qui par la même soignent des malades relativement bien intégrés dans les réseaux médicaux.

- *Des personnes déjà prises en charge par des institutions caritatives et les réseaux d'aide sociale*

Dans un premier temps, tous ces tuberculeux vivants dans des asiles et que nous avons qualifié d'aidés ou d'assistés, sont des individus déjà pris en charge par des organismes ou institutions caritatives, ou bénéficiaires de l'action sociale. En ce sens, s'il s'agit bien de populations issues de la grande pauvreté, le facteur économique constituant en grande partie le pourquoi de l'exclusion, il s'agit aussi de personnes déjà prises en compte, autrement dit des plus visibles. Bien sûr, expliquer que pour être pris en compte comme malade il faut être vu et qu'il n'y a pas de place dans les établissements étudiés pour les individus invisibles est plutôt une évidence. D'abord, nous l'avons déjà dit, l'appariement des listes de malades avec le Padrón de 1930 ne permet que de retrouver les tuberculeux les plus stables. Ensuite, comme nous l'avons expliqué dans un chapitre précédent, les malades vivant dans les périphéries extrêmes sont plus difficiles à percevoir, à travers les différents filtres, imposés par les médecins ou bien les différentes contraintes des sources². Par conséquent, les malades les plus isolés, tant géographiquement que socialement seront plus difficiles à percevoir de part leur mode de vie. Les quelques exemples cités sont plutôt de l'ordre de l'exception dans les données dont nous disposons, bien que celles-ci, souvent, ne laissent pas apparaître tous les détails de la vie du patient. S'il est difficile d'observer des isolés, dans le même temps, il

¹ Voir l'intervention d'André Gueslin lors du débat sur le concept d'exclusion, retranscrit dans « Regards croisés » GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, 1999, *op. cit.*

² Voir chapitre 4.

s'agit de malades sur lesquels les médecins insistent beaucoup. S'il faut relativiser leur peu de représentation, il faut encore relativiser en même temps leur surreprésentation. En effet, les histoires cliniques particulièrement remplies pour les malades les plus marginaux, que ce soit par les professionnels du dispensaire comme de l'hôpital, tendent à nous donner à voir une vie quotidienne des malades très précaire qu'il ne faut pas non plus généraliser. En ce sens, il apparaît que de manière paradoxale, les médecins et les contraintes liées aux sources insistent, consciemment ou non, sur des isolés visibles, c'est-à-dire déjà pris en charge par les institutions, soit déjà intégrés dans un système de soins mis en place pour eux. Le terme de « *pobre de solemnidad* » relève tout à fait de ce profil d'individu très pauvre, mais visible par le reste de la société. L'indigent est un pauvre établi, et finalement on contemple assez peu le processus qui conduit à la dégradation de sa situation. Le pauvre est perçu comme tel, la position vis-à-vis du corps social est caractérisée et immobile, et le seul élément qui dégrade encore d'avantage sa condition se trouve être la tuberculose. Puisque ces malades sont déjà pris, visibles et vus par les institutions, c'est aussi cette appartenance à une catégorie d'assistés qui permet dans une certaine mesure d'expliquer son internement ou hospitalisation dans les différents établissements gérés ou financés par différentes institutions publiques ou privées¹. Autrement dit, le malade fait parti d'un réseau de soins, qu'il est possible de percevoir et de comprendre à travers son parcours². Par ailleurs, concernant cette approximation entre malades tuberculeux et indigents, les établissements et institutions étudiées ne sont pas tous égaux. Il est patent que les malades soignés par Eduard Xalabarder appartiennent à une logique largement plus caritative, ce qui s'explique par l'époque, mais aussi par la nature du Patronato de Catalunya, institution qui gère les dispensaires blancs avant la Caixa, comme par la pratique médicale du médecin-directeur. De la même manière le recrutement des tuberculeux de l'Esperit Sant, basé sur un système caritatif, devrait, de manière logique, correspondre beaucoup plus aux réseaux de bienfaisance privés et catholiques que l'hôpital de Sant Pau, qui accueille plutôt des travailleurs, d'après ce que montrent les statistiques générales sur cet hôpital. Ces différences perceptibles dans la pratique médicale surtout, permettent de nuancer un portrait type des malades qui de toute évidence dépend de beaucoup trop de variables.

¹ Sur la gestion des établissements d'aide sociale et des institutions caritatives, à l'époque qui nous préoccupe voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil: política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*

² Voir partie 3.

Enfin, d'autres éléments permettent de nuancer la présence de ces malades issus de « la grande pauvreté », qui sont à la fois surreprésentés dans les discours car les médecins insistent dans les fiches cliniques sur leurs cas, et paradoxalement sous-représentés quantitativement dans l'ensemble des lieux de soins étudiés. C'est que l'indigent est une exception dont on parle beaucoup au sein de ces établissements mais qui connaît aussi peut-être un parcours distinct au sein du réseau d'aide antituberculeuse. En effet, il est soigné un temps comme tuberculeux avant d'être renvoyé dans des lieux considérés comme plus adaptés à sa « situation ». Plus encore, c'est le séjour au sein de l'établissement antituberculeux qui est adapté voire même écourté. Alors que beaucoup de patients hospitalisés à Sant Pau vont ensuite, nous le verrons, dans une maison de repos et de réadaptation au travail nommée la Granja Sant Pau ou Santa Creu, les malades qui appartiennent à ce grand groupe informe d'exclus de marginaux extrêmes ou de grands pauvres déjà pris en charge auparavant vont directement dans une maison de santé ou bien rentrent à l'asile. Finalement donc il serait possible de distinguer plusieurs parcours types de malades, et d'une certaine manière alors que le public privilégié des lieux de soins spécifiquement dédiés à la tuberculose est plutôt des actifs, les grands exclus sont aussi soignés pour la même maladie dans d'autre réseau¹. Comme nous le verrons plus loin il y aurait, en ce sens, différentes logiques de prises en charge et ce malgré l'interpénétration des réseaux d'aide dont nous venons de parler plus haut. Ajoutons que la proximité entre tuberculose et pauvreté est perçue comme telle par les différents acteurs de la lutte antituberculeuse, qu'il s'agisse des autorités publiques qui auscultent systématiquement les personnes vivants dans les asiles ou les prisonniers, ou encore les organismes caritatifs privés. Ainsi, nous verrons plus loin que dans certains asiles un certain nombre de lits étaient réservés pour les tuberculeux, à San Rafael notamment. Finalement, dans le cas spécifique de ces malades déjà bénéficiaires de l'aide sociale, le stigmate de l'exclusion privilégié est plutôt celui de la grande pauvreté que celui de la tuberculose qui l'inscrit dans une autre logique. Rappelons enfin que, dans la logique médicale qui se développe dans les années 1920 et 1930 à Barcelone et guide la lutte antituberculeuse, le malade est soigné pour une maladie causée par un agent extérieur, le microbe et complètement dissociée de la situation de pauvreté dans laquelle peut, ou pas, se trouver l'individu. Outre la porosité des institutions et organismes d'aide sociale et médicale, c'est sans doute aussi en ce sens qu'il est possible de comprendre la présence de ces exclus, déjà pris en charge dans les réseaux spécifiques de lutte antituberculeuse.

¹ Sur ce point, voir plus loin, chapitre 6.

- *Des actifs en « déchéance » ?*

Evaluer la véritable représentation de la grande pauvreté dans les sources est particulièrement complexe comme nous venons de le voir, puisque celle-ci est tour à tour sous et surreprésentée. En termes de pourcentage, la grande pauvreté n'est pas particulièrement représentée¹. Cela s'explique par son invisibilité, certes, peut-être aussi par les limites constatées dans les sources, nous ne savons pas toujours si la profession indiquée est exercée ou pas par exemple. Si l'on s'en tient de manière stricte aux données disponibles, les malades sont plutôt des actifs, ouvriers parmi les plus défavorisés de la ville, correspondant ainsi à un groupe social clairement déterminé par José Luis Oyón et explicité plus haut, lorsque nous évoquons le profil ouvrier des malades². Leur intégration dans la ville est remise en question, puisqu'il s'agit de ceux, plus récemment immigrés qui ne disposent pas des réseaux sociaux développés par les immigrés moins récents, ou les catalans. Il s'agit encore d'hommes jeunes, pour lesquels la jeunesse n'est pas véritablement un atout, mais plutôt un indice d'instabilité³. Ce sont finalement des actifs qui, la plupart du temps travaillent beaucoup, et en ce sens ils pourraient entrer dans ce que Robert Castel appelle la « zone de vulnérabilité »⁴. En effet, les médecins de l'hôpital de Sant Pau n'ont de cesse de rappeler que leurs patients continuent à travailler malgré l'aggravation de leur état, ne s'arrêtant que lorsqu'ils sont hospitalisés en urgence. Nombreux sont ceux qui quittent précipitamment l'hôpital contre l'avis des médecins pour retourner travailler, en témoigne l'expérience déjà reportée de *Rafael Hernandez*, par exemple, qui quitte plusieurs fois l'hôpital, pour retourner travailler. Citons encore *Guillermo Pérez* qui sort contre avis médical non pas pour retourner travailler dans son atelier de teinture mais pour être vendeur ambulant ce qui suppose une dégradation encore plus sensible de son quotidien. *Manuel Pujol*, journalier de 48 ans est hospitalisé pour la première fois en 1931 à l'hôpital de Sant Pau. Cela fait plus de cinq ans qu'il se sent fatigué, mais il ne s'est arrêté de travailler que deux semaines avant son hospitalisation. En outre, il précise que tout en travaillant il a déjà eu deux hémoptysies, signe douloureux indiquant un stade très avancé de la maladie qui suppose une fatigue importante. Pourtant le malade ne reste même pas deux mois à l'hôpital, il retourne travailler, mais sera à nouveau hospitalisé moins d'un an plus tard. Comme l'illustre cet exemple, d'une manière générale, le travail est un élément essentiel dans nombre de fiches cliniques, en particulier à Sant Pau, établissement

¹ Si nous nous en tenons aux données du Padrón, pour la classe VI notamment, voir plus haut.

² Voir chapitre 3.

³ Voir chapitre 3.

⁴ CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », 1994, *op. cit.*, p. 14.

qui, nous l'avons dit accueille préférentiellement des ouvriers¹. Rares sont les malades sans profession, même si la plupart sont peu qualifiés ou changent fréquemment d'emploi². Il faut cependant préciser que c'est bien là la fameuse catégorie qui préoccupe sans doute le plus les médecins. En effet, ces derniers s'intéressent aux enfants, avenir de la nation, aux jeunes femmes, par charité mais aussi parce qu'en tant que futures mères elles doivent être protégées, mais encore aux jeunes hommes ouvriers, la défense militaire et surtout la force productive du pays³. Ces individus qui semblent majoritaires d'un point de vue statistique sont donc aussi la priorité des médecins dans ces réseaux, ce qui peut également expliquer dans une certaine mesure cette très forte représentation dans les différents établissements, mais aussi dans les dispensaires, puisque de nombreux patients qui consultent au dispensaire central de Radas sont envoyés par des médecins privés.

Bien sûr, tous les malades finissent par cesser de travailler lorsqu'ils sont gravement atteints et c'est à cette occasion que semble se dégrader leurs conditions de vie. En ce sens, la tuberculose, plus qu'un indicateur de misère sociale devient l'élément qui fait basculer l'ouvrier dans cette situation de précarité et dans cette catégorie exclue que constitue le « collectif » tuberculeux. Il semble donc que cette relative stabilité, qui permettait peut-être au jeune ouvrier de vivre tant bien que mal, soit brisée par l'expérience de la maladie, qui se révèle être le facteur déterminant le processus d'exclusion. Par ailleurs, comme nous avons pu le constater, la maladie d'un tuberculeux affecte également sa famille, qui dépend de son revenu. C'est là un point essentiel qui nous permet de comprendre pourquoi les malades continuent à travailler autant, mais montre aussi que les malades sont bien entourés, et que l'isolement est plutôt l'exclusion sociale d'une famille que d'un seul individu.

- *Laver son linge sale en famille : des tuberculeux bien entourés*

Si l'isolement doit être relativisé, c'est que la tuberculose semble plutôt être une affaire qui se gère en famille. D'abord, le profil type des tuberculeux extrait du Padrón de 1930 tend plutôt à mettre en avant des malades bien entourés. En effet, comme nous l'avons montré dans un autre chapitre, les malades vivent en majorité avec leurs familles, rares sont ceux qui vivent seuls ou sont célibataires⁴. Les familles sont d'ailleurs en général nombreuses, voire

¹ Sur le profil ouvrier des malades hospitalisés à Sant Pau, voir chapitre 3.

² Voir chapitre 3.

³ Voir chapitre 1.

⁴ Voir chapitre 4.

élargies, puisqu'il est fréquent que le malade vive avec des membres éloignés de la famille. Les données extraites du Padrón de 1930 tendaient à démontrer une forte cohabitation, autrement dit l'isolement n'est pas très visible alors que l'on parle plutôt d'entassement dans les logements des malades. Par ailleurs, les tuberculeux peuvent compter, en théorie, sur un entourage familial important. Citons à ce titre les exemples de malades qui sont originaires d'autres régions mais donnent l'adresse d'un de leurs parents à leur entrée à Sant Pau ou bien à l'Esperit Sant. *Martín Clement*, originaire de la région de Valence et interné en 1933 à 27 ans au sanatorium de l'Esperit Sant, donne en entrant une adresse dans le Poble Sec. Or en 1930, lui-même ne vit pas dans le logement en question mais c'est bien son frère et sa famille qui l'occupent, ce qui peut nous faire penser que le malade a été un temps hébergé par celui-ci ou du moins qu'il a utilisé son adresse, nous montrant clairement qu'il n'est pas à proprement parlé un isolé, mais est au contraire pourvu d'un entourage familial qui s'entraide. Dans d'autres cas, nous voyons, à l'inverse, des malades rentrer dans leur village d'origine pour profiter du bon air et faire une cure de repos, ce qui laisse également à penser qu'ils ont un réseau familial qui peut les accueillir¹. D'une manière générale, Eduard Xalabarder, lorsqu'il rend visite à ces malades que nous avons qualifiés de très pauvres, ces derniers vivent généralement avec leur famille. De la même manière, les malades soignés à l'hôpital de Sant Pau font parfois référence à certains membres de leur famille, même si dans ce cas précis c'est toujours en rapport avec la maladie. Ainsi, *Dolores Sáez* a de grandes chances d'avoir développé la maladie en s'occupant de son père, mort quelques années auparavant de la tuberculose. Si nous nous plaçons du point de vue de ce dernier, l'entourage familial est réel, et lui a apporté un soutien indéniable. Par contre, tel n'est pas le cas de sa fille, bien sûr, puisque pour elle c'est la maladie qui est transmise par son père. En l'occurrence, c'est aussi dans le cadre de cet environnement familial considéré comme nocif que le tuberculeux est pris en compte par le médecin. Plus exactement, d'après ce que nous avons pu observer des fiches de visite du dispensaire central, la famille prend une place importante, puisque les médecins, centrés prioritairement sur la prévention, suivent des familles plutôt que des individus². Les médecins regroupent ainsi les fiches de patients reçus à des époques différentes, mais issues d'une même famille. Dans le dossier de la famille *Mañé*, c'est le fils cadet de 11 ans qui,

¹ Plusieurs malades hospitalisés à Sant Pau retournent ainsi faire une cure de repos après avoir subi l'opération dans leur village d'origine: « *cura al poble* » est indiqué dans les fiches cliniques. Fonds de l'hôpital Santa Creu i Sant Pau, 1929-1973, ANC.

² A moins que ce ne soit lié au tri a posteriori réalisé dans les années 1990. Les médecins ont alors conservé les fiches qui leur semblaient les plus parlantes pour illustrer l'activité du dispensaire. (D'après les propos avec Neus Altet i Gomez, responsable de « l'Unitat de prevenció i Control de la Tuberculosi de Barcelona » recueillis en 2011.)

envoyé par un pédiatre, est le premier ausculté et soigné au dispensaire de Radas en 1932. Mais le dossier familial s'épaissit d'année en année, puisqu'en 1937 c'est au tour de la sœur aînée de venir au dispensaire désormais situé à la rue Torres Amat. Suivront ensuite les fiches de deux autres enfants, en 1943. Notons qu'entre temps, les adresses ont changé, mais les médecins du dispensaire continuent de mettre en relation les membres d'une même famille retraçant ainsi un parcours familial dans la maladie. Paradoxalement, face au discours médical qui se centre sur le logement et l'infection, c'est bien la famille qui est prise en compte dans les fiches cliniques, puisqu'on retrouve sous le même numéro de dossier des parents qui ne vivent pas toujours dans le même foyer. Ainsi, la famille *Jurado* vit au n°1 de la rue Semoleres, mais dans le dossier familial, les fiches cliniques et l'enquête sociale du domicile sont associées aux fiches d'autres patients, de la même famille qui eux vivent dans la rue Nou de la Rambla ou encore Peu de la Creu. Cette logique qui semble proche de la logique héréditaire permet de constater que l'individu n'est pas seul dans sa maladie, que celle-ci est prise en compte dans sa dimension familiale. En ce sens, pour les médecins, la famille est unie dans une situation difficile qui constitue un terrain pour le microbe, mais elle peut-être aussi un vecteur de maladie, en témoigne les antécédents familiaux parfois assez longs et explicites exposés dans les fiches cliniques. De la même manière, comme pour Lluís Sayé le malade n'est que le témoin de l'existence du microbe, il est logique que l'attention se porte sur la famille qui a les mêmes chances d'être un porteur plus ou moins sain. Concrètement donc, la prise en compte du milieu familial dans les fiches cliniques du dispensaire peut s'expliquer par la logique de prévention, il s'agit de protéger une famille qui vient d'être affectée du microbe, mais aussi du premier affecté, le malade, qui doit être isolé. D'après les statistiques issues des calculs sur le Padrón de 1930, la majorité des tuberculeux soignés à l'hôpital de Sant Pau et au sanatorium de l'Esperit Sant vivent avec leur famille. Si, comme nous l'avons dit, cela est en partie lié aux limites des sources, et d'une stabilité surévaluée, cela peut également être lié avec un véritable choix de la part des médecins. Si l'hôpital et le sanatorium sont présentés comme des lieux de soins ayant comme unique objet la santé du malade, nous savons qu'ils sont aussi utilisés comme moyen d'éloignement. En ce sens, au même titre que certains malades doivent s'éloigner de l'atmosphère viciée de leur logement barcelonais et de leur environnement familial nocif pour guérir, la santé de leurs proches passe aussi par leur propre isolement. Sans y accorder trop d'importance non plus, cette hypothèse mérite d'être relevée comme un élément permettant d'expliquer, peut-être, un choix médical supplémentaire dans le recrutement des patients des hôpitaux et sanatoria. Sur ce point, les médecins mettent en avant notamment les bienfaits que représente l'œuvre

Grancher, mise en place en France dans les mêmes années, et essayent eux aussi d'encourager la prise en charge des enfants, afin que ceux-ci soient isolés de leur famille tuberculeuse¹.

Malgré toutes les nuances apportées, il semble que les indices disponibles situent le tuberculeux au cœur d'une famille qui l'entoure. Mais si la tuberculose est une affaire de famille, c'est aussi parce que, comme le font les médecins du dispensaire, il faut peut-être prendre en compte celle-ci lorsqu'on évoque une situation d'exclusion. En ce sens, l'isolement serait un fait partagé par tout le groupe familial, une situation commune à tous, et non pas le fait du seul individu. Certains médecins évoquaient un terrain héréditaire, une situation sociale critique qui se transmet de génération en génération, et c'est cette logique que nous voyons poindre dans des histoires de vie où la famille du tuberculeux est soit un point de départ soit le prolongement du malade.

Finalement, chercher à dresser une véritable représentation des tuberculeux soignés dans les différents établissements antituberculeux est impensable, mais il est néanmoins possible de relever quelques indices, qui nous permettent à la fois de nuancer le profil des malades et de donner des précisions sur les pratiques médicales de la lutte antituberculeuse. Surtout, cela permet d'avancer quelques éléments en vue de mieux comprendre ce « collectif tuberculeux » spécifique dans leur contexte social en prenant en compte l'état d'exclusion comme le processus de construction de la catégorie. Nous retrouvons donc de nombreux tuberculeux pris en charge, et par conséquent très intégrés dans les réseaux d'assistance, mais aussi des ouvriers actifs, qui ont parfois connu un malheur personnel qui a dégradé leur situation personnelle et familiale. Ces actifs, sont, la plupart du temps, entourés d'une famille, ayant un statut social précaire, qui, d'une certaine manière, peut les aider. Il nous restera néanmoins à soutenir que, si les malades pris en charge par l'action sociale sont beaucoup évoqués mais peu nombreux dans les hôpitaux et sanatoria bien que ceux-ci soient en théories connectés avec les établissements sociaux, c'est peut-être aussi parce que, tuberculeux ou pas, ces derniers restent dans les asiles. Comme nous l'avons expliqué plus haut, l'homogénéisation des lieux d'accueil des malheureux permet d'expliquer le fait que des personnes malades mariées se retrouvent dans des asiles pour enfants orphelines et il est donc

¹ Sur l'oeuvre Grancher, voir notamment l'avis de Lluís Sayé: SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, p. 43. Ou encore du docteur Malo de Póveda cité par Jorge Molero Mesa MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 255.

possible que, considérés avant tout comme des exclus sociaux, ces tuberculeux ne sont pas considérés comme malades mais uniquement comme des pauvres, qui, quelque soit leur état de santé, ont leur place dans l'asile. Pour le dire autrement, déjà pris en charge, ces derniers n'ont pas leur place dans l'hôpital qui s'occupe surtout des travailleurs. De plus, l'homogénéisation ne vaut que dans un sens, la tuberculose est une maladie, qui, on le sait, est volontairement détachée de la pauvreté pour devenir une infection neutre socialement provoquée par un microbe¹.

Beaucoup d'incertitudes et quelques rares indices ressortent à l'heure de dresser un bilan sur ces tuberculeux pauvres, épuisés, « déchus », exclus ou entourés. Les différentes logiques de constitutions des sources se superposent, donnant à voir simultanément des affirmations qui se contredisent, malades pauvres et exclus privilégiés par les médecins, malades ouvriers actifs mis en avant. En lieu de place d'évoquer une catégorie homogène de tuberculeux, l'étude de ce collectif de tuberculeux soignés au travers des réseaux qui nous préoccupent tend plutôt à évoquer les processus d'exclusion. Notons que ces similitudes ou différences au sein du collectif, nous en sommes toujours conscients, sont à attribuer à la vie quotidienne du malade tout autant qu'à la description qu'en font les médecins.

D'après l'image qui nous en est donné, les tuberculeux aidés semblent faire partie d'une zone sociale, plus large qu'une catégorie, qui se rapproche de la « zone de vulnérabilité » évoquée par Robert Castel². La vie du malade est remplie d'épisodes difficiles, de maladie, fatigue, travail excessif ou perte brutale de revenu, difficultés professionnelles et familiales à surmonter mais insurmontables pour des individus exsangues. Un élément essentiel reste le prisme de la famille, surreprésentée par les sources certes, mais qui semble l'unique moyen disponible pour percevoir une réalité vécue. Le fait de prendre en compte la famille ne doit pas pour autant impliquer une vision immobile de sa situation. Plutôt qu'un état d'exclusion transmis de génération en génération, il est possible de percevoir une évolution car, si la progression sociale n'est que peu perçue, la dégradation des conditions de vie du malade, elle,

¹ Bien que l'on sache que les deux logiques se télescopent volontiers, dans la pratique. Sur la neutralité médicale comme façade, voir les travaux de Jorge Molero Mesa, et notamment l'article « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *op. cit.*

² CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », 1994, *op. cit.*, p. 14.

est bien perceptible. Les bribes d'informations extraites des fiches cliniques laissent voir un processus de détérioration, avec des étapes caractéristiques qui permettent d'évoquer la dureté de la vie des malades dans une perspective évolutive malgré tout. Ainsi, l'épuisement physique, le manque d'alimentation suffisante ou encore toutes sortes d'autres indices de précarisation des conditions de vie du malade s'inscrivent dans la durée, laissant percevoir une vie qui se dégrade, une « déchéance » pour employer le terme de Philip Hauser, une fatigue et une misère qui se pérennise.

La tuberculose s'inscrit donc dans ce contexte social misérable, et provoque sans aucun doute une dégradation importante des conditions de vie de la famille comme du tuberculeux lui-même, puisqu'elle ne peut que conduire qu'à fragiliser encore d'avantage la situation sociale des malades, un quotidien précaire. C'est bien la raison pour laquelle les médecins ne cessaient de réclamer la mise en place d'une assurance maladie, afin de limiter justement cette descente aux enfers¹. La déclaration de la tuberculose, outre contribuer à dégrader la vie des malades, implique aussi l'isolement. En effet, si les individus semblent entourés par une famille qui les soutient, l'expérience de la maladie, puis de l'hôpital ou du sanatorium change forcément la perspective. Le malade est alors isolé et exclu, entrant dans un collectif de semblable, une catégorie homogène perçue de l'extérieur, avec comme caractéristique commune à tous, le microbe d'abord, la prise en charge spécifique et l'expérience de la maladie ensuite.

¹ Le médecin José Verdes Montenegro et ses collègues madrilènes revendiquent ainsi un « seguro de enfermedad » en 1935 considéré comme le meilleur moyen pour lutter efficacement contre la tuberculose et pouvoir guérir les malades atteints. VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

CONCLUSION

« La phtisie sociale s'appelle misère » disait Victor Hugo dans *Les Misérables*¹. Nous avons justement tenté d'observer dans cette partie si la précarité définissait les vies des tuberculeux aidés avant de tomber malade, pour comprendre leur inscription dans l'espace social. Compte tenu du fait que les tuberculeux aidés sont vraisemblablement « sélectionnés » sur des critères médicaux mais aussi sociaux, le rapport entre « misère » entendue comme précarité et tuberculose est ténu. Il ressort de cette étude que décrypter les histoires de vie des malades comme décrire leurs conditions de vie suppose prendre en compte les mécanismes de construction de la catégorie par les discours des médecins. Par ailleurs, isoler des parcours individuels pour nuancer mais aussi enrichir une étude de la vie quotidienne ne permet pas de dépasser la catégorie puisque ces descriptions précises dépendent aussi du prisme des médecins. Ces derniers observent la vie des tuberculeux en amont de leur maladie ne relevant que les informations leur permettant de comprendre la contagion ou l'infection. De manière générale, les (futurs) malades s'inscrivent dans la « ville populaire » dans un groupe qui semble correspondre à celui décrit par José Luis Oyón comme le plus précaire de la ville. Plutôt que de parler de catégories sociales nous avons choisi de parler de zone sociale plus précaire dans laquelle se trouvent les tuberculeux ayant des caractéristiques différentes. Se sont parfois des salaires bas, des conditions de vie difficiles liées à une profession dure ou encore des pratiques de vie fatigantes qui les contribuent à les inscrire dans cette zone. Par ailleurs, le logement du malade, comme lieu de vie et partie intégrante de son quotidien, est parfois un indice de précarité et de précarisation de sa condition de vie. Les tuberculeux semblent souvent vivre dans les plus mauvais logements dans les quartiers insalubres, mais cette lecture spatiale de leur vie montre des différences entre les sources étudiées, qui mettent en avant d'autres enjeux de répartition. Les tuberculeux aidés sont aussi les visibles, parfois proches des individus qui les aident. De la même manière, il est possible de distinguer des réseaux de sociabilité dans lesquels s'inscrivent peut-être les malades, liés à la proximité géographique notamment. Les tuberculeux aidés sont-ils des exclus ? Plusieurs malades semblent avoir connu une dégradation de leurs conditions de vie, plusieurs individus sont déjà pris en charge par d'autres réseaux d'aide sociale avant même de tomber malade. Par contre,

¹ HUGO, Victor, *Les Misérables*, tome IV, Pagnerre, Paris, 1862, p. 419.

la majorité des tuberculeux retrouvés ne sont pas seuls. Ils vivent avec une famille, qui est d'ailleurs l'échelle de prédilection pour observer leurs caractéristiques, à travers les données disponibles, produites par les médecins ou par le recensement. Au-delà de l'état de précarité dans laquelle se trouvent les familles des tuberculeux, nous nous sommes intéressés au processus d'aggravation de cette situation, afin de comprendre comment une situation sociale déjà précaire se pérennise, comme cela est parfois perceptible dans les histoires de vies. C'est là pour les médecins le moment clé permettant d'expliquer le déclenchement de la tuberculose. Mais au-delà, il s'agit peut-être du moment qui fait basculer l'individu dans une zone exclue. La détérioration des conditions de vie économique des foyers, la fragilisation de la santé du malade et la précarisation des conditions d'habitat, sont parfois visibles dans le quotidien de quelques malades. Mais plus sûrement encore, c'est la tuberculose qui semble faire passer l'individu et sa famille dans la zone exclue. Elle précarise les conditions de vie, certes, et constitue un événement traumatique tel qu'elle est contée. Plus encore, la maladie devient le qualificatif essentiel de l'individu qui ne se trouve plus défini que comme un patient atteint qui doit d'ailleurs être éloigné de sa famille pour entrer dans une catégorie précise, prise en charge comme telle par les médecins.

PARTIE 3 : Vivre et mourir tuberculeux : être un patient à Barcelone dans les années 1930

INTRODUCTION

« Los tuberculosos han dejado de ser abogados, de ser ingenieros, comerciantes, pintores, novios, insatisfechos amantes; han dejado en sitios ya remotos la carga pesadísima de sus jamás iguales caracteres... Ahora ya no son más que enfermos, que enfermos del pecho. »¹

Les tuberculeux aidés à Barcelone dans les années 1930 ne sont que rarement avocats ou ingénieurs, tels ceux fréquentés par Camilo José Cela dans un sanatorium d'altitude dans les années 1940. Cependant, sa remarque, liée à sa propre expérience en tant que tuberculeux, n'en est pas moins vraie dans d'autres contextes : les individus qui deviennent malades ne semblent bientôt plus définis dans l'imaginaire social ou médical que par leur condition de tuberculeux. Ils ne sont plus que des patients pris en charge ou qui doivent l'être. Se constitue ainsi une catégorie particulière, qui les exclut du reste de la société. Notre objectif dans cette partie est de percevoir le vécu des individus au sein du réseau de soin barcelonais comme

¹ « Les tuberculeux ont cessé d'être avocats, ingénieurs, commerçants, peintres, fiancés, amants insatisfaits ; ils ont laissé il a de cela longtemps la très lourde charge de leurs caractères jamais égaux... maintenant ils ne sont plus que des malades, que des malades de la poitrine. » CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, Austral, 1951, p. 340.

leurs expériences personnelles et collectives de la maladie. La réalité d'une expérience collective de la tuberculose peut s'expliquer par le fait que, selon Claudine Herzlich et Janine Pierret, la maladie a une existence propre, interne à l'individu¹ qui oriente une forme de vie commune à tous les malades. Parfois, comme l'explique Diego Armus, ce vécu commun est lié à l'expérience d'être un paria de la société qui conduit à une recherche pour éviter d'être reconnu comme tel et par conséquent rend difficile la perception du malade et de ses revendications². Mais la tuberculose est vécue dans la chair et chaque patient vit donc sa maladie différemment. L'expérience collective de la tuberculose est liée à une confusion entre malade et maladie, et ici nous tâcherons de comprendre les liens entre le vécu de la maladie par l'individu et son inscription dans une catégorie qui, en apparence, l'assomme. En effet, comme l'expliquent Dominique Dessertine et Olivier Faure, les malades ont aussi le choix d'appartenir ou non à un groupe, d'accepter ou non les soins³. Par la même, étudier les parcours des patients en prenant en compte son vécu de la lutte antituberculeuse, suppose surtout rendre compte voire réviser la structure de soin telle qu'elle est mise en place. Le patient est toujours au centre de l'attention, autour de lui gravitent des penseurs et acteurs, médecins ou autorités publiques qui influencent son parcours. Mais au travers de ces parcours individuels de patient, est aussi visible une redéfinition de la pratique telle qu'elle est projetée ou imaginée. C'est une vision par le bas de la maladie qui permet de distinguer des réseaux d'acteurs et parmi eux le rôle du patient lui-même.

Ici nous souhaitons réfléchir sur le vécu du patient, en considérant à la fois les discours des médecins contribuent à construire une expérience de vie collective et les pratiques individuelles de la maladie et du réseau de soins antituberculeux. Tout d'abord, il s'agira de montrer comment le parcours de l'individu malade amène à rendre compte d'une évolution de la lutte antituberculeuse telle qu'elle est menée à Barcelone à cette époque. La prise en compte de nombreux acteurs individuels et différents qui agissent, redéfinit la pratique médicale par le bas et met en avant la constitution d'un réseau spécifique. Ensuite, nous changerons d'échelle, pour tenter de comprendre comment le vécu quotidien du malade, au sein d'un établissement de soin ou pris en charge par le dispensaire est influencé par les logiques de prise en charge, mais peut aussi les redéfinir. Il faut dire que le malade est bien

¹ HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison*. Payot, Paris, 1984, p. 156.

² ARMUS, Diego, « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », dans ARMUS, Diego (dir.), *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Lugar Ed., Buenos Aires, 2005, pp. 65-74.

³ « Réticence ou adhésion des maladies? » dans DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*. Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1988, pp. 155-174.

l'acteur principal de la maladie mais aussi de la lutte, c'est lui qui prend des décisions et celles-ci sont parfois influencées par d'autres logiques, qui l'inscrivent peut-être dans d'autres groupes sociaux, rejetant sa catégorisation en tant que tuberculeux.

CHAPITRE 6 : Le parcours du patient dans un réseau de soin interconnecté

Si le malade tuberculeux est parfois déjà considéré comme un « malheureux » avant même de tomber malade, la déclaration de la maladie le classe à jamais dans un groupe à part, un collectif vers lequel tendent différents acteurs et figures d'autorité espérant améliorer le quotidien ou les réintégrer dans la société¹. Le statut d'exclu est ici indéniablement lié à la maladie, dont les méthodes de soins spécifiques consistent encore et toujours en un isolement physique et parfois géographique². Avant d'analyser la situation d'isolement dans laquelle se retrouvent finalement les malades, il importe de prendre en compte le processus d'exclusion et d'inclusion, ou encore plutôt d'évoquer les réseaux de soins dans lesquels nous retrouvons des tuberculeux, convertis en patients. Or, ces patients que nous évoquons se trouvent ici en particulier dans un réseau de soins structuré par différents acteurs, un réseau que les autorités publiques veulent organiser de manière efficace mais qui s'attache à prendre en compte spécifiquement des individus malades plutôt graves, ayant des conditions de vie particulièrement difficiles. En effet, comme nous l'avons évoqué, les patients soignés dans les différents établissements ou par les organismes cités sont souvent des individus qui n'ont pas ou peu de ressources, en témoigne les données disponibles plus haut³. Plus encore, c'est justement parce qu'ils ne disposent pas de moyens suffisants pour se soigner par eux-mêmes qu'ils sont pris en charge dans ces réseaux gérés par les différentes autorités existantes à Barcelone. En d'autres termes, il s'agit de patients relativement « pauvres », qui, la plupart du

¹ Pour une analyse de cette démarche entre acculturation et réinsertion, voir l'article de Pascal Bousseyroux, « Des malades de Berck aux enseignes d'Auxilia », dans GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XX^{ème} siècle*, Actes des journées d'études du laboratoire ICT (Université Paris 7) des 12 et 13 mai 2011, L'Harmattan, Paris, 2012, pp. 95-119.

² L'isolement géographique, lié à la peur de la contagion et symbolisé notamment par le sanatorium d'altitude depuis le XIX^{ème} siècle, a été particulièrement mis en avant par les historiens de la médecine il y a quelques années. A titre d'exemple, voir GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*. Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986, ou encore, le chapitre 3 « Contrôler ou soigner », de Olivier Faure et Dominique Dessertine dans *Combattre la tuberculose 1900-1940*. Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1988, pp. 45-55. Cité dans le chapitre 1.

³ Voir partie 2 et en particulier le chapitre 3 et 5.

temps entrent dans des réseaux d'aide particuliers, bénéficiant de soins dirigés exclusivement vers eux.

Dans l'esprit des médecins comme dans leurs discours, ces réseaux d'assistance qui ont remplacé les réseaux de bienfaisance privés et souvent catholiques doivent être unifiés autour d'une structure commune, et mettant en pratique les conceptions médicales modernes jugées comme les plus efficaces¹. De cette manière, c'est une même logique de lutte qui se retrouve dans tous les établissements, qui sont connectés entre eux, permettant de mener à bien une politique globale de lutte contre la maladie². La constitution de ce réseau d'assistance médicale a été étudiée pour la Catalogne par plusieurs historiens en particulier pour les années républicaines, de même que les théories des médecins, qui prétendent guider la mise en place de cette structure dans les années 1930³. Mais en observant les parcours des malades dans les différents lieux de soins, leurs stratégies individuelles et collectives, il semble que l'évolution classique qui conduit à la mise en place d'une structure de soin unifiée avant la guerre doive être nuancée. De la même manière, la constitution de ces réseaux d'assistance et de soin peut être observée par le bas, montrant ainsi qu'à la logique médicale se superposent d'autres logiques, plus pratiques⁴. Pour le dire autrement, cette évolution schématique d'un réseau caritatif et social vers un système de soins intégré et médicalisé peut être nuancée au vu des

¹ Nous retrouvons ce discours chez Lluís Sayé notamment : SAYE SEMPÈRE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p.

² Sur la mise en place de ce système de soin spécifique à la tuberculose à Lyon au début du XX^{ème} siècle, voir DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, 1988, pp. 57-120, *op. cit.*

³ Plusieurs thèses de doctorat ont eu comme objet d'étude la constitution du système d'assistance sanitaire de la Mancomunitat puis de la Generalitat de Catalunya : GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, Thèse dirigée par FRADERA BARCELÓ, Josep Maria, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2002, HERVÁS I PUYAL Carles Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèl·lic, thèse de doctorat dirigée par TERMES I ARDÈVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004, SABATE I CASELLAS, Ferran, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse de doctorat dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelone, 1993.

Pour une étude sur la mise en place d'une structure à échelle espagnole, voir l'article de Esteban Rodríguez Ocaña, « La asistencia médica colectiva en España hasta 1936 », dans *Historia de la acción social pública en España. Beneficiencia y previsión*. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990, pp. 321-359. Plus précisément sur l'organisation de la lutte antituberculeuse en Espagne et les théories médicales, voir les parties III et IV de la thèse de Jorge Molero Mesa, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse de doctorat dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1989, pp. 141-416.

⁴ Pour une réflexion historiographique sur l'histoire de la médecine « par le bas », et en particulier l'action thérapeutique face aux stratégies individuelles des patients voir la synthèse de Philip Rieder, « L'histoire du «patient» : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », dans *Gesnerus, Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, n°60, 2003, pp. 260-271.

pratiques des patients. Nous verrons ici le parcours des malades, les stratégies des patients, qui permettent en creux de redessiner les réseaux de soins et d'assistances, qui coexistent, se complètent, et parfois peuvent se faire concurrence. Il ne s'agit pas ici de prétendre à une analyse de réseau fine telles celles dont fait état l'historiographie actuelle, du fait d'un corpus de correspondances et de données trop restreint pour cela¹. Cependant, nous serons amenés à définir les liens entre les médecins, et leurs répercussions sur le collectif déterminé des malades, dans le cadre de ce que l'on a pu appeler le niveau « méso »². Ces réseaux et connexions doivent en tout cas être compris dans le cadre d'une évolution, sensible à cette époque de grands changements politiques, sans pour autant oublier les oppositions multiples aux différents projets antituberculeux. Ces oppositions, que nous évoquerons quelque peu, sont d'ordre médical ou politique, et sont souvent centrées sur la place prédominante que prend la prévention sur le soin aux tuberculeux dans les structures financées par les organismes publics.

Dans un premier temps nous nous pencherons sur la logique de déplacement des malades afin d'observer dans quelle mesure celle-ci correspond avec la logique médicale. Ensuite, nous observerons à travers l'expérience des tuberculeux, comment se met en place la structure de soin proprement barcelonaise en analysant particulièrement la question de l'interconnexion des établissements privés et publics, afin d'observer si l'on assiste bien à une évolution vers une structure pyramidale, dirigée par les autorités provinciales, nationales ou encore médicales et autonomes. Enfin, nous verrons que cette structure est aussi multiple, et que les réseaux, connectés ou pas sont aussi le fait d'acteurs individuels, d'experts qui, au côté des patients, mettent en œuvre des stratégies qui peuvent également être à contre courant des discours habituels.

¹ Pour une étude historiographique sur le concept de réseaux ainsi que sur l'outil d'analyse de réseaux en histoire, voir LEMERCIER, Claire, « Analyse de réseaux et histoire », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n°52-2, 2005, pp. 88-112, ainsi que "Réseaux et groupes d'influence – bilan historiographique", 2010, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00522888>, consulté le 30/08/2013.

² Concept utilisé par Paul-André Rosental et cité par Claire Lemerrier dans « Analyse de réseaux et histoire », 2005, *art.cit.*, p. 88.

A. Accéder aux soins, le parcours du combattant

Une fois diagnostiqué comme tuberculeux, le malade devient un patient à plein temps. Peu d'informations nous parviennent sur l'expérience vécue des malades, mais nous en connaissons une constante, celle de l'attente interminable, et de la lenteur des organismes de soins. En 1930 en Espagne ou en Catalogne, accéder aux soins est le parcours du combattant¹. La logique de soins mise en place manque de moyens financiers, les files d'attentes sont longues devant les dispensaires, tout comme les listes d'attentes sont interminables pour entrer dans les établissements de soin. Cette attente est largement perceptible au fil des expériences de maladies que dévoilent les fiches cliniques. Mais une fois pris en charge, les malades entrent en toute logique dans un système bien rôdé, ou du moins bien analysé, réfléchi, méthodique, une structure médicale guidée par les principes scientifiques et médicaux les plus modernes. Si l'on en croit le discours des médecins de l'époque, il est possible de suivre un parcours type du malade, un circuit dans les réseaux de soins bien calculé qui correspond à la gravité de son état². En effet, c'est cette seule variable médicale, qui doit guider le choix des acteurs, et justifier du déplacement du malade au sein des différents établissements. Selon son état, le patient est en principe orienté par son médecin vers différents établissements de soins, tous complémentaires mais adaptés à différents cas de figure. Cette prise en charge parfaite et complète, basée sur des critères d'autant plus neutres socialement que scientifiques, est nuancée très fortement dès lors que l'on se penche sur les parcours des tuberculeux. La réalité est plus complexe, et d'autres logiques se mettent en place, déstructurant le système médical de prise en charge. Par là même, ce sont ces parcours des malades qui permettent aussi de redéfinir dans la pratique la logique de réseau voire parfois le rôle médical des établissements, par opposition à une théorie souvent difficilement réalisable.

Ajoutons également que, d'un point de vue méthodologique, suivre les malades dans leurs parcours médicaux n'est pas une mince affaire. La plupart du temps il s'agit pour nous de reconstruire des histoires de vie à partir de données tronquées, à travers des fiches cliniques

¹ Malgré sa connotation très contemporaine, nous avons choisi d'utiliser l'expression « accès aux soins » qui nous semblait la meilleure pour traduire cette idée neutre entre prise en charge extérieure et recherche de soin intérieure au collectif malade.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, 71 p. *op. cit.*

qui dépendent à la fois du bon vouloir des médecins mais aussi des patients qui sont plutôt libres de choisir d'omettre des informations jugées peu pertinentes voire surtout dérangeantes. De plus, si suivant les préceptes de la médecine moderne le malade doit être suivi de près, dans la pratique nous constatons que les informations sont la plupart du temps fragmentaires, ce qui nous conduit déjà à relativiser cette bonne connexion et organisation de la lutte antituberculeuse à l'échelle barcelonaise.

1. La route toute tracée : des parcours classiques guidés par une logique médicale bien rôdée

A première vue, la prise en charge du tuberculeux est complète. Celle-ci suit les préceptes de la médecine moderne, le parcours des malades est contrôlé, inscrit dans une logique scientifique et rien n'est laissé au hasard. C'est en effet ce qui ressort des lettres que s'adressent les médecins entre eux, pour recommander des malades, ou encore des éléments qui apparaissent dans les fiches cliniques des différents établissements¹. La structure d'accueil est bien rôdée, qu'il s'agisse d'un déplacement du malade dans le réseau de soin barcelonais comme de son séjour au sein de l'établissement adapté. D'une manière générale les malades suivis ont des parcours assez similaires, qui parfois se recoupent, mais qui peuvent souvent être justifiés et argumentés par les médecins.

- *Un choix tout médical entre traitement ambulatoire, hospitalisation et cure sanatoriale*

Suivant cette logique, les tuberculeux ayant un parcours dit classique dans les lieux de soins sont dans un premier temps reçus au dispensaire, où les médecins établissent le diagnostic. A partir de là, ils entrent dans le système médical mis en place et, pour ce qui nous concerne, se voit géré par les autorités nationales, provinciales et municipales². Au dispensaire de Radas, Lluís Sayé et Tomás Seix orientent les malades vers différents types de

¹ Fiches de visite réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos » de la « Generalitat de Catalunya », 1931-1939, contenant les lettres de recommandations des médecins (voir exemple en annexe 4.2.2) Dépôt CAP RSD. Fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, 1929-1973, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau (voir le masque de la fiche type en annexe 3.3.3).

² Voir plus loin.

structures médicales¹. D'abord, les soins à domicile ou traitement ambulatoire qui suppose des visites à domiciles ou bien au dispensaire, et un traitement médical basé sur la chimiothérapie, la plupart du temps couplé avec une cure de repos². Les malades plus graves, nécessitant une opération chirurgicale sont ensuite orientés vers un hôpital. Notons que fort peu de malades sont orientés vers une cure de repos au sanatorium, nous verrons plus loin pourquoi. Ainsi, c'est à partir d'une auscultation précise qu'est déterminé un diagnostic qui permet d'envoyer les malades vers tel ou tel traitement, et par conséquent vers les structures d'accueil adaptées si besoin est. Lluís Sayé explique sa démarche toute médicale dans une lettre adressée au médecin dit « traitant » de son patient *Miquel Llorç*³. Ce malade, est reçu au dispensaire de Radas en 1930 sur recommandation du docteur Badosa et pour des symptômes qui annoncent clairement la tuberculose, tels que la fatigue ou bien les expectorations. C'est après avoir observé la gravité de l'état du malade, et les caractéristiques particulières que prend sa maladie, que Lluís Sayé propose un traitement basé sur la médication à domicile et la cure de repos. Il ajoute également à l'attention du docteur Badosa que pour le suivi médical en particulier pour les radiographies, le patient peut revenir au dispensaire⁴. Parfois, c'est l'état de gravité dans lequel le médecin trouve le patient qui le conduit à l'orienter vers un lieu de soin plus approprié. Pour la jeune *Isabel Bayarri*, pour qui Lluís Sayé propose une hospitalisation dans la salle de l'hôpital Clinic dont il a la charge, c'est l'état grave de la malade qui détermine ce choix, mais aussi d'autres facteurs plus personnels liés à un environnement personnel qui rend impossible le traitement à domicile⁵. Si ces choix médicaux sont largement explicités par les médecins du dispensaire, il est souvent difficile de savoir ce que sont devenus effectivement les patients concernés, sauf exceptions. Il est néanmoins intéressant de souligner que les parcours des malades hospitalisés à Sant Pau correspondent également à cette logique toute médicale. Ainsi, la plupart viennent du dispensaire, ont été admis un temps pour réaliser une opération chirurgicale, de type collapsothérapie. *Teresa Serra* est hospitalisée en 1935 à Sant Pau pour subir un pneumothorax. Quelques mois plus tard, elle sort, pour poursuivre sa convalescence au dispensaire, et recevra donc des soins quotidiens par ce biais. Ce suivi au dispensaire est le plus fréquent, mais parfois les malades ont une rechute, et sont de nouveau hospitalisés peu de

¹ Rappelons que Lluís Sayé est le directeur du dispensaire central de la Generalitat de Catalunya, et Tomás Seix est sous-directeur.

² Parcours médical observé à travers une étude des fiches de visite du « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* », Dépôt du CAP RSD.

³ Fiche de visite n° 15713, Radas, 1932.

⁴ Voir la reproduction de la lettre en annexe 4.2.1.

⁵ Fiche de visite n° 19263, Radas, 1932.

temps après. Pour *Concepción Arch* la maladie se complique. Cette malade a en effet été hospitalisée en 1928 pour un pneumothorax et en 1934 son cas s'est tout de même aggravé. Son état de santé nécessite une autre opération chirurgicale, appelée « *neumolisis intrapleurale* », soit une thoracoplastie de type « *Jacobeus* »¹. Dans ces cas, le temps passé à l'hôpital correspond à celui d'une opération chirurgicale difficile, puis à celui de la convalescence. D'après les fiches cliniques donc, les malades entrent pour une raison déterminée liée à la chirurgie thoracique la plupart du temps, ou encore à une nécessité de suivi plus importante pendant un traitement chimiothérapique qui s'explique par l'état grave dans lequel se trouve le patient. En ce sens, le parcours du malade correspond en tout point aux théories médicales modernes de l'époque, qui se veut logique, scientifique, réglé sur les normes du « progrès médical » et des dernières méthodes de lutte efficace contre la maladie. Mais suivant cette configuration, dans quelle logique médicale entrent les malades internés au sanatorium ? Les médecins de l'époque ont leurs doutes sur l'efficacité de ce qu'ils nomment la « cure contemplative », de soleil, air, ou repos. Plus exactement, ils sont amenés à redéfinir la fonction de sanatorium qui, pour être efficace et intégré dans la structure médicale de lutte effective contre la tuberculose doit aussi proposer des soins, autres que la simple cure de repos. C'est à la fois une position que nous retrouvons chez Lluís Sayé, mais aussi chez Josep María Barjau le médecin directeur de l'Esperit Sant, qui tente à partir de 1929 de faire du Sanatorium un lieu de soin et non pas un mouvoir². Ces conceptions sont en adéquation avec l'évolution constatée ou du moins voulue des fonctions du sanatorium vers celles de l'hôpital que nous retrouvons à la même époque, ailleurs en Europe, et qui ont été expliquée par plusieurs historiens de la médecine³. La fonction de l'établissement et par conséquent les raisons qui amènent les tuberculeux à y entrer sont donc ambiguës. Suivant la logique de la structure médicale développée à l'époque, les malades reçus à l'Esperit Sant sont moins sérieusement affectés, ont simplement besoin d'être isolés et de profiter d'un repos qui les remet sur pied, sans forcément avoir besoin d'opération lourde. Mais puisque d'après le directeur du sanatorium lui-même le lieu est aussi considéré comme un lieu de soin, dispose

¹ Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau, 31 mars 1934, ANC.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, pp. 32-39, *op. cit.* BARJAU, Josep María, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, dans BRIFFA, Pascual (dir.), *Societat Medico-Farmaceutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.

³ Voir le chapitre V « Les sanatoriums : des hôpitaux modernes ? » dans DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose*, 1988, pp. 75-95, *op. cit.* Ou encore l'article des mêmes auteurs « Malades et sanatoriums dans l'entre deux guerres », dans GUILLAUME, Pierre, « La tuberculose », dans BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion. Choléra, Tuberculose, Syphilis, XIX^{ème} XX^{ème} siècle*. Fayard, 1997.

d'un laboratoire et d'une salle d'opération, nous pouvons considérer que la logique d'internement se rapproche de façon sensible de celle d'hospitalisation. Pour Josep María Barjau comme pour Lluís Sayé, le sanatorium qui est efficace est un sanatorium périurbain, ou hôpital-sanatorium comme ils se plaisent à nommer l'Esperit Sant, qui reçoit des patients qui peuvent supporter un traitement avec une possibilité de réussite, ce qui implique, en théorie, un état d'intoxication modérée ou en tout cas loin d'être incurable¹. Notons cependant que, théoriquement, c'est aussi le cas des malades hospitalisés et qui subissent des opérations chirurgicales. Dans tous les cas et suivant cette acception médicale, les malades viennent théoriquement du dispensaire. S'il est difficile de le confirmer dans la pratique à cause du manque d'informations précises disponibles sur les malades internés dans l'établissement, nous savons tout de même que *Teodoro Lleida*, un serveur barcelonais de 37 ans passe directement du dispensaire de Radas au sanatorium de l'Esperit Sant. Dans les années 1930 il est envoyé au dispensaire par son médecin, pour des douleurs thoraciques. Le malade est ensuite interné à l'Esperit Sant, ce qui semble être décidé après un examen montrant un état relativement grave. Ici, le sanatorium reprend sa fonction d'accueil pour malades incurables nous laissant observer un écart sensible entre théorie et pratique.

- *Un schéma médical qui se complique, vers la redéfinition de la cure sanatoriale*

La répartition des malades selon les établissements réalisée sur critère médical est une réalité, mais elle est plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, d'autres logiques, médicales elles aussi, mais parfois quelque peu hétérodoxes compte tenu des discours officiels, se superposent et sont visibles au travers des parcours des patients. L'élément essentiel réside dans la pratique vérifiée de la cure de repos. Alors que la cure hygiénique pratiquée de longue date dans les sanatoria est largement critiquée dans les années 1930, les idées d'immobilisme, de repos forcé restent très présentes, quoique dans d'autres contextes. Dans un premier temps la cure de repos est conseillée à certains malades du dispensaire et accompagnée d'un traitement médical, ou encore suivi par les médecins. Celle-ci permet de réduire l'ampleur

¹ A propos de l'évolution et de la reconceptualisation de la fonction de l'Hôpital-Sanatorium de l'Esperit Sant, voir chapitre 1.

d'une infection, pour ensuite être opérée à moins que ce ne soit parce que la maladie est incurable, et que rien d'autre ne puisse être envisagé¹.

Une fois sortis de l'hôpital Sant Pau, les malades convalescents vont souvent dans leur village, ou à la campagne, se reposer. Huit mois après son entrée à l'hôpital de Sant Pau, *Angela Bastida*, habitante de Barcelone quitte l'hôpital mais poursuit une cure de repos à la montagne. Certains malades sortent d'un établissement pour entrer immédiatement dans un autre, et plus précisément un sanatorium plus ou moins éloigné de la ville. Ainsi, quelques patients soignés à l'hôpital de Sant Pau sont transférés au sanatorium de l'Esperit Sant, à l'image de *Josepa Granell*, qui quitte l'hôpital au bout de trois mois pour poursuivre son traitement à l'Esperit Sant. C'est là à nouveau une redéfinition du sanatorium de l'Esperit Sant, qui réapparaît comme un lieu dans lequel se pratique une cure plus traditionnelle. Sa fonction semble osciller entre différentes acceptions, ce qui nous conduira, dans un autre chapitre à nous interroger sur l'évolution du rôle médical de l'établissement². Concrètement, ici la fonction traditionnelle du sanatorium comme lieu de soins contemplatif se confond avec celle de maison de convalescence, mais en ce qui concerne le parcours des malades, c'est toujours dans une logique toute médicale que se comprend la stratégie des tuberculeux. Après l'opération, la cure de repos permet de se rétablir tout à fait, d'autant plus si l'on considère, que le soleil et le bon air ont un effet bénéfique. Malgré tout, l'Esperit Sant apparaît surtout comme un lieu intermédiaire, puisque certains malades qui y sont internés sont ensuite transférés dans des sanatoria de montagne, qui semblent correspondre en partie aux établissements de cure hygiénique traditionnelle considérés comme inefficaces par Lluís Sayé ou Josep María Barjau. En d'autres termes, et du point de vue de l'organisation médicale, nous retrouvons une stratégie de déplacement des malades qui s'inscrit sur une ligne, partant du dispensaire, pour aller vers l'hôpital, le sanatorium périurbain puis le sanatorium de montagne, isolé, conçu comme une maison de repos souvent éternel. C'est donc suivant un schéma plus complexe mais néanmoins classique et guidé par des logiques médicales quelles qu'elles soient, que s'organise le parcours du malade devenu patient.

Deux établissements qui accueillent les malades en dernier lieu méritent une attention particulière, de par leur visibilité dans les sources comme leur signification médicale. Une trentaine de malades internés à l'Esperit Sant est ensuite transférés au Montseny. Il y a tout

¹ Lluís Sayé, pourtant très critique envers la cure de repos la prescrit cependant à nombre de malades qu'il ausculte au dispensaire de Radas entre 1921 et 1936.

² Voir chapitre 7.

lieu de croire qu'il s'agit d'un sanatorium du Montseny, ouvert dans les années 1930, un sanatorium d'altitude et avant tout un lieu éloigné, où le traitement est celui d'une cure sanatoriale classique, de repos absolu¹. Mais il ne s'agit pas pour autant d'un lieu complètement déconnecté de la logique médicale moderne. En effet, selon Xavier Cateura i Valls qui a réalisé il y a peu une recherche sur cet établissement, des chirurgiens barcelonais montent parfois pratiquer des opérations d'urgences, et les connexions entre ce lieu de soin et les professionnels catalans reconnus pratiquant une médecine orthodoxe sont visibles². Si en théorie le sanatorium du Montseny est un lieu qui vise à guérir les malades, et que, d'après Xavier Cateura i Valls certains malades rentrent chez eux ou retournent dans d'autres lieux de soins, il n'en demeure pas moins qu'un grand nombre de malades décèdent lors de leur séjour³. Xavier Cateura i Valls cite ainsi des expériences de malades que l'on envoie dans ce lieu sans espoir de retour, mettant en avant l'acceptation « mourir » du lieu⁴. Ce sanatorium est, nous y reviendrons, surtout lié à l'Esperit Sant, mais une vingtaine de malades de Sant Pau vont également pratiquer la cure de repos après leur séjour à l'hôpital, dans des établissements tels que le sanatorium de Torrebónica ou de Nostre Senyora de les Victories qui sur le papier se rapproche du sanatorium del Brull⁵. Face à ces établissements dédiés au repos et à la cure de soleil et d'air classique, existe aussi la Granja Sant Pau ou Santa Creu, qui propose une réponse différente à un même problème. Une vingtaine de malades de l'hôpital Sant Pau une fois convalescents se dirigent vers cette maison de santé⁶ qui se caractérise plutôt par la cure de travail aménagée⁷. L'idée est connue : il s'agit de réadapter le malade à la vie quotidienne, de ne pas le laisser végéter dans un état d'oisiveté improductif⁸.

¹ Willaert, Lluís. « El sanatori del Montseny » dans *Monografies del Montseny* n°23, Associació d'Amics del Montseny, 2008, pp 135-141, cité par Xavier Cateura i Valls, dans « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aquí Osona, 2010. <http://blocs.aquiosona.com/des-del-montseny/estances-de-febre/>, consulté le 14/08/2013.

² Xavier Cateura i Valls se définit lui-même sur son blog comme un « activiste et diffuseur culturel ». Il a également travaillé comme éditeur. Il cite notamment les docteurs Antoni Caralps ou Lluís Rosal. Jacint Reventós, responsable du service antituberculeux de l'hôpital de Sant Pau envoie lui aussi des patients de sa propre consultation privée au Montseny. Dans "Estances de febre. El Sanatori del Montseny", 2010, *op. cit.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ Le Sanatorium del Brull est l'autre nom donné au Sanatorium du Montseny.

⁶ D'après un article de la *Vanguardia* du 27 avril 1924, la Granja alors appelée Santa Cruz est une maison de repos, réservée aux « enfermos psicoreuróticos, agotados, alienados tranquilos ». Autrement dit, et pour généraliser, il s'agit d'un lieu de repos surtout dirigé vers les personnes ayant des troubles psychopathologiques. *La Vanguardia*, 27 avril 1924, p. 15.

⁷ C'est tout au moins ce que les informations retrouvées dans les fiches cliniques ainsi que les écrits des médecins nous autorisent à supposer. Par ailleurs, cela correspond aussi à la fonction première de la Granja Santa Creu.

⁸ A propos de la cure de travail aménagée, voir notamment le chapitre « Pickaxe Cure for Consumptives », BRYDER, Linda, *Below the Magic Mountain : A Social History of Tuberculosis in Twentieth-Century Britain*, Oxford Historical Monographs, Oxford, 1988.

La cure de travail a été particulièrement mise en avant au début du XX^{ème} siècle en Europe, comme une solution particulièrement bien adaptée aux travailleurs manuels¹. Rien d'étonnant donc, à ce que la population malade de Sant Pau, majoritairement ouvrière se voit dirigée vers cette annexe de l'hôpital. Lluís Sayé valorise particulièrement ce type de soins qui pour lui serait une bonne alternative à une cure de repos ; et il met en avant notamment les « réalisations magnifiques et profitables » du Sanatorium-manufacture de Rollier². En 1932 le docteur Bañuelo García défend une cure de repos qui implique la réduction au minimum des efforts physiques ou moraux, soit une cure de repos qu'il nomme curative de type clinique c'est-à-dire médicalement entourée³. Cependant, selon lui, il est possible d'envisager une évolution de la cure, en fonction de l'amélioration constatée chez le malade, vers une forme plus mobile, qui permette au malade peu à peu de revenir dans une vie plus active. Il fait donc allusion ici à une graduation logique et guidée par des éléments cliniques propres à l'amélioration de l'état du patient. Plus encore, pour ce médecin, la cure de repos doit être mise en place de manière différente selon les cas individuels. De la même manière, les médecins barcelonais tels que Lluís Sayé ou Josep María Barjau préconisaient différents types de cure en fonction des malades⁴. Cependant, dans ce cas de figure il semble que ce ne soit pas uniquement des facteurs médicaux qui soient responsables de ces choix. Car si la cure de travail est parfois plus adaptée à ces malades de l'Hôpital Sant Pau que la simple cure de repos, c'est aussi à cause de leur qualité d'ouvrier. En effet, le docteur Bañuelos évoque différentes manières de réaliser la cure de repos, selon le lieu, la profession et les moyens économiques dont dispose le malade⁵. Si pour ce médecin cela signifie suivre plus attentivement les malades ayant des professions jugées nocives, nous pouvons dire de manière plus générale que les parcours des malades dans les réseaux de soins dépendent d'autres facteurs, notamment socio-économiques, et non plus seulement médicaux. En ce sens, un établissement comme la Granja Santa Creu ou Sant Pau est adapté à une population, qui non seulement est malade, mais a aussi des caractéristiques socio-économiques, voire socio-culturelles communes.

¹ *Ibid.*

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, p. 39, *op. cit.* Voir également chapitre 2.

³ BAÑUELOS GARCIA, Misael, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, Ed. Baldacci, Barcelone, 1932, 71 p.

⁴ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya.*, 1932, *op. cit.*

⁵ BAÑUELOS GARCIA, Misael, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, 1932, *op. cit.*

Ainsi, le déplacement des malades dans les différents lieux de soins peut s'analyser par une logique médicale, ou plus exactement plusieurs logiques d'ordre médical, puisque celles-ci se superposent parfois, comme le montre le cas de la fonction ambiguë de l'Hôpital-Sanatorium de l'Esperit Sant. Ce parcours des malades permet de redéfinir en creux le rôle de chaque établissement, bien déterminé dans le cadre d'une structure médicale globale explicitée longuement dans les discours médicaux. Chaque établissement aurait en ce sens une fonction précise, qui correspond à un certain état de gravité ou à une certaine phase de la maladie. Suivant cette conception toute théorique, il est possible de dresser des parcours types, et d'observer un schéma de lieux de soins cohérents, depuis le dispensaire jusqu'à la maison de santé ou le sanatorium modernisé et adapté, en passant par les hôpitaux et/ou les sanatoria de proximité. Cependant, si cette logique est celle mise en avant dans les discours, dans les correspondances et dans une moindre mesure dans les fiches cliniques des patients, elle doit tout de même être critiquée. Même si les médecins veulent faire croire à des choix exclusivement médicaux et donc objectifs, d'autres facteurs entrent en ligne de compte et permettent d'expliquer des stratégies de malades qui ne se conforment pas au schéma théorique si efficace et structuré.

2. Le chemin de croix : un manque de lits qui modifie des stratégies de patients

A l'efficacité et la logique médicale construite et prônée par les médecins se superpose la réalité des parcours des malades qui sont parfois bien changeants. En effet, les malades ne suivent pas tous ces boulevards qui leur sont théoriquement réservés, et dans la pratique leurs parcours s'apparentent plutôt à un chemin de croix. Au travers de leurs trajectoires parfois plus complexes, ou plus chaotiques, c'est l'attente qui est visible, le manque de ressources qui entraîne le manque d'infrastructures forçant les malades à tenter plusieurs stratégies, et parfois à les dissimuler. La structure d'accueil elle-même est redéfinie à travers ces parcours, puisque ces patients en changeant de stratégies ne suivent pas la voie royale de la guérison, mais se créent un autre chemin, guidés par des raisons diverses et non plus mus par la seule logique médicale. Cela se retrouve également dans les établissements eux-mêmes, qui voient arriver

des malades ayant peut-être des caractéristiques bien distinctes de celles attendues. En d'autres termes, la gravité du malade, provoquée, entre autre, par l'attente due aux manques dans l'infrastructure hospitalière et plus largement médicale est une réalité sensible partout, avec laquelle composeront les médecins. Face aux rêves de Lluís Sayé et ses collègues se dressent des malades épuisés qui recherchent des soins, quels qu'ils soient¹. Nous verrons donc ici que les processus qui conduisent à ces histoires de vies des patients sont bien plus complexes, et donnent à voir des parcours non seulement peu cohérents, au vu des théories médicales modernes, mais qui tendent aussi à redéfinir la structure médicale elle-même.

- *Des parcours peu cohérents déconnectés des théories médicales modernes*

Dans un premier temps, et face aux parcours types, clairs et idéaux dessinés par les médecins, nous retrouvons des malades pour lesquels les stratégies sont bien plus difficiles à concevoir. Plus encore, les parcours de certains vont à contre-courant avec la logique médicale mise à jour ci-dessus. Ce qui dans un premier temps perturbe le schéma classique, ce sont les nombreux malades qui font plusieurs séjours dans le même hôpital. A Sant Pau par exemple, il est possible d'observer ce fait, par différents biais, pour plus de 200 patients². A l'Esperit Sant, il est assez fréquent aussi qu'un même nom soit noté deux fois dans le registre d'entrée pour des dates différentes. C'est même parfois plusieurs fois qu'un même malade revient à l'hôpital ou au sanatorium avec des symptômes montrant une aggravation de son état. *Adela Lopez* est hospitalisée trois fois à Sant Pau entre 1930 et 1935, avant d'être internée à nouveau en 1936 au Sanatorium de l'Esperit Sant. *Francisco Arias* quant à lui est interné deux fois consécutives au sanatorium de l'Esperit Sant, en 1935 puis en 1936, avant d'être transféré au sanatorium du Montseny. Ces multiples hospitalisations ou internements tendent à faire penser que l'efficacité prônée des méthodes modernes de lutte contre la maladie n'est peut être pas si évidente. Si le circuit qui peut sembler bien huilé s'enraye, et que la santé des malades stagne ou empire, cela est lié à la fois à l'incurabilité de la maladie et à l'échec des moyens de lutte mis en œuvre. Autrement dit, dans les deux cas, la structure médicale est mise en doute, dans le fond ou dans la forme. Ces réintégrations ne sont pas, de

¹ Pour une réflexion historiographique et méthodologique sur le concept de « demande sociale de santé » en France, voir l'article d'Olivier Faure, « Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions », dans *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* n°12, 1994.

² Soit le retour du malade dans l'établissement est noté a posteriori par le médecin sur la fiche clinique, afin de suivre plus facilement le cours de la maladie, soit nous nous en rendons compte grâce à un recoupement des différentes sources.

loin, les seules entorses faites aux parcours modèles. Certains malades vont semble-t-il à contre-sens par rapport à ce que voudrait la logique médicale en vogue. Ainsi, *Joan Pérez* est interné une première fois au sanatorium de l'Esperit Sant en avril 1933 et il effectue une cure de six mois. Deux ans plus tard, il est de nouveau interné pendant six mois, mais cette fois pour suivre un traitement à l'hôpital de Sant Pau. Il sort « soulagé » de cet établissement pour retourner directement au sanatorium qu'il connaît déjà. Comme beaucoup d'autres il quittera l'Esperit Sant quatre mois plus tard pour se diriger cette fois vers le sanatorium du Montseny. En passant ainsi d'un établissement à un autre, ce malade rend encore plus ambiguë la fonction d'un lieu de soin comme l'Esperit Sant. Cet établissement qui, au départ, accueille des malades moins gravement atteints fini par fonctionner aussi indistinctement comme une maison de repos. Son parcours est aussi emblématique d'une stratégie qui s'écarte de la voie tracée par les médecins et qui suit celle de la nécessité de se soigner, nécessité au nom de laquelle les malades tentent plusieurs réseaux.

Effectivement, les malades sont en recherche de soins, et étant donné que celui-ci est rare et difficile à obtenir, nous pouvons nous douter que certains passent par tous les canaux qu'ils connaissent. C'est pourquoi il n'est pas étonnant de retrouver des malades soignés à l'Hôpital Sant Pau qui ont à un moment donné été aidés par Catalunya Radio, ou encore qui entrent dans plusieurs hôpitaux ou sanatoria assez similaires, du point de vue de leur fonction médicale. La plupart du temps, et contrairement à la logique médicale qui veut que la cure à domicile vienne avant l'hospitalisation, les aides de la radio viennent après le retour du malade chez lui, ce qui tend à faire penser que, peut-être le malade est « repéré » par les généreux donateurs lors de son séjour à l'hôpital. Mais cela autorise aussi à supposer que la maladie continue et que l'hôpital n'est qu'une étape dans le long processus médical. La longueur de la maladie est ce qui permet dans une certaine mesure de comprendre pourquoi les malades testent plusieurs réseaux ou établissements et en cela réalisent des parcours incohérents du moins d'un point de vue médical. Le parcours de *Carmen Moya* explicité par le médecin qui l'ausculte à Sant Pau en 1934 semble logiquement guidé par la gravité de la maladie, mais reflète aussi une recherche du soins qui la conduit à suivre plusieurs réseaux. Dans un premier temps en 1933 elle entre ainsi dans le centre de soin de l'Aliança, une mutuelle, puis est transférée à quelques pas de là à l'hôpital Sant Pau pour que lui soit pratiqué un pneumothorax¹. Elle reviendra ensuite en 1934, puis sera encore internée un

¹ « La Quinta de Salud la Alianza » est à l'époque l'une des mutuelles les plus importantes de Catalogne, qui au départ était destinée aux seuls serveurs mais qui dans les années trente compte parmi ses affiliés de nombreux

temps à l'Esperit Sant. Il n'est pas précisé pourquoi elle quitte l'Aliança, établissement qui pourtant pratique aussi des chirurgies sur les patients tuberculeux¹, ni pourquoi elle entrera finalement à l'Esperit Sant mais d'après sa fiche clinique en 1934, la maladie semble être à un stade particulièrement avancé. En dix ans de maladie, *Josepa Cartoixa* a eu elle aussi le temps de tester plusieurs établissements. Lors de la première hémoptysie elle a la chance d'être internée au sanatorium de Torrebónica une première fois. Puis elle est hospitalisée encore une première fois à Sant Pau, dans le service du docteur Freixas. Quelques années plus tard, en 1937 elle revient à l'hôpital dans le nouveau service de Jacint Reventós cette fois. Elle ressort au bout de quatre mois, se sentant mieux, mais deux ans plus tard elle décède lors d'une réadmission.

En bref le malade tente d'entrer là où il peut, essaye d'obtenir un soulagement partout, ce qui l'amène à suivre une logique guidée par l'urgence quelques fois, le hasard un peu, des connaissances personnelles très certainement. Et dans cette recherche du soin, il entre là où il trouve une place, et par conséquent certains connaissent plusieurs établissements ayant les mêmes fonctions. Ainsi, certains malades hospitalisés au Clinic se retrouvent quelques années plus tard à l'hôpital de Sant Pau. Pour le cas d'*Angeles Monzo* le médecin note que l'échec de ses confrères de l'hôpital Clinic est lié à la mauvaise volonté de la patiente, qui refuse de se laisser opérer par le docteur Soler i Vicens en 1930, une décision qui explique son retour à l'hôpital, cette fois à Sant Pau quatre ans plus tard. Mais pour *Joan Mas*, plusieurs fois hospitalisé à Sant Pau et au Clinic, c'est peut-être une erreur de vigilance puisque considéré comme guéri par les médecins du Clinic, le malade a du être hospitalisé à nouveau moins d'un mois plus tard. Si l'hôpital Clinic et l'hôpital Sant Pau ont des pratiques médicales plutôt similaires se basant sur les mêmes théories thérapeutiques, ce n'est pas forcément le cas de tous les centres de soins barcelonais. Puisque la recherche de soins amène les malades à suivre des traitements dans tout établissement quel qu'il soit, le patient teste aussi des traitements divers, qui choquent parfois les médecins qui les auscultent plus tard. D'ailleurs la critique pointe à Sant Pau lors de l'auscultation des quelques malades ayant été soignés par Jaume Ferrán². En effet, les médecins identifient clairement un état d'intoxication

employés ou ouvriers qualifiés. CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999.

¹ *Ibid.*

² Deux des patients concernés n'ont pas été soignés directement par Jaume Ferrán i Clua, mais ont reçu le vaccin anti-alfa qu'il a découvert après sa mort.

Le docteur Ferrán, considéré comme le précurseur de la technique de vaccination en Catalogne développe en 1919 le vaccin anti-alfa contre la tuberculose. Sa théorie médicale et microbiologique n'a pas fait beaucoup d'émules à l'époque et est aujourd'hui considérée comme erronée. Mais il est tout de même admiré pour sa

supplémentaire liée à l'inoculation du « vaccin anti-alfa », mis au point en 1919 par ce médecin dont la théorie hétérodoxe n'est plus du tout au goût du jour. Mais quittant le point de vue de l'expert et sans juger les pratiques, il apparaît que le point commun reste tout de même une logique publique ou du moins gratuite, même si, comme dans le cas du sanatorium du Montseny il est difficile de déterminer comment étaient financés les séjours¹. Comme nous le savons, outre l'état de santé du malade, la raison principale qui explique l'entrée dans l'hôpital de Sant Pau est le manque de ressources. C'est encore l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de payer les soins qui oblige les malades à se diriger vers le dispensaire central pour réaliser des radiographies par exemple. Dans cette configuration, c'est cet élément qui semble être déterminant pour comprendre des parcours de patients qui s'écartent du schéma type mais aussi de la logique thérapeutique stricte. D'autres facteurs entrent encore en ligne de compte, pour comprendre ces parcours différents, tels que des logiques de réseaux que nous analyserons plus loin. Disons simplement que si certains malades cherchant à se soigner tentent d'entrer dans des établissements quels qu'ils soient sans suivre aucune logique de réseau, pour d'autres à l'inverse, les parcours étonnants s'expliquent justement par un lien plus personnel à un établissement particulier, qu'ils privilégient sur la théorie médicale. Nous avons notamment évoqué le cas de *Joan Pérez*, dont le parcours ne semble pas suivre une logique thérapeutique, mais qui se comprend aussi par des facteurs qui lui sont propres. Effectivement, le patient qui revient toujours à l'Esperit Sant est envoyé par une « Caja de Ahorro », qui, peut-être a un lien particulier avec l'établissement. De plus, la sœur du malade y est aussi internée.

Toutes ces hypothèses nous conduisent à une conclusion similaire, celle de parcours de patients dans des réseaux de soins qui déconstruisent les schémas modernes, et sont guidés par d'autres logiques que celle de la seule thérapeutique moderne. Ajoutons encore que si les malades ne suivent pas la prise en charge classique, c'est peut-être avant tout parce que celle-ci est insuffisante. Ils entrent alors indistinctement dans des lieux de soins variés, défaisant la

technique novatrice. CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.* Voir aussi chapitre 1.

Pour une critique européenne du vaccin du choléra développé par Jaume Ferrán i Clua dès la fin du XIX^{ème} siècle, voir l'article du *Progrès médical* intitulé « Recherches sur l'évolution du bacille-virgule du Choléra » par DOYEN, E, dans *Le Progrès médical*, journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 2 tome 2, Paris, 1885, pp. 4-7.

¹ Nous pouvons supposer qu'à l'image d'autres établissements il y a plusieurs régimes différents selon les malades. Certains voient leur séjour payé par une institution, d'autres participent aux frais et les derniers payent intégralement leur séjour. MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, pp. 416-422.

logique médicale mais aussi redéfinissant la fonction d'établissements qui finissent par delà les pratiques médicales distinctes, par devenir des lieux d'accueil de malades incurables.

- *Des patients qui attendent et des lits qui manquent : vers l'homogénéisation des lieux de soins ?*

La complexité visible dans les parcours des malades et le contraste que nous avons pu observer avec le parcours modèle guidé par une évaluation médicale moderne s'explique aussi par l'attente et la lenteur du processus de prise en charge. Les malades sont soignés là où c'est possible, profitent des aides qui leurs sont accordées, mais cette entreprise est toujours rendue très difficile par le manque de moyens et d'infrastructures disponibles. Ce manque d'infrastructure d'accueil, concrètement manque de lits disponibles pour les tuberculeux, est relevé par tous les professionnels de la médecine européens. Le docteur José Verdes Montenegro, directeur du premier dispensaire antituberculeux espagnol, écrit en 1935 que les listes d'attentes sont scandaleusement longues pour entrer dans les institutions, et qu'en Espagne seuls 5% des inscrits parviennent en moyenne à être finalement hospitalisés¹. A Barcelone, Lluís Sayé en 1933 parle d'un manque de 356 lits², mais certains sont moins optimistes et évoquent une lacune de près de 1700 lits³. Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual, en 1932 parlent eux de 946 lits disponibles pour près de 2000 décès par an⁴. Ce manque d'infrastructure conduit aussi les médecins à adapter leurs soins, mais aussi les lieux, comme nous pouvons le constater avec la Granja Santa Creu, qui, quelques années auparavant était une maison de santé réservée pour accueillir les aliénés ou les personnes en détresse morale, qui avaient besoin de calme et de repos⁵. Dans cette configuration, nous avons vu que nombre de patients étaient envoyés vers ce lieu, qui devient sans doute un sanatorium basé sur la cure de travail progressive, et qui accepte des malades qui dans un premier temps ne devraient pas se trouver là. Mais le manque de lits disponibles

¹ VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p. Cité par Jorge Molero Mesa, 1989 *op. cit.*, p. 417.

² Soit 325 lits manquants pour la capitale, 31 pour la province. Le médecin pour trouver ce chiffre met en rapport le nombre de décès tuberculeux en 1932 et le nombre de lits disponibles au même moment. SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 69.

³ Soit seulement 300 lits disponibles pour 2000 décès par an. Intervention du Docteur Lluís Rosal dans *La Publicitat*, « Qué penseu dels projectes sanitaris del Dr. Dencàs ? », le 13 avril 1933.

⁴ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

⁵ Voir plus haut.

est aussi la cause de l'attente absolument énorme qui est particulièrement visible dans le parcours des tuberculeux. La plupart du temps, les malades ne passent pas d'un établissement de soins à un autre directement, ils rentrent entre temps chez eux. *Adela Lopez* par exemple, revient au moins quatre fois à l'hôpital Sant Pau entre 1930 et 1935, avant d'y mourir, sans doute quelques années plus tard¹. Plus que des rechutes, il s'agit très certainement d'une malade gravement atteinte, mais qui n'est pas internée dans un lieu durant toute la période. Elle ressort au bout de quelques mois, le plus souvent soulagée, parfois son état s'est quelque peu amélioré. Mais entre chaque hospitalisation elle rentre chez elle, à chaque fois, pour un laps de temps de quatre à douze mois. Elle fait aussi un séjour à l'Esperit Sant, sans doute avant de rentrer à nouveau à Sant Pau, mais pas immédiatement après sa dernière hospitalisation, ce qui invalide la thèse d'un prolongement de sa convalescence. C'est après un délai de quatre mois et demi qu'elle est internée dans le sanatorium, d'où elle ressortira de son propre chef, probablement contre avis médical, au bout de trois mois. Cet exemple confirme non seulement des parcours chaotiques, mais aussi l'idée selon laquelle les malades entrent où ils peuvent, après une attente relativement longue. D'ailleurs, de manière générale et comme nous l'analyserons plus loin, la plupart des malades qui arrivent à l'hôpital de Sant Pau sont déjà malades depuis longtemps, et puisque leur première hémoptysie remonte au moins à un ou deux ans, nous pouvons supposer qu'ils se trouvent dans un état avancé depuis très longtemps. Cet état de santé aurait dû leur valoir d'être pris en charge depuis longtemps, selon la propre logique médicale des médecins. Mais si ce n'est pas le cas, c'est bien à cause des listes d'attentes si longues, évoquées par de nombreux professionnels, encore et toujours liées au manque de lits disponibles.

Puisqu'il n'y a pas suffisamment de lits et que les malades entrent là où ils peuvent, peut-on constater une homogénéisation des lieux de soins ? Ces établissements, qui selon la théorie, doivent être adaptés aux différentes phases de développement de la maladie reçoivent des patients qui ne correspondent pas forcément à la thérapie mise en place. A titre d'exemple, parmi les malades qui se dirigent vers la Granja Santa Creu, après avoir subi une cure de médicament ou une opération à l'hôpital Sant Pau, nous trouvons des profils très différents, et des tuberculoses dont l'état d'avancement n'a parfois rien à voir. Alors que certains partent dans un état stable, sont considérés comme cliniquement guéris ou encore sont négatifs à l'examen de crachat, d'autres sont encore en convalescence juste après avoir subi un

¹ Si le décès de cette tuberculeuse est précisé dans les fiches cliniques tenues à jour, l'année est incertaine car la fiche médicale n'est pas complète.

pneumothorax. Pour d'autres enfin, comme *Carles Torra* par exemple les perspectives sont très compliquées. Aucune amélioration n'est visible chez ce malade lorsqu'il qu'il quitte l'hôpital après trois mois de traitement. Il est envoyé alors à la Granja Santa Creu, sans vraiment d'espoir de guérison. Il reviendra d'ailleurs un an plus tard à Sant Pau, où il trouvera la mort. En ce sens, la logique médicale bien rôdée selon laquelle chaque malade est envoyé dans un établissement pour profiter des soins qui correspondent à son état de santé se retrouve bien compromise. Un établissement médical spécialisé comme la Granja qui reçoit des patients si différents voit forcément sa fonction être modifiée, bien qu'il ne soit pas évident de juger dans quelle mesure les pratiques s'adaptent en fonction des patients reçus¹. Plusieurs logiques de soin se retrouvent donc dans un même lieu, semblant confirmer l'hypothèse d'une homogénéisation des pratiques à l'intérieur des lieux de soins. Selon cette acception, les établissements doivent composer avec une population changeante et les soins prodigués ne sont pas forcément adaptés. Il faut cependant ajouter que si l'attente est longue et explique que les malades n'aillent pas forcément dans le lieu qui leur serait le plus profitable, celle-ci a aussi et surtout aggravé la maladie, au point que tous sont dans un état d'intoxication important. En effet, c'est là une autre hypothèse qui se confirme à la lecture des fiches cliniques. Une grande majorité des malades a connu une hémoptysie, signe d'un poumon fortement attaqué mais aussi d'une tuberculose difficilement guérissable. Quel que soit le lieu de soin, les malades sont dans un état grave, ce qui tend à annuler toute nécessité de soins ciblés et défaire toute logique médicale prenant en compte une graduation de la gravité. A l'inverse, cette constatation donne alors encore plus de force aux théories modernes développées par Lluís Sayé ou Josep Barjau qui souhaitent voir se créer des établissements équipés pour traiter de manière intensive ou chirurgicale, les formes les plus avancées de la tuberculose².

Au final, plusieurs logiques se superposent à la logique médicale pour comprendre le parcours des malades. Face aux belles théories des médecins la réalité est celle d'un manque de lits chronique, qui force l'attente interminable pour les malades et explique que ces derniers se retrouvent dans un état grave, hospitalisés dans des lieux de soins, qui, en théorie, ne leurs correspondent pas, mais qui, au final, finissent eux-mêmes par se ressembler tous. Les parcours des patients dans ces différents établissements, dispensaires, hôpitaux et

¹ Voir chapitre 7, A, sur les pratiques médicales mises en œuvre.

² Ces médecins souhaitent voir le sanatorium accueillir des malades dans des états avancés mais pas désespérés. Ainsi Josep Maria Barjau évoque un véritable cas de conscience que suppose la prise en charge des malades qui ne peuvent être guéris, puisque créer des sanatoria pour les incurables lui semble une entreprise inhumaine. BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya.*, 1932, *op. cit.*

sanatoria en tout genre sont tronqués, les séjours dans les deux derniers lieux ne correspondent pas à des étapes logiques dans la guérison mais plutôt à des opportunités ponctuelles. Entre temps le tuberculeux retourne chez lui, toujours malade, attendant peut-être une nouvelle possibilité d'hospitalisation. Cette attente à domicile, cette situation d'immobilisme, joue également un rôle, détériorant parfois d'avantage la santé du malade mais redonnant du même coup le rôle important au dispensaire. La cure à domicile en ce sens apparaît plus comme un palliatif que comme un choix médical.

3. Attendre la mort sur les bancs du dispensaire

Dans tous les parcours des malades, le dispensaire s'inscrit comme une étape obligée. En réalité nous le verrons, le dispensaire est le lieu le plus polyvalent de la lutte contre la maladie, et en cela correspond donc bien, en théorie du moins, aux besoins différenciés des malades. On entre au dispensaire pour faire une radio ou une première auscultation, pour une petite rechute, pour un suivi médical post opératoire. Le dispensaire est sur tous les fronts, et pour les médecins il constitue indéniablement la base de la lutte antituberculeuse, comme l'explique Jorge Molero Mesa dans sa thèse :

« A lo largo de todo el periodo que nos ocupa [1889-1936] el dispensario fue considerado el pilar básico de la lucha antituberculosa. »¹

Pour les patients, le dispensaire est à la fois une porte d'entrée et un point de chute. La plupart du temps le dispensaire revient souvent dans les histoires médicales, mais plus qu'une étape il semble devenir une constante, symbolisant l'attente, voire une prise en charge symbolique. Nous verrons ici comment cet établissement incontournable dans les histoires cliniques peut être aussi symbole d'une attente sans fin du soin, et ce faisant redéfini sa fonction médicale elle-même, déjà polyvalente, vers une salle d'attente. C'est d'ailleurs sur ce point que les avis des experts divergent, puisqu'au cœur même d'une communauté de professionnels qui ont totalement adopté la même théorie bactériologique exclusive, l'attention privilégiée apportée au dispensaire ne fait pas consensus.

¹ « Tout au long de la période qui nous préoccupe [1889-1936], le dispensaire fut considéré comme le pilier central de la lutte antituberculeuse. », MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op cit.*, p. 365.

- *Le dispensaire comme porte d'entrée du système de soins*

Nous l'avons dit, dans le parcours des malades le passage au dispensaire est une étape quasi obligée. Dans les histoires cliniques c'est généralement le lieu de soins le premier cité, à moins que la première visite médicale du patient ait lieu chez un médecin privé, lors d'une de ses consultations gratuites, pour les malades retrouvés dans les réseaux de soins dont nous nous occupons¹. Les patients relatent leur expérience de la maladie en insistant sur des étapes qui varient relativement peu d'une personne à une autre. Après une période plus ou moins longue durant laquelle ils se sentent fatigués, voire gravement malades, ils se déplacent au dispensaire, ou consultent un médecin, qui leur fait subir le test de la tuberculine leur révélant aussitôt leur infection. S'en suit alors une auscultation plus poussée qui permet de déterminer l'état d'intoxication dans lequel se trouve le malade. En 1933 Lluís Sayé évoque les différentes fonctions du dispensaire moderne qui, selon lui, se caractérise par la polyvalence². Dans un premier temps les fonctions principales du dispensaire dans les années 1930 sont : l'enquête épidémiologique et le diagnostic, qui constituent le dépistage systématique puis la distribution des malades dans différentes institutions antituberculeuses et la fonction statistique ou d'archivage, sur les données concernant la maladie dans son rayon d'influence³. C'est cette fonction de diagnostic qui fait du dispensaire le premier lieu au sein duquel la maladie devient définitivement un tuberculeux et la véritable porte d'entrée du système de soin. Le rôle de l'établissement qui doit ensuite orienter les malades vers les différents lieux de soin en fonction du niveau de gravité de la maladie est complémentaire et significatif d'une prise en charge parfaitement maîtrisée semble-t-il. C'est par ailleurs l'image parfaite de la fonction du dispensaire que renvoient les quelques fiches cliniques et les correspondances conservées entre médecins de l'ancien dispensaire central de Radas. Les tuberculeux envoyés au dispensaire central par des médecins extérieurs le sont pour deux raisons principales. D'abord parce que le médecin en question a observé des symptômes inquiétants et veut confirmer le diagnostic. Le dispensaire central apparaît comme un lieu à la pointe des innovations médicales, disposant d'un équipement conséquent lui permettant de diagnostiquer

¹ Il est particulièrement difficile de rendre compte des stratégies médicales des personnes aisées ayant les moyens de payer les soins et ne sont donc pas visibles dans les structures de soins qui nous préoccupent. Nous nous intéressons ici uniquement aux malades présents dans les réseaux caritatifs ou d'assistance, publics ou gratuits. D'autres malades vont eux chez des médecins privés ou bien dans des établissements gérés par des mutuelles. Voir plus loin pour un aperçu sur les différentes structures de soins dans la ville.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, pp. 15-16.

³ *Ibid.*

la maladie et d'observer l'état du malade grâce aux radiographies¹. Mais si ces médecins orientent précisément leurs patients vers ce dispensaire et non vers un autre lieu de soins c'est ensuite parce que ces derniers n'ont pas les moyens de payer ces examens médicaux et en particulier les radiographies². Ce dispensaire est donc le seul moyen pour les malades d'être diagnostiqués puis orientés gratuitement. Mais une autre variable détermine enfin la première venue au dispensaire central pour les malades et elle est géographique. En effet, la plus grande part des tuberculeux soignés au dispensaire central vit non loin de l'établissement, et c'est aussi parce que c'est le lieu de soins gratuits le plus proche qu'ils s'y rendent³. Cette démarche doit être généralisée à tous les dispensaires de la ville puisqu'elle fait partie de la logique de réseau que souhaitaient mettre en place les médecins. Le dispensaire est le lieu physiquement le plus proche du malade, qui, à mesure qu'il entre dans le réseau mis en place, s'éloigne de son domicile⁴. Les aires d'influences de chaque établissement dépendent de leur rôle et de leur position dans la structure de soins, et le dispensaire est le premier.

A ces fonctions de diagnostic, d'orientation et de réalisation de statistiques, fonctions dites classiques du dispensaire qu'il nomme « l'œuvre sociale », Lluís Sayé tient à ajouter également une « œuvre clinique » dans les attributions de son établissement phare et polyvalent⁵. Autrement dit, et à l'image de ce qui se réalise déjà dans certains lieux européens et notamment à Madrid dans le dispensaire de José Verdes Montenegro, le dispensaire doit être aussi le lieu de la première prise en charge médicale du malade. Dans cette logique de proximité, le dispensaire diagnostique d'abord la tuberculose puis donne les premiers soins au nouveau patient. En 1922, alors que débute l'action sociale comme clinique du dispensaire central, Lluís Sayé après avoir ausculté le jeune *Miguel Sentís* venu le consulter sur recommandation du docteur Escalas, diagnostique une tuberculose encore peu développée. Il fait alors les premières démarches pour contacter Eduard Xalabarder directeur du sanatorium de Torrebónica à Terrassa, afin que soit interné le malade. Mais le directeur du dispensaire va plus loin, il donne aussi au patient une lettre avec de très nombreuses recommandations médicales sur la conduite à tenir afin de le guérir le plus vite possible pendant sa cure au

¹ Sur le dispensaire central mis en place par la Mancomunitat puis la Generalitat de Catalunya, son rayonnement et sa fonction de centre des connexions, voir plus loin.

² Le manque de moyen est notamment la raison que donne le docteur Pursell lorsqu'en envoyant la petite *Juana Ruiz* au dispensaire il demande que lui soit faite une radiographie : « Suplico una radiografía de tórax de la niña [...], por carecer su familia de recursos para ello. », dossier n°21229, Dispensaire de Radas, 1933.

³ Voir la carte localisant les adresses des malades retrouvés par rapport au dispensaire de Radas, chapitre 1, B.

⁴ Sur la hiérarchisation générale des centres de soins au niveau régional, voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, p. 17.

⁵ SAYE SEMPÈRE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 20.

sanatorium¹. Si cela montre une première intromission de la part du dispensaire dans la question proprement médicale, Lluís Sayé ne s'arrête pas là, bien au contraire, et prétend étendre encore d'avantage l'action clinique du dispensaire. En Catalogne, ce que souhaite développer le médecin est un traitement basé plutôt sur la chimiothérapie, et en particulier avec la chrysothérapie, médication à base de sels d'or². L'idée très théorique développée par Lluís Sayé est que cette prise en charge est adaptée à un stade peu aggravé de la maladie, qui correspond au malade diagnostiqué à temps grâce au travail d'enquête réalisé par les infirmières visiteuses et le personnel du dispensaire. Dans les faits, les malades suivis au dispensaire central sont souvent traités de cette manière, sans qu'il soit possible d'affirmer, bien au contraire, que leur maladie se trouve dans une phase encore peu développée. La majorité des malades retrouvés suivent en effet des cures de sanochrysine, ce sont les doses ingérées qui elles changent, en fonction de l'état du patient.

Les fonctions du dispensaire sont donc multiples, dans le parcours des patients il apparaît comme une porte d'entrée dans le système de soin, à tout point de vue. Mais plus qu'un simple point de départ, pour certains médecins, le dispensaire, et en particulier le dispensaire central est aussi le centre névralgique de la lutte antituberculeuse dans une ville³. Et en observant les parcours des malades il semble bien que ce soit vers le dispensaire que tous les parcours convergent. Ainsi, de nombreux patients hospitalisés retournent au dispensaire une fois sortis de l'hôpital. D'autres malades, sont pris en charge uniquement par le dispensaire tout au long de leur maladie. Le traitement ambulatoire devient alors une réalité qui dure, et sert peut-être aussi de palliatif aux lacunes signalées dans les structures de soins.

- *Le dispensaire une immense salle d'attente ?*

Le dispensaire n'est pas uniquement une porte d'entrée dans le système de soins et par là même dans la maladie pour les patients. Il semble être aussi la référence, la seule présence médicale qui les suit tout au long de leur trajectoire de malade pulmonaire. Si dans un premier temps ce retour vers le dispensaire entre parfaitement dans la logique médicale explicitée par les médecins, il semble que dans les faits il s'agisse plus d'un palliatif aux insuffisances des installations mises en place. De plus nous verrons aussi que les soins qui y sont prodigués ne

¹ Voir la lettre reproduite en annexe 4.2.2.

² *Ibid.*

³ « Estos Dispensarios representan el núcleo director de la lucha antituberculosa en la ciudad », *Ibid.*, p. 16.

sont pas non plus si efficaces car dans la pratique, le dispensaire tel qu'il est conçu en Espagne et à Barcelone tend à privilégier « l'œuvre sociale » plutôt que « l'œuvre clinique » et donc la prévention plutôt que le soin¹.

Pour les tuberculeux, le dispensaire constitue la plus constante forme médicale qu'ils ont à leurs côtés tout au long de leur maladie. Les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau font presque toujours état d'un passage au dispensaire qui sert généralement de déclencheur pour une hospitalisation. Mais souvent, aussi, les malades en convalescence continuent un traitement et sont suivis au dispensaire. C'est le cas de *Tomás Ramos* par exemple, ouvrier de 31 ans qui est hospitalisé en 1934 à l'hôpital pour que lui soit pratiqué un pneumothorax. Deux mois à peine après l'opération, son état s'est grandement amélioré, ce qui lui permet de sortir de l'hôpital tout en continuant à faire surveiller son pneumothorax régulièrement, au dispensaire. Il faut dire que le traitement ambulatoire tel qu'il est décrit et prôné par Lluís Sayé a aussi une fonction de surveillance postérieure à tout traitement dans d'autres établissements afin « d'observer les effets lointains de la cure »². Le fait que les malades retournent au dispensaire est donc une réalité parfaitement assumée et considérée comme une pratique tout à fait bénéfique au malade. Mais certains malades ne quittent pas leur domicile et ne sont jamais internés dans aucune institution spécialisée, ils suivent leur traitement au dispensaire, ce qui constitue l'œuvre proprement clinique qui pour Lluís Sayé complète sa fonction. Les enfants en bas âges sont particulièrement bien suivis par le dispensaire, et la petite *Antonia Sánchez* qui fait une cure de repos et de « sérum glucosé » est surveillée de près, puisque tous les deux jours le médecin ou infirmière note les réactions observées pendant la durée du traitement, soit deux mois. Ensuite, pendant deux ans, la malade est suivie par le dispensaire qui la reçoit au moins une dizaine de fois³. Lors de ces visites, le médecin ausculte la patiente, note scrupuleusement les changements observés et modifie le traitement si besoin est. Ajoutons que d'autres malades sont suivis pendant beaucoup plus longtemps comme en témoigne le dossier de la famille *Márquez*, dont plusieurs membres sont suivis et soignés par le dispensaire de Radas puis de Torres Amat entre 1927 et 1953⁴. Lluís Sayé va même beaucoup plus loin dans ses écrits puisqu'il avance en 1933 la nécessité de mettre en place des salles de chirurgie dans les dispensaires, comme cela fut fait dans le

¹ Les termes « d'œuvre sociale et clinique » sont directement empruntés à Lluís Sayé, *Ibid.*

² « comprobar los efectos lejanos de la cura », *Ibid.*, p. 20.

³ Fiche de visite n°19550, Radas.

⁴ Dossier n°9302, Radas.

premier dispensaire espagnol inauguré en 1901 par José Verdes Montenegro à Madrid¹. D'ailleurs, le médecin évoque des précédents en Europe arguant une obtention de résultats très probants :

*« No puede negarse que esta extensión de la acción terapéutica del dispensario como lugar de iniciación del neumotórax ha permitido realizarlo con buenos resultados en casos especiales. »*²

Ici la fonction du dispensaire s'étend à un domaine qui en théorie ne lui est pas propre. Il fait en quelque sorte concurrence à l'hôpital sur le plan des soins, et la raison avouée par le médecin lui-même n'a rien à voir avec une conception médicale, elle est liée au manque de places disponibles dans les établissements spécialisés :

*« En los países en los que existe insuficiencia de instituciones, que son la mayoría, se ha iniciado poco a poco el tratamiento en el Dispensario »*³.

