

BLIGNY et son histoire



DU SANATORIUM
AU CENTRE MÉDICAL D'AUJOURD'HUI

BLIGNY

SON HISTOIRE
DE 1903 À NOS JOURS

DU SANATORIUM AU CENTRE MÉDICAL D'AUJOURD'HUI





SOMMAIRE

Les Présidents de l'Association depuis sa création.	4
Introduction	5
Pourquoi fonder un sanatorium au début du xx ^e siècle ?	9
La vie au Sanatorium au temps de Louis Guinard	13
Les religieuses de Saint Joseph de Cluny (1903-1988)	28
Les grandes dates du Sanatorium et des traitements de la tuberculose	31
La reconversion de Bligny à partir de 1969	44
La tuberculose aujourd'hui	46
• la tuberculose, urgence sanitaire mondiale,	
• la tuberculose en France,	
• l'activité au sein du Sanatorium de Bligny aujourd'hui	
Quels enseignements tirer de ces cent ans d'histoire ?	60
Annexes	61-63
• Le comité de patronage	
• Le bureau des dames patronnesses	
• Le comité médical	
• Petit lexique : Bligny-ciné... inventé par les pensionnaires de Fontenay B.	
• Remerciements et bibliographie	



LES PRÉSIDENTS DE L'ASSOCIATION DEPUIS SA CRÉATION



Mr Edmond Fouret
(1948-1955)



Le Marquis de Vogüé
(1919-1948)



Le Prince
Auguste d'Arenberg
(1901-1919)



Mr Eugène Mirabaud
(1955-1962)



Mr Emmanuel Monick
(1962-1967)



Mr Gérard Ansieau
(1967-1981)



Mr Jacques O'Neill
(1981-1988)



Mr Geoffroy de Vogüé
(1988-2001)



Mr Jean-François Lion
depuis 2001.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION EN 1903

Le Prince Auguste d'Arenberg, *président*,
Le professeur Landouzy, *vice-président*,
Monsieur Paul Mirabaud, *vice-président*,
Monsieur René Fouret, *trésorier*,
Le docteur Gilbert Sersiron, *secrétaire général*,

Administrateurs :

Les docteurs L. Amodru, M. Letulle, P. Merklen,
Messieurs E. Boivin, R. Cottin, Ch. Despeaux,
Le Comte de Montalivet

INTRODUCTION

BLIGNY, UN MOT D'HISTOIRE

La terre et le château de Bligny, propriétés des moines de l'abbaye de Saint-Denis en l'an 768, furent, jusqu'au règne de François Ier, un fief de la seigneurie de Briis. Le fief de Bligny fut anobli en 1524, et c'est à cette époque que Guillaume du Moulin le céda à Pierre Michon, auditeur des comptes du Roi.

Après plusieurs changements de main, la propriété échoit pendant la révolution au sieur Hilaire Noyer, ancien notaire de Briis-sous-Forges qui, le 6 juin 1818, la cède pour la somme de quatre-vingt mille francs au comte Henri de Montesquiou-Fezensac. Chassée par l'émeute de 1848, la duchesse d'Orléans viendra s'y réfugier, dans la nuit du jeudi 24 au vendredi 25 février, avec son fils le comte de Paris. Rejointe le lendemain par le duc de Chartres, dans la nuit du 26 au 27 elle partira de là, pour l'étranger avec ses deux enfants et Monsieur de Mornay.



Dr Merklen.

L'ŒUVRE CRÉATRICE ET SES BIENFAITEURS

Le comité médical fondateur - 1898

En juillet 1898, après un voyage d'étude dans les hôpitaux et plus particulièrement dans les sanatoriums déjà existants en France, en Suisse et en Allemagne, Gilbert Sersiron, soutenant sa thèse à la faculté de médecine de Paris devant le professeur Granger, lançait en conclusion un appel pressant à l'initiative privée pour que s'ouvre un sanatorium populaire.

Un groupe de professeurs et de médecins réunirent un capital de trente cinq mille francs. Le professeur Granger accepta la présidence de ce groupe dont faisaient partie les professeurs Potain, Landouzy, Brissaud et Terrier ainsi que les docteurs Amodru, Barth, Besnier, Dreyfus-Brissac, Faisans, Le Gendre, Letulle, Merklen, Rendu, Terrien, Thibierge et Sersiron. Trois réunions se tinrent chez le président que sa santé altérée amena à démissionner. Mais le comité poursuivit activement sa propagande tout au long de 1899.