En ce sens, le traitement en dispensaire, plus qu'une solution médicale de départ pour les malades peu intoxiqués, est surtout un palliatif des déficiences constatées de la structure de soins. Par ailleurs, si le médecin essaie de défendre tant bien que mal la chrysothérapie au dispensaire comme bonne solution pour les malades peu atteints, il n'en demeure pas moins que la plupart des patients qui suivent ce traitement sont déjà gravement malades. Lorsque Lluís Sayé ausculte l'enfant *Juana Ruiz* de 14 mois sur recommandation du docteur Pursell en 1933, le pronostic vital est très mauvais, en raison de son âge et de son état. Cependant, il conseille néanmoins à son confrère de faire un traitement de sanochryrine, bien que tout deux sachent que les possibilités de guérison sont extrêmement limitées voire inexistantes⁴. Cette revendication du soin à domicile qui semble de plus en plus fréquente dans les années 1930 suppose une évolution conceptuelle de la part des médecins du dispensaire central puisque dix ans auparavant, la plupart d'entre eux recommandaient aux patients une hospitalisation en fin de visite médicale, même si celle-ci était bien souvent très difficile à obtenir. Comme le montrent les statistiques du dispensaire central de Radas en 1927, le nombre de malades hospitalisés suite à une visite au dispensaire est extrêmement faible, et il est difficile de dire

¹ *Ibid.*, p. 21.

² « On ne peut nier que cette extension de l'action thérapeutique du dispensaire comme lieu d'initiation du pneumothorax a permis de le réaliser avec une bonne réussite dans des cas particuliers. », *Ibid.*, p. 21.

³ « Dans les pays où il y a une insuffisance en matière d'institutions, c'est-à-dire la majorité, on a initié peu à peu le traitement en dispensaire », *Ibid.*, p. 20.

⁴ Notons que deux ans plus tard, néanmoins, la malade est toujours en vie et suivie de près par le dispensaire. D'après les derniers résultats des examens, son état semble s'être quelque peu amélioré. Dossier n°21229, Dispensaire de Radas, 1933.

dans quelle mesure ce changement de logique du soin au dispensaire, qui se confirme dans les années 1930, s'explique par une pragmatique constatation du manque de lits disponibles dans les hôpitaux¹. Pendant des années donc des malades sont suivis de loin par le dispensaire, ce qui, nous le voyons, relève plutôt d'un soin palliatif, qui tente de manière pratique d'apporter une aide à des malades qui en ont besoin mais ne peuvent être pris en charge de part l'insuffisance de moyens mis en œuvre pour les hôpitaux.

Ajoutons que tous les malades qui quittent l'hôpital de Sant Pau pour continuer leur traitement au dispensaire ne suivent pas le profil de *Tomás Ramos* évoqué plus haut. Pour ce patient les médecins constatent une amélioration qui permet au malade de sortir, mais d'autres malades sortent aussi pour « passer au dispensaire » selon l'expression², alors que leur état est toujours grave ou s'est même détérioré. Ces malades qui sont des incurables se retrouvent donc aussi au dispensaire, en théorie du moins car il est difficile de savoir si cette expression n'est pas tout simplement une manière de justifier une sortie qui permet de libérer un lit occupé par une personne qui n'a aucune chance d'être guérie. Certains tuberculeux cherchent néanmoins à se soigner encore après leur sortie de l'hôpital, en témoigne les dons de Catalunya Radio que certains d'entre eux reçoivent bien après leur séjour à l'hôpital. Le fait de percevoir cette aide financière pour être soigné chez soi après une hospitalisation suppose souvent une maladie ayant atteint un stade assez grave, puisque nous pouvons constater que nombre de malades ayant reçu un don décèdent dans la même année. Le dispensaire doit par conséquent mener une lutte contre la tuberculose sur plusieurs fronts, dans le cadre de l'œuvre clinique, soigner ou soulager des malades à des stades de la maladie très différents, et dans le cadre de l'œuvre sociale tenter de réduire le développement de la maladie. Or, face à cette polyvalence constatée dans la fonction du dispensaire, les malades déjà tuberculeux ne sont pas prioritaires.

Si pour Lluís Sayé le dispensaire doit savoir en théorie mener à bien et de front une œuvre sociale et clinique, dans la pratique le médecin privilégie largement l'œuvre sociale, et cela contribue, bien sûr, au fait que le dispensaire soit avant tout un lieu de prévention, de diagnostic, qui inscrit les tuberculeux qui nécessitent des soins curatifs sur une liste d'attente plutôt qu'il ne les soigne. Effectivement, dans sa description du labeur du dispensaire central,

¹ Statistiques de la « Diputació provincial, servicio de asistencia social de los tuberculosos, Radas, 24 », Fonds Lluís Sayé, Carton 9, ANC.

² « passa el dispensari », expression utilisées dans les fiches de visites du « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* », Dispensaire de Radas, mais aussi dans certaines fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau.

Lluís Sayé insiste surtout sur le travail prophylactique¹. Son intérêt pour les enfants en particulier, les visites systématiques aux orphelins de la Casa de Caritat et aux fils et filles de tuberculeux relève entièrement de cette logique de prévention qui est bien plus présente que la préoccupation clinique². Dès l'invention du BCG, Lluís Sayé, absolument convaincu de son efficacité centre toute l'action du dispensaire autour du vaccin³. Dans les dossiers familiaux donc, nous retrouvons plus de fiches d'enfants vaccinés que de fiches cliniques de tuberculeux. L'objectif numéro un est de vacciner tout le monde, dans toutes les villes et zones rurales catalanes, puisque celui-ci est une barrière au développement du microbe, quelque soit la phase de tuberculisation dans laquelle se trouve le lieu⁴. Notons d'ailleurs qu'il n'est pas le seul en Espagne ni en Europe à orienter l'action du dispensaire vers « l'œuvre sociale ». Le docteur Llopis Llorente à Valence quelques années plus tard détaille également l'action du dispensaire central de la ville pendant les années 1930, s'épanchant surtout sur le travail fourni par l'œuvre préventive⁵. Car il faut dire que pour ces médecins, c'est cet aspect du dispensaire qui est le plus grandiose, et qui permettra dans un avenir qu'ils espèrent proche, d'éradiquer complètement la maladie. Mais tous les médecins ne partagent pas ce sens des priorités, bien au contraire. En 1935 à Barcelone, la polémique est particulièrement virulente sur ce point au moment où Josep Dencàs, *Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya* annonce que les fonds mis à disposition par la Generalitat serviront à construire un nouveau dispensaire central, qui permettra de coordonner correctement la lutte antituberculeuse à Barcelone⁶. La presse s'empare du sujet et notamment *la Publicitat*, journal d'opposition, qui publie un dossier sur plusieurs jours, à partir des opinions des médecins phthisiologues les plus importants à l'époque⁷. Certains comme Conrad Xalabarder ou Joan B. Darder appuient l'idée d'un dispensaire central tout en regrettant certains détails du projet⁸, d'autres tels Jacint Reventós responsable du service de phthisiologie de l'hôpital Sant Pau, ou

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, mais aussi : SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona. Conferencia donada a l'Ajuntament de Girona el dia 25 d'Abril de 1934*, s.i., s.l., 1934, 14 p.

² Voir la structure des fiches de visite du dispensaire de Radas en annexe 4.1.

³ Cela est notamment visible dans son article sur la lutte antituberculeuse à Gérone : SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona*, 1934, *op. cit.*

⁴ Pour un rapide aperçu des phases de tuberculisation selon Lluís Sayé, voir chapitre 1, A, 3.

⁵ LLOPIS LLORENTE, R., *Dispensario del Instituto Provincial de Sanidad de Valencia. Siete años de labor (mayo 1933-diciembre 1939)*, PNA, Valence, 1940, 72 p.

⁶ Il s'agira du dispensaire central situé rue Torres Amat, construit par le GATCPAC et inauguré en 1936, voir chapitre 2, C.

⁷ « Qué penseu dels projectes sanitaris del Dr. Dencàs? », *La Publicitat*, 13, 14 et 16 avril 1933.

⁸ En l'occurrence la « magnificence » du projet du dispensaire et le coût que suppose faire appel aux architectes du GATCPAC. Ils pensent qu'améliorer le dispensaire est une priorité mais que cela pourrait tout aussi bien se faire en dotant le dispensaire de Radas de « tout ce qu'il faut » ce qui éviterait une dépense excessive. *La Publicitat*, le 16 avril 1933.

Lluís Rosal autre phthisiologue renommé, dénoncent une entreprise politique, et la construction d'un édifice en aucun cas prioritaire. Pour Jacint Reventós, politiquement engagé du côté de la Lliga Regionalista et par conséquent faisant partie de l'opposition politique, faire un dispensaire est totalement inutile et montre une méconnaissance de la réalité médicale de la part des autorités :

« Aixó del dispensari es una mostra de l'absolut desconeixament que es té del problema »¹.

D'ailleurs il ajoute plus loin que la seule chose dont ne manque pas la Catalogne ce sont les dispensaires, opinion partagée par Lluís Rosal, et le docteur Antoni Caralps, chirurgien thoracique au sanatorium de l'Esperit Sant. Ce dernier, pour qui le seul intérêt du dispensaire est la statistique et ce qui importe est de soigner les patients atteints ajoute encore :

« El malalt no vol diagnostic sino tractament ».²

Pour ces professionnels, tout l'argent disponible devrait être réparti entre les différentes institutions, publiques ou privées, afin d'augmenter le nombre de lits disponibles, qui constitue le véritable problème. A cette proposition Josep Dencàs répondra de manière très pragmatique : la somme d'argent accordée ne permettrait pas de maintenir plus de 60 lits alors qu'un nouveau dispensaire, outre faciliter l'unification des méthodes de lutte, solutionnerait le problème que constitue l'entassement de plus de 200 personnes dans la salle d'attente de l'actuel dispensaire de Radas³. Notons que d'un point de vue médical, ces médecins ont tous adopté la logique bactériologique exclusive centrée sur le microbe comme unique agent infectieux⁴. Même si les avis divergent quelque peu sur les méthodes de soins, ils forment un collectif relativement unis sur le plan de la logique thérapeutique en témoigne la création de l'association de Phthisiologie par Conrad Xalabarder, Jacint Reventós et Lluís Sayé quelques années plus tôt en 1930⁵. Nous voyons pourtant un fossé se creuser entre deux conceptions de la lutte antituberculeuse. Certains privilégient leur rôle de soignant et se préoccupent avant tout de soigner leurs malades à l'échelle de l'individu, les autres appréhendent le problème de la maladie à une échelle beaucoup plus générale, et réfléchissent en terme de planification

¹ « Cette idée du Dispensaire montre l'absolue méconnaissance que l'on a du problème. », Jacint Reventós, *La Publicitat* le 13 avril 1933.

² « Le malade ne veut pas de diagnostic mais un traitement », Antoni Caralps, *La Publicitat*, le 13 avril 1933.

³ Réponse de Josep Dencàs dans *La Publicitat*, le 14 avril 1933.

⁴ Pour un point sur la logique dite de « bactériologie exclusive », voir chapitre 1, C.

⁵ C'est d'ailleurs Lluís Sayé qui est désigné président de cette association. CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

générale et sur le long terme. Par ailleurs, les médecins interrogés et hostiles au projet sont des directeurs ou des responsables d'hôpitaux et de sanatoria qui de manière logique voient également le problème d'un œil différent, par rapport à Lluís Sayé par exemple qui n'est pas interrogé mais qui appuie totalement le projet de Josep Dencàs¹. C'est finalement une question d'échelle et de priorités, mais précisons que du point de vue médical ce que les médecins comme Lluís Rosal ou Jacint Reventós dénoncent, ce sont justement les priorités qui conduisent le dispensaire à devenir un lieu de diagnostic, multipliant les malades qui attendent sans espoir d'être guéris. S'oublie alors selon eux la fonction de relai qui doit caractériser le dispensaire, qui envoie les patients vers d'autres structures adaptées.

Dans ce parcours du malade au sein des réseaux médicaux, le dispensaire est le point de départ et le point de chute, il est le noyau central autour duquel gravitent tous les malades. Mais ses fonctions sont limitées et souvent le passage au dispensaire s'éternise, révélant les lacunes du système de soin basé sur le dispensaire. L'attente sur les bancs du dispensaire est donc double, elle se caractérise à court terme par les files d'attente au sein même de l'établissement pour recevoir les premiers soins où être diagnostiqué, et, à long terme, par les listes d'attentes pour entrer dans les institutions antituberculeuses. Pendant les semaines ou les mois qui précèdent son hospitalisation ou son internement, le malade reste en effet rattaché médicalement au dispensaire, bien que cela semble souvent factice. Par ailleurs, lorsque les malades sortent de l'hôpital pour se diriger vers le dispensaire, il est fort possible qu'il s'agisse d'une sorte d'euphémisme, pour signifier plutôt un retour à domicile voire un désintéressement de la part des médecins de l'hôpital. Face à cette réalité, les médecins se positionnent sur deux lignes opposées : certains comme Lluís Sayé proposent d'étendre les fonctions du dispensaire, d'autres rejettent au contraire cette option considérant que le problème de la lutte antituberculeuse est bien celui du nombre de lits disponibles.

La difficulté à accéder aux soins de la part des tuberculeux est liée au manque de moyens, qui se matérialise dans les listes d'attentes, les manques de lits disponibles, tout en renforçant l'importance du dispensaire. Cela se traduit par une réalité sensible dans le parcours des malades, celle d'une attente sans fin, qui redéfinit par la même la fonction des

¹ Lluís Sayé prend fait et cause pour le nouveau dispensaire, il ira même jusqu'à superviser les travaux aux côtés des architectes. PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*. J.LI Sert, J.B Subirana y J. Torres Clavé, collection Archivos de Arquitectura, España Siglo XX, Colegio de Arquitectos de Almería, 1993. Sur ce point, voir chapitre 2, C.

établissements et la logique médicale. En effet, la logique thérapeutique si bien rôdée qui suppose une répartition des malades dans différents lieux de soins en fonction de la gravité de leur état et une prise en charge basée avant tout sur des critères médicaux et donc considérés comme objectifs, est mise à mal au travers d'une étude par le bas des expériences des malades. Les malades vont et viennent dans les lieux de soins en fonction de leurs nécessités, entrent là où ils le peuvent, ce qui indique la présence d'autres logiques plus individuelles guidant leurs parcours. Par la même ces stratégies ont des répercussions réelles sur l'organisation du réseau de prise en charge et sur les établissements, les orientant vers une homogénéisation des lieux de soins et des pratiques, du fait d'une indifférenciation entre les malades. Le sanatorium par exemple devient un lieu de soins intermédiaire, dont la fonction oscille entre celle de l'hôpital, celle du sanatorium dans un sens classique du XIX^{ème} siècle, celle d'une maison de convalescence, ou encore celle d'un asile pour malades incurables. Dans la logique thérapeutique, le dispensaire se situe comme un lieu central, à la fois suivant une logique médicale stricte, mais aussi parce qu'il s'agit de la structure permettant de suppléer aux manques de la prise en charge. Dans les fiches cliniques, la référence au dispensaire, apparaît plutôt comme une manière d'évoquer un suivi, plutôt que de laisser le malade à son triste sort. La réalité pratique de ce suivi est tronquée par le manque de moyens disponibles, et le dispensaire devient donc par certains côtés le symbole de l'attente. L'ambition des autorités publiques et des acteurs du dispensaire est de faire de ce lieu le point central d'une organisation antituberculeuse, qui prenne en compte à la fois le labeur prophylactique et thérapeutique et coordonne également les différentes initiatives isolées en matière de lutte antituberculeuse.

B. Du privé au public ou la convergence des réseaux de soins catalans

« *En el momento presente la lucha antituberculosa se hace un poco en todos lados* », regrettent les docteurs Nájera Angulo, Codina Suqué et Abelló Pascual en 1932¹. Depuis la fin du XIX^{ème} siècle en Espagne les médecins et autres acteurs politiques concernés par la santé publique mettent en avant le problème de l'organisation sanitaire dans le pays, dont le manque de coordination entraîne pour eux un véritable problème d'efficacité. La lutte antituberculeuse ne déroge pas à la règle bien au contraire comme le montrent par exemple les discours et ouvrages de José Verdes Montenegro ou encore Lluís Sayé². L'enjeu au début des années 1930 qui voit la fin de la dictature puis la mise en place de la Seconde République est donc de connecter entre eux des systèmes différents, dans leur fonctionnement comme dans la logique qui les guident. Plus encore, à cette époque de renouveau politique, il s'agit pour les institutions publiques de récupérer des fonctions qui jusqu'ici étaient avant tout occupées par des institutions d'ordre caritatif privé. Cela suppose à la fois un passage formel depuis une gestion privée à une gestion publique, mais aussi dans le fond de passer d'un système caritatif à un système d'assistance. Par organisme caritatif nous entendons une structure perçue comme un « palliatif » à la situation difficile dans laquelle se trouve l'individu pris en charge, qui dépend clairement du « devoir de charité » liés à une morale religieuse et de la philanthropie³. A l'inverse, un organisme d'assistance désigne une entreprise qui vise à institutionnaliser la prise en charge, faisant de l'aide apportée un droit intangible de l'individu⁴. Depuis la fin du XIX^{ème} siècle et surtout le début du XX^{ème}, les médecins barcelonais, espagnols ou européens évoquent ainsi la nécessité de passer de la charité à l'assistance dans la lutte antituberculeuse, considérant l'assurance maladie comme le but

¹ « A ce moment présent, la lutte antituberculeuse se fait un peu de tout les côtés », NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p. 42.

² VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa*, 1935, *op. cit.*, SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

³ Pour plus de précisions sur ce point, voir GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, Paris, Les Editions Ouvrières, 1992, p. 325. DUPRAT, Catherine, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social, à Paris au cours du premier XIXe siècle*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2 volumes, Paris, 1996-1997, 1398 p.

⁴ KOTT, Sandrine, « Des philanthropies aux socialisme municipal. Les politiques sociales dans les communes de Haute Alsace allemande. », dans GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, 1992, *op. cit.*, pp. 97-106.

ultime à atteindre¹. Plusieurs historiens se sont penchés sur cette évolution, mettant notamment en avant le fait que l'écart entre les deux « systèmes » n'est pas aussi évident, et ce que les médecins nomment souvent assistance moderne peut aussi correspondre à la charité traditionnelle. Colette Bec évoque ainsi une « pratique charitable qui n'ose plus dire son nom »², Dominique Dessertine et Olivier Faure quant à eux confrontent « assistance traditionnelle et assistance nouvelle » et nuancent fortement l'opposition drastique faite entre les deux³. Mais pour les médecins de l'époque, deux éléments essentiels caractérisent ce nouveau système d'aide sociale ; d'abord le fait d'être géré par les pouvoirs publics et en particulier l'Etat et ensuite le fait qu'il adopte des théories et des pratiques modernes de la médecine⁴. C'est en ce sens qu'ils opposent, dans leurs discours, prise en charge caritative et privée traditionnelle et prise en charge assistantielle et publique moderne.

A titre plus que symbolique, la dissolution du Real Patronato de Lucha Antituberculosa en 1931 par la jeune Seconde République espagnole pour fondre ses fonctions au sein de la Direction de la Santé Publique illustre parfaitement cet état d'esprit⁵. De manière plus générale, plusieurs historiens se sont penchés sur ces questions de réseaux multiples, mettant en avant la tentative de plusieurs entités publiques de créer à cette époque une structure d'accueil homogène⁶. En France, Dominique Dessertine et Olivier Faure dans leur ouvrage *Combattre la tuberculose* s'intéressent à l'organisation de la lutte antituberculeuse dans la région lyonnaise, et évoquent également « la multiplicité des institutions de statuts différents

¹ Sur le cas particulier des médecins espagnols réclamant l'assurance maladie obligatoire et aussi une action efficace de l'Etat au début du XX^{ème} siècle, voir notamment MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, Imp. Nicolás Moya, Madrid, 1905, 32 p., ou encore ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p. Jorge Molero Mesa a aussi évoqué ce point dans « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, p 19-59, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza, 1999, p.29.

² BEC, Colette, *L'assistance en démocratie, Les politiques assistantielles dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, Belin, Paris, 1998, p. 8.

³ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, 1992, *op. cit.*, pp .139-152.

⁴ Voir plus haut. DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », *op. cit.*, p. 143.

⁵ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 307.

Le Real Patronato était pendant la restauration et surtout pendant le temps de la dictature de Primo de Rivera l'institution qui se chargea de la lutte antituberculeuse à l'échelle nationale. Il était présidé par la reine ce qui en faisait un symbole de la monarchie et fonctionnait sur le modèle d'une institution de bienfaisance. *Ibid.*

⁶ Pour une histoire complète de l'organisation de la lutte antituberculeuse en Espagne voir la thèse Jorge Molero Mesa cité ci-dessus. Voir également les thèses sur l'organisation de la santé publique en catalogne citées plus haut.

et de financements variés [qui] ne doit pas faire croire à une coexistence simple entre secteur privé et public. »¹ Ils démontrent ainsi que dans leur région d'étude, les réseaux publics et privés sont imbriqués ce qui rend par ailleurs difficile une vision globale².

En effet, en partant des parcours des malades, nous constatons que la structure d'accueil est souvent liée à des établissements à caractère caritatif et religieux, mais que les connexions avec d'autres lieux ou organismes publics sont particulièrement fréquentes. Lluís Sayé, responsable du projet d'organisation de la lutte antituberculeuse pour la Mancomunitat et la Generalitat de Catalunya évoque d'ailleurs l'enjeu majeur pour lui, c'est à dire intégrer ces réseaux de soins privés déjà existants dans une structure plus globale, dominée par un organisme public et guidée par la logique médicale la plus moderne³. Face à cette théorie, la réalité est plus complexe, en ce qui concerne la dualité public/privé, comme bienfaisance/assistance. Mais d'autres difficultés apparaissent également, liées à des figures d'autorités qui se multiplient, la première d'entre elle étant celle du médecin, qui en tant qu'expert, est détenteur du savoir et seul responsable scientifique légitime⁴. Les autorités publiques sont elles aussi multiples et il n'est pas simple de déterminer si la lutte doit s'organiser à échelle locale, provinciale, ou nationale ou si elle doit conserver une certaine autonomie par rapport aux pouvoirs publics. Enfin une autre dualité est visible dans l'organisation de la lutte antituberculeuse, celle d'une orientation privilégiée vers l'œuvre clinique ou au contraire sociale. Les médecins et autorités refusent de dissocier les deux, choisissant dans ce domaine également d'unifier tous les aspects de la lutte antituberculeuse dans un réseau global.

Nous verrons donc que l'évolution de ce réseau de lutte antituberculeuse est liée à des choix et des hasards, mais que ce système imaginé par des acteurs extérieurs peut aussi être redéfini de l'intérieur, à partir de l'expérience des usagers de ce réseau, en particulier en ce qui concerne le lien entre public et privé. Les réseaux de soins convergent, se concurrencent ou s'interpénètrent, ils évoluent en se positionnant vis-à-vis des dualités évoquées ci-dessus : public/privé, bienfaisance/assistance ou encore œuvre sociale/œuvre clinique.

¹ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, 1988, *op. cit.*, p. 97.

² *Ibid.*, p. 99.

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

⁴ Dominique Dessertine et Olivier Faure évoquent le recours de plus en plus important aux experts que constituent les médecins comme implication essentielle dans le passage d'une assistance traditionnelle à une assistance nouvelle. DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 143.

Notre intérêt ici pour le patient nous conduit à dresser tout d'abord un panorama de l'œuvre clinique de la lutte antituberculeuse à Barcelone, montrant la coexistence réelle et la volonté de complémentarité entre réseau privé et public dans la ville. Nous verrons ensuite comment à partir des parcours de patients il est possible de parler d'une évolution depuis un système caritatif privé vers un système de soins intégré et financé en grande partie par les organismes publics. Enfin, en étudiant de plus près les connexions de cette structure multiple, il apparaît que les réseaux privés et publics convergent et se concurrencent à la fois, redéfinissant par conséquent ce système hiérarchisé, même si l'élément médical prend toujours le dessus.

1. Des réseaux de soins juxtaposés ou complémentaires

La complémentarité voulue par les médecins qui organisent et structurent la lutte antituberculeuse suppose de mettre en relation des réseaux de soins, des structures d'accueil jusqu'ici juxtaposées selon eux¹. De manière générale, ce sont des associations et organismes privés qui dominent le panorama de l'accueil des malades à Barcelone comme partout en Europe, qu'il s'agisse de groupes laïcs, telles les associations caritatives de Dames, très importants dans la lutte antituberculeuse, ou bien d'ordres religieux, qui dirigent la plupart des hôpitaux ou asiles. A l'époque qui nous préoccupe, les autorités publiques et les médecins se demandent que faire avec cet héritage considéré comme plus ou moins fonctionnel à l'heure de mettre en place un réseau de soin intégré. Le débat se situe entre créer une structure neuve, à partir de rien ou bien composer avec l'existant. Puis c'est la seconde solution qui est choisie, nous assistons alors à une interpénétration entre public et privé, qui suppose dans un premier temps une nouvelle prise à partie publique au sein des établissements et organismes privés comme l'a expliqué Carles Hervàs Puyal pour la Catalogne républicaine². Précisons

¹ Voir notamment NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*

² HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, pp. 16-17.

que cette évolution vers un « système mixte »¹ s'inscrit dans le cadre d'une évolution constatée dans toute l'Europe, où se développe une « assistance multiforme »².

Nous verrons tout d'abord un panorama de la lutte antituberculeuse à Barcelone, à travers un récapitulatif des différentes structures d'accueil pour les malades et des différents réseaux, pour ensuite nous pencher sur cette volonté d'interconnexion qui se matérialise d'abord dans un financement public croissant pour les structures privées.

- *Panorama de la prise en charge de la tuberculose à Barcelone*

Alors que « l'œuvre sociale » se centre sur le microbe, « l'œuvre clinique » de la lutte antituberculeuse se préoccupe des malades déjà atteints³. A Barcelone dans les années 1920 puis 1930, plusieurs types d'établissements, répondant à des caractéristiques différentes voire à des logiques opposées, se juxtaposent pour former un panorama de la lutte antituberculeuse. Quels sont les établissements, les lieux qui accueillent des malades ? Une première distinction doit être faite entre les différentes fonctions entre établissement : les dispensaires, les hôpitaux et les sanatoria auquel il est coutume d'ajouter les préventoria et surtout les asiles, qui parfois réservent une partie de leurs lits disponibles aux tuberculeux⁴.

Une première carte permet de mettre en avant la localisation, selon leurs fonctions, des lieux de soins les plus importants.

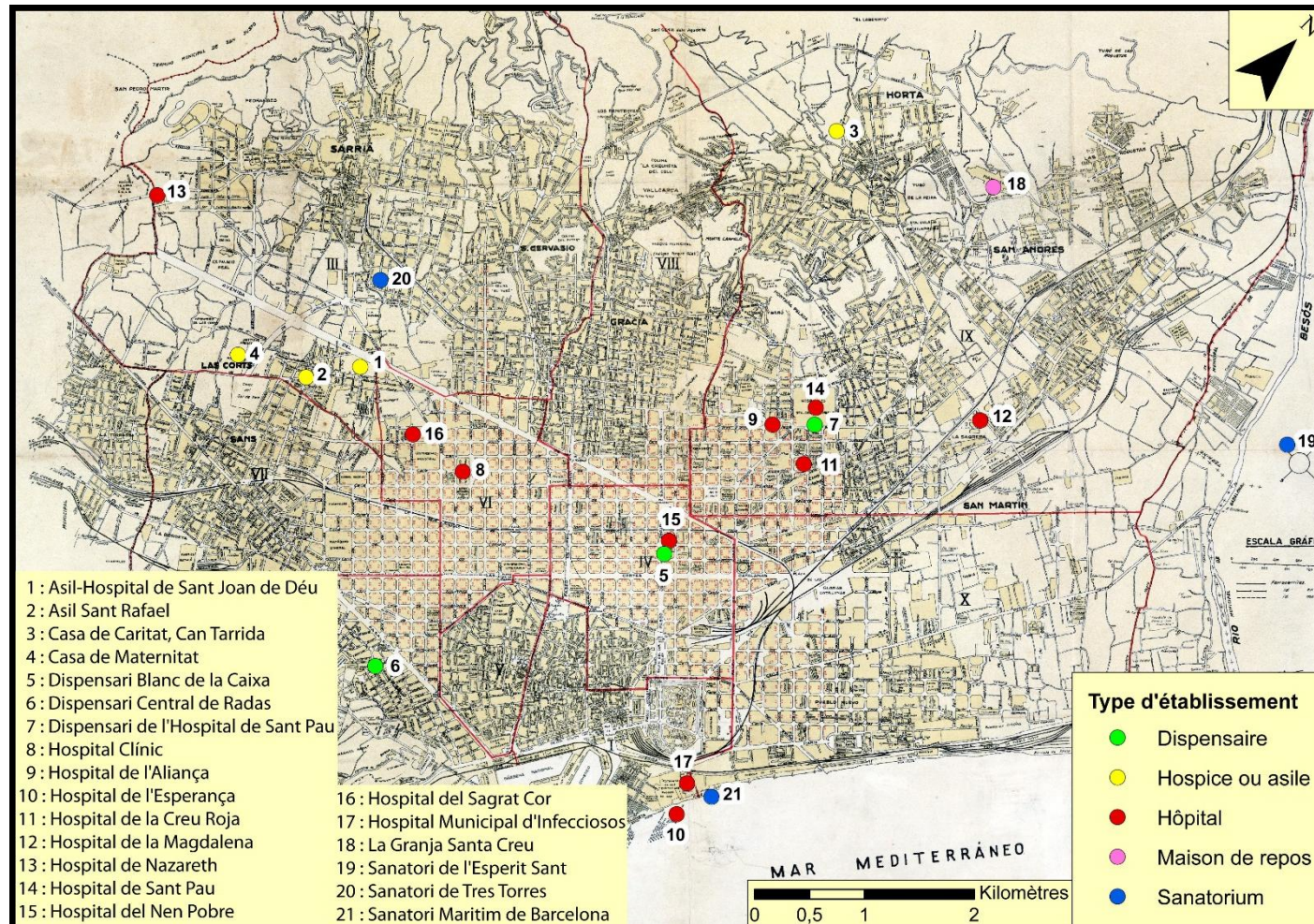
¹ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale, op. cit.*, p. 147.

² Terme emprunté à Guy Lemarchand, dans MAREC, Yannick (dir.), *Villes en crise ? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines : fin XVIIIe- fin XXe siècle*, Grâne, Créaphis, 2008, p. 340.

³ Terminologie empruntée à Lluís Sayé, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España, 1933, op. cit.* Voir plus haut.

⁴ Sur la fonction du « préventorium » revalorisée pendant les années 1930, voir SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España, 1933, op. cit.*

Carte 35 : Localisation des différents lieux de soins antituberculeux recensés à Barcelone entre 1929 et 1936



(Sources : voir note de bas de page suivante. Fond de carte raster : Plan Editorial Rápido, propriétaire Juan Prats Vázquez 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

Cette carte montre tous les lieux de lutte antituberculeuse que nous avons pu localiser à partir de différentes sources¹. Elle nécessite néanmoins quelques éclaircissements : Tout d'abord, cette carte ne prétend pas à l'exhaustivité. En effet, outre les oublis possibles, elle ne comptabilise que les lieux qui accueillent les malades « les moins aisés », et qui sont pris en charge par les autorités publiques ou bien par la bienfaisance privée, l'exception de l'hôpital de l'Aliança, clinique mutualiste soit d'auto-assistance². Ceux qui ont les moyens de subvenir directement à leurs besoins médicaux vont voir des médecins particuliers et sont soignés à domicile ou se font traiter dans des sanatoria éloignés ce qui nous empêche de suivre leurs traces. Citons, à titre d'exemple, le sanatorium du Montseny et celui du Puig d'Olena dont nous reparlerons plus loin. En dehors des sanatoria, les malades plus aisés vont aussi dans d'autres types d'établissements, les stations balnéaires, qui sont des hôtels de bord de mer qui accueille des individus qui ont besoin d'une cure de bon air et de repos³. Ces établissements n'ont pas de fonction curative explicitée puisqu'en théorie ils ne sont pas des lieux de soins et n'accueille pas de malades. C'est le cas notamment de la station balnéaire Monte Calvario, à Arenys del Mar, qui accueillait une bourgeoisie barcelonaise et dont nous retrouvons des traces des festivités organisées jusqu'en 1925 dans les journaux⁴. Par ailleurs, la carte ne

¹ Les établissements recensés dans « Cuadro resumen de las instituciones hospitalarias que hacen lucha antituberculosa en Barcelona y número de camas de que disponen », NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, annexe 2.4, auxquels s'ajoutent ceux recensés dans CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, Fundació Hospital de L'Esperit Sant, Barcelone, 1993. Enfin, tous les établissements rencontrés dans les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau (ANC), registres d'entrée du sanatorium de l'Esperit Sant (MHMC), ou encore dans le Padrón de 1930 (AMABCG). Le sanatorium de Tres Torres, dans lequel est transféré un malade du sanatorium de l'Esperit Sant, n'est mentionné qu'une fois dans nos sources, et nous avons fait l'hypothèse qu'il s'agit d'un lieu de soin situé dans le quartier de Tres Torres, plus exactement à l'emplacement de la future Clinique Tres Torres en activité depuis les années 1980. Il pourrait s'agir également de la maison de santé de Nostra Senyora del Pilar, situé rue Balmes et gérée par la « Congregación de Hermanas de la Caridad de Santa Ana ».

² Le terme d'auto-assistance servant à qualifier le mutualisme catalan est un emprunt traduit du terme « autoajut » utilisé par Carles Grabuleda Teixidor dans sa thèse *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, p. 202.

³ C'est notamment ce que relevaient les médecins à Santa Cruz de Tenerife, lieu privilégié pour les cures en bord de mer par les malades aisés. CERVIA, T., *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Volumen II, año 1935*, Tip. Católica, Santa Cruz de Ténérife, 1936, 141 p.

Sur le fondement théorique de la naissance de la balnéothérapie et notamment le « déterminisme climatique », voir BARONA VILAR, Josep L., MICO NAVARRO, Joan A., « La costa valenciana com a estació hivernal. Medicina, clima i medi ambient a les acaballes del segle XIX », dans PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SANCHEZ, María Eugenia, TRESCASTRO LOPEZ, Eva, BERNABEU MESTRE, Josep (dir.), *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians : Una Perspectiva Històrica.*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Ajuntament de Sant Vicent del Raspeig, 2012, pp. 41-54.

⁴ « La station balnéaire du Monte Calvario, recommandée par les médecins pour les cas d'affection pulmonaire, concurrence les meilleures d'Espagne ». *La Vanguardia*, le 04 juillet 1904, p. 2. En 1916, le bruit court que l'hôtel a été acheté par un médecin barcelonais pour faire un sanatorium pour les tuberculeux, ce qui provoque

montre que peu de dispensaires, ceux cités par les médecins. D'autres dispensaires existent dans la ville, sans que nous ayons d'informations concrètes sur leur localisation ni sur leur activité¹. Nous constatons que certains lieux se caractérisent par leur plurifonctionnalité, à l'image de l'hôpital Sant Pau qui a un dispensaire attenant². Nous pouvons supposer que c'est aussi le cas pour l'hôpital Clinic³. De manière plus générale, il est possible qu'un grand nombre d'hôpitaux ait aussi un service d'urgence, ou dispensaire, ce qui nous conduit à évoquer également la difficile catégorisation des lieux de soins. La frontière est mince en particulier entre hôpital, asile ou sanatorium comme le montre l'établissement de Sant Joan de Deu, considéré comme hôpital selon certaines sources⁴ et comme un asile pour d'autres⁵. Enfin, certains établissements recensés par Felip Cid ne se retrouvent dans aucune autre source, comme par exemple l'hôpital de la Magdalena. D'après les informations retrouvées dans *La Vanguardia*, l'hôpital de la Magdalena de Barcelone est créé en 1923-1924 pour les malades syphilitiques⁶. Si comme l'affirme Felip Cid cet hôpital réservait également des places aux tuberculeux⁷, cela confirmerait le rapprochement fait, encore à l'époque, entre les deux maladies sociales, rapprochement que nous avons évoqué dans un autre chapitre⁸. Cependant, comme cette information n'a pu être vérifiée, il est aussi possible de supposer une éventuelle confusion de la part de l'historien, qui s'expliquerait d'autant plus par l'existence d'un hôpital antituberculeux du même nom dans la région valencienne, et par le rôle joué par

l'indignation générale. (*La Vanguardia*, le 25 août 1916, p.11). Par la suite, l'hôtel reste un temps un lieu de villégiature, au moins jusqu'en 1925 sans que nous sachions s'il accueille des malades (*La Vanguardia*, le 28 juillet 1925).

¹ La carte de la municipalité de Barcelone datée de 1935 utilisée comme fond de carte ici fait mention d'un grand nombre de dispensaires, dont nous n'avons pas connaissance. Cependant, à l'image du futur dispensaire de Torres Amat qui lui est indiqué, certains dispensaires mentionnés ne sont pas encore en activité.

² les docteurs Nájera Angulo, Codina Suqué et Abelló Pascual parlent même de deux dispensaires en 1932, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p. 51.

³ Voir plus loin le schéma sur les zones d'influences des différents dispensaires réalisé par Lluís Sayé.

⁴ CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, 1993, *op. cit.*

⁵ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, annexe 2.4.

⁶ Sur la création de l'hôpital : *La Vanguardia*, le 04 août 1923, p.3. L'hôpital accueillait des prostituées atteintes de la syphilis d'après MONTANYA, F, « L'Hospital de la Magdalena » *La Justicia Social*, 29 août 1931, cité dans NASH, Mary, *Mujer, familia y trabajo en España, 1875-1936*, Anthropos, Barcelone, 1983, pp. 263-265. Quelques lignes dans *La Vanguardia* en 1929 font référence aux malades hospitalisés : « malheureuses victimes du vice ». *La Vanguardia*, 25 avril 1929, p.6.

⁷ 80 places d'après l'historien de la Médecine. CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, 1993, *op. cit.*

⁸ Voir chapitre 5, la « triologie dégénérative de la race » : syphilis, alcoolisme, tuberculose (Malo de Póveda cité dans CAMPOS MARÍN, Ricardo, MARTÍNEZ PÉREZ José, HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael, *Los ilegales de la naturaleza : medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2000.) D'après F. Montanya, l'Hôpital de la Magdalena était « un hôpital prison. » Il représente un retour en arrière, considérant la maladie vénérienne comme un délit, dans une conception moralisante. MONTANYA, F, « L'Hospital de la Magdalena », *La Justicia Social*, 29 août 1931, cité par NASH, Mary, 1983, *op. cit.* p. 263.

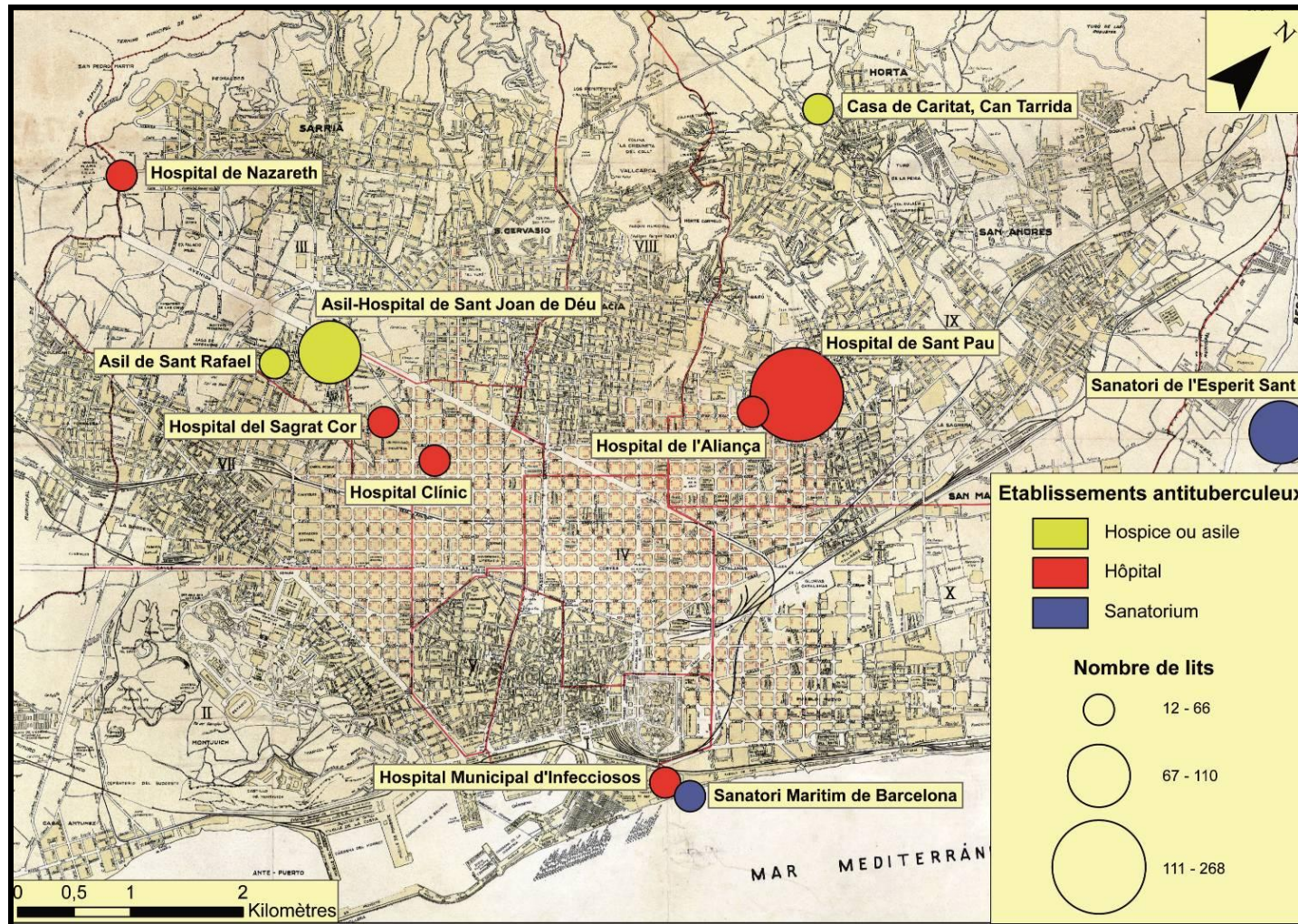
Martínez Añido, qui fut directeur du « Patronato Nacional Antituberculoso »¹ dans la création de l'hôpital.

D'après Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual, les différents dispensaires de Barcelone, ont permis d'accueillir entre 1928 et 1930 en moyenne 3 162 nouveaux malades en plus de ceux déjà diagnostiqués auparavant qui suivent un traitement et continuent de venir au dispensaire². Sur le plan suivant nous avons localisé les différents établissements accueillant des malades pour des séjours, en fonction de leur logique d'accueil (hôpital, asile ou sanatorium) et du nombre de patients, d'après ces auteurs.

¹ Créé le 20 décembre 1936, en Espagne nationaliste, le Patronato centralise l'action antituberculeuse dans l'Espagne Franquiste. MOLERO MESA, Jorge, « Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. », *Dynamis*, vol. 14, Universidad de Granada, Grenade, 1994, p. 208.

² Soit 3 314 malades en 1928, 3 636 malades en 1929 et 2 536 malades en 1930, NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p.51.

Carte 36 : Etablissements antituberculeux à Barcelone en 1932 : type de lieux et nombres de lits disponibles



(Sources : NAJERA ANGULO, Luis, et. al., 1932. Fond de carte raster : Plan Editorial Rápido, 1931, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

Nous constatons tout d'abord que le nombre d'établissement est considérablement réduit, puisque ces auteurs ne font pas mention d'un certain nombre de lieux de soins cités par Felip Cid notamment. Ces différences montrent bien en un sens la difficile connexion entre les initiatives isolées qui caractérisent la prise en charge multiple des malades. Par ailleurs, ces écarts entre les sources sont particulièrement importants en ce qui concerne les places disponibles dans les lieux de soins. Ainsi, l'hôpital Clinic a une capacité de 66 places pour Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual contre 162 places pour Felip Cid¹.

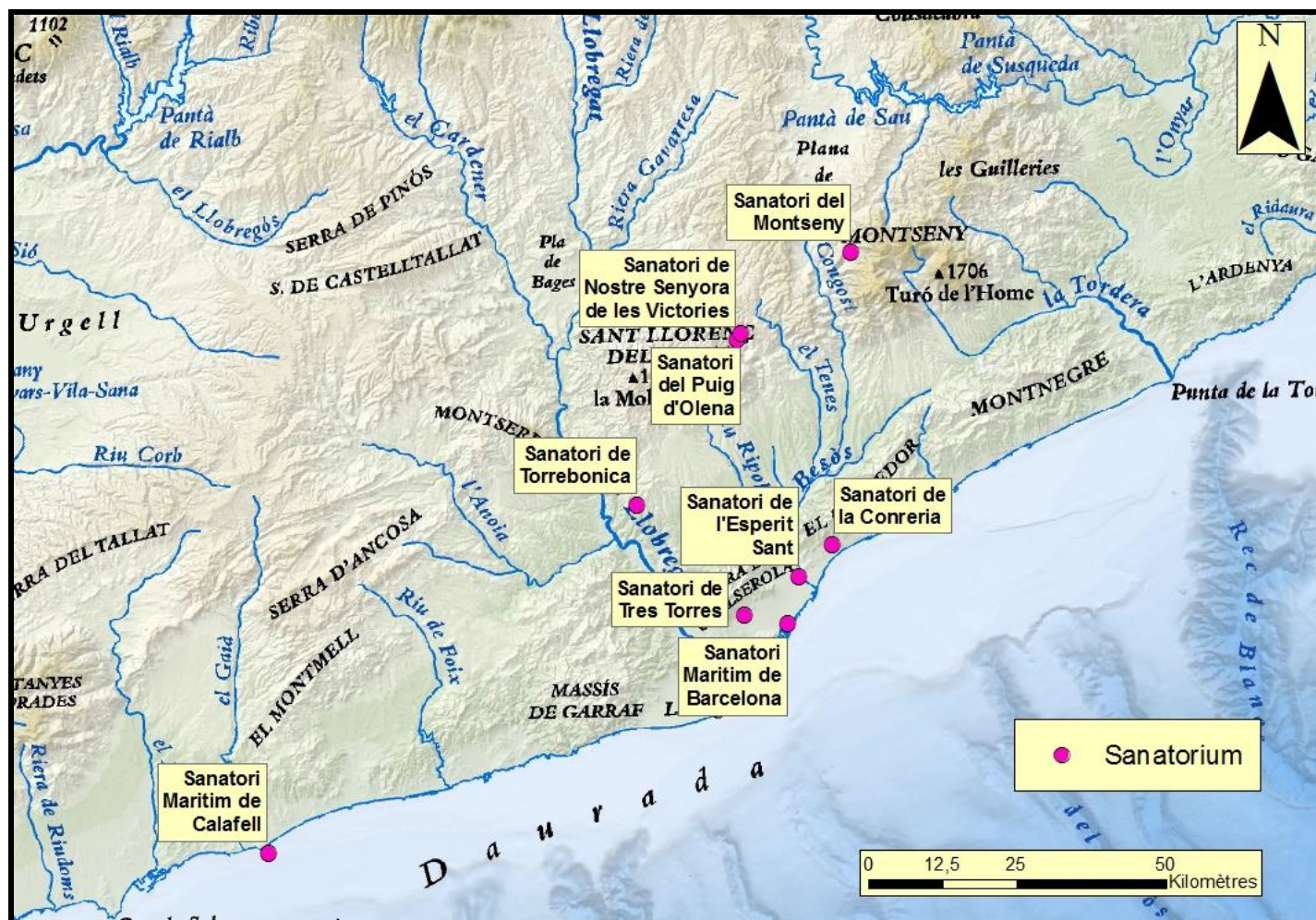
L'offre de soins est éparpillée sur l'espace barcelonais. Plus qu'un quadrillage du territoire, cette offre tend à s'organiser en cercles concentriques. Ainsi, le dispensaire a une aire d'influence locale, lorsque l'aire d'influence de l'hôpital et du sanatorium suburbain couvre la ville de Barcelone toute entière². Il faut encore ajouter pour compléter cette vision des établissements d'accueil la périphérie barcelonaise voire l'échelle régionale de la Catalogne, puisque les sanatoria d'altitudes ou de mer se situent en dehors des limites de la ville voire de la province³.

¹ CID, Felip (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, 1993, *op. cit.*

² Sur ces questions de mise en place d'une structure globale complémentaire et à propos des réseaux concentriques dans l'organisation de la santé publique en Catalogne, voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, pp. 16-17.

³ Les établissements recensés dans les différentes sources, voir plus haut.

Carte 37 : Localisation des sanatoria, périurbains, maritimes et de montagne de la Province de Barcelone recensés entre 1929 et 1936



(Sources : voir plus haut. Fond de carte raster : Mapa físic, Institut Cartògrafic de Catalunya.)

La mise en place d'une structure globale connectant dispensaires, hôpitaux et sanatoria entre eux doit aussi composer avec des logiques de soin différentes et notamment des lieux guidés par une logique de bienfaisance face à une logique plus moderne d'assistance. Peut-on parler de réseaux juxtaposés et peu connectés ? Effectivement, il est évident avec l'hôpital de Sant Pau que nombre de malades proviennent du dispensaire du même établissement qui sont donc pris en charge par un réseau qui contraste par exemple avec celui que formerait le dispensaire de Radas et l'hôpital Clinic, version publique dont les fonctions semblent sensiblement les mêmes. Ajoutons encore l'exemple cité par Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual du réseau établi par la Caixa de Pensions, composé de dispensaires et d'un sanatorium situé à Terrassa et de différentes œuvres philanthropiques complémentaires allant de la fête de la fleur aux colonies scolaires¹. L'œuvre de la Caixa semble ici constituer un réseau autonome au sein de la structure de lutte générale, en décalage cependant avec la fameuse théorie médicale moderne, et qui constitue un véritable enjeu d'intégration pour les promoteurs d'un système antituberculeux unifié. Nous évoquerons plus loin ces logiques de réseaux plus en détail à partir de leur utilisation par les patients. Il est, néanmoins, possible de mettre en avant une éventuelle concurrence entre privé et public, voire de manière plus générale, entre différents réseaux dont les fonctions dans la structure de lutte se superposent plus qu'elles ne se complètent. Finalement, il apparaît que la structure privée, est bien plus importante numériquement que la structure proprement publique, ce qui s'explique par l'héritage historique et est également visible au travers des parcours des malades dont nous nous sommes occupés, puisque seul le dispensaire de Radas est une structure publique qui dépend uniquement de la Generalitat. L'hôpital Clinic et la casa de Caritat complètent la courte liste des établissements dépendants officiellement des autorités publiques, si nous excluons le fait que dans ces deux établissements le personnel est encore largement constitué par des ordres religieux. Mais cette structure privée plus importante, donc, que le public est elle aussi divisée. En effet, aux œuvres religieuses qui caractérisent en particulier les hôpitaux, s'ajoutent les œuvres philanthropiques des laïcs, telle la Caixa de Pensions, aux structures de soins des mutuelles, issue de l'expérience des associations de secours mutuels et des anciens Mont de Piétés. La mutuelle la plus importante est la Quinta de Salut l'Aliança que nous avons déjà évoquée plus haut. Ici, la logique est autre, il ne s'agit pas d'une œuvre de bienfaisance mais bien d'une structure d'auto-assistance² qui accueille les malades

¹ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p. 49.

² Voir ci-dessus.

affiliés¹. En ce sens, l'éparpillement de la structure d'accueil des malades ne semble pas être uniquement d'ordre géographique. Le type d'accueil varie en fonction de plusieurs éléments, gestion privée/gestion publique, bienfaisance/assistance, accueil payant/accueil gratuit, auxquelles s'ajoutent encore les oppositions d'ordre scientifique, sur les méthodes de lutte efficaces ou les pratiques médicales, sans parler du fait que ces établissements ont tous connu une évolution, en parallèle les uns des autres.

- *Constituer un réseau interconnecté à partir des éléments existants, le défi des autorités publiques*

Après ce panorama rapide des institutions, de leur localisation géographique et des oppositions qui les caractérisent, il est temps de comprendre comment la structure publique prétend s'immiscer dans une structure de soins particulièrement dominée par le privé au sens le plus large². Lluís Sayé comme Luis Nájera Angulo, José Codina Suqué et José Abelló Pascual assument tout à fait le fait que l'œuvre antituberculeuse ait été, avant tout, mise en place depuis le XIX^{ème} siècle par des institutions d'ordres bénéfiques et privés³. Carles Grabuleda Teixidor évoque ainsi dans la première moitié du XIX^{ème} siècle en Catalogne une structure hospitalière fondamentalement privée, alors que le support public réside avant tout dans un réseau d'assistance à domicile⁴. Dans les premières années du XX^{ème} siècle de nombreuses propositions apparaissent dans toute l'Espagne afin non seulement d'unifier ces institutions mais aussi de proposer un réseau de soins qui soit public⁵. L'idée selon laquelle l'Etat doit être une pièce maîtresse du dispositif est présente dans tous les esprits⁶. Comme le dira Jacint Reventós en 1933, alors que l'organisation du système antituberculeux par la Generalitat est déjà bien en marche, deux possibilités s'offrent à l'heure de structurer l'œuvre

¹ Sur le fonctionnement des mutuelles en Espagne et en particulier en Catalogne au début du XX^{ème} siècle, GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*

² Sous entendant l'œuvre de bienfaisance privée comme d'auto-assistance avec le mutualisme.

³ « En todos los países la obra inicial ha sido realizada por una institución privada », SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 47.

⁴ GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, p. 173.

⁵ Sur la prise en charge publique et la bienfaisance publique en Catalogne, voir également la thèse de Carles Grabuleda, *Ibid.*

⁶ Voir par exemple les propos du docteur madrilène Alvarez Rodríguez Villamil datant du début du XX^{ème} siècle : « Pero no creemos que el remedio de este agudísimo mal esté en la caridad y beneficencia, sino que afirmamos que el Estado y el Municipio son los llamados en primer lugar a remediarlo. », ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis*, 1912, *op. cit.*

antituberculeuse pour les autorités publiques : soit créer un « camí nou », un nouveau chemin, soit composer avec les institutions déjà existantes¹. Quoi que ce médecin en dise, c'est bien dans cette voie que prétendent s'inscrire toutes les propositions faites par les médecins depuis le début du XX^{ème} siècle. Il ne s'agit en aucun cas de faire table rase du passé, ce qui signifierait une perte de moyens tout autant que d'efficacité pour Lluís Sayé². Comment les organismes publics se connectent-ils au système de soins privé ? D'un point de vue théorique, et comme l'a longuement démontré Jorge Molero Mesa dans sa thèse, c'est par le cadre législatif et scientifique que l'Etat et en particulier l'Etat Républicain s'immisce peu à peu au cœur même des établissements privés³. Mais ces organismes publics veulent aussi participer à la lutte de manière pratique et en particulier prendre en charge, en partie du moins, l'œuvre clinique. Olivier Faure et Dominique Dessertine expliquent que dans le cas de la France et plus spécifiquement de la région lyonnaise, les institutions publiques viennent prendre en charge l'œuvre antituberculeuse lorsque les structures privées sont déficientes⁴. Ce n'est bien sûr pas l'objectif des propositions organisationnelles des médecins dans les années 1920-1930 à Barcelone, qui souhaitent plutôt mettre en relation toutes les institutions les unes avec les autres, les compléter positivement, et ne pas être un pis aller. Dans la majorité des plans de la lutte antituberculeuse réalisés par les médecins depuis le début du XX^{ème} siècle décryptés par Jorge Molero Mesa, les médecins proposent effectivement de compléter l'infrastructure existante, en créant d'autres lieux de soins connectés entre eux et cette fois gérés directement par les organismes publics⁵. Mais si ces propositions sont nombreuses, elles n'aboutissent pas toujours et les constructions d'édifices à des fins sanitaires ou hospitalières ne sont pas si importantes. Dans la pratique, on constate surtout une importante somme de subventions publiques accordées à des institutions privées. La participation financière des différentes autorités publiques aux œuvres caritatives et aux différents lieux de soins antituberculeux et plus généralement médicaux ou encore de prises en charge sociales est une réalité totalement assumée par les médecins. Pour beaucoup, la lutte antituberculeuse doit être avant tout financée par l'Etat, même si les associations caritatives participent beaucoup, mais la situation de stagnation budgétaire dans laquelle se trouve l'Espagne en général tout au long de la période explique largement cette volonté de s'intégrer au réseau déjà existant et donc de

¹ Critique de Jacint Reventós au projet de construction d'un nouveau dispensaire de la Generalitat de Catalunya publiée dans *La Publicitat* le 13 avril 1933.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 68.

³ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, pp. 307356.

⁴ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, 1988, *op. cit.*, p. 97.

⁵ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

choisir de maintenir des établissements, en les aidant¹. Carles Grabuleda Teixidor a étudié ce financement public d'établissements privés à des fins de bienfaisance et d'assistance publique². Selon lui depuis le XIX^{ème} siècle ce sont les municipalités qui les premières sont chargées de subvenir aux besoins de l'assistance sociale entre autre la lutte antituberculeuse³. La municipalité de Barcelone en particulier, au début du XX^{ème} siècle tente de mener à bien « une étape d'interventionnisme public, dans un réseau d'assistances mixtes, en récupérant des fonctions occupées par d'anciennes congrégations religieuses »⁴. L'autre échelle d'intervention est constituée par la Diputació Provincial, qui elle aussi se voit chargée à la même époque d'intervenir financièrement pour aider l'œuvre sociale et clinique. Nous le savons, avec la création de la Mancomunitat en 1924 puis à nouveau le rétablissement de la Generalitat de Catalunya en 1931, les attributions en termes de santé publique de la Diputació sont transférées à ces nouvelles structures politiques⁵. Ainsi les tuberculeux qui dans les années 1930 sont soignés au Sanatorium de l'Esperit Sant voient leur séjour fréquemment payé par l'Etat, et ce par le biais d'une de ces structures⁶. De la même manière, les différents asiles et hôpitaux qui reçoivent des malades peu aisés sont tous aidés et financés en partie par les institutions publiques⁷.

Cette logique, que Carles Grabudela nomme libérale qui consiste en une structure d'accueil et de soins mixte, entre privé et public est un choix que les médecins veulent pragmatique, mais qui suscite aussi des opinions diverses⁸. Josep Dencàs lorsqu'il défend son projet de construction d'un nouveau dispensaire face aux critiques qui considèrent que l'argent serait mieux employé en finançant des lits dans des institutions même privées ne montre pas clairement une hostilité envers ce système mais semble tout de même rester sceptique⁹. A l'inverse, dans les années républicaines, face à un interventionnisme jugé croissant dans le

¹ *Ibid.*

² Il est parfois peu aisé de faire la différence entre bienfaisance et assistance publique. Bien que les autorités publiques parlent volontiers de services d'assistance en lieu et place d'employer le terme de bienfaisance, dans la pratique les structures n'ont pas toujours changé fondamentalement, voir plus haut.

³ GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, pp. 196-355.

⁴ *Ibid.*, p. 374.

⁵ HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, Voir aussi SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, 1993, *op. cit.*

⁶ A propos des financements des séjours des malades au sein du Sanatorium de l'Esperit Sant, voir plus loin.

⁷ Voir le tableau des institutions bénéfiques en Catalogne au début du siècle précisant les types de financement et les sommes accordées dans TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, pp. 374-379.

⁸ Voir notamment les oppositions formulées dans la presse libertaire dans les années 1920-1930, chapitre 7.

⁹ Réponse de Josep Dencàs dans *La Publicitat* le 14 avril 1933.

domaine de la lutte antituberculeuse, d'autres médecins comme Jacint Reventós mais aussi Conrad Xalabarder préfèrent voir se maintenir un système mixte, qui permet aussi, nous le verrons, un certain équilibre entre œuvre sociale et œuvre clinique¹.

Ainsi à première vue la lutte antituberculeuse se trouve morcelée et éparpillée sur le territoire barcelonais, entre les mains d'institutions qui n'ont pas les mêmes logiques, ni les mêmes buts, ni les mêmes ambitions ni, encore moins, les mêmes caractéristiques. A cette juxtaposition théorique de réseaux peu solidaires entre eux, s'oppose d'abord une réalité pratique, puisque nous l'avons dit les malades suivent des logiques différentes, mais aussi une tentative menée par différents collectifs pour unifier et structurer l'effort fourni par tous dans le domaine antituberculeux. Dans les années 1930 il est depuis longtemps assumé que l'effort d'unification doit venir de l'Etat ou du moins d'une structure publique, mais le schéma choisi depuis le XIX^{ème} est celui d'un système mixte, qui souhaite composer avec les institutions existantes. Cela se caractérise d'abord et surtout par une intromission légale mais aussi financière dans les institutions privées majoritairement représentées dans la lutte antituberculeuse. Mais s'il est vrai que le premier lien entre public et privé apparaît dans ce financement public d'établissements et d'organismes privés, l'ambition des autorités va au-delà. Il ne s'agit pas seulement de reprendre et d'aider une organisation privée basée sur la bienfaisance qui ne correspond pas d'ailleurs aux idées modernes de la prise en charge sociale et clinique efficace. Il faut créer un système englobant public, au sein duquel une autorité publique supérieure guide toutes ces institutions connectées entre elles.

2. Des malades intégrés dans une structure de soins pyramidale dirigée par le public ?

Les organismes publics ne se limitent pas à compléter l'œuvre antituberculeuse réalisée par les institutions privées, quelles qu'elles soient. L'idée est de créer une structure qui englobe tous les aspects et tous les lieux et acteurs de la lutte, qui les connectent entre eux. Surtout, c'est bien un organisme public qui doit se trouver au sommet de l'organisation antituberculeuse. Jorge Molero identifie différentes étapes dans la mise en place d'une

¹ Interventions de Jacint Reventós et Conrad Xalabarder, dans *La Publicitat*, le 13 et 16 avril 1933.

organisation antituberculeuse¹. Selon lui, les premiers projets d'unification des systèmes de soins antituberculeux remontent à 1889 en Espagne, et sont des initiatives timides qui constituent une base théorique pour la suite. C'est en 1906 que pour lui commence véritablement l'action de l'Etat qui construit des lieux de soins et finance des institutions privées². A partir de 1912, toujours selon l'historien, commence une période de relative inactivité en matière de santé publique de la part des autorités ce qui explique l'augmentation des initiatives d'ordre privé. Dans le cas barcelonais, un premier effort de coordination, à échelle réduite cependant, vient effectivement d'une institution privée, le Patronato de la lucha antituberculosa de Catalunya, créé en 1903³ qui se fond en 1922 dans l'œuvre de bienfaisance de La Caixa de Pensions i Vellesa⁴. A partir de 1931 et jusqu'en 1936 ou 1939 peut-être pour la Catalogne, commence une étape que Jorge Molero nomme d'étatisation, durant laquelle la lutte antituberculeuse passe aux mains de l'Etat. Concrètement nous l'avons vu en Catalogne avec les premiers efforts de la Mancomunitat dans les années 1920, il est possible de dire que l'organisation de la lutte antituberculeuse commence à devenir une priorité des pouvoirs publics, qui la conçoivent hiérarchisée, construite autour d'un organe tel que Service d'assistance aux tuberculeux créé en 1919. Autrement dit, il s'agit d'un système non seulement qui évolue vers une prédominance du public sur le secteur privé, mais aussi qui est organisé de manière pyramidale avec à la pointe un service qui non seulement est public mais aussi dirigé et coordonné par un médecin soit selon des théories médicales considérées comme objectives.

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 163.

Plus généralement, pour un rappel sur les grandes lignes de l'institutionnalisation de la médecine de l'assistance ou la création d'une médecine administrative au XIX^{ème} siècle en Europe, voir JORI, Gerard, « La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII. », *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, n° 431, Universitat de Barcelona, 2013.

Sur la volonté de transformation des structures de santé publique en Espagne pendant la Seconde République, voir SERRALLONGA URQUIDI, Joan, « Reformadores y reaccionarios en la estructura central de Sanidad en España, 1931-1936 », *Investigaciones históricas : Época moderna y contemporánea*, N° 29, Universidad de Valladolid, 2009, pp. 241-264.

² Voir plus haut. Ce type d'actuation continue jusque dans les années qui nous préoccupent.

³ NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona, 1932*, *op. cit.*, p. 41. Ce Patronato inaugure les deux dispensaires blancs, le sanatorium de Torrebónica notamment. Il a à sa tête Eduard Xalabarder i Serra.

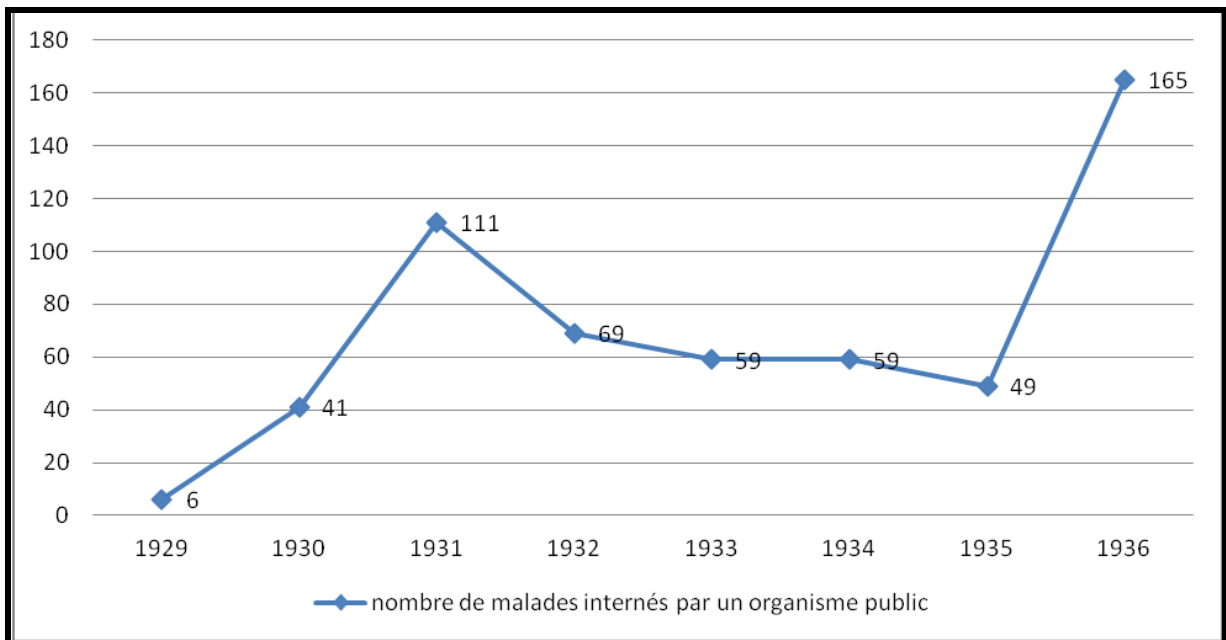
⁴ *Ibid.*, p. 42.

- *Une évolution constatée vers le public au sein des lieux de soins*

Dans les parcours des malades que nous avons pu décrypter, les institutions publiques ne sont pas les plus présentes. Comme nous l'avons dit plus haut, la plupart sont internés ou hospitalisés dans un établissement privé. Ceux qui sont soignés à domicile, à l'exception des quelques malades visités au dispensaire, sont parfois aidés eux aussi par des organismes privés, dans le cadre d'une action de bienfaisance comme c'est le cas des dons aux tuberculeux pauvres de Catalunya Radio. Sur les trois établissements de départ qui correspondent aux trois types de lieux accueillant les malades, seul le dispensaire de Radas est entièrement public, et si l'hôpital Sant Pau et le sanatorium de l'Esperit Sant reçoivent des subventions importantes des pouvoirs publics, la structure en soi est religieuse. Par ailleurs, le personnel médical, en dehors des médecins semble majoritairement composé de religieuses. Pourtant entre 1929 et 1936, les pouvoirs publics s'immiscent de plus en plus dans ces établissements par le biais d'une prise en charge des malades. En effet, pendant cette période de plus en plus de patients internés à l'Esperit Sant le sont grâce aux pouvoirs publics, notamment en 1931 au début de la Seconde République comme l'illustre le graphique ci-dessous¹.

¹ Les organismes publics qui envoient des malades dans ces établissements sont les municipalités de Barcelone ou de Sant Adrià del Besós, La Diputació Provincial de Barcelona et la Generalitat de Catalunya. Registres d'entrées de l'Hôpital-sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC.

Graphique 13 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant par un organisme public



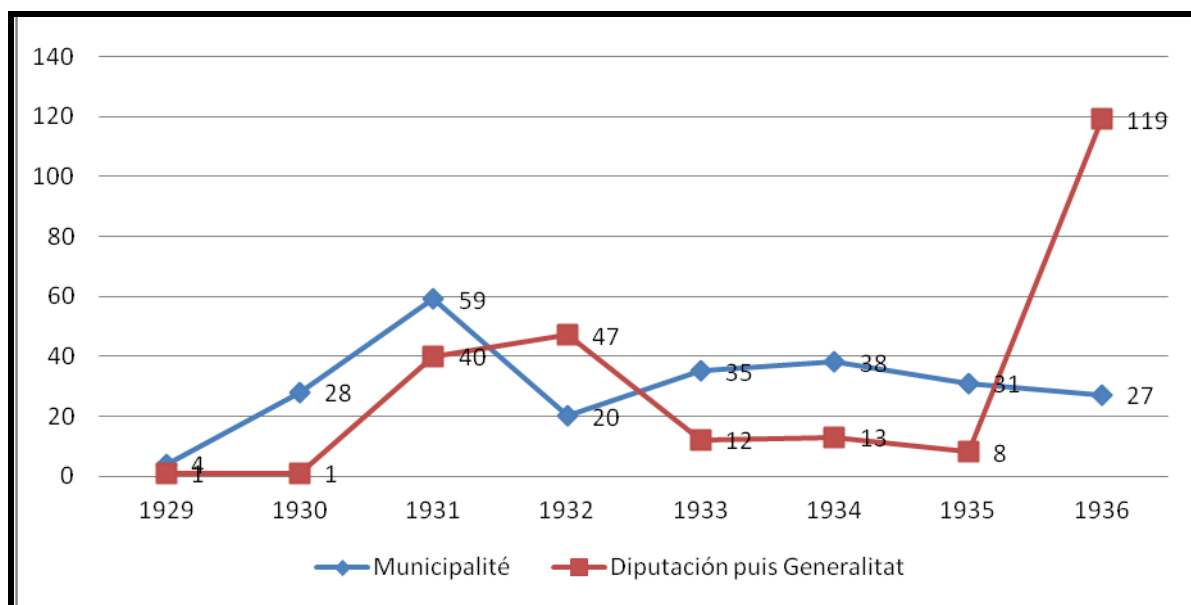
(Source : registres d'entrée de l'Hôpital Sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC)

Notons que la croissance du poids des institutions publiques, municipales, provinciales comme régionales dans ce lieu de soin privé qui, par ailleurs, ne correspond pas forcément à la logique médicale moderne, s'explique aussi selon des facteurs conjoncturels, politiques et médicaux. En 1931 et 1932, l'inversion publique est plus importante, due notamment au transfert des autorités sanitaires depuis la Diputació vers la Generalitat, même si en 1931 ce sont les municipalités qui financent le plus de séjours, ce qui s'explique notamment par le fait que cela entre dans leurs attributions que de prendre en charge les « pobres de solemnidad »¹. Mais avec le rôle croissant de Lluís Sayé et de son service d'assistance de la Generalitat au sein des questions antituberculeuses, ses théories modernes plutôt hostiles au sanatorium et à la cure de repos permettent peut-être d'expliquer le fait que finalement le nombre de malades envoyés par les institutions publiques vers ce lieu de soin stagne voir se réduit. Car la pratique médicale de l'Esperit Sant, reste celle d'un sanatorium, malgré les salles de chirurgie ou de radiologies et les effectives modifications apportées par Josep María Barjau. Ajoutons également que l'intérêt croissant de Lluís Sayé pour le soin à domicile peut aussi expliquer cette stagnation, puisque celle-ci est bien plus importante pour les malades envoyés par la

¹ HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.* Depuis le XIX^{ème} siècle la municipalité doit prendre en charge les démunis et malades pauvres, soit ceux qui possèdent un certificat de pauvreté.

Generalitat que pour ceux envoyés par les différentes municipalités, comme le montre le graphique suivant.

Graphique 14 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant par les municipalités ou par la Diputación puis la Generalitat entre 1929 et 1936



(Source : registres d'entrée de l'Hôpital Sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC)

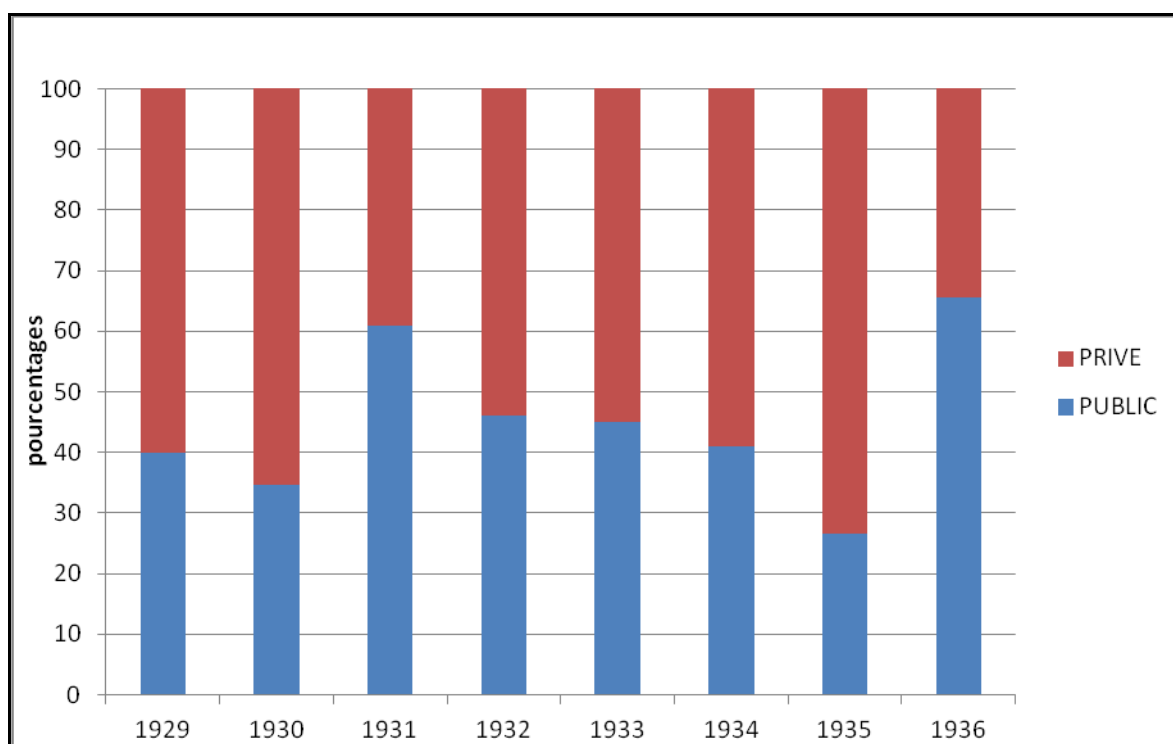
En 1936 par contre, le nombre de malade dont le séjour est financé par une institution publique augmente radicalement. Et c'est bien une inversion du rôle de la Generalitat qui est responsable de ce fait, puis le Comité de Guerre lors de la requisition du bâtiment¹. Cela s'explique par plusieurs éléments, une augmentation du poids de la Generalitat dans tous les domaines politiques d'abord et le fait que les autres hôpitaux sont réquisitionnés à d'autres fins ensuite². Si la présence de la Generalitat n'augmente pas de manière régulière au sein de cet établissement, celle des municipalités est, elle, assez continue. Notons tout de même que

¹ A la fin de la période certains malades sont internés par le biais du « comité de guerre », nous avons supposé qu'il s'agissait de la CNT, qui nationalise le bâtiment pendant la Révolution sociale.

² Dans les fiches cliniques de Sant Pau nous avons pu constater le grand chamboulement que suppose la guerre dans l'organisation de l'hôpital puisque notamment le service antituberculeux commence à traiter des malades blessés ou encore les fiches cliniques ne sont plus du tout complètes, etc. En ce sens, il est donc possible que les autorités catalanes cherchent à envoyer les malades tuberculeux dans d'autres lieux moins directement affectés par l'effort de guerre. Voir également : HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, p. 130.

uniquement en 1931 puis 1936 les institutions publiques ont envoyé plus de malades que les privées.

Graphique 15 : Evolution de l'inversion publique et privée dans les séjours des malades dans l'Esperit Sant entre 1929 et 1936



(Source : registres d'entrée de l'Hôpital Sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC)

Finalement cette augmentation de l'effort des pouvoirs publics en valeur réelle met en avant le fait que ces derniers commencent à prendre en charge le patient tuberculeux interné dans un lieu privé ce qui suppose un accroissement du poids public dans la structure privée. En effet, il ne s'agit pas ici de financer simplement le lieu, ce qui est aussi une réalité par ailleurs, mais bien de prendre en charge le patient, puisque c'est cette entité publique, qu'il s'agisse de la Generalitat ou le plus souvent de la municipalité, qui fait entrer le malade¹, rendant sa présence en tant qu'agent décideur de plus en plus importante.

¹ L'expression exacte employée dans les registres d'entrées est : « ingresado por mediación de », que nous pouvons traduire par « entré par le biais de » ou « grâce à l'aide de ». Nous supposons qu'à l'image d'autres sanatoria les subventions indirectes couvrent le coût du personnel et des installations, mais que le séjour du malade est financé par la personne ou l'organisme qui l'envoie. Par ailleurs, d'autres hypothèses peuvent être évoquées, en fonction du statut du malade lorsqu'il entre à l'Esperit Sant puisque l'établissement accueillait des malades déjà pris en charge la plupart du temps mais disposait aussi de quelques lits pour des malades pouvant payer leur séjour. Il est par conséquent possible qu'au vu du manque de lits, des tuberculeux sans moyens

De la même manière, les historiens de la médecine et de santé publique décrivent aussi une évolution similaire qui se caractérise par une plus forte présence des autorités publiques au détriment des autorités privées qui prenaient en charge la lutte antituberculeuse traditionnellement¹. A l'échelle de l'Espagne d'abord, le Real Patronato parfaitement connecté avec l'œuvre de bienfaisance menée par les « juntas de Senyores » est remplacé par des juntas provinciales, directement connectées à la Direction de la Santé publique². A l'échelle catalane, nous l'avons dit le Patronato créé en 1903 et rattaché par la suite à l'œuvre sociale de la Caixa de Pensions constitue le premier réseau complet ou presque pour lutter contre la maladie. Dans ce cadre la présence des femmes bourgeoises et aristocrates reste particulièrement présente ce qui contribuait à faire de cet organisme une structure tournée vers la bienfaisance et non l'assistance moderne. Dans les années républicaines, c'est bien la Generalitat et en l'occurrence le Service d'assistance aux tuberculeux qui récupère ce rôle structurel³, comme l'explique le docteur Joan Freixas i Freixas, lorsqu'il fait part au journal *La Publicitat* de son opposition au projet de construction du dispensaire central⁴.

- *Une structure pyramidale de soins, dirigée depuis le dispensaire*

Le projet d'unification du réseau de soin antituberculeux proposé par Lluís Sayé et validé par la Generalitat de Catalogne repose sur plusieurs points fondamentaux. D'abord un réseau global, qui ne distingue pas œuvre sociale, de prévention comme de formation universitaire et œuvre clinique, de traitement. Ensuite un réseau guidé par les médecins et les nouvelles théories et techniques médicales. Enfin et surtout, un réseau dont le point central est le service d'assistance de la Generalitat. Localement cette centralisation privilégiée sur la multiplication de lieux de soins se matérialise dans le Dispensaire central⁵. En effet, ce dispensaire est polyvalent, et associe toutes les fonctions de la lutte antituberculeuse depuis l'enquête

financiers soient internés grâce à un financement direct dans le cadre d'un séjour payant. Sur ces questions, voir MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

¹ HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*

² *Ibid.*, p. 307.

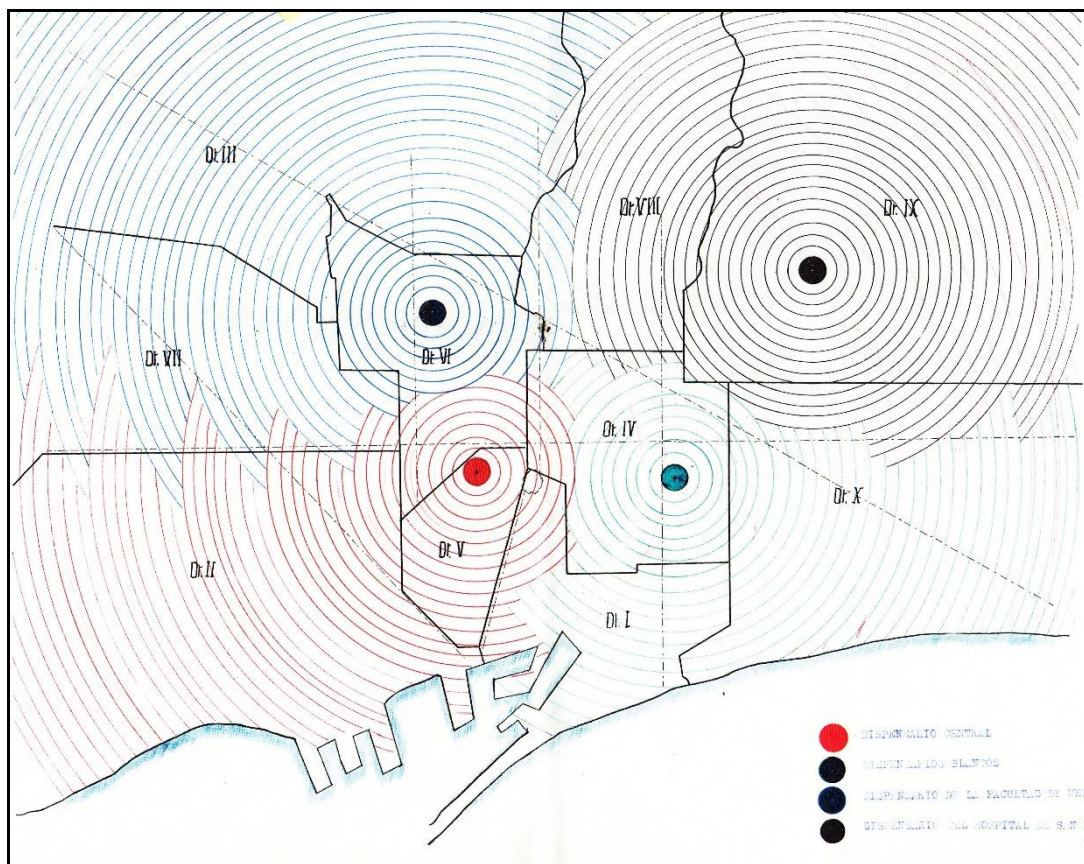
³ Nous réfléchissons plus loin sur l'intégration du réseau de la Caixa à la structure globale de la lutte antituberculeuse.

⁴ Le docteur Freixas i Freixas responsable du service des femmes à l'hôpital de Sant Pau, n'apprécie pas le projet de dispensaire central de Josep Dencàs mais évoque un projet initial de Lluís Sayé qui permet une organisation complète de la lutte antituberculeuse. *La Publicitat*, 16 avril 1933.

⁵ Soit le dispensaire de la Generalitat, situé à la rue Radas puis le nouveau dispensaire en projet, rue Torres Amat. Comme Jorge Molero l'explique, Lluís Sayé investi tous les fonds de la Generalitat dans un centre bien doté. MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 269.

épidémiologique jusqu'aux fonctions thérapeutiques. De ce point de vue, la fonction du dispensaire central dépasse celle d'un simple dispensaire local qui diagnostique, traite parfois ou envoie les malades dans les différents lieux de soins pour y recevoir un traitement approprié tel que nous l'avons décrit plus haut¹. Ce dispensaire a aussi une fonction de coordination supplémentaire comme l'indique ce schéma réalisé par le médecin lui-même².

Carte 38 : Zones d'influence des différents dispensaires barcelonais dans les années 1930, schéma réalisé par Lluís Sayé³



(Source : Fond du Dr. Lluís Sayé, « Departament de Sanitat i centre de prevenció i control de la tuberculosi « Lluís Sayé » », ANC.)

¹ Voir plus haut.

² Fonds du Dr. Lluís Sayé, Provenant du « Departament de Sanitat i centre de prevenció i control de la tuberculosi « Lluís Sayé » », ANC.

³ Les quatre dispensaires représentés sont : le dispensaire central, situé rue Torres Amat dans le district V (en construction à l'époque), le dispensaire Blanc de la Caixa de Pensions situé Passeig de Sant Joan dans le district IV, le dispensaire de l'hôpital de Sant Pau dans le district IX, le dispensaire de la faculté de médecine, dans le district VI. Sur le document original, il est visible que Dispensaire central de la Generalitat a une zone d'influence qui s'étend au-delà des districts II et V, et couvre toute la ville.

Son influence, dans tous les domaines, s'étend sur toute la ville, et avec elle, bien sur, celle de la Generalitat dans le domaine de la lutte antituberculeuse. Cette coordination globale passe par plusieurs biais qui correspondent aux différents aspects de la lutte antituberculeuse. D'abord, Lluís Sayé a été chargé par la Mancomunitat dans les années 1920 d'organiser la lutte antituberculeuse à l'échelle de la Catalogne¹, c'est ce qui l'a conduit pendant plusieurs années à accumuler les statistiques, considérant que ce travail de connexion devait se baser sur une analyse précise du terrain². La préoccupation statistique est particulièrement présente dans le dispensaire central, d'autant plus que dans le nouveau dispensaire construit par le GATCPAC étaient prévues une salle d'archives et une bibliothèque³. L'étude épidémiologique qui se matérialise par cette production de données quantitatives est en effet une des fonctions principales du dispensaire, en témoignent les articles des médecins tel celui de Carlos Diez Fernández, basé sur les données de son dispensaire du district de la Universidad à la même époque qui permettent d'obtenir des données fiables sur la maladie⁴. Les données amassées par Lluís Sayé sont nombreuses et à l'inverse du labeur de Carlos Diez Fernández dépasse largement le cadre du seul dispensaire et de sa zone d'influence immédiate pour couvrir la totalité de la Catalogne. Le médecin dans le cadre de son service d'assistance récupère des données de mortalité et de morbidité de la Catalogne au travers de différentes sources, régionales et locales, et les met en relation pour construire et affiner son projet⁵. A cette récupération de données statistiques faisant partie de l'enquête épidémiologique élargie, s'ajoute la fonction d'enseignement. Le service antituberculeux de la Generalitat, et par là même le dispensaire, a pour mission de former les professionnels depuis les infirmières visiteuses jusqu'aux médecins aux nouvelles techniques thérapeutiques et normes de prévention. Cette fonction d'enseignement se concrétise par la présence de ce service dans les Universités, mais aussi et surtout au sein même du dispensaire central, puisque le nouveau centre prévu par le GATCPAC comporte notamment une salle d'actes⁶. En ce qui concerne la lutte antituberculeuse dans ses fonctions de prévention comme de guérison, le dispensaire central prétend être le fer de lance de la médecine moderne en Catalogne. Il est parfaitement intégré dans le système européen et diffuse la santé grâce aux moyens médicaux modernes, comme l'exemple du BCG en est la plus grande preuve. Le vaccin mis au point par Calmette

¹ CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

² C'est d'ailleurs l'une des raisons de l'implantation du dispensaire de Torres Amat au cœur du Raval.

³ PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*

⁴ DIEZ FERNANDEZ, Carlos, *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Gráf. Universal, Madrid, 1935, 62 p.

⁵ Voir notamment la documentation conservée dans Fonds du Dr. Lluís Sayé, Provenant du « *Departament de Sanitat i centre de prevenció i control de la tuberculosi « Lluís Sayé »* », ANC.

⁶ PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937*, 1993, *op. cit.*

est adopté par Lluís Sayé qui l'analyse au sein de son laboratoire situé dans le dispensaire central avant de le produire en grande quantité plus tard¹. L'objectif est de vacciner toute la population catalane, et en cela encore une fois l'influence du dispensaire sort des limites municipales barcelonaises. La proposition faite par Lluís Sayé et adoptée par le Conseiller de santé publique en 1933 de mettre en place un dispensaire ambulancier, concrètement un camion équipé pour aller directement diffuser la santé dans les quartiers entre elle aussi dans une logique médicale moderne inspirée d'autres villes européennes². La fonction du dispensaire ambulancier tel qu'il est conçu est elle aussi multiple, tout comme le dispensaire central. Il s'agit à la fois de recenser les cas, réaliser un travail de prévention et d'information, diagnostiquer, vacciner et apporter les traitements adéquats directement chez les malades. Mais le dispensaire central n'est pas seulement un gros dispensaire avec une aire d'influence plus étendue, il est surtout la traduction géographique du service d'assistance sociale aux tuberculeux de la Generalitat, qui outre réaliser des enquêtes et proposer des solutions pour organiser la lutte antituberculeuse a aussi comme fonction de coordonner, d'orienter et donc de surveiller l'action médicale et préventive des autres centres. Ainsi, parmi les données collectées par le Service nous retrouvons des documents statistiques et des résumés concernant l'action de vaccination dans les dispensaires Blancs de la Caixa, sur lesquels Lluís Sayé et le service de la Generalitat ont donc un œil³. En cela le médecin contribue à renforcer la place du dispensaire et du Service en tant que sommet d'une structure de lutte pyramidale barcelonaise cette fois, tout en quadrillant efficacement la ville pour diffuser la santé. Enfin le dispensaire central, en tant que lieu public recevant des malades gratuitement, peut être considéré comme un concurrent pour les médecins privés⁴. Afin de palier ce problème, les médecins du dispensaire central reçoivent des patients d'autres médecins sur leur demande, pour les ausculter ou leur faire passer des radiographies⁵. Encore une fois le dispensaire central se positionne donc comme le lieu de soins de référence, qui collabore avec toutes les autres structures, guidant les pratiques des médecins, et facilitant l'accès aux techniques

¹ CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

² Lluís Sayé évoque un procédé utilisé notamment dans les régions rurales, en Italie dans la région de Gènes, en Allemagne ou encore au Canada. SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 20. Josep Dencàs dans sa réponse à *la Publicitat*, défend un système global de dispensaire qui a fait ses preuves en Russie. *La Publicitat*, le 14 avril 1933.

³ 1920-1942 « Estadístiques i resums sobre vacunacions contra la tuberculosi », Carton 9, Fonds Lluís Sayé, ANC.

⁴ C'est ce qu'a pu constater Jorge Molero en étudiant la mise en place des dispensaires dans des villes comme Madrid ou Grenade. MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 392.

⁵ Voir la correspondance entre médecins conservée dans les dossiers familiaux du « *Servei d'assistència social dels tuberculosos* », Dépôt du CAP RSD.

modernes couteuses, telles que la radiologie et non pas comme établissement ayant pour seule fonction d'accueillir les plus pauvres¹. La logique est donc impeccable, le dispensaire centre d'une logique médicale bien rôdée nous l'avons dit est le lieu pratique de la diffusion de la médecine moderne, et à la fois le centre décisionnel de la Generalitat. Concrètement cette concentration de pouvoirs, de décisions, de diffusions ou encore de coordinations au sein du même lieu, le dispensaire central, explique en grande partie cette volonté si critiquée de construire un édifice aussi imposant que celui de la rue Torres Amat.

- *Quelles autorités publiques ?*

S'il semble se mettre en place ou du moins se projeter une organisation de la lutte antituberculeuse qui place l'institution publique au cœur décisionnel du système, cela ne signifie pas forcément une homogénéité du « public ». Olivier Faure et Dominique Dessertine ont notamment évoqué un financement public multiple de l'aide sociale, et Yannick Marec a expliqué la pertinence de l'échelle communale pour le cas de Rouen². En effet, cela nous conduit dans un premier temps à réfléchir autour de la coexistence de plusieurs autorités publiques sur un même territoire ou une même aire d'influence. Ensuite, la question des autorités en Catalogne est particulièrement délicate à cette époque notamment, et nous verrons comment se situe l'organisation antituberculeuse publique vis-à-vis d'une dualité régionalisme/centralisme, ou Catalogne/Espagne. Mais si la question de l'autonomie catalane transparait, c'est plutôt du côté d'une autonomie médicale du système vis-à-vis de l'Etat en général que s'orientent les médecins du moins dans leurs projets.

La coexistence de plusieurs autorités sur un même espace suppose que, pour que la lutte antituberculeuse soit efficace, la collaboration soit effective entre les différentes institutions. Concrètement comme nous venons de le voir plus haut, à partir de 1931 nous constatons une prédominance de la Generalitat dans le domaine de la Santé Publique en général et de la lutte

¹ Jorge Molero Mesa évoque néanmoins la promulgation d'un décret en août 1935 qui obligeait les dispensaires à vérifier l'absence de moyens de leurs patients avant de les accepter et par là à réduire l'influence des dispensaires sur le reste de la lutte antituberculeuse. MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 394.

² DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », *op. cit.*, pp .139-152. MAREC, Yannick, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles : des expériences rouennaises aux politiques nationales*, PUR, 2006, Rennes, 404 p.

antituberculeuse en particulier¹. Pour rester sur le territoire barcelonais, c'est pourtant la municipalité de Barcelone qui doit officiellement se charger des tuberculeux pauvres, et qui d'ailleurs envoie le plus de patients se soigner à l'Esperit Sant par exemple. Mais l'importance de la Generalitat s'accroît, en tant qu'organe de coordination par excellence notamment grâce que sa faculté législative. Carles Hervàs Puyal évoque ainsi les différentes lois promulguées par le Parlement Catalan, dont la « *Llei de bases per a l'organització dels serveis de Sanitat i d'Assistència Social a Catalunya* »² promulguée le 22 mars 1934 qui prévoit la mise en place d'une structure générale qui permette la collaboration des différents services municipaux, de la Generalitat et de l'Etat³. Dans cette organisation cependant, c'est la Generalitat qui se trouve être le point culminant et l'organe de coordination entre les différents services publics et aussi privés :

« La direcció ha d'imposar-se per l'autoritat del Govern de la Generalitat, enrobustida pel prestigi tècnic i per la creació o incrementació d'organismes a càrrec de la Generalitat, compatibles amb el màxim desplegament de les iniciatives locals i de caràcter privats, a les quals serà ofert un ajunt eficient a canvi d'una intervenció tutelar en tot el que pertanyi a la funció netament sanitària »⁴.

Une autre loi promulguée quelques mois plus tard et citée elle aussi par Carles Hervàs Puyal permet de coordonner les actions de la Municipalité et de la Generalitat. Cette « *Llei de la Carta Sanitaria* » unifie les normes de fonctionnement des hôpitaux, coordonne les efforts concrets dans les campagnes de lutte précises, mais aussi permet de récupérer à échelle régionale des établissements traditionnellement gérés par la municipalité⁵. Finalement nous voyons une volonté d'efficacité qui conduit à mettre en place un système de coopération, mais très dirigée dans le sens de la Generalitat. Si nous revenons avant 1931 et l'étape républicaine, la Mancomunitat avait dès les années 1920 récupéré les fonctions de coordination de la santé publique et en l'occurrence des structures antituberculeuses. Avec l'avènement de la dictature

¹ HERVÀS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*

² « Loi des bases pour l'organisation des services de santé publique et d'assistance sociale en Catalogne », *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 26.

⁴ « La direction doit être imposée par l'autorité du Gouvernement de la Generalitat, renforcée par le prestige technique et par la création ou l'amélioration d'organismes gérés par la Generalitat, compatibles avec un développement maximum des initiatives locales et de caractère privé, auxquels sera offerte une aide efficiente en échange d'une intervention tutélaire dans tout ce qui à trait à la fonction clairement sanitaire. » Loi citée par Carles Hervàs Puyal dans *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, p. 26.

⁵ *Ibid.*, p. 30.

de Primo de Rivera, le système des autonomies disparaît, mais le service d'assistance aux tuberculeux créé lui reste géré par une entité régionale ou plutôt provinciale, la Diputación Provincial, l'un des enjeux étant de soustraire le Service à l'influence du Real Patronato considéré comme une structure de bienfaisance peu adaptée au bon fonctionnement de la lutte antituberculeuse¹. Nous voyons donc une volonté de privilégier l'échelle régionale ou locale, face à l'échelle nationale qui ici se double surtout de conceptions médicales. De manière générale jusqu'en 1936, ce sont bien des considérations médicales qui priment sur le politique, ou du moins c'est ainsi que les médecins justifient leurs propositions qui penchent pour tel ou tel rôle de l'Etat dans la structure de lutte.

Nous l'avons dit c'est une question particulièrement sensible que celle des autorités publiques à cette époque, et malgré tout, la question de l'organisation de la lutte antituberculeuse, sur ce point, ne peut être séparée des considérations politiques. Rappelons qu'en octobre 1934 le gouvernement de la Generalitat proclame l'Etat Catalan ce qui lui vaut d'être emprisonné à Madrid jusqu'aux élections qui voient gagner le Front Populaire. Les médecins catalans qui tentent de mettre en place une structure complémentaire entre les différentes institutions publiques et privées ne peuvent rester en marge de cette polémique entre centralisme et régionalisme. Si l'on en croit Jorge Molero Mesa, la plupart des médecins espagnols considèrent que le financement de la lutte antituberculeuse doit venir du budget de l'Etat, dans sa plus grande partie². Lluís Sayé considère lui aussi que c'est là le premier rôle de l'Etat³. Mais quant à la distribution des fonctions selon les autorités publiques, il pense qu'une bonne solution est celle observée dans la plupart des pays européens en avance dans ce domaine par rapport à l'Espagne :

« centralización en todo cuanto afecta a normas directivas, consejos técnicos y alta inspección; descentralización máxima en la asistencia y profilaxis antituberculosa propiamente dicha »⁴.

Autrement dit, l'Etat central doit coordonner la lutte antituberculeuse de manière plutôt théorique alors que dans la pratique les coordinations thérapeutiques et prophylactiques sont

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 307. Des informations recueillies lors d'un entretien informel avec Neus Altet.

² *Ibid.*

³ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

⁴ « Centralisation pour tout ce qui est du ressort des normes directives, des conseils techniques et de l'inspection générale : décentralisation maximum pour l'assistance et la prophylaxie antituberculeuse proprement dite. », *Ibid.*, p. 48.

menées à bien par des institutions plus locales, concrètement des « Juntas Provinciales ». Cependant, pour le médecin, cette structure décentralisée mais dans laquelle l'Etat au travers de différentes institutions domine l'ensemble de la lutte antituberculeuse n'est que provisoire. En effet, le modèle que Lluís Sayé souhaite voir se développer en Espagne ou en Catalogne, est celui qu'il nomme français ou nord-américain, d'une association indépendante, connectée à l'Etat mais qui permet une relative autonomie de l'action des médecins. Ceux qui rendent effective la lutte antituberculeuse sont des Comités Provinciaux, très aidés par l'Etat pour l'instant, mais une fois mise en place, la structure de lutte sera gérée par une « *Asociación Nacional de lucha antituberculosa* », indépendante. Selon Lluís Sayé :

« el Estado deberá limitar su acción (...) a legislar, a contribuir económicamente y a coordinar la obra antituberculosa con otras análogas. »¹

Ce qui importe surtout ici est que le médecin place l'organisation antituberculeuse sous l'égide des médecins et non plus de l'Etat du point de vue thérapeutique et prophylactique. En cela, il montre la volonté de maintenir une autonomie médicale, mais aussi de mettre le médecin au centre de la lutte antituberculeuse, ce qui est selon lui chose juste puisqu'au vu de sa formation et sous le principe de neutralité scientifique, il est le seul à pouvoir mener le combat contre le microbe².

Alors que, traditionnellement, les tuberculeux pauvres étaient pris en charge par des réseaux caritatifs religieux puis laïcs, à partir du XX^{ème} siècle l'Etat par le biais de diverses structures publiques tente de reprendre en main la lutte antituberculeuse. Nous avons vu que les institutions publiques dépassent leurs attributions concernant exclusivement l'aide aux pauvres pour devenir le référent en matière de coordination de la lutte. Dans les projets des médecins comme des autorités catalanes, aboutis ou pas, l'idée est à la fois de structurer le réseau autour de l'autorité publique en plaçant les différentes institutions privées sous son influence, mais aussi de passer depuis un système caritatif vers un système qui assiste les malades. Dans le cadre barcelonais, il est possible de constater une évolution du poids de l'institution publique, et en particulier de la Generalitat pendant les années républicaines, mais

¹ L'action de l'Etat devra se limiter (...) à légiférer, à contribuer économiquement et à coordonner la lutte antituberculeuse au côté d'autres analogues. », *Ibid.*

² Voir la place des médecins dans l'organisation de la santé publique, expliquée dans HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op. cit.*, p. 22.

qui dépend aussi des établissements et des pratiques médicales. En effet, bien que l'on constate une augmentation du poids des institutions publiques dans le sanatorium de l'Esperit Sant, ce lieu de soins qui est encore considéré comme du ressort de la bienfaisance et de la cure hygiénique, n'est pas privilégié par les médecins du dispensaire public qui préfèrent sans doute envoyer leurs malades ailleurs, à l'hôpital Clinic par exemple. Ajoutons que la coordination est multiple, puisqu'il s'agit à la fois de relier des institutions privées qui ont été réorientées quant aux pratiques médicales, mais aussi de permettre une collaboration plus efficace entre différentes entités publiques qui prennent en charge les malades. Par ailleurs cette fonction de coordination assumée par les pouvoirs publics couvre tous les aspects de la lutte antituberculeuse, œuvre sociale comme œuvre clinique. Face à cette concentration de pouvoirs décisionnels, les médecins à l'image de Lluís Sayé revendiquent une relative autonomie de la lutte antituberculeuse vis-à-vis des autorités publiques. Cette autonomie permet à la fois de placer les médecins dans une position dominante et de décideurs, mais aussi, peut-être, d'intégrer plus facilement des institutions privées qui n'apprécient pas forcément les choix réalisés par les autorités publiques concernant la direction de la lutte antituberculeuse.

3. Privé et public, deux logiques de soins qui évoluent vers le médical et s'interpénètrent

Le fait que l'action de coordination de la lutte antituberculeuse soit menée par l'Etat ou la Generalitat n'enlève rien au fait que la plupart des séjours des malades, financés ou non par un organisme privé, se réalisent dans un établissement privé. Si le public semble être le cadre de la lutte, celle-ci fait donc surtout la part belle aux institutions privées, encore dans les années 1930 comme nous l'avons vu plus haut, en ce qui concerne la prise en charge effective des malades. Si tel est le cas, c'est avant tout parce que pour fonctionner, la lutte antituberculeuse a besoin du privé, mais aussi parce que celui-ci a su évoluer pour les médecins. En effet, la fameuse idée selon laquelle les institutions privées relèvent d'une prise en charge caritative et traditionnelle qui s'oppose à la médecine moderne et bien structurée comme œuvre d'assistance publique n'est pas une réalité visible dans le parcours des malades. D'abord l'évolution des institutions privées suppose une redéfinition de la prise en charge directe. S'il est vrai que le poids du public augmente dans la lutte antituberculeuse, cela

implique forcément des choix, qui parfois laissent de côté une partie des actions de prise en charge mais aussi, peut-être, des malades¹. En ce sens le privé est nécessaire pour compléter l'action publique ; comme l'explique Colette Bec, entre les deux « systèmes » il y a « plus de passerelles que de fossés » et il est possible de parler plutôt d'une véritable « continuité assistantielle »². Mais surtout, la structure privée n'est pas immobile, elle évolue dans le sens du progrès scientifique prôné par les médecins³. Par ailleurs le « privé » est loin d'être une entité homogène, et la prise en charge privée évolue aussi parce que les acteurs changent et se multiplient. Cette nouvelle acception du privé qui se recentre sur le domaine médical prend plus de forme, et devient un acteur de poids dans la lutte antituberculeuse, complétant parfois l'action des organismes publics, et parfois leur faisant concurrence. Derrière cette structure bien hiérarchisée promue par les médecins et les autorités publiques se cache une collaboration différente, qui parfois n'est pas, forcément, dirigée par le public, voire une répartition des fonctions cliniques et sociales entre différentes institutions parfois privées parfois publiques, mais en tout cas multiples. Il s'agira ici de mettre à jour cette relation de concurrence et de complémentarité, et à partir des parcours des malades et des médecins disponibles, d'observer une logique qui voit de nouveaux acteurs privés prendre en charge des patients alors que les organismes publics se concentrent sur l'œuvre prophylactique.

- *Vers des réseaux concurrents : l'action privée change de forme*

Dans un premier temps, les réseaux juxtaposés que nous avons évoqués plus haut n'ont pas forcément disparu avec la mise en place ou le projet de coordination publique. Dans la pratique, les malades sont pris en charge par une structure privée qui elle aussi évolue vers une médecine moderne, vidant de son poids l'argument selon lequel c'est l'initiative publique qui permet de moderniser le système de soins antituberculeux. Si l'action privée change de forme, c'est tout d'abord en lien avec l'action publique, qui s'insinue dans les normes des

¹ Voir la conclusion dans GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 325.

² BEC, Colette, *L'assistance en démocratie, Les politiques assistantielles dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, 1998, *op. cit.*, p. 10. Sur les tensions entre « assistance publique » et « bienfaisance privée », voir le compte rendu critique de la thèse de Yannick Marec réalisé par Jean Claude Caron : « Yannick MAREC, Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n°25, 2002, pp. 216-221.

³ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », *op. cit.*

établissements comme nous l'avons vu plus haut¹. Mais même indépendamment de ces exigences, ce sont les médecins eux-mêmes, individuellement, qui font évoluer les hôpitaux. Ainsi, le docteur Josep María Barjau est nommé médecin responsable du sanatorium de l'Esperit Sant en 1929. D'après le médecin lui-même le lieu est alors un centre d'accueil pour malades incurables, gérés par des autorités religieuses qui n'ont aucune idée des pratiques médicales modernes². Il entreprend alors de redéfinir les priorités mais aussi la fonction du lieu qui devient par la suite un sanatorium suburbain moderne, même si nous l'avons vu dans la pratique, les choses sont plus complexes et l'adaptation du lieu plus lente que voulue³. L'hôpital de Sant Pau, déjà par son architecture suit les nouveaux principes de l'hygiène⁴. Plus encore, la pratique clinique au sein de l'hôpital évolue elle aussi, comme le montrent les fiches cliniques du service du docteur Reventós, qui mettent en avant des opérations chirurgicales ou des traitements nouveaux⁵. L'hôpital de Sant Pau en ce sens n'a rien à envier à l'hôpital Clinic. Bien qu'à partir de nos sources il nous soit plus difficile de l'observer, il semble bien que les dispensaires blancs aient aussi une pratique très proche de celle du dispensaire central, la fonction de coordination et le rayonnement en moins⁶. Notons également que ces médecins si modernes, sont ceux qui travaillent dans ces établissements, et cette modernisation s'explique aussi par des individus.

La structure privée n'est donc pas immobile mais elle évolue également dans un autre sens : celui de la multiplication des acteurs. En effet, la structure privée, comme la structure publique est bien sûr composé d'entités et d'organismes distincts.

Dans un premier temps, c'est la bienfaisance traditionnelle qui change de forme et d'acteurs. Dans une vision classique nous l'avons vu, la présence des religieux tend à se réduire au profit des laïcs et en particulier des associations de Dames, bonnes âmes charitables depuis le XIX^{ème} siècle⁷. Cependant au début XX^{ème} siècle celles-ci laissent la place à un autre type

¹ Une idée prônée par Lluís Sayé, et une tentative de la part de la Generalitat pour mettre en place un tel réseau avec les différentes lois citées ci-dessus. Voir également : HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, 2004, *op cit*.

² BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya.*, 1932, *op.cit*.

³ Voir plus haut.

⁴ L'organisation de l'hôpital en petits pavillons isolés correspond bien aux théories modernes sur la tuberculose considérée comme une maladie contagieuse.

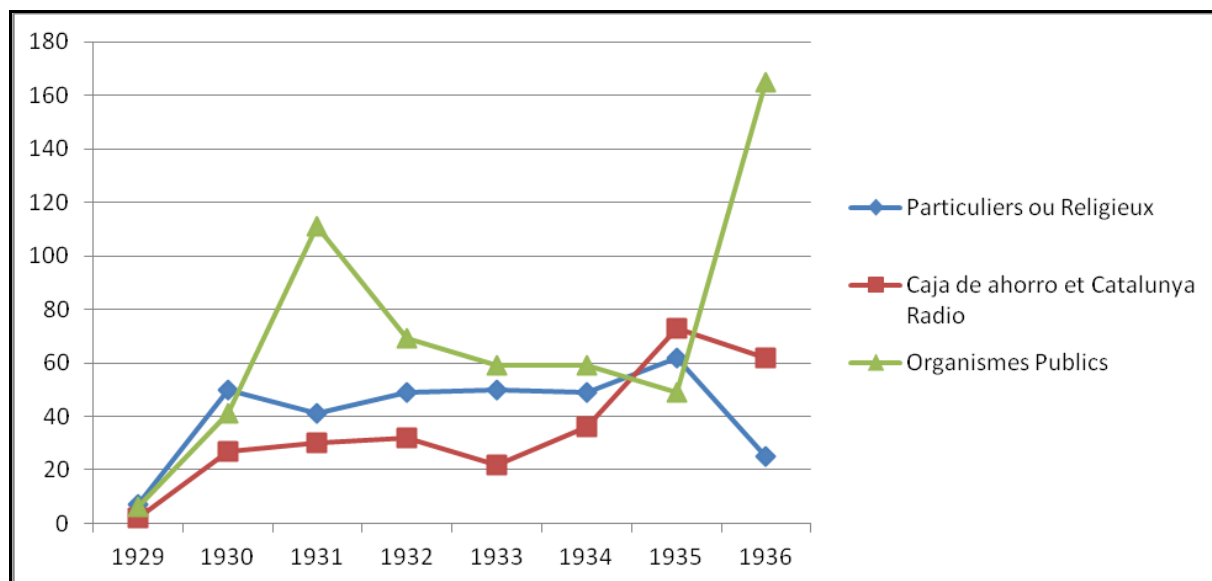
⁵ Pour une étude de l'évolution des hôpitaux et sanatoria plus poussée voir plus loin, chapitre 7.

⁶ Voir notamment CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999.

⁷ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit*. Voir également sur la France, DUPRAT, Catherine, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social, à Paris au cours du premier XIX^e siècle*, 1997, *op. cit*.

d'organisme, bien différent. Cette évolution du caritatif est visible dans les registres d'entrée du Sanatorium de l'Esperit Sant. Plusieurs acteurs composent l'action caritative privée qui permet l'admission de malades. Il y a d'abord les religieux et en particulier Mn. José Pons recteur de la paroisse de Sant Adrià del Besós, et fondateur du sanatorium¹. Quelques 310 malades entrent au Sanatorium grâce à des particuliers, souvent des femmes, telle la Sra Veuve de Camín par exemple. Mais ces acteurs plus traditionnels laissent peu à peu la place à d'autres types d'acteurs, ayant eux aussi une action caritative, à savoir la Caja de Ahorros et Catalunya Radio.

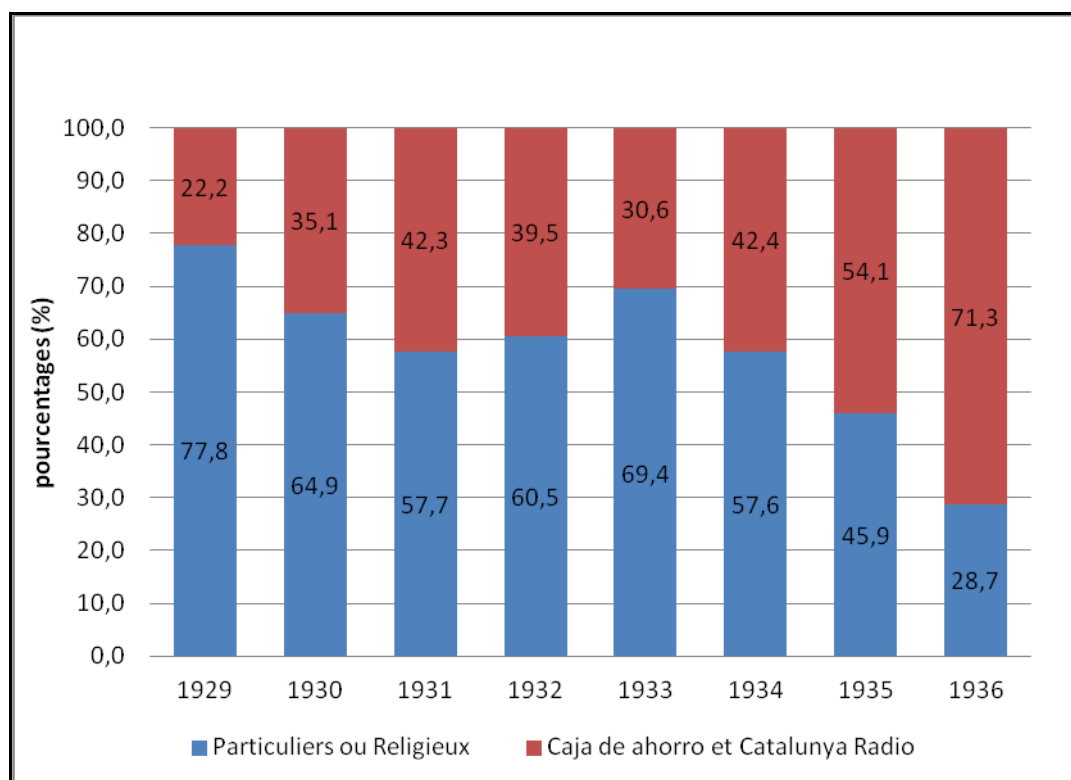
Graphique 16 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant selon les différents types d'intervention publics et privés entre 1929 et 1936



(Source : registres d'entrées de l'Esperit Sant, MHMC)

¹ Voir notamment COMAS I COMAS, Oriol, MIRALLES, Esteve (dir), *La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya : història d'una diversitat*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1994, 277p.

Graphique 17 : Evolution en pourcentage de la part des différents types d'organismes privés sur le total des inversions privées dans l'Esperit Sant entre 1929 et 1936



(Source : registres d'entrée de l'Esperit Sant, MHMC.)

La revue de l'association de Radiodiffusion qui deviendra ensuite Catalunya Radio est un exemple de ce type d'œuvre caritative qui diffère des Comités de Dames et donc renouvelle les acteurs dans le domaine de la lutte antituberculeuse. Par ailleurs ce type de bienfaisance privée s'accroît sur notre période. Ici il s'agit en réalité de fonds privés de particuliers, recueillis par l'association au travers d'une campagne en faveur de lutte antituberculeuse, qui se positionne donc comme nouvel acteur de la lutte en tant qu'intermédiaire¹. Catalunya Radio n'est pas la seule entreprise, loin de là, à organiser ce type de souscriptions. Les collectes de fonds sont réalisées par le biais de plusieurs journaux, comme la *Vanguardia* par exemple qui cite à plusieurs reprises les dons réalisés aux différents hôpitaux privés et publics par des particuliers certes, mais au travers du journal². Dans le cas de Catalunya Radio, les sommes données sont très hétérogènes mais si nous voyons surtout une prédominance de petites sommes de quelques pesetas, certains en donnent parfois 200. Quant aux donateurs, ils

¹ Revue « Catalunya Radio », AHCCA.

² Voir par exemple le journal *La Vanguardia* du 14 avril 1932 p. 9 ou encore du 09 octobre 1932, p. 12, qui mentionnent notamment des dons faits au sanatorium de l'Esperit Sant et l'hôpital de Sant Pau par l'intermédiaire du journal.

sont eux aussi très différents, parfois religieux, le plus souvent laïcs, ils donnent souvent en mémoire de l'un de leur proche, décédé ou encore par simple geste charitable, comme Jaume Andreu qui donne une partie de ses gains de la loterie de Noël en 1931. Ces collectes de dons prennent rapidement de l'ampleur puisque la première permet de distribuer directement aux malades quelques 265 pesetas alors que quatre mois plus tard la somme des dons distribués atteint 7 185 pesetas¹. La dernière souscription en faveur des tuberculeux pauvres le 22 décembre 1934 permettra de distribuer plus de 48 140 pesetas directement aux malades. A partir de 1933, une nouvelle stratégie est mise en place par la revue de la radio, qui décide de ne plus se borner à financer un traitement à domicile pour les patients mais de financer aussi leur séjour dans des institutions². C'est ainsi qu'elle lance une nouvelle souscription « en faveur du lit du tuberculeux pauvre » qui est elle aussi un franc succès puisque dès le départ les sommes amassées sont bien plus considérables³. C'est aussi la raison pour laquelle la campagne de dons aux particuliers stagne un peu compte tenu du fait que la priorité est donnée au financement des séjours, dont beaucoup se réalisent à l'Esperit Sant comme nous avons pu le constater⁴. Ce passage depuis les dons à domicile vers les dons pour l'internement des malades suppose une évolution dans la conception de l'action de bienfaisance dans la lutte antituberculeuse. Il s'agit dans un premier temps de l'affirmation du rôle de Catalunya Radio en tant qu'acteur de la lutte, mais un acteur qui prend en compte une certaine logique médicale. En effet, ce choix de financer des lits plutôt que des malades soignés à domicile prend le contre-pied de la logique de Lluís Sayé qui à la même époque était favorable à un traitement à domicile⁵. Mais ce choix s'inscrit par contre dans l'atmosphère médicale de l'époque, puisque de nombreux médecins influents considéraient que le vrai problème de la lutte était ce manque de lits disponibles⁶.

¹ Voir la septième « *subscripció a favor dels tuberculosos pobres* » organisée par la revue le 31/01/1932, p. 28.

² Ce changement d'orientation s'explique par un intérêt plus grand pour la tuberculose témoigné par les rédacteurs de la revue, comme le démontre la double page dédiée justement à la bienfaisance et à l'aide apportées dans les hôpitaux par ce biais, revue *Catalunya Radio* n°5 le 29/02/1932.

³ La campagne en faveur du « lit du tuberculeux pauvre » lancée par la revue de la Radio le 31/03/1932 permet de collecter 3 718,25 pesetas, mais ce chiffre augmente très vite, pour atteindre à la fin de l'année 1934 un total de 85 394,55 pesetas pour la quarantième campagne.

⁴ Le nombre de campagnes organisées en faveur de l'aide à domicile se réduit, tout comme les dons, alors qu'à l'inverse le nombre de campagnes organisées en faveur du « lit du tuberculeux » augmente tout comme augmente la quantité d'argent collectée.

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, 71 p. *op. cit.*

⁶ Voir les différentes interventions des phthisiologues dans *La Publicitat* du 13 et 16 avril 1933, cités plus haut. Précisons tout de même que se maintiennent des types d'actions d'ordre plus clairement caritatif et moins lié à une logique médicale, telles que les collectes de fonds en faveur du Noël du tuberculeux pauvre, organisées en 1934 par la revue.

A l'évolution perceptible de Catalunya Radio en tant que bienfaitrice dans la lutte antituberculeuse, s'ajoute celle de la Caja de ahorros. Il n'est pas précisé de quelle Caisse d'épargne il s'agit, mais il est fort probable, étant donné l'importance de l'œuvre antituberculeuse de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i l'Estalvi de l'époque appelé plus commodément la Caixa ci-dessus, qu'il s'agisse de cette caisse d'épargne¹. Ce qui caractérise ces caisses d'épargne est le fait que leurs excédents sont redistribués au travers d'une œuvre sociale, ce qui permet de financer de nombreuses institutions, et de participer de manière active à la prise en charge des plus défavorisés. Cette œuvre sociale prend de grande proportion pour la Caixa de Pensions, puisque c'est à travers son action que se met en place un véritable réseau de lutte antituberculeux. Ainsi, comme l'expliquent les médecins Nájera Angulo, Codina Suqué et Abelló Pascual, cette « entité philanthropique »², utilise une grande partie de ses bénéfices aux fins de la lutte antituberculeuse, et au travers de l'ancien Patronat de Catalunya et de la figure de Conrad Xalabarder notamment, elle a mis sur pied une vraie structure intégrée, comprenant des dispensaires, un sanatorium, celui de Torrebónica et continue de mettre en place d'autres types d'établissements ou d'organisations, telles les « aldeas-sanatorio » ou encore des colonies scolaires, etc³. Ce réseau particulièrement valorisé par tous les médecins de l'époque montre bien l'importance de cet acteur privé qui dans les années qui nous préoccupent renforce encore son influence dans la structure de prise en charge des malades et devient un élément primordial. Mais la Caixa de Pensions ne fait pas que relayer les institutions religieuses dans la prise en charge caritative, elle est aussi partie prenante d'une évolution du privé qui se tourne vers les nouvelles logiques de prise en charge.

Santiago Riera Olivé explique dans sa thèse de doctorat de droit que les caisses d'épargnes doivent être considérées comme des agents ayant permis la mise en place de l'Etat Providence⁴. En effet, à l'image des sociétés de secours mutuels qui se développent au XIX^{ème} siècle en Europe⁵ et en particulier en Catalogne, ou bien de leurs prédécesseurs les Monts de piétés, l'objectif est de prendre en charge de manière effective les malades, non plus comme des bénéficiaires de l'aide sociale mais comme des affiliés. La Caixa de Pensions a d'ailleurs

¹ RIERA OLIVE, Santiago, *Les Caixes d'Estalvis i la protecció social a Catalunya*, thèse de doctorat dirigée par PEREZ AMOROS, Francisco, Faculté de droit, Universitat Autònoma de Barcelona, 2006, p. 191.

² NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, 1932, *op. cit.*, p. 49.

³ *Ibid.* Nous supposons que sous le terme « aldea-sanatorio » les auteurs font référence à une maison de santé et en l'occurrence à la Granja de Torrebónica.

⁴ RIERA OLIVE, Santiago, *Les Caixes d'Estalvis i la protecció social a Catalunya*, 2006, *op. cit.*

⁵ Pour un aperçu rapide de l'Histoire de la mutualité, voir DREYFUS, Michel, « Les grands jalons de l'histoire mutualiste », *La mutualité : enjeux passés, défis actuels et perspectives d'avenir*, *Vie sociale* n°4, 2008, pp. 11-26.

une place particulièrement importante puisque toujours selon cet auteur, c'est elle qui inaugure l'offre d'un système de prévision sociale privée en Catalogne :

« Amb el nou enfocament de previsió social sobre la base de les tècniques asseguradores i la complementarietat dels sistemes públics i privats, impulsat pel fundador de la Caixa de Pensions, es superava d'una manera radical l'enfocament paternalista dels antics fundadors de les caixes d'estalvis catalanes »¹

Si l'œuvre de la Caixa au sein du sanatorium de l'Esperit Sant est bien d'ordre caritatif, tout comme l'œuvre sociale en général, il semble, si l'on en croit cette vision que ces « entités philanthropiques », prennent peu à peu un rôle différent, créant un système privé de prévention qui prend en charge les malades pour pallier l'absence de l'Etat. Concrètement, cette protection sociale privée se situe parfaitement dans la logique que tentaient de développer les médecins depuis le début du siècle, pour demander la mise en place d'une structure de protection sociale². Les sociétés de secours mutuels sont aussi largement parties prenantes de ce système, à l'image de la Quinta de Salut l'Aliança, qui reçoit aussi des subventions de l'Etat depuis le début du siècle, et développe également un réseau antituberculeux, avec un dispensaire mais aussi une clinique, équipée pour les opérations chirurgicales, ou encore les radiographies.

L'investissement de ces différents organismes dans la lutte antituberculeuse, rénove la vision d'une prise en charge classique menée par des institutions privées et souvent religieuses. On passe à une logique privée moderne, qui s'éloigne de la bienfaisance, pour prendre en charge des malades, et qui, au-delà de financer des séjours, s'applique parfois à créer un réseau ou à mettre en place des dispositifs beaucoup plus ambitieux. Reste à savoir si ces dispositifs et réseaux de prises en charge privés concurrencent la structure publique ou s'ils viennent plutôt combler un vide existant dans un domaine pourtant dès lors considéré comme attribution de l'Etat et plus généralement du « Public ».

¹ « Avec la nouvelle approche de la prévision sociale basée sur les techniques d'assurance et la complémentarité des systèmes publics et privés développée par le fondateur de la Caisse des Pensions, on dépassait de manière radicale l'approche paternaliste des anciens fondateurs des caisses d'épargne catalanes. », *Ibid.*, p. 29. Ajoutons que la mise en place d'une assurance vieillesse est le fer de lance de cette nouvelle approche de la Caixa de Pensions.

² Voir à titre d'exemple la réponse de José Palanca au discours de José Verdes Montenegro dans laquelle il démontre que la seule solution pour faire chuter la mortalité tuberculeuse est de mettre en place une protection sociale efficace. VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa*, 1935, *op. cit.*

- *La fonction clinique confisquée par le privé ? Vers une nouvelle complémentarité*

Colette Bec évoque une alliance et des services réciproques entre public et privé dans le domaine de l'aide sociale¹. Dans le domaine de la lutte antituberculeuse, cette alliance entre public et privé est particulièrement forte. Pour l'étude épidémiologique, et l'établissement d'une structure, l'Etat est largement aidé par la fondation Rockefeller². Mais c'est surtout dans l'œuvre clinique, et donc la prise en charge des malades, que le poids du privé se fait ressentir le plus fortement. Les médecins ne cessent de répéter que la lutte a besoin du privé car le financement public est insuffisant et ne permet en aucun cas de subvenir aux énormes besoins des lieux de soins. Pour les malades, le recours à une institution de type privé est absolument nécessaire, d'autant plus que comme l'explique Carles Hervàs Puyal, le financement des séjours par le service de bienfaisance de la municipalité rebaptisé « service d'assistance » n'est prévu que lorsque le malade dispose d'un certificat de pauvreté et est officiellement reconnu comme « *pobre de solemnidad* »³. Les tuberculeux pauvres ne disposant pas de certificat sont donc en l'occurrence contraints de se tourner vers une prise en charge à caractère privé, liée à la bienfaisance. La répartition des malades selon un système privé ou public ne concerne pas uniquement leur condition sociale. Au sanatorium de l'Esperit Sant les séjours femmes sont plus souvent financés par des institutions privées de type « caritatif classique », à savoir les organismes religieux et les Comités de Dames, alors que les hommes sont beaucoup plus financés par les organismes publics⁴. Cette constatation peut être mise en relation avec les discours des médecins, qui tendaient à mettre en avant un profil de tuberculeux homme, jeune de surcroît et dont la mort serait une grande perte de main d'œuvre pour son pays⁵. L'action de l'organisme public ne diffère pas dans la pratique de celle de son homologue privé puisque il finance des séjours dans la même structure, mais la sélection des sujets sur le critère du sexe met en avant l'existence de priorités différentes⁶.

¹ BEC, Colette, *L'assistance en démocratie, Les politiques assistantielles dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, 1998, *op. cit.*, p. 10.

² Sur la fondation Rockefeller voir RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La intervención de la fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España », *Revista Española de Salud Pública* vol.74, Madrid, 2000.

³ HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*, p. 18.

⁴ Alors que 53,45% des hommes internés à l'Esperit Sant le sont grâce à l'intervention d'un organisme public, pour les femmes la part est de 32,6% seulement. A l'inverse, 44,2% des femmes sont internées par l'intermédiaire de généreux donateurs, particuliers ou religieux contre seulement 17,27% pour les hommes. Enfin, la Caja de Ahorros et Catalunya Radio permettent l'entrée de 29,28% des hommes contre 23,19% des femmes.

⁵ Voir chapitre 1 et chapitre 3.

⁶ Sur la nécessaire mise en place de critères précis pour restreindre l'application des lois d'aide sociale, voir conclusion dans GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, 1992, *op. cit.*, p. 325.

Mais nous verrons que cela confirme aussi l'idée d'une prise en charge médicale plus traditionnelle pour les femmes, comme l'indiquent les traitements mentionnés dans les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau¹. Quoiqu'il en soit, ce fait met également en avant des priorités, qu'il s'agisse de celles des organismes privés plutôt dirigés traditionnellement vers les femmes, ou bien des pouvoirs publics. Les priorités de ces derniers acteurs apparaissent aussi en termes de fonctions à remplir dans la lutte antituberculeuse, et en particulier leur tendance à privilégier l'œuvre prophylactique et épidémiologique sur l'œuvre clinique à proprement parler.

Cette priorité est largement visible à l'échelle de l'Espagne, puisque comme l'explique Jorge Molero Mesa, en 1931 le Real Patronato est dissout et les fonctions de lutte antituberculeuse sont directement intégrées à la Direction de la Santé Publique dirigée par Marcelino Pascua, un médecin avant tout spécialiste en épidémiologie et en statistique sanitaire². Outre ce symbole sans doute significatif, en Catalogne l'orientation que prend Lluís Sayé pour le Service de lutte antituberculeuse de la Generalitat est très claire. Nous le savons le médecin privilégie largement l'œuvre sociale sur la clinique, en témoigne l'inversion massive des fonds accordés par la Generalitat dans le développement du BCG. Carles Grabuleda Teixidor explique qu'au début du XIX^{ème} siècle, le système hospitalier est quasi exclusivement privé, mais l'assistance à domicile qui se développe est, elle, mise en place par les organismes publics³. Il semble que pour la lutte antituberculeuse le XX^{ème} siècle n'a guère apporté une grande différence, et c'est bel et bien le sens de la structure globale que la Generalitat prétend mettre en place à partir de 1931. L'assistance à domicile est de plus en plus prônée par Lluís Sayé dans ces textes, et de manière pratique les malades diagnostiqués dans son dispensaire sont de moins en moins envoyés sur les listes d'attente des hôpitaux, sauf en cas de nécessité urgente, se produisant la plupart du temps sous la forme d'une opération chirurgicale. Sur ce point, l'opposition clinique avec certains de ses confrères est patente. Pour Jacint Reventós par exemple le dispensaire ne sert à rien sans le sanatorium ou l'hôpital car il ne croit pas à

¹ Notons que cela peut aussi être mis en relation avec le fait que cet établissement recevait tout d'abord des femmes, que celles-ci sont déjà prises en compte dans un réseau privé et que ce sont peut-être les autorités publiques qui complètent l'œuvre antituberculeuse en s'occupant de ceux qui n'ont pas encore de réseau qui leur soit propre, les hommes.

² BERNABEU MESTRE, Josep, « La utopía reformadora de la Segunda República : la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección general de Sanidad, 1931-1933 », *Revista Española de Salud Pública*, n°74, Madrid, 2000.

³ GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, 2002, *op. cit.*, p. 173.

l'assistance à domicile¹. Lluís Sayé à l'inverse justifie son choix par la pratique et aussi la fameuse modernité médicale qui voudrait que le soin à domicile soit le plus efficace². Mais le point central de la lutte antituberculeuse reste la recherche des cas, l'épidémiologie, et le diagnostic. Parmi les nombreuses critiques faites au projet du dispensaire central conduit par Josep Dencàs en 1933, l'une et non des moindres est du ressort de cette priorité accordée à la statistique et l'œuvre sociale sur l'œuvre clinique. Concrètement, les médecins considèrent que cela ne permet pas d'aider réellement les malades, qui sont ceux qui doivent être privilégiés. La polémique tourne autour d'un désaccord sur les priorités, détection ou guérison, et ces médecins penchent largement pour la seconde proposition. Finalement les organismes publics pensent à coordonner la lutte, et résolvent des questions de santé publique, mais pas de médecine, encore une fois ils se préoccupent du microbe et non du patient. Dans la pratique, ce dernier est surtout pris en charge par le privé, quel qu'il soit, qui s'est chargé de l'œuvre clinique alors que le public a récupéré l'œuvre sociale en grande partie. En ce sens nous voyons se mettre en place une répartition peu avouée mais concrète entre privé et public qui deviennent par conséquent complémentaires. Cette complémentarité est d'autant plus vraie lorsqu'on l'observe à l'échelle des individus et notamment des médecins. Lluís Sayé par exemple, est responsable du Service de la Generalitat, dans lequel il s'intéresse avant tout à l'étude épidémiologique. Mais il est aussi un médecin pratiquant, qui certes ausculte des malades au dispensaire et dans son service de l'hôpital Clinic, mais a aussi une consultation à la Clinique de la Quinta de Salut l'Aliança, la mutuelle³. Finalement le médecin lui-même dans sa pratique distingue les deux fonctions censées être menées conjointement mais qui se réalisent dans deux structures différentes, l'une publique l'autre privée, et se complètent.

Des structures publiques qui coordonnent des établissements privés ? Il semble bien que cette configuration contienne une grande part de vérité. L'évolution constatée plus haut du public vers le privé ne suppose pas un remplacement des institutions privées par un homologue public, mais bien plutôt de coordonner la lutte, et les établissements entre eux, en s'immiscant surtout dans les normes, par les lois, dans le financement des séjours et dans la pratique médicale aussi un peu, pour l'infatigable Lluís Sayé. Le privé évolue lui aussi, vers

¹ Entretien de Jacint Reventós dans *La Publicitat*, « Qué penseu dels projectes sanitaris del Dr. Dencàs ? », le 13 avril 1933.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

³ CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

une logique plus proche des nouvelles techniques médicales, et ce sont parfois des institutions privées qui seront à la pointe de la lutte antituberculeuse au service des plus démunis, ou du moins des moins aisés. Finalement, nous retrouvons une nouvelle complémentarité, même si celle-ci ne signifie pas la fin des oppositions ou d'une concurrence entre les différents lieux de soins, qu'ils soient publics ou privés. Les associations de secours mutuels et les caisses d'épargne se positionnent comme une troisième force, entre l'assistance privée traditionnelle¹, symbolisé par le sanatorium et la cure de repos chez les médecins et l'assistance publique, symbolisée par le dispensaire qui prend en charge les malades guidés par une conception de la médecine considérée comme parfaitement moderne.

A travers les parcours de malades, l'opposition théorique entre système public et système privé perd tout son sens. Les deux réseaux, si deux réseaux il y a, ne s'opposent pas et s'interpénètrent, et ce selon des schémas toujours différents. La multiplicité de réseaux n'est pas, uniquement, due à une possible opposition entre public et privé, en réalité, plusieurs organismes publics interviennent, tout comme coexistent plusieurs types d'interventions privées.

La collaboration entre privé et public s'observe à l'échelle de l'Espagne et dans le domaine de la prophylaxie au travers de l'intromission de la mission Rockefeller depuis le début du XX^{ème} siècle dans les prérogatives publiques, pour étude épidémiologique, formation scientifique, etc. Pourtant, il faut tout de même reconnaître que l'Etat, dans les années 1930 surtout, tente de reprendre la main sur la lutte antituberculeuse, plus particulièrement, au travers de différents organismes publics prétendant organiser la lutte et la coordonner. A Barcelone le poids de la Generalitat en particulier s'accroît, mais comme nous l'avons vu, bien que le service d'assistance prétende s'immiscer dans tous les domaines qui concernent la lutte contre la maladie, dans les faits c'est vers l'action sociale, à savoir les enquêtes et études épidémiologiques voire l'assistance à domicile que se tournent de manière préférentielle les autorités publiques, autour de la figure de Lluís Sayé.

Finalement, à cette opposition toute rhétorique entre privé et public, dans la pratique les médecins préfèrent y suppléer une opposition entre pratique médicale moderne et traditionnelle. Peu importe la structure, ce qui compte c'est la pratique médicale qui doit être

¹ Nous employons ici le terme de DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 », 1992, *op. cit.*

exercée ou du moins guidée par des médecins, acteurs principaux de la lutte. L'idée est donc de moderniser les lieux de soins, et les médecins augmentent leur rôle décisionnel au sein de la prise en charge, seul moyen pour que celle-ci soit objective, scientifique mais aussi efficace. L'efficacité passe par la collaboration entre privé et public, plutôt dirigé par une structure dominante, publique si possible pour la Generalitat, mais surtout médicale et moderne. Ajoutons que, comme les médecins eux-mêmes travaillent à la fois dans le privé et dans le public, il semble évident que les deux aspects sont liés et que si les parcours des malades transcendent cette opposition fictive, c'est aussi parce qu'ils sont guidés par des individus des médecins, qui en tant qu'acteurs créent leur propre réseau personnel au sein des différents systèmes de soins.

C. Les réseaux des médecins, acteurs de la lutte antituberculeuse

Les parcours des malades sont déterminés par nombres de facteurs, dont nous avons eu un aperçu plus haut, et suivent plusieurs logiques qui parfois se révèlent contradictoires. L'urgence et la nécessité de soins gratuits déterminent leur internement dans des lieux de soins privés ou publics, des établissements qui, comme nous l'avons vu, sont à la fois complémentaires, concurrents ou divergents¹. Mais pourquoi les malades se retrouvent-ils dans certains réseaux plutôt que dans d'autres ? Ou encore, alors que selon toute évidence les itinéraires des malades ne suivent pas une logique médicale ni de réseau, peut-on trouver ailleurs une explication à des parcours qui dans un premier temps semblent incohérents ? La cohérence ou l'incohérence des parcours des malades peut aussi s'expliquer en partie par une variable plus personnelle liée plus directement à des acteurs individuels. En effet, ces différents acteurs de la lutte antituberculeuse, représentants des autorités publiques ou religieuses, médecins, patients, créent eux-mêmes des réseaux, qui au-delà des fausses oppositions public/privé, ou de toute logique médicale, prennent en charge des malades². Il s'agit de réseaux que nous pourrions appeler informels, liés à des connaissances, des habitudes, des opportunités aussi, qui font privilégier telle ou telle solution, tel ou tel établissement. Surtout, rappelons qu'il est particulièrement difficile de trouver une place dans un établissement de soins, hôpital ou sanatorium, ce qui explique aussi cette nécessité de la « débrouille », que représentent parfois les arrangements orchestrés par les médecins au sein d'établissements qu'ils connaissent bien.

Nous nous centrerons ici sur ces réseaux plus ou moins invisibles, à partir surtout des relations des médecins, même si nous tenterons dans un premier temps d'observer aussi des logiques plus propres aux malades. Ces réseaux indépendants construits par les acteurs et en particulier les professionnels de la médecine suivent parfois des logiques médicales ou encore des canaux plus officiels, mais le véritable lien reste les contacts entre individus, visibles grâce aux correspondances notamment. Il s'agit de contacts personnels comme l'appartenance

¹ GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, 1992, *op. cit.*, p. 17.

² La question des acteurs sociaux et médicaux a notamment été évoquée pour Rouen par Yannick Marec dans la thèse *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, La Documentation française/Association pour l'étude de la l'histoire de la Sécurité sociale, 2 tomes, Paris, 2002, 1362 p.

aux mêmes cercles sociaux et des opinions politiques similaires, ou encore professionnels, avec une même vision de la médecine moderne notamment.

1. Des logiques de réseaux plus ou moins indépendantes

Dans un premier temps, il semble bien que les malades soient pris en charge par des réseaux indépendants. Comme nous l'avons vu plus haut, les réseaux de soins peuvent être considérés dans un premier temps comme juxtaposés, et les connexions entre différentes structures n'appartenant pas au même système sont réelles même si dans la pratique peu fréquentes. Ainsi nous l'avons dit, une majorité de malades se retrouvent à suivre une logique publique, qui les conduisent du dispensaire de Radas à l'hôpital Clinic par exemple, ou bien une logique privée et une prise en charge d'ordre caritatif. Parfois ces réseaux sont indépendants les uns des autres car ils suivent des logiques différentes, liées à des conceptions médicales voire sociales distinctes. Si ce sont des éléments « objectifs » et donc scientifiques qui semblent déterminer les parcours, en réalité ces facteurs rationnels et rationalisés sont transcendés par d'autres logiques, plus propres aux vies des malades ou encore à l'habitude de différents acteurs. Il s'agit de logiques de réseau d'abord, un malade entré dans un système y reste, quel qu'il soit, ou encore de logiques plus propres aux malades, des logiques familiales ou de connaissances personnelles.

- *Le maintien de logiques de réseaux indépendants de prise en charge*

Deux facteurs favorisent l'interdépendance des réseaux de soins, d'abord la volonté des organismes publics qui, sous couvert d'efficacité médicale, tentent de coordonner la lutte antituberculeuse et donc de connecter les différents réseaux de prise en charge entre eux. Ce sont ensuite les urgences et le manque de lits existants qui conduisent les malades à entrer dans des établissements pour être soignés quelque soit la manière. Pourtant, tout ceci n'empêche pas le fait que les réseaux de soins antituberculeux à Barcelone restent en pratique assez indépendants, comme le démontrent les itinéraires des malades. En effet, dans les parcours des tuberculeux, depuis le déclenchement de la maladie jusqu'à leur guérison ou bien leur décès, nombres d'établissements reviennent, mais pas tous dans les mêmes

proportions. Ainsi, peu de malade du dispensaire de Radas, ou hospitalisés à Sant Pau ou encore internés à l'Esperit Sant sont passés par les réseaux de la Caixa de pensions par exemple, ou encore par celui de la mutuelle la plus importante à l'époque, la Quinta de Salut l'Aliança. L'une des raisons est simple, les deux structures ont des réseaux indépendants, et en entrant au dispensaire de l'Aliança ou au dispensaire Blanc de la Caixa, le malade entre dans un réseau particulier, déjà organisé. La Caixa de Pensions dispose en effet des établissements et des structures mises en place par l'ancien Patronat de Catalunya, avec d'abord les dispensaires blancs, dans les années 1930. Celui de Travessera de Gracia a disparu, mais il reste le plus important au Passeig Sant Joan. Puis le sanatorium de Torrebónica qui se situe médicalement au même niveau que celui de l'Esperit Sant avec la mise en place de salles d'opération. Enfin le réseau est complété par les structures telles que la Granja Agrícola de Torrebónica, maison de santé orientée vers la cure de travail¹. Quant aux malades reçus dans la Clinique de l'Aliança, il s'agit d'affiliés, qui ont donc une « assurance » leur évitant de passer par les structures que nous connaissons. La mutuelle dispose d'un dispensaire et d'une clinique qui pratique des opérations chirurgicales notamment, elle est ensuite en contact avec les sanatoria, bien qu'elles ne les gèrent pas directement. Les quelques malades soignés au dispensaire central, à l'Esperit Sant ou à Sant Pau ayant été à un moment donné intégrés dans ces établissements sont donc plutôt des exceptions, puisqu'il semble bien qu'il s'agisse de réseaux parallèles. Si ces deux réseaux sont difficilement connectables au reste du réseau que tente de mettre en place les médecins et la Generalitat, pour celui de l'Aliança c'est d'abord dû au fait qu'il ne s'agit pas des mêmes malades, puisque la question de la gratuité des soins n'a pas la même importance et qu'il s'agit de tuberculeux déjà intégrés dans le système mutualisé. En ce qui concerne le réseau réalisé grâce à l'œuvre de bienfaisance de la Caixa, il s'agit aussi de malades démunis face au coût des soins, mais ici la difficulté à établir un lien avec la structure de la Generalitat s'explique peut-être par le simple fait que ce réseau est bien établi, et par conséquent qu'il fonctionne bien, sans nécessité extérieure. Une autre hypothèse peut-être aussi celle d'une volonté réelle de la part des responsables de la Caixa et en l'occurrence les responsables médicaux, tel Conrad Xalabarder, de se tenir à l'écart d'une structure publique trop intrusive, à tout point de vue.

Les malades soignés au dispensaire de Radas sont parfois envoyés dans différents centres de soins, mais la plupart du temps, le réseau public se suffit à lui-même du moins dans les

¹ CORNUDELLA, José, « Recuperabilidad del tuberculoso », *Anales de Medicina y cirugía*, vol XXVI, n°32, 1949, p. 308.

quelques fiches de malades conservées. Dans les années 1920 certes, on fait appel à d'autres lieux, mais c'est surtout vers l'hôpital Clinic que les médecins dirigent leurs patients. Dans les années 1930, nous l'avons dit, les médecins du dispensaire privilégient l'assistance à domicile et donc le maintien du malade dans le cadre du seul dispensaire. Face à ce réseau public, les tuberculeux pris en charge par le sanatorium de l'Esperit Sant se situent dans une logique de prise en charge caritative et privée. Nous l'avons dit de nombreux malades de l'Esperit Sant sont transférés au sanatorium du Montseny ce qui semble signifier une étroite collaboration entre les deux établissements qui s'instituent en réseau plus ou moins informel. L'hôpital de Sant Pau semble être connecté avec beaucoup plus d'établissements, à moins que cela ne soit dû à une impression liée à des sources plus complètes. L'hôpital reçoit des malades venus un peu de tous les autres lieux de soins, mais la plupart du temps des dispensaires, qu'il s'agisse de ceux de la Caixa comme de celui de la Generalitat, ou encore de celui du même hôpital. Même si l'hôpital reçoit des malades de provenances plus diverses, il n'en demeure pas moins qu'une priorité visible est accordée aux malades se situant déjà dans le même réseau, et venant par conséquent du dispensaire de Sant Pau. Cela explique notamment la raison pour laquelle nombre de patients hospitalisés vivent dans le secteur de l'hôpital¹. Un réseau propre à cet hôpital et parfaitement guidé par les logiques médicales est d'ailleurs facilement repérable. En effet, la structure se compose d'un dispensaire ou même de deux en 1930, puis de l'hôpital de Sant Pau dont l'importance transcende évidemment ce réseau, mais ensuite d'une maison de santé, la fameuse Granja Santa Creu ou Sant Pau déjà évoquée plus haut. Autrement dit, nous observons un véritable réseau fermé, dans lequel les malades sont pris en charge de manière préférentielle. Ce réseau suit certes les préceptes logiques, mais si les malades passent d'un établissement à l'autre dans ce cadre, c'est avant tout parce qu'il s'agit d'un parcours qui s'intègre dans un système en parallèle à celui de la Caixa par exemple, qui peut fonctionner en vase clos.

Que les parcours des malades soient guidés par des logiques de réseaux, indépendamment ou pas de toute logique dite médicale, est une réalité visible également au travers des différents malades qui profitent de l'œuvre caritative de Catalunya Radio. Ainsi, une quarantaine au moins de malades retrouvés dans les fiches cliniques de Sant Pau ou dans les registres d'entrée de l'Esperit Sant ont déjà reçu des dons de l'association. La moitié environ se trouve internée au sanatorium de l'Esperit Sant parfois d'ailleurs grâce à l'intermédiaire de la même Catalunya Radio et sa campagne en faveur du lit tuberculeux. C'est le cas par exemple de

¹ Voir chapitre 1.

María Teresa Belda, une tuberculeuse de 28 ans qui en 1932 est d'abord aidée financièrement par Catalunya Radio. Et puis, très peu de temps plus tard, c'est encore grâce à l'intervention de la radio qu'elle est finalement internée au sanatorium de l'Esperit Sant dont elle ressortira un an plus tard sans que soit précisé son état de santé. Certains malades, plus que suivre une logique médicale, suivent donc aussi un parcours déterminé par l'opportunité que représente l'aide de cette œuvre caritative. L'action de Catalunya Radio passe par ce que nous pourrions appeler les canaux caritatifs, qui correspondent à la logique de bienfaisance qui continue de caractériser aussi l'Esperit Sant. En considérant le médecin comme acteur prédominant dans cette affaire, il est clair que ce dernier cherche à placer les malades qui doivent, en fonction de leur état, bénéficier de soins et d'un séjour en établissement. Lluís Sayé lui-même ne déroge pas à la règle en recommandant en 1921 des malades pour le sanatorium de Torrebónica. Pourtant, si ces exigences semblent bien transcender les logiques de réseaux, il n'en demeure pas moins vrai que celles-ci résistent, en particulier lorsque ces réseaux sont déjà complets en ce qui concerne les différents établissements de soins. Ainsi, pour un patient de Conrad Xalabarder ou de Jacint Reventós, il est plus facile de trouver une place dans un établissement de soin type maison de santé ou sanatorium, puisque les deux médecins respectivement responsables de deux réseaux bien constitués ont plus de moyens pour suivre des malades jusqu'au bout, alors que Tomás Seix par exemple, en tant que médecin du dispensaire central, doit trouver un moyen de faire entrer son patient dans un établissement qui ne se trouve pas directement dans le prolongement du dispensaire.

- *Des patients qui construisent leurs propres réseaux*

Mais la permanence de certains malades dans les réseaux quels qu'ils soient s'explique aussi par d'autres logiques, guidées cette fois par des individus. En effet, certains parcours de tuberculeux ne peuvent se comprendre sans des réseaux familiaux, ou de connaissances. Ce sont des contacts divers qui permettent de faire entrer le malade dans tel ou tel établissement. Jorge Molero Mesa évoque les critiques faites à certains établissements de bienfaisance au début du XX^{ème} siècle en Espagne dans lesquels les malades étaient admis sur la demande des membres de la commission directrice, voire de donateurs particuliers¹. Pour de nombreux médecins c'était là le gage d'un manque de sérieux qui montrait aussi un traitement préférentiel indigne d'un lieu de soin qui doit se baser sur des critères physiques et médicaux.

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, 1989, *op. cit.*, p. 410.

Sans aller jusque là, il faut dire que de manière générale les malades qui entrent dans les lieux de soins profitent d'une opportunité compte tenu du manque de lits et de la difficulté que représente une entrée dans ces lieux, que celle-ci soit due à leurs connaissances personnelles, à leur état de santé, ou bien à leur meilleure connaissance des réseaux. La possibilité de multiplier des opportunités, caractérise des personnes relativement mieux intégrées socialement que d'autres. En effet, comme l'explique José Luis Oyón ou encore Olivier Faure et Dominique Dessertine, la constitution de réseaux est un révélateur d'intégration et ce sont « les vieux fonds urbains »¹ qui en disposent, du fait de leur expérience dans la ville². Cette affirmation tendrait à confirmer des éléments évoqués plus haut sur une relative intégration et visibilité des malades dans l'espace³.

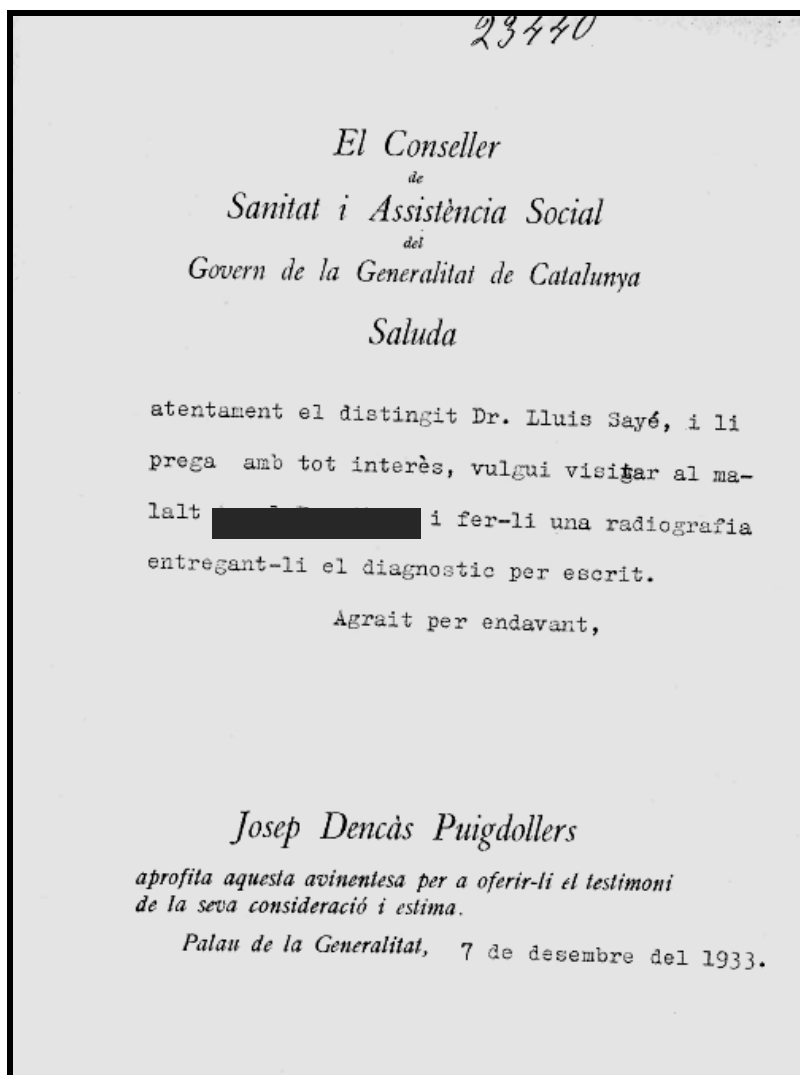
Dans tous les cas, qu'ils soient plus intégrés ou pas, certains malades entrent dans les lieux de soins grâce à des recommandations de particuliers, ce qui semble bien signifier une connaissance ou du moins une visibilité. Ainsi *Tomás Guzmán*, un jeune dessinateur est envoyé auprès de Lluís Sayé par Josep Dencàs et ce n'est pas en tant que médecin que le docteur fait cette démarche mais bien en tant que membre de la Generalitat, en témoigne sa lettre de recommandation reproduite ci-dessous.

¹ Expression employée dans DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIXème et XXème siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991, p. 75.

² *Ibid.* Sur ce point voir également plus haut chapitre 3, ou encore OYON, José Luis, « Inmigrantes en la Barcelona de 1930 : de la integraci3n a la segregaci3n espacial » , dans *Quaderns d'hist3ria*, UPC, Barcelone, 2006.

³ Voir chapitre 3 et 5.

Illustration 20 : Lettre de recommandation du Conseiller de Santé Publique de la Generalitat, Josep Dencàs, adressée à Lluís Sayé, 1933



(Source : dossier médical n°23440, 1933, Dépôt du CAP RSD.)

Nous pouvons donc supposer que le malade en question connaît peut-être Josep Dencàs, sans être pour autant son patient. D'ailleurs, *Tomás Guzmán* sera pris en charge assez vite, et passera du dispensaire central à l'hôpital de Sant Pau et non au Clinic, où il mourra en juin 1935. A l'Esperit Sant en particulier, il semble que cette stratégie de malades soit fréquente. En effet, il s'agit d'une structure caritative au sens traditionnel du terme, et le poids de bienfaiteurs particuliers reste important pour comprendre l'internement des malades. Le nombre de domestiques internées grâce à l'intervention de particuliers est relativement important, ce qui nous oriente vers l'hypothèse d'une logique paternaliste qui conduit peut-

être leurs employeurs à faciliter leur internement¹. Dans certains cas la stratégie du malade est aussi visible à travers une action personnelle de ce dernier. Ainsi, *Alfonso Rodríguez*, un père de famille, envoie de très nombreuses lettres à Lluís Sayé afin que celui-ci reçoive ses enfants atteints de la tuberculose au dispensaire de Radas². Outre l'appel au secours que semble supposer le nombre de lettres plutôt élevé en l'espace de quelques années, il est sensible ici que c'est le malade lui-même, par l'intermédiaire du père ici, qui crée son parcours et un réseau de soin dans lequel il s'insère.

Dans les parcours des malades, il faut donc prendre en compte non seulement le médecin et la logique médicale mais aussi les stratégies des malades eux-mêmes. En l'occurrence, il faut relativiser l'idée selon laquelle la prise en charge suppose que le malade se conforme tout à fait à l'idée du médecin. Certaines habitudes, voire plutôt le fait de connaître certains établissements conduisent les malades à préférer y retourner parfois contre avis médical. C'est le cas de *Joan Pérez* évoqué plus haut, qui choisit de quitter l'hôpital de Sant Pau pour retourner dans le sanatorium de l'Esperit Sant dans lequel il avait déjà séjourné quelques années auparavant. Par ailleurs, sa sœur sera quelques années plus tard internée dans le même sanatorium, et si son entrée n'est pas permise par le même organisme privé que son frère mais plutôt par la Generalitat, il n'en demeure pas moins qu'il est possible d'envisager une action volontaire de la part de la malade pour entrer dans cet établissement qu'elle connaît déjà par sa famille. Au sanatorium de l'Esperit Sant, sont visibles plusieurs familles, dont deux ou trois membres sont internés, parfois à des époques différentes, parfois simultanément. C'est le cas de trois frères et sœurs de la famille *Avilés, Mariana, Clara* et *Dimas*. L'ainée *Mariana*, est internée pour la première fois à l'Esperit Sant en 1930 et elle y restera neuf ans, soit un séjour particulièrement long. Durant son séjour, c'est son frère qui la rejoint le premier, en 1935. Il restera lui aussi quelques mois, et moins de trois mois avant sa mort prématurée au sanatorium en août 1936, c'est au tour de leur sœur plus jeune, *Clara*, d'être également internée. De la même manière, lorsqu'*Emilio Ortega* entre au sanatorium de l'Esperit Sant, cela peut être rattaché à une bonne connaissance du réseau de soin caritatif, établie grâce à son frère qui est malade depuis plusieurs années. En effet, *Andrés Ortega* a été diagnostiqué tuberculeux dès 1932, il a d'ailleurs effectué au moins deux séjours à l'hôpital de Sant Pau. En 1934, les deux frères tous les deux atteints de la maladie sont aidés par Catalunya Radio pour être soignés à domicile, mais peu de temps plus tard c'est grâce au même organisme

¹ Voir chapitre 4, A, 1.

² Voir la reproduction des lettres en annexe 4.2.3.

qu'ils sont tous les deux internés au Sanatorium de l'Esperit Sant. *Andrés* sera par la suite transféré au sanatorium du Montseny où il décède en 1940. Son frère, lui décède trois ans auparavant toujours au sanatorium de l'Esperit Sant. Le fait que plusieurs membres d'une même famille se retrouvent dans un même établissement s'explique également par la prise en charge très familiale de la part des médecins de la tuberculose. Ceux-ci considèrent en effet que la maladie est liée à l'environnement et la proximité et sont donc particulièrement sensibles à l'environnement familial notamment lors de la démarche prophylactique qui ne manque pas de ponctuer chaque visite et auscultation de malades au dispensaire central¹. Pour le dire autrement, et d'après les propres termes de Lluís Sayé, le malade est le « témoin d'un environnement infecté », et par conséquent un tuberculeux en cache un autre². Il s'agit donc pour les médecins du dispensaire à partir d'un malade d'en dénicher d'autres, ce qui tend à faire penser que la prise en charge est relativement plus aisée une fois qu'un des membres de la famille est déjà passé par là, du fait de leur connaissance des réseaux, mais aussi, en amont et pour rendre justice à Lluís Sayé, de la rapidité du diagnostic.

Au final, et bien qu'il soit peu aisé de démêler les logiques qui conduisent les malades dans les réseaux de soins, certains éléments tendent à montrer que la prise en charge particulière du malade est dépendante d'une logique de réseau, et d'une logique individuelle liée à des caractéristiques particulières du patient. Bien que les réseaux de soins s'interpénètrent, les malades restent généralement dans le cadre d'une structure englobante, voire d'un réseau quasi indépendant, et leurs stratégies suivent parfois d'autres priorités. Dans cette optique, le parcours du tuberculeux dans les lieux de soins est aussi déterminé par des choix, ceux du patient dans un premier temps, qui va privilégier un lieu qu'il connaît parfois déjà quelque soit le biais, et dans lequel il entre grâce à des connaissances personnelles voire familiales. Même si cela est particulièrement difficile à percevoir de par les limites mêmes des sources qui ne mettent que peu en avant le patient en tant qu'acteur, les parcours des tuberculeux sont guidés par des logiques qui leurs sont propres, ce qui nous permet d'appréhender quelque peu le malade dans un rôle de décideur. Mais plus facilement visible est l'action des médecins déterminante dans la prise en charge. Les choix des professionnels, indépendants parfois des autres logiques médicales ou de réseaux déjà structurés, sont parfois

¹ C'est souvent sur une demande du médecin du service antituberculeux que les enfants ou autres membres de la famille d'un tuberculeux sont amenés au dispensaire. Voir « *Motiu de la visita* » dans les fiches de visites du Dispensaire central.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profílaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p. Voir chapitre 1.

basés sur leurs connaissances personnelles, créant ainsi de nouveaux réseaux, informels cette fois, redéfinissant les parcours de malades.

2. Des réseaux personnels de médecins

A partir des correspondances des médecins et plus largement des dossiers cliniques des malades, il est possible d'observer des liens entre différents lieux et professionnels de la lutte antituberculeuse, conduisant à la mise en place d'un réseau pluriel défini par des individus qui ne sont plus des malades mais bien des médecins. Les médecins en tant qu'acteurs tendent à prendre de plus en plus de place au sein du système de lutte. Si cela est pour beaucoup d'entre eux une garantie d'efficacité en supposant une rationalisation de la prise en charge guidée par le seul critère scientifique, cela implique aussi de redéfinir les logiques qui déterminent les parcours des tuberculeux. Ces réseaux créés par les médecins dans la pratique ne sont donc pas toujours en adéquation parfaite avec le système de soins mis en place, qu'il s'agisse de celui de la Generalitat à l'échelle de la Catalogne et de Barcelone, ou bien de celui d'un seul organisme un peu indépendant à l'échelle d'un seul réseau comme c'est le cas pour la Caixa de Pensions par exemple. Les médecins n'orientent pas toujours leurs patients selon des canaux prédéterminés, ils créent des nouveaux chemins à partir de leur propre expérience pratique de la médecine, ou encore de leurs relations, personnelles ou professionnelles.

- *De nouvelles trajectoires basées sur les parcours des médecins ?*

Les parcours des malades semblent se calquer sur les parcours des médecins au sien des lieux de soins. En effet, ces derniers travaillent à plusieurs endroits, dans le public ou le privé simultanément comme nous l'avons vu plus haut. C'est ainsi que de manière logique les médecins tentent de placer des malades là où ils ont de l'influence et en l'occurrence dans les lieux même où ils travaillent. Lluís Sayé dans les années 1921 est beaucoup plus intéressé par l'hospitalisation que dix ans plus tard, ce qui est notamment dû au fait qu'il exerce à l'hôpital Clinic ainsi qu'à la clinique de l'Aliança. En tout cas à cette époque il fait ainsi entrer des malades du dispensaire de Radas à l'hôpital Clinic, dans le service dont il a lui-même la

charge, en témoigne la lettre qu'il rédige au médecin de *Isabel Bayarri*¹. De la même manière, Josep María Barjau ou Antoni Caralps médecins exerçant au sanatorium de l'Esperit Sant servent également d'intermédiaires pour certains malades afin d'entrer dans le sanatorium. Ce sont donc eux qui leur obtiennent un séjour, et ce parce qu'ils travaillent dans cet établissement et y ont en quelque sorte leurs entrées. Plus encore, le rapprochement observé entre le sanatorium suburbain de l'Esperit Sant et le sanatorium d'altitude du Montseny illustré par les nombreux malades qui sont transférés depuis le premier vers le second peut aussi s'expliquer par des relations au sein de la direction des deux lieux de soins à caractère caritatif. En l'occurrence, le docteur Antoni Caralps qui opère à l'Esperit Sant, réalise également des opérations au Montseny, lorsque cela est nécessaire². S'il est impossible de se fonder sur cet élément pour affirmer que les liens entre les deux lieux viennent du même médecin, il n'en demeure pas moins que le parcours du praticien est lié à celui de ses patients. Mais ces professionnels de la santé sont également pris eux-mêmes dans des logiques de réseaux, et leur influence s'exerce le plus souvent dans le cadre de ces structures précédemment décrites. Ainsi le docteur Caralps travaille semble-t-il dans un réseau de soin caritatif et surtout religieux, depuis l'Esperit Sant et le sanatorium du Montseny jusqu'à l'hôpital de Sant Pau dans lequel il exercera après-guerre. Lluís Sayé à l'inverse, reste plutôt dans un réseau public, même si nous le savons il aura également un service de phthisiologie à l'Aliança. Le cas des docteurs Xalabarder est encore plus paradigmatique puisque ces derniers se succèdent au sein du réseau de la Caixa, et s'ils ont une influence considérable dans la prise en charge, celle-ci devrait rester dans le cadre de leur réseau puisqu'ils occupent de nombreuses fonctions, mais toutes au sein de cet organisme.

Si des logiques personnelles de médecins permettent d'expliquer les parcours de leurs patients, l'influence d'un seul médecin semble tout de même loin d'être suffisante pour établir véritablement un réseau. C'est à travers leurs contacts, leurs connaissances et leurs collègues que ces derniers continuent à venir en aide aux patients.

¹ Voir plus haut.

² CATEURA i VALLS, Xavier, « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aquí Osona, 2010, *op. cit.*

- *Des réseaux de médecins qui déterminent de nouveaux itinéraires pour les malades*

Les collaborations médicales entre médecins sont visibles à travers les correspondances. Les médecins s'adressent en effet à des patients, et ces relations sont liées à différents facteurs. S'ils suivent tout d'abord un réseau officiel et une logique médicale bien établie, ils sont aussi guidés par des liens plus particuliers, personnels ou professionnels, que les médecins entretiennent entre eux. Dans un premier temps, les médecins qui adressent des malades au dispensaire central le font selon une logique médicale tout à fait assumée et même revendiquée par Lluís Sayé. Il s'agit de profiter des meilleures attentions médicales, de techniques modernes de prévention, détection, et traitement pour des malades n'ayant pas de revenus ou bien pour lesquels les médecins privés ne disposent pas des dernières infrastructures. Plus exactement il s'agit d'entrer dans un parcours de soins classique passant du généraliste au spécialiste, dans une acception proche de celle que nous connaissons aujourd'hui. Ainsi la majorité des médecins qui entre 1921 et 1936 envoient des malades au dispensaire central sont des généralistes, pédiatres voire obstétriciens. Autrement dit, des professionnels qui ne sont en aucun cas spécialistes de la tuberculose, et qui envoient donc des malades vers un spécialiste, plus exactement l'établissement spécialisé qui dispose de tous les moyens techniques pour confirmer leur premier diagnostic. Citons par exemple le cas du docteur Buxo Izaguirre, officiellement « médecin des enfants »¹ c'est-à-dire pédiatre, au sein du service de puériculture de la « Casa de Maternología ». Il envoie donc une jeune mère de 29 ans se faire ausculter au dispensaire car elle a eu une petite hémoptysie, et veut savoir si elle peut allaiter sa fille. La forte proportion de médecins pédiatres ou obstétriciens aux côtés des généralistes montre clairement une préoccupation plus importante pour les enfants et nouveaux-nés, avenir de la nation, qui correspond tout à fait à celle dont font preuve les phthisiologues. Lluís Sayé au travers du Service d'assistance de la Generalitat se concentrait en effet sur les enfants, demandant aux familles tuberculeuses d'amener leurs enfants aux consultations ou bien auscultant automatiquement les orphelins de la Casa de Caritat. Ajoutons que parfois, ce sont des médecins spécialistes eux aussi qui envoient leurs malades au dispensaire central, comme c'est le cas du docteur Camps Piera, neuropsychiatre, ou encore du docteur J. Peyrí dermatologue et infectiologue spécialiste de la syphilis. C'est parfois une erreur de diagnostic qui a conduit les patients dans leurs services, une erreur qu'ils réparent en les envoyant au dispensaire. D'autres fois, ces médecins détectent des symptômes de tuberculose, chez des malades traités en même temps pour d'autres maladies. Suivant cette

¹ « médico de niños ».

logique, les réseaux médicaux que semblent révéler les correspondances de médecins sont parfaitement cohérents, avec le rôle que tente de prendre le dispensaire d'abord, avec les théories médicales de l'époque ensuite. La volonté des responsables du dispensaire central va dans cette voie, puisqu'ils nourrissent le projet d'établir des liens médicaux avec les médecins particuliers des malades, et essayent d'instaurer un suivi du malade en envoyant automatiquement une copie de la feuille du malade à son médecin personnel¹.

Pourtant, d'autres logiques guident encore les stratégies des patients, car en se penchant de manière plus détaillée sur les médecins en question, il se trouve que ceux-ci ont parfois des points communs qui permettent de comprendre la formation du réseau, au-delà de la seule logique médicale. D'abord, la plus importante partie des médecins qui envoient leurs patients au dispensaire sont des médecins qui travaillent dans des structures publiques ou gratuites. Ainsi, le docteur Pursell Menguez travaille à l'hôpital de Sant Pau dans le service de médecine générale de l'enfance tout comme son collègue Roberto Foz, lui aussi spécialiste de la médecine infantile à l'hôpital Clinic. D'autres encore exercent dans des cliniques privées, et religieuses telle la Clinique de Nostra Senyora de la Mercé, ou encore des services d'assistance municipaux comme c'est le cas du neuropsychiatre déjà cité. Le docteur Buxo Izaguirre le précise lui-même, il a rencontré la patiente qu'il confie aux bons soins de Lluís Sayé et Tomás Seix parce que cette dernière est « pauvre » et amène sa fille au service municipal de puériculture, dont il est l'un des spécialistes. Autrement dit, tous ces professionnels font partie d'un même réseau de soins très général qui prend en charge des malades gratuitement, soit des individus défavorisés. Il est possible que dans ce contexte ils connaissent bien les réseaux établis dans le domaine de l'assistance aux plus démunis. Un médecin attire particulièrement l'attention de part sa proximité professionnelle avec le dispensaire, il s'agit d'Antoni Peyrí, chef du service de lutte antivénérienne de la Generalitat, donc l'homologue de Lluís Sayé. Ce médecin envoie des malades à son confrère, mettant en avant une collaboration au sein du grand réseau d'assistance de la Generalitat. Plus qu'une logique médicale concernant l'évolution de la tuberculose à proprement parler, c'est une logique de réseau qui semble s'établir, qui cache également un lien plus précis qui existe sans doute entre ces professionnels. Car les médecins se connaissent, et entretiennent des relations, parfois professionnelles, par le biais de leur travail, et parfois peut-être au delà. Si Antoni Peyri envoie ses patients au dispensaire de Lluís Sayé, c'est bien sûr parce qu'il s'agit du service qu'il considère le plus adapté car il s'inscrit dans le même réseau. Mais il adresse

¹ C'est en tout cas ainsi qu'est exposé le projet du dispensaire central par les services de la Generalitat dans la presse. *La Vanguardia*, le 30 mars 1933, p. 9.

directement sa lettre à Lluís Sayé, peut-être parce que c'est le directeur, certainement aussi parce qu'il le connaît plus personnellement, puisqu'ils se rencontrent fréquemment, de part leurs fonctions respectives¹. En effet, selon leurs affinités et leurs connaissances les médecins adressent leurs patients à Lluís Sayé ou bien à Tomás Seix. Sans entrer dans une étude plus détaillée des lettres qui restent malgré tout assez souvent formelles, ce choix montre clairement que des liens personnels construisent ces parcours médicaux. En 1931 c'est à Tomás Seix que le docteur Reventós de l'Hôpital Clinic adresse son patient, ce qui tend à faire penser à une connaissance particulière. En travaillant à l'hôpital Clinic ce médecin connaît aussi Lluís Sayé, d'autant plus qu'il s'agit possiblement de Jacint Reventós i Bordoy, qui quitte l'hôpital Clinic pour l'hôpital de Sant Pau en 1930² mais conserve peut-être le papier à en tête. D'autres médecins adressent aussi directement leurs malades à Tomás Seix, tel le généraliste J. Montoriol Puig, qui envoie plusieurs fois des malades en les recommandant toujours au même médecin, tendant à faire penser qu'ils se connaissent peut-être plus personnellement. Si nous ne pouvons déterminer la nature de ces connaissances, dans d'autres cas, les relations professionnelles du moins entre praticiens sont indéniables. En effet, au travers des fiches cliniques nous retrouvons tous les phthisiologues et autres médecins les plus renommés du moment. Lluís Sayé reçoit des patients de Josep Dencàs ou d'Antoni Peyri, et tentent d'en recommander au docteur Xalabarder pour les faire entrer au sanatorium. Lluís Sayé, Jacint Reventós et Conrad Xalabarder se connaissent très bien, ils ont d'ailleurs fondé une association de phthisiologie ensemble³. Que dire d'Antoni Caralps qui étudia avec Jacint Reventós et Lluís Sayé, avant de travailler comme chirurgien à l'Esperit Sant au sanatorium du Montseny, puis, après-guerre à l'hôpital de Sant Pau. Joan Freixas i Freixas, médecin chargé du service des femmes tuberculeuses à Sant Pau a aussi exercé à l'hôpital Clinic, aux côtés de Sayé et Reventós. Lluís Rosal, l'un des fondateurs du sanatorium du Montseny travaillera quelques années plus tard à l'hôpital de Sant Pau, remplaçant même Jacint Reventós dont le cousin est aussi l'un des fondateurs du sanatorium⁴. Joan B. Darder, responsable pendant quelques années du dispensaire de l'hôpital Clinic, fait ses études avec Lluís Sayé, ouvre un premier dispensaire en 1911 avec lui, publie un article avec Tomás Seix

¹ Voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil*, 2004, *op. cit.*

² CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

³ L'association de Phthisiologie est créée en 1930 dans le cadre de l'Académie des Sciences et de la Médecine de Catalogne et des Baléares, elle est présidée par Lluís Sayé, et à l'initiative de Conrad Xalabarder d'après Raimond Cornudella, *Ibid.*

⁴ CATEURA i VALLS, Xavier, « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aqui Osona, 2010, *op. cit.*

en 1919, etc¹. En bref de nombreux indices nous montrent des médecins qui se côtoient, travaillent ensemble, et cela tend à revaloriser l'idée selon laquelle il est possible de consolider un grand réseau de prise en charge interconnecté déjà existant. Mais par delà ce grand réseau, il est visible que certaines logiques se détachent telles que les collaborations personnelles entre médecins, permettant de comprendre un réseau plus dense autour de certains établissements comme c'est le cas pour le sanatorium de l'Esperit Sant et celui du Montseny.

Les réseaux sont également le produit des médecins eux-mêmes, qui envoient les malades dans des lieux de soins qu'ils connaissent personnellement, ou bien au travers de contacts qu'ils ont dans le milieu professionnel. Ces logiques suivent parfois celles des réseaux établis, puisqu'il semble bien que la plupart des médecins soient issus d'une structure publique ou privée relevant de l'assistance sociale gratuite. Et si de ces collaborations particulières il n'est pas possible d'établir en toute certitude un réseau de soins, il n'en demeure pas moins que ces médecins qui travaillent ensemble ont plusieurs points communs, en plus de leur appartenance à des structures de prise en charge plus ou moins gratuites, et en particulier sur des questions scientifiques et médicales.

3. Des réseaux qui se rejoignent dans une logique médicale commune ?

La majeure partie des médecins qui apparaissent comme acteurs dans les parcours des malades sont tous issus d'un système d'assistance au sens large, sans distinction entre assistance privée et publique. Autrement dit, il semble qu'il y ait peu de communication entre réseau de prise en charge gratuite et réseau de prise en charge privée payante. Les malades aisés sont soignés dans des réseaux parallèles, qui, sont peut-être également gérés par les mêmes médecins, mais qui ne mélangent pas ou très peu activités caritatives ou d'assistance gratuite et consultations privées. Cela est effectivement lié au prisme des sources, et au fait que nous nous intéressons à des malades constitués en collectif « tuberculeux pauvre » selon l'expression employée à l'époque². Ce groupe au sens large, composé d'ouvriers plus ou moins qualifiés, avec ou sans emploi, d'indigents, etc., est pris en charge par des structures

¹ CORBELLA I CORBELLA, Jacint, « L'obra científica del doctor Lluís Sayé i Sempere (Barcelona, 1888-1975) », *Gimbernat*, v. 20, Barcelone, 1993, pp. 143-163.

² Le terme de « tuberculeux pauvres » se retrouve par exemple dans les campagnes de Catalunya Radio.

différentes, plus ou moins connectées en réseau, mais qui en tout cas entretiennent certaines relations, comme nous venons de le voir. Ces relations se forment par le biais de médecins responsables ou simples praticiens, qui sont parfois en désaccord quant à la démarche à adopter pour plus d'efficacité, mais qui d'une manière générale sont assimilés à une même conception exclusive de la tuberculose en tant que maladie.

Jacint Reventós et Lluís Sayé se connaissent bien, mais n'ont pas la même vision de la lutte antituberculeuse. Alors que Lluís Sayé est plutôt favorable à l'assistance du malade à domicile et ce depuis les années 1930, Jacint Reventós critique ouvertement les décisions de la Generalitat d'investir tous ses fonds dans le dispensaire. Leurs visions de la prise en charge diffèrent donc largement, tout comme leurs priorités en matière de lutte antituberculeuse, ce qui n'est pas sans rapport avec leurs postes respectifs, le premier étant avant tout directeur de dispensaire le second chef de service à l'hôpital. Bien sûr, cette opposition est aussi liée à des opinions politiques, puisque nous savons Lluís Sayé proche d'ERC et Jacint Reventós ouvertement engagé du côté de la Lliga Regionalista et par conséquent opposant politique féroce aux autorités républicaines de l'époque¹. Nous avons vu les oppositions des médecins au dispensaire central, ce qui en réalité cache pour certains d'entre eux une opposition à tout un système qui privilégie le dispensaire et l'œuvre sociale sur les hôpitaux et l'œuvre clinique. Plus encore, ces derniers s'opposent à un système qui n'inclut pas assez les établissements privés et caritatifs, parfois précurseurs dans la prise en charge médicale mais aussi dans lesquels eux-mêmes travaillent. Malgré tout, si *La Publicitat* interroge ces médecins pour démontrer l'opposition au projet de Josep Dencàs notamment, c'est avant tout parce qu'il s'agit d'éminents spécialistes catalans et espagnols, particulièrement reconnus pour leur action. En effet, ces médecins ont en commun une renommée qui fait d'eux les principaux acteurs de la lutte antituberculeuse moderne. Car outre le fait qu'ils travaillent tous dans le domaine de l'assistance, ils sont aussi ceux qui permettent d'étendre l'influence de la phtisiologie moderne en Catalogne.

Ces médecins qui apparaissent dans les parcours médicaux ont donc en commun sinon une vision thérapeutique similaire au moins une vision prophylactique et scientifique commune. Tous ont accepté la logique bactériologique exclusive, celle qui vaut au niveau européen, qui fait du microbe l'agent unique de la maladie². Le cas d'Eduard Xalabarder est peut-être le seul à pouvoir être mis en suspend, puisque nous le savons il souhaitait privilégier les facteurs

¹ Notons qu'il rejoindra d'ailleurs le camp franquiste en 1937.

² Voir chapitre 1, C.

sociaux sur tout le reste. Pourtant, à un niveau strictement microbiologique, il accepte aussi parfaitement l'acception ambiante. L'orthodoxie scientifique est donc la règle parmi ces médecins qui ont de l'influence sur les pouvoirs publics et sur les structures d'accueil quelles qu'elles soient. D'une manière générale nous assistons à l'établissement d'un réseau de part l'exclusion des praticiens qui ne suivent pas ces théories bactériologiques. Nous l'avons vu c'est le cas avec la théorie de Jaume Ferrán, considérée comme erronée à l'époque, et qui est critiquée dans les fiches cliniques lorsqu'un malade a reçu son vaccin. Il faut dire que Jaume Ferrán n'est pas un obscur praticien qui développa sa théorie, mais son influence s'étendit dans le cadre municipal barcelonais, de part sa présence au sein du « Laboratoire Microbiologique de la Municipalité ». Quelques malades ont donc pu avoir affaire à ce médecin ou ses disciples, mais cela n'est jamais qu'un facteur aggravant la maladie pour les médecins des années 1930. D'autres médecins influents sont plus directement exclus ; c'est le cas de Ramón Plá i Armengol, phtisiologue reconnu, qui n'apparaît jamais et sous aucun aspect dans les parcours des malades. Cette absence est significative d'un véritable choix plus ou moins conscient réalisé par les médecins et qui guide le réseau. Sara Lugo Márquez a évoqué dans sa thèse comment se situe la stratégie du médecin entre volonté de légitimation scientifique de la théorie et création d'une entreprise privée commercialisant un produit hétérodoxe¹. Finalement, face au rejet de la communauté scientifique, le médecin positionne plus ouvertement sa théorie en tant qu'hétérodoxe, ce qui suppose par la même son exclusion des canaux financés par les autorités publiques ou les organismes privés à but caritatif. Le sérum mis au point par Joaquim Ravetllat et Ramón Plà se vend et se vend bien si l'on en croit Sara Lugo, et notamment à l'étranger, mais il reste un traitement non reconnu par les médecins de notre réseau. Il est difficile de déterminer le sens du lien de cause à effet entre une théorie hétérodoxe et un médicament vendu à des patients aisés, et l'absence de ce sérum dans les fiches cliniques des malades pauvres. Mais globalement le résultat est le même, et les patients ne connaissent pas ce sérum qui est réservé à d'autres malades ayant les moyens de le payer. Autrement dit, il y a bien des réseaux et des traitements en parallèle avec le système et les soins visibles dans les parcours des malades « assistés » dans les différents lieux de soins gratuits. Si nous souhaitons définir un réseau de soins, au sens large, il est possible de voir une logique commune entre tous ces médecins influents, qui établissent un réseau par

¹ LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, thèse de doctorat dirigée par MOLERO MESA, Jorge, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011.

l'exclusion de certaines théories hétérodoxes pour ne privilégier que la plus répandue, soit la logique bactériologique exclusive.

Il existe des réseaux propres à chaque acteur de la lutte, depuis les malades jusqu'aux médecins les plus influents et les autorités publiques passant par les généreux donateurs. Ce sont donc ces individus qui permettent d'orienter les parcours des malades, et organisent la lutte antituberculeuse. Il ne s'agit pas de protagonistes isolés ayant leurs propres logiques individuelles, mais ce sont plutôt des relations entre des acteurs qui guident la création de réseaux multiples ayant des connexions réelles entre eux, bien que les logiques de réseaux permettent largement de comprendre la plupart des parcours de malades. Ces individus ont donc un rôle déterminant dans le parcours des malades, lui donnant parfois une cohérence du point de vue de la logique médicale moderne, ou bien à l'inverse sont des facteurs explicatifs de l'incohérence observée a priori dans les itinéraires des patients. Les médecins se positionnent en acteurs privilégiés de la lutte antituberculeuse et de la prise en charge, ce sont eux qui dans un premier temps orientent les malades dans les lieux de soins, en fonction d'habitudes personnelles ou surtout de leurs relations personnelles et professionnelles. En analysant ces parcours de patients donc, il nous a été possible de faire ressortir des logiques de collaboration entre praticiens, depuis la relation désormais classique et très assumée entre généralistes et spécialistes jusqu'aux relations entre différents phthisiologues chargés des différents étapes de la prise en charge. Mais outre ces réseaux particuliers, la lutte trouve une cohérence depuis les médecins dans le fait qu'ils font tous partie d'un système très général, celui d'une logique caritative ou d'assistance, de prise en charge gratuite. Ces médecins qui travaillent également dans d'autres lieux de soins ou bien ont des consultations privées mélangent très peu leurs patients, et ce sont donc deux réseaux de prises en charge distincts qui sont perceptibles de par les absences dans les sources. Si du point de vue de la prise en charge les malades étudiés se situent dans un réseau cloisonné, c'est également le cas au niveau de la logique biologique et scientifique qui guide les pratiques médicales. En effet, les médecins en relation qui apparaissent dans les parcours des tuberculeux en tant qu'acteurs déterminants ne sont pas tous du même avis médical, mais tous ont une vision scientifique de la tuberculose orthodoxe centrée sur le microbe comme seul agent contaminant et non variable. Cela se traduit par une exclusion d'autres théories et donc d'autres pratiques qui se retrouvent cantonnées aux autres réseaux plus fragmentaires sans doute de prise en charge des malades plus aisés. Il reste que les tuberculeux eux-mêmes sont aussi acteurs de la lutte

antituberculeuse et par là de leur propre parcours. C'est par des choix, guidés par des logiques personnelles, liées à des habitudes, des connaissances, leur famille ou leur possible intégration dans certains cercles ou réseaux de sociabilité, que les malades déterminent leur propre itinéraire au sein de lieux de soins. Ils développent des stratégies individuelles ou collectives, parfois en désaccord avec les autorités et référents médicaux, conduisant ainsi à une rupture dans leur parcours de soin.

Il s'agissait ici d'observer les stratégies des patients qui traduisent une redéfinition des pratiques médicales comme de la structure de soins telles qu'elles sont mises en avant dans les différents discours des professionnels. Nous observons dès lors une superposition de logiques individuelles ou collectives qui remettent largement en question la prise en charge parfaite, et l'évolution positive vers l'organisation d'un réseau de prise en charge structuré.

La logique médicale développée dans les discours reste néanmoins visible en tant que guide dans les parcours des malades et ce à plusieurs échelles d'analyse. Les médecins mettent en avant un réseau structuré, basé sur l'argument scientifique et serait par conséquent déconnecté des variables sociales ou personnelles. De manière pratique les différents lieux de soins sont connectés entre eux, avec comme point central le dispensaire, qui coordonne la prise en charge en agissant comme relai. Individuellement, les tuberculeux sont pris en charge par des médecins généralistes qui après un rapide diagnostic les envoient au dispensaire spécialisé, qui peut ainsi établir un diagnostic détaillé, et en collaboration avec le médecin en charge du patient trouver une solution adaptée. Si nous incluons le rôle que jouent alors d'autres décideurs, généreux donateurs privés ou bien organismes publics, les acteurs sont multiples mais bien informés et reliés entre eux, et le patient est maintenu dans un rôle passif, se contentant d'être bien obéissant aux règles établies par les professionnels. Pourtant, ce schéma se complique sensiblement dans les parcours des malades, et la coordination n'est pas si parfaitement réalisée, ou du moins la constitution de réseaux de soins est aussi déterminée par plusieurs variables, depuis le rôle du patient comme acteur, jusqu'au manque de moyens réels des institutions qui engendre une offre de soin insuffisante. Dans la pratique cela conduit à redéfinir les lieux de soins, tout en observant une relative homogénéisation, depuis les

pratiques jusqu'aux établissements, qui finissent par recevoir des malades très différents, ne correspondant pas au profil établi en théorie, et se retrouvent donc tous avec un public hétérogène. A l'échelle barcelonaise, l'effort réalisé concrètement pour connecter la lutte antituberculeuse est important et mené à cette époque par les autorités publiques. Il faut souligner le travail de trait d'union projeté et en partie réalisé par Lluís Sayé, mais dans la pratique, se superposent des jeux d'acteurs et des systèmes d'interrelation plus complexes car guidés par d'autres logiques plus pragmatiques. Les projets et réalisations convergent certes, mais par la même se concurrencent ce qui s'explique parfois par des oppositions professionnelles, personnelles, ou des problèmes de coordination en tout genre. Pourtant, cette opposition est multiple et ne peut se simplifier en un simple dualisme privé/public doublé traditionnellement de celui de tradition/modernité. Bien que les autorités publiques cherchent à mettre en place un organisme central de coordination qui oriente la lutte antituberculeuse en se basant sur des institutions déjà existantes mais intégrées dans un système de soins général, dans la pratique, nous assistons à une évolution vers une nouvelle répartition des fonctions. La prise en charge, soit l'assistance ou « l'œuvre clinique » à proprement parler reste en pratique aux mains de structures de soins privées, qui parfois évoluent dans le sens d'une plus grande modernité médicale telle que celle-ci est conçue à l'époque. L'un des éléments permettant de comprendre cette multiplicité de réseaux et de solutions possibles qui se maintiennent en parallèle les unes des autres est qu'à cette époque, les oppositions idéologiques sont nombreuses, face notamment à la mise en place d'un système coordonné par des autorités publiques qui privilégie largement l'œuvre prophylactique sur l'œuvre clinique et thérapeutique. D'après Jorge Molero, en essayant de mettre en place une organisation de prise en charge, les médecins et les autorités identifient plusieurs modèles européens. Deux modèles s'opposent alors, celui de l'Angleterre, basé sur un réseau de dispensaire avec une action prophylactique importante et le modèle allemand, basé sur les sanatoria et une prévention sociale qui permet de financer les séjours¹. Lluís Sayé en théorie penche pour un modèle dit français, intermédiaire, bien que dans la pratique il penche pour un certain modèle de lutte qui serait proche du modèle anglais que nous venons d'évoquer. Globalement, l'opposition que nous cristalliserons dans la figure de Jacint Reventós pour schématiser, préférerait voir se mettre en place une autre structure, plus directement basée sur le soin et l'internement dans les lieux spécialisés grâce notamment à une prise en charge sociale, proche de ce qui a été mis en place en Allemagne. Le cœur du problème est donc clairement lié au

¹ MOLERO MESA, Jorge, *Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936)*, 1989, *op. cit.*, p. 361.

choix d'un modèle d'organisation de la lutte antituberculeuse, qui diffère selon les acteurs, et permet de comprendre les problèmes de coordination. Malgré tout, tous ces acteurs qui interagissent dans le cadre de l'assistance sociale et de la prise en charge des tuberculeux ont en commun une même conception de la maladie d'un point de vue microbiologique, et c'est là le point de base sur lequel, peut-être, s'établit une certaine unité au sein d'un réseau multiple. La prise en charge moderne est valorisée en tant que système efficace, mais si celle-ci fait la loi, en pratique les acceptions les plus modernes de la lutte se mêlent à la permanence d'un système de soins caritatif basé sur la cure de repos. Les structures privées changent de forme et se multiplient, devenant parfois les fers de lance en pratique de la lutte moderne, mais il n'en demeure pas moins que la lutte antituberculeuse dans son acception clinique continue d'être pleinement dépendante de structures de bienfaisance traditionnelle, même si celles-ci aussi évoluent. Ce maintien d'un système décrié par les médecins eux-mêmes en théorie se justifie par une recherche d'efficacité pratique, la volonté de profiter de toutes les opportunités de soins, qui est particulièrement visible dans le parcours des patients. Notons que cette opposition toute théorique entre pratique médicale traditionnelle et moderne se retrouve parfois aussi au sein des mêmes établissements ainsi que dans les pratiques médicales des mêmes médecins à proprement parler, puisque dans la liste des traitements prescrits aux malades du dispensaire central par exemple, se côtoient sans difficulté sanochrysine et héliothérapie.

CHAPITRE 7 : La tuberculose en chair et en os : le vécu de la maladie

« Ayer ha muerto el pobre muchacho del 14. Mala cosa, neumo bilateral, con fuerte exudado purulento; una siembra extensa en todo el pulmón derecho; uno de los muchos casos de freni fracasada; desviación del mediastino. No tuvo suerte. Quizá una plastia a tiempo le hubiera ahorrado mucho sufrimiento. Quizá le hubiera matado. También habría dejado de sufrir. »¹

A l'image du récit de la fin de vie du *jeune du 14* décrite par un personnage de Camilo José Cela, évoquer l'expérience vécue de la maladie suppose une description de la souffrance personnelle ponctuée d'explicitations médicales. La multiplication de termes médicaux mêlée à la référence sensitive d'une douleur extrême pour décrire la fin de vie du personnage montre bien que le malade en question n'est plus défini que par sa condition de tuberculeux. Car si la maladie est vécue avant tout dans la chair, par le patient, celui-ci n'est aussi perçu que par elle, constituant ainsi avec les autres tuberculeux un collectif exclu bien limité par la présence du microbe dans leur corps en général et dans leurs poumons en particulier, et uniquement distingué par l'état plus ou moins avancé de leur maladie. Se crée alors une catégorie d'exclus prise en charge comme telle, qui enferme le malade dans un groupe homogène, effaçant, comme le dit un autre personnage de Camilo José Cela, tout ce qui autrefois le caractérisait².

¹ « Hier, le pauvre garçon du 14 est mort. Mauvaise chose, pneumo bilatéral, avec un fort exsudat : un ensemencement étendu dans tout le poumon droit ; un des nombreux cas de freni échouée ; déviation du médiastin. Il n'a pas eu de chance. Peut-être qu'une plastie à temps lui aurait évité beaucoup de souffrance. Peut-être que ça l'aurait tué. Il aurait aussi arrêté de souffrir. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, Austral, Madrid, 1951, p. 301.

² Pour un rappel sur la notion d'exclusion, voir chapitre 5, B. Plus particulièrement, concernant les malades tuberculeux, voir l'article de Pascal Bousseyroux, « Des malades de Berck aux enseignes d'Auxilia », dans GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XXème siècle*, Actes des journées d'études du laboratoire ICT (Université Paris 7) des 12 et 13 mai 2011, L'Harmattan, Paris, 2012, pp. 95-119.

Dans cette configuration, le malade est pris dans une logique de prise en charge qui le définit et peut être considéré comme un objet « sub-historique »¹. Le bon malade est obéissant, et sa vie est entièrement guidée par les préceptes médicaux et les recommandations des médecins. La littérature donne un aperçu de ces malades à l'écoute de leur corps, qui deviennent l'incarnation de la maladie². L'expérience de vie de la maladie, est peu perçue par les historiens, du fait de la difficulté à trouver des sources, et finalement toute étude du quotidien des malades tend à en dire plus long sur la construction de leur parcours et les pratiques médicales qui prétendent les guider objectivement que sur le vécu du malade lui-même. Mais à l'heure actuelle, l'historiographie observe une évolution sensible sur ce point, avec un intérêt accru pour renverser les logiques, démontrant notamment que pour comprendre la lutte antituberculeuse, la prise en compte du malade est incontournable³. Ce dernier n'est pas uniquement l'objet mais surtout le sujet principal, il est acteur de sa propre guérison. Face aux théories en histoire de la médecine qui cherchaient à mettre en avant une médicalisation subie par les malades, les historiens évoquent aujourd'hui une « co-construction » de la santé, impliquant une redéfinition de la relation médecin-patient :

« la science médicale, les nouvelles pratiques de la santé semblent bien résulter en partie d'une co-construction par les malades et les médecins au cours de leurs échanges écrits ou oraux. »⁴

Le malade, outre vivre la maladie dans sa chair, est aussi actif, en témoigne cette familiarité avec laquelle le personnage de Camilo José Cela évoque les traitements thérapeutiques, sa connaissance de la terminologie médicale, une connaissance acquise par sa propre expérience de la maladie. Cependant, le malade en tant qu'acteur ne va pas toujours dans le sens de la lutte antituberculeuse, il fait parfois entendre ses désaccords, par des protestations ou encore

¹ PEREIRA POZA, Antonio, *La Paciencia al sol, Historia social de la tuberculosis en Galicia (1900-1950)*, ed. del Castro, Historia, La Coruña, 1999.

² Claudine Herzlich et Janine Pierret citent ainsi Katherine Mansfield qui évoquait l'angoisse de Tchekhov « il ne reste plus rien (...) la maladie l'a englouti ». HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison*, Payot, Paris, 1984, p. 64.

³ Sur la prise en compte des patients l'étude de la médecine « par le bas », voir notamment : PORTER, Roy, « The Patient's View : Doing Medical History from below », *Theory and Society*, Vol. 14, No. 2, 1985, pp. 175-198. Pour une critique historiographique : RIEDER, Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », dans *Gesnerus, Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, n°60, 2003, pp.260-271.

⁴ BOURDELAIS, Patrice, FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de la santé : XVIII-XX^{ème} siècle*, Editions Belin, Paris, 2005, p. 13.

des pratiques de la santé qui seront jugées nocives ou subversives par les professionnels¹. Le patient prend donc une certaine indépendance vis-à-vis des théories médicales, une indépendance qu'il s'agira ici de définir.

Nous verrons dans un premier temps l'interrelation existante entre pratiques médicales et réalité du patient, en montrant comment l'étude de ces deux objets/sujets nous amène à reconsidérer l'évolution de l'un comme de l'autre puisqu'ils s'influencent réciproquement. Nous tenterons ensuite d'écouter ces autres voix de la tuberculose qui se font entendre aux côtés de celles considérées comme légitimes des médecins. Ce témoignage distinct et vécu permet de faire entendre un appel aux soins, mais aussi et surtout des voix qui s'élèvent contre certaines pratiques ou conceptions médicales.