Au début de 1900, le docteur Merklen sut intéresser aux sanatoriums Monsieur Paul Mirabaud, un des gérants de la Banque Mirabaud et Compagnie, qui, par



Mr Paul Mirabaud.



A VENDRE A L'AMIABLE

LE

CHATEAU DE BLIGNY

Situé commune de Briis-sous-Forges

Canton de LIMOURS (Seine-et-Oise)

A trente-deux kilomètres de Paris

Omze kilomètres de la station d'Orsay (ligne de Limours)

Et sept kilomètres de la station de Limours

Ce château, flanqué de deux pavillons, est élevé partie sur caves, d'un rez-de-chaussée comprenant : trois salons, une salle à manger, trois chambres à coucher, une salle de bains, un vestibule, une cuisine, deux offices, etc.; d'un premier étage comprenant : neuf chambres à coucher, huit cabinets de toilette, trois chambres de domestiques, etc.; et d'un second étage mansardé composé de cinq pièces, avec grenier.

Chapelle attenant au château, avec tribune donnant dans le château.

A proximité du château, un **Chalet** pour le logement du garde et les communs, consistant en : maison de jardinier, une écurie, deux remises, sellerie, bûchers, bûchers, vacherie, laiterie, buanderie, repasserie, neuf chambres de domestiques et basse-cour. Grand potager attenant aux communs.

Le tout au milieu d'un **Parc** de 90 hectares environ, clos de murs et palis, avec plusieurs grilles d'entrée.

Le parc est en majeure partie planté; le surplus est en prairies naturelles. Nombreux bois de haute futaie.

BELLE SITUATION — VUE SPLENDIDE SUR LA VALLÉE

Le Château est garni d'un **important mobilier ancien**, qui pourra être cédé en même temps que l'immeuble, si l'acquéreur le désire

On trouve, à Orsay, des voitures de louage, chez M. Lévrosquean, en face de la station

S'adresser pour tous renseignements et pour traiter, à **M. LANGLOIS**,
rue d'Asnières, n° 1, à Paris, de 9 à 5 heures

6205 Imprimerie MAULDE et REISS — A. MAULDE et C^e, rue de Rivoli, 144 — Paris

Acte de vente du Château de Bligny.

expérience personnelle, connaissait les ravages de la tuberculose. Il devint le principal animateur du projet et parvint à réunir des concours et des dons de la plus haute valeur.

L'œuvre des sanatoriums populaires de Paris

En juin 1900, est créée la société des sanatoriums populaires pour les tuberculeux adultes de Paris, société anonyme au capital de 300 000 francs domiciliée à Paris, au siège social de la Banque Mirabaud, 56 rue de Provence. Elle acquiert le domaine de Bligny et en 1901 commence la construction du premier sanatorium. Profitant de la fameuse loi du 1er juillet 1901 sur les associations, la société est transformée en « Œuvre des sanatoriums populaires de Paris », association reconnue d'utilité publique par décret du 12 mai 1902.