A. Vivre tuberculeux : entre évolution du patient et évolution des soins

Observer l'évolution de la tuberculose suppose prendre en compte une évolution à plusieurs échelles. Celle du malade tout d'abord, qui correspond à son histoire de vie une fois devenu tuberculeux, et à son parcours dans les lieux de soins plus ou moins spécialisés. Il faut dire que l'observation du développement et du devenir de la maladie, qui comme le disait Katherine Mansfield « a englouti le malade », dépend d'une grille de lecture proposée par les médecins². Le tuberculeux en ce sens est vu à travers des étapes caractéristiques, qui sont déterminées de l'extérieur et sont aussi sensiblement les mêmes pour tous les malades. Les différences perceptibles au sein de ce collectif homogène pris en charge ont trait à l'état du patient et au stade de la maladie dans lequel il se trouve. Mais l'étude des parcours de vie tuberculeuse nous en apprend beaucoup plus sur les pratiques médicales. A une autre échelle, l'évolution de la maladie correspond à celle de ces pratiques justement, visible à travers les itinéraires des tuberculeux. Parfois même c'est la seule expérience du malade qui permet d'observer l'évolution des pratiques, de part la longueur de sa maladie notamment. Mais le vécu du tuberculeux permet aussi de redéfinir cette évolution depuis une pratique

¹ Pour un rappel bibliographique pour une étude des malades subversifs, voir plus loin.

² HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984, *op. cit.*, p. 64.

traditionnelle vers une plus moderne, guidée par les dernières nouveautés médicales et les traitements considérés comme les plus efficaces. Cette étude de la maladie « from below » montre aussi comment se mêlent différentes conceptions médicales, différents traitements et notamment rend visible la permanence de logiques considérées comme dépassées voire parfois les lacunes de l'organisation antituberculeuse¹.

L'évolution du malade et celle des pratiques de lutte s'interpénètrent clairement, et l'objectif de ce paragraphe est aussi de décrypter cet entremêlement entre expérience de vie des tuberculeux et logiques de prise en charge. Nous verrons dans un premier temps comment la vie quotidienne du tuberculeux, entièrement axée autour de la maladie, de la mort ou de la guérison, est perceptible à travers un encadrement médical parfois rigide. Nous nous attacherons ensuite à démontrer que si les parcours des malades tendent parfois à confirmer une évolution logique des pratiques thérapeutiques entre tradition et modernité, certains détails permettent au contraire de nuancer ce fait. S'observe alors une redéfinition des logiques de soins, et un certain écart de la pratique effective, face aux théories.

1. L'évolution du malade encadrée par les médecins

La vie des tuberculeux, une fois diagnostiqués, est rythmée par leur maladie. Les tuberculeux sont leur corps et doivent se centrer uniquement sur leur guérison. Dans le *Pabellón de Reposo* dans lequel se trouvent les personnages de Camilo José Cela, la vie des internés est entièrement déterminée par la nécessité de guérison et suit des normes et exigences médicales². Plus encore, alors que dans le sanatorium de Hans Castorp le microcosme bourgeois de Davos multipliait les –longues – conversations philosophiques ou mondaines³, les tuberculeux des années 1950 décrits par Camilo José Cela parlent surtout de la maladie et de leur état.

¹ PORTER, Roy, « The Patient's View : Doing Medical History from below », 1985, *op. cit.*, ou encore le chapitre « Réticence ou adhésion des maladies ? » dans DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*. Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1988, pp.155-174.

² CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*

³ MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, Fayard, Paris, 1931 [1^{ère} ed. 1924], 509 p.

« La conversación es rara vez amena; por regla general gira sobre el eterno e inagotable tema de la enfermedad. »¹

Si la vie des patients tourne autour de leur corps malade, la description que nous en avons, donnée par les médecins et parfois suivie et complétée par les malades eux-mêmes est structurée au travers d'étapes clés, préconçues par des préceptes médicaux. Qu'il s'agisse d'une impression liée aux sources disponibles avant tout produites par des médecins, ou bien d'une réalité vécue par des patients « engloutis par la maladie » et la structure de prise en charge, tout le parcours du malade est visible au prisme de l'attention médicale. Il s'agira ici d'analyser cette expérience vécue dans l'ordre, en suivant chronologiquement l'évolution du malade à travers son expérience et les données produites par les médecins. Suivre le développement de la maladie conduit à s'intéresser à des étapes pertinemment construites par des catégories médicales, qui au-delà de l'inscription du malade dans une catégorie exclue générale, suppose encore de le différencier en fonction de l'aggravation ou de l'amélioration notable de son état de santé. L'expérience de la tuberculose par les malades atteints est tout d'abord celle d'un collectif qui suit des étapes différentes, déterminée par des diagnostics et descriptions médicales réalisées par les médecins. Ensuite, cette expérience de la maladie est aussi une expérience de la prise en charge thérapeutique qui devient omniprésente dans la vie du tuberculeux. Enfin, le devenir du malade, considéré en fonction d'une réussite ou d'un échec de la prise en charge, est aussi contrôlé par les médecins.

- *De la quinte de toux à la cachexie : des étapes dans l'expérience collective de la maladie*

« Il y a un an et demi, au service militaire, le malade attrape un rhume avec fièvre toux et expectorations qui dure 29 jours avec 37-39° de température. Il retourne chez lui pour se remettre, et à son arrivée il a une hémoptysie longue qui dure une journée, et l'obligeant à garder le lit dans un état de repos absolu. En finissant son « repos absolu » (qu'il a fait en profitant d'un mois de permission accordée par le Service Militaire) le malade est épuisé et souffre d'anorexie et d'asthénie. Il demande un autre mois de permission , et alors, tout en se trouvant dans le

¹ « La conversation est rarement agréable ; en règle générale elle tourne autour de l'éternel et inépuisable thème de la maladie. » CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 340.

même état, se met à travailler durant 4 ou 5 mois afin de subvenir aux besoins de sa famille¹, a la suite de quoi il recommence à avoir de la fièvre, de la toux, de rares expectorations, de l'anorexie et de l'asthénie. Il fait alors cinq mois de repos relatif, après avoir cessé de travailler, sans traitement. Après ces cinq mois, et sans véritablement se trouver beaucoup mieux, il travaille quatre mois et se sent peu à peu devenir aphone. Comme il continue d'être malade, il décide d'aller vivre trois mois au village, où il ne fait qu'une cure de repos relatif, pendant laquelle il grossit de 3 ou 4 kilos. En voyant qu'il commence à reprendre du poids, il retourne à Barcelone se croyant en meilleure forme, mais il recommence alors à avoir une toux émétique. Il va voir un médecin qui lui donne un traitement symptomatique lui augmentant encore plus la sensation de faim. Comme on lui indique un traitement qu'il ne peut payer, il entre à la Salle par manque de ressources. »²

Des expériences comme celle de *Candido Conesa* sont souvent retranscrites de cette manière dans les fiches cliniques des patients de l'hôpital de Sant Pau. Ces dernières retracent fréquemment un itinéraire du malade guidé par des éléments qui sont communs à tous au sein du collectif de malades. Le vécu difficile, les douleurs dont les ouvrages littéraires nous donnent des aperçus vivants sont surtout évoquées grâce aux médecins à travers une terminologie caractéristique, un vocabulaire que nous pourrions qualifier d'aseptisé. Ainsi, l'évolution caractéristique observée chez nombres de malades correspond à un rhume qui se transforme en toux persistante et s'intensifie parfois en une hémoptysie. Le développement de la maladie est assez varié et peut durer plusieurs années comme quelques jours, lorsque celle-ci se déclare d'une manière beaucoup plus fulgurante. Notons également que parfois les malades connaissent des complications, la maladie prend des formes différentes, des pneumonies pour les tuberculoses pulmonaires, des problèmes d'aphonie chronique pour les tuberculoses du larynx par exemple. Dans tous les cas ces étapes de la maladie sont caractéristiques et sont évoquées au travers de termes médicaux qui semblent constituer des mots-clés que nous retrouvons dans toutes les histoires cliniques pour décrire l'évolution de la maladie. Le développement de la maladie de *Juan Cascales* connaît des similitudes avec celle de *Candido Conesa*, des similitudes liées au microbe, mais aussi à une présentation type à

¹ Littéralement « degut a irregularitats econòmiques de casa seva ».

² La traduction est littérale. Extrait de la fiche clinique de *Candido Conesa* hospitalisé le 24 janvier 1934 à l'hôpital de Sant Pau rédigée par le Dr. Marín. Fonds Historique de l'Hôpital de Sant Pau, ANC.

rattacher au format de la visite du médecin. Le médecin écrit en effet que concernant *Juan Cascales* :

« avant la mort de sa femme il toussait et expectorait, mais il l'attribuait au fait d'être un gros fumeur. Après la mort de sa femme (il y a quatre ans) il commence à s'enrhumer très souvent, encore que sans être obligé de garder le lit ni d'arrêter de travailler. Il se sent faible mais il n'y accorde pas d'importance, et conserve son poids, qui n'a jamais dépassé les 56 kilos. Cet état continue jusqu'à il y a six ou huit mois, quand il devient aphone et en même temps il a plus de toux et d'expectorations ; il perd l'appétit, a des sueurs la nuit, les forces lui manquent, il s'amaigrit plus et doit arrêter le travail, il y a maintenant un mois. (il travaillait comme porteur dans un magasin de meubles) »¹

Comme pour beaucoup de malades, des signes cliniques ou symptômes sont omniprésents, et permettre d'orienter le diagnostic avant l'auscultation, il s'agit en particulier des symptômes pulmonaires, la toux et l'expectoration. Ces deux éléments sont présents dans la majorité des fiches cliniques en tant que révélateur de la maladie, à tel point qu'il est fort probable que cela s'explique par une question directement posée par le médecin au patient. Il s'agit pour eux d'identifier le point de départ de la maladie, et l'itinéraire du malade est alors absolument déterminé par la recherche du praticien, qui tente de trouver une explication puis un diagnostic. L'hémoptysie, qui vient souvent en second lieu, est encore un signe clinique, ou plutôt une manifestation de la maladie qui se répète dans toutes les histoires médicales. Considérée comme le symptôme évident du déclenchement d'une maladie souvent en gestation depuis longtemps, elle est aussi le constat d'un stade assez avancé de la maladie, et sa présence dans toutes les fiches du dispensaire de Radas comme l'hôpital Sant Pau tend à faire penser que tous ces malades sont gravement atteints, n'en déplaise parfois aux médecins qui les traitent. Dans cette entreprise orchestrée par les professionnels de recherche des causes d'une tuberculose souvent pulmonaire, il est également fait mention de manifestations caractéristiques telle que la dyspnée lors de l'auscultation, même si toutefois cela est moins systématique. Mais les parcours médicaux des malades sont aussi rythmés par d'autres signes cliniques sur lesquels les médecins insistent beaucoup lors des visites que sont l'asthénie et l'anorexie. Ici ces termes reviennent lors de l'observation directe des malades, et fait état d'un affaiblissement du corps provoqué par la maladie. Les pertes de poids et les anorexies

¹ La traduction est littérale. Histoire clinique extraite de la fiche clinique du patient rédigée lors de son entrée à l'hôpital de Sant Pau le 13 avril 1931. Fonds Historique de l'Hôpital de Sant Pau, ANC.

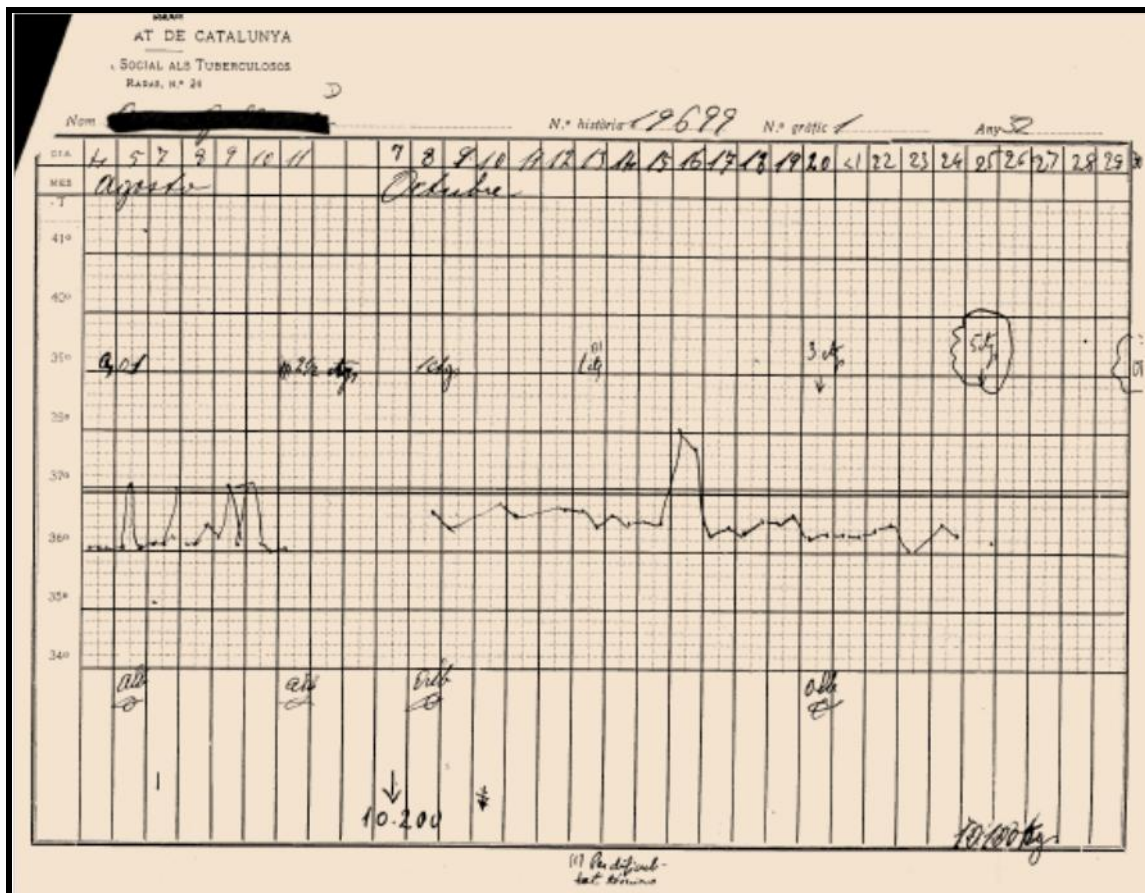
chroniques sont très fréquentes dans les histoires médicales, mais aussi plus ou moins marquées, depuis une perte relative de quelques kilos, jusqu'à des cas extrêmes tel celui de *Carmen Casas*, suivit avec sa famille¹ au dispensaire de Radas en 1927 qui maigrit de près de 20 kilos. Cet amaigrissement, lié au manque d'appétit et signe d'une santé qui se dégrade, n'est pas seulement observé lors du diagnostic mais aussi tout au long de la maladie. Le poids est parfois le signe, la manière médicale d'exprimer une évolution de l'état général du malade, avec une prise de poids qui suppose une amélioration, comme nous pouvons le constater dans les exemples d'histoires médicales cités plus haut, alors qu'à l'inverse une perte de poids illustre une dégradation.

Il faut dire que l'évolution de l'état de santé du malade est parfois en dent de scie. Dans la *Montagne Magique*, l'expérience de Hans Castorp qui tombe malade en arrivant au sanatorium pour visiter son cousin est aussitôt considérée comme tout à fait normale par le médecin du centre². Il faut en effet commencer par se sentir vraiment mal pour ensuite se sentir vraiment mieux à Davos. Cette expérience ne correspond pas franchement à une réalité barcelonaise en tout cas, puisqu'aucun médecin ni malade ne fait état d'une telle « dégradation positive », mais que ce soit au sein d'un établissement de soins ou bien chez eux après une cure, de nombreux malades alternent entre amélioration et dégradation. Ce parcours en dent de scie se matérialise dans les fiches cliniques de Sant Pau par des réadmissions, considérées comme un échec, suivies d'une nouvelle histoire clinique qui vient compléter la précédente afin de prendre la mesure de tout le parcours du malade. Cette évolution est aussi visible au travers des suivis des patients, des examens de crachats journaliers ou hebdomadaires dans l'hôpital Sant Pau ou au dispensaire central, des courbes de températures, ou encore le contrôle du poids dans le dispensaire pour les enfants.

¹ *Famille Arnau*, dossier de famille n°380 fiche n°8849, dispensaire de Radas.

² MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, 1924, *op. cit.*

Illustration 21 : Courbe de température de *María Casado*, suivie au dispensaire de Radas en 1932.



(Source : Fiches de visite n° 19 699 Dépôt du CAP RSD)

Les quelques éléments de suivi disponibles mettent en avant, bien sûr des cas de malades qui rechutent et empirent, au point de nécessiter une seconde hospitalisation. Cela ne laisse donc pas la possibilité d’observer les malades qui vont mieux. Dans tous les cas il faut dire que l’évolution au sein des établissements comme après le retour du malade chez lui est perçue en particulier au travers de deux indices pratiques déjà cités plus haut, le test du crachat¹ et la pesée quotidienne ou hebdomadaire. De part la focalisation des médecins sur le bacille, l’indice que constitue la présence du microbe reste primordiale pour décider de la marche à suivre pour le médecin. Un autre élément caractéristique de la vie du collectif malade est la longueur de la maladie, qui, une fois le diagnostic réalisé, signifie surtout longueur du traitement. Certains malades sont tuberculeux pendant plus de vingt ans, d’autres à l’inverse ne sont diagnostiqués que quelques jours avant leur entrée dans un lieu de soins. La plupart du

¹ Test de la tuberculine, dit *de Mantoux* le plus souvent dans les fiches cliniques du dispensaire de Radas comme de l’hôpital de Sant Pau.

temps néanmoins, le temps est long dans la maladie, qu'il s'agisse de l'attente pour être soigné, à la perception du séjour dans les sanatoria, comme du parcours au sein des lieux de soins et de l'évolution de la maladie. Cela s'explique à la fois par le biais des sources, qui, encore une fois, prennent surtout en compte les malades qui rechutent, mais aussi par la caractéristique même d'une maladie qui lorsqu'elle est courte est souvent fulgurante et mortelle.

La souffrance, elle aussi est observée à travers le prisme des médecins dans les fiches cliniques. La cause d'une première visite au dispensaire est souvent une hémoptysie abondante, ou encore une douleur thoracique plus ou moins aiguë, mais la sensation n'est détaillée que dans le sens où elle apporte une connaissance supplémentaire pour le diagnostic du médecin. Ce qui semblerait le plus sensible possible, la douleur personnelle, est rationalisée, explicitée, neutralisée également au détour d'un terme médical spécifique qui rend lisible médicalement un état de santé particulièrement dégradé. Ainsi, *Amalia Contreras* qui n'a pas encore un an est conduite au dispensaire de Radas en urgence à cause d'une ulcère profonde sur la langue qui s'est, en quelques semaines, étendue sur tout le dessous de la langue. Alors qu'elle est suivie par le dispensaire, l'enfant a des attaques d'apnée et des poussées de fièvres très importantes puisque sa température atteint un jour 41,3°. Le médecin précise que ses nuits, dans ce contexte, sont très mauvaises¹. D'autres patients sont dans des états d'anémies extrêmes et nombreux sont ceux pour lesquels les médecins du dispensaire parlent de cachexie. La gravité de l'état jugée d'après le médecin permet aussi souvent d'évoquer en creux une douleur, sans doute perceptible au travers des spasmes, râles, ou des pleurésies. Le diagnostic permet lui aussi de situer l'état du malade, selon un cadre tout médical. Les médecins évoquent alors des cavités profondes dans les poumons, visibles sur les radiographies, ce qui les oriente vers un pronostic vital grave.

Ainsi, comme l'expliquent Claudine Herzlich et Janine Pierre :

*« notre vision du corps s'est peu à peu coulée dans les catégories de l'anatomo-physiologie, s'est structurée à travers le regard et les concepts médicaux ».*²

Toute l'évolution de la maladie est donc visible à travers des termes médicaux, mais aussi à travers un encadrement médical qui détermine l'expérience vécue de part des questions qui orientent le malade, afin de faire entrer son vécu dans un cadre préconçu. Cette logique est

¹ Fiche de visite d'*Amalia Contreras* n°21145, datée du 10/02/1933, Dispensaire de Radas.

² HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984, *op. cit.*, pp.101-102.

liée à l'exigence qu'ont les médecins à situer exactement le niveau d'infection et la gravité de l'état du corps. Ce sont des étapes cadrées et médicales que nous voyons apparaître dans ces histoires de vies, auxquelles il faut ajouter l'expérience de la prise en charge directe, qui contribue non seulement à l'évolution du malade, mais aussi parfois à sa douleur.

- *Vivre l'encadrement thérapeutique omniprésent*

Le vécu de la maladie suppose également une expérience des traitements et de la prise en charge spécifique. L'encadrement thérapeutique est présent partout et puisque toute la vie du malade est tournée vers la guérison ou l'écoute de son corps, les solutions médicales sont primordiales pour appréhender son quotidien en tant que patient. La familiarité avec laquelle nous avons vu le personnage tuberculeux de Camilo José Cela énoncer les traitements illustre une situation sensible chez les patients soignés dans les réseaux d'assistance barcelonais qui nous préoccupent. Cet encadrement thérapeutique qui rythme au jour le jour la vie du malade s'adapte aussi à l'état de celui-ci. Dans les histoires cliniques, nous voyons parfois une alternance entre différents types de soins en particulier entre opérations chirurgicales, cures de repos souvent assimilées à la convalescence, ou encore traitements chimiothérapeutiques. C'est que l'évolution du malade se construit par étapes, des étapes médicales guidées par l'état du patient et les choix du médecin. En ce sens, le malade se prépare d'abord à une opération, en faisant une cure de repos si cela est nécessaire, est opéré, puis fait, à nouveau, une cure de repos rattachée à la convalescence. Les malades après une opération de type pneumothorax continuent de voir leur vie rythmée par les traitements et les soins, puisqu'ils doivent après leur convalescence revenir au dispensaire pour réaliser un suivi de l'opération. Parfois suite à une complication soudaine, les malades voient leur état se détériorer brutalement, et retournent à l'hôpital pour une rechute qui les contraint à expérimenter une nouvelle chirurgie, souvent différente de la première. Nous avons évoqué plus haut le cas de *Concepción Arch*, qui fut dans un premier temps hospitalisée en 1928 pour un pneumothorax, avant de revenir en 1934 pour pratiquer un « Jacobeus », une thoracoplastie d'un autre type. *Manel Vives*, tuberculeux hospitalisé plusieurs fois à Sant Pau teste plusieurs chirurgies lui aussi, et notamment plusieurs fois un « Jacobeus ». Plus exactement, il faut dire que l'expérience de la maladie et des soins des malades suppose aussi de tester plusieurs traitements, lorsque la solution thérapeutique initiale échoue. *Jorge Alvarez*, est malade depuis ses 14 ans, mais ce n'est qu'à 22 ans qu'il entre pour la première fois à l'hôpital. A

partir de ce moment, son parcours est particulièrement complexe, montrant une évolution peu satisfaisante pour des médecins puisqu'il rechute plusieurs fois.

« En 1924, tuberculose cavitaire gauche soignée par pneumo, maintenu pendant un an et demi et abandonné pour une pleurésie adhésive. En 1930, exacerbation au poumon droit, le pneumo étant impossible on lui fait (prendre) de la sanochrynine, mais quand on lui a donné 2,95gr il a une stomatite qui oblige à suspendre le traitement. Il se repose un mois et recommencer à prendre de la Sanochrynine il a de nouveau une stomatite c'est pourquoi on abandonne le traitement. »

Le 18 février 1931 on lui donne l'autorisation de sortie mais il revient un mois plus tard.

« Après être sorti du service les hémoptysies petites mais quotidiennes ont continuées. La nuit dernière (un mois et quelques jours depuis la Phrénicectomie), une forte hémoptysie tue le patient. »¹

Pour ce que nous en savons, les derniers mois de *Jorge Alvarez* sont entièrement rythmés par la maladie, et très clairement la multiplication d'opérations et de traitements est le signe d'un échec thérapeutique. Ici les médecins sont plutôt désemparés face à ce patient, puisque le traitement lui-même provoque des réactions qui font empirer l'état du malade. L'expérience des traitements thérapeutiques s'inscrit donc dans la longueur la plupart du temps, mais aussi dans la douleur, puisque les opérations chirurgicales comme la chimiothérapie ne sont pas de tout repos pour le malade. Le pneumothorax, opération phare de la tuberculose, ne laisse pas le malade indemne, comme le montrent les nombreux témoignages de malades que nous pouvons retrouver dans les ouvrages littéraires notamment.² Eudald Xalabarder, dans son ouvrage qui recense les anecdotes sur ses anciens patients du sanatorium de Torrebónica

¹ La traduction est littérale, quelques éléments syntaxiques ont été retouchés légèrement, uniquement pour une meilleure compréhension. Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau, 28/10/1930, ANC.

² Pierre Guillaume dans un chapitre de son ouvrage général sur la tuberculose en France évoque notamment cette contrainte que représente le pneumothorax. GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*. Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986. Citons encore l'expérience vécue des patients-personnages des anecdotes d'Eudald Xalabarder. Il évoque ainsi dans son paragraphe intitulé « Risas » un malade nommé Enrique qui ressent des douleurs dans toute la poitrine en riant, à cause d'un pneumothorax récent. XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, Fundació Obra Cultural, Barcelone, 2011, pp. 166-167.

évoque la chirurgie thoracique, insistant sur l'agression que représente ce traitement considéré comme un dernier recours :

« *En la tóracoplastia –plastia para los amigos de la casa– se cortan y extirpan un número determinado de costillas, de cuatro a ocho o nueve, según la localización y tamaño de la lesión. Se logra así que el pulmón se encoja y cierre la caverna; es una terapéutica agresiva y mutilante, pero tremendamente efectiva cuando no se disponía de otro arsenal terapéutico.* »¹

Enfin, les traitements chimiothérapeutiques, comme le montre l'exemple de *Jorge Alvarez* sont particulièrement nocifs, puisque les sels d'or qui sont à la base de la chrysothérapie sont toxiques. A cette gêne physique que supposent ces traitements, s'ajoute le fait qu'il s'agit de solutions médicales particulièrement contraignantes.

Ces solutions imposent en effet un rythme particulier au patient, supposent qu'il réorganise son existence autour de sa maladie, en fonction de ses soins, et en direction de sa guérison. Il est d'ailleurs impossible de faire autre chose avec un pneumothorax, en témoignent les fameux sifflements souvent évoqués par des patients, réels ou fictifs². La difficulté respiratoire, si elle n'engendre pas toujours la douleur, empêche le malade de recommencer à exercer une activité par exemple, ce qui, de toute façon, lui a déjà été interdit par les médecins. Ces derniers surveillent les malades, en leur recommandant de garder le lit, ou du moins de se reposer absolument. Cette exigence du repos, qu'elle vienne avant, après ou indépendamment d'une opération, suppose un changement de vie radical la plupart du temps, ce qui, pour les médecins, est aussi souvent un but recherché dans une optique d'acculturation du malade. Ainsi, les malades sont envoyés chez des parents, lorsqu'ils en ont, vivants à l'extérieur de la ville, dans des villages où l'air est plus pur et l'agitation moindre. D'autres fois la cure de repos a lieu dans un établissement de soins spécialisés, ce qui permet une surveillance médicale engendrant forcément de meilleurs résultats. Précisons tout de même que si telles sont les exigences des médecins, elles ne sont pas toujours respectées puisque,

¹ « Dans la thoracoplastie –plastie pour les amis de la maison– on coupe et on extirpe un certain nombre de côtes, entre quatre et huit ou neuf, selon la localisation et la taille de la lésion. On parvient ainsi à ce que le poumon se rétracte et que se ferme la caverne ; c'est une thérapeutique agressive et mutilante, mais extrêmement efficace quand on ne disposait pas d'autre arsenal thérapeutique. » XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, p. 194.

² Les sifflements sont évoqués par les personnages de Thomas Mann, dans *la Montagne Magique*, par exemple. Pierre Guillaume explique également que ce sifflement empêche parfois les tuberculeux de chercher du travail, une fois remis sur pied. GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1986, *op. cit.*

nous le verrons, de nombreux malades continuent à travailler tout en se soignant plus ou moins¹. Lorsque les malades entrent dans des sanatoria ou des hôpitaux en tout cas, ils doivent alors changer radicalement de vie, pour suivre une routine médicale particulièrement stricte. En 1921, Lluís Sayé envoie *Miguel Sentís* au sanatorium de Torrebónica avec des recommandations strictes à suivre pour guérir². Ces recommandations du médecin vont depuis le conseil de garder la fenêtre ouverte la nuit à un emploi du temps détaillé de la routine à suivre.

Dans les sanatoria de manière générale le règlement est particulièrement strict et impose non seulement une routine au malade, mais aussi un mode de vie. A la rigidité des routines et emploi du temps tel que celui conçu par Lluís Sayé par exemple s'ajoutent le très strict règlement intérieur de l'établissement tel celui du sanatorium du Montseny, rédigé en 1932 et reproduit par Xavier Cateura i Valls³. La routine et les règles dans les sanatoria ont fait l'objet de nombreux travaux d'analyse historique, partant parfois de la théorie de Michel Foucault sur l'enfermement et l'acculturation dans les lieux de soins⁴. Comme l'expliquait le docteur Arias dans les années 1920 :

« *El enfermo tendrá que someterse a la severa reglamentación del establecimiento y no se le permitirá alteración alguna en el régimen y plan terapéutico que se le haya impuesto.* »⁵

¹ Voir plus loin.

² Voir la lettre de recommandation en annexe 4.2.2.

³ CATEURA i VALLS, « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aquí Osona, 2010. <http://blocs.aquiosona.com/des-del-montseny/estances-de-febre/>, consulté le 14/08/2013. Citons aussi les routines du sanatorium Victoria Eugenia de Madrid dans les années 1910 décrites par Jorge Molero Mesa dans sa thèse, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Granada, 1989, p. 405.

⁴ Citons notamment Pierre Guillaume qui évoquait en 1986 le sanatorium comme univers disciplinaire dans GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, *op. cit.* ; ou encore le chapitre « Malades et sanatoria dans l'entre-deux-guerres » de Dominique Dessertine et Olivier Faure dans BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion. Choléra, Tuberculose, Syphilis, XIX^{ème} XX^{ème} siècle*. Fayard, 1997. Voir également pour l'Espagne les travaux de Jorge Molero Mesa qui reviennent largement sur ces objectifs éducatifs qui complètent les objectifs curatifs dans les centres antituberculeux espagnols entre-deux-guerres. RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, MOLERO MESA, Jorge, « La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud », dans MONTIEL, Luis (dir.), *La salud en el estado de bienestar : análisis histórico*, Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia, Editorial Complutense, Madrid, 1993, pp.133-148.

⁵ « Le malade devra se soumettre au règlement sévère de l'établissement et ne sera autorisée aucune altération au régime et au plan thérapeutique qui lui a été imposé. », ARIAS CARVAJAL, Pio, *Tuberculosis. Como se puede evitar y curar esta enfermedad*, Edit. Maucci, Barcelona, c.1921, 328 p.

Pour le docteur Bañuelos de Valladolid, la rigueur extrême dans les sanatoria qui conduit à tout interdire au malade, et à l'obliger à passer ses journées immobiles sans parler est une exagération comique inutile¹. Cependant, il s'indigne également contre les pratiques des sanatoria d'altitude luxueux qui laissent tout faire au patient, et propose une cure de repos adaptée à la situation physique et sociale du malade². Pour guérir, le malade doit respecter des règles strictes, qui guident sa conduite, lui permettant de s'éloigner de la ville et de son environnement vicié, de reprendre de bonnes habitudes, mais aussi, dans une acception plus moderne, de récupérer assez de forces pour continuer les traitements ou au contraire en finir avec la maladie.

Accepter les règles du sanatorium et s'y conformer suppose aussi accepter les codes implicites et les comprendre. Dans son ouvrage qui récapitule des anecdotes sur les patients internés dans les années 1950 au sanatorium de Torrebónica alors qu'il y exerçait comme médecin, Eudald Xalabarder, fils de Conrad et petit fils d'Eduard, évoque ces règles plus ou moins suivies par les patients, ainsi que les emplois du temps précis, qui diffèrent selon les besoins des malades³. Mais il fait référence également aux codes spécifiques de l'établissement. Ainsi, les malades ne cessent de réclamer l'autorisation d'aller se promener dans les bois environnants, sachant pertinemment que cela est un droit accordé aux malades en voie de guérison, et signifierait qu'il sera bientôt l'heure de rentrer chez eux⁴. Les patients tentent de percevoir par des détails ce que les médecins ne leur disent pas forcément, et passent ainsi au-delà de la « manipulation » des médecins qui cherchent à les cantonner dans le rôle passif de receveur des soins. Dans son ouvrage, une autre malade qui vient d'arriver au sanatorium converse avec une patiente plus ancienne :

« - a mí no me han dicho nada de cuánto tiempo voy a estar, que ya veremos, que depende.

- Nunca te dicen nada en concreto; hay quien se está poco más de un mes, los del neumó. A lo mejor tienes suerte. »⁵

¹ BAÑUELOS GARCIA, Misael, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, Ed. Baldacci, Barcelone, 1932, 71 p.

² Ibid.

³ XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*

⁴ « Pronto a casa », Ibid., p.88.

⁵ « - A moi ils ne m'ont rien dit sur combien de temps je vais rester, ils disent qu'on verra bien, que ça dépend. - Ils ne te disent jamais rien de concret; il y en a qui restent moins d'un mois, ceux du pneumo. Peut-être que tu auras de la chance. », XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, p. 65.

C'est à partir d'une observation pratique, peut-être accumulée par des expériences multiples de plusieurs patients que ces derniers semblent avoir constitué un savoir qui leur est propre et leur permet d'interpréter des signes, de comprendre ce que peut-être les médecins refusent de dire. D'autres fois les malades ne sont pas dupes, en témoignent les patients internés à l'Esperit Sant ou bien hospitalisés à Sant Pau qui choisissent apparemment contre avis médical de quitter l'établissement pour aller mourir chez eux¹.

- *Le devenir des malades*

L'encadrement thérapeutique est une réalité dans la vie des malades centrée sur la maladie. Cependant, l'objectif des soins est bien sûr de conduire le patient vers une guérison, même si médecins et malades le savent, celle-ci prend du temps ou bien n'est pas toujours possible. A partir des histoires cliniques et des données toujours conçues par les médecins, il est également possible d'observer le devenir du malade en tant que tel, qui lui non plus n'est pas visible en dehors d'un prisme thérapeutique. Que deviennent les patients dans les lieux de soins ou chez eux ? Selon toute logique, l'expérience de la maladie du tuberculeux tend à se terminer par sa guérison ou bien par son décès. Cependant, dans les fiches cliniques rédigées par les médecins apparaît un devenir du tuberculeux qui n'oscille pas uniquement entre ces deux solutions. L'avenir des malades est aussi évoqué à travers des « états intermédiaires » lorsque les malades quittent les lieux de soins. Ces motifs de sorties intermédiaires suivent concrètement deux logiques opposées, soit il s'agit d'une amélioration constatée de l'état du malade qui justifie son départ de l'hôpital ou du sanatorium, soit à l'inverse il s'agit d'une dégradation. Dans ce dernier cas, le patient sort volontairement, parfois appuyé par le médecin pour tester un autre traitement plus tard, aller dans un établissement de soins qui lui corresponde mieux, ou encore plus tristement, parce qu'il n'y a pas vraiment de solutions médicales appropriées. C'est le cas pour près de 40% des malades qui sortent de l'hôpital de Sant Pau entre 1929 et 1936 comme nous pouvons le constater sur le tableau ci-dessous.

¹ Sur ce point, voir plus loin B.2.

Tableau 9 : Répartition des tuberculeux hospitalisés à Sant Pau selon les « motifs de sortie »

Résultats à la sortie de l'hôpital	Nombre de patients	Taux de répartition (%)
Guérison	447	26,65
Soulagement	646	38,52
Pas d'évolution	47	2,80
Décès	537	32,02
TOTAL	1677	100

(Source : registres de sorties de l'hôpital de Sant Pau, AHHSCSP)

A en croire les registres de sortie de l'Hôpital dans lesquels sont consignées de manière très stéréotypée les raisons de la sortie ou résultat de l'hospitalisation, le panorama ne semble pas si mauvais puisque plus de la moitié des malades ont connu une évolution positive de leur état au sein de l'hôpital. Pourtant, ces motifs évoqués contrastent parfois avec le descriptif détaillé de l'état du patient visible dans les fiches cliniques du même établissement, montrant qu'à travers un même terme générique se cachent des réalités distinctes¹. Pour les malades « aliviados » ou soulagés qui sont très nombreux, une étude rapide de l'état des patients dans les fiches cliniques tend au contraire à mettre en avant un constat relativement négatif. Il semble que dans ces cas la sortie est souvent provoquée par une volonté propre au malade, et son état semble plutôt ne pas avoir connu d'amélioration sensible². Au final c'est près de 70% des patients de cet hôpital qui n'ont pas connu une amélioration vraiment notable de leur santé pendant leur séjour³.

Le pronostic de vie est encore plus mal engagé pour les tuberculeux internés à l'Esperit Sant comme en atteste le tableau ci-dessous.

¹ Cela nous engage à penser que par soucis de rapidité ou peut-être pour améliorer leurs statistiques, les médecins, consciemment ou non, enjolivent la réalité des tuberculeux qui sortent de leur établissement.

² Nous verrons plus loin comment peuvent s'interpréter différemment ces données qui permettent de comprendre les pratiques de soins plutôt que l'état même des malades.

³ A partir des fiches cliniques de Sant Pau qui donnent plus de détails sur l'état de santé du malade lors de sa sortie, il est possible de déterminer le pronostic du médecin lors du départ de son patient et ce pour 1036 malades. Concrètement, seuls 27,03% des malades quittent l'hôpital sur avis médical, après qu'a été constatée une amélioration nette de l'état du patient. Dans 38,71% des cas, l'état du malade est stationnaire, dans 2,41% des cas le pronostic est grave car l'état du patient c'est aggravé, enfin dans 31,85% des cas le malade est décédé. Au final, pour 72,97% des malades hospitalisés et dont l'histoire a pu être retracée, le séjour à l'hôpital peut être jugé inefficace.

Tableau 10 : Répartition des tuberculeux internés au Sanatorium de l'Esperit Sant selon les « motifs de sortie »

Résultats à la sortie du Sanatorium	Nombre de patients	Taux de répartition (%)
Guérison	61	7,16
Amélioration	31	3,64
Pas d'évolution	10	1,17
Décès	506	59,39
Autres	244	28,64
TOTAL	852	100

(Source : registres d'entrées du sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC)

D'abord, sur les 1 914 entrées dans l'établissement entre 1929 et 1936, les raisons de sorties ne sont précisées que pour 852 malades, soit 462 sorties non spécifiées. En tenant compte de cet écart qui pourrait bien redéfinir complètement les ordres de grandeur si les personnes pour lesquelles rien n'est précisé s'en sortent, les données disponibles laissent voir un tableau peu réjouissant pour les pensionnaires. Près de 60% des malades internés dans cet établissement y décèdent, et la raison de sortie de ceux qui sortent n'est pas toujours en lien avec une amélioration de l'état du malade. En effet, parmi ceux qui sortent vivants une importante partie voit son séjour écourté pour des raisons qui ne sont pas forcément en lien avec une amélioration de son état. Il s'agit de patients qui choisissent de partir de leur plein gré ou bien sont expulsés pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons plus loin¹. Notons que le nombre important de décès dans ce lieu de soin par rapport notamment aux statistiques de l'hôpital Sant Pau nous conforte dans l'idée de deux pratiques médicales distinctes, mais aussi d'une fonction ambiguë de ce sanatorium². Dans tous les cas, ces « états » intermédiaires dans lesquels se trouvent une grande partie des patients qui quittent les lieux de soins sont explicités par les médecins de manière parfois détaillée à l'hôpital de Sant Pau notamment. Dans certains cas le départ du patient s'accompagne d'un pronostic plutôt favorable de la part du praticien qui considère que le malade n'est pas tout à fait guéri mais en bonne voie de l'être. C'est le cas par exemple d'*Emilio Fontbona* 20 ans, qui entre en 1931 à l'hôpital. Il n'est malade que depuis 4 mois mais depuis plusieurs semaines son état a empiré dangereusement. Il ne reste pourtant que moins d'un mois dans le service du docteur Reventós mais son état s'améliore très rapidement faisant croire à de bonnes perspectives pour l'avenir,

¹ Voir plus loin, sur les indisciplinés, B.2.

² Voir plus loin.

ce qui permet au médecin de le laisser partir considérant qu'il est beaucoup mieux qu'à son arrivée¹. Malheureusement ce cas n'est pas emblématique chez les malades de Sant Pau, et souvent le pronostic est beaucoup plus grave. Ainsi *Jaume Aumatell* quitte l'hôpital Sant Pau de son plein gré mais il est jugé incurable par le médecin. Celui-ci s'explique :

« Du point de vue du pronostic, on ne peut pas prétendre à plus que soutenir le malade, en faisant attention à ce qu'il n'empire pas ; en faisant cela et s'il est dans de bonnes conditions il peut vivre² plusieurs années. Mais le malade est incurable étant donné l'ancienneté de la maladie (qui date probablement des 13-14 ans) »³.

Pour *Enric Reina*, jeune tuberculeux de 24 ans le problème est différent, le malade sort guéri, du moins d'après les critères médicaux, il n'y a plus de présence du bacille actif dans ses crachats. Pourtant, le médecin reste sceptique :

« Malgré les bonnes conditions dans lesquelles sort le malade, le milieu déficient dans lequel il vit fait craindre une rechute, plus du côté de ses lésions osseuses et ganglionnaires que de son affection pulmonaire. »⁴

Le retour du malade dans sa famille et son environnement jugé nocif pour sa santé est toujours craint pas les médecins, et c'est notamment pour pallier à cela que certains retardent leur sortie ou encore les envoient en convalescence dans des sanatoria notamment. Le repos au village est également conseillé après un séjour à l'hôpital car il permet au malade de rester encore un peu éloigné de l'agitation nocive que suppose la ville. L'objectif est aussi de préserver le tuberculeux des tentations que présuppose son environnement quotidien. D'une certaine manière le résultat de la cure ou bien du séjour à l'époque n'est pas uniquement physique, il comporte aussi pour le médecin un indice sur l'amélioration sociale du malade, selon une entreprise « réformation sociale » particulièrement mise en avant il y a quelques années chez les historiens⁵. Même si les fiches cliniques n'indiquent que peu cette

¹ Textuellement, le médecin parle d'un état « *molt millorat* », soit constate une très grande amélioration, fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 24/04/1931, ANC.

² Le terme exact littéral est « durer ».

³ Traduction littérale, fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 07/09/1932, ANC.

⁴ Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 06/07/1931, ANC.

⁵ Voir notamment, RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, MOLERO MESA, Jorge, « La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud », 1993, *op. cit.*, pp. 133-148. Ou encore MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la

préoccupation sociale de la part des médecins, il est tout de même important d'évoquer cette volonté de préservation du malade, sensible dans tous les discours des médecins de l'époque et au-delà¹. Le jugement des médecins de Sant Pau se limite souvent à un constat de la mauvaise vie que mènent leurs patients ou encore à préciser que malgré leur maladie ces derniers continuent à fumer ou boire beaucoup trop. L'objectif en creux du séjour est aussi de débarrasser les malades de leurs mauvaises habitudes, et de les pousser à se conduire raisonnablement. Pour les malades qui peuplent les anecdotes du docteur Eudald Xalabarder en 1950 c'est peine perdue : les mauvaises habitudes reviennent souvent au galop au sein même du sanatorium. Mais certains témoignages, extérieurs au collectif de malades visés vont dans le sens d'une réussite de l'entreprise de réformation sociale. Ainsi, quelques années auparavant en 1908 le journal *La Vanguardia* fait état d'une anecdote prouvant selon lui la bonne action réformatrice du service du Patronato Antituberculoso. Un patient ayant la phrase « vive l'anarchie » tatouée sur le torse est si bien soigné par les autorités qu'il dénigre qu'à la fin du séjour il demande au médecin de lui enlever l'inscription, acceptant de supporter la douleur que suppose se faire arracher la peau². Il devient ainsi un véritable exemple pour les autres tuberculeux, soigné tant physiquement que moralement. Finalement cela indique aussi que des éléments inhérents à l'œuvre sociale antituberculeuse se retrouvent dans le travail clinique même si cela n'est perceptible qu'au travers de témoignages ou de discours des acteurs extérieurs au collectif tuberculeux. De manière générale, le malade continue à être encadré par les professionnels lors de son retour dans la société. Pascal Bousseyroux dans un article sur les équipes sociales d'Auxilia prenant en charge des tuberculeux en voie de guérison, montre que cette réintégration dans la société reste toujours teintée de paternalisme³. L'idée de l'association qu'il étudie est de rompre l'isolement des tuberculeux, en les réinsérant dans la société, mais aussi en les faisant collaborer à leur propre réintégration. Mais l'objectif est aussi et surtout que ces derniers n'oublient jamais le sanatorium, dans lequel ils ont appris à bien se comporter, du moins concernant leur santé. Afin d'éviter que le malade ne tombe dans la paresse au sanatorium, ces acteurs de la bienfaisance « avancent la thèse de

enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », dans *Trabajo Social y Salud*, n° 32, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza, 1999, pp.19 à 59.

¹ Voir notamment les propos tenus par José Verdes Montenegro, grand phthisiologue renommé madrilène et fondateur du premier dispensaire antituberculeux espagnol, cité plus haut. VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

² *La Vanguardia*, le 29 novembre 1908, p. 3.

³ Pascal Bousseyroux, « Des malades de Berck aux enseignes d'Auxilia », dans GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au XX^{ème} siècle*, 2012, *op. cit.*, pp. 95-119.

l'occupation modérée »¹. Cette thèse est, nous l'avons vu plus haut, soutenue par de nombreux médecins barcelonais et espagnols des années 1930, et se matérialise de manière pratique par les maisons de repos de type « Granja ». Le docteur Josep María Barjau, directeur de l'hôpital-sanatorium de l'Esperit Sant s'est particulièrement penché sur la question en 1932, en expliquant que selon lui les plus grands échecs de la cure sanatoriale s'expliquent par un retour brusque du malade dans son environnement nocif². Il réclame la mise en place de moyens qui permettent de faciliter la vie post-sanatoriale du tuberculeux guéri ou du moins en bonne voie de l'être. Tout comme Lluís Sayé a la même époque il est favorable à la construction de colonies qui permettent peu à peu que le malade se réinsère dans le monde du travail³. C'est donc dans cette optique que nombre de tuberculeux de l'hôpital Sant Pau sont transférés à la Granja Sant Pau⁴. Ajoutons également que cette prise en charge finale, à tonalité très paternaliste, s'explique aussi par le fait que la maladie elle-même reste présente dans le quotidien des malades soignés qui rentrent chez eux. C'est que l'image de la tuberculose et avec elle du tuberculeux reste très négative, comme l'expliquait Pierre Guillaume décrivant la manière dont était perçu le tuberculeux et les difficultés de la réinsertion liées à son image de pestiféré jusque dans les années 1930⁵. Les médecins se préoccupent donc de questions qui en théorie ne leur correspondent pas, dépassent le labeur clinique, pour revenir sur une œuvre sociale et orienter les malades dans une bonne direction pour ne pas rechuter. Ainsi, il semble que l'encadrement sinon thérapeutique du moins médical en général reste omniprésent dans la vie des malades même une fois « guéris ».

Enfin, une très grande partie des malades n'a pas la chance d'avoir un avenir. Or même la mort du malade est encadrée par les soins et la terminologie médicale. A l'image du « *jeune du 14* » de Camilo José Cela, la fin du tuberculeux est décrite par les médecins comme une conséquence de manifestations cliniques extrêmes. Dans le cas de *Jorge Alvarez*, dont un extrait de la fiche clinique est cité plus haut, c'est une violente hémoptysie qui emporte le malade. *Candido Caballero*, soigné au dispensaire central en 1921 et atteint d'une tuberculose qui s'est étendue dans le larynx, meurt quelques mois après sa première visite au dispensaire

¹ Ibid., p. 112.

² BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya, dans PASCUAL BRIFFA, Gerard. Societat Medico-Farmacèutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.

³ SAYE SEMPÈRE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p.

⁴ Pour plus de détails, voir chapitre 6.

⁵ « Le tuberculeux tel qu'on le voit ». GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1986, op. cit.

d'une « affection aigue »¹. La plupart du temps ce sont des hémoptysies à répétition qui épuisent le malade, jusqu'à ce qu'il en survienne une plus forte que les autres qui tue le patient. C'est le cas par exemple de *Antonia Cervera*, qui a de graves hémoptysies à la chaîne depuis son entrée à l'hôpital, qui la laisse particulièrement anémique². C'est cette faiblesse et une autre hémoptysie qui la tueront deux semaines à peine après être rentrée à l'hôpital et, sans avoir pu recevoir aucun soin. Les décès surviennent parfois à l'improviste, lors d'une hémoptysie particulièrement forte, mais la plupart du temps les médecins, quelques jours avant la mort du malade évoquent une cachexie, un état physique extrêmement anémié, un malade fiévreux qui tousse, s'étouffe, etc. Bien que ces données ne permettent que de donner une vision aseptisée de la mort du malade, uniquement observée à travers ses manifestations cliniques, et qu'il manque très clairement au tableau une vision plus réelle de la douleur, celle-ci est tout de même visible en creux. Et comme l'explique l'un des personnages malades de Camilo José Cela :

*« Los últimos instantes de los tuberculosos no son, en verdad, tan hermosos como han querido presentárnoslos los poetas románticos. Se sufre más a última hora, bastante más de lo que han querido hacernos creer, y el anhelo de vivir, el ansia de no conformidad que surge cuando vamos llegando al final, nos produce una angustia inaudita, que sólo sirve para ayudarnos a sumar nuevos sufrimientos »*³

Depuis la déclaration des premiers symptômes jusqu'à sa guérison ou son décès, le tuberculeux n'est plus défini que par la maladie, et fait alors partie d'un groupe exclu uniquement défini par la présence du bacille. Sa vie est rythmée par les épisodes de rechutes, l'amélioration ou la dégradation de son état physique, mais aussi par les traitements médicaux qui font chaque jour de plus en plus partie de son quotidien. Car si la maladie est omniprésente, la prise en charge spécifique est elle aussi inhérente à la vie de ce collectif exclu. Les médecins ont la prétention de diriger la vie du tuberculeux vers sa guérison et de l'encadrer du début à la fin, et même parfois au-delà comme en témoignent les nombreuses recommandations et les suggestions pour mettre en place un suivi post-sanatorial. La vie du tuberculeux est envahie par les médicaments, mais aussi dirigée par cette prise en charge,

¹ Fiche de visite n°26 du 27/07/1921, Dispensaire de Radas.

² Fiche clinique de l'hôpital de Sant Pau du 12/04/1934, ANC.

³ « Les derniers instants des tuberculeux ne sont, en vérité, pas aussi beaux qu'ont voulu nous les présenter les poètes romantiques. On souffre plus dans sa dernière heure, passablement plus que ce qu'ils ont voulu nous faire croire, et le désir de vivre, la soif de non-conformité qui surgit quand nous voyons arriver la fin, nous produit une angoisse inouïe, qui sert seulement à nous aider à accumuler d'autres souffrances. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 362.

puisque les contraintes de la thérapeutique quelle qu'elle soit est souvent très lourde et contraint le malade à changer complètement ses habitudes de vie et à en adopter d'autres, imposées de manière très stricte. Par ailleurs, sa vie et l'évolution de son état n'est décrite qu'à travers des termes médicaux, que le malade a parfois lui-même assimilé au cours de son expérience des lieux de soins et de la médecine. Cela conduit bien sur à neutraliser l'histoire de vie, dirigée vers la recherche d'un diagnostic ou la compréhension de l'évolution de l'état physique. Cette neutralité est une conséquence du fait que la vie des malades n'est visible qu'au travers du prisme des fiches cliniques rédigées par les médecins. En ce sens, ces données, outre aider à percevoir quelque peu le malade, permettent surtout de rendre visible les pratiques médicales, les logiques des médecins. A l'évolution du malade se superpose plutôt une évolution des pratiques thérapeutiques qui ne correspond pas toujours à ce que les médecins mettent en avant dans leurs discours.

2. L'évolution des pratiques médicales et des traitements à travers l'expérience des malades

Les normes qui régissent la vie des malades sont changeantes elles aussi. Elles évoluent en fonction des nouveautés médicales, mais aussi des contextes sociopolitiques. Comme l'expliquent les historiens, c'est d'abord que la pratique médicale est le fruit d'une co-construction entre médecin et patients¹. A travers les stratégies de ces derniers, leur parcours de vie ou encore leur expérience vécue de la maladie et de la prise en charge, il est possible d'observer l'évolution des pratiques de manière concrète, voire de les redéfinir. En effet ces histoires cliniques sont certes le produit d'une construction commune entre les différents acteurs, mais elles sont surtout rédigées par les médecins, et illustrent à merveille leurs préoccupations et leurs théories du moment. Tout au long de la vie de malade d'un tuberculeux, ou bien au travers des différences observées au sein des parcours médicaux des individus, il est possible d'observer des écarts dans les pratiques. Ces différences notables pour les médecins de l'époque s'expliquent par une adéquation plus ou moins forte aux théories médicales modernes. En théorie donc, il est possible de suivre une évolution des pratiques qui va dans le sens d'une modernisation. Comme nous l'avons évoqué dans un autre chapitre, il est possible de distinguer un véritable processus de constitution d'une théorie

¹ BOURDELAIS, Patrice, FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de la santé : XVIII-XX^{ème} siècle*. Editions Belin, Paris, 2005, p. 13.

médicale moderne, ce qui en microbiologie s'illustre par une focalisation exclusive sur le bacille¹. Suivant cette logique, les nouvelles pratiques de la médecine sont celles qui suivent à la lettre ces indications, tout en profitant des nouveaux éclairages techniques présentés dans les revues européennes, françaises ou allemandes la plupart du temps². Du point de vue clinique et de la prise en charge concrète des malades, l'évolution la plus évidente consiste en la discréditation de la cure contemplative de repos par exemple³. A travers les parcours des malades, ces évolutions sont sensibles, pourtant, une étude partant de leur vie et de leurs expériences concrètes montrent aussi des logiques différentes, guidées par d'autres préceptes. Nous verrons dans un premier temps que le vécu des malades permet d'illustrer une évolution sensible depuis des médications et pratiques considérées comme anciennes vers d'autres qui sont parfaitement dans l'air du temps. Cependant, ces parcours des malades ne peuvent se définir uniquement à travers une substitution de pratiques par d'autres, nous observons au contraire un parcours se situant entre permanence et nouveauté qui s'explique en particulier par les manques de ressources et par un tâtonnement médical. Enfin, nous tenterons de prendre la mesure de facteurs externes qui déterminent la vie des tuberculeux et leur expérience de la prise en charge, afin de montrer que celle-ci est multiple et parfois guidée par des logiques qui ne sont pas orthodoxes ni même liées à une quelconque théorie scientifique moderne ou spécifique.

- *Vers une médecine toujours plus moderne ?*

Au travers de la terminologie médicale qui définit le tuberculeux, sa vie de malade ou son état de santé, nous voyons surtout comment évoluent les pratiques thérapeutiques. Nous l'avons dit dans un premier temps les fiches cliniques permettent de percevoir une orientation claire, vers la théorie de bactériologie exclusive. C'est là un point commun à la majorité des médecins présents et actifs dans le réseau d'assistance gratuite décrypté plus haut⁴ et cela se retrouve dans les pratiques du dispensaire en particulier, puisque cette théorie favorise logiquement l'œuvre prophylactique antituberculeuse. La prévention est dans un premier

¹ Voir chapitre 1, C.

² En effet, les fonds d'archives des médecins Lluís Sayé, Joan Freixas, ou Eduard et Conrad Xalabarder comptabilisent un nombre parfois impressionnant de coupures de journaux européens. Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, du docteur Conrad Xalabarder Puig et du docteur Joan Freixas, MHMC, Fonds du Docteur Lluís Sayé, ANC.

³ Voir les nombreuses critiques de l'époque, notamment celle de Lluís Sayé, SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, pp. 32-39.

⁴ Voir chapitre 6.

temps réorientée à travers les pratiques spécifiques de Lluís Sayé responsable du service d'assistance de la Generalitat. Lluís Sayé choisit de baser la lutte préventive contre la tuberculose sur le vaccin du BCG¹, excluant par la même le vaccin anti-alfa développé par Jaume Ferrán par exemple². En effet ce vaccin était basé sur l'hypothèse d'un microbe pouvant prendre des formes multiples et ne correspond donc plus aux pratiques modernes une fois « établie » la logique orthodoxe de non variabilité admise partout au niveau européen³. Mais d'un point de vue pratique, la concentration des efforts sur la vaccination dans le domaine de la prévention est aussi visible au sein du dispensaire central. Dans les années 1920 lorsque les médecins reçoivent des adultes tuberculeux au dispensaire, ils n'ont de cesse de réclamer que ces derniers amènent également leurs enfants en bas âge à la consultation, suivant l'hypothèse d'une contagion possible, l'objectif est de prendre à temps la maladie chez les enfants plus faibles et sensibles que leurs parents, mais aussi, si possible, de les protéger en prenant en compte le fait qu'il s'agit d'enfants vivants dans des environnements familiaux à risque⁴. Puis, selon une logique médicale centrée sur le microbe comme agent contaminant, les médecins organisent des enquêtes sociales, qui en réalité, nous l'avons montré, sont plutôt empreintes d'une logique environnementale, et sont réalisées par les infirmières visiteuses⁵. Dans les années 1930, il ne fait aucun doute que la logique est la même, mais depuis quelques années Lluís Sayé a centré ses efforts sur la vaccination et fait venir le vaccin depuis l'institut Pasteur, puis le produit dans les laboratoires municipaux⁶. Dès lors, dans l'échantillon de fiches de visite au dispensaire dont nous disposons, n'est plus visible qu'une seule enquête sociale, et elle date d'une époque ultérieure, et dépend de l'action du Patronato Antituberculoso mis en place par les autorités franquistes après guerre. Si très certainement cela s'explique aussi par le fait que l'échantillon conservé est biaisé, il

¹ Sur l'histoire rapide du vaccin et les doutes concernant cette méthode et ce produit en Espagne comme sa manière de s'imposer, voir MOLERO MESA, Jorge, « La vacunación antituberculosa », *Historia 16*, n°172, Edition Historia e Información, Grupo 16, Madrid, 1990, pp.81-88.

Sur le choix de Lluís Sayé pour le vaccin du BCG, voir SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p. 63.

² Sur le vaccin anti-alfa, voir CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999.

³ Sur ce point, voir l'introduction de la thèse de Sara Lugo Márquez, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, thèse de doctorat dirigée par Jorge Molero Mesa, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011, pp. 1-13.

⁴ Voir notamment l'éloge de Lluís Sayé pour l'œuvre Grancher en France ainsi que sa proposition de création de Préventoria, SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, pp.40-43.

⁵ Enquêtes sociales réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos » de la « Mancomunitat de Catalunya » puis de la « Diputació Provincial de Barcelona », 1921-1931, Dépôt du CAP RSD.

⁶ CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

n'en demeure pas moins que l'attention du dispensaire est moins focalisée sur ces pratiques que sur la diffusion du BCG. Cette évolution qui était perceptible dans les discours de Lluís Sayé se retrouve aussi dans les sources sur la prise en charge du malade. Comme nous l'avons expliqué dans le chapitre précédent, dans les années 1930, la majorité des fiches retrouvées et conservées sont des feuilles de première visite de petite enfance, concernant la vaccination¹. Les médecins demandent toujours aux parents d'amener leurs enfants se faire ausculter au dispensaire, mais outre l'auscultation, la vaccination devient une pratique récurrente et quasi obligatoire². En effet le Service d'assistance prétend généraliser la pratique à travers le Service des enfants, et commence notamment par les écoles et les orphelinats ou refuges, telle la Casa de Caritat par exemple. La prévention, privilégiée sur les soins aux tuberculeux est donc de plus en plus précise, et plus dirigée vers les campagnes de vaccination massive.

Concernant l'œuvre thérapeutique et la prise en charge directe des individus atteints, la modernité selon les médecins suppose une hiérarchisation des lieux de soins dans le cadre d'un réseau interconnecté³. Les traitements médicaux mis en place dans chaque lieu de soins sont aussi complémentaires et permettent une prise en charge complète au sein du réseau élargi. De cette manière, l'hôpital et le sanatorium n'ont pas la même fonction et mettent en œuvre des pratiques spécifiques destinées à des patients atteints à des degrés différents. C'est vers cette hiérarchisation que semble se diriger la pratique médicale observable à travers nos sources. En effet, les séjours des malades sont beaucoup plus courts à l'hôpital que dans le sanatorium, soit 4 mois et demi en moyenne pour l'hôpital de Sant Pau contre plus de 10 mois pour le sanatorium de l'Esperit Sant⁴. Il faut dire que le sanatorium est un lieu dans lequel est encore privilégiée la cure de repos ce qui explique des séjours longs, alors qu'à l'inverse l'œuvre médicale tend à faire de l'hôpital un lieu de soins centré sur la chirurgie ou bien le traitement chimiothérapique plus intensif et plus court. Plus encore, ces séjours se raccourcissent à l'hôpital Sant Pau pendant la période, alors qu'à l'inverse ceux des tuberculeux internés au sanatorium de l'Esperit Sant ont tendance à se rallonger, comme le montre le graphique ci-dessous.

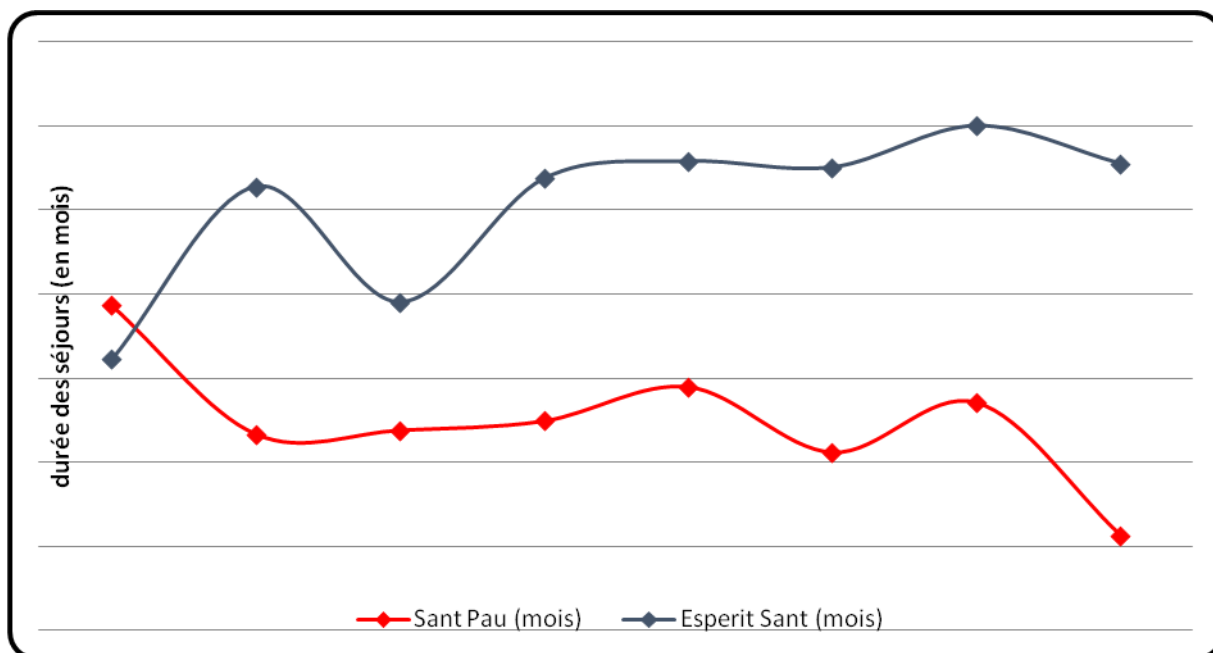
¹ Voir exemple de fiche en annexe 4.1.6.

² Sur la volonté de rendre obligatoire la vaccination, voir SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, pp. 63-68.

³ Voir chapitre 6.

⁴ Statistiques réalisées à partir des registres de sortie de l'hôpital de Sant Pau (*Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau*, AHHSCSP) et des registres d'entrées du sanatorium de l'Esperit Sant (MHMC). Plus exactement, les malades hospitalisés à Sant Pau entre 1929 et 1936 restent en moyenne 147,34 jours contre 322 jours pour les malades internés à l'Esperit Sant pendant la même période.

Graphique 18 : Evolution de la durée moyenne (en mois) de séjour à l'hôpital de Sant Pau et au sanatorium de l'Esperit Sant entre 1929 et 1936



(Sources : registres d'entrées de l'Esperit Sant MHMC, registres de sorties de l'hôpital Sant Pau, AHHSCSP)

Ces deux évolutions montrent la création d'un écart de plus en plus important entre les deux établissements et cet écart va dans le sens d'une complémentarité voulue par les médecins. De plus, l'augmentation de la durée des séjours à l'Esperit Sant peut correspondre à l'évolution voulue par Josep María Barjau, qui souhaitait que le sanatorium prenne en charge des patients curables, puisqu'elle signifie peut-être un allongement de la durée de vie des malades¹. A l'inverse, l'hôpital de Sant Pau se consacre de plus en plus à la chirurgie et envoie les malades en convalescence à la Granja Sant Pau².

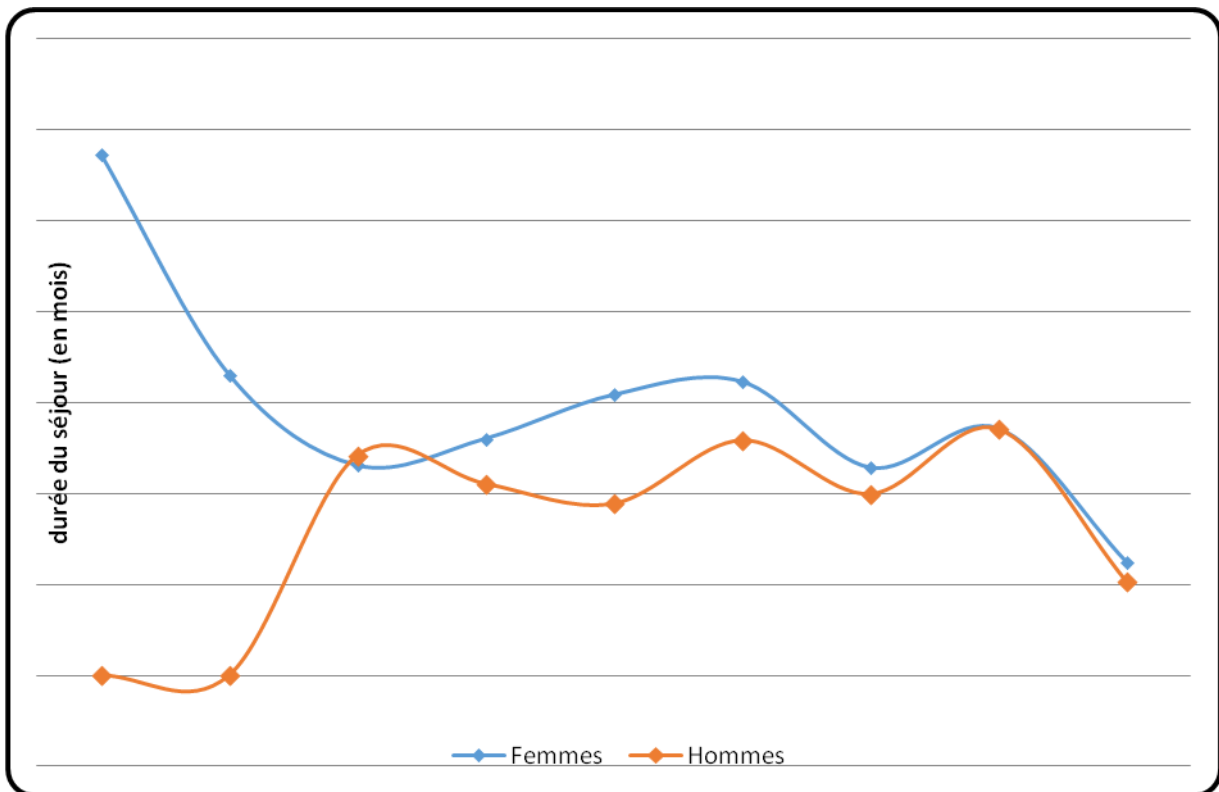
L'évolution vers une pratique plus rigoureuse ou du moins plus proche de ce qui est considéré comme la modernité à l'époque est donc aussi visible à l'intérieur même de chaque lieu de soins. A l'hôpital de Sant Pau en particulier, coexistent un certain temps deux services, celui des femmes de Joan Freixas, plus ancien, et celui des hommes de Jacint Reventós, ouvert en 1931 dans le nouvel hôpital. Or la durée de séjour des femmes est beaucoup plus longue dans cet hôpital que celle des hommes, ce qui peut être attribué, entre autre, à une différence dans la pratique médicale des deux chefs de services. Concrètement, les femmes sont soignées par Joan Freixas jusqu'à ce que celui-ci parte à la retraite et que son service soit confié à Jacint

¹ BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, 1932, *op. cit.*

² Voir chapitre 6.

Reventós en 1933¹. C'est à partir de cette date que les séjours des femmes tendent à s'aligner sur ceux des hommes comme nous pouvons le constater sur le graphique ci-dessous.

Graphique 19 : Evolution de la durée de séjour moyen (en mois) pour les femmes et les hommes à l'hôpital de Sant Pau entre 1929 et 1936

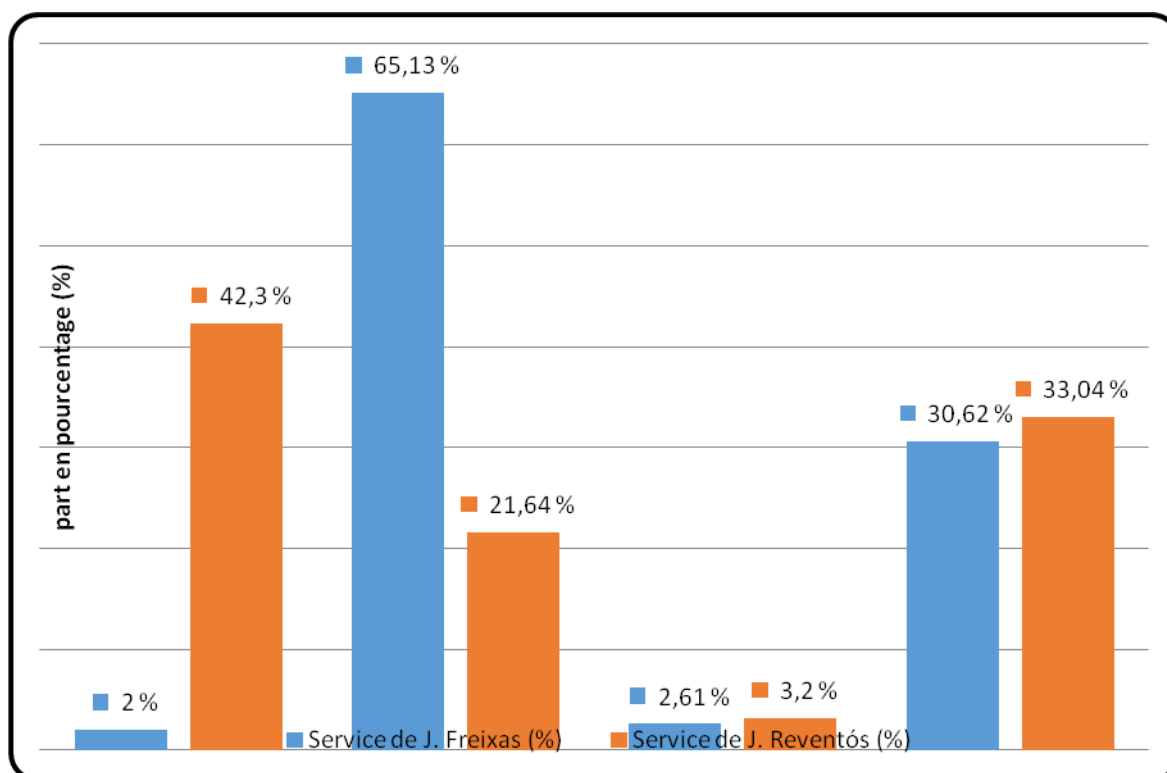


(Sources: registres de sorties de l'hôpital Sant Pau, AHHSCSP)

Les différences entre deux logiques de soins symbolisées par les deux médecins ici sont également perceptibles dans les diagnostics et surtout dans les résultats stipulés dans les registres de sorties. Les femmes soignées par Joan Freixas ne sont jamais ou presque guéries, le seul résultat positif à espérer est un « soulagement », alors que les hommes et femmes soignés dans le service du docteur Reventós sont bien plus souvent guéris.

¹ Une évolution évoquée par CORNUDELLA, Raimón, dans *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*, et confirmée par les registres de sorties de l'hôpital, AHHSCSP.

**Graphique 20 : Répartition des malades des deux services en fonction de l'état du patient à la sortie de l'hôpital de Sant Pau
(Répartition en pourcentage sur le total des malades sortis pour chaque service)**



(Sources : registres de sorties de l'hôpital Sant Pau, AHHSCSP)

Cet écart peut-être attribué à plusieurs facteurs, mais est aussi révélateur d'un changement de logique qui cherche « à guérir » les malades et non pas simplement à les soulager. Cela peut se concrétiser par une médication plus efficace, des opérations chirurgicales plus nombreuses, ou tout simplement une prétention à considérer comme possible une guérison complète. Les patientes soignées par Joan Freixas subissent elles aussi des pneumothorax par exemple, mais il est fort possible que la prise en charge médicale soit décalée, si l'on considère que le service de Jacint Reventós est géré par des médecins phthisiologues qui sont ou deviendront les plus éminents spécialistes barcelonais, alors que d'après Raimond Cornudella le service de Joan Freixas, plus ancien « dérive vers la phthisiologie » à la fin des années 1920¹. Les médecins du service de Jacint Reventós qui prennent peu à peu le relai conçoivent ainsi une pratique médicale qui au premier abord semble plus efficace mais aussi sans doute mieux intégrée aux logiques thérapeutiques ambiantes.

¹ CORNUDELLA, Raimon, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, 1999, *op. cit.*

L'évolution de l'action clinique n'est pas entièrement due à un remplacement du personnel au sein des différents établissements tels que Josep María Barjau ou Jacint Reventós. Certains médecins voient évoluer leurs propres pratiques médicales en l'espace de quelques années. Ainsi, l'action thérapeutique du dispensaire central et donc du service d'assistance sociale aux tuberculeux de la Generalitat évolue sous la direction du seul Lluís Sayé. Alors que dans les années 1920 ce dernier préconise souvent une cure de repos à ses malades, dans les années 1930 et comme il l'explique dans ses écrits, il se centre avant tout sur une pratique basée sur les traitements aux sels d'or, la chrysothérapie et en particulier la sanochryisine¹. Les correspondances qu'il entretient avec les médecins dits de familles, ou ceux qui lui envoient les malades sont à ce titre révélatrices. Alors qu'en 1922 il conseille à *Miguel Sentís* d'aller faire une cure de repos au sanatorium de Terrassa, aucun malade soigné dans les années 1930 n'est envoyé dans un sanatorium dans l'échantillon concerné. Bien que parfois le médecin préconise une « cure de repos » à la campagne, la plupart du temps celle-ci n'est considérée que comme un complément hygiénique au traitement chimiothérapique à proprement parlé². De plus, entre les années 1920 et 1930 dans l'échantillon conservé nous observons un taux d'hospitalisation qui se réduit considérablement. Les malades ne sont plus envoyés ni en cure ni dans les hôpitaux tant que cela peut être évité³. C'est seulement en cas d'urgence que le tuberculeux est envoyé dans un établissement, lorsque d'après l'auscultation et les tests réalisés par le médecin il n'y a pas d'autre solution. Cela va tout à fait dans le sens de la logique explicitée dans ses textes sur une action du dispensaire valorisée à l'extrême permettant de pallier aux manques de la structure d'accueil⁴. Concrètement, il s'agit véritablement d'une évolution mais aussi d'une précision des logiques thérapeutiques. Deux axes médicaux sont clairement privilégiés sur toutes les autres pratiques : la chrysothérapie pour l'œuvre clinique et la vaccination avec le BCG pour l'œuvre prophylactique⁵. Cette sélection est particulièrement sensible à l'échelle du vécu des malades, mais elle est aussi

¹ Voir SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, ou encore sur la chimiothérapie : SAYE SEMPERE, Lluís, *Quimioterapia de la tuberculosis*, Seix Barral, Barcelone, 1927, 254 p. Voir également les fiches de visite au dispensaire de Radas entre 1923 et 1936, Dépôt du CAP RSD.

² Lluís Sayé explique ainsi en 1927 dans un article rédigé pour la commission organisatrice du premier congrès panaméricain de la tuberculose, l'utilisation de la cure hygiénique d'altitude en association avec la sanochryisine ou bien après une thoracoplastie. SAYE SEMPERE, Lluís, *Quimioterapia de la tuberculosis*, 1928, *op. cit.*

³ Déjà à la fin des années 1920, l'hospitalisation était plutôt une exception chez les malades soignés au dispensaire de radas, comme le montrent les statistiques de 1927 conservées dans le fonds Lluís Sayé, puisque sur les 1466 malades auscultés cette année là seuls 20 malades sont admis à l'hôpital de la Santa Creu, un seul à l'Hôpital Clinic, et un autre dans un autre hôpital non précisé. Fonds Lluís Sayé, Carton 10, ANC.

⁴ Voir chapitre 6.

⁵ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*

déterminée par des acteurs individuels, et Lluís Sayé surtout. En effet, quelques années plus tard, sous le franquisme, les malades soignés au dispensaire de Torres Amat sont de nouveau envoyés dans des cures de repos, les hôpitaux et les sanatoria sont à nouveau privilégiés comme des lieux de soins et les traitements à base de sels d'or ne sont plus utilisés¹.

Finalement, cette marche de la modernité telle qu'elle est présentée par les médecins de l'époque est liée à des choix des professionnels en charge à l'époque, à ce qui serait assimilé à une mode dans un autre contexte. A l'image de Lluís Sayé qui choisit d'orienter la fonction thérapeutique du dispensaire en privilégiant des pratiques précises, les médecins font des choix qu'ils estiment justifiés par l'efficacité prouvée théoriquement ou expérimentalement. Pourtant, malgré ces discours, le mélange des pratiques médicales dites « traditionnelles » ou « modernes » est toujours perceptible dans la vie des patients.

- *Un mélange de pratiques guidées par l'exigence d'efficacité ou bien révélatrices d'un tâtonnement médical ?*

« la « chaise », el oro, la cal, las horas eternas, lentas, tremendas, del pabellón. »²

D'après ce personnage de Camilo José Cela, au sanatorium les heures qui s'écoulent sont lentement rythmées par plusieurs types de traitements médicaux au sens large, depuis les pratiques dites modernes depuis les années 1920, les sels d'ors, jusqu'au traditionnel « repos du cadavre ». Cette mixité de pratiques modernes et plus anciennes est également visible dans les expériences vécues des patients barcelonais dans les années 1930 comme au-delà. D'ailleurs comment expliquer que la cure de repos stricte soit réalisée dans des conditions similaires à celle qui était expérimentée au XIX^{ème} siècle et continue d'être une pratique médicale très courante dans les années 1930 et même 1950? C'est peut-être parce que, comme nous l'avions expliqué plus haut, se maintiennent des structures d'accueil et des traitements plus traditionnels et que ce maintien se justifie par une exigence d'efficacité. En effet, pour

¹ Voir les quelques fiches cliniques disponibles sur cette époque, Dépôt du CAP RSD, ainsi que les statistiques du Fonds Lluís Sayé, Carton 10, ANC.

² « La chaise, l'or, la chaux, les heures éternelles, lentes, terribles, du pavillon », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 295.

les médecins, dans l'optique de construire une lutte antituberculeuse efficace, il faut composer avec l'existant en l'occurrence s'appuyer sur ce qui fonctionne déjà.

Suivant cette logique, les malades sont pris en charge par un personnel médical qui se caractérise par une dualité permanence/évolution. Dans les années 1920-1930 en Espagne, l'intérêt croît pour la formation du personnel médical. La fondation Rockefeller en particulier est partie prenante d'une volonté publique mais aussi médicale et privée de former ceux qui encadrent le malade pendant cette étape souvent longue de sa vie¹. La formation des infirmières visiteuses, censées remplacer les dames visiteuses, en particulier est très vivement souhaitée dans les années 1920-1930 en Espagne, et la Generalitat de Catalunya favorise la mise en place de structures permettant la formation de ces professionnelles², au sein notamment du dispensaire central³. Mais parallèlement, dans les années 1930 comme plus tard dans les années 1950 les religieuses continuent d'être présentes dans les lieux de soins, à caractère religieux ou non⁴. A l'hôpital de Sant Pau en 1930 la prise en charge des malades est réalisée par des femmes, qui sont tour à tour infirmières et domestiques⁵. Cette impression est en réalité révélatrice d'une réalité pratique, ces « infirmières » n'ont pas de formation spécifique. C'est le cas notamment de *Francisca Fernández* une malade qui travaille comme domestique avant d'entrer à l'hôpital. Une fois guérie, elle reste à l'hôpital pour travailler comme infirmière. La permanence des religieuses dans le sanatorium de Torrebónica, géré par l'œuvre sociale de la Caixa de Pensions dans les années 1950, est une réalité perceptible à travers les anecdotes racontées par Eudald Xalabarder⁶. Celles-ci sont présentes dans ce lieu de soins mais y côtoient également des infirmières, nommées comme telles, montrant ainsi que dans un même lieu se retrouvent plusieurs logiques distinctes de prise en charge.

¹ RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La intervención de la fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España », *Revista Española de Salud Pública*, vol.74, Madrid, 2000, pp. 27-34.

² BERNABEU MESTRE, Josep, GASCÓN PÉREZ, Encarna, « El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935) : la visitadora sanitaria », *Dynamis*, n°15, pp. 151-176 Universidad de Granada, 1993, pp. 151-176.

³ Lluís Sayé considère en effet que l'une des fonctions du dispensaire central doit être la formation des professionnels de la santé aux nouvelles techniques de lutte contre la tuberculose. Voir SAYE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p.20.

⁴ Ferrán Sabaté évoquait déjà à l'époque de la Mancomunitat de Catalunya le personnel de l'hôpital de Gérone, composé à la fois par des religieuses « Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul » et des infirmiers et infirmières laïques. SABATE I CASELLAS, Ferran, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse de doctorat dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993, Annex. Bases per a la Constitució i funcionament de les Juntes de Govern dels Establiments de Beneficència de la Mancomunitat, p.169.

⁵ Voir dans les feuilles familiales du Padrón de 1930, les listes de personnels travaillant à l'hôpital de Sant Pau, dont les professions varient entre « Hermanas de la Caridad » et « criadas » soit servantes. AMABCA.

⁶ XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*

Par ailleurs, ce mélange entre différentes théories dans les prises en charge des patients montre également que celles-ci sont aussi expérimentales et relèvent parfois plus du tâtonnement scientifique que d'une véritable logique préconstruite. Ainsi, Lluís Sayé lui-même en 1930 continue de prescrire, très rarement, des cures héliothérapeutiques, bien que dans ses écrits il se montre particulièrement sceptique en théorie sur leur efficacité¹. C'est sans doute que dans certains cas, il n'y a pas grand-chose d'autre qui puisse soulager le patient. Mais selon cette logique, les cures de repos trouvent alors une autre signification, elles ne sont plus à proprement parler un traitement antituberculeux, mais plutôt un accompagnement au traitement chimiothérapeutique, ou bien sont antérieures ou postérieures aux opérations chirurgicales. A cette redéfinition ou nouvelle conceptualisation des pratiques médicales traditionnelles s'ajoute l'idée que malgré les théories médicales qui semblent très établies pour l'époque, la réalité thérapeutique reste plus proche du tâtonnement. Les sels d'ors par exemple qui ont prouvé selon le médecin leur efficacité² sont parfois décriés³.

Ce mélange entre théories et en particulier le maintien d'une cure hygiénique de type traditionnel bien que re-conceptualisée est une constante dans les années 1930 et au-delà dans les pratiques médicales en Espagne et plus largement en Europe. Ainsi, le médecin responsable du dispensaire de Valence, le docteur Llopis Llorente lorsqu'il présente les statistiques du labour clinique réalisé par son dispensaire entre 1933 et 1939 et en particulier des traitements mis en œuvre, témoigne de la permanence d'une pratique du dispensaire centrée sur la cure dite héliothérapeutique⁴. En effet, sur les 650 patients soignés au sein de son dispensaire à la date du 31 décembre 1939, plus de 47% suivent un traitement dit hygiénique, contre seulement 8,5% un traitement chimiothérapeutique par exemple. Malgré une vision du dispensaire largement tournée vers l'œuvre sociale suivant la logique en vogue, du point de vue de l'œuvre clinique la permanence de pratiques considérées comme anciennes reste de mise. De la même manière, l'hôpital de Sant Pau persiste à accueillir des malades qui ne sont pas opérables, et sont parfois envoyés dans un état de santé médiocre à la Granja Sant Pau

¹ SAYE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p.39. Voir les fiches cliniques du dispensaire central et les quelques cures « a sol i altura » prescrites par Lluís Sayé dans les années 1930, en annexe 4.1.3 à 4.1.7.

² SAYE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, 1933, *op. cit.*, p.21.

³ Quelques années plus tard, un médecin comme Conrad Xalabarder démontre ainsi que l'action de la chrysothérapie n'est efficace selon lui qu'en y associant de petites quantités de soufre. L'utilité de la chrysothérapie telle qu'elle était pratiquée jusqu'alors est donc fortement remise en question selon le docteur Cervià en 1950. CERVIA, T, « Acerca del mejoramiento del efecto de la estreptomycin mediante las asociaciones medicamentosas », *Revista Española de Tuberculosis*, n°19/8, Madrid, 1950, p. 43.

⁴ LLOPIS LLORENTE, R., *Dispensario del Instituto Provincial de Sanidad de Valencia. Siete años de labor (mayo 1933-diciembre 1939)*, PNA, Valence, 1940, 72 p.

avec des patients qui eux, sont en convalescence. La Granja en particulier apparaît comme un lieu qui reçoit des malades en tout genre, bien loin de la théorique maison de repos et de cure de travail adaptée à un public ouvrier en convalescence.

Par ailleurs, il apparaît clairement que l'éloignement théorique de la cure de repos dans les traitements médicaux est en grande partie dû à une conjoncture théorique particulière des années 1920 jusqu'en 1936. Les traitements héliothérapeutiques, comme la priorité de l'hospitalisation reviennent au goût du jour dans les deux premières décennies franquistes. Cela s'explique également par l'arrivée voire le retour de certains médecins évincés sous la République dans la direction de l'organisation antituberculeuse, des professionnels ayant une vision de la lutte bien différente de celle qui fut privilégiée pendant des années¹. De la même manière, dans la pratique thérapeutique concrète, Lluís Sayé semble faire des choix qui excluent certaines pratiques, mais ces choix sont du ressort de l'essai, un essai au goût du jour, en témoigne son intérêt pour l'huile de foie de morue, fortifiant qui dans les années 1930 accompagne le traitement à base de sels d'or.

Plusieurs éléments ressortent de tout ceci : d'abord le fait que l'évolution depuis les pratiques traditionnelles vers la modernité telle qu'elle est construite par les médecins suppose surtout la sélection des pratiques selon une logique propre à des groupes ou des individus. Ensuite, il apparaît que malgré ces logiques extrêmement théorisées, les traitements médicaux relèvent largement du tâtonnement scientifique. En conséquence, cette évolution relative ne doit pas masquer la permanence de pratiques considérées comme dépassées scientifiquement, qui est réelle dans les années 1930 et jusqu'en en 1950 notamment, et s'explique notamment par une recherche d'efficacité.

- *Vers les facteurs exogènes de la prise en charge*

Plusieurs phénomènes sont visibles à travers le vécu des malades, qui contrastent avec cette image d'une évolution des pratiques de lutte vers la « modernité ». Dans un premier temps, des facteurs conjoncturels déterminent parfois les pratiques médicales, voire même redéfinissent la fonction des établissements. L'entrée en guerre civile se répercute indéniablement sur les hôpitaux dans lesquels sont internés les malades, et cela a une

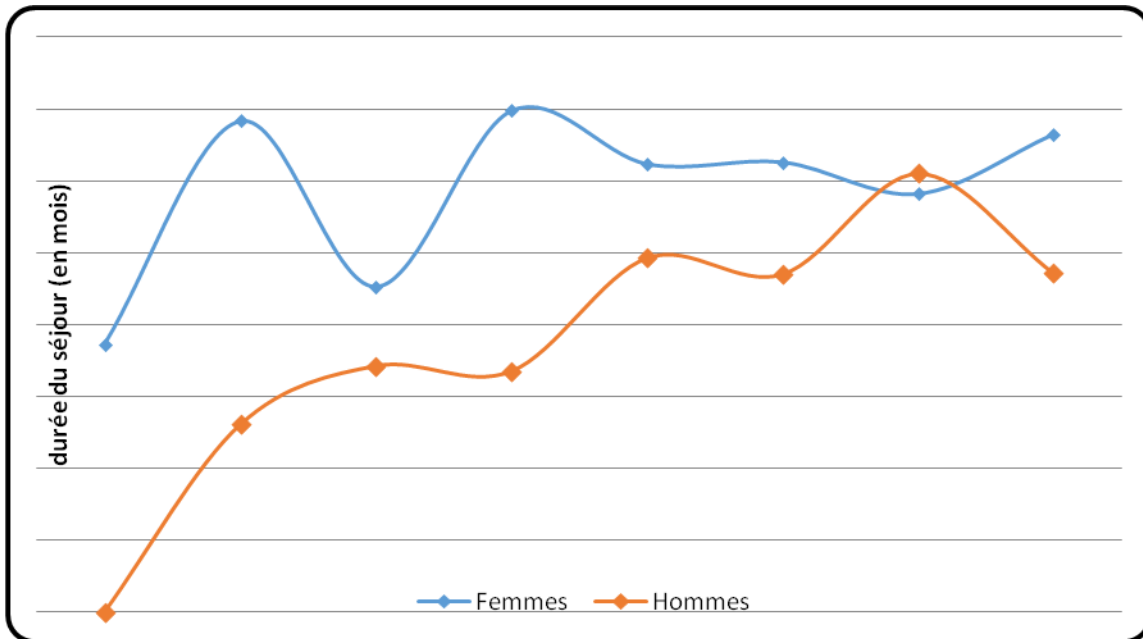
¹ Voir chapitre 6.

répercussion sur leur vie, leur traitement, etc¹. Les malades hospitalisés en 1936 font des séjours beaucoup plus courts que la moyenne, ce qui s'explique par le contexte de la guerre civile. Concrètement, les hommes sont encore plus poussés vers la sortie que les femmes, à l'image de *Rafel Hidalgo* qui quitte l'hôpital moins de 10 jours après y être entré, pour retourner au front. *Miquel Llauradó* lui ne reste que 3 jours à l'hôpital et repart aussi se battre. Il faut dire que le malade est entré tuberculeux, mais a plutôt été soigné pour une blessure par balle. D'une manière générale l'hôpital se trouve dans une situation difficile en 1936, la réorganisation liée à la nationalisation des lieux de soins associés du début de la guerre et à l'avancée du front dans les années suivantes le chamboule complètement. Cette conjoncture si particulière a aussi une influence sur les malades internés à l'Esperit Sant. Si le lieu est aussi réquisitionné par la CNT, la conjoncture particulière affecte les malades d'une manière différente². Certes, nous assistons à une réduction des séjours des malades entrés en 1935 ou 1936, en particulier des hommes, qui est sans doute à rapporter à la déclaration de la guerre. Peu de malades hommes entrent en 1936 dans le sanatorium. *Pedro Louzán*, lui, entre en décembre 1936 dans le sanatorium, en pleine guerre donc, mais après un séjour relativement long quitte le sanatorium assez précipitamment en mars 1938 étant appelé sous les drapeaux. Il n'est pas le seul, dans les dernières années de la guerre, plusieurs patients sortent de l'hôpital sur demande du comité de guerre, ou pour aller se battre. Cependant, la réduction du temps des séjours est bien moins évidente que pour les tuberculeux hospitalisés. De plus, à l'inverse, les femmes en particulier voient leur temps de séjour moyen augmenter radicalement à la même date, comme le montre le graphique ci-dessous.

¹ Sur la répercussion de la guerre civile dans les hôpitaux, mais aussi la réorganisation de l'action publique dirigée vers la santé, voir HERVÁS I PUYAL Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries : l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDEVOL Josep, Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004, 333p.

² COMAS I COMAS, Oriol, MIRALLES, Esteve (dir.), *La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya : història d'una diversitat*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1994, 277 p.

Graphique 21 : Evolution de la durée de séjour moyen (en mois) pour les femmes et les hommes au sanatorium de l'Esperit Sant entre 1929 et 1936



(Sources : registres d'entrée du sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC)

Le sanatorium dès lors semble récupérer la fonction traditionnelle de l'hôpital comme lieu d'asile¹. Il est envisageable que les médecins choisissent en effet de prolonger des séjours de tuberculeux et en particulier de tuberculeuses, afin de les protéger d'une situation sociale qui se dégrade vite, au vu des conditions particulières de la guerre.

Mais les pratiques médicales ont aussi des logiques propres qui sont parfois dissociables de l'état du malade, bien que cela paraisse contradictoire avec l'exigence constante d'efficacité. En effet, y'a t'il véritablement une différence entre l'état des patients internés à l'Esperit Sant et ceux hospitalisés à Saut Pau ? Nous l'avons dit plus haut tous ont des hémoptysies, tous sont donc sérieusement affectés. Pourtant une chose est sûre, la pratique médicale reste différente dans chaque lieux de soins, et ce bien que celle de l'Esperit Sant avec Josep María Barjau cherche à s'aligner sur celle des hôpitaux². Mais si cette pratique est différente cela n'implique pas forcément que les tuberculeux le soient eux aussi. Autrement dit, ce n'est peut-être pas une pratique médicale qui s'adapte aux malades mais plutôt des malades qui s'adaptent à une pratique déjà mise en place. Ainsi, l'écart observé dans les résultats des

¹ Sur la fonction traditionnelle de l'hôpital comme refuge de la misère, voir DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.

² BARJAU, Josep Maria, *Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya*, 1932, *op. cit.*

malades sortants de deux services antituberculeux de l'hôpital de Sant Pau est peut-être dû avant tout à une logique médicale qui s'applique de manière différente, voire à une volonté de la part du service de Jacint Reventós de donner à voir une médecine moderne et efficace¹. Conscient que les malades qui sortent ne sont que temporairement guéris puisqu'il n'existe pas véritablement de traitement détruisant le microbe, le personnel médical du service de Joan Freixas préfère parler de soulagement pour leurs patientes qui quittent l'hôpital. Pour ceux qui travaillent dans l'autre service, le malade est considéré guéri, mais sans doute ne prennent-ils en compte que la manifestation principale pour laquelle le malade est entré. Les diagnostics sont beaucoup plus précis, ils font état d'une manifestation de l'infection telle qu'une cavité dans un poumon par exemple, et les médecins s'appliquent à préciser concrètement la raison, l'opération ou le traitement pour lequel le malade est hospitalisé. Une fois la cavité réduite ou l'opération pratiquée avec succès, le malade serait en ce sens considéré comme guéri, même s'il est encore positif aux tests. D'ailleurs, cette hypothèse permettrait d'expliquer pourquoi certains malades qui sortent totalement guéris sont très peu de temps plus tard à nouveau admis en urgence. C'est le cas de *Josep Hernández*, qui sort complètement guéri de l'hôpital en avril 1935 après quatre mois passés dans le service du docteur Reventós. A peine trois mois plus tard le malade est de retour. Cet échec manifeste du traitement, qui pourrait remettre en question l'efficacité thérapeutique, met surtout en valeur une perception différente de la maladie selon les médecins, mais aussi la pratique médicale spécifique de l'hôpital. Ce lieu de soins apporte dès lors une réponse concrète à une manifestation précise et non pas à la maladie en général. Il s'agit également en creux d'une volonté évidente de mettre en scène une pratique médicale perçue comme efficace en tenant compte des statistiques à l'échelle de ces établissements².

D'autres logiques venues d'en haut se superposent à une logique médicale imposée elle aussi par des agents extérieurs. Mais certaines pratiques se voient également modifiées par les actions des malades eux-mêmes. Si certains malades sont soignés à l'hôpital plutôt que chez eux par Lluís Sayé, c'est parfois, il le dit lui-même, en raison de conditions personnelles qui rendent impossibles un traitement à domicile efficace. En ce sens, la variable sociale et personnelle est un facteur exogène permettant d'expliquer une évolution conjoncturelle des

¹ Registres de sorties de l'Hôpital Sant Pau, service du docteur Freixas et du Docteur Reventós, 1929-1936, AHHSCSP.

² Sur les statistiques par service, voir : *Annals de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelona 1932-1936.

pratiques. La durée des séjours n'est pas uniquement déterminée par la conjoncture exceptionnelle ou par l'amélioration de l'état du patient. Elle est aussi liée de près au vécu des tuberculeux eux-mêmes, en témoigne le nombre de malades qui quittent l'établissement volontairement, pour des raisons personnelles. Par ailleurs, nous l'avons vu une majorité des tuberculeux et surtout des tuberculeuses internés sont célibataires et d'ailleurs, il est notable que les femmes célibataires, encore plus que les hommes, restent beaucoup plus longtemps en moyenne dans le sanatorium que celles mariées, ce qui s'explique peut-être par le fait qu'elles sont plus indépendantes. La vie privée du tuberculeux détermine donc également son séjour, comme nous le verrons encore plus loin.

Finalement, l'évolution proclamée de ces pratiques médicales contraste peut-être avec l'immobilisme dans l'état des patients justement, remettant en cause l'efficacité de la prise en charge, en théorie. Les fiches cliniques ont une valeur de témoignage des médecins, et montrent clairement comment la pratique se réalise, parfois en opposition avec la théorie en apparence si bien rôdée. Loin de vouloir juger la prise en charge, l'observation de ce décalage permet, au prisme du malade cette fois, de mettre en avant une logique distincte, qui n'est pas sans remettre en cause les principes médicaux proclamés tout haut par les professionnels de la santé de cette époque. Ainsi, l'évolution perceptible des pratiques ne doit pas faire oublier le maintien de traitements ou de structures de soins moins modernes, qui continuent à être utilisées en raison de leur efficacité. Le tâtonnement médical est une réalité sensible, les médecins cherchent des solutions, en testent certaines, reviennent sur d'autres. D'un point de vue médical, il faut dire que l'évolution des pratiques va surtout dans le sens d'une précision, d'une concentration des efforts autour d'un type de traitement précis, considéré au moment donné comme le plus approprié. L'évolution est conjoncturelle, et dépend de l'air du temps, tout comme des décisions des médecins responsables des différents lieux de soins, ou bien de ceux qui coordonnent l'organisation contre la maladie. Avec les changements provoqués par le contexte politique qui engendrent un remplacement des principaux acteurs dirigeants de la lutte antituberculeuse, cette pratique évolue, montrant que cette médecine est loin de faire un consensus général. De plus, les pratiques thérapeutiques sont encore guidées par d'autres exigences, par un contexte extérieur qui pèse sur la vie des malades, et nous évoque un contraste avec ces sociétés isolées et protégées décrites dans la littérature.

D'un point de vue méthodologique, la construction des pratiques et le vécu du patient sont indissociables et s'influencent mutuellement. L'évolution du malade est déterminée par l'évolution des pratiques elles mêmes visibles et redéfinies au prisme de l'expérience vécue de la maladie au sein des structures de soins. A l'échelle du patient, l'évolution de la maladie est encadrée par les médecins, et décrite au travers d'une terminologie médicale spécifique. Plus encore, le malade en tant qu'individu disparaît sous son statut de tuberculeux, toute sa vie tourne autour de son mal omniprésent dans son quotidien. C'est de l'état du patient plus que du patient lui-même dont parlent les médecins, même si grâce à ces informations ils dressent un portrait d'un tuberculeux en chair et en os, un portrait néanmoins aseptisé, sous couvert de scientificité médicale. Les descriptions de ce vécu objectivé et neutralisé du patient permettent surtout de déchiffrer une pratique médicale changeante, liée à une conjoncture particulière. En théorie la modernité médicale mise en œuvre permet de guérir de plus en plus de malades, à moins que cela ne soit lié à une nouvelle conception médicale qui vise à guérir le malade d'une manifestation tuberculeuse et non de la maladie. Les tuberculeux sont pris en charge de manière différente selon les idées des médecins mais tous ces acteurs sont aussi dépendants d'un contexte général qui influence leurs stratégies voire les déterminent. Si le patient doit s'occuper uniquement de sa maladie et de se soigner, dans les faits bien d'autres problèmes se superposent à celui de sa santé. Pour les médecins, cela s'explique avant tout par les lacunes en termes d'assurance sociale et l'inexistence de lois sur les arrêts maladies, mais aussi par la culpabilité et l'inconscience du malade lui-même¹. Pour les malades il s'agit d'une maladie longue avec laquelle ils doivent finalement composer. Cette vie de malade complètement orientée vers la guérison est commune à un collectif de malades pris en charge par des médecins, et perçue comme telle. Or face à ces descriptions scientifiques, se dressent des expériences vécues évoquées par des non-médecins, voire par les patients eux-mêmes qui parfois infirment ces parcours de malades évoquées par les professionnels. Entendre la voix des non-médecins quels qu'ils soient est particulièrement difficile mais essentiel pour tenter d'approcher une autre réalité, voire surtout une expérience sensible de la tuberculose.

¹ La question des manques en terme d'assurance santé est relevée par de nombreux médecins depuis le début du XX^{ème} siècle. Pour José Palanca, l'assurance maladie est la seule solution efficace pour lutter contre la tuberculose, puisque cela permettrait aux malades d'être soignés sans pour autant que leur famille ne meure de faim. Réponse de José Palanca au discours de José Verdes dans : VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

B. De « Los pájaros atónitos » aux indisciplinés : les voix des tuberculeux

Le tuberculeux est beaucoup observé, ausculté, mais on l'entend peu. Son opinion, sa personnalité ou sa sensibilité sont englouties par les discours médicaux, par la description de son état. D'après Camilo José Cela, dans le *Pabellón de Reposo* ils ne deviennent plus que des « *pájaros atónitos* »¹ qui souffrent puis meurent sans autre occupation. Les historiens ont mis en avant cette difficulté à percevoir l'individu principal concerné par sa propre maladie, tout en essayant malgré tout de donner un aperçu des stratégies qui lui sont propres². Comme l'explique Pierre Guillaume dans son ouvrage de référence sur la tuberculose en France, il est plus facile de rendre compte du malade tel qu'on le voit plutôt que tel qu'il est³. D'une manière plus générale, l'étude d'un groupe de malades ou bien d'un collectif qui en tant que tel ne cherchent pas à être reconnus au premier abord est particulièrement complexe, et l'impasse des sources ne permet que d'observer des structures d'accueil et d'analyser par ce biais des politiques plus ou moins adaptées. Par ailleurs, le simple fait de prendre en compte les malades comme un collectif uni contraste avec le nombre d'individus concernés. La consolidation d'une catégorie homogène dans laquelle s'insèrent tous les tuberculeux est en effet surtout perceptible à travers des discours produits de l'extérieur, qui cherchent à constituer une catégorie d'exclus afin de mettre en place une structure de prise en charge appropriée⁴. Les ressemblances détectables dans les parcours des tuberculeux sont surtout attribuables aux rythmes propres à la prise en charge, ou aux descriptifs des médecins. Dans tous les cas, les expériences de vies similaires, liées à des traitements semblables ou bien à des symptômes communs n'impliquent pas la constitution d'une catégorie d'exclus s'exprimant d'une seule voix. A l'inverse, il faut plutôt tenir compte de la multitude d'avis et de vécus contradictoires qui ne manque pas de se retrouver dès lors que l'on considère un groupe aussi important. Certains vivrons la maladie comme une contrainte plus légère que d'autres, certains auront un avis favorable aux lieux de soins, alors que d'autres verrons la routine médicale d'un très mauvais œil.

¹ « Des oiseaux pantois », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*

² Voir l'introduction de la Partie III, voir également DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1991, *op. cit.*

³ GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, *op. cit.*

⁴ Voir une étude sur la construction des catégories, chapitre 5.

Pourtant, si des multiples individualités se retrouvent dans le collectif de tuberculeux, l'homogénéité du groupe vient aussi parfois de l'intérieur. Plus exactement, il est possible de distinguer une récupération de la part du malade du statut de tuberculeux. A ces malades qui définissent eux-mêmes la tuberculose comme leur dénominateur commun, s'associent les fameux pré-tuberculeux, ceux qui par leur vie et leur condition sociale sont susceptibles de tomber malade dans le panorama dressé par les médecins de l'époque¹. Autrement dit, le collectif s'élargit, et le patient-tuberculeux est associé au misérable, à l'ouvrier, s'intégrant dans une catégorie de défavorisés au sens large. Plus encore, ce collectif se construit en négatif, il s'agit de celui des non-médecins, qui parfois opposent un discours alternatif face à la voix plus ou moins unie des professionnels et acteurs légitimes de la santé². Nous verrons ici ces voix différentes qui s'opposent aux médecins, à leurs descriptions aseptisées de la maladie, ou bien à leur structure de prise en charge voire même s'attaquent aux bases même de la théorie bactériologique exclusive. Alors que la maladie est avant tout vécue dans la chair, les témoignages de souffrance sont perçus grâce à la littérature, et les désaccords quant aux modèles de prise en charge mis en place sont visibles au travers de revendications plus générales, qui se multiplient à l'époque qui nous occupe dans la capitale catalane.

1. La solitude vécue par les patients. L'expérience vécue de l'exclusion

C'est par les témoignages directs des malades, par la littérature surtout, qu'il est possible de percevoir quelques bribes d'un vécu personnel de la maladie. Dans leur ouvrage intitulé *Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui*, Claudine Herzlich et Janine Pierret mettent en avant les expériences vécues des écrivains, qui ont donné une vision sensible de la maladie³. Citons encore Pierre Guillaume qui nous fait part des expériences de malades connus dans les lieux de soins dans son article « Tuberculose et Montagne »⁴. De manière générale, la plupart de ces ouvrages littéraires évoquent l'expérience vécue au sein du sanatorium plutôt que la

¹ Voir partie 1.

² Sur cette définition des « non-médecins », come traduction des termes « patient », « lay » anglo-saxons, voir FAURE, Olivier (éd), *Praticiens, Patients et Militants de l'Homéopathie (1800-1940)*, Presses Universitaires de Lyon & Boiron S. A., Lyon, 1992. Cité dans, RIEDER Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *op. cit.*, p. 263.

³ HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984, *op. cit.*

⁴ GUILLAUME, Pierre, « Tuberculose et montagne. Naissance d'un mythe. », *Vingtième Siècle : Revue d'Histoire*, n°30, Avril-Juin, Presses Sciences-Po, Paris, 1991, pp. 32-39. Un autre ouvrage sur l'aspect littéraire de la tuberculose : GRELLET Isabelle, KRUSE Caroline, *Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme 1800-1940*, Ramsay, collection les Raisons du Corps, Paris, 1983.

maladie à proprement parler. Il faut dire que le séjour au sanatorium apparaît comme une fabuleuse ouverture vers l'introspection personnelle tout comme un prétexte au développement d'une société parallèle comme c'est notamment le cas dans *La Montagne Magique* de Thomas Mann¹. Dans le cadre espagnol, Xavier Cateura i Valls a repris sur son blog dédié à l'histoire du sanatorium du Montseny les échos des poètes ou écrivains qui un jour y furent internés². Citons encore les témoignages de Camilo José Cela, déjà cité plusieurs fois ici, les poèmes de Màrius Torres interné au sanatorium du Puig d'Olena en 1935, ou encore ceux de Joan Salvat Papasseit, soigné au dispensaire de Radas qui mourut quelques années auparavant en 1921³.

Bien sûr, la réalité observée est biaisée par le prisme littéraire, mais elle est l'un des rares reflets sensibles du vécu de la maladie, d'autant plus que les écrivains mettent en forme une expérience personnelle. Leur récit reprend donc cette valeur de témoignage, si stylisé soit-il. L'étude du vécu de cette exclusion provoquée par la maladie au travers de ces témoignages laisse apparaître de manière chronique plusieurs éléments liés au vécu de la maladie par le patient, qui parfois se recoupent avec les informations données par les médecins sur l'état dit « objectif » de ces derniers. C'est d'abord la longueur de la maladie, le temps infini, qui débouche immédiatement sur l'ennui et la sensation de solitude. Puis s'ajoute tristement l'expérience de la douleur devenue sensible, de la fin, et bientôt de la mort.

- *De l'ennui à la sensation d'abandon : l'expérience de la solitude*

Des heures éternelles du pavillon de repos⁴ décrites par les personnages de Camilo José Cela à l'attente de la guérison ou de la mort qui s'observe chez les patients-personnages d'Eudald Xalabarder⁵, la longueur de la maladie comme du soin est une caractéristique observable chez nombre de tuberculeux. D'abord les temps de séjour dans les établissements de soins, en particulier au sanatorium, sont particulièrement longs, comme nous avons pu le constater⁶. Puis comme l'expliquent Claudine Herzlich et Janine Pierret, c'est la longueur

¹MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, 1924, *op. cit.*

²CATEURA I VALLS, « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aqui Osona, 2010. <http://blocs.aquiosona.com/des-del-montseny/estances-de-febre/>, consulté le 14/08/2013.

³CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, voir la fiche de visite du dispensaire central de Radas au malade Joan Salvat Papasseit, annexe 4.1.1.

⁴*Ibid.*

⁵XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*

⁶Voir plus haut.

même de la maladie qui permet d'observer plus aisément le malade, puisque la tuberculose devient sa vie toute entière¹. Le temps, le silence sont des éléments qui reviennent dans la plupart des témoignages de ces personnages fictifs et réels internés dans les lieux de soins, ou bien cloîtrés dans leur chambre et obligés de garder le lit sur recommandation/obligation médicale. Fatalement, longueur du séjour ou de la maladie se matérialise dans l'ennui qu'elle provoque.

« *La luna es más grande que en la ciudad; el aire es más puro; el silencio es mayor, y el aburrimiento... ¡Ah, el aburrimiento es espantoso!* »²

Ainsi s'exprime ce personnage interné au Pabellón de Reposo, qui reconnaît au sanatorium le mérite d'être le lieu de repos parfait, au sein duquel tout est si tranquille, si grand, si pur que l'on ne peut que s'y ennuyer. Cette sensation de temps qui s'écoule et de ces heures pendant lesquelles rien n'arrive est un lieu commun particulièrement utilisé par les écrivains, qui se base sur une apparente et parfois exagérée volonté des médecins eux-mêmes mettant en exergue cette fameuse acception du « repos du cadavre ». L'immobilité qu'exige la cure jusque dans les années 1950, ou les interdictions de pratiquer une quelconque activité telle que la lecture pour les tuberculeux, contribue à renforcer cette idée d'inaction associée à l'ennui³. La contemplation des jours qui passent, dans l'attente d'une bonne nouvelle, l'ennui, est un thème récurrent chez Camilo José Cela, qui se retrouve dans la structure même de son livre, organisé autour de quelques personnages dont les expériences, le vécu et mêmes les réflexions personnelles, reviennent en boucle. Les répétitions dans le texte permettent au lecteur de mieux percevoir cet ennui, qui conduit les malades à penser, penser beaucoup et aux mêmes choses, toujours. La vie s'écoule si lentement et calmement qu'aucun malade n'a de nouveauté à dire, lorsqu'on lui donne la parole. Chez Camilo José Cela, comme dans le recueil d'anecdotes d'Eudald Xalabarder, la vie si tranquille du sanatorium s'oppose au bruit de la ville, dans laquelle tous les malades rêvent de retourner. Il faut dire l'ennui est lié à l'éloignement qui conduit à la solitude si fortement éprouvée par le malade dans ces expériences de vie relayées par les écrivains. La solitude dans les vies des tuberculeux apparaît sous plusieurs formes, elle est l'expérience sensible d'un isolement sous plusieurs aspects, depuis l'éloignement de la famille ou bien du reste de la société lors d'un internement

¹ « Mais surtout par sa durée, la maladie devient une forme de vie avant d'être une forme de mort », HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984, *op. cit.*, p. 56.

² « La lune est plus grande qu'à la ville ; l'air est plus pur, le silence est plus grand, et l'ennui... Ah, l'ennui est terrifiant ! », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 311.

³ Sur ces interdictions, voir notamment BAÑUELOS GARCIA, Misaël, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, 1932, *op. cit.*

dans un lieu de soins. Elle se matérialise par un manque de contact humain, un isolement thérapeutique associé à un isolement physique, ou encore une sensation d'abandon. La notion d'abandon était déjà évoquée par le médecin Philip Hauser dans son ouvrage sur la tuberculose de la fin du XIX^{ème} siècle¹. Il évoquait en effet cette peur de la contagion entretenue par des médecins qui poussaient les familles à éloigner le plus possible les malades du cercle familial, à le considérer comme un paria, une attitude extrême que l'hygiéniste considère aussi inutile que dangereuse pour le patient². De manière plus générale, cet abandon considéré comme bien peu humain par Philip Hauser³, se traduit d'abord dans une accusation adressée aux médecins, qui par leurs pratiques cherchent justement à isoler le malade porteur du bacille de tout individu sain, ou bien de ses proches non infectés. Mais l'abandon est aussi dû aux manques de l'installation sanitaire. Ainsi, au dispensaire de Radas, les nombreuses lettres de *Alfonso Rodríguez* adressées au docteur Lluís Sayé peuvent aussi être comprises comme la sensation d'être abandonné à son triste sort de la part du père de famille, qui cherche par tous les moyens à être entendu⁴. Cette sensation d'abandon est, nous le verrons plus loin, relayée par les journaux d'opposition en tout genre qui font témoigner des malades sur la lenteur de la prise en charge. L'abandon est aussi très sensible dans les œuvres littéraires inspirées des expériences personnelles de leurs écrivains. Ces patients fictifs se sentent seuls, abandonnés par leur famille et leurs proches. De manière paradigmatique, la solitude s'exprime chez cette patiente du Pabellón de Reposo qui à l'heure de prendre une grande décision n'a personne vers qui se tourner :

« *¡Ah, si yo hubiera tenido a quien preguntar : ¿qué hago?, ¿me opero?, ¿no me opero?; ¡si yo hubiera tenido a quien preguntar un poco de cariño, un poco nada más del mucho cariño que necesito!* »⁵

Camilo José Cela, comme Eudald Xalabarder évoquent des malades fictifs ou pas, qui voient leur conjoint s'éloigner, à cause de la maladie ou malgré elle, les laissant seuls au sein du sanatorium⁶. Il faut dire que la maladie fait peur, et l'abandon est aussi associé à un rejet que

¹ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, pp.39-43.

² *Ibid.*, pp. 40-41.

³ *Ibid.*, p. 41.

⁴ Dossier familial n°15174, Dispensaire de Radas. Voir la reproduction d'une lettre en annexe 4.2.3.

⁵ « Ah, si seulement j'avais eu quelqu'un à qui demander : qu'est ce que je fais ? Je me fais opérer ? Je ne me fais pas opérer ? Si seulement j'avais eu quelqu'un à qui demander un peu de tendresse, juste un peu de cette tendresse dont j'ai tant besoin ! », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 352.

⁶ Voir par exemple l'anecdote « De visita », dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 131-134.

ressent le malade dans sa chair, comme l'expliquait Pierre Guillaume¹. La peur de la maladie, très développée à la fin du XIX^{ème} siècle, très peu évoquée par Eudald Xalabarder dans ses anecdotes, reste très présente semble-t-il chez les contemporains jusque dans les années 1950, comme en témoigne le rejet que ressent une autre patiente dans le texte de Camilo José Cela :

« *Soy la mujer maldita, la señalada; soy la mujer a quien nadie quiere besar en la boca, porque un mal terrible y pegadizo le come las entrañas* ». ²

On reconnaît bien là, dans ce rejet une illustration plus sensible des conséquences d'une entreprise de divulgation populaire basée sur le refus de tout contact entre personnes malades et saines. Dans les fiches cliniques les médecins semblent manifester leur indignation à mots couverts en évoquant ces tuberculeux qui ne prennent pas soin de leurs proches, les obligeant à s'occuper d'eux. Ainsi de cette tante tuberculeuse, *Enriqueta Montroig*, qui donne le sein à un neveu qui vient de naître, et dont les inconscients parents ne voient pas le danger³. L'isolement permet la protection des soins, tout en protégeant aussi les malades des vices de la ville et de société, mais cela est parfois vécu difficilement par les malades lorsqu'enfermés dans le sanatorium, leur chambre ou leur maladie, ils ressentent fortement l'abandon.

La sensation exacerbée de solitude, vient en effet avec ces exigences médicales qui réclament un silence absolu et sont décriées par certains malades. Le tuberculeux est non seulement enfermé dans un lieu de soins, coupé du reste du monde, mais devient aussi prisonnier de sa propre maladie, n'ayant même pas l'autorisation d'échanger avec les autres malades. A la maison, l'isolement est aussi une réalité, qui se perçoit dans les nouveaux aménagements que les infirmières visiteuses tentent d'apporter dans les logements des tuberculeux⁴. Ainsi, le parent malade est séparé du reste de sa famille, un isolement physique qui se double par un isolement thérapeutique et moral dès lors que ce dernier est obligé de garder le lit. L'abandon du malade dans son lit, sa sensation d'être seul face à la mort est un topo littéraire qui dépasse largement la littérature sur la tuberculose. Il se retrouve aussi dans les expériences stylisées des malades romantiques, Marguerite Gautier meurt seule dans son lit pendant que les

¹ GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1986, *op. cit.*

² « Je suis la femme maudite, la fustigée ; le suis la femme que personne ne veut embrasser sur la bouche, car un mal terrible et contagieux lui dévore les entrailles. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 298.

³ Fiche de visite n° 460, Dispensaire de Radas, 1921.

⁴ Voir chapitre 4, et les enquêtes sociales du Service de lutte antituberculeuse de la Generalitat.

huissiers gardent sa porte¹. Joan Salvat Papasseit, dans ses poèmes, évoque cette solitude intrinsèquement liée à son état de santé dégradée, à laquelle s'ajoute l'ennui :

*« Es tot fosc i jo al llit,
i em rosega el pit
una bèstia avara.*

*Sorolla la nit
i jo en tinc neguit.*

*Bressol d'atzavara
diria el meu jaç :
suara m'amara,
suara em deix las. »²*

La solitude qu'exprime le poète se retrouve chez de nombreux personnages et patients, dans les expériences de vie des malades retracées par les écrivains. Ces expériences individuelles illustrent de manière sensible les parcours des malades tracés par les médecins de façon théorique et neutralisée. L'ennui et la solitude en particulier semblent partie prenante de la vie des malades diagnostiqués et isolés au sein d'une catégorie patient-objet exclue.

- *La souffrance faite chair et l'approche de la mort*

« Tosí un poco, muy poco. Noté un calor que me abrasaba el pecho, un extraño regusto en la boca; noté que las fuerzas me faltaban, que los espejos del salón giraban a mi alrededor. »¹

¹ DUMAS, Alexandre (fils), *La dame aux camélias*, Librairie Générale Française, Paris, 1983, [1^{ère} ed. 1848], 385p.

² « Tout est obscur/Et moi dans le lit/Et me grignote la poitrine/ Une bête avare./Vacille la nuit/Et moi j'en ressens de la peine./Berceau d'agave/Semble ma couche/ Tout de suite m'aimera/Tout de suite me laisse las. » (La traduction est littérale.) SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Es tot fosc i jo al llit », *Columna de Foc*, n°5, Barcelona, 1919.

L'expérience de la maladie dans les textes littéraires fait écho clairement aux éléments médicaux qui guident les histoires cliniques. Au « Pabellón de Reposo » on ne cesse d'entendre tousser, les malades évoquent de manière préférentielle les mêmes manifestations que celles recherchées par les médecins et observées comme des premiers signes évidents de la présence du bacille actif. Mais à la simple évocation de la toux ou des expectorations, s'ajoutent des descriptions sensibles de l'état du patient, jugé par d'autres malades et surtout par le patient lui-même comme le montre ce personnage internée au Pabellón de Reposo citée au début de ce chapitre².

Le vécu de la maladie comme une expérience douloureuse n'est perceptible qu'à travers le témoignage aseptisé des fiches cliniques et leur pendant, les histoires réécrites de malades plus ou moins fictifs, décrites par des écrivains et poètes ayant connu, de près ou de loin la maladie. La douleur, la souffrance, reviennent sans cesse et deviennent le révélateur essentiel de l'exclusion, ou de l'appartenance à une catégorie construite, qui souffre de manière plus ou moins égale. Les fiches cliniques se limitent à évoquer simplement des douleurs, dans le côté droit ou gauche du poumon, sans préciser pour autant les sensations du malade, ou l'intensité de cette douleur. Le fait que le patient arrête de travailler ou bien passe une semaine au lit par exemple, est le seul indicateur permettant d'évaluer quelque peu le niveau de gravité de son état et de sa souffrance. La douleur évoquée de maintes manières par les écrivains est aussi liée aux traitements médicaux, comme nous l'avons évoqué plus haut. Eudald Xalabarder raconte l'histoire de ses patients avec un pneumothorax, qui ne peuvent rire sans souffrir par exemple, et dont les fous-rires se confondent avec des exclamations de douleurs³. La souffrance provoquée par les traitements agressifs revient de manière encore plus poignante dans le texte de Camilo José Cela, comme l'illustre ce « témoignage » d'un personnage fictif :

« Tuvieron que puncionarme en la misma pantalla de rayos, sentada sobre la mesa de neumos. Me pincharon dos veces; la segunda, cuando encontraron la cavidad, creí morir; una sensación como de fuego me

¹ « Je toussais un peu, très peu. Je sentis une chaleur qui m'embrasait la poitrine, un étrange arrière-gout dans la bouche ; je sentis que les forces me manquaient, que les miroirs du salon tournaient autour de moi. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 66.

² Voir plus haut.

³ « Risas » dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 166-167.

invadió el pecho y un caudaloso sudor casi frío se desprendió de todo mi cuerpo ». ¹

La douleur se retrouve sous une forme littéraire, mais par la même elle est aussi magnifiée, comme le montrent également les poèmes de Joan Salvat Papasseit, rappelant les descriptions de souffrance de l'âme du XIX^{ème} siècle. Ainsi, c'est une « bête avare d'oxygène » qui « grignote » la poitrine du poète, une expression qui cache un ressenti douloureux sans doute réel². Dans le même poème l'auteur évoque aussi la fatigue nocturne, mettant en avant une expérience de la maladie qui rejoint celle que nous observons parfois dans les fiches cliniques.

Avec le temps dont dispose le malade, les idées noires semblent revenir fréquemment, d'autant plus que le contexte de la maladie aide à penser à la mort. La mort est en effet un sujet qui revient très fortement dans les témoignages littéraires, et est exploité de manière différente par les écrivains. Nous l'avons dit plus haut la mort fait souvent partie du quotidien du tuberculeux avant même qu'il ne tombe malade, puis son spectre est bien présent en creux tout au long de la maladie³. Chez Joan Salvat Papasseit, la Mort reprend une forme humaine et devient un objet poétique, à l'image de celle qui hanta de nombreuses générations de poètes. C'est bien la grande faucheuse que nous présente le poète qui voit sa fin proche et la refuse. Elle vient avec ses appareils habituels, une tunique rouge et un corps osseux :

¹ « Ils ont dû me ponctionner directement dans le détecteur de rayons X, assise sur la table des pneumos. Ils m'ont piqué deux fois ; la seconde, quand ils ont trouvé la cavité, j'ai cru mourir ; une sensation de feu m'a envahi la poitrine et un fort débit de sueur presque froide s'est dégagé de tout mon corps. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 352.

² Voir le poème reproduit plus haut.

³ Voir plus haut.

Missenyora la Mort
ha volgut visitarme
dins les quatre parets de la cambra
tancada.

Vestia-la una túnica vermella
i sense soroll d'ossos s'arrossegava
impúdica en son pler.

Missenyora la Mort
tenia els ulls d'instant.
L'instant que pot occir-me
i pot enamorar-me :
perquè sóc delitós de calenta fretura.
Son rostre fit al meu.
Pero jo ja l'esguardava
perquè s'averkonyis de ses passions,
car m'era el patiment per ma obra
d'esperit.

Missenyora la Mort
m'ha fet una ganyota de menyspreu,
i mercè d'esvair-se
de les quatre parets¹.

¹ « Madame la Mort/ A voulu me rendre visite/ Entre les quatre murs de ma chambre/ Fermée./ L'habillait une tunique rouge/ Et sans bruit d'os elle se trainait/ Impudique par sa volonté. /Madame la Mort/ Avait des yeux d'instant/ L'instant qui peut m'occire/ Et qui peut me rendre amoureux / Parce que je suis délectable de fiévreuse carence./ Son visage fixait le mien./ Mais moi déjà je la contemplait/ parce qu'elle avait honte de ses passions/ car elles me sont la souffrance pour mon œuvre/ d'esprit./ Madame la Mort/ m'a fait une grimace de mépris,/ et le plaisir de s'évanouir/des quatre murs. » La traduction est littérale. SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Missenyora la Mort », *Columna de Foc*, n°5, Barcelona, 1919.

Dans quelle mesure cette vision poétique peut-elle être interprétée comme une expérience sensible de la maladie ? Derrière le poème semble apparaître une conscience crue du malade, qui ne se fait pas d'illusion sur son état, même si la vision de la mort finit par s'estomper. Dans les fiches cliniques, les mentions très neutres de tuberculeux qui rentrent pour mourir chez eux montrent à l'évidence que ces derniers sont très conscients de leur fin prochaine. D'autres patients fictifs de Camilo José Cela sont aussi dans ce cas de figure et évoquent la mort comme un aboutissement logique de leur séjour au sanatorium. Si certains voient arriver la mort avec calme comme Joan Salvat Papasseit, d'autres, à l'inverse, montrent leur effroi face à cette état qui ne s'améliore pas et les attirent peu à peu vers la tombe. Chez les patients d'Eudald Xalabarder nous retrouvons aussi la même ambigüité dans les sentiments des malades, entre ceux qui sont effrayés par leur fin prochaine, et ceux qui y semblent résignés¹. Il faut dire que les décès sont nombreux au sanatorium et la proximité de la mort des autres laisse voir une réalité différente à celle que peuvent s'imaginer les malades, puisque comme l'explique une patiente fictive, du Pabellón de Reposo, la mort n'est pas si douce que le disent les romans.

A tout ceci s'ajoute parfois le souhait de voir finir la maladie, et par conséquent un désir morbide. Comme l'explique cette patiente fictive qui souffre tant avec les traitements :

« Hay instantes en los que una piensa que más valdría, ciertamente, hacerse a un lado del camino y dejar paso franco a la muerte, que los abrazaría con suavidad y cariño. »²

La mort ici suppose la fin de la souffrance et est désirée en ce sens, ce qui constitue également un lieu commun de la littérature que Màrius Torres reprend lui aussi, en écrivant son poème « Dolç àngel de la Mort » au sanatorium du Puig d'Olena en 1936. Outre le fait que la mort apporte l'immortalité chère aux poètes, c'est surtout l'angoisse d'une douleur future, que le poète sait inéluctable qui le conduit à souhaiter la mort, ici et maintenant :

¹ Voir notamment l'anecdote « El miedo », dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 120-122.

² « Il y a des instants où on pense qu'il vaudrait mieux, certainement, s'arrêter sur le côté de la route et laisser un franc passage à la mort, qui nous embrasserait avec douceur et tendresse. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 352.

*« I tot el meu futur està sembrat de sal!
Tinc peresa de viure demà encara.
Més que el dolor sofert, el dolor que es prepara,
el dolor que m'espera em fa mal. »¹*

Mais certains malades, à l'inverse, cherchent à conserver l'espoir, celui-ci étant encouragé par les médecins, comme le précisent souvent les praticiens mis en scène par Eudald Xalabarder². Ainsi, les malades du Pabellón de Reposo pensent à l'avenir, se voient déjà guéris et ne pensent qu'à rentrer chez eux, sortir de l'isolement et de l'ennui dans lequel ils se trouvent pour revenir goûter aux loisirs que procure la ville. Ils veulent aussi croire en la médecine qui va les soigner peu importe leur état, et s'en remettent directement au savoir médical considéré comme objectif, entrant ainsi tout à fait dans la logique que développent les médecins dans leurs discours à l'époque qui nous préoccupent :

« Yo veo muchos enfermos con neumos, que hacen una vida envidiable, que van a la ciudad, que están optimistas y joviales... Sí que a mí también me ponga neumo. Volveré de nuevo a la ciudad, volveré de nuevo a la alegría y al jolgorio »³.

Le médecin redevient l'autorité suprême, unique voie vers la guérison, qui permet de revenir à la société, à la ville et ses plaisirs, et par conséquent permet de rompre avec l'exclusion du tuberculeux liée à sa maladie.

Ces espoirs sont mis en scène par des écrivains qui font entendre au lecteur que la guérison est peu probable, que le malade se voile la face en restant optimiste, et vont jusqu'à insinuer que le malade lui-même est plus ou moins conscient de cette fin proche. Dans le Pabellón de reposo un malade tente de se persuader lui-même assez grossièrement, que sa venue au sanatorium n'est pas motivée par un état grave, mais bien plutôt pas une simple nécessité de faire une cure de bon air, de repos au sens littéral

¹ « Et tout mon futur est semé de sel !/ J'ai la flemme de vivre encore demain./ Plus que la douleur soufferte,/ la douleur qui arrive./ la douleur qui m'attend me fait mal. » TORRES, Màrius, « Dolç àngel de la Mort », écrit le 29 septembre 1936, publié dans TORRES, Màrius, *Poesies*, Quaderns de l'Exili, Coyoacán, 1947.

² Voir par exemple l'anecdote « No me deje », dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 196-198.

³ « Je vois beaucoup de malades avec des pneumos, qui mènent une vie enviable, qui vont en ville, qui sont optimistes et joviaux... Oui, qu'on me mette un pneumo à moi aussi. Je retournerai de nouveau en ville, je retournerai de nouveau à la joie et à la fête. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 314.

du terme¹. Joan Salvat Papasseit lui aussi a de l'espoir, au fond de son lit et quelques temps avant de mourir il écrit un poème dans lequel il évoque les plaisirs auxquels il ne peut plus avoir accès, et son envie de guérir bien vite, pour revoir tout ce qui, dans le monde et surtout en ville, vaut la peine selon lui.

« *Ara que estic al llit
malalt,
estic força content.
--Demà m'aixecaré.....potser,
i heus aquí el que m'esperà :*

*Unes places lluentes de claror,
i unes tanques amb flors
sota el sol,
sota la lluna al vespre; »²*

Cette « nostalgie du futur » comme il dit, est teintée d'un optimiste grinçant qui cherche plutôt à mettre en valeur ces choses simples, qui auraient pu faire le bonheur du poète, mais qu'il ne pourra plus atteindre.

Rendue littéraire à l'extrême, l'expérience de la tuberculose n'est sans doute pas beaucoup plus réelle que celle décrite de manière neutre par les fiches cliniques et les médecins. La tuberculose devient d'abord un sujet pratique et littéraire, un prétexte à l'introspection. L'isolement facilite la constitution d'une microsociété avec des intérêts communs, le temps et l'ennui aident à la réflexion personnelle, parfois partagée au cœur de cette microsociété comme l'illustre l'exemple emblématique des discussions sans fin retranscrites dans *la Montagne Magique*³. Cependant, ces exercices littéraires sont parfois réalisés par des écrivains qui ont été des patients et s'inspirent alors de leur expérience personnelle. Dans ces histoires de vie de malade qu'ils décrivent, certaines similitudes sont visibles, telles que l'expérience de la mort et de la souffrance et encore

¹ *Ibid.*, p. 294.

² « Alors que je suis au lit/malade./ Je suis très content./ Demain je me lèverai.....peut-être./ Et voici ce qui m'attends:/ Des places luisantes de clarté./ Des clôtures avec des fleurs./ Sous le soleil./ Sous la lune le soir ; ». SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Tot l'enyor de demà », dans *L'irradiador del port i les gavines*, Editions 62, Barcelone, 2007 [1ère ed. 1921].

³ MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, 1924, *op. cit.*

et surtout le vécu de la solitude, liée à l'ennui et à l'isolement. Mais ces similitudes peuvent encore être rapprochées des discours sur la maladie produits de l'extérieur qui influencent forcément les écrivains comme les malades, qui ne sont pas autant coupés du monde. Malgré tout, ces quelques éléments sont les meilleurs témoignages disponibles d'une réalité vécue, des témoignages individuels qui ne doivent pas être généralisés à un ensemble de tuberculeux homogène qui, nous l'avons montré, ne semble pas être une réalité. Néanmoins, tous ces témoignages révèlent une sensation d'exclusion face au reste de la société qui semble bien être commune à de nombreux malades. Cette exclusion est aussi la base sur laquelle se crée finalement le collectif tuberculeux de l'intérieur, qui se positionne en réaction à cet isolement vécu, devenant par la même un collectif plus ou moins uni, par son opposition à certaines pratiques médicales.

2. Les indisciplinés

Eudald Xalabarder n'en revient toujours pas. Angelines Recalde Marín a beau être infirmière de profession, en tant que patiente elle continue à semer la panique dans le sanatorium en colportant des fausses vérités sur les traitements médicaux¹. Enfin, des vérités qui en réalité ne sont fausses qu'à moitié, puisque son plus grand tort est de répandre l'idée que le vaccin suppose l'inoculation du microbe, et ce afin, selon le médecin, de terrifier les autres patients. Angelines finira par être expulsée du sanatorium, non sans mal semble-t-il, mais pour le bien de la Médecine et des tuberculeux. Cette opposition individuelle, quelque soit son sens, pourrait-être emblématique de tous ces malades qui protestent. Les médecins ont évoqué ces patients qui refusent de se laisser soigner, et qui vont contre leur propre intérêt en ne suivant pas les recommandations des professionnels, par ignorance ou bien par pure envie de désobéir. Face au cas cité par *la Vanguardia* de ce malade anarchiste qui grâce à l'action antituberculeuse du Patronato Antituberculoso revient dans le droit chemin et cesse toute activité révolutionnaire², se dressent des portraits de malades subversifs, qui refusent les soins, ou bien les critiquent. Ces contre-exemples sont visibles dans la littérature médicale, les journaux, mais aussi transparaissent dans les fiches cliniques. Certains historiens ont tenté de se pencher sur ces cas de malades mécontents ou directement opposés, puisqu'il s'agit

¹ « El incordio » dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 80-82.

² *La Vanguardia*, le 29 novembre 1908, p. 3. Voir plus haut.

semble-t-il d'une des rares manières pour observer l'avis de ce dernier, qui ne s'exprimera surtout que pour témoigner de son désaccord¹. Cette protestation des malades eux-mêmes, qui permet de faire entendre une voix en dissonance avec la plus répandue, celle des médecins, est à la fois une remise en cause de l'activité du médecin, de l'utilité de la médecine, comme une critique des traitements ou encore de l'encadrement médical. Mais une question se pose : dans quelle mesure ces malades qui protestent forment-ils un collectif uni ? Faut-il parler de plaintes individuelles ou bien d'une réclamation collective ? Les tuberculeux n'ont pas tous le même avis sur les soins, et du moins il n'est possible que de percevoir quelques oppositions formulées ou manifestées d'une manière ou d'une autre. Loin de vouloir prétendre à une uniformité des opinions, il apparaît que ces quelques voix sont celles d'individus qui, parfois, pour chercher à se faire entendre s'associent à des formes d'opposition déjà existantes. Cette question restant en suspend, nous verrons dans un premier temps ces malades qui deviennent sujets en refusant les soins, pour ensuite nous intéresser au rejet spécifique de la structure d'accueil, un rejet qui cherche peut-être à s'insérer dans une logique plus générale d'opposition à certains principes de la lutte antituberculeuse.

- « *¡A mí no me tocan!* » *De l'ignorance thérapeutique à la mise en place d'une sensibilité autonome de la santé*

« - *A mí no me tocan. De ninguna manera.*

-*Bueno, ya veremos... Si evoluciona bien no será necesario.*

-*Nada, nada. De operar ni hablar. Antes me marchó a casa, pero a mí no me tocan.* »²

A l'image de Daniel Bascompte, qui refuse tout net de se faire opérer, de nombreux malades refusent les soins au sens large, remettant en question l'autorité toute puissante du médecin. Refuser les soins suppose aussi avoir une attitude clairement hostile à la guérison, et ne pas suivre volontairement les recommandations médicales. Nous avons vu cette opposition se

¹ Citons à titre d'exemple l'article de Diego Armus « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », dans ARMUS, Diego (dir.), *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Lugar Ed, Buenos Aires, 2005, pp. 65-74. Pour une historiographie plus détaillée voir plus loin.

² « - Moi, vous ne me touchez pas. En aucun cas. - Bon nous verrons... Si cela évolue bien, ce ne sera pas nécessaire. - Rien du tout. Opérer, on en parle même pas. Avant cela je rentre chez moi, mais moi vous ne me touchez pas. », « Un pronóstico desagradable » dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op.cit.*, p. 27.

manifester au travers des fiches cliniques depuis les observations faites par Eduard Xalabarder au début du XX^{ème} siècle, qui notait les conditions de vies des malades en précisant tout écart dans les pratiques par rapport aux recommandations médicales et d'hygiène élémentaire¹. A ces malades qui ne suivent pas les recommandations par ignorance, s'ajoutent ceux qui volontairement y désobéissent, passivement ou activement, visibles dans les fiches cliniques des différents lieux de soins. Ce qui est considéré comme une ignorance de la part du médecin est aussi une forme de résistance, qui révèle le malade comme acteur de sa propre vie, et signifie un refus de la prise en charge spécifique. Nous verrons ici que ces attitudes vis-à-vis de la médecine supposent une révélation du malade comme acteur individuel avant d'être collectif. L'opposition à la médecine s'exprime de plusieurs façons, d'abord de manière passive, par un refus de suivre les recommandations les plus basiques en vue de la guérison, puis par le refus du soin, qui cache peut-être une « sensibilité autonome à la santé »².

Pour un médecin comme Vicente Guerra y Cortes au début du XX^{ème} siècle, ces manquements aux règles les plus élémentaires de l'hygiène et surtout ce non-respect des instructions données par les médecins en vue de la guérison du malade s'expliquent par l'ignorance des tuberculeux qui ne prennent pas au sérieux leur maladie³. Ces derniers selon lui n'acceptent pas de penser que cela puisse être autre chose qu'un « rhume mal soigné »⁴ et ne voient donc pas l'utilité de suivre les recommandations des médecins. Dans les fiches cliniques, malgré le fait que les médecins recommandent très sérieusement aux malades de ne pas quitter le lit, ou du moins de faire une cure de repos absolu, certains continuent de travailler jusqu'à leur entrée, très mal en point, à l'hôpital de Sant Pau. Près de 200 malades ensuite hospitalisés à Sant Pau continuent à travailler une fois diagnostiquée la maladie et ce malgré les douleurs⁵. Certains sortent aussi de l'établissement pour retourner travailler comme c'est le cas de *Rafael Fernández* que nous connaissons⁶. Ces attitudes si répréhensibles, remettent en cause le savoir médical comme déterminant scientifique objectif, retirant ainsi au médecin son pouvoir suprême et son droit d'intromission particulier dans la vie du tuberculeux. Ils retirent aux praticiens le pouvoir de décision ultime, qui était auparavant justifié par le présumé selon

¹ Voir par exemple la feuille de visite à domicile au 537 rue Mallorca, datée du 11/10/1904. Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, MHMC.

² Expression d'Olivier Faure, reprise par Philip Rieder dans « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *op. cit.*, p. 268.

³ GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Baena Hermanos, Madrid, 1903, 18 p.

⁴ « Constipado mal curado », *Ibid.*

⁵ Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

⁶ Voir chapitres 3, 4 et 5.

lequel la santé prime sur tous les autres besoins de l'individu. Pour quelqu'un comme *Antón Cortés*, la nécessité de travailler prime sur sa bonne santé. En effet, ce tuberculeux de 40 ans est interné en 1936 à l'hôpital de Sant Pau parce que son état a empiré, notamment parce qu'il n'a pas réalisé la cure de repos qui lui était prescrite, et a au contraire continué à travailler comme journalier¹. Guidé par des nécessités pécuniaires et alimentaires plus urgentes que sa guérison, le malade a donc fait un choix qui ne correspond pas à son intérêt médical, du moins de l'avis des médecins. Les anecdotes d'Eudald Xalabarder mettent en avant des malades, qui, quelques années plus tard, choisissent eux aussi de privilégier leur travail ou bien leurs conditions de vie sur leur santé, car les deux choses ne semblent pas aller de pair pour eux. Ainsi, Miguel Allende est interné au sanatorium de Torrebónica en urgence, pour « rattraper le temps perdu » puisqu'il aurait du venir se faire ausculter beaucoup plus tôt étant dans un état d'intoxication très aggravé². Pour le médecin, si ce patient à laisser trainer son état, c'est surtout pour éviter que sa femme enceinte ne doive travailler pour subvenir à leurs besoins. Un cas beaucoup plus anecdotique mais tout de même très intéressant est celui de Angel Rodríguez Román qui, lorsque le médecin lui annonce qu'une opération pourra le guérir complètement la refuse³. La raison est simple, la pension qu'il touche en étant malade lui permet de vivre lui et sa femme assez correctement. Sans cette pension, qui lui sera retirée s'il guéri, sa femme devra faire des ménages ce qui sera très dur pour elle à cause de son arthrose et lui aura bien du mal à retrouver un travail à plus de 54 ans. Autrement dit, cette pension d'invalidité lui est vitale et plutôt que de la perdre le malade préfère rester en mauvaise santé ; concrètement, il a le choix entre « vivre malade et mourir sain »⁴ reconnaît le docteur Bosch lui-même. Face à ce cas particulier, Eudald Xalabarder comme le médecin mis en scène dans l'anecdote ne peut qu'acquiescer, reconnaissant son impuissance face à une nécessité physique qui dépasse de beaucoup l'exigence de santé. Cette exemple caricatural montre que d'autres facteurs sont plus importants pour les patients que leur santé, ils ne sont donc pas de simples objets modelés par les médecins, mais bien des individus autonomes, non plus définis par la seule maladie mais bien par des caractéristiques qu'ils ont en commun avec des individus non malades, formant un collectif autre que celui délimité par la seule infection du bacille.

¹ Voir fiche datée du 10/08/1936, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

² « Día de visita » dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 35-37.

³ « Día de altas », *Ibid.*, pp. 183-186.

⁴ *Ibid.*, p. 185.

La remise en cause de l'autorité médicale passe aussi par des formes de subversion, ou des attitudes de malades qui vont contre leur intérêt de guérison comme le montre l'exemple d'*Antón Cortés* qui outre continuer à travailler malgré les recommandations médicales, continue aussi de fumer beaucoup trop, nous y reviendrons. Mais de manière générale, le fait de ne pas suivre les recommandations des médecins est particulièrement perceptible chez les malades dans les différents établissements de soins étudiés. L'une des plus grandes subversions observables au travers des fiches cliniques sont les patients qui quittent les lieux de soins sans avoir obtenu l'aval du médecin. Au sanatorium de l'Esperit Sant, c'est presque 30% des malades internés qui sortent pour des raisons personnelles, indépendantes de leur état de santé, et souvent contre l'avis de leur médecin. A l'hôpital de Sant Pau, la raison officielle de la sortie reportée sur les registres vise toujours à expliciter l'état du malade, comme nous l'avons vu plus haut. Dans les fiches cliniques de l'hôpital conservées, ce sont presque 150 malades sur les 493 pour lesquels sont précisées la cause de sortie de manière précise, qui en réalité, quelque soit leur état, sont sortis de l'hôpital de leur propre chef. Cette proportion très élevée montre clairement une tendance du malade à prendre ses responsabilités, en opposition parfois avec les recommandations médicales, ce qui fait de lui l'acteur principal concernant sa maladie. Ces malades qui demandent à quitter l'hôpital le font pour des raisons diverses et variées, parfois c'est l'urgence financière qui les pressent, d'autres fois ce sont des raisons personnelles, non spécifiées. Pour *Pere Oltra*, le séjour à l'hôpital de Sant Pau semble trop long : il entre à l'hôpital en juin 1936 et ressort à peine deux mois plus tard, sans que soit perceptible la moindre amélioration, simplement du propre gré du malade, parce qu'il s'impatiente, selon le médecin¹. Cette volonté de ne pas vouloir attendre remet en question la nécessité médicale et la fonction elle-même du lieu de soins. De la même manière, un certain nombre de patients quittent l'hôpital de leur propre chef, parfois contre avis médical, pour aller mourir chez eux plutôt que dans l'établissement. C'est le choix de *Teresa Folç* qui choisi de ne pas continuer son traitement et rentre chez elle trois jours après son hospitalisation en août 1934². *Teresa Villa* préfère elle aussi rentrer mourir chez elle en juillet 1935³. Une fois encore, ces malades remettent en cause l'aide ou le soulagement que peut apporter l'internement tout en mettant en avant ce qui peut être considéré comme un échec médical.

La résistance aux pratiques médicales se matérialise aussi directement dans le refus du soin formulé par les malades. A l'image de *Teresa Folç*, plusieurs patients hospitalisés à Sant Pau

¹ Voir fiche datée du 12/06/1936, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

² Voir fiche datée du 03/08/1934, *Ibid.*

³ Voir fiche datée du 12/04/1934, *Ibid.*

sortent car ils refusent que leur soit pratiquée une opération ou bien n'acceptent pas de subir un traitement chimiothérapique. Parmi ces malades, nous retrouvons dans un premier temps ceux qui sont effrayés par les opérations ou les traitements. Ainsi, *Carmen Avia*, une tuberculeuse de 46 ans qui entre en juin 1936 à l'hôpital de Sant Pau sort un mois plus tard, contre avis médical mais parce qu'elle est effrayée par le pneumothorax et refuse de devoir subir l'opération¹. Derrière le commentaire très neutre du médecin, nous devinons un jugement négatif, sur l'ignorance de cette patiente qui la conduit visiblement à se comporter de manière aussi stupide, puisqu'elle rentre chez elle dans un état qui ne s'est pas du tout amélioré. D'autres malades refusent directement le pneumothorax comme le fera quelques années plus tard le patient Daniel Bascompte au Sanatorium de Torrebónica évoqué plus haut². Le pneumothorax reste bien l'intervention qui fait le plus peur, et celle que refusent le plus fréquemment les malades, bien que certains refusent aussi des traitements chimiothérapiques en général voire même des cures de repos. Parfois, les médecins doivent pallier à ce refus catégorique en tentant un autre type d'intervention telle que la phrénicectomie, comme dans le cas de *Narcís Guzmán*, par exemple en 1933³. Certains malades qui refusent de se laisser opérer continuent de suivre un traitement ambulatoire ou bien à l'hôpital, un traitement plus léger et jugé moins adapté certes, mais qui permet sans doute d'encadrer médicalement ce malade « inconscient » malgré tout.

La plupart du temps, le malade quitte l'hôpital puisqu'il refuse de se soumettre aux traitements prescrits. De manière beaucoup plus répressive, *Josepa Munt*, hospitalisée dans le service du docteur Freixas en 1930 est elle directement expulsée de l'hôpital, car elle refuse de suivre le traitement indiqué⁴. Dans ce cas, et nous y reviendrons, la décision du malade suppose une réaction du médecin et des autorités hospitalières qui comprennent ce refus comme une opposition frontale à leur médecine, et réagisse activement, à moins que cela ne soit simplement qu'une autre formulation pour signifier un départ choisi et tout à fait accepté par le médecin au vu de l'état de santé de la patiente. Au dispensaire de Radas sont reçus des patients qui ne sont pas toujours très volontaires à l'heure de se faire ausculter. C'est le cas de *Socors Sánchez*, qui vient au dispensaire en 1922 sur demande des médecins, qui ont ausculté d'autres membres de sa famille et ont détecté un environnement nocif⁵. Elle refuse dans un

¹ Voir fiche datée du 17/06/1936, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

² « Un pronóstico desagradable », dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp. 26-27.

³ Voir fiche datée du 15/06/1933, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

⁴ « Alta per no conformar-se al tractament », voir fiche datée du 20/10/1930, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

⁵ Voir fiche n°1922 datée du 23/08/1922, Dispensaire de Radas.

premier temps de se laisser ausculter, et le médecin doit l'examiner dans le vestibule du dispensaire. Elle a vraisemblablement un problème situé au niveau de la gorge, mais son refus de subir une petite anesthésie du larynx empêche le médecin de l'ausculter et de la soigner. Cette attitude, jugée comme révélatrice d'une ignorance par les acteurs « légitime et officiels » de la santé, met surtout en avant une forme de choix du malade qui met le doute sur cette activité médicale. Il faut dire qu'au-delà d'une peur légitime d'un traitement agressif et très contraignant, c'est aussi un manque de confiance en la médecine que traduisent ces choix. Ainsi le doute plane sur l'efficacité du traitement, ce qui explique entre autre pourquoi tant de malades rentrent chez eux contre avis médical, considérant que l'encadrement médical ne leur est plus d'aucune utilité. Cette suspicion d'inefficacité est aussi sensible chez certains patients fictifs mis en scène par Camilo José Cela, qui dans le *Pabellón de reposo* expriment d'abord timidement quelques doutes, avant de directement s'indigner contre l'inutilité de certaines pratiques, à l'image de cette patiente ayant subi une opération et qui n'a observé aucune amélioration :

« ¿Para qué ha servido esta plastia, que me ha deformado el cuerpo y va camino de torcer el espíritu? »¹

Elle fait ici état d'un échec médical, peut-être réel mais surtout perçu comme tel. Cette demande d'efficacité médicale est parfois étendue à une simple demande de prise en charge, qui se faisant met en avant une perception vécue de la part des malades des manques dans le système de soins et les structures mises en place. Les malades évoquent l'insuffisance de la prise en charge, le manque de moyens mis en œuvre pour leur santé qui conduit à leur abandon, évoqué depuis la fin du XIX^{ème} siècle par Philip Hauser². Si les nombreuses lettres de *Alfonso Rodríguez* adressées à Lluís Sayé, réclamant des rendez-vous pour ses enfants révèlent une sensation d'abandon, elles peuvent être comprises également comme une recherche sans fin du soin. Elles montrent la difficulté pour le père de famille à trouver de l'aide dans le cadre du système de soin³. D'une certaine manière, il dénonce l'insuffisance des réseaux de prise en charge antituberculeuse tout en essayant d'y remédier lui-même en se positionnant comme acteur de sa propre santé et de celle de sa famille. Il faut dire que, comme nous l'avons montré plus haut, le malade est largement abreuvé de termes techniques médicaux et ayant assimilé les théories médicales, se hisse au rang d'expert de sa propre

¹ « A quoi a servi cette plastie, qui m'a déformé le corps et est en route pour me tordre l'esprit ? », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 352.

² Voir plus haut.

³ Dossier familial n°15174, Dispensaire de Radas, voir les lettres reproduites en annexe 4.2.3.

maladie, ce qui lui permet de critiquer les soins prodigués, mais aussi de proposer d'autres solutions. Ils deviennent alors des « acteurs autonomes de la santé », selon l'expression employée par Olivier Faure dans un autre contexte¹. Parmi les différentes coupures de journaux conservées par Lluís Sayé à l'époque de ces études prophylactiques dans les années 1930 au sein du service d'assistance sociale aux tuberculeux de la Generalitat qui lui permettait d'organiser la lutte antituberculeuse au mieux, nous retrouvons un article extrait du journal français *l'Humanité* daté du 07 juillet 1935, dans lequel des malades critiquent un sanatorium, en retournant notamment des arguments médicaux contre le lieu de soins². Il s'agit de malades, appelés les « convalescents de Saint Maurice », internés dans le sanatorium du même nom grâce à l'intermédiaire des différents hôpitaux de Paris. Ils sont donc pris en charge dans une structure de type maison de repos, et précisent être tous ouvriers. Les récriminations sont nombreuses contre l'établissement, mais l'une des plus importantes est bien l'état de salubrité du bâtiment et l'hygiène jugée exécrable qui y règne, comme l'insuffisance en terme de soin, qui font de ce lieu un modèle que Lluís Sayé serait bien avisé de ne pas imiter :

« Quant aux soins que nécessite notre état de santé, il ne faut guère en parler ; ainsi, le 2 juillet les pharmaciens étaient absents, il n'y a pas eu de médicaments et le lendemain nous les avons eu à quatre heures de l'après-midi. A cause de l'insuffisance du petit personnel d'exécution, l'hygiène et la propreté sont nettement insuffisantes. Les quelques crachoirs qui sont posés là où il y en aurait le plus besoin sont vidés tous les trois ou quatre jours ; quand on passe à côté c'est une infection. Nous couchons à trois malades par chambre et le matin nous sommes tenus de faire notre lit et le ménage, comme il y en a beaucoup parmi nous qui peuvent à peine marcher, la chambre est plus ou moins bien tenue. »³

De la même manière, Dominique Dessertine et Olivier Faure évoquent également ces revendications des malades internés dans les sanatoria lyonnais face à des soins qui leur semblent insuffisants⁴. Alors que le patient était considéré justement comme le responsable de

¹ FAURE, Olivier (éd), *Praticiens, Patients et Militants de l'Homéopathie (1800–1940)*, 1992. Cité dans RIEDER Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *op. cit.*, p. 263.

² Fonds du Dr. Lluís Sayé, Carton 1, ANC.

³ « Les convalescents de Saint Maurice protestent contre le régime qu'on leur impose à la maison de santé. », « De nos correspondants ouvriers », *L'Humanité*, le 07 juillet 1935. Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC.

⁴ DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940.*, 1988, *op. cit.*, p.164.

sa maladie par sa propre négligence volontaire en termes d'hygiène, ici ce dernier récupère à l'inverse sa capacité d'acteur seul capable de juger ou d'évaluer l'état de salubrité de l'établissement en question et de la qualité des soins. Diego Armus a étudié le cas de malades qui protestent à Buenos Aires dans les années 1930¹. Il cite notamment le cas du vaccin Pueyo, qui semble plutôt être en réalité un traitement de type sérum, qui bien que très critiqué par l'ordre médical, était réclamé par les patients, au point de provoquer des protestations particulièrement fortes relayées par la presse et évoquant le droit à accéder à un traitement choisi volontairement. L'auteur cite ainsi des histoires de malades, traçant leur longue histoire de médicaments et insistant sur ce « vaccin » décrié tant injustement selon eux. Ces revendications des patients en termes de soin sont interprétées par les médecins comme une ignorance et une sensibilité liée à la publicité accrue faite pour le produit en question mais illustrent surtout une prise de position et de décision des patients sur le plan de leur santé qui inclue une connaissance personnelle des traitements.

Même si cette sensibilité autonome à la maladie n'est visible qu'au travers de quelques cas rapportés par des historiens, ou encore à travers les demandes de soins de quelques patients isolés, il n'en demeure pas moins que les malades sont des acteurs à part entière de leur parcours de santé. Comme l'explique Diego Armus, chaque malade trace lui-même son itinéraire thérapeutique, qui n'est pas tant préétabli que le voudraient les médecins, et son parcours est déterminé à la fois par des préoccupations sans lien avec la santé comme par des considérations médicales qui lui sont propres². Ces quelques revendications de patients isolés se multiplient, au point de former parfois un groupe de malades mécontents, à cause des insuffisances de l'institution ou bien en opposition aux soins proposés, mais aussi parfois entrent en conflit avec la forme que prend ce soin, dans la pratique. Le malade dépasse alors sa condition individuelle d'acteur de la santé pour revendiquer une appartenance à un collectif qui proteste, permettant ainsi aux individus d'unir leur force en vue d'obtenir satisfaction.

¹ ARMUS, Diego, « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », dans ARMUS, Diego (dir.), *Avatares de la medicalización en América latina 1970-1970*, Lugar Ed., Buenos Aires, 2005, pp. 65-74.

² *Ibid.*

- *Le rejet de la discipline extrême de la lutte antituberculeuse*

« Ha bajado una comisión de enfermos a protestar. El doctor Bosch está dialogando con ellos. Por lo visto algún enfermo se asomó por las ventanas que desde la galería de reposo de los hombres dan al jardín de la sección de mujeres y al administrador le ha sentado mal cuando se ha enterado; tanto que ha mandado cerrar las ventanas a cal y canto, asegurándolas con clavos. »¹

Pour faire valoir leur droit face à l'injustice dont ils estiment être les victimes, c'est un groupe solidaire de malades qui se déplace pour voir le médecin-chef, seule autorité qui peut faire contrepoids avec l'administrateur du sanatorium. Il faut dire que le problème concerne tous les malades internés, et que l'abus d'autorité est sensible même pour le docteur Bosch. Nous l'avons évoqué plus haut, la discipline de fer est un symptôme courant dans tous les lieux de soins antituberculeux depuis le XIX^{ème} siècle, et d'après l'anecdote racontée par Eudald Xalabarder, elle reste d'actualité jusque dans les années 1950 et 1960. L'une des premières voix de tuberculeux qui se fait entendre est celle qui s'élève contre les formes arbitraires de contrôle et qui rejette la discipline extrême de la lutte antituberculeuse, dans les hôpitaux et sanatoria surtout, puisque le dispensaire n'envahit pas de manière aussi évidente le quotidien des malades. La discipline dans les sanatoria en particulier est considérée comme une base de l'activité de la lutte antituberculeuse, et le malade doit se plier à des règles très strictes qui vont déterminer sa vie presque à la minute et au centimètre près². A côté des règles qui prétendent guider la santé du malade, telle que les routines strictes ou les régimes spécifiques, d'autres règles de vie rythment également le quotidien du tuberculeux. Celles-ci sont tout aussi importantes à suivre, même si le lien avec la santé du malade n'est souvent que très théorique ; il s'agira plutôt de règles morales, visant à récupérer de bonnes habitudes de vie et d'hygiène pour le malade vicié³. Ces règles sont nombreuses et se confondent avec celles considérées comme plus directement médicales, depuis la séparation stricte des sexes, le silence absolu, l'exigence d'immobilité ou encore l'interdiction de fumer. D'après Olivier Faure, la majorité des requêtes et des plaintes adressées par les malades dans la région

¹ « Une commission de malade est descendue pour protester. Le docteur Bosch est en train de dialoguer avec eux. Apparemment un malade s'est penché à la fenêtre qui depuis la galerie des hommes donne sur le jardin de la section des femmes et cela n'a pas plu à l'administrateur lorsqu'il l'a appris ; tant et si bien qu'il a fait fermer toute les fenêtres à double tour, et avec des clous. », « Una protesta », XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, p. 68.

² Voir plus haut.

³ Sur ce point, voir les articles de Jorge Molero Mesa, cités plus haut.

lyonnaise étaient liées à la nourriture ou bien à des questions de structure du soins plutôt qu'aux soins à strictement parler¹. Nous voyons bien ici la difficulté à réaliser une délimitation stricte entre règles se rapportant au confort du malade et exigence de santé. La même ambiguïté se retrouve chez les convalescents de Saint Maurice qui protestent dans l'*Humanité* en 1935². Ces derniers évoquent à la fois le régime militaire, l'alimentation insuffisante, et le travail rendu obligatoire pour les mieux rétablis, ce qui leur semble être à la fois une question de condition de vie générale comme plus directement de santé. Cette question des conditions de vie générales transcende la seule expérience individuelle du malade, et est commune à tous ceux qui sont internés dans l'établissement, ce qui explique une visibilité plus importante peut-être de la critique, puisque celle-ci est formulée au travers d'un groupe unifié à cette occasion.

La discipline dite militaire, les règles strictes à suivre sont en bloc rejetées par les malades, qui comme le disent ceux présentés par Eudald Xalabarder, considèrent être venus de leur plein gré dans un établissement qui n'est pas une prison³. Ce rejet s'exprime d'abord par un refus d'obéir aux règles, ce qui se traduit ensuite par un renvoi de l'établissement. Eudald Xalabarder évoque ainsi deux renvois de malades, Angelines, cette patiente qui sème la panique en critiquant les soins, et Martínez fumeur invétéré, qui finit par être renvoyé surtout pour faire un exemple⁴. Dans l'hôpital de Sant Pau et surtout le sanatorium de l'Esperit Sant, certains malades sont aussi renvoyés pour des questions de discipline, sans que soit précisée la raison réelle, ou bien le méfait commis. Bien que la plupart des patients qui désobéissent ou sont renvoyés soient des hommes, nous comptabilisons deux femmes qui elles aussi sont victimes du règlement strict des lieux de soins. Il est difficile de connaître avec exactitude les raisons du renvoi de ces patients. D'une manière générale, ils ont eu une attitude subversive, se sont opposés à l'autorité que représente le médecin ou tout autre membre du personnel soignant voire administratif. Ainsi, *Jaume Lucas*, hospitalisé à Sant Pau depuis le 13 août 1934 pour une tuberculose vieille d'au moins quatre ans se voit notifier un « renvoi disciplinaire » le 4 octobre 1935 pour « insubordination »⁵. D'autres patients sont renvoyés eux aussi pour des raisons de problèmes disciplinaires, mais il est rarement précisé la nature précise de l'insubordination en question, même s'il est possible de lancer quelques

¹ DESSERTINE Dominique, FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940.*, 1988, *op. cit.*, p.144.

² « Les convalescents de Saint Maurice protestent contre le régime qu'on leur impose à la maison de santé. », « De nos correspondants ouvriers », *L'Humanité*, le 07 juillet 1935. Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC.

³ « Eso no es ninguna cárcel », « Una protesta », XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, p. 68.

⁴ « Salud por humo », *Ibid.*, pp. 98-100.

⁵ « Insubordinación, alta disciplinaria », fiche datée du 13/08/1934, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

suppositions, à partir de ce qui est habituellement constaté dans les discours des médecins ou encore les rapports des historiens¹. Une raison très fréquente semble être le non-respect du règlement intérieur si strict du lieu de soins. *Natividad Vargas* a 20 ans lorsqu'en 1936 elle est internée au sanatorium de l'Esperit Sant. Un an plus tard, elle est renvoyée pour cause de non respect du règlement intérieur, ce qui est bien dommage semble-t-il selon les médecins vu que le séjour était profitable, et que la malade allait mieux. Quels sont donc ces attitudes si subversives qui vont à l'encontre du règlement ? Le plus souvent, notent les historiens, il s'agit de non respect des règles de séparation des sexes², ou encore la désagréable habitude de fumer que partagent beaucoup de patients³. En ce qui concerne la séparation des sexes, celle-ci est particulièrement stricte dans les sanatoria, en témoigne notamment les écrits de Camilo José Cela, ou même l'exemple donné par Eudald Xalabarder cité plus haut⁴. Les règlements intérieurs font état de cette règle qui est plutôt du ressort d'un contrôle de la société tel que le présente Jorge Molero Mesa dans ses articles⁵, et se justifie selon les médecins par l'exigence de repos, tant physique que spirituel, comme la récupération d'une moralité irréprochable. La séparation des sexes est en ce sens nécessaire à la tranquillité qui suppose la chasteté.

La cigarette, dans tous les contextes médicaux reste le mal absolu, et nombreux sont ces malades qui se font prendre en train de fumer, risquant ainsi le renvoi définitif. Tous les médecins sans exception insistent sur la nocivité du tabac, et dans les fiches cliniques de Sant Pau un fumeur est un tuberculeux en puissance, quelques soient ses autres symptômes ou facteurs aggravants. Le fait de fumer en cachette est une expérience que l'on retrouve dans nombre de récits de vies littéraires, à l'image de ce personnage-patient du Pabellón de Reposo qui tremble en bravant l'interdiction :

¹ Voir notamment GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, *op. cit.*, ou encore CARBONETTI, Adrián, « Discursos y prácticas en los sanatorios para tuberculosos en la provincia de Córdoba. 1910-1947 », *Asclepio*, vol. LX, n° 2, julio-diciembre, 2008, pp. 167-186. Dans un article publié sur son blog, Xavier Cateura i Valls cite en annexe le règlement intérieur du sanatorium du Montseny en 1932. « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par Aquí Osona, 2010. <http://blocs.aquiosona.com/des-del-montseny/estances-de-febre/>, consulté le 14/08/2013.

² Voir notamment CARBONETTI, Adrián, « Discursos y prácticas en los sanatorios para tuberculosos en la provincia de Córdoba. 1910-1947 », 2008, *art. cit.* p. 179.

³ Le fait de fumer est systématiquement relevé par les médecins dans les fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, ANC.

⁴ « Una protesta », XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, p. 68.

⁵ Voir notamment RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, MOLERO MESA, Jorge, « La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud », 1993, *art. cit.*, pp. 133-148.

« *Hoy he fumado dos cigarrillos. Los fumé a escondidas, como un colegial temeroso de ser descubierto* »¹.

L'allusion au collégien fait bien percevoir l'idée d'un malade assujéti, infantilisé, soumis à des règles qu'il ne peut pas changer. Le fait de fumer est une pratique jugée subversive et considérée à la fois comme une résistance à l'ordre établi mais aussi à la propre santé du malade. Cette atteinte à l'autorité maximale du médecin et de l'institution est inacceptable et justifie le renvoi des malades, mais d'après les témoignages recueillis, fumer reste une pratique très courante chez les tuberculeux, montrant ainsi une transgression quotidienne des normes médicales². Il est possible également de présenter d'autres facteurs de renvoi des malades, ou bien d'autres raisons particulières aux lieux de soins qui justifient une opposition, formulée ou pas, des patients. Ainsi, Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena évoquent les articles publiés dans *Solidaridad Obrera* dénonçant la présence de personnel religieux dans des hôpitaux tel que l'hôpital Clinic à Barcelone, discriminant les patients n'ayant pas une pratique religieuse conforme aux exigences du lieu de soins³. Il faut dire qu'en ce sens l'on prétend sauver l'âme du malade, tout autant que ses poumons⁴. Le non-respect des normes religieuses de l'établissement, ou bien des préceptes du personnel soignant peut être considéré comme une faute, et justifier un renvoi ou bien un départ volontaire du malade, motivé par une opposition à des pratiques qui ne sont pas les siennes, une opposition qui a trait à une idéologie personnelle.

Face à ce régime dit « militaire »⁵ et très intrusif du sanatorium, certains malades prennent directement leurs jambes à leur cou. Il s'agit là d'une autre forme d'opposition directe aux pratiques médicales et sociales du lieu de soins, visible dans les registres d'entrée et de sortie des établissements. Les termes employés par les médecins, qui parlent de malades qui s'enfuient ou s'échappent semblent faire écho à la théorie d'un lieu de soins pensé, perçu et

¹ « Aujourd'hui j'ai fumé deux cigarettes. Je les ai fumées en cachette, comme un collégien qui a peur d'être découvert. », CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, 1951, *op. cit.*, p. 375.

² Voir l'anecdote « Salud por humo », dans XALABARDER, Eudald, *El dolor ajeno*, 2011, *op. cit.*, pp.98-100. Voir également dans les fiches cliniques de l'hôpital de Sant Pau la mention « continue à fumer », très fréquente. ANC.

³ « El Hospital Clínico no ha de ser una iglesia » *Solidaridad Obrera* 1932, cité dans JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », *Gimbernat*, n°39, Barcelona, 2003, Note de bas de page n° 19, p. 215. Sur ce point, voir plus loin.

⁴ De manière plus générale sur l'acculturation du malade voir MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », 1999, *art. cit.*, p. 43.

⁵ *L'Humanité*, le 07 juillet 1935. Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC.

surtout vécu comme un lieu d'enfermement¹. Alors que *Pere Alvarez* reste quelques mois au sanatorium avant de s'enfuir, *Manuel Soler* et *Martín Folc* s'échappent eux moins d'une semaine après leur internement montrant ainsi soit un désaccord de départ avec le fait d'être interné, soit une opposition immédiate à la structure et l'organisation du lieu de soins². D'après ce qui nous est possible de retracer de son parcours médical³, *Martín Folc* ne s'attarde pas beaucoup dans les établissements de santé. Ce jeune ouvrier mécanicien de 20 ans fait un séjour de moins de deux mois dans l'hôpital de Sant Pau entre avril et mai 1932 pour soigner une tuberculose jugée assez récente⁴. D'après les médecins lors de sa sortie son état s'est amélioré, mais quatre mois plus tard il est interné au sanatorium de l'Esperit Sant par l'intermédiaire de Catalunya Radio, peut-être contre son gré puisqu'il s'enfuit à peine deux jours plus tard. S'il est possible que cette fuite soit liée à un désaccord sur les règles strictes du sanatorium, il est également probable qu'elle s'explique aussi par l'urgence de la situation économique et sociale de la famille du malade, puisque selon le Padrón de 1930 celui-ci vit avec sa mère et sa sœur et serait le seul à travailler⁵. Dans tous les cas, suite à cette fuite, *Martín Folc* cherche encore à se soigner mais à domicile cette fois, et bénéficie plusieurs fois de l'aide de la radio⁶. Malgré tout son état empire et il décède en 1934, chez lui⁷. Clairement le malade n'a pas suivi les recommandations des médecins et il est possible de mettre en avant une volonté autonome, celle de poursuivre un traitement, mais dans un cadre choisi par le patient qui se positionne en tant qu'acteur de sa propre santé. Mais si cette opposition au système de soins semble être une initiative personnelle peut-être liée à des déterminants spécifiques au malade, nous pouvons avancer l'hypothèse inverse, celle d'une action peut-être plus collective, au moins réalisée à deux. En effet, *Martín Folc* et *Manuel Soler* se retrouvent dans le sanatorium au même moment, et tous deux s'échappent à deux jours d'intervalle. Est-ce un évènement particulier qui explique cette fuite, est-ce une coïncidence ? Il est par ailleurs intéressant de constater que *Manuel Soler* et *Pere Alvarez* vivent dans le même quartier et plus précisément dans la même rue, la n°10 des Casas Baratas de Milans del Bosch. Comme l'explique José Luis Oyón, la sociabilité dans un quartier tel

¹ Sur ce point et la notion de régulation sociale, voir les travaux de Michel Foucault *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, 214 p., *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975

² Registres d'entrée du Sanatorium de l'Esperit Sant, MHMC.

³ A partir des recoupements réalisés entre les registres d'entrées de l'Esperit Sant, MHMC et les fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, ANC.

⁴ Fiche datée du 29/04/1932, Fonds Historique de l'Hôpital Sant Pau, ANC.

⁵ « Padrón Municipal de Habitantes » de 1930, AMABCG. Cette hypothèse doit néanmoins être relativisée étant donné que le travail des femmes est le plus souvent omis dans le Padrón. Voir chapitre 3.

⁶ En 1932 et 1933, Revue *Catalunya Radio*, vo.II, III. AHCCA.

⁷ Information donnée par le « Padrón Municipal de Habitantes » de 1930, AMABCG.

que celui des différents groupes de Casas Baratas permet d'évoquer la possibilité que les deux malades se connaissent¹. De la même manière nous connaissons les mouvements politiques qui à cette époque agitent particulièrement ce quartier², ce qui nous permet d'avancer l'hypothèse, non vérifiée, d'une opposition personnelle au sanatorium qui cache peut-être une appartenance à un collectif autre que celui des tuberculeux. En ce sens, l'opposition individuelle du tuberculeux au système de soins que représente la structure du sanatorium s'explique, dans le contexte d'une opposition plus générale à un système de soins qui mêle contrôle et enfermement, par ces pratiques de santé jugées archaïques et peu connectées aux problèmes réels que pose la tuberculose en tant que maladie sociale, mais aussi par des considérations, qui, peut-être, dépassent le cadre strict du soin et de santé.

La fuite, l'exclusion, le refus des opérations chirurgicales ou autres traitements sont autant de manières pour les tuberculeux de faire entendre leur voix. Ces attitudes subversives, mal tolérées par les médecins sont considérées comme la démonstration de l'ignorance du malade, mais font aussi montre d'une forme de résistance face à des pratiques jugées parfois simplement désagréables d'autres fois directement intrusives, nocives, voire punitives. Cependant, ces initiatives isolées doivent-elles être prise en compte comme telles ou bien peuvent-elles être comprises dans un cadre plus général, au-delà de l'anecdote? Comme l'expliquent Dominique Dessertine et Olivier Faure dans leur ouvrage *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, les individus hospitalisés ne représentent absolument pas toute la population souffrante³. Un article comme celui de *l'Humanité* dans lequel un groupe de « convalescents » critiquent les conditions d'internement jugées tyranniques ne permet en aucun cas de rendre compte de l'opinion de la totalité des malades mais tout de même d'évoquer la constitution d'un collectif uni de tuberculeux autour d'un rejet d'une forme coercitive qui ne convient pas à un grand nombre⁴. Diego Armus a évoqué la difficulté pour les patients à se faire entendre : la tuberculose est une maladie honteuse et les rares plaintes collectives proviennent directement des sanatoria,

¹ Voir notamment ses travaux sur la colonia Castells : OYON, José Luis (dir.), *Un suburbi obrer a la Barcelona d'entreguerres. La Colònia Castells de las Corts, 1923-1936*, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 2003, 129 p.

² OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entregueras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008, p. 426.

³ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XI^{ème} et XX^{ème} siècles*, 1991, *op. cit.*, p. 5.

⁴ *L'Humanité*, le 07 juillet 1935. Fonds du Dr. Lluís Sayé, ANC.

puisque les malades n'ont plus vraiment grand-chose à perdre¹. En ce sens la constitution du collectif peut être comprise dans le cadre d'un « ancrage au lieu » décrit par Catherine Sélیمانovski comme un effet de lieu porteur, donnant « la force de se projeter dans la société »².

Si leurs approches sont multiples certains se rejoignent sur plusieurs points touchant à une expérience commune de vie au sanatorium, telle la nourriture, ou bien l'extrême rigueur dont nous avons donné des exemples plus haut. Cette opposition concrète, basée sur les conditions de vie du malade, rejoint parfois des conceptions d'ordre plus général, relayée par d'autres acteurs pour se situer dans une opposition frontale à une structure de soins considérée comme partie prenante d'une « logique sociale d'oppression ». Dans cette conception, la notion de collectif s'étire pour passer de l'identification du groupe tuberculeux à l'assimilation à une même catégorie d'exclus de la société, tuberculeux ou pas.

3. Les autres voix de la tuberculose

Faire entendre d'autres voix suppose un véritable défi pour les historiens qui se sont intéressés à l'histoire sociale des maladies. Nous avons évoqué plus haut la voix inaudible des patients tuberculeux, au profit des discours des acteurs considérés comme légitimes, médecins ou autorités publiques. Mais d'autres acteurs se positionnent aussi sur la question de la santé. Philip Rieder relève l'ambiguïté existante dans la notion anglo-saxonne de patient, qui fait référence à la fois à l'individu malade et à celui non malade par opposition à l'expert médical³. En citant Olivier Faure, il avance le concept de « non-médecin » pour désigner ces voix différentes, qui s'expriment sur un sujet touchant à tous, mais sur lequel les médecins détiennent la parole vraie⁴. Des historiens ont cherché à faire entendre ces autres voix qui tendent à s'élever à l'époque, la plupart du temps en opposition avec la lutte antituberculeuse telle qu'elle se met en place. Ainsi, dans son ouvrage intitulé *The Making of a Social disease*, David Barnes s'intéressait notamment à ces voix dissonantes et en particulier à celles des syndicalistes qui remettaient en cause la pratique comme les logiques sous-jacentes de la lutte

¹ ARMUS, Diego, "Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940", 2005, *op. cit.* pp. 65-74.

² SELIMANOVSKI, Catherine, « Effets de lieu et processus de disqualification sociale », *Espace populations sociétés*, n°1, 2009, p. 133.

³ RIEDER Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *op. cit.*, p. 262.

⁴ *Ibid.*, p. 263. Voir plus haut.

contre la maladie sociale¹. En Espagne ces dernières années, Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena se sont particulièrement intéressés aux discours et pensées médicales alternatives de groupes politiques et de syndicats libertaires dans les années 1920 et 1930². Finalement, dans les deux cas et plus particulièrement encore pour ce dernier exemple, il s'agit de propos jugés alternatifs ou du moins à contretemps face aux théories médicales en vogue à l'époque. Ces idées sont surtout exprimées par des groupes politiques se revendiquant du « monde ouvrier étendu »³ et s'inscrivant dans un contexte d'opposition frontale aux pouvoirs publics. La tuberculose est alors considérée comme un révélateur de misère, et sert d'exemple pour dénoncer l'action ou l'inaction des pouvoirs publics. Cependant, quelle légitimité donner aux propos de ces nouveaux acteurs dans le cadre de la représentation de l'individu malade ? Car outre le fait d'appartenir à une même catégorie de patient dans la conception anglo-saxonne du terme, ces acteurs et penseurs revendiquent leur appartenance à un même collectif, et considèrent que face aux discours des médecins venant de l'extérieur, leur propos sort directement du collectif tuberculeux. C'est qu'avant tout la tuberculose est perçue comme une maladie sociale et une simple manifestation de la misère sociale. En ce sens, l'assimilation entre ouvrier et tuberculeux évoquée dans un chapitre plus haut, est récupérée et assumée comme telle par ceux qui souhaitent être les porte-paroles d'une catégorie exclue au sens large. Suivant cette logique, la presse ouvrière en particulier, relaie les revendications des malades qui ne sont pas différentes de celles des ouvriers, tuberculeux

¹ BARNES David S. *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*. University of California Press, London, 1984, 305 p.

² Sur la mise en place d'un système de soins alternatifs par et pour les ouvriers : JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », *Gimbernat*, n°39, Barcelona, 2003, pp. 211-221. Et JIMENEZ LUCENA, Isabel, « Asistencia sanitaria de, por, y para los trabajadores : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », dans MARTI, J.V, REY, A, (dir.), *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez : Medicina, Historia e Ideología*. Valencia, Generalitat Valenciana-Conselleria de Cultura, Educació i Esport, Valencia, 2004, pp. 142-159. Pour une réflexion sur les théories médicales et bactériologiques alternatives : JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Problematizando el proceso de (des)medicalización. Mecanismos de sometimiento/autogestión del cuerpo en los medios libertarios españoles del primer tercio del siglo XX » dans MIRANDA, M, SIERRA GIRON, A (dir.) *Cuerpos, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX*. Siglo XXI, Buenos Aires, 2009, pp. 69-93. Et des mêmes auteurs « Otra manera de ver las cosas. Microbios, Eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX », dans MIRANDA, Marisa, VALLEJO, Gustavo, (dir.), *Deriva de Darwin. Cultura y Política en clave biológica*. Siglo XXI, Editora Iberoamericana, Buenos Aires, 2010, pp. 143-164. Plus récemment sur les relations entre les professions médicales et l'anarchosindicalisme : MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « (Des)legitimando jerarquías sociales, profesionales y cognitivas. Conocimiento y prácticas científicas en los procesos de inclusión-exclusión », *Dynamis*, Vol n°33, 1, Universidad de Granada, 2013, pp. 13-17. Et des mêmes auteurs : « «Brazo y cerebro » : las dinámicas de inclusión-exclusión en torno a la profesión médica y el anarcosindicalismo español en el primer tercio del Siglo XX », *Dynamis*, Vol n°33, 1, Universidad de Granada, 2013, pp. 19-41.

³ En témoigne l'utilisation fréquente du terme « prolétaire », JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », 2003, *art. cit.*

en puissance. Dans ce cadre, la tuberculose n'est pas simplement instrumentalisée comme révélatrice des mauvaises conditions de vie dans la ville ou bien un argument pour lutter contre les pouvoirs publics et l'oppression venue d'en haut, mais elle est aussi sujet de réflexion en soi.

Dans cette étude sur ces « voix dissidentes »¹ qui se font entendre, il ne s'agira pas pour nous de confirmer ou d'infirmer la légitimité de ces acteurs en tant que porte parole des tuberculeux, pas plus que de la classe ouvrière. Il s'agira surtout de mettre en avant cette autre notion de collectif, et d'analyser un autre discours qui prend le contre-pied des médecins et révèle une approche souvent opposée à la maladie telle qu'elle est traitée. Ces autres voix qui s'expriment exclusivement au travers de la presse ouvrière, syndicale et souvent libertaire donnent à voire un refus global d'un système considéré comme imposé par une logique bourgeoise venue d'en haut². Plus précisément, il est possible de distinguer différents types d'opposition qui se rejoignent et s'imbriquent. Tout d'abord une opposition pratique, à la lutte antituberculeuse telle qu'elle est menée, qui conduit parfois à des propositions concrètes de la part des penseurs. Celle-ci conduit rapidement à une opposition plus fondamentale, qui remet en cause les bases même de la lutte, mais aussi des fondements scientifiques de la science médicale.

- *La critique d'une structure de lutte antituberculeuse inefficace et avilissante.*

La critique d'une structure de soins inadaptée s'exprime à plusieurs niveaux dans la presse dite ouvrière et notamment anarchiste ou anarcho-syndicaliste. Les journalistes ou médecins écrivant dans *Solidaridad Obrera* ou d'autres journaux dénoncent à la fois des manques dans les structures de soins, mais aussi un système lui-même organisé autour de logiques qu'ils rejettent, allant jusqu'à parler d'une manipulation de la lutte au service d'autres projets.

Avant de tout remettre en question, la critique porte sur l'inefficacité de la lutte antituberculeuse telle qu'elle est, ou bien n'est pas, menée. A l'échelle de la ville ou même de la Generalitat d'abord, l'on relève le peu de moyens mis effectivement en œuvre pour soigner cette maladie, mais aussi plus généralement pour apporter l'aide sanitaire nécessaire. Ainsi,

¹ « Dissenting voices », BARNES David S. *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*, 1984, *op. cit.*

² Voir les articles de Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena cités ci-dessus, et en particulier : « Asistencia sanitaria de, por, y para los trabajadores : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », 2004, *art. cit.*, p. 146.

Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena citent les articles de *Solidaridad Obrera* entre-deux-guerres qui mettent en avant le manque d'argent investi dans les lieux de soins gratuits ou publics au sens large¹. Le 30 novembre 1932, un petit encadré en première page de *Solidaridad Obrera* fait état de ce manque d'investissement de la part de la Generalitat :

« *Para los hospitales no hay nunca dinero. Lo hay para las cárceles* »²

S'il manque des hôpitaux de manière générale, ceux qui existent manquent de moyens pour se maintenir à un niveau de décence qu'exige la médecine moderne, selon cette presse. La critique se reporte donc à l'échelle de l'hôpital, avançant des conditions insuffisantes, allant depuis l'absence de médicaments comme le dénoncent les convalescents de Saint-Maurice dans l'*Humanité* jusqu'à des conditions d'hygiène parfois déplorables comme le montre *Solidaridad Obrera* pour l'hôpital provincial de Gérone³. Finalement, le problème réel vient de la gestion des pouvoirs publics et d'un système global capitaliste guidé par des notions de rentabilité qui, toujours selon cette presse, ne permet pas de résoudre les difficultés de santé des travailleurs. Face à cet état de fait et ce manque d'investissement public dans le secteur de la santé publique au sens large, les hôpitaux n'ont pas d'autre solution que de se tourner vers la charité. *Solidaridad Obrera* fait référence aux appels de l'Hôpital de Sant Pau en 1932 qui réclame l'aumône :

« *En la Prensa leemos un llamamiento desesperado del hospital de San Pablo. Pide limosna. Como los mendigos más miserables, solicita dinero y ropas y socorros en especies.* »⁴

Dans le même encadré, le quotidien évoque une émission de Radio Barcelona, qui fait intervenir des généreux donateurs, qui font des dons aux hôpitaux ce qui n'est pas sans nous faire penser aux souscriptions de Catalunya Radio.

Si le recours à la charité personnelle met en avant selon ces auteurs les failles en matière d'assistance publique de l'Etat ou de l'Autonomie de Catalogne, il suppose aussi que les lieux

¹ Nous entendons ici par « public » l'ensemble des lieux de soins financés intégralement ou en partie par les autorités publiques, qu'elles soient nationales, régionales, provinciales ou municipales. JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », 2003, *op. cit.*, pp. 211-221.

² « Pour les hôpitaux il n'y a jamais d'argent. Il y en a pour les prisons. » *Solidaridad Obrera*, le 20 novembre 1932, p. 1. *Ibid.*, p. 212.

³ *Ibid.*, p. 213.

⁴ « Dans la Presse, nous lisons un appel désespéré de l'hôpital de Sant Pau. Il demande l'aumône. Comme les mendiants les plus misérables, il sollicite argent et vêtements et aides en espèce. » *Solidaridad Obrera*, le 30 novembre 1932, p. 1. www.cedall.org

de soins soient dépendants d'autres acteurs, et cette dépendance accentue la « manipulation » de la lutte à d'autres fins que la guérison des malades. Les principales critiques retrouvées dans la presse ouvrière et libertaire ont trait à la présence de personnel religieux dans les lieux de soins, qui suppose une imposition de nouvelles contraintes pour les malades démunis, des contraintes liées à des principes de vie qui n'ont pas de lien direct avec les soins médicaux. Ainsi, en 1919 dans *la Colmena Obrera*, journal de Badalona, étaient évoquées ces pratiques imposées aux patients du sanatorium de la Conrería¹, qui accueillait aussi des tuberculeux :

« *En el sanatorio de la Conrería se exige de los pacientes la asistencia a misa. Así se respetan las creencias y se aprovecha de la situación de los enfermos que se trasladan a tan humanitario lugar. No es con estas drogas que se alivia las sufrientes almas de los enfermos, es con los cuidados que la ciencia dictamina y que no se parecen en nada con los prestados en la Clínica de la Mutua General de accidentes de esa ciudad.*² »

Non seulement cette obligation s'oppose à l'exigence de liberté de culte réclamée par les syndicats ouvriers et en particulier la CNT, mais elle est surtout inutile dans l'optique de soigner les malades. Encore sous la Seconde République, alors que la séparation de l'Eglise et de l'Etat est entérinée et que les institutions publiques sont officiellement laïques, ces pratiques sont encore et toujours d'actualité, dans les hôpitaux religieux comme publics. D'autres articles de *Solidaridad Obrera* cités par Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena mettent en avant la cohabitation dans les lieux de soins de personnel laïque, formé, et religieux, et ce dans des hôpitaux publics, tel l'hôpital Clinic de Barcelone. Cela a selon eux pour conséquence de voir une imposition de la religion catholique dans des lieux de soins sensés être, qui plus est, laïques³. Ainsi, le 02 avril 1932, le même journal évoquait l'expulsion d'Aberlardo Caneja du Clinic pour avoir refusé de se confesser⁴. De nombreux exemples de médecins « manipulés » par les nonnes sont évoqués dans *Solidaridad Obrera*, et

¹ Voir les cartes du chapitre 6, B.1.

² « Dans le sanatorium de la Conrería on exige des patients l'assistance à la messe. C'est ainsi qu'on respecte les croyances et que l'on profite de la situation des malades qui se déplacent jusque dans ce lieu si humanitaire. Ce n'est pas avec ces drogues que l'on soulage les âmes souffrantes des malades, c'est avec les soins que la science considère et qui ne ressemblent en rien à ceux procurés dans la Clinique de la Mutuelle Générale des Accidents de cette ville. », *La Colmena Obrera*, le 16 janvier 1932, n° 12, p. 3. www.cedall.org

³ JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », 2003, *op. cit.*, p. 215.

⁴ *Solidaridad Obrera*, le 02 avril 1932, p.6.

repris par Jorge Molero Mesa et Isabel Lucena¹. Pour ces auteurs, ces lieux de soins deviennent le théâtre d'une oppression religieuse et la maladie un prétexte à la soumission du patient aux valeurs catholiques que les anarcho-syndicalistes rejettent en bloc². Ajoutons que, toujours d'après ces historiens, dans une vision libertaire de la santé, le rôle de l'expert, sous entendu le médecin, change de forme. Ils évoquent donc une opposition de la part de la presse anarcho-syndicaliste à ce qu'ils nomment la « déification du médecin », et encouragent à rompre cette hiérarchie selon laquelle le médecin devient un véritable tuteur du malade, une situation que nous avons pu constater plus haut.³ L'autorité du médecin doit être relativisée car elle s'impose comme une force coercitive qui s'exerce sur la vie quotidienne du patient sous prétexte de le guérir. De manière plus générale, les différents auteurs d'articles dans ces journaux, et *Solidaridad Obrera* en particulier, évoquent l'oppression que constituent les centres de soins pour un malade ouvrier, qui se voit imposer une certaine manière de vivre au nom de sa guérison. En ce sens, et d'après Isabel Jiménez Lucena, la presse libertaire perçoit la lutte antituberculeuse telle qu'elle est menée comme une initiative visant surtout à une acculturation du « peuple », pour la paix sociale, à l'image de ce que disait José Verdes Montenegro à Madrid à la même époque⁴. L'historienne cite à titre d'exemple un article du journal CNT de 1933 qui explique :

*« en síntesis, la Medicina oficial no es más que uno de los reductos que utiliza el estado en sus funciones de absorción y opresión para perpetuar un estado de cosas infamantes, con el cual se protege a la burguesía ».*⁵

Finalement, pour eux, qu'il s'agisse de charité chrétienne ou bien d'assistance publique, la lutte antituberculeuse est détournée de son sens premier et devient un outil de manipulation pratique, en aucun cas orienté vers l'amélioration de la santé du malade.

¹ JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », 2003, *op. cit.*, p. 215.

² Voir le concept de « démedicalisation » expliqué dans JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Problematizando el proceso de (des)medicalización. Mecanismos de sometimiento/autogestión del cuerpo en los medios libertarios españoles del primer tercio del siglo XX », 2009, *art. cit.*, p.81.

³ JIMENEZ LUCENA, Isabel, « Asistencia sanitaria *de, por, y para los trabajadores* : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », 2004, *art. cit.*, p.147. voir également JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Brazo y cerebro » : las dinámicas de inclusión-exclusión en torno a la profesión médica y el anarcosindicalismo español en el primer tercio del Siglo XX », 2013, *art. cit.* pp. 19-41.

⁴ José Verdes Montenegro souhaitait « modeler la masse sociale », voir chapitre 3, VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

⁵ « Pour synthétiser, la Médecine officielle n'est rien d'autre qu'un des moyens qu'utilise l'Etat pour ses fonctions d'absorption et d'oppression afin de perpétuer un état de faits infamants, grâce auquel la bourgeoisie se protège. », *CNT*, le 7 octobre 1933, cité dans JIMENEZ LUCENA, Isabel, « Asistencia sanitaria *de, por, y para los trabajadores* : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », 2004, *art. cit.*, p. 144.

Face à tout ceci, l'idée naît au sein de la CNT de créer un organisme de santé prolétaire. Jorge Molero Mesa et Isabel Jiménez Lucena ont largement décrit dans plusieurs articles ces tentatives pour créer un organisme autonome et alternatif fait par et pour les ouvriers et qui se matérialise en 1935 à Barcelone dans la OSC, Organisation Sanitaire Confédérale qui deviendra bientôt la OSO, Organisation Sanitaire Ouvrière¹. Cette organisation compte un service pour les « maladies de poitrines », dont s'occupe Javier Serrano, médecin anarchiste aussi connu sous le pseudonyme du Docteur Fantasma dans *Solidaridad Obrera*². Mais finalement, d'après Isabel Jiménez Lucena et Jorge Molero Mesa, cette organisation évolue peu à peu vers un mutualisme ouvrier, ce qui s'explique par des exigences économiques et le constat selon lequel la gratuité, en dehors d'un modèle basé sur la charité personnelle est difficile à mettre en place. Mais une autre raison permet d'expliquer cet « échec », ce sont les désaccords sur la nature même de l'organisation. En effet, la seule différence concrète entre ce projet et le système d'assistance mis en place par les autorités publiques et médicales réside dans l'exclusion de la « bourgeoisie », et dans la concentration sur la seule catégorie ouvrière. Or, des voix s'élèvent pour critiquer plus généralement le système de soins et les théories médicales sur lesquelles il repose. C'est également pour cette raison que la tentative du docteur Ferrares pour créer une « Obra Popular Antituberculosa », la OPA, en 1931 ne fonctionne pas non plus³.

Ainsi, l'opposition exprimée par ces journaux qui considèrent inclure la parole des tuberculeux pauvres est dans un premier temps une opposition au modèle sanitaire bourgeois tel qu'il est mis en place. L'alternative s'exprime alors d'abord dans un projet d'opposition au système capitaliste visant à organiser les ouvriers par eux-mêmes, ne dépendant de personne d'autre et inventant une nouvelle gestion plus adaptée car directement guidée par la médecine moderne. Cependant, si cette alternative ne prend pas c'est aussi parce qu'elle reprend largement les bases scientifiques de la médecine moderne dite hégémonique. Certains vont alors beaucoup plus loin, considérant que le système de santé n'est pas adapté car guidé par des logiques scientifiques et médicales erronées voire manipulées.

¹ JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària. L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », 2003, *op. cit.*, p. 21.

² *Ibid.*, p. 218.

³ « La tuberculosis y el obrero », Dr. Ferrares, *Solidaridad Obrera*, le 26 février 1931, p.1. Entre janvier et milieu mai 1931, les articles de ce médecin et les espaces dédiés à la OPA sont nombreux dans le journal, ils se réduisent de beaucoup dans la seconde partie de l'année.

- *Le refus du microbe comme agent déclencheur : le capitalisme comme cause de la tuberculose*

La presse ouvrière considère être le porte parole des tuberculeux. Si cela peut faire penser qu'elle reprend à son compte l'idée selon laquelle tout ouvrier est un tuberculeux en puissance, cela va aussi plus loin. En effet, dépassant la simple opposition à un modèle de lutte bourgeois, c'est une critique directement de la théorie médicale qui justifie l'opposition de ces acteurs et penseurs relayés par la presse ouvrière. La tuberculose est un problème de misère, la cause de la maladie n'est pas le microbe c'est bien un système économique oppresseur pour les travailleurs. En ce sens, la lutte antituberculeuse va dans le même sens que la lutte menée par la CNT et autres mouvements ouvriers de manière globale et justifie d'autant plus l'assimilation du tuberculeux-pré-tuberculeux-miséreux ou prolétaire. Notons que l'affirmation n'est pas nouvelle, elle était déjà avancée par certains médecins, tel que Philip Hauser par exemple, sans toutefois aller aussi loin dans la remise en cause des bases bactériologiques de la maladie¹.

Jorge Molero Mesa a évoqué cette première opposition frontale à un système de santé publique gérée par la charité catholique et bourgeoise, en particulier autour de la fête de la Fleur de Madrid². A Barcelone, à la même époque, nombreuses sont les critiques contre cette manifestation caritative sensée collecter des fonds pour ensuite les répartir entre les différentes structures de soins. Outre une critique frontale, liée à une mauvaise utilisation de l'argent, ou bien des choix considérés comme peu adéquats, la critique va plus loin et accuse directement les acteurs de mauvaise foi. La revue *El Vidrio* organe de presse et porte-parole de la « *Federación española de Vidrieros, cristaleros y similares* », interpelle directement les élites qui organisent la « Fiesta de la Flor » en 1916 :

« *Es criminal hacer físicos y luego organizar fiestas. (et plus loin) ¿No veis los tuberculosos que vuestro egoísmo produce?* »³.

Il faut dire que la tuberculose est ici décrite par Rossart, l'auteur, comme une maladie provoquée par le système capitaliste tel qu'il s'impose. Dans une logique d'opposition frontale au système et aux acteurs qui le font fonctionner et qui en profitent, une lutte

¹ HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, 1898, *op. cit.*, p.27.

² MOLERO MESA, Jorge, « «¡Dinero para la Cruz de la vida!» Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración.», *Historia Social*, n° 39, 2001, pp. 31-48.

³ « C'est criminel de fabriquer des phtisiques et ensuite d'organiser des fêtes. (et plus loin) Ne voyez-vous pas les tuberculeux que votre égoïsme produit ? » ROSSART, « Tuberculosis », *El Vidrio*, 01 juin 1916, p. 3. www.cedall.org.

antituberculeuse telle qu'elle est menée et représentée par le comité de Dames organisatrices de la fête de la Fleur ne peut qu'être critiquée¹. La solution proposée pour lutter contre la maladie prend le contrepied de la base scientifique sur laquelle s'appuie la lutte antituberculeuse à savoir le microbe. En ce sens, la seule solution est l'augmentation des salaires, commune à tous les exclus, pour guérir tous les maux médicaux et sociaux.