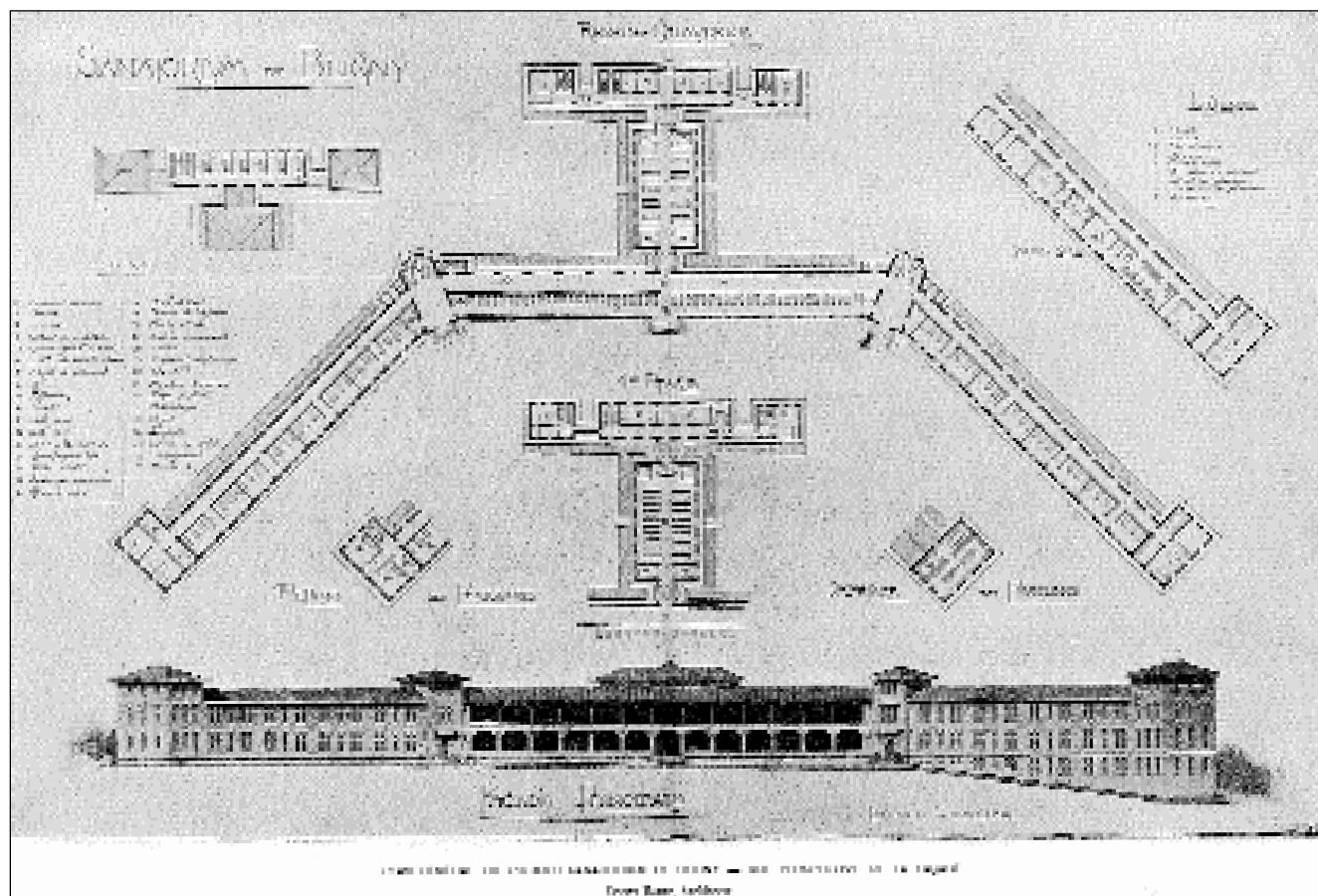
Au moment de l'ouverture du premier sanatorium, en août 1903, le conseil d'administration est présidé par Le Prince Auguste d'Arenberg. Il s'adjoint un comité médical, un comité de patronage et un bureau des dames patronnesses. Vous pouvez consulter en page 61 les listes des membres de ces structures.

BLIGNY, LE SITE ET LES BÂTIMENTS

Sur les confins de la vallée de Chevreuse, le domaine de Bligny éloigné de toute agglomération, avec ses quatre-vingt cinq hectares de terrains boisés et sa faune protégée, constituait un cadre idéal pour accueillir un sanatorium. Un étang de trois hectares avec une île, réalisé en 1837 par un de ses propriétaires,



Château primitif démoli en 1902 pour la construction du Sanatorium.



Monsieur Anatole de Montesquiou-Fézensac, ajoute beaucoup de charme à cette propriété. Le site rappelle en de nombreux points la forêt de Fontainebleau, ce qui explique le nom de *Petit Fontainebleau* donné au deuxième bâtiment sanatorial. Construits en belles pierres meulières, les pavillons Despeaux et Petit Fontainebleau donnent une impression de « belles forteresses » aux visiteurs qui les découvrent. Ils sont tous deux l'œuvre de Monsieur Lucien Magne, architecte en chef des monuments historiques et professeur à l'École des beaux-arts. Les portions qui constituent ces deux sanatoriums sont reliées à angles obtus, ce qui donne à l'ensemble des constructions une incurvation orientée au sud. Le pavillon Despeaux-Rubod a la forme d'un U très ouvert, celui du Petit Fontainebleau a la forme d'un Y. Cette disposition que l'on retrouve dans



Lucien MAGNE.