Pour aller plus loin dans la compréhension du message, il faut pousser en direction d'une nouvelle théorie de la tuberculose. Il s'agit d'une remise en cause complète de la théorie dite hégémonique de bactériologie exclusive. José Molero Mesa, Isabel Jiménez Lucena ont largement évoqué ces théories développées par les penseurs anarchistes entre-deux-guerres, démontrant qu'il s'agit fondamentalement d'une « autre manière de voir des choses »². Le médecin Isaac Puente se trouve être la référence à cette époque d'une vision complètement opposée à la logique bactériologique exclusive. Concrètement, pour lui, la fixation faite sur le microbe comme seul agent contaminant et l'orientation de toutes les politiques de lutte dans le sens de son extermination est une erreur :

*« Las enfermedades no se evitan huyendo de estas causas de enfermedad, sino poniéndonos en condiciones de resistirlas. »*³

A la chasse au bacille, pratiquée par les médecins de l'époque, qui vise à éliminer artificiellement l'agent de la maladie, il oppose une lutte contre la maladie d'un autre type, qui se préoccupe de renforcer les défenses de l'individu. Le microbe n'est plus qu'un élément secondaire, un organisme vivant faisant partie de la nature⁴, et s'il parvient à atteindre le corps humain c'est avant tout parce que celui-ci n'est pas suffisamment soigné et préparé pour ces attaques. C'est une toute nouvelle vision de la médecine qu'Isaac Puente propose, qui dans une certaine mesure se reflète dans la structure de l'organisation sanitaire mise en place à la même époque que nous avons évoquée plus haut⁵. Il ne s'agit pas simplement de fortifier le terrain pour limiter le développement du microbe actif, il s'agit réellement de renverser les

¹ Voir également : « *vosotros los dueños y directores de todo, sois los culpables.* » : « vous les propriétaires et directeurs de tout, vous êtes les coupables. », ROSSART, « Tuberculosis » *El Vidrio*, 01 juin 1916, p. 3., *art. cit.*

² Voir les articles cités plus haut, et notamment : JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « «Otra manera de ver las cosas». Microbios, Eugenesis y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX », 2010, *art. cit.*, pp. 143-164.

³ « Les maladies ne s'évitent pas en fuyant ces causes de maladies, mais en nous mettant en condition pour y résister. », PUENTE, Isaac, *La Higiene, la Salud y los Microbios*, Biblioteca de Estudios, Valencia, 1935, p. 4.

⁴ Il développe plus loin l'idée d'une « solidarité bio cosmique », *Ibid.*

⁵ En particulier en ce qui concerne la conception intégrale de la santé, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « Asistencia sanitaria de, por, y para los trabajadores : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », 2004, *art. cit.*, p. 151.

liens de causalité. En effet, selon cette conception, la cause de la tuberculose n'est plus le bacille mais bien la condition sociale précaire, la misère, qui affaiblit l'être humain le rendant vulnérable au microbe. Nous voyons donc comment, en suivant ces idées, c'est toute la vision de la maladie qui est bouleversée, et la base même du système de lutte mis en place qui est fondamentalement remise en question :

« *El camino seguido por la Sanidad no puede ser más desatinado. Padece fobia contra los microbios y esto le impide advertir la importancia primordial que tiene el organismo atacado. (...) No es al microbio al que hay que temer, sino a las circunstancias que hacen nuestro organismo receptivo y apto para su vegetación.* »¹

Ici, Isaac Puente ne se place pas sur le même plan que les critiques précédentes, concrètement, il ne se préoccupe pas de la guérison de la maladie mais bel et bien de la prévention, et en cela il est tout à fait en accord avec l'idée développée par la Generalitat de Catalunya, Lluís Sayé et l'adage bien connu selon lequel il vaut mieux prévenir que guérir. Cependant, sur ce point aussi il apporte une critique au système de lutte préventive contre la maladie tel qu'il est mis en place. A Barcelone et notamment sur initiative de Lluís Sayé, toute la lutte est tournée du côté de la vaccination, qui semble être la solution au problème de la maladie². Finalement, tout comme Isaac Puente, les médecins écoutés par les autorités publiques considèrent eux-aussi qu'éliminer le microbe ne suffit pas et qu'il est nécessaire de fortifier les défenses naturelles face à lui. Simplement, la méthode utilisée, n'est pas la bonne pour le médecin anarchiste qui considère la vaccination comme « un attentat biologique »³. Pour se maintenir hors de portée des microbes, il faut renforcer le système immunitaire, en ayant une vie saine, sous entendu une bonne alimentation, un travail agréable et peu fatigant, et un environnement quotidien salubre. Cette vision est reprise par *el Vidrio* qui considère dès lors deux causes à la maladie sociale, l'une directement liée à l'exploitation des ouvriers par le système productif, l'autre à sa négligence⁴. Dans les deux cas, c'est bien l'affaiblissement des défenses immunitaires qui est considéré comme la cause première de la maladie. Dès lors, en pratique, lutter contre la maladie suppose renforcer ces défenses, manger plus et mieux,

¹ « Le chemin suivi par la Santé Publique ne peut pas être plus insensé. Il souffre de phobie contre les microbes et cela l'empêche de se rendre compte de l'importance primordiale qu'a l'organisme attaqué. Ce n'est pas du microbe qu'il faut avoir peur, mais des circonstances qui rendent notre organisme réceptif et apte pour son développement. », PUENTE, Isaac, *La Higiene, la Salud y los Microbios*, 1935, *op. cit.*, p. 69.

² Voir plus haut et chapitre 6.

³ PUENTE, Isaac, *La Higiene, la Salud y los Microbios*, 1935, *op. cit.*, p. 35.

⁴ ROSSART, « Tuberculosis », *El Vidrio*, 01 juin 1916, p. 3.

travailler moins et mieux. Plus encore, l'augmentation des salaires se trouve être une solution globale, qui en améliorant la vie des travailleurs, lui permet de se prémunir contre la maladie¹. Ainsi, non seulement l'œuvre antituberculeuse telle qu'elle est menée par les autorités catalanes est inutile, mais c'est aussi le cas d'une œuvre populaire antituberculeuse spécifique aux ouvriers, puisque c'est seulement en se battant pour ses conditions de vie que le malade / ouvrier se bat contre la tuberculose. Notons que cette affirmation se retrouve également reflétée dans l'épistémologie de la tuberculose, puisque le sociologue Alain Cottureau en étudiant la maladie, en arrivait à la même conclusion en 1978². La lutte antituberculeuse et l'exigence de santé s'inscrit dans la continuité de la lutte ouvrière globalisante pour une amélioration des conditions de vie du travailleur. Si la critique de la lutte antituberculeuse est formulée de manière bien plus profonde, cette conception nous permet de comprendre encore mieux en quoi l'assimilation entre ouvrier et tuberculeux est d'autant plus valable dans ce contexte, et pourquoi, selon ces idées, en prétendant parler au nom des ouvriers, la presse ouvrière et libertaire parle aussi au nom des tuberculeux.

Ainsi, ces autres voix de la tuberculose, quelle qu'elles soient, font entendre des critiques en tout genre contre l'action antituberculeuse menée et projetée dans la ville, la région ou le pays. Ces critiques s'inscrivent plus généralement dans une opposition à un système de santé publique, qui est à la fois inefficace, instrumentalisé et non adapté. Les critiques fusent de tous les fronts en pratique comme en théorie, dans le fond comme dans la forme, sur le plan de la guérison comme de la prévention. Ces auteurs, médecins libertaires ou bien patients au sens de non-médecins, en ne contemplant aucune spécificité au tuberculeux et en l'incluant simplement dans une catégorie plus large d'ouvriers misérables d'exploités ou d'exclus peuvent ainsi parler en son nom.

Le malade est à nouveau replacé dans le cadre d'une catégorie exclue de la société, cette fois constituée, assumée ou même revendiquée comme telle de l'intérieur. Cela engage une remise en cause de tout ce qui est mis en œuvre par la société ou système politique extérieur au groupe exclu et englobe la lutte contre la maladie dans une lutte plus générale pour améliorer

¹ PUENTE, Isaac, « Lucha antituberculosa », *Solidaridad Obrera*, le 30 juin 1931, p.7.

² COTTEREAU, Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? », dans *Sociologie du travail*, n° 2, Seuil, Paris, 1978.

les conditions de vie des travailleurs, simplifiée par certains syndicats en « révolution sociale »¹.

Face aux médecins, voix légitimes de la lutte antituberculeuse, les malades, éternels objets de la médecine se réapproprient leur corps en devenant des acteurs de leur guérison ou de leur maladie. Loin des « pájaros atónitos » de Camilo José Cela, le sujet tuberculeux choisit ou refuse la médecine, produisant un discours qui lui est propre. Bien sûr, les sources disponibles ne permettent pas d'aller trop loin dans la caractérisation d'un ou plusieurs discours tuberculeux. La parole du malade n'est perceptible qu'au travers d'artifices bien connus et c'est là une limite déjà mise en avant pas les historiens qui ont tenté de se pencher sur le sujet. Outre cette limite évidente des sources qui conduisent à ne pouvoir évoquer le malade tuberculeux qu'au travers de discours produits pour lui, s'ajoutent d'autres limites liées à la difficile constitution d'un collectif tuberculeux unifié. Ces voix sont dissonantes avec celle de la médecine officielle mais aussi et surtout entre elles, et il est peu aisé de déterminer une catégorie homogène de tuberculeux perçue unanimement de l'intérieur. Comme nous l'avons montré, la catégorie tuberculeuse prend un sens à partir de considérations produites par la médecine. Pour percevoir le malade autrement et faire entendre sa voix, il faut assembler quelques bribes d'informations disparates qui rendent difficile voire impossible un portrait unique. Ajoutons que ce portrait du malade « tel qu'il est » ne peut en aucun cas se détacher de celui du malade « tel qu'on le voit »². La perméabilité entre discours externe et interne sur le tuberculeux et sa vie est réelle, et les deux portraits subissent une influence réciproque. Ainsi, les expériences de vie de la solitude retracées par la littérature et la poésie s'inspirent à la fois du vécu de l'auteur et de toute une construction littéraire qui la précède. En conséquence, étudier l'expérience de vie du malade revient aussi à étudier une représentation de la maladie, sans qu'il soit possible ni pertinent d'évaluer l'écart entre perception sensitive et influences multiples. C'est sans doute aussi en

¹ « Dissenting voices », BARNES David S. *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*, 1984, op. cit., c'est également le point de vue développé par Isaac Puente dans *Solidaridad Obrera*, par exemple : « Lucha antituberculosa », *Solidaridad Obrera*, le 30 juin 1931, p. 7.

² GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*, 1986, op. cit.

ce sens que la tuberculose est une expérience de la vie, avant d'être une expérience de la mort comme l'expliquaient Claudine Herzlich et Janine Pierret¹.

Vivre tuberculeux, est une expérience personnelle, mais qui ne peut être étudiée qu'à travers quelques dénominateurs communs le plus souvent liés à l'expérience de la douleur et du microbe, de la médication et de la médecine. Etudier la vie du tuberculeux revient alors à analyser une prise en charge, un encadrement médical omniprésent, qui fait de la tuberculose l'élément central et parfois unique de la vie du malade, puisque toute sa vie est organisée autour de la présence du microbe et en vue de la guérison. En ce sens un schéma particulier se dessine, assez semblable pour la plupart des patients, schéma qui finalement met surtout en scène la pratique médicale sa cohérence ou à l'inverse son manque de cohérence et son hétérogénéité. Pourtant malgré tout, nous avons montré ici que le problème de la constitution d'une catégorie homogène constituée des tuberculeux, qui le plus souvent ne se prononcent pas, est à la base de toute analyse. En effet, il est possible de remettre en question le microbe en tant que dénominateur commun au groupe des patients, voir de choisir d'identifier le tuberculeux à d'autres catégories, comme l'ont fait les « nouveaux acteurs », ces « non-médecins » cités plus haut. Plus encore, ces derniers ont réutilisés des analogies présentes dans les discours des médecins et hygiénistes, qui associaient les tuberculeux à une grande catégorie assez floue des exclus sociaux. Ce faisant, ils brouillent la limite entre médical et social nouvellement imposée par les médecins dits modernes. Ces derniers tentaient effectivement de ne plus se préoccuper que de l'aspect médical en évitant la variable sociale de la tuberculose². Ainsi, la phtisie pulmonaire redevient au sens strict une maladie de la misère sociale et le tuberculeux un miséreux. Dans cette conception, le tuberculeux n'est plus simplement défini par l'infection du bacille, mais aussi par des pratiques de vie qui lui sont spécifiques et que le médecin doit prendre en considération individuellement. De cette manière, le patient en obligeant son médecin à prendre en compte ce qui est du ressort du personnel montre bien une lutte théorique contre la pensée hégémonique et l'impossibilité en pratique à mettre en place un réseau de soins médical neutre de toute considération sociale.

¹ HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, 1984, *op. cit.*, p. 56.

² Sur la neutralité scientifique revendiquée par Lluís Sayé, voir chapitre 1, A et C.

Mais même en prenant en compte ces « facteurs non médicaux », il est difficile de déterminer si le malade parvient à dépasser sa condition de tuberculeux et s'il devient plus que la simple incarnation du microbe. L'indépendance du malade transparait parfois au détour d'attitudes ou de choix qui lui font privilégier certaines options, peut-être guidées par des préoccupations non médicales, ou tout au moins en décalage avec un discours officiel sur la maladie et la vie qu'il doit mener. Le refus du soin, l'une des rares manifestations de la volonté des malades qui soit perceptible car en contretemps avec la volonté « objectivée » des médecins, apparait comme une prise de position tout autant qu'elle était une prise de risque inconsidérée pour les autorités compétentes. Le patient devient alors un « acteur autonome de sa propre santé »¹. Pourtant, cette autonomie du malade doit être relativisée. En effet, l'interdépendance entre vécu de la tuberculose et discours est patente, et les catégories médicales définissent en grande partie les pratiques, même lorsque celles-ci s'inscrivent en porte à faux.

¹ FAURE Olivier, cité par Philip Rieder dans « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *art. cit.*, p. 268.

CONCLUSION

S'attachant à analyser le vécu du patient, cette partie a tenté de prendre en compte la logique circulaire existante entre lutte contre la maladie et parcours des individus tuberculeux. La qualification de « tuberculeux » conduit à percevoir les malades comme un collectif uni autour du dénominateur commun que constitue la maladie. Tous ont alors un parcours type, une vie structurée et organisée pour aller dans le sens de leur guérison, en théorie. Pourtant, si l'étude détaillée de la vie des tuberculeux laisse voir des étapes obligées, construites par la logique médicale, la tuberculose est avant tout une expérience personnelle, vécue dans la chair, qui sort du cadre imposé par la catégorie des médecins. Les parcours multiples des malades permettent d'abord de redéfinir la structure de soins telle qu'elle est envisagée pour Barcelone. En effet, alors que la Generalitat de Catalunya met en place un réseau cadre, connectant les différentes initiatives isolées de lutte antituberculeuse et supervisé par les pouvoirs publics, dans la pratique les parcours des malades montrent une prise en charge qui est surtout privée. Plus encore, une vision par le bas de la lutte antituberculeuse met plus fortement à jour une répartition des rôles entre institutions publiques et privées, les premières se centrant sur la prévention, par le dispensaire, les secondes sur l'assistance, aidées et financées néanmoins en partie par les pouvoirs publics. Les séjours des malades sont déterminés par des contraintes qui ne sont pas toutes médicales, mais dépendent aussi de variables extérieures, le manque de place notamment, ou encore les réseaux propres aux acteurs de la lutte, parmi eux les malades eux-mêmes. L'analyse du parcours des malades permet de mettre à jour le rôle des acteurs multiples à travers lesquels s'articule ce réseau de soins connectés. Il s'agit surtout de médecins qui se connaissent et constituent des réseaux qui s'occupent au cas par cas des individus malades. Ces acteurs individuels ont en commun, sinon une pratique de la médecine, au moins une même conception théorique, celle de la bactériologie exclusive. Cependant, les pratiques médicales ne sont pas toujours en adéquation avec cette théorie. Précisons qu'en étudiant uniquement les malades aidés, nous mettons en avant un réseau de soins gratuits et que celui-ci, tel que nous le voyons au travers des parcours des malades, mêle parfois prise en charge sociale et médicale. De la même manière, à partir du vécu de la lutte antituberculeuse par les patients nous avons pu observer

que les pratiques médicales jugées traditionnelles et peu adaptées par les médecins dans leurs écrits continuaient à être appliquées.

Tous ces éléments liés aux pratiques du soin déterminent grandement le vécu d'un collectif de patient considéré comme unifié autour de la maladie et objet de la médecine. Effectivement, les malades ont en commun l'expérience de la lutte contre la maladie, la souffrance ou la douleur sont des pratiques communes, décrites selon des termes médicaux et par là dégagées de toute subjectivité selon les médecins. Mais le malade n'est pas uniquement un objet de soin. Comme l'expliquent Dominique Dessertine et Olivier Faure, les patients n'appartiennent pas aux médecins¹. A travers les parcours de vie, nous voyons apparaître des contestations face aux logiques de prise en charge qui émanent des tuberculeux, qui font montre d'attitudes diversifiées face aux médecins et aux soins prodigués. Ils redeviennent sujets, acceptant parfois d'être considérés comme des patients et même le revendiquant, d'autres fois le refusant. Ils privilégient peut-être aussi parfois d'autres priorités sur celle de leur santé. Ainsi, les départs volontaires des lieux des soins contre avis médicaux peuvent être interprétés comme la volonté de fuir cette catégorie de patient et de rejeter le dénominateur commun que constitue la maladie. Cette approche, qui conduit à critiquer la conception de la tuberculose comme une catégorie qui « morcèle » la pauvreté, est soutenue par différents acteurs barcelonais de cette époque. Ce faisant, ils proposent une nouvelle inscription de la maladie dans l'espace social, qui n'implique plus une rupture, mais bien une continuité dans le quotidien déjà difficile des individus socialement précaires.

¹ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*. Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1988, p. 168.

CONCLUSION

« *Hay que hacer el jornal, la casa y la calle.* »¹

Notre travail de thèse soutient qu'à l'image de la revendication de Vicente Alvarez y Rodríguez Villamil en 1912, c'est une vision plurielle de la maladie qu'il faut adopter. En associant la tuberculose au salaire, au logement et à la rue, ce médecin madrilène prétend mettre en avant les facteurs sociaux de la maladie, indiquant que la solution passe peut-être aussi par l'amélioration des conditions de vie individuelles, ce qui réinscrit plus largement la maladie dans un contexte social. Mais ces trois éléments caractérisent aussi l'espace social de la tuberculose, et délimitent le champ de l'action, dirigée vers une catégorie de la société particulière. L'importance de l'espace est du reste soulevée à différentes échelles, ce qui implique aussi l'intromission de différents types d'acteurs dans la lutte. Ces trois éléments, qu'il s'agit donc de changer selon ce médecin, sont encore trois étapes clés dans la vie des malades aidés que nous avons pu observer.

En évoquant la tuberculose à l'échelle de l'individu malade, l'imbrication entre son vécu et les discours des médecins sur lui est particulièrement identifiable. Ce sont d'ailleurs ses propos, tenus sur lui et sur la maladie, qui permettent de passer d'une expérience individuelle à celle d'un collectif et par conséquent de construire la catégorie et de l'inscrire dans l'espace social. Le parcours du malade dans la ville tel qu'il est perçu par nous est composé d'une superposition de considérations médicales donnant à voir un schéma qui ressemble à celui de beaucoup d'autres malades, de par les étapes traversées. Mis bout à bout, les parcours décryptent aussi une vision de la maladie et de la lutte telle qu'elle est projetée ou planifiée. A travers ce prisme, l'individu tuberculeux traverse plusieurs étapes qui l'inscrivent dans

¹ « Il faut faire le salaire, la maison et la rue. » ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

plusieurs espaces qui eux aussi sont décomposés par les discours. Il y a d'abord l'atelier ou l'usine où travaille souvent le malade en tant qu'ouvrier, le plus souvent spécialisé, avec un salaire presque toujours à la journée. Les médecins considèrent souvent le tuberculeux comme un ouvrier et l'ouvrier comme un tuberculeux en puissance, en faisant volontiers l'amalgame entre les deux. De manière générale, les statistiques obtenues sur les tuberculeux retrouvés tendent à confirmer ces dires. Nous avons montré qu'au sein de cette grande classe V, les ouvriers non qualifiés, déterminée par José Luis Oyón, il est possible de dégager des nuances entre les malades soignés à domicile, à l'hôpital ou au sanatorium¹. Alors que les tuberculeux hospitalisés sont pour la plupart des ouvriers, le sanatorium de l'Esperit Sant reçoit une proportion de domestiques plus importante. Plus encore, les éléments sur les professions de ces tuberculeux disponibles dans les fiches cliniques nous permettent de mieux comprendre comment concrètement ces derniers s'intègrent dans le monde du travail barcelonais de cette époque. La plupart des descriptions des médecins font état de professions manuelles, parfois fatigantes, qui supposent de longues journées. Certains détails permettent de passer de cette catégorie générale à décrire des expériences personnelles isolées, de professions considérées comme marginales, de l'ordre de la « débrouille » tels les fameux vendeurs ambulants. Pour les médecins, ces éléments sont autant d'indices permettant de comprendre les raisons qui expliquent le déclenchement de la maladie chez ces individus, mais ils apparaissent aussi comme un moyen d'entrer au cœur de la classe V, d'observer le vécu d'une frange de la population barcelonaise. Ainsi, l'emploi des femmes, souvent ignoré dans le Padrón de 1930, peut parfois être observé par les fiches cliniques, tout comme la réalité de la double charge de travail, à l'usine et à la maison, évoquée par plusieurs patientes au dispensaire central. L'hôpital et le sanatorium accueillent aussi des malades venus de la périphérie plus rurale, les paysans sont nombreux, permettant ainsi d'étendre quelque peu la réflexion au-delà des théories des médecins, pour nuancer la vision d'une maladie presque uniquement présente dans les villes. A l'inverse, certains loisirs ou pratiques du quotidien des malades sont mis en avant par les médecins toujours aussi soucieux de moralisation. Citons la danse ou le sport excessif, mais surtout le goût pour la boisson ou l'habitude de fumer. Le service militaire est encore une étape essentielle de la vie des hommes tuberculeux, importante aussi pour prendre en compte son parcours social.

¹ OYÓN José-Luis, MALDONADO José, GRIFUL Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Editions de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001.

L'intégration dans l'espace social barcelonais des tuberculeux passe aussi et surtout par son logement, échelle la plus fréquente pour parler d'une lecture spatiale de la société. Où vit le tuberculeux aidé dans la ville ? La spatialisation des malades, uniquement possible pour ceux retrouvés et vivant à Barcelone, laisse de côté les tuberculeux vivant dans les municipes périphériques, dans les zones rurales proches ou encore venus à Barcelone dans le but de se faire soigner. De manière générale les tuberculeux aidés que nous avons observés vivent dans le centre ancien ou dans les quartiers ouvriers périphériques. Il s'agit la plupart du temps de quartiers denses en terme de bâti mais surtout de population. La représentation de Ciutat Vella, le centre ancien, est écrasante. La représentation des anciens municipes varie en fonction des sources. Ces indices semblent donc montrer clairement que la ville tuberculeuse reconstituée à partir des malades retrouvés correspond à la « ville ouvrière »¹ et la spatialisation différentielle des malades en fonction des établissements dans lesquels ils sont soignés tendrait à refléter les contrastes existants lorsqu'on observe leurs professions. Ainsi, les travailleurs manuels souvent hospitalisés à Sant Pau sont surreprésentés par rapport aux autres malades dans les faubourgs populaires et dans les « segundas periferias », alors que les tuberculeux de l'Esperit Sant vivent plus souvent dans l'Ensanche. Mais l'espace n'est pas seulement un reflet des interactions sociales et il confirme, voire met à jour, d'autres écarts entre les trois groupes de malades, concernant leurs pratiques et leur vécu de la ville. A l'intérieur des quartiers, à l'échelle de la rue, les malades soignés à domicile grâce aux dons de Catalunya Radio semblent vivre dans des rues secondaires dans les quartiers densément bâtis et des logements relativement plus dégradés dans l'ensemble que les malades internés à l'Esperit Sant. Par ailleurs, les tuberculeux aidés par la radio vivent beaucoup dans le centre ville, ce qui peut révéler une plus grande instabilité spatiale comme sociale. En ce sens, apparaît une différence notable dans la précarité des conditions de vie des tuberculeux, qui s'explique aussi par des facteurs externes liés aux contraintes de l'enquête. Seuls les malades soignés à domicile sont directement retrouvés sur les cartes alors que les tuberculeux hospitalisés ou internés ne sont visibles qu'à travers le prisme du Padrón de 1930, ce qui exclut les individus qui ont les conditions de vie les plus instables, géographiquement du moins. Mais c'est peut être aussi parce qu'ils vivent dans ces lieux spécifiques, justement, que les malades sont pris en charge par tel ou tel organisme ou institution. La spatialisation des malades rend compte d'une géographie du soin, et les tuberculeux vont se faire ausculter pour la première fois dans un dispensaire, souvent le plus proche de chez eux ou de leur espace de

¹ *Ibid.*

vie, qui ensuite les envoie dans un hôpital. Ajoutons que ce sont encore les réseaux personnels de sociabilité des malades qui, peut être, permettent d'expliquer le fait qu'ils soient aidés. Or, ces réseaux sont largement inscrits dans l'espace et il est possible que la proximité spatiale joue un rôle dans la sociabilité¹. De manière générale enfin, la visibilité des malades dans l'espace est liée à leur proximité aussi avec les acteurs de la lutte, tels que les donateurs de la radio par exemple ou bien les philanthropes qui permettent de financer les séjours dans le sanatorium. En ce sens, l'espace révèle des différences entre les malades, mais produit également des groupes et des logiques liées à l'action des acteurs et parmi eux les malades eux-mêmes. Par ailleurs, la porte d'entrée que constitue l'étude des logements et de l'implantation spatiale des tuberculeux nous permet de pénétrer dans le quotidien des tuberculeux et de rendre compte de leurs expériences de la ville, visible au travers du prisme de l'insalubrité et de la densité, critères des médecins. Nous avons évoqué les intérieurs des logements délabrés de certains malades soignés au dispensaire, voire une relative mobilité résidentielle, difficile à percevoir autrement que par les vides des sources. La cohabitation particulièrement forte chez les malades aidés en général nous semble un indice de précarité supplémentaire transcrit dans l'espace de vie mais aussi provoqué par lui. Cet élément permet de mettre à jour un autre aspect clé de la vie des malades, celui de l'entourage des tuberculeux, qui ne vivent presque jamais seuls mais bien intégrés au sein d'une famille.

Enfin, les tuberculeux aidés vivent dans des foyers relativement peuplés, au sein d'une famille, ils sont pour la plupart des actifs, ouvriers non qualifiés et vivent dans des logements situés dans les quartiers dits populaires du centre ville ou de la périphérie. Pour Philip Hauser, les tuberculeux font partie d'un groupe social particulier avec des caractéristiques bien déterminées, ce sont les « épuisés et les déçus »². José Luis Oyón évoque lui aussi des figures ouvrières différentes au sein de la ville populaire, dont les ouvriers non qualifiés récemment immigrés qui vivent dans le centre ancien ou dans les secondes périphéries et constituent un groupe plus précaire³. Les tuberculeux aidés semblent correspondre à ce groupe. D'ailleurs ils sont fréquemment issus de l'immigration et leur grande jeunesse semble aussi impliquer une inscription dans l'espace social plus instable voire une moindre intégration à la société barcelonaise. A l'inverse, les tuberculeux sont peu souvent des

¹ OYÓN José Luis (dir.), *Un suburbi obrer a la Barcelona d'entreguerres. La Colònia Castells de las Corts, 1923-1936*, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 2003. Du même auteur *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entregueras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008.

² HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, p. 35.

³ OYON, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular*, 2008, *op. cit.*

indigents, des exclus ou « grands pauvres » tel que nous avons pu les décrire, même si ces figures apparaissent parfois dans les lieux de soins étudiés et qu'ils sont particulièrement évoqués par les médecins qui s'occupent d'eux. L'inscription du tuberculeux dans l'espace social au travers de ce groupe s'explique d'abord par l'intérêt qu'y portent les élites médicales, politiques et sociales. En effet, il s'agit des individus jeunes qui représentent l'avenir de la nation comme la force physique productive. Par ailleurs, la prise en compte de leur entourage est peut-être essentielle pour comprendre leur internement dans un lieu de soins spécifique qui les éloigne aussi de leur milieu et protège les autres membres de leur famille. Enfin, nous pensons que les indigents sont peut-être soignés dans d'autres réseaux et n'apparaissent que peu dans les établissements qui nous préoccupent car la prise en compte du critère de pauvreté extrême arrive avant celle de la tuberculose. Avec la création du service d'aide aux tuberculeux de la Generalitat sans oublier les initiatives plus isolées antérieures, ce groupe de « grands pauvres » fait l'objet d'une attention médicale particulière, sans que cela implique un internement dans un lieu de soins spécifique, mais plutôt une adaptation de l'hospice d'origine. En effet, la Casa de Caritat ou encore l'asile San Rafael par exemple conservaient des places disponibles pour les tuberculeux.

Plus que parler de catégorie particulière dans laquelle se situeraient les malades, nous préférons utiliser le terme de « zone sociale » emprunté au sociologue Robert Castel, ce qui nous permet de prendre en compte des histoires de vies individuelles parfois assez différentes, et d'intégrer des situations distinctes¹. Un rapprochement peut être fait avec cette « zone de vulnérabilité » dont parlait ce sociologue, qui suppose travail précaire et fragilité des liens relationnels². La frontière de cette zone avec celle de la grande pauvreté est parfois ténue, et un événement ou une suite de « malheurs » comme le dirait Philip Hauser font facilement basculer l'individu d'une zone à l'autre. Parfois, la dégradation des conditions de vies est perceptible dans les parcours des tuberculeux avant de tomber malades, d'autant plus que c'est ce que les médecins recherchent, à savoir un élément déclencheur de la maladie. D'autres fois, le malade est déjà habitué à la maladie par son entourage, ou depuis longtemps sa santé est devenue fragile. De manière générale cependant, c'est la tuberculose qui le fait basculer le plus sûrement dans une zone exclue, dans les représentations médicales comme sociales. Une fois diagnostiquée, la tuberculose devient l'élément central de la vie de l'individu devenu patient et pris en charge en tant que tel. Il fait dès lors partie d'un collectif

¹ CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherches sociologiques*, n°22, 1994, pp. 11-25.

² *Ibid.*, pp. 13-14.

homogène, définit par une caractéristique médicale commune qui détermine sa nouvelle inscription dans l'espace social. Pour le dire autrement, la tuberculose devient le stigmate qui les fait passer dans cette zone d'exclusion, et détermine sa vie puisqu'il est devenu un objet sur lequel se projette l'assistance, que les médecins veulent « modeler » à leur aise¹.

Cette qualification de tuberculeux qui lui colle à la peau détermine une vie réglée en fonction des exigences médicales. L'expérience de la maladie, vécue dans la chair et personnelle s'il en est, est uniformisée dans les fiches cliniques, et devient une expérience collective définie par des étapes caractéristiques. Il y a d'abord la toux puis les expectorations et enfin l'hémoptysie. Puis le vécu de la maladie se confond avec celui des pratiques médicales, les opérations, les lieux de soins. La douleur, la fatigue sont mesurées par des indicateurs médicaux faisant du malade un simple objet de soins, qui se distingue des autres sur une échelle graduée mesurant la gravité de son état. Certains éléments du vécu sensible de la maladie échappent à l'œil du médecin, mais leur évocation dans la littérature conduit aussi à décrire une réalité qui semble être partagée par tous. Le malade vit la même chose que ces compagnons d'infortune. Il souffre pour les mêmes raisons, s'ennuie de la même manière. En outre il se retrouve isolé du reste de la société par l'internement dans un lieu de soins, soit un isolement pur et simple lié au danger de contagion qu'il représente. Cette catégorie homogène est donc uniquement liée à l'expérience commune de la maladie, qui est à la fois un facteur de dégradation des conditions de vie mais aussi un facteur d'exclusion sociale et spatiale. C'est ce groupe unifié par la même nécessité de prise en charge qui est perçu par nous à partir des listes de dons, registres d'entrées ou fiches cliniques. Précisons que la prise en charge de cette catégorie construite à partir du microbe prend en compte les caractéristiques sociales spécifiques des individus puisque la maladie est considérée comme une étape, et le soin comme un moyen de le réintégrer à la société. Ainsi, les malades ouvriers une fois sortis de l'hôpital sont dirigés vers la Granja, une maison de repos où l'on se réhabitue au travail manuel non nocif. A l'inverse, comme nous l'avons dit, les quelques malades indigents déjà considérés comme des exclus sont pris en charge par d'autres structures, plus adaptées, une fois « soignés » ou opérés. Sont alors sensibles les croisements de prises en charge, le morcellement de l'assistance dont parlaient Dominique Dessertine et Olivier Faure dans un

¹ VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

autre contexte, qui conduit au morcellement de la « zone exclue »¹. Les tuberculeux sont une catégorie à part, qui est prise en charge dans des lieux spécifiques comme l'hôpital et traités uniquement pour leur maladie, c'est du moins l'ambition des médecins écoutés par les pouvoirs publics à l'époque.

Nous avons souhaité montrer que dans les années 1920 et 1930 à Barcelone, les médecins associés aux autorités publiques catalanes, et en particulier Lluís Sayé, tendent à uniformiser et rationaliser la lutte contre la maladie en médicalisant le plus possible la prise en charge. C'est d'ailleurs ce qui ressort des discours des médecins qui permettent de mieux comprendre les logiques d'aides dans lesquelles s'intègrent les malades. Même si les médecins de toute évidence ne renient pas les facteurs sociaux considérés comme secondaires, c'est le microbe qui est au cœur de toutes les considérations. Les historiens de la médecine ont expliqué l'adoption hégémonique de la théorie bactériologique exclusive qui fait du microbe le seul agent provoquant la maladie, reléguant l'insalubrité, la densité, la fatigue du travail ou plus généralement les conditions sociales et environnementales à de simples facteurs aggravants². Selon nous, le fait que cette vision soit privilégiée dans les milieux médicaux comme au sein des organismes publics permet d'expliquer la médicalisation du soin et la structure générale de prise en charge telle qu'elle est planifiée et hiérarchisée, comme les réseaux dans lesquels s'insèrent les tuberculeux étudiés. En effet, comme nous l'avons dit plus haut, les tuberculeux étudiés dans ce travail sont ceux qui sont pris en charge par un réseau de soins public, financé par le public ou bien encore la bienfaisance privée. Les acteurs des différents lieux de soins mis en relation ne sont pas tous d'accord sur la marche à suivre, mais tous ont adoptés cette vision bactériologique exclusive. Dans le même ordre d'idée, cette théorie engendre une conception particulière de la lutte telle qu'elle doit être menée, à savoir par des médecins et, dans un premier temps, gérée par les pouvoirs publics. Si cette logique n'est pas étrangère aux préoccupations récentes à la même époque en Europe, elle est assez éloignée de ce que peuvent planifier les autorités espagnoles entre 1923 et 1931 notamment avec le Real Patronato Antituberculoso, géré par une « Junta de Damas ». Une hypothèse que soulève donc ce travail est que l'une des raisons qui pousse les médecins à ne pas vouloir trop s'investir

¹ DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, « Assistance traditionnelle, assistance nouvelle, coût et financement, 1850-1940 » dans GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, 1992, *op. cit.*, p. 143.

² MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, Thèse dirigée par E. Rodríguez Ocaña, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, Grenade, 1989, pp. 22-23. LUGO MARQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, thèse de doctorat dirigée par Jorge Molero Mesa, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011, 250 p.

dans une structure nationale, plus qu'une opposition politique, est aussi une différence de point de vue médical. Par ailleurs, rappelons que Lluís Sayé dans ses écrits n'est pas hostile à l'échelle nationale espagnole, et conçoit plutôt une lutte antituberculeuse menée sous l'égide de l'Etat dans un premier temps, qui ensuite deviendrait indépendante bien que financée par les pouvoirs publics, afin d'être menée par des médecins de manière uniquement scientifique et déconnectée des luttes de pouvoirs ou des enjeux politiques¹. En outre, la focalisation autour du microbe permet de comprendre aussi le choix d'une pratique médicale publique qui privilégie la prévention sur l'assistance aux malades.

En effet, à une époque où aucune solution scientifique n'est connue pour guérir la maladie, la préoccupation se reporte dès lors sur l'élimination du microbe par d'autres moyens. Pour Lluís Sayé, « le tuberculeux est le témoin d'un environnement infecté »², et c'est cet environnement qu'il faut soigner. Au-delà de la prise en charge du malade donc, cette focalisation sur le microbe et la nécessité de le détruire conduit à la chasse au bacille et redéfinit le rapport à l'espace et à l'hygiène de la maladie. La tuberculose en tant que maladie des villes était dans un premier temps associée comme les autres maladies au problème de l'insalubrité générale, aux points noirs de la ville ou nids d'insalubrité. Avec le microbe et la logique bactériologique exclusive, la notion de contagion met en avant la densité comme facteur essentiel et modifie la définition des lieux insalubres, qui deviennent ceux qui contiennent le microbe et par conséquent sont contagieux. C'est dans un premier temps des lieux de passage, qui voient se croiser beaucoup de monde, et puis les lieux sombres et poussiéreux puisque c'est un environnement dans lequel aime préférentiellement se loger le bacille. La spatialisation des malades, considérés comme les corps contenant le microbe est alors mise en rapport avec la recherche des lieux insalubres. Par ailleurs, l'objectif étant de trouver le microbe et d'éviter la contagion, une échelle de plus en plus précise est employée par ces médecins, qui se centrent sur l'espace le plus proche du malade. Pour les médecins, la contagion dans la rue n'est pas prouvée, à l'inverse la contagion au sein d'un même foyer leur paraît fréquente. S'occuper d'un malade suppose une exposition au bacille répétée et c'est ce qui explique le fait qu'ils se préoccupent de la densité, dans l'immeuble, le logement, la pièce ou le lit. Ajoutons que cette recherche de précision est liée à un nouveau rapport à la contagion qu'il nous semble percevoir dans les années 1930, à une moindre peur du bacille

¹ SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p.

² SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

dans les discours. Les médecins n'avancent plus l'argument d'une contagion générale de la ville par un malade semeur de bacille, en revanche, ils réaffirment la nécessité d'apporter une aide spécifique dans les quartiers et les foyers les plus démunis, dans lesquels la contagion intra-classe ou intra-groupe fait des ravages. Notons que ce changement d'échelle est peut-être en partie lié à la prise de conscience d'une évolution de la ville, qui, plus ségréguée, voit réduire la proximité entre différents groupes ou zones sociales. Par ailleurs, les médecins avancent l'argument, de manière peu explicite certes, de notables améliorations en matière d'hygiène qui permettent de penser que la ville les rues et les espaces publics sont désormais propres et sains, mais c'est dans les lieux privés et en particulier les logements que les médecins et autorités publiques doivent à présent entrer. Dans tous les cas, la prise en compte d'une inégalité spatiale en matière de santé conduit à spécifier la lutte antituberculeuse autour de certains quartiers, en particulier le centre ancien et plus précisément surtout le Raval. Il faut dire que cette zone concentre tous les problèmes : densité de bâti importante engendrant un manque d'ensoleillement favorable à la prolifération du bacille, densité de population extrême dans certains quartiers ou immeubles, sans parler de l'insalubrité de certains recoins poussiéreux car vétustes. C'est d'ailleurs sur cet espace que se concentre prioritairement l'attention des acteurs qui tentent de mettre en place une structure de lutte unifiée. En effet, nous pensons que la lutte contre le microbe telle qu'elle est projetée par le service de la Generalitat a un rapport extrêmement ténu à l'espace urbain. Ce rapport entre tuberculose et espace urbain peut s'articuler de deux manières : une lutte spatiale médicalisée et une lutte médicale spatialisée, qui voient se mêler plusieurs acteurs, autorités sanitaires, médecins ou encore architectes. La lutte spatiale médicalisée telle que nous la concevons suppose de modifier l'espace pour vaincre le microbe. Cela correspond d'abord à la première phase de tuberculisation évoquée par Lluís Sayé et qui ne concerne plus Barcelone à cette époque, et consiste en l'assainissement général de la ville. Précisons que cette démarche n'est pas totalement liée au microbe. La lutte spatiale médicalisée est aussi la démarche des médecins et infirmières visiteuses du dispensaire central lorsqu'ils pénètrent dans les logements et proposent de le réorganiser, ou encore donnent des conseils pour éliminer le microbe en améliorant le lieu de vie. De la même manière, toutes les recommandations d'hygiène faites aux malades par les médecins orientent leurs pratiques de la ville, et peuvent être considérées comme une lutte spatiale. A cela s'ajoutent les projets d'urbanisme visant directement à détruire les logements tuberculeux et à produire des lieux sains. Le plan d'assainissement du centre ancien réalisé par le GATCPAC en 1933 entre dans cette logique, même s'il n'est pas associé aussi directement au microbe. S'en suivent les constructions projetées ou réalisées de

lieux de soins qui soient adaptés aux nouvelles conceptions de « l'hygiène tuberculigène ». Le dispensaire central de Torres Amat, construit par le GATCPAC, largement orienté par les médecins et en particulier Lluís Sayé, est conçu pour être un lieu qui ne laisse aucune place au microbe. C'est le cas encore d'autres établissements projetés. Enfin, nous avons pu nous demander dans quelle mesure la nouvelle architecture, représentée par la Casa Bloc, pouvait être également être considérée comme une forme de lutte spatiale contre la maladie. Sans pouvoir avancer de réponse ferme sur ce point, il semble que la présence de Lluís Sayé au sein du « Commissariat de la maison ouvrière » confirme en tout cas l'importance de la tuberculose comme élément justifiant un changement urbain. La lutte médicale spatialisée est sans doute la forme de rapport entre la tuberculose et l'espace la plus observée au travers des discours des médecins. Elle s'appuie sur une localisation du microbe dans la ville permettant de catégoriser les espaces en vue d'apporter une aide spécifique. Elle est visible dans l'implantation des lieux de soins et la préoccupation à structurer un réseau visant à couvrir tout le territoire barcelonais. Par ailleurs, la localisation du nouveau dispensaire central, placé dans le Raval, ou encore la volonté de mettre en place des dispensaires ambulants vise à amener une réponse médicale aux populations concernées. Ajoutons que par ce biais le service de lutte de la Generalitat prétend surtout diffuser le vaccin du BCG, qui devient dans les années républicaines l'élément clé de la prévention en constituant par ailleurs une réponse médicale au problème de la maladie.

Cette lutte antituberculeuse liée à l'espace est centrée sur la prévention et s'étend selon nous par le fait que la tuberculose est comprise comme un microbe et uniquement perçue comme étant du ressort du médical, même si la prise en compte des inégalités sociales reste présente en conservant les facteurs sociaux comme des éléments explicatifs secondaires, en arrière fond. Cependant, plusieurs acteurs à l'époque élèvent la voix contre cette lutte antituberculeuse. Certains médecins critiquent d'abord l'importance trop grande accordée à la prévention sur l'assistance aux malades déjà contaminés. Ils remettent donc en question les choix pratiques, et non pas la logique bactériologique elle-même. Ils considèrent eux aussi le collectif tuberculeux comme uni autour du dénominateur commun que constitue le microbe et veulent voir se mettre en place une prise en charge spécifique et adaptée. D'autres acteurs se positionnent eux sur le fond, plusieurs articles dans la presse libertaire de ces années, ou encore le médecin Isaac Puente par exemple, critiquent cette focalisation sur le microbe en arguant de l'importance des défenses immunitaires et du caractère social de la maladie¹. De

¹ PUENTE, Isaac, *La Higiene, la Salud y los Microbios*, Biblioteca de Estudios, Valence, 1935.

cette manière, ils rejettent le microbe mais aussi la prise en compte des tuberculeux comme un collectif uni. Pour eux, la tuberculose n'est qu'une manifestation de la pauvreté, c'est la précarité chronique qu'il faut résoudre, et les tuberculeux ont surtout en commun leur appartenance à un collectif opprimé. Ils redéfinissent ainsi l'inscription du tuberculeux dans l'espace social au côté des ouvriers non qualifiés et précaires notamment. Ce raisonnement nous amène à questionner la construction de la catégorie spécifique de la tuberculose. La tuberculose bouleverse-t-elle réellement la vie des individus ? Cette rupture si marquante dans les fiches cliniques que constituent l'infection et le déclenchement de la maladie doit être envisagée comme une continuité sociale, d'autant plus qu'il s'agit d'une maladie longue, « une forme de vie avant d'être une forme de mort » disaient Claudine Herzlich et Janine Pierret¹. Par ailleurs, cette opposition à la lutte telle qu'elle est menée et au concept de la maladie, nous conduit aussi à prendre en compte le rôle des acteurs et parmi eux les patients eux-mêmes. Car ces derniers jouent un rôle en acceptant ou refusant les soins qui leur sont proposés par exemple. Parfois, la préoccupation pour la santé, n'est pas au centre de leurs priorités, ils ne se définissent donc pas simplement au travers du microbe, leurs préoccupations se rapprochent de celles d'autres individus non malades. Refusant le statut d'objet de la médecine, leur choix sont essentiels et permettent d'observer ce que Olivier Faure appelle une « sensibilisation autonome à la santé »². Les parcours des malades permettent encore de redéfinir ce système de soins si bien rôdé comme de percevoir l'action d'autres acteurs individuels dans la lutte contre la maladie. Le tuberculeux se trouve pris dans un réseau spécifique structuré par de nombreux acteurs, des médecins qui se connaissent et s'envoient des patients. Notre enquête nous a conduit à décoder les mécanismes d'une logique particulière, montrant aussi l'exclusion d'autres logiques de prise en charge non contemplées par les autorités. Par ailleurs, les lacunes en termes d'infrastructures et de lits disponibles mènent à rompre avec les logiques de prises en charge et un parcours rationnel et structuré. L'idée qui veut que le malade est ausculté au dispensaire puis envoyé selon son état vers un lieu de soins adapté ne semble pas toujours être une réalité, et le patient entre parfois « là où il le peut ». De plus, le vécu dans les lieux de soins montre la coexistence entre pratiques médicales basées sur les théories dites modernes de la maladie et celles plus traditionnelles, basées sur une prise en compte de la situation précaire du malade. Dans les dossiers médicaux

¹ HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison*. Payot, Paris, 1984, p. 56.

² FAURE, Olivier (dir.), *Praticiens, Patients et Militants de l'Homéopathie (1800–1940)*, Presses Universitaires de Lyon & Boiron S. A., Lyon, 1992, cité dans RIEDER, Philip, « L'histoire du « patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », 2003, *op. cit.*, p. 268.

du dispensaire central, les arbres généalogiques ne font pas référence qu'à la cohabitation ou aux risques de contagion, ils semblent prendre en compte le facteur de l'hérédité, théorie pourtant complètement délaissée par le responsable, Lluís Sayé. Parfois donc, les traitements mettent à jour des contrastes et des tâtonnements chez les médecins, montrant que la médecine telle que l'expérimentent les Barcelonais à cette époque « c'est [un peu] un jeu d'andouille » comme l'expliquait son médecin à Chloé dans *L'écume des jours*¹.

Au terme de cette synthèse des apports auxquels prétend notre travail, nous souhaitons indiquer plusieurs chantiers de recherche pour prolonger une telle étude. Dans un premier temps, il est possible d'étendre la réflexion au-delà de l'étude de la catégorie en soi et de la confronter à des malades inscrits dans d'autres groupes sociaux, ce qui suppose d'autres mécanismes de lutte. Ainsi, la relation avec les malades aisés pris en charge dans d'autres réseaux n'a pas été abordée ici et il serait intéressant de se pencher sur eux, afin de comprendre l'imbrication entre logique médicale et sociale dans leur cas ainsi que leur inscription dans l'espace social. Une étude plus systématique des relations entre médecins à partir des communications scientifiques par exemple permettrait de comprendre la place de ces autres patients et de démêler les autres réseaux dans lesquels ils s'intègrent afin de comprendre s'ils sont pris en compte dans une logique similaire ou si la logique de lutte se retrouve réadaptée au groupe social. Dans le même ordre d'idée, il serait intéressant d'approfondir les relations entre les différents acteurs de la lutte spatiale. Les rapports entre médecins et architectes, que nous avons esquissé ici dans le cadre barcelonais des années 1930, requièrent une étude elle aussi plus systématique pour comprendre les liens de sociabilité entre acteurs et leurs influences mutuelles. Cela permettrait en outre d'élargir le cadre géographique de cette enquête, et en particulier d'observer les échanges entre les professions en Espagne, en Europe ou encore en Amérique en lien notamment avec l'exil de nombre de ces acteurs. Étendre cette étude sur la situation de la tuberculose et des tuberculeux dans l'espace social barcelonais dans le cadre temporel constitue aussi une piste intéressante. En effet, la guerre civile marque une certaine rupture dans les pratiques de lutte mais l'évolution importante du panorama de la médecine après la défaite républicaine de 1939, liée à l'exil de nombre de médecins, suppose une redéfinition de la lutte telle qu'elle est envisagée et menée. Que deviennent les structures de soins mises en place par le gouvernement catalan ? Les établissements de soins sont intégrés au nouveau Patronato Nacional Antituberculoso, et la lutte antituberculeuse est alors centralisée, et dirigée dans un premier temps par les mêmes

¹ VIAN, Boris, *L'écume des jours*, Société Nouvelle des Editions Pauvert, Paris, 1979, p. 227.

personnes qui dirigeaient autrefois le Real Patronato sous la dictature de Primo de Rivera, avec un rôle important joué par la Falange¹. Les acteurs barcelonais qui restent sont souvent ceux qui critiquaient le système de la Generalitat, tel Jacint Reventós ce qui tendrait à nous faire penser qu'une vraie réorganisation de la lutte s'impose alors. Parfois à l'échelle d'un établissement, les choses changent peu. Avec l'exil de Lluís Sayé c'est Tomás Seix qui prend la direction du dispensaire central et la pratique médicale semble rester la même puisque les questions posées dans les fiches cliniques restent quasi identiques, seul l'entête du document change, ainsi que la langue utilisée. Dans les hôpitaux la différence semble au départ peu sensible, si ce n'est pour les histoires des patients qui incluent plus fréquemment l'expérience de la guerre. L'inscription des malades dans l'espace social change-t-elle fondamentalement ? L'évolution de la ville liée en partie à l'immigration suppose sans doute des modifications importantes. Par ailleurs, la mise en place d'une assurance maladie change peut-être la donne pour les malades comme pour la prise en compte de la structure de soins. La mise au point des antibiotiques en 1948 implique aussi un bouleversement sans précédent, du moins en théorie. Cette nouveauté scientifique permet de détruire le microbe dans le corps humain et suppose dès lors la fin de la question sociale, mais aussi une rupture d'avec ce rapport à l'espace. Mais si la tuberculose se soigne, dans la pratique l'accès aux soins est assez limité et ce n'est que dans les années 1960 que la streptomycine devient accessible à tous². La lutte antituberculeuse reste dans un premier temps basée sur les mêmes logiques, mais sur la question sociale elle laisse place à la question de l'accès aux soins pour tous. C'est d'ailleurs, encore aujourd'hui, le plus gros enjeu pour les médecins soignant la tuberculose.

« *¡La sanidad pública no se vende se defiende !* », entend-t-on dans les manifestations contre la privatisation du secteur de la santé publique et les réductions budgétaires opérées par le gouvernement espagnol depuis quelques mois. Le thème de la tuberculose occupe d'ailleurs une place dans les médias, d'abord un clandestin à Mallorca qui meurt de la maladie pour ne pas avoir été soigné, ensuite la polémique sur la recrudescence de la tuberculose dans la capitale catalane et les formes résistantes du microbe. Et si la prise en charge de la maladie semble dès lors entièrement médicale, la problématique de son inscription dans l'espace social reste primordiale. Ainsi, le dispensaire central n'a pas disparu à Barcelone avec la transformation de l'édifice de la rue Torres Amat en un centre d'attention primaire (nommé

¹ MOLERO MESA, Jorge, « Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. », *Dynamis*, vol 14, Universidad de Granada, Grenade, 1994, pp.199-225.

² Pour la France, GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*. Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986.

Lluís Sayé) dans les années 1990. Il s'est simplement déplacé du Nord vers le Sud du Raval, quartier du centre-ville qui est de loin le plus précaire et concentre de toute évidence la « population à risque ».

SOURCES

Sources imprimées.

- **Revue, journaux**

Academia d'Higiene de Catalunya, 1892-1938, Notes Historiques, travail présenté au XI Premi d'Història de la Medicina Catalana, Oleguer Miró i Borràs, COMB.

Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona, 1902-1917.

Boletín de Estadística de la Ciudad de Granada, Ayuntamiento de Granada, 1938.

El Vidrio « Federación Española de Vidrieros, Cristaleros, y Similares » 1916-1919. Sociedad de Obreros Vidrieros de Barcelona. Archivo Histórico local del Museo de Badalona. (www.cedall.org).

Gasetta Municipal de Barcelona, Bulletin Statistique du 07 mars 1932. Bulletin démographique de l'année 1934.

La Publicitat, Barcelone, 1922-1939.

La Vanguardia (www.lavanguardia.es/hemeroteca).

Solidaridad Obrera, CNT (1907-1994), (www.cedall.org).

Revista de los servicios Sanitarios y Demográficos Municipales, Barcelone, 1929.

Revista de Higiene y Tuberculosis, Valence, 1905-1936.

Revista Médica de Barcelona, Barcelone, 1924-1936.

Revista AC (Documents d'Activitat Contemporània), Barcelone, 1931-1937.

Sanitat Catalana, Barcelona, 1932-1936.

• Ouvrages et articles

ANONYME, « Instrucciones populares para el conocimiento y preservación de la tuberculosis... », dans *Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico 1899-1900 de la Sociedad Española de Higiene*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1899, pp. 27-68.

ANONYME, *Liga logroñesa contra la tuberculosis. Catecismo*, Tip. Vda. de V. de Pablo, Logroño, 1904, 8 p.

ANONYME, AYUNTAMIENTO DE PIEDRAHITA (Avila), *Cartilla de instrucciones populares contra la tuberculosis o tisis. Año 1904*, José Perales y Martínez, Madrid, 1904, 16 p.

ANONYME, *Para los niños de España. Liga de Sociedades de Cruz Roja*, Ed. Mediterráneo, Valence, 1921, 20 p.

ANONYME « Resumen estadístico de la labor antituberculosa del Real Patronato, durante el primer año de su existencia », *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1924-1925*, Publ. del Real Patronato Antituberculoso de España, año primero, Madrid, 1925.

ANONYME, *Lucha oficial contra la tuberculosis. Junta Central. Campaña de 1925 a 1926*, Publ. RPAE, Madrid, 1926, 45 p.

ANONYME, *Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis. Sanatori de Torrebonica. XXV anys de lluita antituberculosa. 28 gener 1911-28 gener 1936*, Imp. Altés, Barcelone, 1936, 23 p.

AIGUADER I MIRO, Jaume, *La Fatiga obrera* : conférence donnée à l'Associació Obrera de la Indústria Fabril i Tèxtil de Barcelona i el seu radi, et à la Societat Esbarjo Ateneu de Mataró, Barcelone, 1929.

AIGUADER I MIRO, Jaume, *El Problema de l'habitació obrera a Barcelona*, Publicacions de l'Institut Municipal d'Higiene de Barcelona, Barcelone, 1932.

AIGUADER MIRO, Jaume, *Les estadístiques de la mortalitat espanyola, catalana i barcelonina*, col. Monografies Mèdiques, Cosmos, Barcelone, 1934.

ALBUQUERQUE CAVALCANTI, Francisco d', *Les Passions tristes. Le Libertinage et la syphilis considérés comme cause de phtisie*. Thèse pour le doctorat en Médecine, A. Parent, imprimeur de la faculté de médecine, Paris, 1882.

ALONSO DE VELASCO, Ismael, *Colonias escolares y Sanatorios marítimos*, Tip. de José Izquierdo, Madrid, 1912, 37 p.

ALVAREZ Y RODRIGUEZ VILLAMIL, Vicente, *Madrid y la tuberculosis. Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Imp. Municipal, Madrid, 1912, 46 p.

ARIAS CARVAJAL, Pio, *Tuberculosis. Como se puede evitar y curar esta enfermedad*, Edit. Maucci, Barcelona, 1921, 328 p.

BAÑUELOS GARCIA, Misael, *La cura de reposo en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar*, Ed. Baldacci, Barcelone, 1932, 71 p.

- BARJAU, Josep Maria, « Consideracions del que deu ésser la lluita antituberculosa a Catalunya », dans PASCUAL BRIFFA, Gerard. *Societat Medico-Farmacéutica dels Sants Cosme i Damia. Memoria dels treballs realitzats durant el curs anterior*, Libr. Pontificia, Barcelone, 1932, pp. 13-95.
- BENITO LANDA, Tomás de, *El problema médico-social de la tuberculosis*, Ediciones Literarias, Madrid, 1931, 214 p.
- BERNARD, Etienne, *Tuberculose et médecine sociale*, Masson, Paris, 1938.
- BERTILLON, Jacques, *Cartogrammes et diagrammes relatifs à la population parisienne et à la fréquence des principales maladies, 1867-1887*, Paris, 1889.
- BOURGEOIS, Léon, *L'isolement des tuberculeux et la lutte contre la tuberculose*, éditions Berger-Levrault et Cie, Paris, 1906.
- BRAVO Y MORENO, Fernando, *Tuberculosis y accidentes de trabajo. Comunicación presentada al Primer Congreso Español Internacional de la Tuberculosis*, Eusebio Hidalgo, Barcelone, 1910, 20 p.
- BUENDIA, Rogelio, *El médico principal agente de la lucha antituberculosa*, Imp. La Semana Gráfica, Valence, 1931, 7 p.
- BUYLLA Y ALEGRE, Arturo, *El alcoholismo y la tuberculosis*, Imp. La Comercial, Oviedo, 1902, 60 p.
- CARBAJO MARTIN, Juan J., *La organización de la lucha antituberculosa en Gran Bretaña*, Gráf. Herrera, Madrid, 1934, 25 p.
- CARRADE, Jean, *Contribution à l'étude de la néosalvarnothérapie. Nouveau traitement de la syphilis par les injections intra-rectales de néosalvarsan*, A Rey, Lyon, 1916, 62 p.
- CELA, Camilo José, *El Pabellón de reposo*, Austral, Madrid, 1951.
- CERDA, Ildelfons, *Teoría General de la Urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*, 2 vols, Imp. Española, Madrid, 1867.
- CERVIA, Tomás, *Trabajos del Dispensario Antituberculoso Central de Santa Cruz de Tenerife. Volumen II, año 1935*, Tip. Católica, Santa Cruz de Ténérife, 1936, 141 p.
- CERVIA, Tomás, « Acerca del mejoramiento del efecto de la estreptomycin mediante las asociaciones medicamentosas », *Revista Española de Tuberculosis*, n°19/8, Madrid, 1950, pp. 543-556.
- CHAUSSIDIÈRE, Camille, *La lutte Sociale contre la tuberculose, sa forme actuelle, ses résultats, son avenir*, Le François, Paris, 1931.
- CLARAMUNT FUREST, Lluís. *Lluita contra la febre tifoide a Catalunya*, Imprenta La Ibèrica, Barcelona, 1933.
- CLAVERO DEL CAMPO, G., *La mortalidad por tuberculosis en Santander. Estudio estadístico-epidemiológico*, Tip. Librería Moderna, Santander, 1934, 53 p.

- COMENGE Y FERRER, Luis, *La tuberculosis en Barcelona*, Imp. de Amat y Martínez, Barcelone, 1892, 16 p.
- COMENGE y FERRER, Luis, *Estudios demográficos de Barcelona*, Instituto de Higiene Urbana, Barcelone, 1892.
- COMENGE y FERRER, *Mortalidad infantil de Barcelona según las clases sociales*, Tipografía «La Académica», Barcelone, 1900, 7p.
- CORNUDELLA, José, « Recuperabilidad del tuberculoso », *Anales de Medicina y cirugía*, vol XXVI, n°32, 1949, pp. 304-310.
- COSTA Y BUFI, Gaspar, *Cartilla contra la tuberculosis para las escuelas de primera enseñanza*, Imp. La Catalana, Barcelone, 1912, 31 p.
- CRESPO ALVAREZ, Antonio, *La lucha social contra la tuberculosis. España antorcha del mundo*, Ed. Abelló, Madrid, 1941.
- DARDER-RODES, Joan Batista, SEIX, Tomás, *Preceptos higiénicos para curar y evitar la tuberculosis*, Imp. J. Horta, Barcelone, 1919, 13 p.
- DAREMBERG, *L'esprit des tuberculeux*, Journal des Débats, Paris, 1899.
- DIEZ FERNANDEZ, Carlos, *Lucha antituberculosa de España. Dispensario del distrito de la Universidad. Estudio epidemiológico*, Gráf. Universal, Madrid, 1935, 62 p.
- DOYEN, E, « Recherches sur l'évolution du bacille-virgule du Choléra » dans *Le Progrès médical, journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, série 2 tome 2, Paris, 1885, pp. 4-7.
- DUMAS, Alexandre (fils), *La dame aux camélias*, Librairie Générale Française, Paris, 1983, [1^{ère} ed. 1848].
- ENGELS, Frederick, *The Housing question*, Martin Lawrence limited, Londres, 1935.
- ESPINA Y CAPO, Antonio, *Profilaxis de la tuberculosis en las grandes poblaciones. Comunicación leída en el Congreso Nacional de la Tuberculosis reunido en Coimbra, marzo de 1895*, Imp. N. Moya, Madrid, 1895, 29 p.
- ESPINA Y CAPO, Antonio, *Asociación contra la tuberculosis. Exposición de motivos hecha por el Dr... para justificar su constitución*, Imp. N. Moya, Madrid, 1903, 8 p.
- FATAS Y MONTES, Luis, *Defensa contra la tuberculosis. Conferencia dada en el Círculo Democrático el 3 de diciembre de 1904*, Bailly-Baillière e hijos, Madrid, 1905, 72 p.
- FERRAND LOPEZ, Carlos, *Cartilla higiénico-popular contra la tuberculosis*, Imp. Provincial, Cuenca, 1910, 20 p.
- GARCIA DURAN, Román, *Lucha social contra la tuberculosis. Discurso en la Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, Tip. Cuesta, Valladolid, 1936, 40 p.
- GARCÍA FARIA, Pedro, *Insalubridad de las viviendas de Barcelona*, Imprenta de J. Balmas Planas, Barcelone, 1890.

GARCIA FARIA, Pedro, *Proyecto del subsuelo de Barcelona, Alcantarillado-Drenaje-Residuos urbanos*, Imprenta de Henrich y Comp. en Comandita, Barcelone, 1893.

GARCÍA LUQUERO, Clemente, *La tuberculosis como problema sanitario : estudio aplicado a Barcelona*, Casa Provincial de Caridad, Barcelona, 1950.

GARRIDO LESTACHE, Rafael, *Cartilla popular profiláctica contra la tuberculosis*, J. Chulilla, Madrid, 1933, 8 p.

GASALLA GONZALEZ, Pedro, *Los cafés considerados como una de las causas principales de la tuberculosis*, Imp. El Regional, Lugo, 1893, 75 p.

GIL CASARES, Miguel, *La profilaxis de la tuberculosis desde los puntos de vista del contagio y de la herencia*, Imp. El eco de Santiago, Santiago, 1925, 28 p.

GIL PERELA, Julián, *Lucha contra la tuberculosis pulmonar. Estés sano, predispuesto o tuberculoso. Cartilla de vulgarización*, La Mercantil Barcelonesa, Barcelone, 1926, 64 p.

GIMENO NAVARRO, J., *Barraques de Monjuïc : drama en tres actes*, Ranz, col.lecció El Nostre Teatre, Barcelone, 1936.

GONCOURT, Edmond et Jules, de, *Germinie Lacerteux*, H Champion, Paris, 2011 [1^{ère} ed. 1865], 227 p.

GONZALEZ DE VEGA, Norberto, *Dispensario antituberculoso del Estado en Granada. Trabajo realizado durante el mes de agosto de 1934 al 31 de diciembre de 1935*, Imp. Rafael Román, Grenade, 1936, 68 p.

GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis y el ingreso al trabajo a los catorce años de edad. Consideraciones sobre los resultados del reconocimiento sistemático*, s. i., s. l., 1947, 3 p.

GONZALEZ RIBAS, Modesto, *Descubrimiento precoz, asistencia social y recuperación en la tuberculosis del obrero*, Lib. de Ciencias Médicas, Barcelone, 1947, 121 p.

GONZALEZ RIBAS, Modesto, *La tuberculosis en su aspecto social*, Imp. S.A. Horta., Barcelone, 1948, 14 p.

GUERRA Y CORTES, Vicente, *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Baena Hermanos, Madrid, 1903, 18 p.

HAUSER, Philip, *Nouvelles considérations sur la mortalité de la première enfance en Espagne comparée avec celle de la France : mémoire lu au Congrès International d'Hygiène tenu à Paris du 1er au 10 août 1878*, C.M. Santigosa, Séville, 1881.

HAUSER, Philip, *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario demográfico, 70 cuadros estadísticos*, Tomás Sanz, Séville, 1882.

HAUSER, Philip, *Nouvelles considérations sur la manière d'étudier la salubrité d'une ville et sur les moyens de l'assainir*, mémoire lu au Congrès International d'Hygiène de Genève en septembre 1882.

HAUSER, Philip, *La casa y el suelo en relación con las enfermedades infecciosas : con grabados infecciosos con grabados representando las distintas especies de microfitos de la sangre*, F. Fernández, Madrid, 1885.

HAUSER, Philip, *La défense sociale contre la tuberculose*, Imp. Succ. de Rivadeneyra, Madrid, 1898, 69 p.

HAUSER, Philip, *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Madrid, Est. Tip. Sucesores de Rivadeneyra, 1902, p. 488.

HERGUETA Y MARTIN, Simón, *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades del pecho en Madrid*, Tip. del Hospicio, Madrid, 1895, 75 p.

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, *Annals de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelone, 1932-1936.

HUGO, Victor, *Les Misérables*, tome IV, Pagnerre, Paris, 1862.

HUMBERT, Federico, *Disminución de la mortalidad por tuberculosis gracias a un ensayo de medicina social*, Minuesa de los Ríos, Madrid, 1922, 15 p.

JAUBERT, L., *Du Prétendu antagonisme entre fièvre typhoïde et tuberculose*, Imprimerie Générale Perroux, Mâcon, 1908. 11 p.

JUILLERAT, Paul, *Une institution nécessaire, le casier sanitaire des maisons*, Rousset, Paris, 1906, 136 p.

JUILLERAT, Paul, *L'Hygiène au logement*, Delagrave, Paris, 1906, 223p.

KLEIN, Alexander, *La vivienda mínima : 1906-1957*, Gustavo Gili, Barcelone, 1980, 355 p.

LANDOUZY, Louis, « Le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de la tuberculose; les moyens de défense sociale contre la Tuberculose, Conférence par le professeur L. Landouzy au Congrès international de Rome contre la Tuberculose, le 12 avril 1912. », *La revue de la tuberculose*, Tome IX, n° 3 et 4, Masson et Cie Editeurs, Paris, Juin-Août, 1912.

LAGNEAU, Gustave, « De la mortalité par tuberculose selon la profession et selon l'habitat », dans *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*, IV° Série, tome 5, Paris, 1894, pp. 235-236.

LINARES ENRIQUEZ, Antonio de, *La tuberculosis y la Higiene. Conferencia leída en la sesión pública celebrada en la Sociedad malagueña de Ciencias Físicas y Naturales el 18 de octubre de 1906*, Imp. José Supervielle, Málaga, 1906, 23 p.

LOPEZ DURAN, Baudilio, *Lecciones sobre tuberculosis pulmonar*, Imp. Vda. de López del Horno, Madrid, 1922, 264 p.

LLAMAS TORBADO, A., *Lucha contra la tuberculosis. Conferencia. Dada en la casa social católica de Vitoria en sesión pública presidida por la junta Provincial de Alava del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España, el día 14 de noviembre de 1925*, Tip. Fuertes y Marquinez, Vitoria, 1926, 28 p.

LLOPIS LLORENTE, R., *Dispensario del Instituto Provincial de Sanidad de Valencia. Siete años de labor (mayo 1933-diciembre 1939)*, PNA, Valence, 1940, 72 p.

LLORENS Y GALLARD, Ignacio, *La tuberculosis en Barcelona. Discurso leído en la Sesión pública inaugural celebrada en 28 de marzo de 1900 en el salón de Ciento de las casas Consistoriales*, Tip. Casa Prov. de Caridad, Barcelone, 1900, 50 p.

LLORENS Y GALLARD, Ignacio de, *El alcoholismo como causa de la tuberculosis*, Imp. Casa Prov. Caridad, Barcelone, 1912, 35 p.

MANN, Thomas, *La Montagne Magique*, Fayard, Paris, 1931 [1^{ère} ed. 1924], 509p.

MARIANI Y LARRION, Juan Manuel, *La lucha contra la tuberculosis*, Imp. Nicolás Moya, Madrid, 1905, 32 p.

MOLINER Y NICOLAS, Francisco, *Liga Nacional contra la Tuberculosis y de Socorro a los Tísicos Pobres. Proyecto de sus estatutos y reglamento*, Tip. Federico Domenech, Valence, 1899, 20 p.

MONLAU, Pere Felip, *Abajo las murallas!!! : Memoria de las ventajas que reportaría Barcelona, y especialmente su industria, de la demolición de las murallas que circuyen la ciudad*, Imp. del Constitucional, Barcelone, 1841.

MONLAU, Pere Felip, SALARICH, Joaquim, *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediada del siglo XIX*, Anthropos, coll Historias, Ideas y Textos, Barcelona, 1984.

MUÑOZ REDONDO, M., *Profilaxis de la tuberculosis en Zaragoza*, Imp. Andrés Hermanos, Saragosse, 1897, 64 p.

MORALES Y GONZALEZ, Juan L., *Esquema de un programa de lucha contra la tuberculosis de la infancia y edad escolar en Sevilla*. Orientaciones. Obra social de prevision, Imp. Mercedes, Séville, 1933.

MURILLO PALACIOS, Francisco, (dir), *Anuario de la dirección general de sanidad*, Ministerio de Gobernación, Imprenta Gráfica Universal, Madrid, 1923.

NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932, 62 p.

PALANCA, José Alberto, *Lucha antituberculosa : orientaciones epidemiológicas*. En: *Palanca, J.A. et al. Orientaciones actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva)*, s.i., Madrid, 1947, p. 355-370.

PEÑA NOVO, Plácido, *El problema tuberculoso en Galicia*, Imp. Moret, La Corogne, 1930, 120 p.

PESADO BLANCO, Sergio, *Cartilla higiénica popular contra la tuberculosis y el alcoholismo. Libro para uso de los niños...de las escuelas y de sus familias*, Vda. de J. Sagrera, Plasence, 1916, 28 p.

PONS MARQUES, Lorenzo, *Instrucciones populares para evitar la propagación y estragos de la tuberculosis. Conclusiones de una conferencia sobre el mismo tema*, Bernardo Fábregas, Mahón, 1904, 8 p.

PUENTE, Isaac, *La Higiene, la Salud y los Microbios*, Biblioteca de Estudios, Valence, 1935.

PULIDO FERNANDEZ, Ángel, *La tuberculosis y su profilaxis social. Conferencia popular dada en el Instituto Nacional de Previsión el 5 de junio de 1916 con motivo de la celebración de la Fiesta de la Flor en Madrid*, Imp. Asilo de Huérfanos, Madrid, 1916, 39 p.

PUYOL LALAGUNA, José Ma., *Las Casas Baratas, Oficina de Trabajo de la « Acción Social Popular »*, Barcelone, 1910.

RISQUEZ, F. A., *Plan de campaña antituberculosa*. Conferencia dada en la Sociedad de Ciencias de Málaga el 2 de marzo, Tip. de « El Ultimo », Málaga, 1903

RODRIGUEZ SAYAGO, M. J., *Cultura y educación antituberculosa*, Imp. de Alvarez y Zambrano, Séville, 1931, 81 p.

RUIZ DE ARCAUTE, Luis, *Profilaxis de la tuberculosis. Memoria léida en la Facultad de Medicina de la Universidad Central en el acto de aspirar al grado de doctor en la misma facultad*, Nicolás Moya, Madrid, 1896, 23 p.

SALCEDO Y GINESTAL, Enrique, *Qué debe entenderse por Sanatorio desde el punto de vista higiénico. Bases para la organización de estas fundaciones en sus diversos aspectos*, Sociedad Española de Higiene, Madrid, 1899, 38 p.

SALCEDO Y GINESTAL, Enrique, *Las colonias escolares en España durante los años de 1887 a 1897*, Imp. R. Rojas, Madrid, 1900, 47 p.

SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Missenyora la Mort », *Columna de Foc* n°5, Barcelone, 1919.

SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Es tot fosc i jo al llit », *Columna de Foc*, n°5, Barcelone, 1919.

SALVAT PAPASSEIT, Joan, « Tot l'enyor de demà », dans *L'irradiador del port i les gavines*, Editions 62, Barcelone, 2007 [1ère ed. 1921].

SAND, George, *Un Hiver à Majorque*, Glénat, Grenoble, 1993 [1ère ed. 1842], 210 p..

SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, J. Horta, Barcelone, 1913, 22 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Profilaxis de la tuberculosis*, Oliva de Vilanova, Barcelone, 1924, 93 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Quimioterapía de la tuberculosis*, Seix Barral, Barcelone, 1927, 254 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *La Conferencia para el estudio de la vacunación antituberculosa con el BCG y nuestras observaciones durante cuatro años de aplicación al niño*, Rev. Méd. Barcelona, Barcelone, 1929, 30 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España*, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1933, 71 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Com lluitar contra la tuberculosi a Girona. Conferencia donada a l'ajuntament de Girona el dia 25 d'Abril de 1934*, s.i., s.l., 1934, 14 p.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Doctrina y Practica de la profilaxis de la tuberculosis*, ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1940.

SAYE SEMPERE, Lluís, *Tratamiento y profilaxis de la tuberculosis*, Salvat, Barcelone, 1958.

SAYE SEMPERE, Lluís, *L'obra antituberculosa internacional. Discurs llegit en la sessió inaugural del curs 1963-1964*, Institut d'Estudis Catalans, Barcelone, 1965.

SELLIER, Henri, *La crise du logement et l'intervention publique en matière d'habitation populaire dans l'agglomération parisienne*, Editions de l'office public d'habitations à bon marché du département de la Seine, Paris, 1921.

SIERRA Y ZAFRA, Fernando, *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*, Imp. Valentín Tordesillas, Madrid, 1912, 30 p.

SNOW, John, *On the mode of communication of cholera*. J. Churchill [2^{ème}.ed.], Londres, 1855, 162 p.

SOLEY I GELY, V., *La lucha contra la tuberculosis. Memoria leída y aprobada en la Academia de Higiene de Cataluña el 11 de febrero de 1904*, Imp. Francisco Badía, Barcelone, 1904, 83 p.

SUAREZ ZAMORA, Rodrigo, *La tuberculosis en los niños. Causas predisponentes; consejos a los padres para evitarlas o atenuarlas*, Sociedad Española de Higiene, Madrid, 1919, 35 p.

SUGRAÑES Y BARDAGI, F., *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. Inglada, Barcelone, 1911, 28 p.

TORRES, Màrius, *Poesies*, Quaderns de l'Exili, Coyoacán, 1947.

VALDES LAMBEA, José, *El fantasma de la tuberculosis. Páginas útiles a sanos y enfermos*, Tip. La Tierra, Carthagène, 1928, 30 p.

VELAZQUEZ LOBO, Zacarías, *Asociación Católica de obreros. El alcoholismo y la tuberculosis en las clases obreras*, Imp. Católica de E. G. Rovina, Avila, 1911, 16 p.

VERDES MONTENEGRO, José, *Cartilla contra la tuberculosis*, Imp. de E. Teodoro, Madrid, 1906, 14 p.

VERDES MONTENEGRO, José, *Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso de recepción leído en la RANM el 3 de febrero de 1935*, Imp. Augusto Boué, Madrid, 1935, 60 p.

VIAN, Boris, *L'écume des jours*, Société Nouvelle des Editions Pauvert, Paris, 1979.

VICENTE Y CHARPENTIER, Carlos de, *Desinfección doméstica. Aislamiento y desinfección simplificados. Medios fáciles y económicos para prevenir el contagio de las*

enfermedades siguientes : fiebre tifoidea, tos ferina, tifus exantemático, escarlatina, viruela...y tuberculosis, Fortanet, Madrid, 1901.

VILLEMIN, Jean-Antoine, *Etude sur la tuberculose*, Paris, 1868.

VILLERME, Louis-René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, 1840.

VINUESA ALVAREZ, A. et al., *Tuberculosis. Once conferencias radiadas de divulgación sanitaria sobre los siguientes temas*, Inst. de Higiene de Tenerife, Santa Cruz de Ténérife, 1938, 56 p.

XALABARDER COCA, Eudald, *El dolor ajeno*, Fundación Obra Cultural, Barcelone, 2011.

XALABARDER i SERRA, Eduard, « La tuberculosis en Barcelona », *La Medicina Social española*, n°3, 1918, pp.587-593.

Sources d'archives :

- « *Arxiu Nacional de Catalunya* », **ARCHIVES NATIONALES DE CATALOGNE**

- **ANC1-372 FONDS du Dr Lluís Sayé : *DISPENSARI DR. LLUÍS SAYÉ (DISPENSARI ANTITUBERCULÓS)***

Provenant du « Departament de Sanitat i centre de prevenció i control de la tuberculosi « Lluís Sayé » »

- 1921-1935 : « Històries clíniques, visites infància, assistència social dels tuberculosos ». Carton 6.
- 1905-1938 : « Résumé i gràfiques de la mortalitat per la tuberculosi, per províncies catalanes ». Carton 7.
- 1935-1939 : « Quadres de dades sobre causes de mortalitat per tuberculosi a Barcelona, resum Ajuntament Barcelona, Institut municipal d'Estadístiques ». Carton 7. Idem 1903-1918. Carton 11.
- 1926-1943 : « Dades demogràfiques corresponents a Barcelona ». Carton 7.
- « Mapes de distribució de la mortalitat per tuberculosi i estat de mortalitat per tuberculosi a Girona 1901-1034 ». 1901 et 1934. Carton 8.
- 1920-1942 : « Estadístiques i resums sobre vacunacions contra la tuberculosi ». Carton 9.
- 1955-1964 : « Memòries del dispensari central de Barcelona. Patronato Nacional Antituberculoso ». Carton 10.
- Coupures de presses étrangères. Carton 1 à 5.

- **ANC1-245 FONDS Historique de l'Hôpital Sant Pau**

- Fiches cliniques de l'Hôpital de Sant Pau, 1929-1973. (consultées entre 1929 et 1936)

- **ANC1-1 FONDS Generalitat de Catalunya (*Segona República*)**

- **ANC1-1-T-717** « Llibre d'Actes del Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya (19.04.1932 - 22.08.1932). Sessió del 20 de juny de 1932. » : p. 199 : « Decret de creació del Comissariat de la Casa Obrera ».

- **ANCI-1- T-704** « Comissariat de la Casa obrera », 1934, DEPARTAMENT D'AGRICULTURA.
 - **ANCI-1-T-808** « Expedient sobre el projecte de creació de « La ciutat de repòs i de vacances ». », 1934, DEPARTAMENT D'AGRICULTURA.
- **« Arxiu Històric de la Ciutat », Casa de L'Ardiaca ARCHIVES HISTORIQUES DE LA VILLE**
 - **Revue « Catalunya Radio »**
 - « Boletín de la Asociación Nacional de Radiodifusión » 1929-1931 (côte R-19-29-4)
 - « Catalunya Radio », vol I/II, 1931-1932. « Catalunya Radio » Vol III, 1933. « Catalunya Radio » Vol IV, 1934 (côte R-19-31-4)
- **« Arxiu Municipal administratiu de Barcelona », Rue Ciutat de Granada, ARCHIVES MUNICIPALES ADMINISTRATIVES DE BARCELONE, (Dépôt de pré-archivage).**
 - **S-100 « Sanitat i Salut pública » : Section de la Police Sanitaire.**
 - **A-105 Padrón Municipal de Habitantes 1930.**
- **« Arxiu Municipal administratiu de Barcelona », « Arxiu de Població » ARCHIVES MUNICIPALES ADMINISTRATIVES DE BARCELONE, Archive de population.**
 - Index onomastique du Padrón de 1930.
- **Dépôt du « Centre d'Atenció Primària del Raval Sud, Drassanes »**
 - Fiches de visite et enquêtes sociales réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos » de la « Mancomunitat de Catalunya ». 1921-1923.

- Fiches de visite et enquêtes sociales réalisées par le « Servicio d'asistencia social de los tuberculosos » de la « Diputación Provincial ». 1923-1931.
 - Fiches de visite réalisées par le « Servei d'assistència social dels tuberculosos » de la « Generalitat de Catalunya ». 1931-1939.
- **« Museu d'història de la medicina de Catalunya », MUSEE D'HISTOIRE DE LA MEDECINE DE CATALOGNE**
 - **Fonds Historique du Docteur Eduard Xalabarder i Serra, du docteur Conrad Xalabarder Puig et du docteur Joan Freixas.**
- Articles de revues françaises, allemandes et espagnoles sur la lutte contre la tuberculose.
 - Fiches de visite à des patients des « Dispensarios Blancos » entre 1904 et 1910.
- **Registres d'entrées de « Hospital-Sanatori de l'Esperit Sant » 1929-1964.**
- **« Arxiu Històric del COAC », ARCHIVES HISTORIQUES DU COLLEGE D'ARCHITECTES DE CATALOGNE**
 - **Fonds du GATCPAC**

C 30/194 à C 30/197 « Documentation sur des thèmes médicaux (en particulier la tuberculose) »

- Mortalité de la fièvre typhoïde, par district, par rue, en tenant compte de la longueur de la rue.
- Règlement du sanatorium de l'Esperit Sant.
- Cours à la faculté de Médecine de l'Université de Barcelone, par le Dr Lluís Sayé et le Dr J.M Barjau.

C 22/149 Conférences réalisée par le Groupe

- « El problema de las casas baratas » Mai 1930.
- « Etat actuel de l'habitation minimum en Espagne ».

- « El problema de las viviendas económicas ».

C 30/189 Documentation personnelle de Josep Torres Clavé

- « Anàlisi del problema del sanejament al casc antic de Barcelona », Proposition du Syndicat d'Architecte de Catalogne.

C 29/182 Archives Photographiques : photographies parues dans la Revue AC.

- Photographies de Margaret Michaelis sur le district V.
 - Photographies pour l'exposition « Nova Espanya ».
- « *Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau* », **ARCHIVE HISTORIQUE DE L'HÔPITAL DE LA SANTA CRUZ ET DE SAN PABLO**
 - **Registres de sortie de l'hôpital de Sant Pau 1929-1936**

BIBLIOGRAPHIE

ACKERKNECHT, Erwin, *A Short History of Medicine*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1982.

AISA, Ferrán, VIDAL, Mei, *El Raval. Un espai al marge*, Editorial Base, Barcelone, 2006.

ALBERCH I FUGUERAS, Ramón (dir.), *Els Barris de Barcelona*, Enciclopèdia Catalana, Ajuntament de Barcelona, 4 volumes, Barcelone, 1997-2000.

ALCAIDE GONZÁLEZ, « Las Publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939 : Un estudio bibliométrico », *Scripta Nova*, n°37, Barcelone, 1999.

ÁLVAREZ-URÍA, Fernando, *Miserables y locos : medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Tusquets ed., Barcelone, 1983.

ARBORIO, Anne-Marie, FOURNIER Pierre, COHEN, Yves, HATZFELD, Nicolas, LOMBA, Cédric, MULLER, Séverin (dir.), *Observer le travail. Ethnographie et histoire, approches combinées*, La Découverte, Paris, 2008, 352 p.

ARMUS, Diego (dir.), *Entre médicos y curanderos, Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, ed. Norma, Buenos Aires, 2002.

ARMUS, Diego, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Edhasa, Buenos Aires, 2007.

ARMUS, Diego, « Historias de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940 », dans ARMUS, Diego (dir.), *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*, Lugar ed., Buenos Aires, 2005, pp. 65-74.

ARXIU HISTÒRIC DEL POBLE NOU, *El Poblenou : 150 anys d'història*, Arxiu Històric del Poble Nou, Barcelone, 1991.

ASSIS DA COSTA, Francisco de, *La compulsión por lo limpio en la idealización y construcción de la ciudad contemporánea*, travail dirigé par GUARDIA BASSOLS, Manuel, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelone, 2008.

ASSIS DA COSTA, Francisco de, FAUFBA, « La ordenación de los flujos indeseables, Barcelona, 1849-1917 », dans *Perspectivas Urbanas*, UPC ESTAV, Barcelone, 2008-2009.

BÁGUENA CERVELLERA, María-José, « Cents anys de lluita antituberculosa a Barcelona », dans *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1991.

- BÁGUENA CERVELLERA, María-José, *La Tuberculosis i la seva història*, Fundació Uriach 1938, Barcelone, 1992.
- BALCELLS, Albert, *Trabajo industrial y organización obrera en la Cataluña contemporánea : 1900-1936*, Laia, Barcelone, 1974.
- BALCELLS, Albert, *Cataluña contemporánea, tome II, 1900-1939, Siglo XXI*, coll. Estudios de historia contemporánea, Madrid, 1981.
- BALCELLS, Alberto, *Crisis económica y agitación social en Cataluña de 1930 a 1936*, Instituto Católico de Estudios Sociales de Barcelona, ed. Ariel, Barcelone, 1971.
- BARLES, Sabine, *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain XVIII^{ème}-XIX^{ème} siècle*, coll. milieux, Ed. Champ Vallon, Seyssel, 1999.
- BARNES, David S., *The Making of the Social Disease. Tuberculosis in nineteenth-century France*, University of California Press, Londres, 1984.
- BARONA VILAR, Josep L., MICO NAVARRO, Joan A., « La costa valenciana com a estació hivernal. Medicina, clima i medi ambient a les acaballes del segle XIX », dans PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU MESTRE, Josep (dir.), *Turisme, Gastronomía, Oci i Salut als municipis valencians: Una Perspectiva Històrica.*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Ajuntament de Sant Vicent del Raspeig, 2012, pp. 41-54.
- BARONA, Josep L., *José Chabás Bordehore (1877-1963), Tuberculosis y medicina social en la Valencia del primer tercio del siglo XX*, sèrie minor, Consell Valencià de cultura, Valence, 2007.
- BARONA, Josep L., BERNABEU-MESTRE, Josep, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Universitat de València, 2008.
- BATTESTINI I PONS, Rafael, *Nicolau Battestini i Galup (1895-1981). Testimoni d'una època*, Pagès ed., Coll. Guimet, Lérida, 2009.
- BEC, Colette, *L'assistance en démocratie, Les politiques assistantielles dans la France des XIX^e et XX^e siècles*, Belin, Paris, 1998, 254 p.
- BERNABEU MESTRE, Josep, *La Ciutat davant el contagi : Alacant i la grip de 1918-19*, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, coll Monografies sanitàries, Valence, 1991.
- BERNABEU MESTRE, Josep, « Estadísticas y salud pública : el argumento del método numérico. », *Gasetta Sanitaria*, v 21, n°5, Barcelone, 2007, pp. 416-417.
- BERNABEU MESTRE, Josep, « La utopía reformadora de la Segunda República : la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección general de Sanidad, 1931-1933 ». *Revista Española de Salud Pública*, n°74, Madrid, 2000.

- BERNABEU MESTRE, Josep, GASCÓN PÉREZ, Encarna, « El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria », *Dynamis*, n°15, Universidad de Granada, 1993, pp.151-176.
- BETRAN MOYA, José Luis, *Historia de las epidemias en España y sus colonias, 1348-1919*, La Esfera de los libros, Madrid, 2006.
- BLIN, Pascale, (dir.), *Cliniques et hôpitaux privés : 10 questions d'architecture*, Le Moniteur, Paris, 2009, 143 p.
- BOHIGAS, Glòria, MONTENEGRO, Jorge, « Trabajo de campo e itinerarios urbanos. Un recorrido por Gràcia (Barcelona) », dans *Biblio 3W. Revista Bibliogràfica de Geografia y Ciencias Sociales* N° 222, Universidad de Barcelona, Barcelone, 2000.
- BOLUMAR MONTRULL, Francisco, « Aspectos sociales de la lucha contra la tuberculosis en la Valencia de entreguerras », dans *Medicina e Historia*, 2 ep. Fasc. 11, Valence, 1972.
- BONAMUSA, Francesc, SERRALLONGA, Joan (dir.), *La Sociedad urbana en la España contemporánea*, Asociación de Historia Contemporánea, Barcelone, 1994.
- BONAMUSA, Francesc, SERRALLONGA, Joan, *Del roig al groc : Barcelona, 1868-1871 : quintes i epidèmies*, L'Avenç, Barcelone, 1995.
- BORDERIAS MONDEJAR, Cristina, « Salarios y subsistencias de las trabajadoras y trabajadores de la Espanya Industrial, 1849-1868 », *Quaderns d'Història de Barcelona*, n°11, Barcelone, 2006, pp. 223-238.
- BORDERIAS MONDEJAR, Cristina (dir.), *Género y políticas del trabajo en la España Contemporánea, 1836-1936*, coll. Història del Treball, n° 2, Universitat de Barcelona, 2007.
- BOURDELAIS, Patrice, « Epidémies et populations : bilan et perspectives de recherches », dans *Epidémies et populations*, ADH, éd. Odiles Jacob, Paris, 1998.
- BOURDELAIS, Patrice (dir.), *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques (XVIII^{ème}-XX^{ème} siècles)*, Belin, Paris, 2001.
- BOURDELAIS, Patrice, « Choléra des villes et choléra des champs. Faits et représentations. », dans *Historiens et populations*, Academia, Louvain-la-Neuve, 1991, pp. 219-230.
- BOURDELAIS, Patrice, « L'épidémie créatrice de frontières », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n° 42, 2008, pp. 149-176.
- BOURDELAIS, Patrice, FAURE, Olivier, *Les nouvelles pratiques de la santé : XVIII^e-XX^e siècles*, Belin, Paris, 2005.
- BOURDIEU, Pierre, (dir.), *La misère du monde*, Seuil, Paris, 1993, 954p.
- BRUN, Jacques, RHEIN, Catherine (dir.), *La ségrégation dans la ville: concepts et mesures*, L'Harmattan, Paris, 1994, 261p.
- BRYDER, Linda, *Below the Magic Mountain: A Social History of Tuberculosis dans Twentieth-Century Britain*, Oxford Historical Monographs, Oxford, 1988.

BUJ, Antonio, « La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos. », *Scripta Nova*, Barcelone, 2003.

BUJ, Antonio, « Los riesgos epidémicos actuales desde una perspectiva geográfica », *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Barcelone, 1999.

BUJ, Antonio, « ¿ La inmigración como riesgo epidemiológico ? Un debate sobre la evolución de la tuberculosis en Barcelona durante el último decenio (1990-2000). », dans *Migración y cambio social. Número extraordinario dedicado al III Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio)*, *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Barcelone, 2001.

BUSQUETS GRAU, Joan, *La Urbanización marginal en Barcelona (II): la formación metropolitana de Barcelona*, UPC, Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de Barcelona, 1976.

CALBET I CAMARASA, Josep M., CORBELLA I CORBELLA, Jacint, *Diccionari biogràfic de metges catalans*, Ed Rafael Dalmau, Fundació Salvador Vives Casajuana, Seminari Pere Mata, Universitat de Barcelona, 1981-83.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, CSIC, Madrid, 1997.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, « Tabernas, Sociabilidad obrera y control social en el Madrid de la Restauración » dans FRAILE, Pedro, (ed.), BONASTRA, Quim. (dir.), *Modelar para Gobernar. El control de la población y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva histórica*. Publicacions Universitat de Barcelona, 2006.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, « Casas para obreros. un aspecto de la lucha antialcohólica en España durante la Restauración » « , dans *Dynamis*, n° 14, Universidad de Granada, 1994. pp. 111-130.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, « Presentación : La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX » , « Dossier : La vacunación antivariólica en España durante el siglo XIX », *Asclepio*, vol. 56, No 1, CSIC, 2004, pp. 3-6.

CAMPOS MARÍN, Ricardo, MARTÍNEZ PÉREZ José, HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael, *Los ilegales de la naturaleza : medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración, 1876-1923*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2000.

CAMPOS, Ricardo, MONTIEL, Luis, HUERTAS, Rafael (dir.), *Medicina, Ideología e Historia en la España (siglo XVI-XXI)*, CSIC, Madrid, 2003.

CANDELA, Paloma, « El trabajo doblemente invisible : mujeres en la industria madrileña del primer tercio del siglo XX », *Historia Social, tome 45, Oficios*, pp. 53-77, Valence, 2003.

CAPEL SÄEZ, Horacio, *Capitalismo y morfología urbana en España, Los libros de la frontera*, Barcelone, 1975.

- CAPEL SÀEZ, Horacio, « Una bibliografía para el estudio de la Ciudad », *Biblio 3W, Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, n°114, Universidad de Barcelona, Barcelone, 1990.
- CAPEL, Horacio, *El Modelo Barcelona : un examen crítico*, Ed. del Serbal, Barcelone, 2005.
- CAPEL Horacio, TATJER, Mercè, *Reforma social, serveis assistencials i higienisme a la Barcelona de final del segle XIX, 1876-1900*, dans *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 1991.
- CAPEL SAEZ, Horacio, LOPEZ PIÑERO, José Maria, PARDO TOMAS, José, (dir.), *Ciencia e Ideologia en la ciudad (II)*, 1er Coloquio interdepartamental, Valencia, 1991, Publication Generalitat Valenciana, 1994.
- CAPONI, Sandra, « Hygiénisme et réorganisation urbaine au Brésil et en Argentine », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n° 33 (*Varia*), 2004.
- CARBONETTI, Adrián, « Discursos y prácticas en los sanatorios para tuberculosos en la provincia de Córdoba. 1910-1947 », *Asclepio*, vol. LX, n° 2, julio-diciembre, 2008, pp.167-186.
- CARLE, Marie-Eve, *Vulnérabilité, observance et adhésion thérapeutique : quels risques ? : la prévention de la tuberculose chez les enfants immigrants à Montréal*, thèse de doctorat dirigée par FORTIN, Sylvie, TAPIERO, Bruce, Université de Montréal, département d'anthropologie, thèse déposée le 03 novembre 2011.
- CARRASCO ASENJO, Miguel, JIMENO MAESTRO, Josefina, « La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad », *Jornadas virtuales sobre crisis sanitarias. Análisis de experiencias, Revista de Administración Sanitaria Siglo XX*, n° 4, 2006, pp. 583-597.
- CARRILLO, Juan L. (dir.), *Entre Sevilla y Madrid, estudios sobre Hauser y su entorno*, Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones, Seville, 1996.
- CASELLI G., « Transition sanitaire et structure par cause de mortalité : anciennes et nouvelles causes », dans *Le déclin de la mortalité, ADH, EHESS*, 1989, Paris.
- CASTEJÓN BOLEA, Ramón, *Moral sexual y enfermedad : la medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, Universidad de Granada, instituto alicantino de cultura Juan Gil-Albert, Grenade, 2001.
- CASTEL, Robert, « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation », *Cahiers de recherches sociologiques*, n°22, 1994, pp. 11-25.
- CATEURA I VALLS, Xavier, « Estances de febre. El Sanatori del Montseny », publié sur le blog *Des del Montseny*, hébergé par *Aqui Osona*, 2010.
- CHANLAT, Jean-François, « Usure différentielle au travail, classes sociales et santé : un aperçu des études épidémiologiques contemporaines », *L'usure au Travail, Le Mouvement social*, n°. 124, 1983.

CHASSAGNE, Serge, « L'Histoire des villes : une opération de rénovation Historiographique? » dans *Rencontre franco-suisse, Villes et campagnes*, Presses Universitaires de Lyon, 1977.

CID, Felip, (dir.), *L'Hospital de l'Esperit Sant un exemple de l'evolució assistencial a Catalunya*, Fundació Hospital de L'Esperit Sant, Barcelone, 1993.

CLIFF, Andrew, HAGGETT, Peter, SMALLMAN-RAYNOR, Matthew, *Deciphering Global Epidemics, Analytical Approaches to the Disease Records of World Cities, 1888-1912*, Cambridge University Press, Cambridge studies in historical geography , Cambridge (GB), 1998, xxiii-469 p.

COHEN, Valérie, « La vulnérabilité relationnelle », *Socio-anthropologie*, n° 1, 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003.

COMAS I COMAS, Oriol, MIRALLES, Esteve (dir.), *La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya : història d'una diversitat*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelone, 1994, 277 p.

CONDRAU, Flurin, WORBOYS, Michael (dir.), *Tuberculosis then and now : perspectives on the history of an infectious disease*, McGill-Queen's University Press, Montréal, 2010.

CORBELLA I CORBELLA, Jacint, « L'obra científica del doctor Lluís Sayé i Sempere (Barcelona, 1888-1975) », *Gimbernat*, v. 20, Barcelone, 1993, pp. 143-163.

CORDIVIOLA, Alberto, GARCIA SOLER, Carme, MONCLUS, Javier, OYON, José Luis, « La formación de Nou Barris. Dinámica y explosión de la construcción residencial en la periferia barcelonesa, 1897-1935 » *III Congrès d'Història de Barcelona*, vol.2, Ajuntament de Barcelona, 1993.

CORNUDELLA, Raimond, *Historia de la Pneumologia a Catalunya*, H Hacer Historial, Barcelone, 1999.

COTTEREAU, Alain, « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? », *Sociologie du travail*, n° 2, Seuil, Paris, 1978.

COTTEREAU, Alain (dir.), « L'usure au travail », *Le Mouvement social*, n° 124, Editions de l'Atelier, Paris, 1983, 186 p.

COUDROY DE LILLE, Laurent, *L'Ensanche de población en Espagne: invention d'une pratique d'aménagement urbain*, Université Paris X Nanterre, 1994.

COUSTEAUX, Anne-Sophie, *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales*, Thèse dirigée par CHENU, Alain, Sciences Po. Paris, 2011.

DARMON, Pierre, « La Grande Guerre des soldats tuberculeux. », *Annales de démographie historique*, 1/2002 (no 103), pp. 35-50.

DARMON, Pierre, *L'homme et les microbes, XVII^{ème}-XX^{ème} siècle*, Fayard, Paris, 1999.

DAUNTON Martin, James, *Housing the Workers. A comparative History 1850-1944*, Leicester University press, Londres, 1990.