Le Petit Fontainebleau.



Fontenay A.



Vu aérienne.

beaucoup d'établissements sanitaires (Angicourt dans l'Oise, Hauteville dans l'Ain) avait pour prétention de protéger les façades contre les vents, et d'abriter le centre surtout quand on y plaçait les galeries de cure. Mais ce serait plutôt des considérations de terrain et d'esthétique qui auraient conduit l'architecte à donner une forme incurvée aux deux premiers sanatoriums de Bligny.

On note un très grand développement des façades : deux cent six mètres pour Despeaux et cent vingt sept mètres pour le Petit Fontainebleau.

D'un style très différent, le pavillon de Fontenay avec ses vastes couloirs, ses chambres individuelles avec balcon au sud, préfigure nos hôpitaux modernes. Il fut l'œuvre de Monsieur G. Vaudoyer. Les façades sont rectilignes et ce bâtiment, qui a la forme d'un H, n'est pas plus incommodé par les mouvements d'air que les autres sanatoriums car il est bien protégé par les arbres.

Les trois sanatoriums sont séparés et distants les uns des autres de trois cent cinquante à quatre cents mètres. Ils sont orientés de telle manière qu'aucun d'eux ne puisse avoir une vue directe sur l'autre. Ils sont chacun pourvus de leurs services propres pour tout ce qui touche au logement, à l'alimentation, aux soins et à l'existence journalière des malades.

Ainsi chaque pavillon avait sa complète indépendance et il n'y avait aucun risque de promiscuité entre les malades des deux sexes. Le parc était divisé en deux parties distinctes délimitées par un grillage de deux mètres bornant de part et d'autre un espace vaste de près de quarante hectares pour les promenades.

Louis Guinard estimait que, pour sa bonne tenue, l'effectif d'un bâtiment ne devait pas dépasser cent vingt à cent cinquante malades.

À l'origine Bligny était autonome pour son alimentation en eau qui provenait d'une source située sur un terrain lui appartenant dans le village de Fontenay. L'extraction était assurée par une éolienne vers un bassin à partir duquel des pompes refoulaient cette eau vers Bligny. L'éolienne fut démontée après la guerre de 1939-1945.

POURQUOI FONDER UN SANATORIUM AU DÉBUT DU XX^e SIÈCLE ?

BRÈVE HISTOIRE DE LA TUBERCULOSE

La tuberculose est connue depuis la plus haute antiquité et notre maître Hippocrate a créé le terme de phtisie (c'est-à-dire consommation) pour la définir. L'évolution de la maladie est, en effet, caractérisée par la perte d'appétit et l'amaigrissement. Elle s'est longtemps manifestée en France surtout sous la forme d'atteintes ganglionnaires cervicales (écrouelles ou scrofules) et elle est devenue de plus en plus souvent à localisation pulmonaire pendant le XVIII^e siècle.

Ce sont ces mêmes écrouelles que, suivant la tradition, les rois de France avaient le pouvoir de guérir le jour de leur sacre à Reims. Le roi effleurait les écrouelles en prononçant la formule consacrée : *Le roi te touche et Dieu te guérisse*, puis il remettait une obole (obole de touche). Charles X fut le dernier roi qui, le jour de son sacre, toucha cent vingt à cent trente scrofuleux, et ceci en 1825 qui était l'époque de Laennec.

Les médecins jusqu'au XIX^e siècle prirent l'hérédité pour un facteur majeur de la tuberculose à la suite d'Hippocrate qui expliquait : *Un phtisique naît d'un phtisique*.

Parmi les grands cliniciens de la tuberculose, il faut citer :

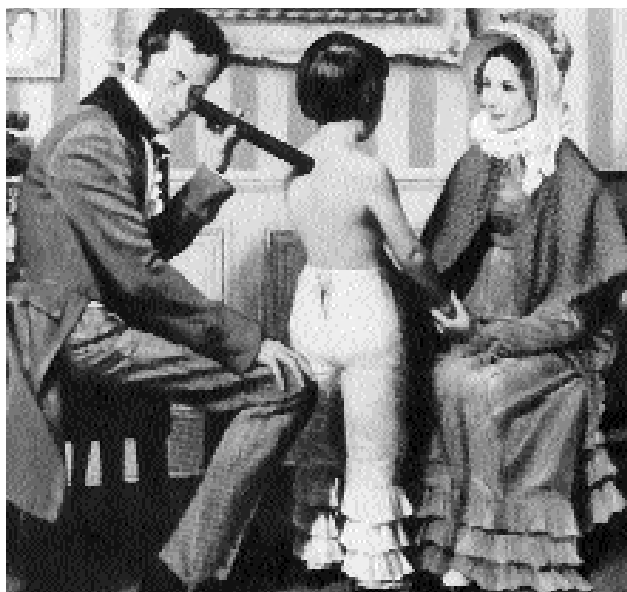
René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826)

Surtout connu comme l'inventeur du stéthoscope, il était un clinicien qui explora remarquablement ses malades et compara les résultats de son auscultation minutieuse aux données anatomopathologiques de l'autopsie. Son livre *De l'auscultation médiate* (1819) a longtemps été la « bible » des médecins du monde entier. Durant sa courte existence, il eut l'immense mérite de démontrer l'unité des lésions observées chez le tuberculeux et d'affirmer le caractère spécifique de la maladie ; mais il en ignorait la cause et la notion même de micro-organisme

infectieux. Il restait très démuné en matière de traitement et ne pouvait que conseiller des matelas de varech, algues recueillies au bord de la mer. À noter que si l'efficacité du varech est certainement discutable, sa renommée a perduré jusqu'à nos jours.

Il croit sinon à une hérédité automatique du moins à une prédisposition. Il met en avant l'état psychique du malade en insistant sur l'influence constante des « passions tristes » : *De toutes les causes de la tuberculose, je n'en connais pas de plus constantes que les passions tristes, surtout lorsqu'elles sont profondes et prolongées*.

On ne peut s'empêcher d'évoquer ici le souvenir des phtisiques



Gravure d'une consultation.



romantiques du début du XIXe siècle dont le meilleur exemple est Marguerite Gautier dans *La dame aux camélias*.

Les grands découvreurs de la tuberculose furent :

Jean Antoine Villemin (1827-1892)

Médecin militaire, il expose en 1865 à l'Académie de Médecine le résultat d'expériences menées chez le lapin démontrant le caractère contagieux de la maladie. Il affirme qu'il s'agit d'une affection spécifique, que sa cause réside dans un agent inoculable, transmissible à l'homme et à l'animal.

Robert Kock (1843-1910)

Le 24 mars 1882, ce bactériologiste allemand, appliquant à la recherche de l'agent de la tuberculose les méthodes créées par PASTEUR pour l'isolement des bacilles pathogènes, annonce qu'il a coloré, isolé et inoculé un micro-organisme dont la responsabilité à l'origine de la tuberculose ne peut faire de doute.

Karl Röntgen (1845-1923)

En 1895, ce physicien allemand découvre un rayonnement invisible de même nature que la lumière mais beaucoup plus pénétrant. Il appelle « X » ce rayonnement inconnu.

Antoine Beclère (1856-1939)

En 1896, il publie une note sur les rayons Röntgen appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

Parmi les grands médecins qui se consacrèrent à la tuberculose et jouèrent un rôle important dans la fondation de Bligny, il faut aussi citer :

Le professeur Louis Landouzy (1845-1917)

Doyen de la faculté de médecine et médecin de l'hôpital Laennec, il fut un des membres fondateurs de Bligny et président du comité médical de Bligny de 1903 à 1917. Il appartient à cette génération des grands cliniciens de la fin du XIXe siècle et du début du xxe siècle. Il a largement contribué à décrire avec précision et à mieux cerner les différentes manifestations de la maladie. La typho-bacillose décrite par Landouzy est une forme clinique restée classique. Il croyait à

la contagion mais il attachait beaucoup d'importance au terrain : *Dis moi qui tu es, quel terrain tu possèdes, et je te dirai quel tuberculeux tu feras.*

Le professeur Maurice Letulle (1853-1929)

Il s'occupa surtout d'anatomie pathologique et fonda à Boucicaut un musée bibliothèque des plus riches. Il a publié deux ouvrages importants : *L'anatomie pathologique des poumons* et *L'anatomie des lésions tuberculeuses*. Il fut administrateur de Bligny de 1910 à 1928.