- DE ASSIS DA COSTA, Francisco, « Atlas Histórico de ciudades : las ciudades como objeto de investigación », dans *Perspectivas Urbanas*, Barcelone, 2008.
- DE CERTEAU, Michel (dir.), *L'invention du quotidien, tome 1 : Arts de faire, Tome 2: Habiter, cuisiner*, Union générale d'éditions, Paris, 1980.
- DE KONINCK, Maria, FASSIN, Didier, « Les inégalités sociales de santé, encore et toujours », dans *Inégalités sociales de santé, Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2004, pp. 5-12.
- DESSERTINE Dominique, FAURE, Olivier, *Combattre la tuberculose 1900-1940*, Presse Universitaire de Lyon, Lyon, 1988.
- DESSERTINE, Dominique, FAURE, Olivier, *Populations hospitalisées dans la région lyonnaise aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles*, Programme Rhône-Alpes, Recherche en Sciences Humaines, Villeurbanne, 1991.
- DI MEO, Guy, « Une géographie sociale entre représentations et action », *Territoire, Montagnes méditerranéennes et développement territorial*, n° 23 (Numéro Spécial Représentation, Action, Territoire), 2008, pp. 13-21.
- DI MEO, Guy, *L'Homme, la Société, l'Espace*, Anthropos, Paris, 1991, 319 p.
- DI MEO, Guy, BULEON, Pascal, *L'espace social, lecture géographique des sociétés*, Armand Colin, Paris, 303 p.
- DREYFUS, Michel, « Les grands jalons de l'histoire mutualiste » dans *La mutualité : enjeux passés, défis actuels et perspectives d'avenir, Vie sociale* n°4, 2008, pp. 11-26 .
- DUBOS, René et Jean, *The White Plague, Tuberculosis, Man and Society*, Rutgers University Press, 1952.
- DUBY, Georges (dir.), *Histoire de la France urbaine*, 5 tomes, Ed. du Seuil, Paris, 1983.
- DUPRAT, Catherine, *Usages et pratiques de la philanthropie. Pauvreté, action sociale et lien social, à Paris au cours du premier XIX^e siècle*, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 2 volumes, Paris, 1996-1997, 1398 p.
- DYOS, Harold, *James Victorian Suburb a Study of the Growth of Camberwell*, Leicester University Press, Londres, 1961.
- EALHAM, Chris, *La lucha por Barcelona, Clase, cultura y conflicto, 1898-1937*, Alianza editorial, Madrid, 2005.
- EALHAM, Chris, « La lluita pel carrer, els venedors ambulants durant la II República », *L'Avenç*, 230, nov. 1998, pp. 21-26.
- EARHA « Infrahabitatge a Catalunya », *Scripta Nova* n° 146, Université de Barcelone, 2003.
- ELIAS, Norbert, *Les logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard, 1998, 341 p.
- ENRECH MOLINA, Carles, « Jerarquía fabril y cualificación en la industria textil durante el último tercio de siglo XX », dans *Oficios, Historia Social, tome 45*, Valence, 2003, pp. 53-77.

- ENRECH MOLINA, Carles, *La España industrial : obrers i patrons, 1847-1951*, Travail de 3ème Cycle, dirigé par GABRIEL, Pere, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Història Moderna i Contemporània, Barcelone, 1990.
- ESTEBAN DE LA VEGA, Mariano, « Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española », *Ayer*, n° 25, 1997, pp. 15-34.
- ESTEVE PALOS, Albert, RECAÑO VALVERDE, Joaquín, « (Re-)visitando a García Faria : Un estudio de los factores espaciales y medioambientales de la mortalidad en la Barcelona de finales del siglo XIX », *Revista de Demografía Histórica*, vol. 24, n°1, 2006, pp. 121-180.
- EVANS, Richard, *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910*, Clarendon Press, Oxford, 1987.
- FABRE, Jaume, HUERTAS, Josep M. (dir.), *Tots els barris de Barcelona*, ed. 62, 7 volumes, Barcelone, 1976-1977.
- FARON, Olivier, « Le choléra à Milan en 1836 », dans *Epidémies et populations, ADH*, éd. Odile Jacob, Paris, 1998.
- FASSIN, Didier (dir.), « Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé », dans LECLERC, A (dir.), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte/INSERM, Paris, 2000, pp. 13-24.
- FASSIN, Didier, « Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine », *Revue française de sociologie*, vol. 1, n° 37, 1996, pp. 37-75.
- FAURE, Alain, LEVY-VROELANT, Claire, *Hôtels meublés et garnis de Paris, 1860-1990*, éd. Créaphis, Paris, 2007.
- FAURE, Olivier (éd.), *Praticiens, Patients et Militants de l'Homéopathie (1800-1940)*, Presses Universitaires de Lyon & Boiron S. A., Lyon, 1992.
- FAURE, Olivier, « Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* n°12, 1994.
- FAURE, Olivier, « Demande sociale de santé et volonté de guérir en France au XIX^e s. réflexions, problèmes et suggestions », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, n°12, 1994.
- FAURE, Olivier (dir.), « Corps infirmes et villes malades », dans *Cahiers d'histoire*, 47-1, 2002, mis en ligne le 13 mai 2009.
- FEO PARRONDO, Francisco, « La epidemia de difteria en Lodosa (1895) », dans *Lurralde, Investigación y Espacio*, 2008, pp. 65-82.
- FERNANDEZ DE RETANA, Juan, « Els passadissos de Collblanc 1900-1929. L'essència d'un barri dormitori », dans *Revista Catalana de Geografia*, vol.6, n°17, Institut Cartogràfic de Catalunya, Barcelone, 1992, pp. 50-60.

FERNÁNDEZ GARCÍA, Antonio, « Classe obrera y tuberculosis en Madrid a principio del siglo XX » dans HUERTAS Rafael, CAMPOS Ricardo (dir.), *Medicina social y clase obrera en España (siglo XIX y XX)*, tome 1, Fundación de Investigadores Marxistas, Madrid, 1992.

FERNANDEZ GARCÍA, Antonio, « La enfermedad como indicador social. consideraciones metodológicas » dans CASTILLO, Santiago del (coord.), *La Historia social en España, actualidad y perspectivas. Actas del Ier Congreso de la Asociación de Historia Social, Zaragoza, sept 1990*. Coll. Historia, Siglo XXI de España, Editores S.A, Madrid, 1991.

FERNANDEZ NUÑEZ, Mercè, *Història d'un pati: La Magrana*, Travail réalisé dans le cadre du cours « Desde la Història de la ciudad » dirigé par Mercè Tatjer, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelone, 1994.

FERRAND-BECHMANN, Dan, *Pauvres et mal logés, les enjeux sociaux de l'habitat*, L'Harmattan, Paris, 1990.

FIJALKOW, Yankel, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, L'Harmattan, coll. habitat et société, Paris, 1997, 274 p.

FIJALKOW, Yankel, « Territorialisation du risque sanitaire et statistiques démographiques : les immeubles tuberculeux de l'îlot insalubre de Saint Gervais (1894-1930) », dans *Morbidité, Mortalité, Santé, ADH*, EHESS, Paris, 1996.

FIJALKOW, Yankel, « L'enquête sanitaire urbaine à Paris en 1900 », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle* 1/2004 (n° 22), pp. 95-106.

FLEURET, Sébastien, THOUÉZ, Jean-Pierre, (dir.), *Géographie de la Santé. Un panorama*, coll. Anthropos, éd. Economica, Paris, 2007.

FOUCAULT Michel, et al., *Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne)*, coll. Architecture, Mardaga, Bruxelles, 1979.

FOUCAULT, Michel, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975.

FOUCAULT, Michel, *Naissance de la clinique*, PUF, Paris, 1963, 214 p.

FOURCAUT, Annie (dir.), *La ville divisée. Les ségrégations urbaines en question, France XVIII-XX^{ème} siècles*, Creaphis, Grâne, 1996, 465 p.

FRIOUX, Stéphane, *Les réseaux de la modernité. Amélioration de l'environnement et diffusion de l'innovation dans la France urbaine (fin XIX^{ème} siècle - années 1950)*, thèse de doctorat dirigée par PINOL Jean-Luc, Université Lumière Lyon 2, 2009.

FRIOUX, Stéphane, « Les insectes, menace pour la ville a la Belle époque », dans FRIOUX, Stéphane et PEPY, Emilie-Anne (dir.), *L'animal sauvage entre nuisance et patrimoine, France XVI^e-XXI^e siècle*, Lyon, ENS ed., 2009, p. 115-130.

FRIOUX, Stéphane, *Les batailles de l'hygiène : villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, PUF, Paris, 2013, 387 p.

FUSTER SOBREPÈRE, Joan, (dir.), *L'Agenda Cerdà: contruint la Barcelona metropolitana*, Ajuntament de Barcelona, 2010.

- GABRIEL, Pere, « Sous i cost de la vida a Catalunya a l'entorn dels anys de la Primera Guerra Mundial », *Recerques*, n°20, 1988, pp.61-91.
- GALLARDO ROMERO, Juan José, *Los Orígenes del movimiento obrero en Santa Coloma de Gramenet : el anarcosindicalismo, 1923-1936*, Grupo de Historia José Berruezo, Santa Coloma de Gramenet , 2000.
- GALLOT, Fanny, *Les ouvrières des années 1960 au très contemporain: pratiques et représentations*, thèse de doctorat d'histoire dirigée par ZANCARINI-FOURNEL, Michelle, soutenue à l'Université Lumière Lyon 2 le 10 décembre 2012, 608 p.
- GARCIA CASTRO DE LA PEÑA, Teresa, « Barrios barceloneses de la Dictadura de Primo de Rivera », *Revista de Geografía*, 1974, pp. 77-97.
- GARCÍA, E., TATJER, M., VILANOVA, J.M., *L'habitatge a Catalunya*, Fundació Bofill, Barcelona, 1993.
- GAULDIE, Enid, *Cruel habitations : a history of-working-class housing, 1780-1918*, G Allen and Unwin, Londres, 1974.
- GIOL, Pere, *La casa de veïns del segle XIX a Barcelona*, thèse de doctorat, ETSAB, UPC, Barcelone, 1995.
- GIRÓN SIERRA, Álvaro, *En la Mesa con Darwin, Evolución y revolución en el movimiento libertario en España 1869-1914*, Consejo Superior de Investigación Científica (CSIC), Madrid, 2005.
- GODARD, Francis, « Recherches sur la ville : clercs ou experts ? » dans *La ville : Habiter, gouverner, Sociologie du travail*, n°2 Dunod, Montrouge, 1995.
- GOMEZ REDONDO, Rosa, « Morir infante o morir anciano », dans *Mortalidad infantil y condiciones de vida en la europa del sur*, *Revista d'Historia contemporánea*, n°18, 1999. pp. 13-18.
- GONZALE-LAFAYSSSE, Linda, « Les chiffonniers bordelais à la fin du XIX^e siècle : Entre professionnalisation et stigmatisation », dans *Ethnologie française*, 2010/3 Vol. 40, pp. 521-530.
- GOZÀLVEZ PÉREZ, Vicente, *Los procesos de urbanización siglo XIX y XX*, Instituto de cultura Juan Gil Albert, Alicante, 1991.
- GRABULEDA TEIXIDOR, Carles, *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*, thèse dirigée par FRADERA BARCELÓ, Josep Maria, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2002.
- GRELLET, Isabelle, KRUSE, Caroline, *Histoires de la tuberculose : les fièvres de l'âme 1800-1940*, Ramsay, coll. les Raisons du Corps, Paris, 1983.
- GRIBAUDI, Maurizio, *Itinéraires ouvriers. Espaces et groupes sociaux à Turin au début du XX^{ème} siècle*, EHESS, Paris, 1987

GUARDIA-BASSOLS, Manel, MONCLÚS, Javier, OYÓN, José Luis (dir.), *Atlas histórico de ciudades europeas*, Salvat, Barcelone, 1992.

GUARDIA, Manel, OYON, José Luís, « El barri de les Corts entre la integració a la ciutat i l'endogàmia. Alguns indicadors de mobilitat geogràfica en el període d'entreguerres », dans *jornades de recerca històrica de les corts*. Arxiu Municipal del Districte de Les Corts, 1998, pp. 239-247.

GUESLIN, André, *Les gens de rien. Une histoire de la grande pauvreté dans la France du XX^{ème} siècle*, Fayard, Paris, 2004.

GUESLIN, André, *D'ailleurs et de nulle part. Mendiants, vagabonds, clochards, SDF en France depuis le Moyen Âge*, Fayard, Paris, 2013, 536 p.

GUESLIN, André, GUILLAUME, Pierre, (dir.), *De la charité médiévale à la sécurité sociale*, Les Editions Ouvrières, Paris, 1992, 337 p.

GUESLIN, André, KALIFA, Dominique (dir.), *Les exclus en Europe 1830-1930*, éditions atelier, Editions Ouvrières, Paris, 1999, 477 p.

GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques (dir.), *Les maux et les mots de la précarité et de l'exclusion en France au X^x^{ème} siècle*, Actes des journées d'études du laboratoire ICT (Université Paris 7) des 12 et 13 mai 2011, L'Harmattan, Paris, 2012.

GUESLIN, André, STIKER, Henri-Jacques, *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX^e siècle*, Atelier, Paris, 2003.

GUILLAUME, Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle*. Aubier Montaigne, Bordeaux, 1986.

GUILLAUME, Pierre, (dir.), « La tuberculose », dans BARDET Jean-Pierre, BOURDELAIS Patrice, GUILLAUME Pierre, LEBRUN François, QUETEL, Claude (dir.), *Peurs, terreurs face à la contagion. Choléra, Tuberculose, Syphilis, XIX^{ème} XX^{ème} siècle*. Fayard, 1997.

GUILLAUME, Pierre, « Tuberculose et montagne. Naissance d'un mythe. », *Vingtième Siècle, Revue d'Histoire*, n°30, Avril-Juin, Presses Sciences-Po, Paris, 1991, pp. 32-39.

GUILLERME André, LEFORT, Anne-Cécile, JIGAUDON, Gérard, *Dangereux, insalubres et incommodes. Paysages industriels en banlieue parisienne XIX-XX^{ème} siècle*. Coll. Milieux champ Vallon ISBN 2.87673 409-5, Paris, 2004.

GUTIERREZ GARCIA, José Manuel, *La tuberculosis bovina como zoonosis en la España contemporánea (1850-1950)*, Thèse de doctorat dirigée par MOLERO MESA, Jorge, PUMAROLA i BATLLE, Martí, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2003.

HAINES R. Michaël, « Déclin de la mortalité et conditions de travail », dans *Le déclin de la mortalité*, ADH, EHESS, Paris, 1989.

HERVÁS I PUYAL, Carles, *Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil : política i organització sanitàries: l'impacte del conflicte bèlic*, thèse dirigée par TERMES I ARDÈVOL, Josep, Universitat Pompeu Fabra. Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2004, 333 p.

HERZLICH, Claudine, *Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale*, Mouton et co., Paris, 1969.

HERZLICH, Claudine, PIERRET, Janine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison*. Payot, Paris, 1984, 295 p.

HUERTAS Rafael, CAMPOS Ricardo (dir.), *Medicina social y clase obrera en España (siglo XIX y XX), tome I*, Fundación de Investigadores Marxistas, Madrid, 1992.

HUERTAS, Rafael, « Las ciencias de la salud y el Marxismo : sobre la construcción de una teoría de lo social en medicina » dans BALLESTERO, M, MARTÍNEZ, Francisco José, (dir.), *Las ciencias y el marxismo*, coll. Papeles de la FIM, Revista de Investigación Marxista, n°5, 2ème époque, 1996

HUERTAS, Rafael, « Vivir y morir en Madrid : la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923) », *Asclepio*, vol. 54, n° 2, Madrid, 2002. pp. 253-276.

IBARZ GELABERT, Jordi, *Treballar a ciutat : sindicalisme i relacions laborals dels estibadors del port de Barcelona durant la II República 1930-1936*, Diari de Ponent, Universitat de Lleida, Lérida, 2000.

IBARZ GELABERT, Jordi, *Imatges al moll : els oficis de les feines d'estiba a la Barcelona dels segles XIX i XX*, Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació, coll. Temes d'etnologia de Catalunya, n°17, Barcelone, 2008.

IBARZ GELABERT, Jordi, « Oficios y cualificaciones en el trabajo portuario. El caso de Barcelona en la primera mitad del siglo XX » dans *Historia Social*, tome 45, Oficios, p 53-77, Valence, 2003.

IGLESIAS ALVAREZ, Borja, *Infravivienda en Barcelona 1939-1960*, thèse de doctorat dirigée par OYON, José Luis, en cours depuis 2007.

IVAM, MICHAELIS, Margaret, *fotografía, vanguardia y política en la Barcelona de la República*, Centre de cultura contemporània de Barcelona, Barcelone, 1999.

JIMENEZ LUCENA, Isabel, « Asistencia sanitaria de, por, y para los trabajadores : sanidad y anarquismo durante la Segunda República », dans MARTI, J.V, REY, A. (dir.), *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, Historia e Ideología*, Generalitat Valenciana- Conselleria de Cultura, Educació i Esport, Valence, 2004, pp. 142-159.

JIMENEZ LUCENA, Isabel, « El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943): el uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del « Nuevo estado », *Dynamis*, N°. 14, Universidad de Granada, 1994, pp. 185-198.

JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, « La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología », *Dynamis* n° 18, pp. 285-314, Universidad de Granada, 1998.

JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Per una sanitat proletària.L'organització sanitària obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona Republicana (1935-1936) », *Gimbernat*, n°39, Barcelone, 2003, pp. 211-221.

JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « Problematizando el proceso de (des)medicalización. Mecanismos de sometimiento/autogestión del cuerpo en los medios libertarios españoles del primer tercio del siglo XX », dans MIRANDA, M, SIERRA GIRON, A (dir.), *Cuerpos, biopolítica y control social. América Latina y Europa en los siglos XIX y XX. Siglo XXI*, Buenos Aires, 2009, pp.69-93.

JIMENEZ LUCENA, Isabel, MOLERO MESA, Jorge, « « Otra manera de ver las cosas » Microbios, Eugenesia y ambientalismo radical en el anarquismo español del siglo XX », dans MIRANDA, Marisa, VALLEJO, Gustavo, (dir.), *Deriva de Darwin. Cultura y Política en clave biológica*. Siglo XXI, Editora. Iberoamericana, Buenos Aires, 2010, pp. 143-164.

JORI, Gerard, « La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII », *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, n° 431, Universidad de Barcelona, 2013

KALIFA, Dominique, *Les bas fonds : Histoire d'un imaginaire*, Seuil, Paris, 2013.

KATZNELSON, Ira, *Working-Class Formation : Nineteenth Century Patterns in Western Europe and the United States*, Princeton University Press, Princeton, 1990.

KATZNELSON, Ira, *Marxism and the City*, Oxford University Press, Oxford, 1992.

LAMBROUIN, Gaëlle, « Exemptés et exemptions du service militaire dans les campagnes lyonnaises au XIX^e siècle », *Cahiers d'histoire*, n°45-2, 2000.

LECLERC, Gérard, *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales*, Seuil, Paris, 1979.

LEMENOREL, Alain (dir.), *Sociabilité et culture ouvrières*, Cahiers du GRHIS, n° 8, PUR, Rouen, 1998, 102 p.

LEMERCIER, Claire, « Analyse de réseaux et histoire », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, n° 52-2, 2005, pp. 88-112.

LEMERCIER, Claire, « Réseaux et groupes d'influence – bilan historiographique », 2010, <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00522888>, consulté le 30/08/2013.

LEMERCIER, Claire, PICARD, Emmanuelle, « Quelle approche prosopographique ? », dans ROLLET, Laurent, NABONNAND, Philippe (dir.), *Les uns et les autres... Biographies et prosopographies en histoire des sciences*, Presses Universitaires de Nancy, 2012, disponible sur HAL-SHS, 25 p.

LEPETIT, Bernard, « La ville : cadre, objet, sujet », *Enquête*, n°4, 1996, pp. 11-34.

LEQUIN, Yves, *Les Ouvriers de la région Lyonnaise, 1848 - 1914*, PUL, Lyon, 1977.

LOBO SATUE, María Isabel, « La Higiene en Barcelona a través de la Revista Médica de Barcelona (1924-1936). Antología de textos », dans *Biblio 3W. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales* N° 249, Universidad de Barcelona, Barcelone, 2000.

LOPEZ GUALLAR, Marina, (dir.), *Cerdà i Barcelona. La primera metropoli, 1853-1897*, catalogue de l'exposition, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 2010.

- LÓPEZ PIÑERO, José M., *Los orígenes en España de los estudios sobre la Salud Pública*, Ministerio de Sanidad y de Consumo, Madrid, 1989.
- LÓPEZ PIÑERO, José M., « L'estudi històric de les malalties. Períodes epidemiològics », dans *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1991.
- LORIOL, Marc, « Deux poids, deux mesures ? Fatigue des riches et fatigue des pauvres en Europe à la fin du XIX^e siècle », *Histoire et société. Revue Européenne d'histoire sociale*, n°4, 2002, pp. 83-93.
- LUGO MÁRQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. El instituto Ravetllat-Plá en Sud América entre 1924 y 1936*, travail dirigé par MOLERO MESA, Jorge, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2009.
- LUGO MÁRQUEZ, Sara, *Ciencia, Industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. La heterodoxia incluyente del Instituto Ravetllat-Pla, 1919-1936*, thèse de doctorat dirigée par MOLERO MESA, Jorge, Centre d'Història de la Ciència, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2011.
- LUNN, Peter, « Nutrition, immunité et infections », dans *Le déclin de la mortalité, ADH*, EHESS, Paris, 1989.
- MADORE, François, *Ségrégation sociale et habitat*, coll. Géographie Sociale, PUR, Rennes, 2004, 251 p.
- MAESTRO, Angeles, HUERTAS Rafael, *La salud y el estado : los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*, Fundación de Investigadores Marxistas, Madrid, 1992.
- MAFART, Bertrand, MORILLON, Marc, « Les épidémies à Marseille au XIX^e siècle », dans *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, Nouvelle Série, Tome 10*, n°1-2, 1998. pp. 81-98.
- MAREC, Yannick (dir.), *Villes en crise ? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines : fin XVIII^e - fin XX^e siècle*, Créaphis, Grâne, 2008, 742 p.
- MAREC, Yannick, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles : des expériences rouennaises aux politiques nationales*, PUR, 2006, Rennes, 404 p.
- MAREC, Yannick, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, La Documentation française/Association pour l'étude de la l'histoire de la Sécurité sociale, 2 tomes, Paris, 2002, 1362 p.
- MARTI ARIS, Carlos, « Documentos de Actividad Contemporánea: una relectura de los A.C », dans « Josep Torres Clavé, arquitecto y revolucionario », *2C Construcción de la Ciudad*, n°15-16, Barcelone, 1980, pp. 35-47.
- MARTIN, Martine, « Ménagère : une profession? Les dilemmes de l'entre-deux-guerres », *Le Mouvement social*, n° 140, Métiers de Femmes, Ed. de l'Atelier, Paris, 1987, pp. 89-106.
- MARTINEZ MEDINA, Andrés, « Del hospital al balneario: arquitecturas para tratar y prevenir las enfermedades » dans ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA

SÁNCHEZ, María Eugenia, PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU-MESTRE, Josep (dir.), *Turisme, Gastronomia, Oci i Salut als municipis valencians: una perspectiva històrica*, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Sant Vicent del Raspeig, 2012. pp. 57-104.

MARTÍNEZ NAVARRO, Juan Fernando , MARTÍNEZ GRAULLERA, Oscar, SANZ ORTIZ, Carmen, TORMO GOÑI, Almudena, PÉREZ DE LA PAZ, Julio , VERGUARA DIMINGUEZ, Luis, « El proceso de cambio de la mortalidad de 0 a 4 años en el siglo XX en España » , dans *Mortalidad infantil y condiciones de vida en la europa del sur*, *Revista d'Historia contemporànea*, n°18, 1999. pp. 53-88.

ESPLUGUES PELLICER, Josep Xavier, GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia, PASCUAL ARTIAGA, Mercedes, TRESCASTRO LÓPEZ, Eva, BERNABEU-MESTRE, Josep, MASJUAN, Eduard, *La Ecología humana en el anarquismo ibérico : urbanismo « Orgánico » « o ecológico, neomalthusianismo y naturismo social »*, Icaria, Barcelone, 2000.

MENÉNDEZ NAVARRO, Alfredo, *Un Mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las minas de Almadén 1750-1900*, Universidad de Granada, Universidad de Castilla la Mancha, Grenade, 1996.

MICHONNEAU, Stéphane, « L'Ensanche de Barcelone, la centralité impossible », *Rives, Mutations politiques, mutations urbaines*. n°2, 1999.

MIRANDA GONZALEZ, Miguel Angel, « Pedro García Faria, ingeniero de Caminos y arquitecto », *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona, vol. X, n° 221, Barcelone, 2006.

MOLERO MESA, Jorge, *Historia Social de la Tuberculosis en España, 1889-1936*, thèse dirigée par RODRIGUEZ OCAÑA, E., Servicios de Publicaciones de la Universidad de Granada, 1989.

MOLERO MESA, Jorge, *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*, coll. textos clásicos españoles de la Salud pública, n°25, Ministerio de Sanidad y consumo, publicaciones, documentación y Biblioteca, Madrid, 1987.

MOLERO MESA, Jorge, « « ¡Dinero para la Cruz de la vida! » Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. », *Historia Social*, n° 39, 2001, pp. 31-48.

MOLERO MESA, Jorge, « Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo XX español », *Trabajo Social y Salud*, n° 32, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Saragosse, 1999, pp. 19-59.

MOLERO MESA, Jorge, « La muerte blanca a examen ; nuevas tendencias en la historiografía de la tuberculosis. Reseña ensayo. », *Dynamis*, vol 11, Universidad de Granada, Grenade, 1991, pp. 349-359.

MOLERO MESA, Jorge, « Clase obrera, medicina y Estado en la España del siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889-1950. », dans *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*, Sociedad Española de Historia de la Medicina, Malaga, 1998.

MOLERO MESA, Jorge, « La vacunación antituberculosa », *Historia 16*, n°172, ed. Historia e Información, Grupo 16, Madrid, 1990, p81-88.

MOLERO MESA, Jorge, « Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. », *Dynamis*, vol. 14, Universidad de Granada, 1994, pp. 199-225.

MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « (Des)legitimando jerarquías sociales, profesionales y cognitivas. Conocimiento y prácticas científicas en los procesos de inclusión-exclusión », *Dynamis*, vol n°33, 1, Universidad de Granada, Grenade, 2013, pp. 13-17.

MOLERO MESA, Jorge, JIMENEZ LUCENA, Isabel, « « Brazo y cerebro » : las dinámicas de inclusión-exclusión en torno a la profesión médica y el anarcosindicalismo español en el primer tercio del Siglo XX », *Dynamis*, vol n°33, 1, Universidad de Granada, Grenade, 2013, pp. 19-41.

MONCLÚS, Francisco Javier, OYÓN, José Luis, « La aproximación espacial en la Historia urbana », *II Congrès d'Història Urbana del Plà de Barcelona*, Institut Municipal d'Història, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1990.

MONTEYS, Xavier, « Una actitud de Modernidad : a propósito del Hospital de Sert y Torres Clavé » , dans « Josep Torres Clavé, arquitecto y revolucionario », *2C Construcción de la Ciudad*, n°15-16, Barcelone, 1980, pp. 54-61.

MOURET, Arlette, « La légende des 150000 décès tuberculeux par ans » dans *Morbidité, Mortalité, Santé, ADH*, EHESS, 1996, Paris.

MULLER, Séverin, « Les abattoirs sous haute surveillance. Politique et normalisation sanitaire à Saint-Maixent-l'École du XIX^{ème} au XX^{ème} siècles », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, n°51, vol. 3, 2004, pp. 104-120.

MURARD, Lion, ZILBERMAN, Patrick, « Les murs qui tuent », *Les cahiers médico-sociaux* n°4, médecine et hygiène, Genève, 1983.

MURARD, Lion, ZILBERMAN, Patrick, *Le petit travailleur infatigable ou le prolétaire régénéré. Villes-usines, habitat et intimités au XIX^{ème} siècle*, Recherches, n°25, Fontenay-sous-bois, 1976.

NADAL, Jordi (dir.), *Historia Economica de la Catalunya Contemporania, vol. 3 s XIX, indústria, transporte y finances*, Enciclopedia Catalana, Barcelone, 1988-1994.

NADAL, Jordi, *La población española (siglos XVI a XX)*, Ariel, Barcelone, 1988, 268 p.

NADAL, Jorge, « Historia de la Población Española », dans REINARD, Marcel, ARMENGAUD, André, *Historia de la población mundial*, Ariel, Barcelone, 1966.

NASH, Mary, *Mujer, familia y trabajo en España, 1875-1936*, Anthropos, Barcelone, 1983, 390 p.

NIEMI, Marjaana, *Public Health and Municipal Policy Making: Britain and Sweden, 1900-1940*, coll. Historical Urban Studies, Ashgate, Royaume-Uni, 2007.

NOIRIEL, Gérard, *Les Ouvriers dans la société française (19^{ème}-20^{ème} siècles)*, Seuil, coll. Points, Paris, 1986, 317 p.

NUÑEZ PEREZ, Maria Gloria, *Trabajadoras en la Segunda República : un estudio sobre la actividad económica extradoméstica : 1931-1936*, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, coll Tesis Doctorales, Madrid, 1989

NUÑEZ PEREZ, Maria Gloria, « Evolución de la situación laboral de las mujeres en España durante la Segunda República (1931-1936) », *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol 3, Universidad Complutense de Madrid, 1996, pp. 13 à 31.

OYÓN, José Luis, « Historia urbana e Historia obrera: reflexiones sobre la vida obrera y su inscripción en el espacio urbano, 1900-1950 », *Perspectivas Urbanas* n°2, UPC, Barcelone, 2001.

OYÓN, José Luis, « La conservación de la vivienda popular en las periferias urbanas. El caso de Barcelona y la colonia Castells. », *Scripta Nova* n°21, Universidad de Barcelona, 1998.

OYÓN, José Luis, « Inmigrantes en la Barcelona de 1930 : de la integración a la segregación espacial », *Quaderns d'història*, UPC, Barcelone, 2006.

OYÓN, José Luis, *La quiebra de la ciudad popular. Espacio urbano, inmigración y anarquismo en la Barcelona de entreguerras, 1914-1936*, El Serbal, Barcelone, 2008.

OYÓN, José Luis et al. *Vida obrera en la Barcelona de entreguerras. 1918-1936*, CCCB, Barcelone, 1998.

OYÓN, José Luis et al. *Un suburbi obrer a la Barcelona d'entreguerres. La Colònia Castells de las Corts, 1923-1936*, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 2003.

OYÓN, José Luis, MALDONADO, José, GRIFUL, Eulàlia, *Barcelona 1930 : un atlas social*, Ed. de la Universitat politècnica de Barcelona, Barcelone, 2001.

OYON, José Luis, SERRA PERMANYER, Marta, « Historia urbana: el espacio no es inocente », *Historia Contemporánea*, n°39, 2010, pp. 387-401.

OYÓN, José Luis, « Obreros en la ciudad : cuestiones en torno a un proyecto de investigación en historia urbana », dans *Historia Contemporánea* n°18, 1999. pp. 317-345.

OYÓN, José Luis, GALLARDO, Juan José, (dir.), *El Cinturón rojinegro : radicalismo cenetista y obrerismo en la periferia de Barcelona (1918-1939)*, Grupo de Historia José Berruero, Ed. Carena, Barcelone, 2004.

PAQUOT Thierry, LUSSAULT Michel, BODY-GENDROT, Sophie (dir), *La ville et l'urbain : l'état des savoirs*, La découverte, Paris, 2000, 442 p.

- PAUGAM, Serge (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*, La Découverte, Paris, 1996, 582 p.
- PEREIRA POZA, Antonio, *La Paciencia al sol, Historia social de la tuberculosis en Galicia (1900-1950)*, ed. del Castro, Historia, La Corogne, 1999.
- PERROT, Michelle, *Les ouvriers en grève: France 1871-1890.*, Service de reproduction des thèses, 2 vol., Lille, 1975, 900 p.
- PINOL, Jean-Luc, *Le Monde des villes au XIX^{ème}*, Hachette, Paris, 1991.
- PINOL, Jean-Luc, *Les Mobilités de la grande ville : Lyon fin XIX^e-début XX^e*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1991.
- PINOL Jean-Luc, ZYSBERG, André, *Métier d'Historien avec un ordinateur*, coll. Fac. Histoire, Nathan Université, Paris, 1995.
- PINOL, Jean-luc (dir.), *Histoire de l'Europe urbaine*, tome 2, Seuil, Paris, 2003.
- PINOL, Jean-Luc, « Les atouts des systèmes d'information géographique -SIG- pour « Faire de l'Histoire Urbaine » », *Histoire Urbaine*, n°26, Paris, 2009.
- PINOL, Jean-Luc, « Réflexions d'un historien sur la ségrégation sociale », *Ville-école-intégration Diversité*, n° 139, 2004, pp. 25-32.
- PINOL, Jean-Luc, GARDEN, Maurice, *Atlas des Parisiens. De la Révolution à nos jours*, Parigramme, Paris, 2009.
- PIZZA, Antonio, ROVIRA, Josep María, *GATCPAC. Una nova arquitectura per a una nova Ciutat 1929-1939*, COAC Publicacions, Barcelone, 2007.
- PIZZA, Antonio, *Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937. J.Ll Sert, J.B Subirana y J. Torres Clavé*, coll. Archivos de Arquitectura, España Siglo XX, Colegio de Arquitectos de Almería, Almería, 1993.
- PORRAS GALLO, María Isabel, *Un reto para la sociedad madrileña : La epidemia de gripe de 1918-1919*, ed. Complutense, Madrid, 1997.
- PORTER, Roy, « The Patient's View: Doing Medical History from below », *Theory and Society*, vol. 14, N° 2, 1985 , pp. 175-198.
- PURANEN, Bi, « La tuberculose et le déclin de la mortalité en Suède », dans *Le déclin de la mortalité*, ADH, EHESS, 1989, Paris.
- RABASSA MASSONS, Jordi, *Josep Dencàs i Puigdollers : el nacionalisme radical a la Generalitat*, Ed. Rafael Dalmau, Barcelone, 2006.
- REVEL, Jacques, « L'institution et le social », dans LEPETIT, Bernard (dir.), *Les formes de l'expérience. Une autre histoire sociale*, coll. L'évolution de l'Humanité, Albin Michel, Paris, 1995, pp. 63-84.

RIDER, Nicholas Robert, *Anarchism, Urbanization and social conflict in Barcelona 1900-1932*, University of Lancaster, sept 1987.

RIEDER, Philip, « « L'histoire du Patient » : aléa, moyen, ou finalité de l'histoire médicale ? Essay Review », *Gesnerus, Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, n°60, 2003, pp. 260–271.

RIERA OLIVE, Santiago, *Les Caixes d'Estalvis i la protecció social a Catalunya*, Thèse de doctorat dirigée par PEREZ AMOROS, Francisco, Faculté de droit, Universitat Autònoma de Barcelona, 2006, 319 p.

ROCA ROSELL, Antoni, « La Higiene urbana com a objectiu : notes sobre la Història de l'institut municipal de la salut (1891-1936) », dans *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 1991.

ROCA, Francesc, *El pla Macià. De la Gross-Barcelona al pla comarcal*, Ed. de La Magrana, Barcelone, 1977.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban (dir.), *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas [Estudios sobre la ciencia, 32], 2003, 488 pp.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La asistencia médica colectiva en España hasta 1936 », dans *Historia de la acción social pública en España. Beneficiencia y previsión*. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, p 321-359, Madrid, 1990.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona », *Dynamis*, vol. 5-6, Universidad de Granada, Grenade, 1985-1986.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La intervención de la fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España », *Revista Española de Salud Pública*, vol.74, Madrid, 2000, pp. 27-34.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La producción social de la novedad : el suero antidiftérico, Nuncio de la nueva medicina », Présentation du dossier « Science, industrie and charities around diphteria serotherapy in France and Germany », *Dynamis*, vol 27, Universidad de Granada, Grenade, 2007, pp. 21-31.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « El cólera en España y el nacimiento de la salud pública », *Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, n°16, 2004. pp. 49-54.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, « La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925 », *Rev. San Hig Pública*, n°68, 1994, pp. 11-28.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, MARTÍNEZ NAVARRO, Ferran, *Salud pública en España de la Edad Media al siglo XXI*, Escuela Andaluza de Salud Pública, consejería de Salud, 2008.

RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban, MOLERO MESA, Jorge, « La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud », dans MONTIEL, Luis (dir.), *La salud en el estado de bienestar : análisis histórico, Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, Ed. Complutense, Madrid, 1993, pp. 133-148.

RODRÍGUEZ-OCAÑA, Esteban, « La Grip a Barcelona. Un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19 », dans ROCA, Antoni, (ed.), *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona , 1991, pp. 131-156 (150).

ROLAND, Julie, *Les identités du mouvement moderne en Espagne, dans le GATEPAC (1930-1937)*, thèse dirigée par FOUCART, Bruno, Université Paris IV, 2011.

ROLAND, Julie, « La Ciutat de Repòs i Vacances. », *Mélanges de la Casa de Velázquez* [En ligne], 39-2, 2009, mis en ligne le 15 novembre 2011.

ROLAND, Julie, « « El Comissariat de la Casa Obrera » : entre modernitat política i modernitat arquitectònica », *Actas del Congrés Internacional sobre republicans i republicanisme a les terres de parla catalana*, Coordinadora de Centres d'Estudis de Parla Catalana, Barcelone, 2008, pp. 281-291.

ROSENTAL, Paul-André, « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XXème siècle », *Population et Sociétés, Bulletin d'information de l'institut national d'études démographiques*, n° 437, 2007.

RUILOBA QUECEDO, Cecilia, « La ciudad de la salud: los sanatorios antituberculosos », *Ciudades*, Instituto Universitario de Urbanística de la Universidad de Valladolid, Valladolid, 2011, pp. 213-232.

SABATE I CASELLAS, Ferrán, *Política sanitària i social de la Mancomunitat de Catalunya (1914-1924)*, thèse de doctorat dirigée par CORBELLA I CORBELLA, Jacint, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, 1993.

SAINTE FARE GARNOT, Nicolas, MARTEL, Pierre, et al., *L'Architecture hospitalière au XIXe siècle : l'exemple parisien*, exposition, Musée d'Orsay, 18 octobre 1988- 22 janvier 1989, Ed. de la Réunion des musées nationaux, Paris, 1988.

SANCHEZ CANTALEJO, E, (dir.), *Epidemiología y estadística. V Encuentro Marcelino Pascua*, EASP, Grenade, 1996.

SANZ GIMENO, Alberto y DRAMIRO FARIÑAS, Diego, « Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0-4 años) en la España del siglo XX », dans *Mortalidad infantil y condiciones de vida en la europa del sur, Revista d'Historia contemporánea*, n°18, 1999. pp. 129-161.

SARASÚA, Carmen, « El oficio más molesto, más duro: el trabajo de las lavanderas en la España de los siglos XVIII al XX », *Historia Social, tome 45, Oficios*, Valence, 2003, pp. 53-77.

SARGATAL BATALLER, María Alba, « La vivienda en el centro histórico de Barcelona. El caso de la Rambla del Raval », *Scripta Nova. Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, vol. VII, n° 146, Universidad de Barcelona, Barcelone, 2003.

SAUQUET LLONCH, Roger, *La ciutat de repòs i vacances del Gatspac (1931-1938). Un paisatge pel descans*, thèse de doctorat dirigée par MARTI ARIS, Carlos, ETSAB, Universitat Politècnica de Catalunya, 2012, 788 p.

SCHWEITZER, Sylvie, *Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Odile Jacob, 2002, 329 p.

SEGAUD Marion, BRUN Jacques, DRIANT Jean-Claude (dir.) *Dictionnaire de l'habitat et du logement*, Armant Colin, Paris, 2002.

SELIMANOVSKI, Catherine, « Effets de lieu et processus de disqualification sociale », *Espace populations sociétés*, n°1, 2009, pp. 119-133.

SELIMANOVSKI, Catherine, *La frontière de la pauvreté*, coll. Géographie Sociale, PUR, Rennes, 2008, 294 p.

SERRACLARA PLA, Maria Teresa, MARTI AIXELA, Montse, *Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Historia, Arquitectura, Arte*, Fundació Privada Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Guinovart & Ohsa. Saragosse, 2001.

SERRALLONGA URQUIDI, Joan, « Reformadores y reaccionarios en la estructura central de Sanidad en España, 1931-1936 », *Investigaciones históricas : Época moderna y contemporánea*, N° 29, Universidad de Valladolid, 2009, pp. 241-264.

SHANNON, Peter, STEINER, Erik, BERRY, Whitney, DELANEY, Ryan, SABETI, David, DATTA, Mithu, ALVES T.C, FRANK, Zephyr, « Yellow Fever Epidemic of 1850: Scale, Time, and Space », projet réalisé dans le cadre de *The Spatial History Project*, Center for Spatial and Textual Analysis (CESTA), Stanford University, non daté.

SMITH, Angel, « Industria, oficio y género en la industria textil catalana, 1833-1923 », *Historia Social, tome 45, Oficios*, Valence, 2003, pp. 53-77.

SNOWDEN, Frank Martin, *Naples in the time of cholera, 1884-1911*, Cambridge University Press, 1995, 478 p.

SONTAG, Susan, *La maladie comme métaphore*, C. Bourgeois, Paris, 2009.

SOTO CARMONA, Alvaro, *El Trabajo industrial en la España contemporánea (1874-1936)*, Anthropos, Barcelone, 1989.

TARRAGO CID, Salvador, « El « Pla Macià » « o la nova Barcelona » », *Cuadernos de Arquitectura y Urbanismo*, nº90 GATCPAC I, Colegio Oficial de Arquitectos de Catalunya y Baleares, Barcelone, 1972, pp. 24-36.

TATJER Mercè, *El barrio de la Barceloneta 1753-1982. Mercado inmobiliario, propiedad y morfología en el centro histórico de Barcelona*, Thèse de doctorat dirigée par CAPEL, Horacio, Universidad de Barcelona, Barcelone, 1983.

TATJER Mercè « La Barceloneta : del siglo XVIII al Plan de la Ribera », *Saturno*, coll. Los Libros de la Frontera, Realidad geográfica, Barcelone, 1973.

TATJER Mercè « Diferenciació social i davallada demogràfica al centre històric de Barcelona : el barri Gòtic (1888-1980) », dans *II Congrés d'Història Urbana del Plà de Barcelona*, Institut Municipal d'Història, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1990.

TATJER, M. y LOPEZ, M., « Fonts municipals per l'estudi del període 1814-1936 », *II Congrés d'Història Urbana del Plà de Barcelona*, Institut Municipal d'Història, Ajuntament de Barcelona, Barcelone, 1990.

TATJER, Mercè, « La industria en Barcelona (1832-1992). Factores de localización y transformación en las áreas fabriles: del centro histórico a la región metropolitana », *Scripta Nova, revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, vol. X, núm. 218 (46), Universitat de Barcelona, Barcelone, 2006.

TATJER, Mercè, « El trabajo de la mujer en Barcelona en la primera mitad del siglo XX : lavanderas y planchadoras », *Scripta Nova*, vol. VI, nº 119 (23), Universidad de Barcelona, Barcelone, 2002.

TATJER, Mercè, LARREA, Cristina, (dir.), *Barraques. La Barcelona informal del segle XX*, MUHBA, Ajuntament de Barcelona, Institut de Cultura, Barcelone, 2010.

TATJER, Mercè, « Control municipal de la salubritat y de la higiene domèstica en Barcelona (1856-1932) » dans FRAILE, Pedro, (éd.), BONASTRA, Quim, (dir.), *Modelar para Gobernar. El control de la població y el territorio en Europa y Canadá. Una perspectiva històrica*, Publicacions Universitat de Barcelona, Barcelone, 2001.

TATJER, Mercè, « De lo rural a lo urbano. Parcelaciones, urbanizaciones y ciudades jardín en la Barcelona contemporánea (1830-1930) », *Catastro*, Centro de Gestión Catastral, Madrid, 1993.

TATJER, Mercè, « La vivienda popular en el Ensanche de Barcelona », *Scripta Nova, revista electrónica de Geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona. Barcelone, 2003.

TATJER, Mercè, *Las raíces de la inmigración andaluza en Cataluña: Barcelona 1930*, dans *Actas del tercer congreso de Historia catalano-andaluza, Cataluña y Andalucía, 1898-1939*, Barcelone, 2001.

THERNSTROM, Stephan, *Poverty and Progress : Social Mobility in Nineteen-Century City*, Harvard University Press, Cambridge, 1964.

TRIGO SALAS, Tania, *La tuberculosis a través de la Vanguardia en la Catalunya de la Segunda República (1931-1936)*, Mémoire de Master en Histoire de la Science, dirigé par MOLERO MESA, Jorge, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2010.

UCELAY DA CAL, Enric, « Le Corbusier i les rivalitats tecnocràtiques a la « Catalunya revolucionaria » », dans LAPUERTA, J.J (dir.), *Le Corbusier y España*, CCCB, Barcelone, 1997.

URTEAGA, Luis « Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX », *Cuadernos Críticos de Geografía Humana* n° 29, Universitat de Barcelona, Barcelone, 1980.

VIGNAS, Xavier, *Histoire des ouvriers en France au XXe siècle*, Ed. Perrin, Paris, 2012, 408 p.

VILANOVA, Mercedes, *Las Mayorías invisibles, explotación fabril, revolución y represión*, Icaria Editorial, Barcelone, 1996.

VILLANUEVA EDO, Antonio, *Historia Social de la tuberculosis en Bizkaia 1882-1958*, Diputación Foral de Bizkaia, 1989.

Willaert, Lluís, « El sanatori del Montseny » dans *Monografies del Montseny* n°23, Associació d'Amics del Montseny, 2008, pp. 135-141.

WOODS, R., « La santé publique en milieu urbain XIX-XX^{ème} siècle, Hygiène et mesures d'assainissement », dans *Le déclin de la mortalité, ADH*, EHESS, 1989, Paris.

ZAIDA LOBATO, Mirta (dir.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud*, Biblos, Universidad Nacional de la Plata, Buenos Aires, 1996.

ZARZOSO ORELLANA, Alfons, *Medicina més enllà de Barcelona*, document edité par Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelone, 2008.

ZARZOSO ORELLANA, Alfons, *Prevenió epidèmica i salut pública a la Barcelona del segle XVIII*, Travail dirigé par TERMES Josep, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens i Vives, Barcelone, 1994.

ZARZOSO ORELLANA, Alfons, *La pràctica mèdica a la Catalunya del segle XVIII*, Thèse doctorale dirigée par ARRZABALAGA, VALBUENA, Jon, y FONTANA LÁZARO, Josep, Universitat Pompeu Fabra, Institut Universitari d'Història Jaume Vicens Vives, Barcelone, 2003.

ZARZOSO ORELLANA, Alfons, *Arquitectura i medicina à Barcelona*, document edité par Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, Barcelone, 2007.

ZELLER, Olivier, FARON, Olivier, « Introductions. Histoire de l'habitat et histoire urbaine. », *Cahier d'Histoire*, n°44, vol. 4, 1999.

INDEX DES NOMS

Aiguader	74, 98, 105, 128, 209, 237, 238, 255, 256, 375, 434, 478
Barjau 19, 67, 95, 110, 111, 131, 142, 153, 182, 232, 320, 533, 535, 537, 545, 576, 589, 610, 641, 647, 650, 656, 731	
Battestini.....	237, 734
Buylla	177, 505
Caralps.....	536, 554, 610, 613
Cerdà	21, 83, 84, 195, 230, 253, 364, 368, 741, 745
Cervià	273, 653
Comenge 46, 82, 84, 88, 89, 90, 93, 94, 97, 101, 148, 181, 201, 205, 218, 222, 225, 264, 274, 751	
Costa y Bufi.....	169, 170
Darder.....	214, 217, 240, 244, 438, 553, 613
Dencàs 74, 237, 238, 239, 240, 241, 244, 255, 256, 543, 553, 554, 572, 579, 582, 597, 605, 606, 613, 615, 750	
Diez Fernández.....	581
Ferrán 33, 64, 73, 82, 141, 151, 221, 384, 465, 468, 498, 541, 542, 572, 616, 645, 652, 733, 752	
Freixas	35, 110, 195, 240, 291, 292, 293, 541, 579, 613, 644, 647, 648, 649, 657, 678, 731
García Faria.....	84, 85, 86, 87, 90, 101, 135, 740, 747
GATCPAC 13, 18, 19, 35, 75, 103, 206, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 291, 353, 385, 405, 414, 471, 503, 553, 581, 713, 731, 750, 754	
Gonzalez Ribas.....	152, 311, 314, 315, 342
Hauser 47, 51, 52, 57, 58, 60, 81, 88, 139, 140, 164, 165, 166, 197, 222, 235, 246, 260, 311, 314, 324, 443, 482, 494, 520, 664, 679, 695, 708, 709, 737	
Josep-María Sert.....	237
Llorens y Gallard.....	177, 466
Macià.....	74, 230, 234, 236, 237, 246, 247, 256, 751, 754
Palanca	48, 52, 58, 136, 180, 277, 310, 313, 315, 316, 324, 594, 659, 725

Peyrí	611, 612
Puente Isaac	696, 697, 699, 714
Ravetllat	138, 141, 142, 273, 616, 645, 711, 746
Reventós Jacint	536, 541, 553, 554, 570, 571, 573, 596, 597, 604, 613, 615, 619, 647, 649, 650, 657, 717
Rosal.....	240, 536, 543, 554, 555, 613
Salvat Papasseit.....	358, 359, 417, 453, 473, 662, 666, 668, 670, 672
Sayé	19, 33, 35, 41, 65, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 88, 94, 95, 100, 101, 113, 120, 142, 149, 150, 151, 152, 153, 157, 167, 179, 181, 182, 183, 199, 200, 201, 202, 206, 207, 214, 218, 219, 232, 237, 238, 239, 240, 241, 244, 248, 255, 256, 257, 258, 276, 277, 316, 320, 328, 408, 437, 438, 486, 487, 504, 507, 517, 518, 528, 531, 532, 533, 535, 537, 539, 543, 545, 547, 548, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 557, 559, 561, 564, 570, 576, 579, 580, 581, 582, 585, 586, 587, 589, 592, 596, 597, 598, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 611, 612, 613, 614, 615, 619, 634, 641, 644, 645, 650, 651, 652, 653, 654, 657, 664, 679, 680, 683, 685, 687, 697, 700, 711, 712, 716, 717, 718, 729, 731, 738
Seix.....	73, 214, 217, 412, 438, 487, 531, 532, 604, 612, 650, 717, 726
Subirana.....	226, 238, 239, 241, 256, 555, 750
Torres Clavé	226, 227, 237, 238, 244, 254, 256, 555, 732, 746, 748, 750
Verdes Montenegro	136, 146, 153, 159, 168, 174, 177, 216, 219, 221, 277, 278, 520, 543, 548, 551, 557, 594, 640, 693
Xalabarder Conrad	35, 76, 101, 106, 240, 293, 553, 554, 573, 593, 602, 604, 613, 644, 653, 731
Xalabarder Eduard	35, 76, 100, 101, 106, 107, 114, 115, 142, 205, 215, 273, 276, 293, 329, 338, 339, 405, 406, 408, 410, 412, 413, 417, 489, 491, 492, 498, 499, 512, 516, 548, 574, 615, 644, 675, 731
Xalabarder Eudald.....	632, 635, 640, 652, 662, 663, 664, 667, 670, 671, 673, 676, 682, 683

INDEX DES LIEUX

Agotnitzants	133, 353
Almeria.....	48, 286, 377, 400, 425, 433, 450, 454, 750
Angel	85, 145, 272, 329, 334, 335, 435, 459, 541, 676, 746, 747, 753
Arenys del Mar.....	563
Badalona.....	238, 460, 692, 719
Balmes.....	133, 432, 563
Barceloneta.....	87, 98, 105, 194, 297, 298, 356, 357, 359, 395, 407, 432, 754
Baró de Viver	99, 128, 192, 252, 376, 377, 433
Barracas	190, 297
Barri Xino.....	87, 90, 91, 95, 98, 380, 384
Bertrán.....	138
Besós	590
Betlem	106, 392
Bilbao	55, 59, 69, 77
Cadix	47, 48, 50, 57, 59, 60, 63, 69
Calafell	236, 324
Can Baró.....	95, 98, 128, 190, 194, 297, 400, 427, 429
Can Pol	368
Can Túnis	402
Caputxins.....	359
Carmel	98, 129, 131, 133, 297, 400, 435
Catedral	98
Ciudad Real.....	48
Ciutat Vella ..	190, 296, 299, 302, 303, 305, 352, 353, 356, 359, 361, 413, 417, 425, 436, 707
Clot.....	297, 368, 433
Collblanc	362, 363, 364, 740

Colonia Castells.....	377
Convalescència.....	106
Cordoue	48, 165
Diputació.....	575
Dreta de l'Eixample.....	368, 433
Eduard Aunós.....	133, 192, 252, 375, 376, 377, 429
Eixample.....	60, 87, 96, 133, 135, 154, 215, 305, 364, 366, 369, 373, 424, 433, 508
Eixample Central.....	87, 96, 133, 154
Escoles Pies.....	87, 107, 336
Espanya Industrial.....	268, 292, 735
Esquerra de l'Eixample.....	301, 369
Font de la Guatlla.....	97
Fundició.....	368
Galvany.....	372
Gasometre.....	357
Gérone.....	26, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 77, 78, 167, 181, 433, 504, 553, 652, 691
Gràcia.....	97, 98, 116, 118, 128, 133, 293, 297, 352, 359, 360, 361, 399, 427, 448, 735
Gràcia Nova.....	98, 129, 399
Grassot.....	359
Grenade 46, 47, 48, 49, 55, 82, 84, 273, 310, 336, 444, 565, 582, 711, 717, 723, 737, 747, 748, 751, 752	
Guinardó.....	95, 369, 401
Horta.....	51, 152, 179, 214, 252, 297, 311, 377, 400, 438, 447, 722, 723, 726
Hospital Clínic.....	685
Hospitalet de Llobregat.....	363
Hostafrancs.....	90, 93, 94, 97, 131, 133, 237, 297, 352, 362, 363, 413, 414, 432
Huelva.....	48, 57
Huesca.....	48, 319
La Corogne.....	32, 47, 48, 57, 63, 88, 170, 269, 316, 459, 725, 750
La Forja.....	372
La Unió.....	325
Lérida.....	48, 65, 66, 67, 68, 69, 237, 319, 734, 744

Les Corts	364, 430, 743
Les Roquetes	433
Liceu.....	107
Lugo	48, 138, 142, 175, 435, 616, 645, 723
Madrid 31, 32, 33, 47, 48, 49, 50, 52, 55, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 67, 69, 71, 76, 77, 82, 83, 88, 101, 136, 137, 145, 146, 147, 151, 152, 153, 155, 159, 164, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 186, 198, 199, 200, 202, 204, 206, 207, 216, 222, 247, 251, 252, 264, 267, 270, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 292, 300, 310, 311, 312, 314, 329, 330, 333, 341, 362, 402, 413, 420, 425, 437, 443, 447, 450, 464, 465, 466, 467, 478, 486, 499, 504, 508, 518, 520, 528, 543, 548, 551, 558, 564, 570, 581, 582, 585, 595, 596, 621, 634, 640, 641, 645, 652, 653, 659, 664, 675, 693, 695, 705, 708, 710, 712, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 734, 735, 736, 737, 739, 741, 742, 744, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 754	
Malaga.....	47, 48, 145, 747
Manresa	196, 236, 238, 387
Mercadal.....	337
Mercè.....	1, 21, 194, 195, 198, 353, 355, 356, 381, 385, 387, 395, 406, 432, 737, 741, 754
Milans del Bosch.....	128, 133, 192, 252, 376, 377, 686
Montjuic	93, 97, 190, 193, 194, 252, 401, 490
Muntaner	110, 372, 373, 433
Orense.....	48
Oriental	98, 105
Oviedo	48, 177, 505, 721
Padró.....	67, 104, 107, 128, 133, 239, 380, 381, 382, 387, 392, 393, 437
Palencia	48, 57
Parc.....	95, 105
Pedralbes	128, 369
Poble Nou.....	97, 297, 394, 395, 396, 397, 402, 403, 436, 437, 733
Poble Sec	73, 87, 90, 93, 97, 198, 410, 411, 491, 516
Poblet.....	297
Pontevedra.....	48, 357
Portal Nou	98, 353, 355, 356
Prat	133
Presó.....	107

Provences	133
Puig.....	35, 101, 293, 563, 613, 644, 662, 670, 731
Ramón Albó	133, 191, 252, 375, 377
Raval 13, 87, 94, 95, 97, 98, 102, 104, 106, 110, 128, 133, 154, 157, 190, 195, 210, 229, 239, 244, 298, 334, 336, 351, 352, 356, 378, 379, 380, 381, 382, 384, 385, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 397, 403, 405, 407, 417, 424, 427, 429, 432, 434, 436, 437, 475, 581, 713, 718, 730, 733, 753	
Raval Central.....	381, 388, 435
Raval de Ponent.....	87, 98, 104, 106, 154, 380, 392, 424
Ribera	74, 105, 356, 407, 754
Rocafort.....	133
Ronda Sant Antoni	133
Roquetes.....	131, 401
Sagrera.....	131, 178, 398, 401, 725
Salut 30, 33, 138, 225, 467, 500, 508, 528, 563, 569, 570, 572, 594, 596, 597, 602, 730, 733, 734, 737, 742, 746, 747, 751, 752	
Sant Adrià del Besós	435, 575
Sant Agustí	107
Sant Andreu.....	133, 252, 256
Sant Antoni.....	133, 215, 301, 305, 424, 433
Sant Genís	131, 133, 400
Sant Gervasi	369, 371, 372, 427, 436, 508
Sant Joan	101, 114, 236, 329, 407, 424, 433, 564, 580, 602
Sant Llàtzer	106, 107
Sant Martí.....	97, 397, 398, 402
Sant Martí Est.....	97, 398
Sant Miquel	357
Sant Pau 35, 92, 95, 96, 98, 104, 105, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 121, 122, 130, 131, 133, 134, 180, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 204, 208, 209, 210, 212, 214, 226, 232, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 293, 295, 301, 303, 304, 305, 307, 310, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 325, 327, 328, 330, 331, 332, 334, 335, 336, 337, 338, 342, 345, 352, 354, 357, 358, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 367, 370, 372, 373, 374, 376, 377, 380, 381, 382, 383, 384, 386, 387, 388, 390, 392, 394, 396, 397, 400, 401, 402, 406, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 431, 432, 438, 440, 447, 450, 451, 452, 453, 454, 457, 458, 459, 463, 465, 467, 468, 471, 474, 487, 490, 491, 497, 503, 505, 506, 507, 512, 513, 514,	

	515, 516, 531, 532, 533, 535, 536, 539, 540, 541, 544, 550, 552, 553, 563, 564, 569, 575, 577, 579, 580, 589, 591, 596, 602, 603, 606, 607, 610, 612, 626, 627, 628, 629, 631, 632, 636, 637, 638, 639, 640, 642, 646, 647, 648, 649, 652, 653, 657, 675, 676, 677, 678, 683, 684, 685, 686, 691, 707, 724, 729, 732, 753
Sant Pere.....	87, 101, 133, 353, 355, 356
Santa Catalina.....	87, 318, 319, 353, 435, 490
Santa Coloma de Gramanet.....	99, 110, 131, 192, 252, 377, 401, 435
Santa Cruz de Ténérife.....	179, 263, 272, 563, 721, 728
Santa Mónica.....	87, 98, 104, 133, 233, 298, 380, 384, 385, 387, 392, 429, 432, 501
Santander.....	47, 48, 53, 57, 60, 61, 69, 721
Sants	67, 90, 93, 94, 95, 97, 110, 133, 182, 297, 335, 352, 362, 363, 368, 413, 429, 436, 472, 533, 641, 721
Saragosse.....	61, 149, 178, 187, 200, 222, 226, 273, 386, 725, 747, 753
Sarrià.....	102, 369, 371
Séville	47, 48, 50, 52, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 69, 77, 139, 145, 146, 155, 164, 170, 176, 222, 235, 246, 249, 290, 723, 725, 726
Soria.....	48
Tarragone.....	48, 65, 66, 67, 68, 69
Taulat.....	368
Teatre.....	107, 210, 380, 384, 387, 392, 723
Tena.....	363
Terrassa.....	548, 569, 650
Teruel.....	48, 432
Tibidabo.....	96, 369, 371
Tolède.....	48
Torrent de les Flors.....	359
Torrent Mariné.....	359
Trinitat.....	133, 237, 401
Valence	48, 55, 62, 294, 319, 326, 329, 385, 467, 471, 489, 516, 553, 653, 714, 719, 720, 721, 724, 725, 734, 735, 736, 739, 744, 753
Vallcarca.....	96
Vallvidrera.....	128

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES CARTES

Carte 1 : Mortalité tuberculeuse dans les villes espagnoles en 1923	56
Carte 2: Répartition de la mortalité tuberculeuse par districts pour 10 000 habitants	93
Carte 3 : Répartition par quartiers des tuberculeux-ses pour 1 000 habitants.....	96
Carte 4 : Domiciles des tuberculeux visités par E. Xalabarder (dispensaires Blancs) 1900- 1910.....	115
Carte 5 : Adresses des malades aidés par Catalunya Radio, 1929-1934.....	117
Carte 6 : Adresses de malades soignés au dispensaire central entre 1921 et 1936	119
Carte 7 : Répartition par districts des malades soignés au dispensaire central	120
Carte 8 : Domiciles des malades hospitalisés à l'Hôpital de Sant Pau 1929-1936	122
Carte 9 : Domiciles des malades internés au sanatorium de l'Esperit Sant 1929-1936.....	124
Carte 10 : Répartition par quartier des malades aidés par Catalunya Radio pour 1 000 habitants	127
Carte 11 : Répartition par quartier des malades hospitalisés à l'Hôpital de Sant Pau pour 1 000 habitants	130
Carte 12 : Répartition par quartiers des malades internés à l'Esperit Sant pour 1 000 habitants	132
Carte 13 : Domiciles de type "bajos" des malades de Sant Pau et de l'Esperit Sant	191
Carte 14 : Correspondance entre les adresses de malades aidés par Catalunya Radio	233
Carte 15 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivant dans Barceloneta entre 1929 et 1936.....	357
Carte 16 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier de Gràcia entre 1929 et 1936.....	360
Carte 17 : Localisation des tuberculeux de quatre sources vivants dans les rues Llibertat, Tordera et Camprodón dans le quartier de Gràcia entre 1929 et 1936	361

Carte 18 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans les quartiers de Sants, Collblanc et Hostafrancs entre 1929 et 1936	363
Carte 19 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans la Barriada del Hospital entre 1929 et 1936.....	367
Carte 20 : Localisation des tuberculeux soignés à domicile et internés au sanatorium de l'Esperit Sant vivants dans le quartier de Sarrià entre 1929 et 1936	371
Carte 21 : Localisation des logements des tuberculeux des trois sources dans la rue Muntaner et au sein de l'immeuble	373
Carte 22 : Localisation des domestiques tuberculeux vivant chez leur employeur.....	374
Carte 23 : Localisation des malades des trois sources vivant dans les casas baratas de Eduard Aunós entre 1929 et 1936	376
Carte 24 : Domicile des malades recensés vivant dans le Raval entre 1929 et 1936.....	380
Carte 25 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier du Padró, Raval entre 1929 et 1936	382
Carte 26 : Localisation des tuberculeux des trois sources vivants dans le quartier.....	386
Carte 27 : Malades aidés par Catalunya Radio vivant dans le Raval entre 1929 et 1936	389
Carte 28 : Malades hospitalisés à Sant Pau vivant dans le Raval entre 1929 et 1936.....	390
Carte 29 : Malades internés au sanatorium de l'Esperit Sant vivant dans le Raval entre 1929 et 1936.....	391
Carte 30 : Domicile des malades recensés vivant dans Poble Nou entre 1929 et 1936.....	394
Carte 31 : Domicile des malades vivant dans le Poble Nou entre 1929 et 1936.....	396
Carte 32 : Localisation des malades des trois sources vivant dans le quartier de Gràcia Nova entre 1929 et 1936.....	399
Carte 33 : Agrandissement : localisation des tuberculeux vivant au "pasage Bonet" entre 1929 et 1936.....	400
Carte 34 : Répartition par quartier des malades vivant en cohabitation pour 10 tuberculeux	428
Carte 35 : Localisation des différents lieux de soins antituberculeux recensés à Barcelone entre 1929 et 1936.....	562
Carte 36 : Etablissements antituberculeux à Barcelone en 1932 : type de lieux et nombres de lits disponibles	566
Carte 37 : Localisation des sanatoria, périurbains, maritimes et de montagne de la Province de Barcelone recensés entre 1929 et 1936.....	568
Carte 38 : Zones d'influence des différents dispensaires barcelonais dans les années 1930, .	580

TABLE DES PLANS

Plan 1 : Plan d'assainissement du centre ancien de Barcelone, étape 1 et 2 -----	231
Plan 2 : Plan des logements des tuberculeux des trois sources vivants dans la rue des Metges entre 1929 et 1936-----	354
Plan 3 : Plan de la rue Giné i Partagàs et localisation du logement de Joan Salvat Papasseit, n°11, Barceloneta -----	359
Plan 4 : Plan de la « manzana » du passage Igualtat dans le quartier Barriada del Hospital -	365
Plan 5 : Plans des immeubles rue Sant Gil dans lesquels vivent des tuberculeux entre 1929 et 1936-----	383
Plan 6 : Plans des logements, extraits des « Enquêtes sociales » du Servei d'assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya, 1921-1923-----	415

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants (1920) -----	94
Tableau 2: Domiciles des trois sources retrouvés dans le Padrón -----	112
Tableau 3 : Tuberculeux des trois sources retrouvés dans le Padrón -----	113
Tableau 4: Proportion des malades des trois sources par type de logements (en pourcentage) -----	190
Tableau 5 : Répartition des chefs de familles des tuberculeux des trois sources par provenance géographique (%) -----	286
Tableau 6 : Répartition des chefs de ménages des tuberculeux par classe d'âge (%) -----	289
Tableau 7 : Répartition des malades ouvriers de Sant Pau par secteurs d'activité-----	323
Tableau 8 : Répartition des malades ouvrières de Sant Pau par secteurs d'activité -----	327
Tableau 9 : Répartition des tuberculeux hospitalisés à Sant Pau selon les « motifs de sortie » -----	637
Tableau 10 : Répartition des tuberculeux internés au Sanatorium de l'Esperit Sant-----	638

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Répartition du nombre de tuberculeux en fonction de la densité de population (Total), 1932 -----	104
Graphique 2 : Répartition du nombre de tuberculeux en fonction de la densité d'habitant par logement (Total), 1932-----	105
Graphique 3 : Répartition des tuberculeux et habitants de Barcelone par classe sociale -----	284
Graphique 4 : Répartition par âge des tuberculeux soignés à domicile, à l'hôpital Sant Pau et au sanatorium de l'Esperit Sant -----	288
Graphique 5 : Répartition des femmes et des hommes tuberculeux hospitalisés à Sant Pau par classe sociale -----	293
Graphique 6 : Population tuberculeuse, Population totale et Population ouvrière par type d'espaces urbains (%)-----	299
Graphique 7 : Répartition de tous les tuberculeux-ses, pour chaque source, en fonction de l'espace urbain (%)-----	301
Graphique 8 : Proportion de tuberculeux sur 10 000 habitants, par espace urbain-----	303
Graphique 9 : Proportion de tuberculeux sur 10 000 ouvriers, par espace urbain-----	304
Graphique 10 : proportion d'hôtes "huespedes" et de relogés "realquilados" selon les sources -----	421
Graphique 11 : proportion de familles nucléaires, élargies, en cohabitation ou personnes seules selon les sources -----	423
Graphique 12 : Indice de cohabitation, général et tuberculeux, selon les sources-----	426
Graphique 13 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant par un organisme public -----	576
Graphique 14 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant par les municipalités ou par la Diputación puis la Generalitat entre 1929 et 1936-----	577
Graphique 15 : Evolution de l'inversion publique et privée dans les séjours des malades dans l'Esperit Sant entre 1929 et 1936 -----	578
Graphique 16 : Evolution du nombre de malades internés à l'Esperit Sant -----	590
Graphique 17 : Evolution en pourcentage de la part des différents types d'organismes privés sur le total des inversions privées dans l'Esperit Sant entre 1929 et 1936-----	591
Graphique 18 : Evolution de la durée moyenne (en mois) de séjour à l'hôpital de Sant Pau-----	647

Graphique 19 : Evolution de la durée de séjour moyen (en mois) pour les femmes et les hommes à l'hôpital de Sant Pau entre 1929 et 1936 -----	648
Graphique 20 : Répartition des malades des deux services en fonction de l'état du patient -	649
Graphique 21 : Evolution de la durée de séjour moyen (en mois) pour les femmes et les hommes au sanatorium de l'Esperit Sant entre 1929 et 1936-----	656

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Mortalité tuberculeuse dans les provinces espagnoles -----	49
Illustration 2 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants (moyenne de 1880 à 1889) Cartogramme et légende réalisés par Pedro García Faria (1893) -----	87
Illustration 3 : Mortalité tuberculeuse à Barcelone pour 10000 habitants, en 1898-----	89
Illustration 4 : Densité de population et mortalité tuberculeuse-----	102
Illustration 5 : Détail du projet d'assainissement du centre ancien -----	229
Illustration 6 : Croquis du dispensaire antituberculeux réalisé par le GATCPAC, 1933 ----	243
Illustration 7 : Projet de la Casa Bloc réalisé par le GATCPAC, 1932 -----	253
Illustration 8: Exemple d'enquête sociale réalisée par le Servei d'assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya en 1921 -----	409
Illustration 9 : Schéma familial de la famille Martínez logée n°4 rue Robador-----	418
Illustration 10 : Schéma familial de la famille Sánchez, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°351)-----	470
Illustration 11 : Schéma familial de la famille Arnau, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1927 (fiche de famille n°380)-----	475
Illustration 12 : Schéma familial de la famille Jurado, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1922 (fiche de famille n°453)-----	475
Illustration 13 : Schéma familial de la famille Creus, soignée au dispensaire central entre 1921 et 1928 (fiche de famille n°420)-----	476
Illustration 14 : Schéma familial de la famille d'Ana Machín, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche individuelle n°480)-----	476
Illustration 15 : Schéma familial de la famille Costa, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°264)-----	477
Illustration 16 : Schéma familial de la famille d'Amalia Royo, soignée au dispensaire central en 1921 (fiche de famille n°465)-----	478

Illustration 17 : Schéma familial de la famille Crespo, soignée au dispensaire central entre 1923 et 1931 (fiche de famille n°422)-----	479
Illustration 18 : Extrait de l'une des enquêtes sociales réalisées en 1921 au domicile de la famille Roig Alabau par le Service d'Assistència social dels tuberculosos de la Mancomunitat de Catalunya -----	493
Illustration 19 : Certificat « d'indigence » permettant au malade de solliciter une assistance médicale gratuite -----	501
Illustration 20 : Lettre de recommandation du Conseiller de Santé Publique de la Generalitat, Josep Dencàs, adressée à Lluís Sayé, 1933 -----	606
Illustration 21 : Courbe de température de <i>María Casado</i> , suivie au dispensaire de Radas en 1932. -----	629

ANNEXES

ANNEXES	771
1. Plan général de la ville et répartition des quartiers en 1930.....	772
1.1 Liste des quartiers triés par districts.....	772
1.2 Liste des quartiers triés par noms (ordre alphabétique).....	775
1.3 Liste des quartiers triés par numéro sur la carte (Incluant la population du quartier.).....	777
2. Tableaux et résumés statistiques publiés entre 1923-1932.....	781
2.1 Tableaux statistiques extraits de Anuario de la dirección general de sanidad, Memoria de Población, natalidad mortalidad (réalisées par José Sánchez Verdugo)	781
2.2 Résumé statistique de l'assistance antituberculeuse du Real Patronato 1924-1925 (par dispensaire)	785
2.3 Tableaux statistiques de la Gasetta Municipal 1931-1934	786
2.4 Tableau résumant les principales institutions hospitalières et le nombre de lits disponibles pour des tuberculeux en 1932.	792
3. Cartes, tableaux statistiques et masques de saisies des données	798
3.1 Cartes : Répartition des malades de chaque source par quartiers (nombres absolus) ..	798
3.2 Tableaux statistiques des données extraites du Padrón de 1930.....	803
3.2.1 Tableaux récapitulatifs des données sur les foyers des tuberculeux des trois sources	803
3.2.2 Tableaux récapitulatifs des données sur les chefs de ménages tuberculeux des trois sources	805
3.2.3 Tableaux récapitulatifs des données sur les tuberculeux des trois sources	807
3.2.4 Tableaux récapitulatifs des données des trois sources par « unités urbaines »	810
3.3 Masques de saisies des fiches cliniques des différentes sources	812
3.3.1 Masque de saisie des fiches de visite à domicile du Dr. Xalabarder E. 1900-1910.	812
3.3.2 Masque de saisie des fiches de visite du dispensaire central	813
3.3.3 Masque de saisie des fiches cliniques de l'hôpital Sant Pau	814
3.3.4 Masque de saisie des données extraites des registres d'entrées du sanatorium de l'Esperit Sant.....	815
3.3.5 Masque de saisies des données du Padrón de 1930.....	816
4. Exemples de lettres, de fiches du dispensaire central.....	817
4.1 Fiches de visites ou enquêtes sociales du dispensaire	817
4.1.1 Fiche de visite de Joan Salvat Papasseit en 1921	817
4.1.2 Enquête sociale du Dispensaire central extraite de la Revue AC.....	818
4.1.3 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1921 (deux pages) .	819
4.1.4 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1930 (première page)	821
4.1.5 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1943 (première page)	822
4.1.6 Exemple de fiche de première visite pour petite enfance (première page)	823
4.1.7 Exemple de fiche de suivi pour une cure de repos	824
4.2 Correspondances entre médecins et malades.....	825
4.2.1 Lettre de recommandation du docteur Badosa pour l'accueil d'un malade au dispensaire central et réponse de Lluís Sayé.....	825
4.2.2 Correspondance autour du malade <i>Miguel Sentís</i>	827
4.2.3 Exemple de lettre de <i>Alfonso Rodríguez</i> , père de plusieurs patients tuberculeux adressées à Lluís Sayé.	831
5. Illustrations publiées entre 1920 et 1937.	833
5.1 Affiche de propagande pour la lutte contre la tuberculose du Servei d'assistència social dels tuberculosos, Mancomunitat de Catalunya. Dessinée par Ramón Casas, 1922.	833
5.2 Montage réalisé par le GATCPAC dans la revue AC, n°6, 1931.	834

1. Plan général de la ville et répartition des quartiers en 1930

1.1 Liste des quartiers triés par districts

District I

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Varador	102
2	Concordia	102
3	Orientals	62
4	Sant Miquel	84
5	Gasometre	84
6	Parc	63
7	Duana	27
8	Seca	92
9	Santa Maria	92
10	Llotja	57
11	Sant Just	57
12	Catedral	20
13	Junqueres	48
14	Santa Anna	88
15	Foment	34
16	Diputació	26
17	Pi	34
18	Trinitat	98
19	Banc	6
20	Mercè	6

District II

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
	Barraques de Montjuic	9
1	Hortes	41
2	Pedrerres	65
3	Parlament	64
4	Mercat	59
5	Tamarit	93
6	La França	50
7	Port	69
8	Can Tunis	17
9	Hipodrom	17
11	Font de la Guatlla	35
12	Eduard Aunos	28

District III

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Bertran	11
2	Tibidabo	11
3	Sant Gervasi	82
4	Farro	33
5	La Forja	49
6	Galvany	49
7	Puig	73
8	Escoles Pies	73
9	Jesuites	45
10	Nena Cases	73
11	Parroquies	45
12	Elisabets	45
13	Vallvidrera	101
14	Pedralbes	101
15	Sagrat Cor	101
16	Les Corts	54

District IV

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Bogatell	12
2	Tetuan	96
3	Les Saleses	55
4	Ensenyança	29
5	Prat	71
6	Sant Pere	87
7	Agotnitzants	1
8	Boria o Biblioteca	13
9	Santa Catarina	13
10	Portal Nou	70

District V

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Santa Monica	91
2	Teatre	91
3	Liceu	56
4	Sant Pau	86
5	Sant Agustí	56
6	Convalescència	23
7	Betlem	23
8	Pelai	66
9	Hospital Militar	43
10	Padró	43
11	Escoles Pies	30
12	Sant Llätzer	83
13	Presó	86

District VI

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Ronda Sant Antoni	76
2	Muntaner	61
3	Balmes	5
4	Argüelles	3
5	Hospital Clínic	42
6	Universitat Industrial	99

District VII

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Angel	2
2	Creu Coberta	25
3	Rocafort	75
4	Arrepentides	4
5	Santa Maria de Sans	90
6	Espanya Industrial	31
7	Magoria	58
8	Coll-Blanc	22
9	Tena	94

District VIII

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Jesús	46
2	Vilaró	103
3	Torrent de l'Olla	46
4	Jardinet	44
5	Cassoles	44
6	Mercat de la Llibertat	44
7	Terral	95
8	Filipens	95
9	Can Pardal	15
10	La Fontana	15
11	Josepets	47
12	Salut	47
13	Font del Carbó	36
14	Torrent de les Flors	36
15	Virreina	104
16	Sant Joan	104
17	Torrent Mariné	97
18	Poblet	68
19	Grassot	39
20	Caputxins	18
21	Vallcarca	100

District IX

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Sagrada Família	79
2	Camp de l'Arpa	14
3	Provences	72
4	Guinardó	40
4	Gràcia Nova	38
5	Sagrera	80
6	Estadella	32
7	Sant Pacià	85
8	Mercadal	85
9	Besos	32
10	Carmel	19
11	Cortada	24
12	Santa Eulàlia	89
13	Roquetes	78
14	Sant Genís	81
15	Ramón Albó	74
15	Barriada Hospital	10

District X

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	La Sínia	52
2	Fort-Pius	37
3	Wad-Ras	105
4	Clot	21
5	La Llacuna	51
6	Poble Nou	67
7	Malta	51
8	La Unió	53
9	Can Pol	16
10	Taulat	16
11	Fundició	16

Autres – Casas baratas et barracas

quartier	nom du quartier	numéro sur la carte
1	Barracas Platja	8
2	Milans del Bosch	60
3	Baró de Viver	7

1.2 Liste des quartiers triés par noms (ordre alphabétique)

Nom du quartier (District)	Numéro sur la carte
Agotnitzants (4)	1
Angel (7)	2
Argüelles (6)	3
Arrepentides (7)	4
Balmes (6)	5
Banc (1)	6
Baró de Viver (11)	7
Barracas Platja (11)	8
Barraques de Montjuic (2)	9
Barriada Hospital (9)	10
Bertran (3)	11
Besos (9)	32
Betlem (5)	23
Bogatell (4)	12
Boria o Biblioteca (4)	13
Camp de l'Arpa (9)	14
Can Pardal (8)	15
Can Pol (10)	16
Can Tunis (2)	17
Caputxins (8)	18
Carmel (9)	19
Cassoles (8)	44
Catedral (1)	20
Clot (10)	21
Coll-Blanc (7)	22
Concordia (1)	102
Convalescència (5)	23
Cortada (9)	24
Creu Coberta (7)	25
Diputació (1)	26
Duana (1)	27
Eduard Aunos (2)	28
Elisabets (3)	45
Ensenyança (4)	29
Escoles Pies (3)	73
Escoles Pies (5)	30
Espanya Industrial (7)	31
Estadella (9)	32
Farro (3)	33
Filipens (8)	95
Foment (1)	34
Font de la Guatlla (2)	35
Font del Carbó (8)	36
Fort-Pius (10)	37
Fundició (10)	16

Galvany (3)	49
Gasometre (1)	84
Gràcia Nova (9)	38
Grassot (8)	39
Guinardó (9)	40
Hipodrom (2)	17
Hortes (2)	41
Hospital Clínic (6)	42
Hospital Militar (5)	43
Jardinet (8)	44
Jesuites (3)	45
Jesús (8)	46
Josepets (8)	47
Junqueres (1)	48
La Fontana (8)	15
La Forja (3)	49
La França (2)	50
La Llacuna (10)	51
La Sínia (10)	52
La Unió (10)	53
Les Corts (3)	54
Les Saleses (4)	55
Liceu (5)	56
Llotja (1)	57
Magoria (7)	58
Malta (10)	51
Mercadal (9)	85
Mercat (2)	59
Mercat de la Llibertat (8)	44
Mercè (1)	6
Milans del Bosch (11)	60
Muntaner (6)	61
Nena Cases (3)	73
Oriental (1)	62
Padró (5)	43
Parc (1)	63
Parlament (2)	64
Parroquies (3)	45
Pedralbes (3)	101
Pedrer (2)	65
Pelai (5)	66
Pi (1)	34
Poble Nou (10)	67
Poblet (8)	68
Port (2)	69
Portal Nou (4)	70
Prat (4)	71

Presó (5)	86
Provences (9)	72
Puig (3)	73
Ramón Albó (9)	74
Rocafort (7)	75
Ronda Sant Antoni (6)	76
Roquetes (9)	78
Sagrada Família (9)	79
Sagrat Cor (3)	101
Sagrera (9)	80
Salut (8)	47
Sant Agustí (5)	56
Sant Genís (9)	81
Sant Gervasi (3)	82
Sant Joan (8)	104
Sant Just (1)	57
Sant Llätzer (5)	83
Sant Miquel (1)	84
Sant Pacià (9)	85
Sant Pau (5)	86
Sant Pere (4)	87
Santa Anna (1)	88
Santa Catarina (4)	13
Santa Eulàlia (9)	89
Santa Maria (1)	92

Santa Maria de Sans (7)	90
Santa Mònica (5)	91
Seca (1)	92
Tamarit (2)	93
Taulat (10)	16
Teatre (5)	91
Tena (7)	94
Terral (8)	95
Tetuan (4)	96
Tibidabo (3)	11
Torrent de les Flors (8)	36
Torrent de l'Olla (8)	46
Torrent Mariné (8)	97
Trinitat (1)	98
Universitat Industrial (6)	99
Vallcarca (8)	100
Vallvidrera (3)	101
Varador (1)	102
Vilaró (8)	103
Virreina (8)	104
Wad-Ras (10)	105

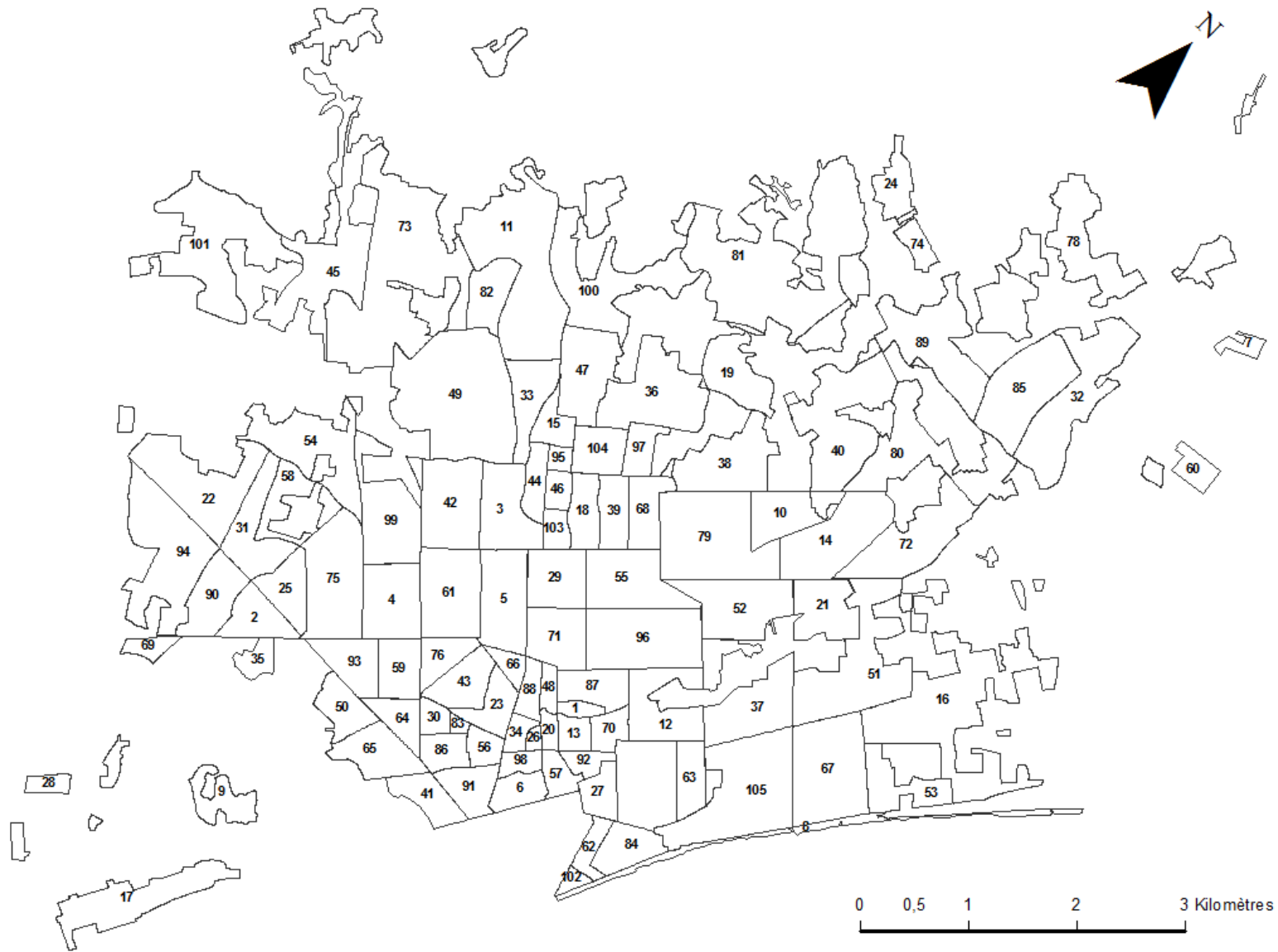
1.3 Liste des quartiers triés par numéro sur la carte (Incluant la population du quartier)

Numéro sur la carte	Nom du quartier	District	Population
1	Agotnitzants	4	7681
2	Angel	7	9543
3	Argüelles	6	16547
4	Arrepentides	7	13583
5	Balmes	6	17892
6	Banc, Mercè	1	11696
7	Baró de Viver	11	193
8	Barracas Platja	11	4720
9	Barraques de Montjuic	2	2000
10	Barrera Hospital	9	7360
11	Bertran, Tibidabo	3	7649
12	Bogatell	4	4412
13	Boria o Biblioteca, Santa Catarina	4	14409
14	Camp de l'Arpa	9	20011
15	Can Pardal, La Fontana	8	8800
16	Can Pol, Taulat, Fundició	10	11040
17	Can Tunis, Hipodrom	2	4869
18	Caputxins	8	12050
19	Carmel	9	3599
20	Catedral	1	4384
21	Clot	10	9131
22	Coll-Blanc	7	19329
23	Convalescència, Betlem	5	11520
24	Cortada	9	5304
25	Creu Coberta	7	9578
26	Diputació	1	2564
27	Duana	1	5273
28	Eduard Aunos	2	3624
29	Ensenyança	4	12943
30	Escoles Pies	5	11671
31	Espanya Industrial	7	13504
32	Estadella, Besos	9	12974
33	Farro	3	7418
34	Foment, Pi	1	4504
35	Font de la Guatlla	2	2480
36	Font del Carbó, Torrent de les Flors	8	8640
37	Fort-Pius	10	4892
38	Gràcia Nova	9	9320
39	Grassot	8	9598
40	Guinardó	9	7820

41	Hortes	2	6810
42	Hospital Clínic	6	16883
43	Hospital Militar, Padró	5	26375
44	Jardinet, Cassoles, Mercat de la Llibertat	8	7513
45	Jesuïtes, Parroquies, Elisabets	3	7991
46	Jesús, Torrent de l'Olla	8	9532
47	Josepets, Salut	8	7782
48	Junqueres	1	5613
49	La Forja, Galvany	3	11412
50	La França	2	14034
51	La Llacuna, Malta	10	7970
52	La Sínia	10	11384
53	La Unió	10	8163
54	Les Corts	3	7779
55	Les Saleses	4	19195
56	Liceu, Sant Agustí	5	11142
57	Llotja, Sant Just	1	9558
58	Magoria	7	7409
59	Mercat	2	10756
60	Milans del Bosch	11	2338
61	Muntaner	6	23981
62	Oriental	1	5162
63	Parc	1	3545
64	Parlament	2	9459
65	Pedrer	2	28760
66	Pelai	5	5796
67	Poble Nou	10	19369
68	Poblet	8	9622
69	Port	2	1357
70	Portal Nou	4	13205
71	Prat	4	10462
72	Provences	9	5621
73	Puig, Escoles Pies, Nena Cases	3	9241
74	Ramón Albó	9	2884
75	Rocafort	7	12791
76	Ronda Sant Antoni	6	9882
78	Roquetes	9	6109
79	Sagrada Família	9	20782
80	Sagrera	9	9475
81	Sant Genís	9	5876
82	Sant Gervasi	3	2067
83	Sant Llätzer	5	7547
84	Sant Miquel, Gasometre	1	16733
85	Sant Pacià, Mercadal	9	13711
86	Sant Pau, Presó	5	15288
87	Sant Pere	4	9886
88	Santa Anna	1	3590
89	Santa Eulàlia	9	7928
90	Santa Maria de Sans	7	8259

91	Santa Monica, Teatre	5	18550
92	Seca, Santa Maria	1	8310
93	Tamarit	2	8867
94	Tena	7	21813
95	Terral, Filipens	8	4518
96	Tetuan	4	21381
97	Torrent Mariné	8	5655
98	Trinitat	1	5637
99	Universitat Industrial	6	9436
100	Vallcarca	8	7061
101	Vallvidrera, Pedralbes, Sagrat Cor	3	3464
102	Varador, Concordia	1	9695
103	Vilaró	8	4672
104	Virreina, Sant Joan	8	13729
105	Wad-Ras	10	8553

Plan général représentant tous les quartiers de Barcelone en 1930.



2. Tableaux et résumés statistiques publiés entre 1923-1932

2.1 Tableaux statistiques extraits de *Anuario de la dirección general de sanidad, Memoria de Población, 1923*

Réalisés par José Sánchez Verdugo, 1923.

Tableau n°6 p. 208. « Mortalidad por enfermedades infectio-contagiosas en España._ Proporción por 10 000 Habitantes »

AÑO	Fiebre tifoidea		Tifus exantemático		Viruela		Sarampión		Escarlatina		Coqueluche		Difteria y Crup		Grippe		Tuberculosis pulmonar	
	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales	Provincias	Capitales
1901	5,14	5,17	0,07	0,04	2,81	6,38	9,89	9,76	0,61	0,63	2,08	1,15	3,37	2,25	6,38	6,08	1,34	27,77
1902	4,57	4,65	0,03	0,02	2,97	5,34	5,71	4,71	0,63	0,51	2,25	1,74	2,79	1,85	6,4	4,6	14,88	25,75
1903	4,31	4,21	0,1	0,42	2,48	5,34	5,28	6,02	0,53	0,64	2,4	1,17	2,51	1,83	5,31	4,25	14,31	25,04
1904	4,4	4,37	0,21	1,04	1,5	3,37	5,12	5,36	0,51	0,33	2,39	1,54	2,01	1,5614	5,91	4,76	14,96	25,79
1905	3,73	3,51	0,08	0,35	1,43	2,97	7,17	6,15	0,55	0,47	2,28	1,3	1,84	1,55	7,43	3,69	3,92	24,45
1906	4,17	4,12	0,06	0,15	2,25	3,61	4,5	3,7	0,72	0,69	2,29	1,33	1,75	2,19	5,42	4,68	14,22	24,84
1907	3,51	3,84	0,05	0,07	1,66	2,42	3,51	4,15	1,21	1,13	1,74	1,11	1,87	1,82	9,53	7,43	13,88	24,12
1908	3,47	3,65	0,03	0,05	1,43	1,59	3,66	3,5	1,12	0,81	2,47	1,48	2	2,6	4,62	3,45	13,59	23,63
1909	2,73	4,57	0,34	1,79	1,99	4,15	3,92	3,1	0,87	0,6	1,8	1,09	2,15	2,56	5,29	4,1	12,54	22,95
1910	2,3	2,92	0,15	0,46	1,05	1,34	3,45	2,71	0,81	0,99	1,25	0,97	2,12	2,56	4,87	3,83	12,32	22,64
1911	2,65	2,81	0,07	0,06	0,76	1,65	3,76	3,83	0,39	0,23	1,32	0,74	1,9	2,09	3,94	2,84	12,24	22,53
1912	2,23	3,05	0,05	0,05	1,25	2,73	2,65	2,52	0,33	2,05	1,24	0,76	2,71	2,79	3,82	2,92	11,67	21,44
1913	2,29	2,76	0,12	0,52	1,53	3,37	3	3,09	0,21	0,17	1,45	0,95	2,44	2,28	4,3	3,17	12	21,71
1914	3,14	7,21	0,04	0,05	1,1	2,05	2,95	2,2	0,61	1,36	1,03	0,73	2,33	2,14	3,84	2,77	12,33	22,29
1915	2,51	4,63	0,02	0,06	0,86	2,02	2,83	2,84	0,36	0,35	1,1	0,79	2,06	1,94	3,15	2,44	12,76	22,34
1916	2,45	2,98	0,03	0,09	1,02	2,51	2,73	2,51	0,33	0,38	1,27	1,2	1,98	1,89	3,39	2,52	12,98	2,74
1917	2,64	3,56	0,03	0,05	1,23	2,48	2,44	1,71	0,35	0,34	1,14	0,81	1,94	1,73	3,59	1,6	13,68	24,11
1918	3,53	4,11	0,03	0,03	1,42	2,39	2,67	1,82	0,37	0,22	1,17	0,71	1,83	1,37	70,12	34,93	16,23	28,29
1919	2,68	3,57	0,11	0,09	1,71	2,18	1,63	1,04	0,32	0,34	0,84	0,63	1,25	1,12	10,05	10,2	14,12	25,72
1920	3,29	4,19	0,07	0,1	1,54	1,98	2,87	2,8	0,58	0,51	1,66	1,49	1,28	1,23	8,6	6,21	14,07	24,65
1921	3,3	3,55	0,03	0,05	0,98	1,78	2,54	1,58	0,39	0,35	0,94	0,29	1,42	1,18	2,73	2,04	12,34	20,67
1922	2,52	2,76	0,04	0,13	0,62	1,45	2,97	2,63	0,29	0,25	0,57	0,34	1,33	1,17	3,75	2,81	12,69	21,23
1923	2,56	2,56	0,02	0,04	0,24	0,21	1,86	1,43	0,22	0,14	0,91	0,86	1,05	1,04	3,78	2,86	12,62	20,29

« Defunciones ocurridas en 1923, en cada capital, a consecuencia de cada una de las enfermedades infecciosas que se expresan, y mortalidad correspondiente al conjunto de todas ellas » (Tableau pp. 272-273)

CAPITALES	Población calculada para 1923	Fiebre tifoidea	Tifus exantemático	Viruela	Sarampión	Escarlatina	Coqueluche	Difteria	Gripe	Tuberculosis pulmonar			Meningitis	Neumonía	Septicemia puerperal	TOTALES	Mortalidad por 1 000 habitantes
										Pulmonar	Meningea	Otras					
Alava	35 273	2	-	-	-	-	2	-	2	51	9	12	44	19	2	143	4,05
Albacete	3 408	6	-	-	7	1	2	3	8	31	5	5	43	17	4	132	4,07
Alicante	64 955	20	-	2	13	-	1	4	20	130	3	8	36	36	5	278	4,29
Almería	51 048	-	-	-	-	-	-	4	5	97	1	8	26	27	3	171	3,35
Avila	13 896	2	-	-	1	-	-	4	3	20	6	2	11	6	6	61	4,39
Badajoz	38 612	3	-	-	25	-	2	9	38	66	4	9	46	12	2	216	5,59
Baleares	78 504	20	-	-	33	-	4	1	11	107	6	11	57	37	4	291	3,71
Barcelona	720 311	276	-	23	98	4	13	126	90	1 470	16	30	768	851	15	3 781	5,25
Burgos	32 755	33	-	-	5	-	1	1	11	57	3	17	24	15	2	169	5,16
Cáceres	23 893	8	1	-	8	-	-	6	8	32	4	6	16	5	2	96	4,02
Cádiz	77 896	3	-	-	2	-	6	5	12	267	20	25	109	10	5	464	5,96
Canarias	53 083	4	-	-	-	-	-	3	8	89	9	6	33	18	1	163	3,07
Castellón	3 494	11	-	-	12	-	-	-	8	60	3	6	32	11	2	145	4,15
Ciudad Real	9 257	3	-	1	5	-	-	-	5	35	-	2	20	6	-	77	4
Córdoba	74 744	1	-	1	27	5	24	28	27	172	22	20	81	54	11	513	6,86
Coruña	62 893	17	-	-	13	1	11	13	33	211	27	22	83	19	2	452	7,19
Cuenca	12 995	3	-	-	-	-	-	3	8	15	-	5	4	5	-	43	3,31
Gerona	17 939	9	-	-	-	-	20	-	9	84	8	8	4	13	-	155	8,64
Granada	104 079	10	-	4	30	4	7	7	32	147	11	36	65	60	13	426	4,09
Guadalajara	13 725	3	-	-	4	3	-	-	4	21	-	4	7	6	-	52	3,79
Guipúzcoa	62 641	10	-	-	3	-	2	6	5	122	16	13	41	35	1	254	4,05
Huelva	34 921	26	-	-	6	-	-	4	15	118	14	15	47	16	5	266	7,62
Huesca	1 416	3	-	-	1	-	-	1	7	23	-	5	10	8	-	58	4,11
Jaén	33 914	2	-	1	1	-	5	2	5	65	-	7	26	17	5	136	4,01
León	21 762	9	-	-	6	1	1	4	7	56	10	8	32	15	2	151	6,94
Lérida	38 701	11	-	1	-	-	-	1	6	47	1	6	28	10	-	111	2,87
Logroño	27 181	4	-	-	-	1	2	2	22	52	9	17	35	9	4	157	5,78

Lugo	28 744	2	_	_	_	_	6	2	5	69	2	11	11	18	1	127	4,42
Madrid	764 139	131	6	_	77	19	141	50	217	1 582	221	180	870	367	58	3 919	5,13
Málaga	153 153	47	_	_	1	3	7	12	59	360	12	33	196	133	15	878	5,73
Murcia	143 578	40	9	_	13	2	29	13	62	211	4	23	94	81	16	597	4,16
Navarra	33 190	23	_	_	1	1	4	3	19	83	7	20	28	19	_	208	6,27
Orense	17 828	5	_	_	4	_	2	_	7	44	1	7	12	5	_	87	4,88
Oviedo	70 349	19	_	_	4	1	1	11	9	218	29	21	86	39	15	453	6,44
Palencia	19 875	3	_	_	9	_	1	1	_	49	4	27	24	6	_	124	6,24
Pontevedra	25 649	3	_	_	3	_	6	6	2	67	5	7	27	9	_	135	5,3
Salamanca	32 868	8	_	_	12	1	11	4	47	73	15	5	38	12	6	232	7,09
Santander	73 486	12	_	_	39	1	3	8	41	238	39	25	73	38	6	523	7,09
Segovia	16 238	2	_	_	4	_	_	_	8	24	_	8	21	8	_	75	4,62
Sevilla	209 024	78	1	16	17	2	9	33	114	669	74	82	281	109	22	1 507	7,21
Soria	7 748	_	_	_	_	_	_	_	3	17	2	4	18	6	2	52	6,71
Tarragona	28 357	6	_	_	_	_	3	2	10	38	3	6	18	3	1	90	3,17
Teruel	12 214	4	_	_	1	_	5	_	4	24	1	3	13	3	_	58	4,75
Toledo	25 605	10	_	_	4	_	4	1	15	56	10	17	27	4	3	151	5,9
Valencia	247 932	71	_	39	2	1	5	14	107	411	17	47	223	121	10	1 068	4,31
Valladolid	78 079	20	_	_	36	1	4	10	34	173	22	44	88	30	2	564	5,94
Vizcaya	114 738	25	_	_	36	5	12	9	4	269	46	62	91	76	9	644	5,61
Zamora	17 864	2	_	_	2	_	1	2	5	28	1	9	27	4	1	82	4,59
Zaragoza	143 755	22	_	_	32	2	3	16	23	191	24	35	96	82	9	535	3,72
TOTALES	4 060 854	1 072	17	88	597	59	360	434	1 196	8 539	746	989	4 091	2 510	272	20 970	5,16

2.2 Résumé statistique de l'assistance antituberculeuse du Real Patronato 1924-1925 (par dispensaire)

Extrait de : « Resumen estadístico de la labor antituberculosa del Real Patronato, durante el primer año de su existencia », *Lucha oficial contra la tuberculosis, Campaña de 1924-1925*, Publicaciones del Real Patronato Antituberculoso de España, Madrid, 1925.