Dès lors la tuberculose était une maladie parfaitement connue et identifiée. Mais il y avait un hiatus profond entre connaissance scientifique et moyens thérapeutiques, et, à la fin du XIXe siècle, on assiste en France à une véritable explosion de la tuberculose qui touche toutes les classes de la société.



Professeur Landouzy.

ÉTAT DE LA TUBERCULOSE EN FRANCE À LA FIN DU XIX^e ET AU DÉBUT DU XX^e SIÈCLE

Les statistiques de l'époque aussi imparfaites soient-elles, montrent que la France est alors le pays industrialisé le plus touché par cette maladie.

La mortalité par tuberculose y est effrayante : cent cinquante mille victimes par an dont douze mille à Paris, estime le professeur Brouardel (membre du comité de patronage de Bligny en 1903) dans le rapport présenté en 1900 devant la commission que vient de créer le gouvernement Waldeck-Rousseau pour étudier comment combattre la tuberculose.

Les malades porteurs de lésions actives (contagieuses) sont trois à quatre fois plus nombreux, cinq cent mille environ, concentrés dans les grandes agglomérations où la révolution industrielle et l'exode rural ont rassemblé une population ouvrière dense, vivant dans des conditions d'hygiène et de logement souvent déplorables.

La misère sociale, l'alcoolisme, la méconnaissance des mesures élémentaires à prendre vis à vis des tuberculeux expliquent l'extension inexorable de la maladie dont le professeur Albert Calmette dira : *Fléau plus terrible que les plus grandes épidémies et que les plus grandes guerres, touchant de préférence les jeunes hommes et les jeunes femmes de quinze à quarante ans, dans toute la force de l'âge, dans toute la plénitude de leur rendement social.*

Face à ce péril, les médecins sont désarmés. Il n'y a pas de médicaments pour traiter la maladie. Il n'y a pratiquement pas de structures d'accueil pour les malades contagieux. Pourtant dès cette époque, l'unicité de la tuberculose est connue, la contagion est prouvée, le germe a été isolé les rayons X permettant d'explorer les poumons.

En 1906, intervient une nouvelle découverte importante.

À la suite des travaux de l'autrichien Von Pirquet (1874-1929), les réactions cutanées à la tuberculine permettent l'identification d'une infection tuberculeuse présente ou passée, manifestée ou non par des symptômes et l'apparition d'un nouvel état immunitaire. La tuberculine provient de l'autolyse spontanée (ou autodigestion) des bacilles tuberculeux dans les milieux où ils sont cultivés. La tuberculine peut être « brute » ou « purifiée ». Son introduction à travers le peau peut se faire par scarification (c'est-à-dire incision superficielle, c'est la cuti-réaction), par pose d'un timbre tuberculinique, par une bague avec multipuncture ou par l'intermédiaire d'une piqûre dans le derme, c'est l'intradermo-réaction (seul procédé vraiment fiable).

LES PARTENAIRES ET LES ADVERSAIRES DU SANATORIUM

En 1903, le succès exceptionnel de la souscription du Figaro en faveur du sanatorium populaire de Bliigny relance des discussions passionnées dans le monde des médecins à propos du rôle du sanatorium dans la lutte contre la tuberculose. Pour certains, le sanatorium, dans tous les cas et

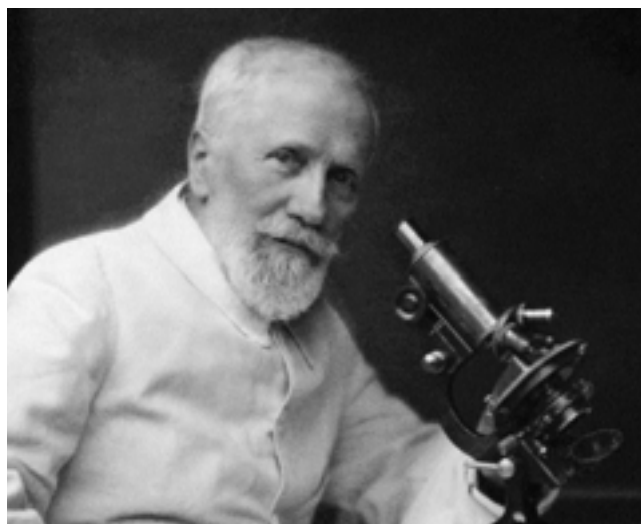


Professeur Calmette.