« Resumen estadístico de la labor antituberculosa del Real Patronato, durante el primer año de su existencia, Campaña de 1924-1925 ». (por dispensario)

Provincias	Nuevos asistidos varones	Nuevas asistidas hembras	Total nuevos asistidos	Total asistencias
Alicante (falta octubre)	11	20	31	106
Barcelona 1er dispensario (falta mayo)	235	242	477	15081
Barcelona 2undo dispensario (falta mayo)	80	97	177	11351
Coruña	321	349	670	–
Irun (sólo agosto y diciembre)	17	25	42	106
La Alfaguara (sólo de agosto a diciembre)	234	330	564	13922
Príncipe Alfonso Madrid (falta Mayo)	329	329	658	7323
Victoria Eugenia (Madrid)	262	256	518	21273
Malaga (falta junio 24, Abril y Mayo 25)	121	243	364	1625
Palma de Mallorca (faltan abril y mayo)	20	35	55	1393
Vigo Pontevedra (falta Mayo)	39	64	103	6809
Segovia (falta Junio y dic del 24 y Marzo y Mayo del 25)	18	12	30	1847
Sevilla (faltan 5 meses)	84	103	187	3553
Valencia (faltan 5 meses)	76	97	173	8356
Ledo Vizcaya (faltan 2 meses)	63	69	132	8294
Zaragoza (faltan 2 meses)	78	201	279	5420
TOTALES	1983	2472	4455	106459

2.3 Tableaux statistiques de la *Gasetta Municipal* 1931-1934

Densité par quartier selon la *Gasetta Municipal* de Barcelona 1931 (dans AIGUADER, Jaume, 1934)

DISTRIBUCIÓ DE LA POBLACIÓ

DISTRICTE I

Nombre i nom dels barris	Habitants	Habitants per hectàrea	Habitants per edifici	Habitants per estatge habitat	Habitants per estatge de tota mena
1 Escar...	4328	163'94	31'36	5'07	4'51
2 Concòrdia ...	5367	1412'36	33'13	4'48	4'11
3 Orientals...	5162	1075'42	23'46	4'64	4'30
4 Sant Miquel...	8406	646'61	24'65	3'86	3'68
5 Gasòmetre ...	8327	362'04	31'54	5'16	4'92
6 Parc...	3545	67'65	73'85	10'91	10'01*
7 Duana ...	5273	255'97	25'72	4'28	3'44
8 Seca ...	4650	968'75	8'53	4'80	3'84
9 Santa Maria...	3660	963'15	28'37	4'04	3'22
10 Llotja ...	4098	553'78	26'96	4'26	3'48
11 Sant Just...	5460	293'53	33'09	4'67	3'72
12 Catedral...	4384	626'28	25'48	4'05	3'40
13 Jonqueres ...	5613	684'51	27'38	4'05	3'21
14 Santa Anna...	3590	304'24	22'57	4'27	3'29
15 Foment ...	2467	685'26	19'74	4'18	2'92
16 Diputació...	2564	754'12	28'81	4'57	3'53
17 Pi...	2037	565'83	19'22	3'32	2'86
18 Trinitat ...	5637	704'62	28'33	4'45	3'28
19 Banc...	5142	389'54	30'79	4'54	3'80
20 Mercè...	6554	762'09	36'41	4'51	3'95
Totals ...	96264	391'32	27'83	4'48	3'78

DISTRICTE II

1 Hortes ...	6810	35'62	23'97	5'72	5'19
2 Pedreres...	28760	236'90	28'60	4'06	3'81
3 Parlament ...	9459	583'88	33'78	4'08	3'81
4 Mercat ...	10756	493'39	36'34	3'69	3'47
5 Tamarit...	8867	354'58	31'78	3'85	3'63
6 La França ...	16514	86'82	22'37	4'16	3'87
7 Port...	4981	30'67	24'65	5'55	5'27
8 Can Tunis ...	1944	22'45	21'84	6'27	6'13
9 Hipòdrom ...	2925	14'86	7'67	5'55	5'38
10 La Farola ...	822	0'00	6'08	5'16	5'01
Totals ...	91838	47'72	24'90	4'24	3'97

* Aquesta proporció és deguda a que les casernes figuren en aquest barri.

DISTRICTE III

Nombre i nom dels barris	Habitants	Habitants per hectàrea	Habitants per edifici	Habitants per estatge habitat	Habitants per estatge de tota mena
1 Bertran	4328	81'97	7'22	4'34	3'75
2 Tibidabo... ..	3321	16'65	9'24	5'99	5'05
3 Sant Gervasi... ..	2067	93'95	7'03	5'05	3'68
4 Farró... ..	7418	216'90	9'31	4'35	4'08
5 La Forja... ..	4468	90'81	8'73	4'43	4'07
6 Galvany... ..	6944	99'48	13'61	4'24	3'89
7 Puig... ..	2910	35'75	8'76	6'39	5'93
8 Escoles Pies... ..	1446	39'51	6'92	7'26	6'78
9 Jesuïtes	2490	74'11	8'95	5'83	5'55
10 Nena Cases... ..	4885	88'82	11'28	5'39	4'67
11 Parròquia... ..	3390	83'49	7'03	4'23	3'98
12 Elisabets... ..	2111	144'56	8'44	4'12	3'63
13 Valldrera... ..	1129	0'915	2'38	3'86	1'67
14 Pedralbes... ..	983	5'485	4'46	5'15	4'75
15 Sagrat Cor	1352	24'58	9'38	5'41	5'20
16 Les Corts... ..	7779	84'19	13'12	4'54	4'46
17 Maternitat	2590	14'11	21'58	6'67	6'55
Totals	59611	24'51	9'02	4'75	4'26

DISTRICTE IV

1 Bogatell... ..	4412	10'31	16'10	4'48	4'01
2 Tetuan	21381	356'35	34'11	4'47	3'85
3 Les Saleses... ..	19195	459'21	38'21	4'51	4'09
4 Ensenyança... ..	12943	394'60	36'45	5'51	4'42
5 Prat... ..	10462	326'93	33'43	5'18	3'86
6 Sant Pere	9886	475'23	34'68	4'67	3'71
7 Agonitzants... ..	7681	1477'12	28'98	4'03	3'52
8 Bòria o Biblioteca... ..	3843	915	24'02	4'09	3'60
9 Santa Caterina... ..	10566	1553'82	29'76	4'39	3'92
10 Portal Nou... ..	13205	1200'45	29'21	4'35	3'96
Totals	113574	441'23	31'46	4'58	3'93

DISTRICTE V

	Nombre i nom dels barris	Habitants	Habitants per hectàrea	Habitants per edifici	Habitants per estatge habitat	Habitants per estatge de tota mena
1	Santa Mònica	8714	854'31	62'24	6'82	6'07
2	Teatre.	9836	1199'51	45'54	4'21	3'82
3	Liceu.	4609	886'35	33'15	5'14	3'95
4	Sant Pau.	4775	795'83	37'59	4'63	3'97
5	Sant Agustí.	6533	1166'61	37'54	4'28	3'75
6	Convalescència.	4223	639'85	25'59	4'30	3'43
7	Betlem	7297	760'10	39'02	4'74	4'09
8	Pelai.	5796	460	33'69	4'48	3'36
9	Hospital Militar. ...	6805	791'27	57'66	5'88	5'28
10	Padró.	19570	1604'09	42'08	3'69	3'45
11	Escoles Pies.	11671	1577'16	42'13	3'92	3'74
12	Sant Llàtzer.	7547	1640'65	40'35	4'12	3'68
13	Presó.	10513	1222'44	41'88	3'88	3'61
	Totals	107889	1023'61	41'21	4'34	3'87

DISTRICTE VI

1	Rda. de St. Antoni.	9882	588'21	36'74	4'16	3'69
2	Muntaner.	23981	550'02	39'18	3'96	3'63
3	Balmes	17892	486'19	37'19	4'26	3'71
4	Argüelles.	16547	405'56	32'76	4'37	3'82
5	Hospital Clínic. ...	16883	383'70	39'91	4'09	3'78
6	Universitat Industr.	9426	147'74	30'31	4'49	4'13
	Totals	94611	384'91	36'37	4'18	3'75

DISTRICTE VII

1	Angel.	9543	477'15	21'11	3'98	3'64
2	Creu Coberta	9578	451'79	23'25	4'01	3'65
3	Rocafort.	12791	226'79	43'65	4'45	3'99
4	Arrepentides.	13583	377'30	34'21	4'77	4'21
5	Sta. Maria de Sans.	8259	297'09	12'98	4'11	3'62
6	Espanya Industrial.	13504	419'37	17'84	4'07	3'81
7	Magòria.	7409	997'05	18'85	4'50	4'34
8	Coll-Blanc	19329	261'20	16'84	4'36	4'05
9	Tena.	21813	251'88	16'88	4'28	3'96
	Totals	115809	295'58	20'04	4'28	3'93

DISTRICTE VIII

Nombre i nom dels barris	Habitants	Habitants per hectàrea	Habitants per edifici	Habitants per estatge habitat	Habitants per estatge de tota mena
1 Jesús...	5246	846'13	20'98	4'22	3'86
2 Vilaró...	4672	458'04	31'35	5'08	4'44
3 Torrent de l'Olla...	4286	1191'55	25'21	3'90	3'53
4 Jardinetes...	1990	331'66	18'59	4'61	3'95
5 Cassoles...	2690	640'47	22'79	4'03	3'43
6 M. de la Llibertat.	2833	643'86	17'93	4'16	3'52
7 Terral...	2186	840'76	22'08	4'07	3'64
8 Felipons...	2332	728'75	19'93	3'76	3'37
9 Can Pardal...	5118	656'15	19'09	3'78	3'28
10 La Fontana...	3682	409'11	18'88	4'37	3'79
11 Josepets...	3295	232'04	10'39	4'38	4'24
12 Salut...	4487	169'96	12'46	4'71	4'43
13 Font del Carbó...	5456	149'07	10'16	4'07	3'85
14 Torrent de les Flors.	3184	62'18	74'05	4'99	4'72
15 Virreina...	5821	709'87	17'64	4'14	3'88
16 Sant Joan...	7908	569	17'73	4'15	3'77
17 Torrent de Mariné...	5655	257'04	17'03	4'11	3'95
18 Poblet...	9622	481'10	29'61	4'32	4'06
19 Grassot...	9598	505'15	29'17	4'02	3'45
20 Caputxins...	12050	640'95	30'27	4'23	3'72
21 Vallcarca...	7061	23'45	14'77	4'41	4'21
Totals ...	109172	186'10	18'40	4'23	3'83

DISTRICTE IX

1 Sagrada Família...	24963	292'31	20'66	4'21	3'86
2 Camp de l'Arpa...	24891	328'37	14'74	4'47	4'20
3 Provences...	5631	49'92	8'65	4'81	4'68
4 Guinardó...	17140	103'13	9'38	5'01	4'76
5 La Sagrera...	9475	83'99	28'45	4'49	4'15
6 Estadella...	6401	45'65	8'32	5'04	4'69
7 Sant Pacià...	8575	209'87	8'46	4'44	4'13
8 Mercadal...	5136	377'65	6'09	4'09	3'93
9 Besós...	6573	24'57	6'33	4'62	4'07
10 Carmel...	3599	54'36	5'55	4'85	4'41
11 Cortada...	5304	21'30	5'06	4'40	4'33
12 Santa Eulàlia...	10812	51'09	6'67	4'87	4'64
13 Roquetes...	6109	11'63	7'28	4'65	4'26
14 Sant Genís...	5876	11'18	4'38	4'70	4'32
Totals ...	140485	54'23	9'45	4'56	4'25

DISTRICTE X

Districtes	Habitants	Habitants per hectàrea	Habitants per edifici	Habitants per estatge habitat	Habitants per estatge de tota mena
1 La Sinya..	11384	235'21	33'09	4'88	4'29
2 Fort-Pius..	4892	69'09	22'24	4'76	3'93
3 Wad-Ras..	8553	96'10	18'31	4'66	4'11
4 Clot ..	9131	298'39	19'10	4'15	3'86
5 La Llacuna ..	2266	51'04	17'29	4'57	4'09
6 Poble Nou ..	19369	287'37	24'45	4'26	3'87
7 Malta..	5704	106'82	21'12	4'64	4'23
8 La Unió..	8163	175'17	21'36	4'63	4'17
9 Can Pol..	1932	13'21	13'14	4'97	4'27
10 Taulat..	8040	63'51	13'74	4'80	4'35
11 Fundició..	1068	11'24	4'85	4'76	4'43
Totals ..	80502	98'36	19'94	4'59	4'07

RESUM GENERAL

I..	96264	391'32	27'83	4'48	3'78
II..	91838	47'72	24'90	4'24	3'97
III..	59611	24'51	9'02	4'75	4'26
IV..	113574	441'23	21'46	4'58	3'93
V..	107889	1023'61	41'21	4'34	3'87
VI..	94611	384'91	36'37	4'18	3'75
VII..	115809	95'58	20'04	4'26	3'92
VIII..	109172	186'10	18'40	4'23	3'83
IX..	140485	54'23	9'45	4'56	4'25
X..	80502	98'36	19'94	4'59	4'07
Totals ..	1009755*	105'19	18'99	4'41	3'95

Décès par causes et par districts dans la *Gasetta Municipal de Barcelona*, 1934.

CAUSES DE MORT (NOMENCLATURA INTERNACIONAL ABREUJADA)	Districte I			Districte II			Districte III			Districte IV			Districte V			Districte VI			Districte VII			Districte VIII			Districte IX			Districte X			TOTALS				
	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Totals	Domicili	Hospital, clínica, etc.	Generals		
	1. Febre tifoide i paratifoide (1 i 2).....	13	20	33	23	—	23	5	—	5	14	—	14	13	—	13	15	9	24	24	—	24	19	1	20	21	15	36	9	—	9	156	45	201	
2. Tifus exantemàtic (3).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
3. Verola (6).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
4. Xarampió (7).....	3	1	4	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
5. Escarlatina (8).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
6. Catarro (9).....	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
7. Diftèria (10).....	6	2	8	2	—	2	2	1	3	—	—	—	3	—	3	3	4	6	10	1	—	1	3	1	4	2	17	19	2	—	—	1	10	1	11
8. Grip o influença (11).....	9	1	10	8	—	8	6	1	7	13	—	13	16	3	19	9	1	10	8	1	9	9	—	9	22	1	23	11	—	11	111	8	119		
9. Glàndola (14).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
10. Tuberculosi de l'aparell respiratori (23).....	45	77	122	59	1	60	23	24	47	42	2	44	73	8	81	44	73	117	68	8	76	57	3	60	90	310	400	47	1	48	648	507	1055		
11. Totes les altres tuberculosis (24 a 32).....	14	22	36	12	1	13	13	8	21	15	2	17	15	3	18	9	31	40	28	—	28	13	1	14	26	38	64	10	—	10	155	106	261		
12. Sífilis (34).....	3	8	11	4	—	4	2	3	5	2	—	2	4	1	5	1	2	3	—	—	—	5	1	6	5	6	11	3	—	3	29	21	50		
13. Paludisme (malària) (38).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
14. Altres malalties infeccioses i parasitàries (4, 5, 12, 13, 15 a 22, 33, 35 a 37, 39 a 44).....	6	15	21	8	1	9	11	29	40	10	—	10	8	1	9	18	38	56	18	1	19	20	9	29	16	54	70	7	—	7	122	148	270		
15. Càncer i tots els altres tumors malignes (45 a 53).....	64	26	90	46	2	48	46	42	88	106	7	113	77	10	87	98	81	179	78	3	81	80	15	95	107	228	335	64	—	64	766	414	1180		
16. Tumors no malignes o en els quals el caràcter de malignitat no s'especifica (54 a 55).....	2	3	5	—	—	—	4	11	15	3	1	4	3	1	4	5	11	16	1	—	1	3	4	7	4	13	17	1	—	1	26	44	70		
17. Reumatisme crònic i gota (57 i 58).....	1	2	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
18. Diabetis sacarina (59).....	15	4	19	6	1	7	11	3	14	18	1	19	14	1	15	11	6	17	9	—	9	11	4	15	9	14	23	11	—	11	115	34	149		
19. Alcohollisme crònic o agut (75).....	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
20. Altres malalties generals i intoxicacions cròniques (56, 60 a 74, 76, 77).....	7	2	9	10	—	10	11	2	13	13	2	15	9	1	10	20	20	40	9	1	10	6	2	8	17	12	29	6	—	6	108	42	150		
21. Atàxia locomotriu progressiva i paràlisi general (80 i 83).....	2	13	15	2	—	2	—	2	2	1	—	1	6	1	7	—	—	—	—	—	—	4	3	7	4	—	4	2	1	3	—	—	21	20	41
22. Hemorràgia cerebral, embòlia o trombosi cerebral (82).....	134	50	184	98	1	99	81	16	97	109	12	121	135	23	158	99	40	139	142	13	155	150	16	166	213	32	245	112	—	112	1273	203	1476		
23. Altres malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits (78, 79, 81, 84 a 89).....	29	24	53	32	1	33	11	11	22	27	1	28	31	4	35	28	25	53	44	2	46	36	2	38	44	19	63	31	1	32	313	90	403		
24. Malalties del cor (90 a 95).....	176	65	241	161	5	166	101	23	124	193	15	208	210	27	237	189	58	247	229	19	248	222	14	236	217	130	347	120	1	121	1818	357	2175		
25. Altres malalties de l'aparell circulatori (96 a 103).....	25	83	108	27	1	28	13	11	24	13	31	44	36	1	37	19	25	44	16	3	19	34	10	44	24	48	72	16	—	16	223	213	436		
26. Bronquitis (106).....	26	—	26	33	—	33	9	1	10	12	5	17	37	6	43	14	—	14	48	—	48	23	4	27	33	6	39	21	—	21	356	22	278		
27. Pulmonia (107 a 109).....	182	63	245	181	3	184	95	65	160	135	7	142	187	25	212	114	72	186	237	8	245	177	14	191	293	89	382	140	1	141	1741	347	2088		
28. Altres malalties de l'aparell respiratori (excepte tuberculosi) (104, 105, 110 a 114).....	26	6	32	30	1	31	19	20	39	38	3	41	41	7	48	33	33	66	59	1	60	42	7	49	45	39	84	30	—	30	363	117	480		
29. Diarrea i enteritis (119 i 120).....	44	13	57	35	1	36	16	34	50	23	—	23	59	2	61	11	11	22	68	1	69	27	1	28	80	15	95	34	—	34	397	78	475		
30. Apendicitis (121).....	2	2	4	3	3	6	3	27	30	3	1	4	1	7	8	6	16	22	4	—	4	6	15	21	3	54	57	1	—	1	32	125	157		
31. Malalties del fetge i de les vies biliars (124 a 127).....	15	3	18	10	—	10	15	14	29	12	—	12	17	2	19	17	30	47	26	2	28	22	3	25	17	42	59	13	—	13	164	96	260		
32. Altres malalties de l'aparell digestiu (115 a 118, 122, 123, 128 i 129).....	20	4	24	21	1	22	20	62	82	20	5	25	24	9	33	30	97	127	32	4	36	28	19	47	22	136	158	13	—	13	230	337	567		
33. Nefritis (130 a 132).....	53	12	65	56	—	56	27	23	50	90	5	95	58	8	66	68	34	102	65	2	67	80	10	90	69	51	120	47	—	47	613	145	758		
34. Altres malalties de l'aparell urinari i de l'aparell genital (133, 139).....	5	—	5	—	1	1	3	9	12	2	—	2	3	—	3	5	17	22	3	—	3	7	3	10	6	19	25	1	—	1	35	49	84		
35. Septicèmia i infecció puerperals (140 i 145).....	1	2	3	1	—	1	—	2	2	2	—	2	2	—	2	—	7	7	5	—	5	2	9	11	—	11	11	—	—	—	13	31	44		
36. Altres malalties de l'embaràs, del part i de l'estat puerperal (141 a 144, 146 a 150).....	2	—	2	—	1	1	2	5	7	4	—	4	1	—	1	1	9	10	—	1	1	2	1	3	1	10	11	2	—	2	15	27	42		
37. Malalties de la pell, del teixit cel·lular, dels ossos i dels òrgans de la locomoció (151 a 156).....	1	—	1	1	—	1	1	9	10	2	1	3	—	—	—	—	13	13	3	—	3	2	4	6	—	10	10	—	—	—	10	37	47		
38. Debilitat congènita, vicis de conformació, congènita, naixement prematur, etc. (157 a 161).....	13	—	13	18	1	19	8	20	28	7	—	7	13	—	13	11	5	16	15	1	16	4	1	5	14	6	20	19	—	19	122	34	156		
39. Senilitat (162).....	15	9	24	7	—	7	9	5	14	13	1	14	10	5	15	12	2	14	15	—	15	16	1	17	15	13	28	19	—	19	131	36	167		
40. Suïcidi (163 a 171).....	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41. Homicidi (172 a 175).....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42. Morts violentes o accidentals (excepte suïcidi i homicidi) (176 a 198).....	4	33	37	6	13	19	7	10	17	12	12	21	10	23	33	4	167	171	10	13	23	7	14	21	6	121	127	4	7	11	70	413	483		
43. Causes no especificades o mal definides (199 i 200).....	4	5	9	—	—	—	2	2	4	2	—	2	4	1	5	1	3	4	11	—	11	3	1	4	—	4	4	1	—	1	28	16	44		
Totals.....	968	571	1539	904	39	943	580	406	1076	980	114	1074	1130	183	1313	890	944	1843	1286	87	1373	1126	100	1316	1432	1569	3001	801	11	812	10086	4204	14290		

2.4 Tableau résumant les principales institutions hospitalières et le nombre de lits disponibles pour des tuberculeux en 1932

Publié dans NAJERA ANGULO, Luis, CODINA SUQUE, José, ABELLO PASCUAL, José, Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, 1932.

CUADRO RESUMEN DE LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS QUE HACEN LUCHA ANTITUBERCULOSA EN BARCELONA Y NÚMERO DE CAMAS DE QUE DISPONEN

Clase de la institución	Nombres	Número de camas				Total de camas	Sostenimiento por	Observaciones
		Adultos		Niños				
		V	H	V	H			
Sanatorio.....	Torre Bonica (Tarrasa)	28	60	12	12	112	Caja de pensiones	La mayoría de las plazas son gratuitas; para los pudientes modestos la pensión es de 5 pesetas y hay 12 camas de distinguidos que pagan 15 pesetas. Hay habitaciones uni o bipersonales ; las salas tienen 8 y 10 camas. Director: Dr. Xalabarder.
Preventorio.....	Can Frares	-	-	24	28	52	Casa Caridad	Colonia con tres pabellones (uno para epilépticos, uno para niñas : 28 pretuberculosas y 32 convalecientes, y uno para niños : 24 pretuberculosos y 13 convalecientes).
Asilos y Sanatorios marítimos.....	Asilo de San Juan de Dios	-	-	100	-	100	Limosnas	Sólo admite niños pobres hasta los diez y seis años. Tiene 250 camas, de las que sólo 100 son ocupadas por tuberculosis quirúrgicas no supuradas; las restantes por ciegos, tiñosos (aislados), raquítics e incapacitados.
Idem.....	Asilo de San Rafael	-	-	-	40	40	Idem.	Niñas de cuatro años a toda la vida. Tiene 130 camas, de las que 40 son para tuberculosis quirúrgicas y las otras para los restantes asilados.
Idem.....	Sanatorio marítimo de Calafell	-	-	60	-	60	Idem.	Para niño con tuberculosis quirúrgicas abiertas procedentes del Asilo de San Juan de Dios. En este entro veranean, en colonias de 60, los asilados en Barcelona.

Idem.....	Sanatorio marítimo San José (Barceloneta)	-	20	10	10	40	Beneficencia particular	En una casa aprovechada solo regularmente. No tiene playa y las terrazas están dominadas por las casas vecinas, por lo que los baños de sol los toman los enfermos medio vestidos. Separada del mar por otras edificaciones. Tiene anejo un Dispensario homeopático.
Idem.....	Hospital de Nazareth	-	-	9	9	18	Fundación Godó	Para tuberculosis quirúrgicas. Posee buenas terrazas para baños de sol. Todo él está muy bien montado y algunas de sus instalaciones son verdaderamente lujosas.
Total de Asilos.....		-	20	179	59	258		
Enfermería.....	Hospital del Espíritu Santo (San Adrián)	40	70	-	-	110		Casos graves y curables. Se halla instalado en un edificio antiguo reformado y situado en una eminencia en S. Andriá del Besós, a pocos kilómetros de Barcelona. Directo : Dr. Barjau.
Hospitales.....	Pabellón del Hospital de infecciosos	14	14	-	-	28	Ayuntamiento	Habitaciones individuales. El servicio es dirigido por el Dr. Soler Dopff.
Idem.....	Hospital de Santa Cruz (salas para tuberculosos)	36	72	-	-	108	Legados y subvenciones	El servicio de V. lo dirige el Dr. Reventós, con un Dispensario anejo en el que se ven unos 400 enfermos adultos mensuales. Funciona hace pocos meses. El servicio de H. dispone de dos salas de 28 camas gratuitas y ocho cuartos bipersonales de pago reducido. Lo dirige el doctor Freixas y tiene anejo también un Dispensario.
Idem.....	Hospital Clínico (salas para tuberculosos)	18	18	-	-	36		Servicio anejo a la cátedra de Tisiología del Dr. Sayé.
Idem.....	Clínica "La Alianza"	10	10	-	-	20	Cooperativa	Posee esta clínica 600 camas de las que 20 se destinan a cirugía de la tuberculosis (frenicectomías, plastias, etc.)
Idem.....	Hospital del Sagrado Corazón	8	4	-	-	12	Beneficencia particular	Posee en total 150 camas de las que 30 se destinan a medicina (dos salas de 10 camas para V. y una sala de 10 camas para H.). Tiene anejo un Dispensario policlínico.

Idem.....	Hospital de infecciosos Pabellón de incurables	10	10	-	-	20	Ayuntamiento	Provisionalmente instalado en pabellones del Hospital de infecciosos. Tiene 200 camas de las que el 10 por 100 (es decir 20) se destinan a tuberculosis.
Idem.....	Hospital de Santa Cruz (alas de medicina)	80	80	-	-	160	Legados y subvenciones	Tiene en total 194 camas para V. y otras 194 Para H. De las estadísticas de 1928, 29 y 30, resulta que el 46 por 100 de los enfermos han sido tuberculosos, lo cual hace que en realidad sean 89'244 el número de camas ocupadas por ellos.
Idem.....	Hospital Clínico (salas de medicina)	14	16	-	-	30		Se calcula que en las salas de medicina de este hospital se asiste a un 10 por 100de tuberculosos entre el total de enfermos
Total de Hospitales..		190	224	-	-	414		
Preventorio..... ...	Can Frares	-	-	24	28	52	Casa Caridad	Colonia con tres pabellones (uno para epilépticos, uno para niñas : 28 pretuberculosas y 32 convalecientes, y uno para niños : 24 pretuberculosos y 13 convalecientes).
Asilos y Sanatorios marítimos..... ...	Asilo de San Juan de Dios	-	-	100	-	100	Limosnas	Sólo admite niños pobres hasta los diez y seis años. Tiene 250 camas, de las que sólo 100 son ocupadas por tuberculosis quirúrgicas no supuradas ; las restantes por ciegos, tiñosos (aislados), raquítics e incapacitados.
Idem.....	Asilo de San Rafael	-	-	-	40	40	Idem.	Niñas de cuatro años a toda la vida. Tiene 130 camas, de las que 40 son para tuberculosis quirúrgicas y las otras para los restantes asilados.
Idem.....	Sanatorio marítimo de Calafell	-	-	60	-	60	Idem.	Para niño con tuberculosis quirúrgicas abiertas procedentes del Asilo de San Juan de Dios. En este entro veranean, en colonias de 60, los asilados en Barcelona.

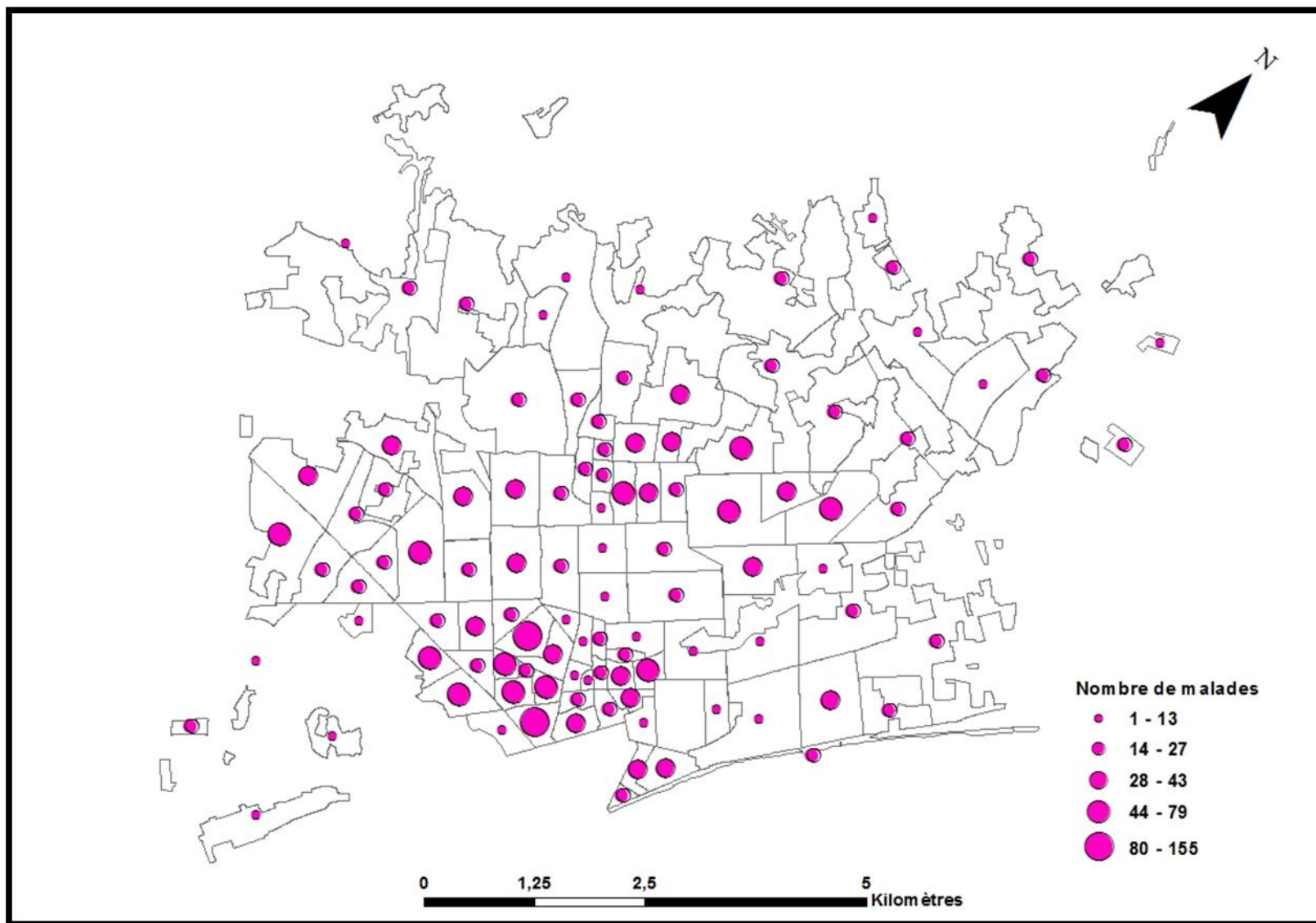
Idem.....	Sanatorio marítimo de San José (Barceloneta)	-	20	10	10	40	Beneficencia particular	Es una casa aprovechada solo regularmente. No tiene playa y las terrazas están dominadas por las casas vecinas, por lo que los baños de sol los toman los enfermos medio vestidos. Separada del mar por otras edificaciones. Tiene anejo un Dispensario homeopático.
Idem.....	Hospital de Nazareth	-	-	9	9	18	Fundación Godó	Para tuberculosis quirúrgicas. Posee buenas terrazas para baños de sol. Todo él está muy bien montado y algunas de sus instalaciones son verdaderamente lujosas.
Total de Asilos.....			20	179	59	258		
Enfermería.....	Hospital del Espíritu Santo (San Adrián)	40	70	-	-	110		Casos graves y curables. Se halla instalado en un edificio antiguo reformado y situado en una eminencia en S. Andriá del Besós, a pocos kilómetros de Barcelona. Director: Dr. Barjau.
Hospitales.....	Pabellón del Hospital de infecciosos	14	14	-	-	28	Ayuntamiento	Habitaciones individuales. El servicio es dirigido por el Dr. Soler Dopff.
Idem.....	Hospital de la Santa Cruz (Salas para tuberculosos)	36	72	-	-	108	Legados y subvenciones	El servicio de V. lo dirige el Dr. Reventós, con un Dispensario anejo en el que se ven unos 400 enfermos adultos mensuales. Funciona hace pocos meses. El servicio de H. dispone de dos salas de 28 camas gratuitas y ocho cuartos bipersonales de pago reducido. Lo dirige el doctor Freixas y tiene anejo también un Dispensario.
Idem.....	Hospital Clínico (sala para tuberculosos)	18	18	-	-	36		Servicio anejo a la cátedra de Tisiología del Dr. Sayé.
Idem.....	Clínica "La Alianza"	10	10	-	-	20	Cooperativa	Posee esta clínica 600 camas de las que 20 se destinan a cirugía de la tuberculosis (frenicectomías, plastias, etc.)
Idem.....	Hospital de Sagrado Corazón	8	4	-	-	12	Beneficencia particular	Posee esta clínica 150 camas de las que 30 se destinan a medicina (dos salas de 10 camas para V. y sala de 10 camas para H.). Tiene anejo un Dispensario policlínico.

Idem.....	Hospital de infecciosos Pabellón de incurables	10	10	-	-	20	Ayuntamiento	Provisionalmente instalado en pabellones del Hospital de infecciosos. Tiene 200 camas de las que el 10 por 100 (es decir 20) se destinan a tuberculosis.
Idem.....	Hospital de Santa Cruz (salas de medicina)	80	80	-	-	160	Legados y subvenciones	Tiene en total 194 camas para V. y otras 194 Para H. De las estadísticas de 1928, 29 y 30, resulta que el 46 por 100 de los enfermos han sido tuberculosos, lo cual hace que en realidad sean 89'244 el número de camas ocupadas por ellos.
Idem.....	Hospital Clínico (salas de medicina)	14	16	-	-	30		Se calcula que en las salas de medicina de este hospital se asiste a un 10 por 100 de tuberculosos entre el total de enfermos
Total de Hospitales...		190	224	-	-	414		

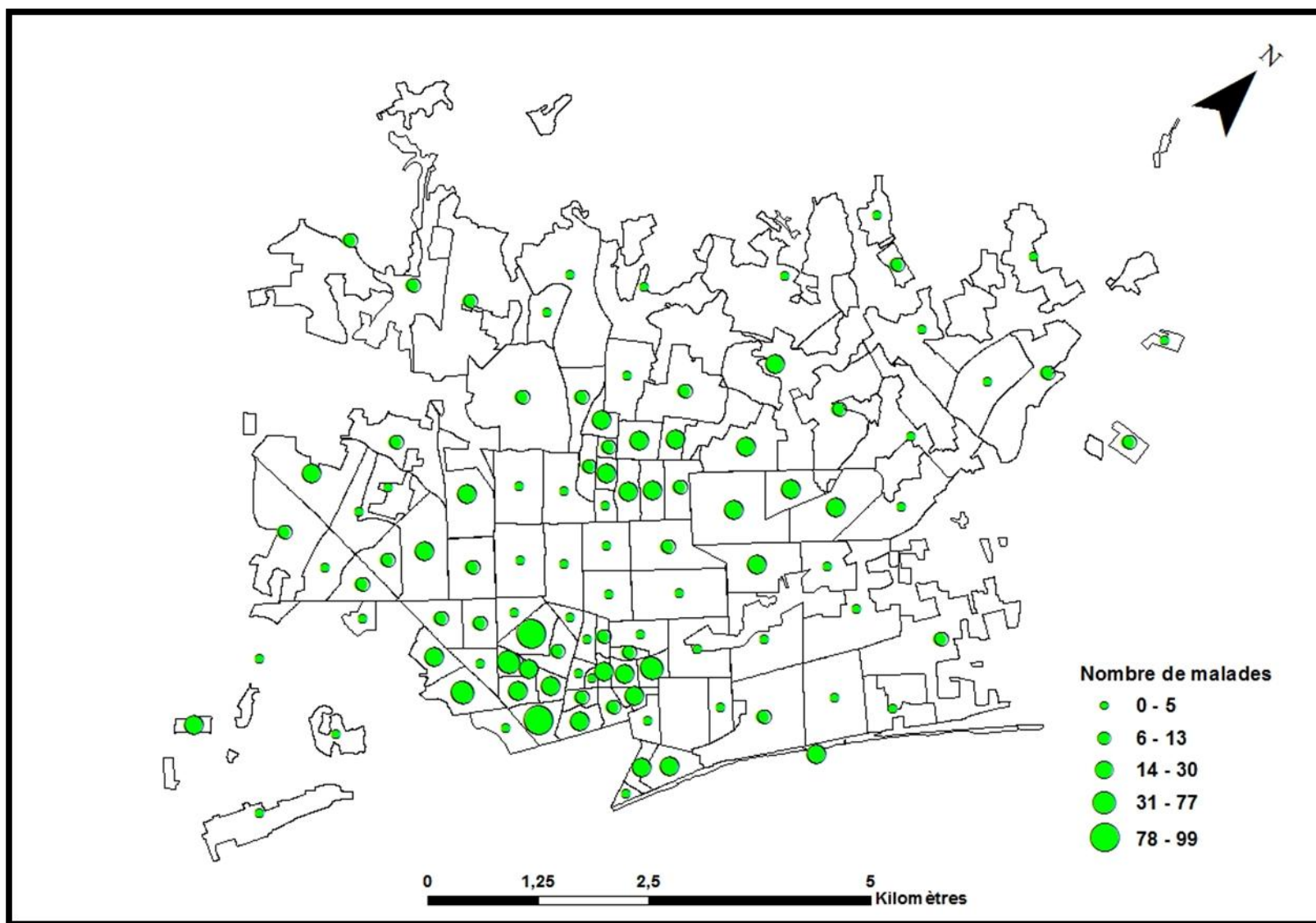
3. Cartes, tableaux statistiques et masques de saisies des données

3.1 Cartes : Répartition des malades de chaque source par quartiers

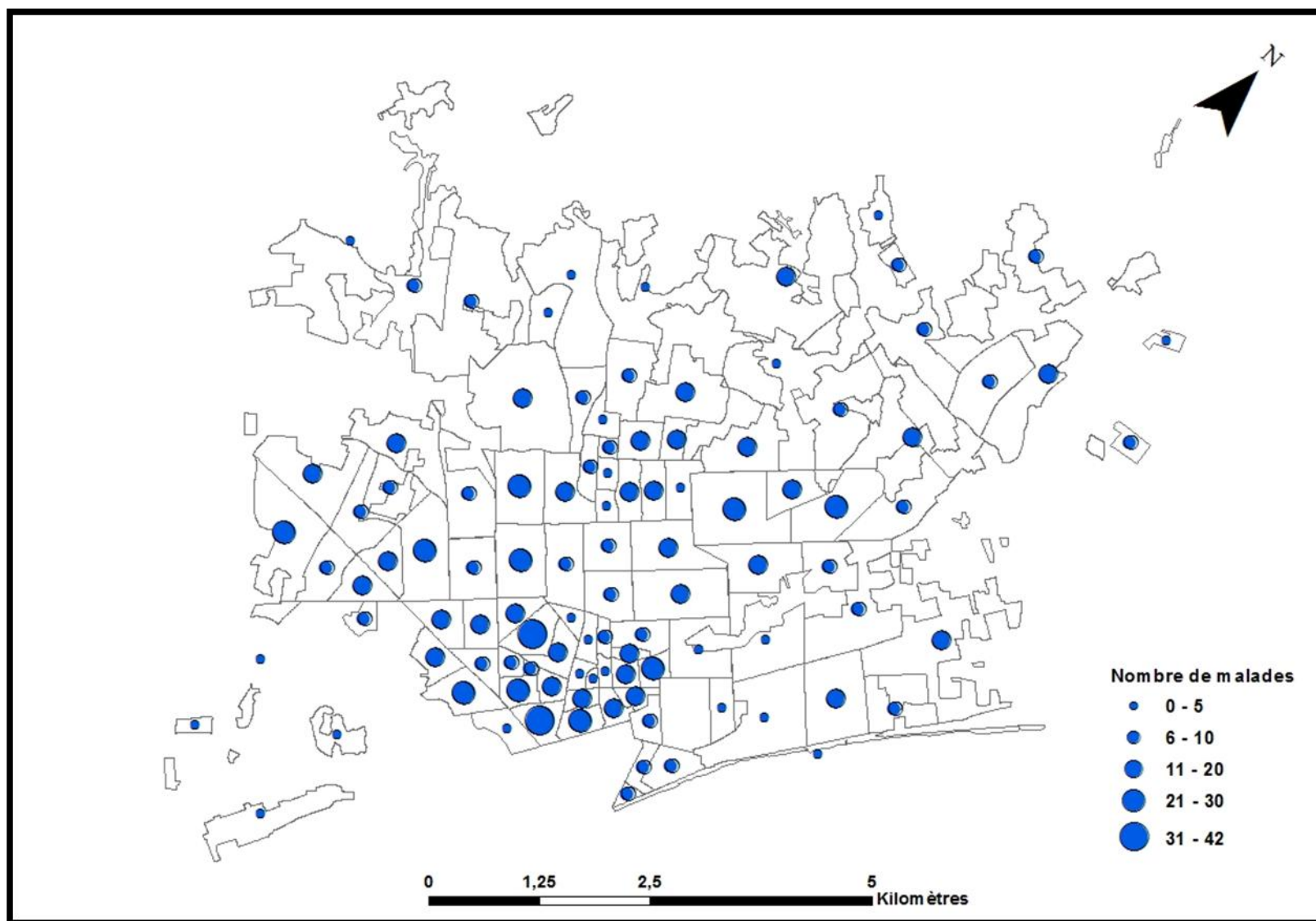
Nombre de malades tuberculeux - par quartier (3 sources regroupées)



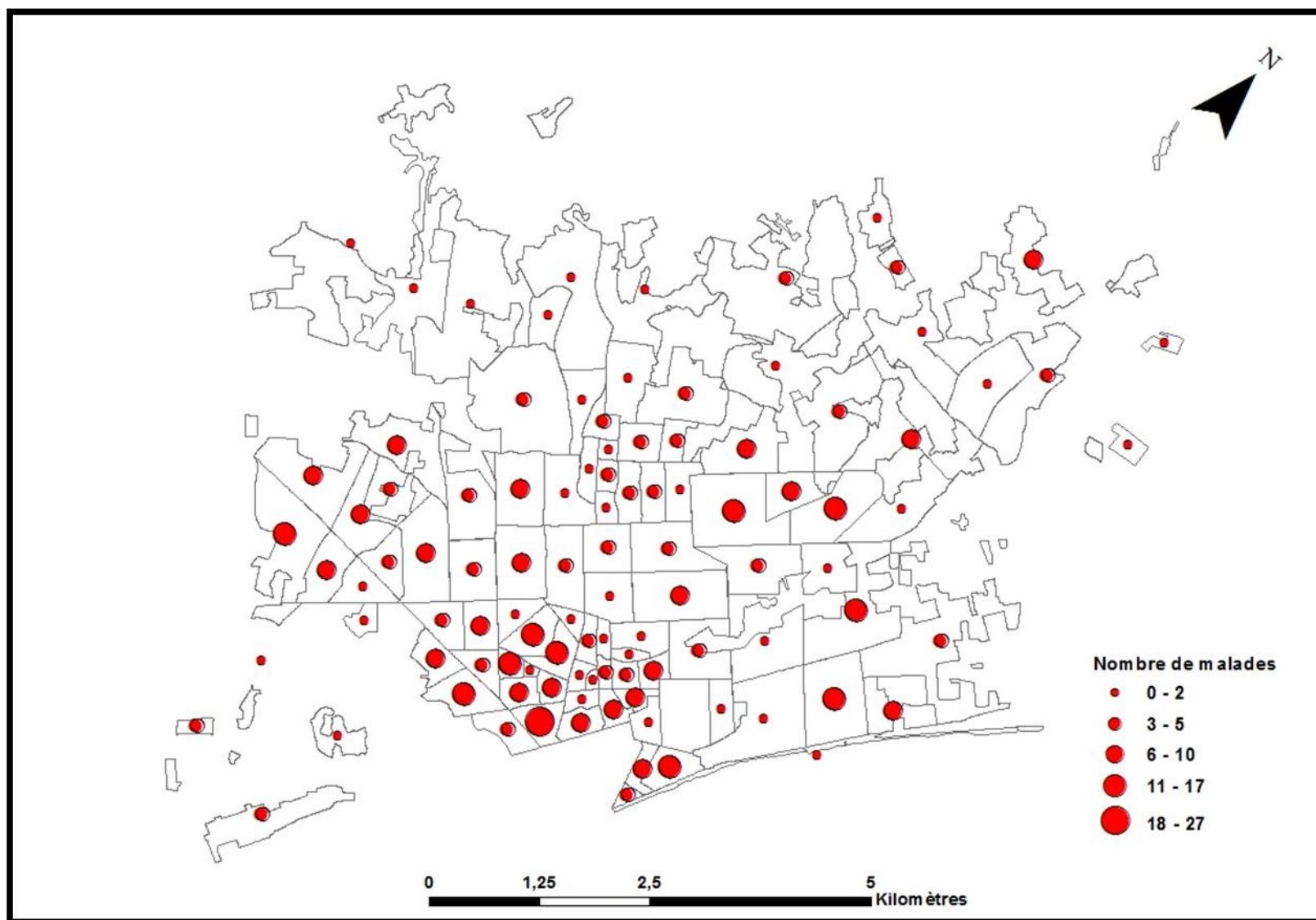
Nombre de tuberculeux aidés par Catalunya Radio - par quartier



Nombre de tuberculeux internés au sanatorium de l'Esperit Sant - par quartier



Nombre de tuberculeux hospitalisés à l'hôpital de Saint Pau - par quartier



3.2 Tableaux statistiques des données extraites du Padrón de 1930

Ville = population de la ville de Barcelone

Ouvriers (Classe V) = population ouvrière de la ville de Barcelone

3.2.1 Tableaux récapitulatifs des données sur les foyers des tuberculeux des trois sources

Type d'habitat en pourcentage (foyers des tuberculeux et foyers assimilés)

Type d'habitats	Ville (%)	Ouvriers (%)	Total des 3 sources(%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
Immeuble	85,8	82,74	80,47	87,15	81,07	69,78
Villa	1,89	0,86	1,05	0,50	1,07	1,83
"Bajos"	9,72	12,6	12,47	10,33	14,17	13,00
Autres	1,82	2,54	5,04	0,13	3,21	15,02
"Barracas"	0,73	1,25	0,96	1,89	0,48	0,37
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Type d'habitat en pourcentage (foyers des tuberculeux uniquement)

Type d'habitats	Ville (%)	Ouvriers (%)	Total des 3 sources(%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
Immeuble	85,8	82,74	79,85	91,55	80,95	69,35
Villa	1,89	0,86	0,94	0,24	0,73	1,72
"Bajos"	9,72	12,6	11,39	6,76	13,55	12,84
Autres	1,82	2,54	7,28	0,00	4,76	15,71
"Barracas"	0,73	1,25	0,54	1,45	0,00	0,38
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Nombre moyen d'habitants par logement

Ville de Barcelone	Classe V	Tuberculeux (3 sources)	Catalunya Radio	Sant Pau	Esperit Sant
4,61	4,77	6,47	5,5	7,55	6,01

Nombre et pourcentage de "Realquilados" ou/et de "Huespedes" dans les logements des tuberculeux

Huespedes et Realquilados	Ville (%)	Ouvriers (%)	Général	Général (%)	Catalunya Radio	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant	Esperit Sant (%)	Sant Pau	Sant Pau (%)
Huesped	5,27	4,95	230	15,25	41	9,53	58	10,51	131	23,86
Realquilado	2,36	10,69	169	11,21	42	9,77	65	11,78	62	11,29
Les 2	7,63	15,64	422	27,98	96	22,33	123	22,28	198	36,07
TOTAL	100	100	1508	100	430	100	552	100	549	100

Type de foyers des tuberculeux (en pourcentage)

Types de foyers	Ville (%)	Ouvriers (%)	Total 3 sources (%)	Catalunya Radio (%)	Esperit Sant (%)	Sant Pau (%)
Nucléaires	59,38	59,69	49,83	54,63	50,83	44,87
Elargis	16,50	13,67	13,13	12,83	15,05	11,22
Cohabitation	15,63	18,42	25,93	28,74	24,95	24,76
Personne seule	8,49	8,22	11,11	3,80	9,17	19,15
TOTAL	100	100	100	100	100	100

Nombre et pourcentage de tuberculeux ou de familles assimilées vivant en cohabitation

SOURCES	Total personnes	Général (%)	Total tuberculeux	Tuberculeux (%)
Total 3 sources	2222	35,24	1509	37,51
Catalunya Radio	826	31,48	430	33,02
Esperit Sant	846	32,74	552	34,42
Sant Pau	549	44,81	525	42,62

Propriétaires et locataires dans les foyers tuberculeux (en pourcentage)

SOURCES	Propriétaire (%)	Locataire (%)
Total 3 sources	1,99	98,01
Catalunya Radio	2,21	97,79
Esperit Sant	2,33	97,67
Sant Pau	1,38	98,62

Mobilité résidentielle des familles tuberculeuses, d'après les données du Padrón de 1930 et des différentes sources (en pourcentage)

<i>SOURCES</i>	<i>Taux de mobilité (%)</i>
Total 3 sources	16,25
Catalunya Radio	–
Esperit Sant	34,42
Sant Pau	6,01

Service domestique dans les logements des tuberculeux (en pourcentage)

<i>SOURCES</i>	<i>Service domestique (%)</i>
Total 3 sources	8,69
Catalunya Radio	1,16
Esperit Sant	7,43
Sant Pau	15,48

Mortalité dans les foyers des tuberculeux d'après les données du Padrón de 1930 (en pourcentage)

<i>SOURCES</i>	<i>Taux de mortalité (%)</i>
Total 3 sources	7,74
Catalunya Radio	14,78
Esperit Sant	7,79
Sant Pau	5,8

3.2.2 Tableaux récapitulatifs des données sur les chefs de ménages tuberculeux des trois sources

Sexe des chefs de ménages des tuberculeux

<i>Sexe</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Homme	1269	90,45	369	86,42	486	91,35	412	93,21
Femme	134	9,55	58	13,58	46	8,65	30	6,79
Total	1403	100	427	100	532	100	442	100

Age des chefs de ménages des tuberculeux

<i>Classes d'âge</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
entre 15 et 39	33,17	37,12	594	42,28	168	39,25	215	40,57	210	47,19
entre 40 et 59	46,69	45,62	643	45,77	194	45,33	255	48,11	194	43,60
entre 60 et 100	20,04	17,04	168	11,96	66	15,42	60	11,32	41	9,21
Total	100	100	1405	100	428	100	530	100	445	100

Etat civil des chefs de ménage des tuberculeux

<i>Etat civil</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya a Radio</i>	<i>Catalunya a Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Célibataire	6,62	3,35	217	15,43	73	17,06	75	14,10	69	15,54
Marié	74,05	80,37	1022	72,69	295	68,93	389	73,12	337	75,90
Veuf	19,32	16,28	167	11,88	60	14,02	68	12,78	38	8,56
TOTAL	100	100	1406	100	428	100	532	100	444	100

Alphabétisation des chefs de ménages des tuberculeux

<i>Alphabétisation</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Oui	85,74	80,04	1162	83,18	325	75,93	463	87,36	373	85,35
Non	14,26	19,96	235	16,82	103	24,07	67	12,64	64	14,65
TOTAL	100	100	1397	100	428	100	530	100	437	100

« Classe sociale » à laquelle appartient le chef de ménage des tuberculeux

<i>Classe sociale</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
I	3,73	13	0,94	0	0	7	1,34	6	1,36
II	15,22	75	5,41	12	2,86	39	7,46	24	5,44
III	8,35	77	5,56	12	2,86	38	7,27	27	6,12
IV	11,5	142	10,25	43	10,24	60	11,47	39	8,84
V	51,18	1021	73,67	330	78,57	361	69,02	328	74,38
VI	9,91	58	4,18	23	5,48	18	3,44	17	3,85
Total	100	1386	100	420	100	523	100	441	100

Provenance géographique des chefs de ménage des tuberculeux

<i>Provinces</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Cataluny a Radio</i>	<i>Cataluny a Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Barcelona	29	50,04	303	21,75	100	23,42	130	24,57	73	16,78
Catalunya	27,62		249	17,88	56	13,11	108	20,42	84	19,31
Aragón	8,95	11,17	132	9,48	51	11,94	42	7,94	38	8,74
Valencia	11,5	15,22	238	17,09	74	17,33	72	13,61	92	21,15
Murcia	5,36	7,83	155	11,13	52	12,18	52	9,83	51	11,72
Andalucía	4,5	5,41	125	8,97	45	10,54	39	7,37	41	9,43
Castilla León			45	3,23	14	3,28	16	3,02	15	3,45
Castilla la Mancha			42	3,02	14	3,28	15	2,84	13	2,99
Baleares			17	1,22	3	0,70	8	1,51	6	1,38
Extremadura			3	0,22	2	0,47	1	0,19	0	0,00
Cantábrica			5	0,36	1	0,23	3	0,57	1	0,23
Galicia			6	0,43	2	0,47	3	0,57	1	0,23
Asturias			8	0,57	1	0,23	7	1,32	0	0,00
Vizcaina			3	0,22	0	0,00	3	0,57	0	0,00
Navarra			13	0,93	3	0,70	2	0,38	8	1,84
Madrid			18	1,29	3	0,70	11	2,08	4	0,92
Afrique			2	0,14	1	0,23	0	0,00	1	0,23
Extérieur			29	2,08	5	1,17	17	3,21	7	1,61
TOTAL			1393	100	427	100	529	100	435	100

3.2.3 Tableaux récapitulatifs des données sur les tuberculeux des trois sources

Sexe des tuberculeux

<i>Sexe</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Cataluny a Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Homme	661	44,04	227	52,67	231	42,15	227	43,32
Femme	840	55,96	204	47,33	317	57,85	297	56,68
Total	1501	100	431	100	548	100	524	100

Age des tuberculeux

<i>Classes d'âge</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
entre 10 et 39	33,17	37,12	1171	78,17	277	64,27	447	82,62	446	84,95
entre 40 et 59	46,69	45,62	288	19,23	128	29,70	91	16,82	69	13,14
entre 60 et 100	20,04	17,04	39	2,60	26	6,03	3	0,55	10	1,90
Total	100	100	1498	100	431	100	541	100	525	100

Etat civil des tuberculeux

<i>Etat civil</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya a Radio</i>	<i>Catalunya a Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Célibataire	6,62	3,35	829	55,53	187	43,59	325	59,63	317	61,20
Marié	74,05	80,37	591	39,58	206	48,02	199	36,51	185	35,71
Veuf	19,32	16,28	73	4,89	36	8,39	21	3,85	16	3,09
TOTAL	100	100	1493	100	429	100	545	100	518	100

Alphabétisation des tuberculeux

<i>Alphabétisation</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Oui	85,74	80,04	1207	81,94	298	70,62	476	88,31	432	84,54
Non	14,26	19,96	266	18,06	124	29,38	63	11,69	79	15,46
TOTAL	100	100	1473	100	422	100	539	100	511	100

Classes sociales des tuberculeux

<i>Classes sociales</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Radio</i>	<i>Catalunya Radio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
I	3,73	2	0,14	0	0	2	0,38	0	0
II	15,22	54	3,77	11	2,62	31	5,88	12	2,48
III	8,35	71	4,95	13	3,10	32	6,07	26	5,37
IV	11,5	142	9,90	36	8,57	58	11,01	47	9,71
V	51,18	1084	75,59	331	78,81	378	71,73	373	77,07
VI	9,91	81	5,65	29	6,90	26	4,93	26	5,37
Total	100	1434	100	420	100	527	100	484	100

Provenance géographique des tuberculeux

<i>Provinces</i>	<i>Ville (%)</i>	<i>Classe V</i>	<i>Total 3 sources</i>	<i>Total 3 sources (%)</i>	<i>Catalunya Ratio</i>	<i>Catalunya Ratio (%)</i>	<i>Esperit Sant</i>	<i>Esperit Sant (%)</i>	<i>Sant Pau</i>	<i>Sant Pau (%)</i>
Barcelona	29	50,04	588	39,76	181	42,39	224	41,64	184	35,59
Catalunya	27,62		184	12,44	34	7,96	73	13,57	79	15,28
Aragón	8,95	11,17	120	8,11	42	9,84	39	7,25	38	7,35
Valencia	11,5	15,22	176	11,90	60	14,05	50	9,29	66	12,77
Murcia	5,36	7,83	126	8,52	44	10,30	43	7,99	39	7,54
Andalucía	4,5	5,41	109	7,37	33	7,73	35	6,51	42	8,12
Castilla León			38	2,57	7	1,64	15	2,79	16	3,09
Castilla la Mancha			27	1,83	8	1,87	9	1,67	10	1,93
Baleares			14	0,95	5	1,17	4	0,74	6	1,16
Extremadura			7	0,47	2	0,47	4	0,74	1	0,19
Cantábrica			8	0,54	3	0,70	4	0,74	1	0,19
Galicia			7	0,47	0	0	4	0,74	3	0,58
Asturias			8	0,54	0	0	1	0,19	2	0,39
Vizcainya			3	0,20	0	0	8	1,49	0	0,00
Navarra			13	0,88	2	0,47	3	0,56	8	1,55
Madrid			27	1,83	4	0,94	12	2,23	11	2,13
Afrique			2	0,14	0	0	0	0,00	1	0,19
Extérieur			22	1,49	2	0,47	10	1,86	10	1,93
TOTAL			1479	100	427	100	538	100	517	100

3.2.4 Tableaux récapitulatifs des données des trois sources par « unités urbaines »

Répartition des tuberculeux aidés par Catalunya Radio dans les différentes « unités urbaines »

Unité urbaine	Population totale	Tuberculeux (Catalunya Radio)	Tuberculeux pour 10 000 habitants	population ouvrière estimée	Ouvrier pour 100 habitants	Tuberculeux pour 10 000 ouvriers	Tuberculeux par unité urbaine sur le total des malades (%)	Ouvriers par unité urbaine sur le total de la population ouvrière (%)	Habitants par unité urbaine sur le total de la population (%)
Suburbios populares	354266	304	8,5811	248456	70,13	12,23	27,24	41,91	35,27
Ensanche	256950	111	4,3199	102431	39,86	10,83	9,95	17,28	25,58
Suburbios ricos	60242	65	10,7898	34615	57,46	18,77	5,82	5,84	6,00
Segundas periferias	102900	171	16,6181	81500	79,20	20,98	15,32	13,75	10,24
Ciutat Vella	230107	465	20,2080	125830	54,68	36,95	41,67	21,23	22,91
TOTAL	1004465	1116	11,1104	592832	59,02	18,82	100	100	100

Répartition des tuberculeux soignés à l'Esperit Sant dans les différentes « unités urbaines »

Unité urbaine	Population totale	Tuberculeux (Catalunya Radio)	Tuberculeux pour 10 000 habitants	population ouvrière estimée	Ouvrier pour 100 habitants	Tuberculeux pour 10 000 ouvriers	Tuberculeux par unité urbaine sur le total des malades (%)	Ouvriers par unité urbaine sur le total de la population ouvrière (%)	Habitants par unité urbaine sur le total de la population (%)
Suburbios populares	354266	317	8,95	248456	70,13	12,76	28,90	41,91	35,27
Ensanche	256950	246	9,57	102431	39,86	24,02	22,42	17,28	25,58
Suburbios ricos	60242	53	8,80	34615	57,46	15,31	4,83	5,84	6,00
Segundas periferias	102900	163	15,84	81500	79,20	20,00	14,86	13,75	10,24
Ciutat Vella	230107	318	13,82	125830	54,68	25,27	28,99	21,23	22,91
TOTAL	1004465	1097	10,92	592832	59,02	18,50	100	100	100

Répartition des tuberculeux soignés à l'hôpital de Sant Pau dans les différentes « unités urbaines »

Unité urbaine	Population totale	Tuberculeux (Catalunya Radio)	Tuberculeux pour 10 000 habitants	population ouvrière estimée	Ouvrier pour 100 habitants	Tuberculeux pour 10 000 ouvriers	Tuberculeux par unité urbaine sur le total des malades (%)	Ouvriers par unité urbaine sur le total de la population ouvrière (%)	Habitants par unité urbaine sur le total de la population (%)
Suburbios populares	354266	150	4,23	248456	70,13	6,04	31,32	41,91	35,27
Ensanche	256950	74	2,88	102431	39,86	7,22	15,45	17,28	25,58
Suburbios ricos	60242	13	2,16	34615	57,46	3,76	2,71	5,84	6,00
Segundas periferias	102900	88	8,55	81500	79,20	10,80	18,37	13,75	10,24
Ciutat Vella	230107	154	6,69	125830	54,68	12,24	32,15	21,23	22,91
TOTAL	1004465	479	4,77	592832	59,02	8,08	100	100	100

3.3 Masques de saisies des fiches cliniques des différentes sources

3.3.1 Masque de saisie des fiches de visite à domicile du Dr. Xalabarder E. 1900-1910.

fecha día	1	mes	5	año	1910
N° de Orden	2937				
Nombre	Juan	Apellido 1	Malloch	Apellido 2	Ferré
edad	33	profesion	sastre		
domicilio calle	San Pacia	numero	11	piso	2 1
vive solo?	SOLO	qué indivcomponen la familia			
		que edad tienen			
donde trabaja el enfermo	NO				
nombre del patron		Jornal que gana			
Hay algun otro individuo de la familia que trabaje					
Donde?		Jornal			
algun Montepio	NO				
Subsidio que percibe	1 litro leche medio kilo pan y medio kilo de carne				
observaciones					

3.3.2 Masque de saisie des fiches de visite du dispensaire central

n° fiche	<input type="text"/>	enfant_adulte	<input type="checkbox"/>	enfant	<input type="checkbox"/>	adulte	<input type="checkbox"/>	Famille	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	num_de_ref	<input type="text"/>			
Date	<input type="text"/>																	
Prénom	<input type="text"/>	Nom1	<input type="text"/>	Nom2	<input type="text"/>				n°fiche FAMILLE	<input type="text"/>								
NOM famille	<input type="text"/>																	
Nom bis	<input type="text"/>																	
Sexe	<input type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	H	Age	<input type="text"/>			Etat civil	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	C	<input type="checkbox"/>	V	Origine Géo	<input type="text"/>	
Profession	<input type="text"/>				CSP	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>	II	<input type="checkbox"/>	III	<input type="checkbox"/>	IV	<input type="checkbox"/>	V	<input type="checkbox"/>	VI	
Nom rue	<input type="text"/>	num de rue	<input type="text"/>	étage	<input type="text"/>	porte	<input type="text"/>	type rue	<input type="text"/>									
n° pers Famille	<input type="text"/>	mortalité famille	<input type="text"/>															
antécédents perso	<input type="text"/>																	
antécédents famille	<input type="text"/>																	
condition logement	<input type="text"/>																	
condition travail alimentation	<input type="text"/>																	
symptômes	<input type="text"/>										première manifestation	<input type="text"/>						
											premiers symptômes	<input type="text"/>						
poids	<input type="text"/>	taille	<input type="text"/>	poids max	<input type="text"/>													
Diagnostic	<input type="text"/>																	
Observations	<input type="text"/>																	
TUB	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non														
faux nom	<input type="text"/>																	

3.3.3 Masque de saisie des fiches cliniques de l'hôpital Sant Pau

Mes ficha	<input type="text"/>	Año ficha	<input type="text"/>	num_de_ref	<input type="text"/>
Freixas Reventos	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> R	<input type="text"/>			
ingreso día	<input type="text"/>	mes	<input type="text"/>	año	<input type="text"/>
nombre	<input type="text"/>	apellido1	<input type="text"/>	apellido2	<input type="text"/>
edad	<input type="text"/>	sexo	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	estado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V
naturaleza pueblo	<input type="text"/>	naturaleza provincia	<input type="text"/>	residencia	<input type="text"/>
ocupacion	<input type="text"/>	clase	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI		
diagnostico	<input type="text"/>			intervencion quirurgica	<input type="text"/>
fecha de salida	<input type="text"/>	resultado	<input type="text"/>		
resultado especificado	<input type="text"/>				
antecedents _pares_	<input type="text"/>				
Historia clin	<input type="text"/>				
Historia social	<input type="text"/>				
Otros	<input type="text"/>				
Estab_precedente	<input type="checkbox"/> Disp <input type="checkbox"/> Hop <input type="checkbox"/> Sana <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> pas d'infos				
Estab_precedente_nom	<input type="text"/>				
otros_estab_precedentes	<input type="text"/>				
Estab_siguiente	<input type="checkbox"/> Disp <input type="checkbox"/> Hop <input type="checkbox"/> Sana <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> pas d'infos				
Estab_siguiente_nom	<input type="text"/>				
otros_estab_siguientes	<input type="text"/>				
reingres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		entrada sec	<input type="checkbox"/> oui	

3.3.4 Masque de saisie des données extraites des registres d'entrées du sanatorium de l'Esperit Sant

ID		num ref padron							
Dia ingreso		Mes ingreso		Año ingreso					
nombre		Apellido1		Apellido2					
Edad		Estado							
Padres		Conyugue		numero de hijos					
Naturaleza pueblo		Naturaleza provincia		Nat abre					
domicilio calle		numero		Piso		barrio		telefono	
ingresado por mediacion de									
salida dia		salida mes		salida año					
nuevo domicilio									
motivo salida									
observaciones									
faux nom									

3.3.5 Masque de saisies des données du Padrón de 1930

modificado	<input type="text" value="7/4/2014"/>	
Hospital	<input type="checkbox"/> S Pau <input type="checkbox"/> Esp S <input type="checkbox"/> Don	num de ref <input type="text"/> año lista <input type="text"/>
creación ficha	<input type="text" value="7/4/2014"/>	Distrito, Barrio <input type="text"/> Tomo, folio <input type="text"/>
Tipo vivienda	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> BAR	
Dirección	<input type="text"/>	Num calle <input type="text"/> piso <input type="text"/> puerta <input type="text"/> tipo calle <input type="text"/>
nombre cabeza de familia	<input type="text"/>	
Edad cabeza familia	<input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H Estado <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V Alfab. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Oficio cabeza familia	<input type="text"/>	
Oficio otros >15	<input type="text"/>	oficios otros fam_cohab <input type="text"/>
CSP	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	
tuberculoso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
nombre presunto tub	<input type="text"/>	
edad tub	<input type="text"/>	Sexo tub <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H estado tub <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V Alfab. tub <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Oficio tub	<input type="text"/>	
CSP tub	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	
Origen tub	<input type="text"/>	años BCN tub <input type="text"/>
situacion tub	<input type="checkbox"/> Fam nucl <input type="checkbox"/> Fam ext <input type="checkbox"/> HUE <input type="checkbox"/> REA <input type="checkbox"/> Serv	
Personas / vivienda	<input type="text"/>	Hijos / familia nuclear <input type="text"/>
Tipo familia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> NF2 <input type="checkbox"/> NF3 <input type="checkbox"/> S	
Huéspedes / realquilados	<input type="checkbox"/> HUE <input type="checkbox"/> REA	Hijos <15 <input type="text"/>
Origen	<input type="text"/>	Años BCN cabeza <input type="text"/>
Mortalidad	<input type="text"/>	Propiedad <input type="checkbox"/> PRO <input type="checkbox"/> ALQ
pisos/planta	<input type="text"/>	altura piso <input type="text"/>
personas/piso	<input type="text"/>	personas/planta <input type="text"/>
Observaciones	<input type="text"/>	
total muertos	<input type="text"/>	Muerto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Año muerte <input type="text"/>
total personas vivienda	<input type="text"/>	vivienda/enfermo <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Enfermo
% mortalidad	<input type="text"/>	cambio de residencia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
total hijos	<input type="text"/>	Servicio domestico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
total hijos <15	<input type="text"/>	num sirv <input type="text"/>

4. Exemples de lettres, de fiches du dispensaire central

4.1 Fiches de visites ou enquêtes sociales du dispensaire

4.1.1 Fiche de visite de Joan Salvat Papasseit en 1921

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA
SERVEI D'ASSISTÈNCIA SOCIAL DE LES TUBERCULOSES
Rueda, 24 (Poble Sec)

N.º 622-1

PRIMERA VISITA D'ADULTS (MASCLENA)

Data 14 octubre 1921
Nom Joan Salvat Papasseit estat civil casat domicili actual Girona i Partegés - 11-1ª
estat de la naturalesa Paradoja professió llibre

1 + d'acident (fa 20a), accident
2 + fractura de canya
3 + d'interrogat
4 + la
5 + la muller, dona
6 + la filla, x

ANTECEDENTS FAMILIARS
ESPECIALS

Alletament mercenari (amb llet de dona) creixement debilitat
Malalties de l'infància als 10 m. pulmonia doble. moltes malalties
Menstruació regular
Altres malalties

Domicilis on ha viscut / en quines condicions regularment i infantes mal alimentat pes mitjà 54kg. des 1919

Condicioni del treball i d'alimentació Gal treball i l'ha fatigat i alimentació insuficient de fetit

Antecedents tuberculosos o sospitosos de tuberculosi (estròfils, pleuritis, catarras de repetició, fistula d'orella, hemoptisi)

Malitia de la visita de perquè li fa mal al pit i li cal el
Ocasions de contagi en algun cas constant i dolor al respirar de la

Data de la primera manifestació agost 1918 signes inicials hemoptisi, febre, cansament i
colica melancòlica a l'epigastric, un mal de cap i un mal de coll i a l'orella on no li podia veure la hemoptisi
Duració del síndrome inicial 6 mesos després una altra hemoptisi, a l'actua
amb TBK, no basillat i mitjà, no tant tenia per educació i no per la seva
General igual fins fa 1 mesos que ho començat a tenir i expectoració, hemoptisi, ha patit
una grip de 20 dies

Síntomes dominants en tota la malaltia cansament, febre, cansament, dolor al pit
Aspecte nutricional pes 48kg. alçada 1'64
Temperatura pols tensió
Aparell digestiu
- circulatori
- nerviós temperamental nerviós
- gènito-urinari
- pell-sentit

Disnea ++ tos i (més de matut) expectoració al matí
Dolors toràcics x després símptomes del aparell respiratori

Laringe

4.1.2 Enquête sociale du Dispensaire central extraite de la Revue AC.

GENERALITAT DE CATALUNYA
SERVEI D'ASSISTÈNCIA SOCIAL
DELS TUBERCULOSOS

R A D A S, 24

VISITA DOMICILIÀRIA

Nom Manel Domènec data 18-2-74 carrer Sant Oleguer 3 pis 2^a porta 1^a

LA FAMÍLIA

Treball que fa _____ ingress _____

	1 -	2 -	3 -
1	Esposa	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
2	El malalt	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
3	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
4	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
5	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
6	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
7	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
8	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu	Trabaja en el Pneu
9			
10			

LA CASA

PLÀNOL

INSTAL·LACIONS HIGIÈNIQUES

Sol? no

Neteja? no

Com dormen? _____

L'alimentació: flexible

EL MALALT

Edat 33 Resum de la història (23.3.81) trajecte asintomàtic, fatiga, anèmia, febre baixa, algunes vegades.

Diagnòstic fibrosi caseosa Qui l'assisteix Dr. Dalbert A quin tractament està sotmès _____ Quina evolució segueix? estacionària

4.1.3 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1921 (deux pages)

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA
SERVEI D'ASSISTENCIA SOCIAL DELS TUBERCULOSOS
Radas, 24 (Poble Sec)

N.º 46
V. 45

PRIMERA VISITA D'ADULTS (MEDECINA)

Data 15-11-21
Nom [redacted] edat 38, naturalesa Alcubre (Baragó) professió cosia pro
estat civil Casada domicili actual [redacted]

P Bb
M + a 33 anys (Tumors al ventre?) 11 anys malalta
1 La interrogada
2 + a 18 mesos (va donarli el pit una tia tub. i diu li encomanà la
3 34 anys 66
4 + a 18 mesos molt temps malalta (atacs al cap) meningitis?
5
6 El marit. Hist 454.
7
8 Els fills tots bons.
9

ANTECEDENTS FAMILIAR
ESPECIALS

Alletament Matern creixement desganada
Malalties de l'infància parampió molt benigne.

Menstruació 14, després de l'època 1 any sense embaràs molt delicada durant els embarassos
Altres malalties a 18 anys anèmia 3 o 4 mesos. tifus a 28 anys, un mes malalta. a 1913
grip 8 dies al llit molt malament del cap. molta febre pes màxim 45 kg data 19
Domicilis on ha viscut i en quines condicions bones

Condicions del treball i d'alimentació Treball no pesat, alimentació bé fins a una
que no pot alimentarse gaire per la car que està tot

Antecedents tuberculosos o sospitosos de tuberculosi (escròfula, pleuritis, catarros de repetició, fistula d'ano, hemoptisis)

Ocasions de contagi un amb el marit H 454

Data de la primera manifestació 1ers de Juny 1921 signes inicials hemoptisi

Duració del síndrome inicial 1 mes.
Evolució després de la hemoptisi gran decaïment i
toràcics que encara continuen disnea.
Bé dies pitjors que altres. to, expectoració,

Síntomes dominants en tota la malaltia decaïment, dolors toràcics, cansament, dis
Aspecte Regular nutrició pes 42. alçada
Temperatura a dia, puls tensió
Aparell digestiu als matins vomit per la to,
» circulatori
» nerviós
» genito-urinari
» pell-sentits

Disnea ++ tos ++ expectoració +, fàcilment,
Dolors toràcics + altres símptomes del aparell respiratori

Laringe

Resum: dels antecedents familiars

una tia tub. Un germanastre morí tub i ella el cuida

dels personals

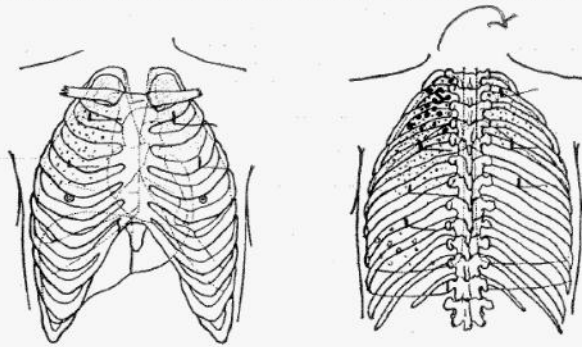
Regulars

dels antecedents patològics

sempre anèmica

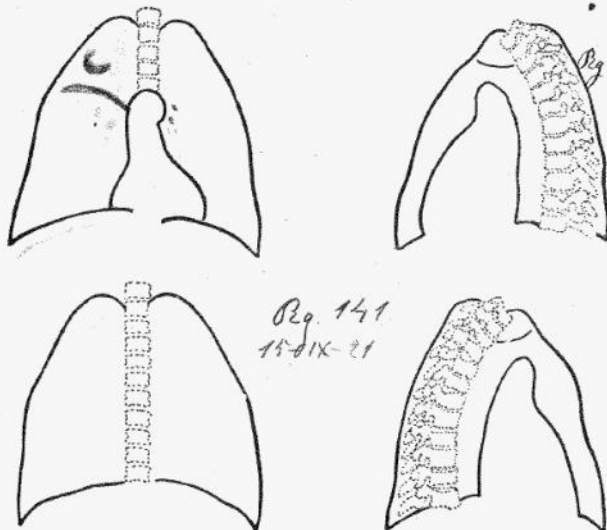
de l'enquesta econòmica i social

No gaire bona



INTERPRETACIÓ

Destrucció veritx eponeu.
trau peritx a la base
inf. clareció veritx dret.



INTERPRETACIÓ

Fig. 141-15-IX-21 Imatge bilateral foca
primari lobul superior dret, imatge
lineal i nodular petita P. D. línia
interlobar molt marcada al lobul
superior dret, noduls petits regulars
petits espais clars, i la part externa
alta imatge en vic d'axelles
que limita exactament un
espai circular del tamany d'
una oliva entre 2^a i 5^a costella.
línia contínua petit espai clar del
tamany d'una oliva, en el coste
d'esquerra, en el lobul inferior
líneas francovasculars molt mar-
cades. P. G. imatge hilar molt mar-
cada, petits noduls a la part externa
i baixa, limitant petits espais.
Interpretació C. et. interlobar seca costat
dret en cavernes formació al lobul peritron-
quític hilar nodular, inicial en el lobul super-
fibres elàstiques

Observacions complementàries: Esputs. - Koch 20-50% Cota mètode

Urina. - Albúmina diazo urocrom sediment
Sang

Sensibilitat a la tuberculina. Prova intracutània Dosis 2/10 1/5000 Examen a les 24 hores
a les a les

DIAGNÒSTIC ~~phocoides et cuticodatus~~ ~~hemisporidi~~ pneumonia c. ulcerosa.

Indicacions a pendrer Prop. - Durau els dies vns a l'Hospital i la nit a casa,
Quina hipoxia Wallonpe. - + el 26 d'ago del 1920.
D'una anàlisi en forma de ...

4.1.4 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1930 (première page)

DIPUTACIÓ PROVINCIAL
SERVEI D'ASSISTÈNCIA SOCIAL DELS TUBERCULOSOS
Radas, 24

N.º 15713

PRIMERA VISITA D'ADULTS (MEDICINA)

data 4 Novembre 1930
 nom [redacted] edat 44 anys
 estat civil Casado domicili actual [redacted]

P	+ Amiaha	Matrimoni	Tanc.
M	+ casu matern	Fills	1
1	+ a la 40 anys	2	
2	interrupida	3	
3	Zana	4	
4		5	
5		6	
6		7	
7		8	
8		9	
9		10	

ANTECEDENTS FAMILIARS ESPECIALS

Uletament matern creixement normal
 Malalties de la infància ninguna

Menstruació _____ embaràs _____
 Altres malalties ninguna

Domicilis on ha viscut i en quines condicions mala pes màxim 82 kg data 1924

Motiu de la visita Re. docl. Basora per el Sr. Rafael Jorzi - expect - fatiga
 Condicions del treball i d'alimentació regular

Antecedents tuberculosos o sospitosos de tuberculosi (escròfula, pleuritis, catarros de repetició, fistula d'anus, hemoptisi) _____

Ocasions de contagi _____

Data de la primera manifestació 4 anys signes inicials afonia

Duració del síndrome inicial _____
 Evolució període de signe inicial
te per tot i hq tomis de cala. Para per hq
peròna de pis (10 kg)
ha treball igual

Síntomes dominants en tota la malaltia _____
 Aspecte _____ nutrició _____ pes 72 kg talla 173 m
 Temperatura _____ puls _____ tensió _____
 Aparell digestiu de de gana
 Aparell circulatori _____ nerviós _____
 Uro genital _____ pell-sentits _____
 Disnea + esforç tos + poca expectoració + escassa
 Dolors toràcics _____ altres símptomes de l'aparell respiratori _____

4.1.5 Exemple de fiche de première visite du dispensaire central en 1943 (première page)



Patronato Nacional Antituberculoso
DISPENSARIO CENTRAL
Torres Amat, 8 - BARCELONA

N.º 59919
V. 20718
(hijo)

PRIMERA VISITA (ADULTOS)

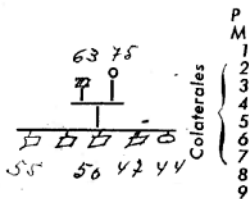
Nombre [redacted] Fecha 19-VIII-1943
Edad 52 fecha nacimiento 30-VIII-1890 estado civil Casado domici [redacted] 6.X

Naturaleza, procedencia y domicilios en que ha vivido: Barcelona

Profesión Comalero Malas condiciones de higiene

Alimentación Regular

Época escolar y militar de 6 a 12 años Inerte para el servicio militar



Colaterales
P E Apoplejia
M el interogado
1 7 años
2
3
4
5
6
7
8
9

Matrimonio
Hijos
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

ANTECEDENTES FAMILIARES ESPECIALES

Lactancia Materna crecimiento Normal peso 51 talla 164
Menstruación embarazo

CONTAGIO:

Tipo de contagio, edad y tiempo Manejo con un hijo E tub.
Proceso del contagiante 12 años
6 meses

Antecedentes tuberculosos o sospechosos (escrófula, pleuritis, catarros de repetición, fistula de ano, hemoptisis, inapetencia)

Enfermedades de la infancia Sierogion
Das los 13 años remota volatada que no
tra repetidas

Fecha y signos de la primera manifestación en el mes de 41 años especie de 3 años
hospitalizado y mejoría (antibiótico maripime?) del 42 con

Evolución motivo de trachea con pluma de gallina excreo de disnea
amotiforme Hospitalizado 3 días (tibia de sangre y pus
absceso) estado apirético tratado con inyecciones de talposulfato
después de los 3 días, trabajo de mano, entredose bien
en el mes del 43, doch entoso (explosión febril) y gran
apuro, sputo hemoptois, ruido de to y fetido. El 15 siguiente
un pequeño vomito análogo a la del hospital (sin el obr, ni
febril. Disnea ++

Trabajo hasta Junio, to, expect, neputa, disnea, ped de
de 3 tr desde lallo, días trabajos siguientes

(el principio diagnosticado desde)

4.1.6 Exemple de fiche de première visite pour petite enfance (première page)

MANCOMUNITAT DE CATALUNYA
SERVEI D'ASSISTENCIA SOCIAL DELS TUBERCULOSOS
Rodes, 24 (Poble Sec)

N.º 422

PRIMERA VISITA (INFANCIA)

Data 6 setembre 1922
Nom [redacted] edat 6 a. naturalesa Barcelona
domicili actual [redacted]

```

    graph TD
      P1[25] --- P2[25]
      P1 --- C1[ ]
      P2 --- C2[ ]
      C1 --- P[ ]
      C2 --- P[ ]
      style C1 fill:#ccc,stroke:#333,stroke-width:1px
      style C2 fill:#ccc,stroke:#333,stroke-width:1px
      style P fill:#ccc,stroke:#333,stroke-width:1px
      
```

P esta bé
M esta malalta (poc abans de casarse li treguen un roig)
1 l'interrogat
2 esta bona
3
4
5
6
7
8
9

ANTECEDENTS FAMILIARS ESPECIALS
El 19 any 1915 la mare emen infectada
d'artume, als 6 mesos
cans i al any le a
fil.
Sempre mes ho cont
le, pero cap mola

Alletament matern, 14 mesos - als 2 mesos farina lactada mare en 7. 11. 28
Altres aliments als 2 a de tot altre perfectu

Dentició als 6 mesos la 1a dent; als 2 a. quasi tota
Desenrotlló dèbil (als 5 dies de néixer pesava 3 Kg. i al néixer la mare?)
Antecedents especials de l'aparell digestiu i respiratori sempre sana

Motiu de la visita «perquè té tot»
En quin ambient familiar viu la seva mare està operada del roig (tuberculos) des dels 11 a.

Malalties anteriors

Adenitis amigdales
Altres sistemes limfàtics
Ocasions de contagi
Data de la primera manifestació fa 2 dies signes inicials tot

evolució

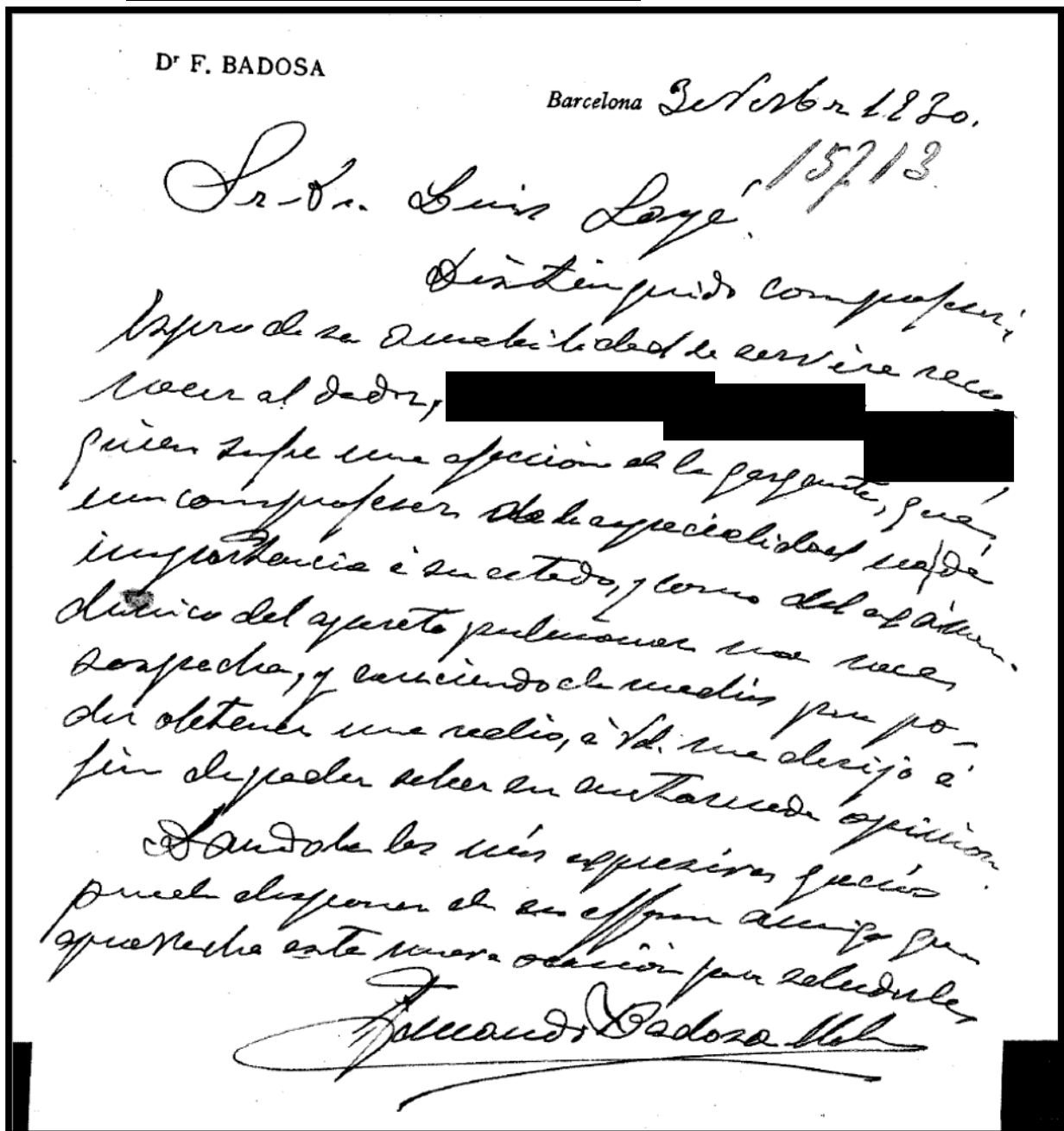
Signes dominants tos
Aspecte nutrició pes alçada
Temperatura pols tensió
Aparell digestiu sempre sana
» circulatori
» nerviós
» genito-urinari
» pell-sentits

Disnea tos fa 2 dies expectoració escassa
Dolors toràcics altres símptomes del aparell respiratori

Laringe

4.2 Correspondances entre médecins et malades

4.2.1 Lettre de recommandation du docteur Badosa pour l'accueil d'un malade au dispensaire central et réponse de Lluís Sayé



a 6 Novembre 1930

15713

Dr. Badosa

Benvolgut amic:

El seu recomanat [redacted] té tuberculosi septicèmica amb lesions laríngeas que no han arribat a l'ulceració. En el pulmó té un brot granúlic en la seva fase inicial. Donada la generalització del procés, ha d'admetre's un pronòstic greu, però lo rescent de la malaltia, el que les lesions laríngeas no siguin ulcerades i que el brot granúlic no sigui molt confluent ni hagi conduït a l'ulceració, autoritza a pensar en que's pugui tenir un resultat favorable sotmeten el malalt a una cura de repos absolut, vitamines, (oli de fetge de bacalla) i de sancrisina. Jo he tractat processos hematògens anàlegs amb molt bon resultat. Es per això que li faig aquesta indicació i tan més quan l'estat de les lesions laríngeas no contraindiquen l'ús del medicament. El tipo de dosificació a seguir podria ésser el següent:

Dosis Dies d'interval

0.025 5
0.05 5
0.075 5
0.10 5

i aixís augmentant de 2.5 cgr. cada vegada fins arribar a 0.30 cgr. De 0.10 cgr. fins a 0.20 cgr. donant les injeccions cada 6 dies d'interval i de 0.20 a 0.30 cgr. cada 7 dies. Si arribant a aquesta s'ha comprovat la tolerància del malalt, podrà augmentar-se de 0.05 a 0.10 cgr. cada injecció fins a donar una dosis de 1 c.c. per kiló i repetint aquesta fins a la dosis total de 6-8 gr. Pot enviar el malalt a Dispensari quan vostè vulgui per examinar-lo radiogràficament.

Un recort afectuós del seu amic

Dr. Ll. Sayé

4.2.2 Correspondance autour du malade Miguel Sentís.

(La première lettre de recommandation du docteur Escalas en 1921 n'a pas été retrouvée)

Lettre de Lluís Sayé au docteur Felix Escalas, médecin du patient *Miguel Sentís* (octobre 1921)

Barcelona, 17 d'octubre de 1921

Sr. Dr. D. Felix Escalas
Civitat

Molt senyor meu:

He reconegut al seu recomanat [REDACTED]. Té lesions tuberculoses pulmonars greus que no li permeten fer un treball actiu. Comprenc prou el que això vol dir donades les condicions econòmiques en què viu, però per altra part és segur que si continua treballant tindrà una recaiguda important.

El més convenient fora que fes una llarga estada al Sanatori de Terrassa. En cas de que ho judiqui convenient per facilitar l'ingrés ja li enviaria el resum de les observacions fetes al Servei.

Robi una afectuosa salutació del seu atent amic i s.s.,

q. l. e. l. m.,

Lettre de Lluís Sayé à Eduard Xalabarder, directeur du sanatorium de Terrassa
(octobre 1921)

Barcelona, 28 d'octubre de 1921

Sr. Dr. D. J. XALABARDER,
Metge-Director del Sanatori de Terrassa
C I V T A T

Molt senyor meu i distingit amic:

Em permeto recomanar-li al portador d'aquesta el qual com vostè veurà té un procés bacilar amb poca tendència evolutiva i que per les seves condicions de malaltia i econòmiques necessita fer una cura higiènica al Sanatori.

Li agrairé que si disposa d'algun llit vulgui indicar a la portadora d'aquesta el preu de l'estada en el seu Sanatori.

Rebi, distingit amic, el testimoni de la meua consideraci

Lettre de Lluís Sayé au patient *Miguel Sentís* (mars 1922)

Barcelona, 6 de març de 1922

Sr. ██████████

C I U T A T

Estimat amic:

Li confirmo la nostra conversa sobre el mésconvenient pel major èxit del seu tractament. Com vostè sap l'essencial és: el major repòs en l'aire més pur, evitant el vent excessiu. És necessari que procuri vostè que la seva instal·lació estigui protegida contra els freds excessius i que la temperatura de les habitacions de l'exterior sigui templada i repartida uniformement. Pot menjar ço que desitgi, i en quant a sobrealimentació no prengui més de 3 a 3 ous al dia i un litre i mig de llet.

Una bona distribució general seria la següent:

Llevar-se a les 8. Rentat de pit i esquena amb aigua del temps. Desdaiuni.

De 9 a 12 $\frac{1}{2}$ - cura de repòs a l'aire. A la una dinar. De 2 a 4 cura de silenci i repòs. De 4 a 5 passeig. A les 5 berenar. A les 8 separ. A les 9 $\frac{1}{2}$ al llit.

Convindria que tinguéssiu vostè la finestra oberta durant la nit, excepte en cas de vents forts, si pot estar ben abrigat.

Convé que prengui oli de fetge de bacallà, començant per collarades petites fins a 3 de grans al dia, abans dels menjars.

Pesis una vegada cada dos mesos. Observis la temperatura tres vegades al dia: a les 9, a les 2, i a les 7. En cas de passar de 37, 2° no surti de casa i si és més de 37,7° estiguis al llit.

Disposi del seu affm. s. s.

q. e. s. m.

Lettre du Docteur Ardèvol à Lluís Sayé recommandant la soeur de *Miguel Sentís* (août 1922)

Dr. Ardèvol
CIUTAT

Benvolgut amic: Li prego examini i tracti a la malalta portadora d'aquesta, que sembla tenir afecció de la seva especialitat.

El saluda atentament son affm. s. s.
Q. e. s. m.

Barcelona, 1 d'agost de 1923.

Lettre du docteur Escalas certifiant l'aggravation de l'état du malade *Miguel Sentís* et confirmant son arrêt de travail (mars 1924)

Sr. Escalas.
Present.

Distingit Sr. i amic: El [redacted] ha sofert una agravació important en la seva malaltia no essent probable que pugui tornar al despatx en molt temps.

El saluda afectuosament son amic.

Barcelona 28 març 1924.

(Une autre lettre du docteur Bonifaci, difficilement lisible, recommande à nouveau le malade aux médecins du dispensaire central en avril 1924.)

4.2.3 Exemple de lettre de Alfonso Rodríguez, père de plusieurs patients tuberculeux adressées à Lluís Sayé.

Manresa, 19 agosto 1930.

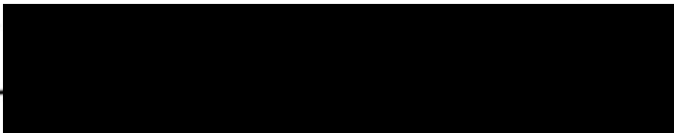
Sr. D. Luis G. Sayé

Mi muy respetable señor Doctor: Ruégole antetodo me perdone la molestia que pueda ocasionarle la presente, pues no dudo será mucha para el que de su carrera o profesión hace un verdadero sacerdocio y no un mercantilismo como desgraciadamente hay muchos.

El día 19 de julio último ha dicho V. a mi esposa [REDACTED] que escribiría al Doctor don Juan Soler, de esta ciudad, notificándole el tratamiento a seguir con mi hijo [REDACTED] que es el único que hallo V. algo deficiente de los cuatro que llevamos a ese Centro de su acertada dirección, pero se conoce que como V. ha tenido que ir al Congreso antituberculoso de Noruega (si mal no he leído en la

prensa) no ha tenido tiempo material para ha-
cerlo, suplicándole muy encarecidamente se lo
comunique para seguir el tratamiento que V. or-
dene.

Sin molestarle mas reitero nuevamente mis
perdones y queda de V. su affmo. S. S. y recono-
cido,



El número del expediente del enfermo es:
Nº. 15203 V. 15174.- 22 VII 30.

Dirección del Dr. Don Juan Soler Cornet,
Calle Borne, núm. 11, 2º. MANRESA.

5. Illustrations publiées entre 1920 et 1937

5.1 Affiche de propagande pour la lutte contre la tuberculose du Servei d'assistència social dels tuberculosos, Mancomunitat de Catalunya. Dessinée par Ramón Casas, 1922



5.2 Montage réalisé par le GATCPAC dans la revue AC, n°6, 1931