pour tous les malades, est le seul traitement et le seul moyen de préserver de la tuberculose, d'autres doutent de l'intérêt du sanatorium pour des tuberculeux évolués. Citons l'un d'eux : *Conception qui vise à éterniser le mal qu'elle combat. Pendant que le sanatorium soigne ses malades et vide ses lits par la mort, d'autres malades attendent leur heure d'admission et sèment derrière eux avant d'entrer leur tuberculose de façon à en assurer la perpétuité. Le minimum aux tuberculeux inguérissables, le maximum à ceux que l'on peut guérir.*

Le professeur Landouzy écrivait : *Il ne faut pas que puisse s'accréditer cette opinion médicale qu'il n'y a plus qu'un seul traitement pour la tuberculose : le sanatorium, qui à lui seul pourvoit et suffit à tout.*

Les conflits entre médecins prirent des proportions dramatiques, dignes des conflits passionnés du début du siècle et faillirent faire échouer tout projet de sanatorium. Le professeur Letulle parle d'anarchie médicale. Les professeurs



Professeur Letulle.





Landouzy, Barth et Letulle furent de ceux dont les interventions répétées avec sagesse et modération montrèrent qu'il s'agissait en fait d'un malentendu et que l'indication sanatoriale ne s'adressait pas à tous les tuberculeux.

QUE POUVAIT FAIRE UN SANATORIUM AU DÉBUT DU SIÈCLE EN FAVEUR DES TUBERCULEUX ?

La première idée qui vient à l'esprit c'est d'éviter la contagion en isolant les malades, comme cela se faisait à l'époque des léproseries et des asiles de pestiférés. La base du traitement sanatorial était la cure hygiéno-diététique qui alliait bonne alimentation, bon air, repos des poumons et repos pour tout l'organisme.

Écoutons le docteur Louis Guinard qui sera le premier médecin-directeur des sanatoriums de Bligny : *Pour que la cure hygiéno-diététique soit complète il faut qu'elle soit appliquée sous une direction médicale expérimentée et ferme. Il faut des bâtiments bien adaptés, situés en pleine campagne dans une ambiance calme, agréable et disciplinée. Il faut que les malades puissent trouver le régime alimentaire qui leur convient, les distractions et tout le réconfort moral dont ils ont besoin.*

En 1898, le docteur Pierre Merklen avait achevé un important travail sur le rôle des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse en Allemagne. Il fut dès 1903 membre du conseil d'administration et du comité médical de Bligny.

En effet, des sanatoriums avaient été construits dès la fin du XIX^{ème} siècle en Suisse et sous l'impulsion de Bismarck en Allemagne. En France, le premier semble avoir été celui du Canigou en 1890. Le sanatorium d'Hauteville (docteur Dumarest) date de 1900. Bligny en 1903 précède de peu le sanatorium des étudiants et la station du plateau d'Assy.



Entrée du sanatorium de Bligny.

LA VIE AU SANATORIUM AU TEMPS DE LOUIS GUINARD

LES INDICATIONS DU SANATORIUM SELON LOUIS GUINARD ET LE PROCESSUS D'ADMISSION

Le docteur Louis Guinard à Bligny, comme le docteur Dumarest à Hauteville, prônent la sélection à l'entrée du sanatorium afin de n'admettre que ceux qu'ils estiment curables. Ils reconnaissent que le séjour sanatorial ne peut pas être profitable à tous. Les tuberculeux justiciables des sanatoriums populaires sont définis par les trois caractères suivants, nécessaires tous les trois :

1. existence d'une évolution tuberculeuse actuelle ou récente,
2. limitation des lésions, telle que l'on peut espérer la reprise du travail habituel,
3. signes cliniques d'une tendance évolutive favorable.

De plus, il ne doit pas y avoir de contre indication médicale ou sociale (infirmes incurables, épaves sociales, sujets de mauvaise moralité).

D'après ces notions directrices, les tuberculeux sont divisés en deux catégories :

1. les malades sanatoriabiles en première ligne qui doivent être pris avant tous les autres ;
2. les malades sanatoriabiles en seconde ligne, de pronostic moins favorable, acceptables seulement si le nombre de lits vacants le permet.

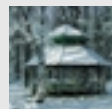
Sont rarement admis à Bligny les sujets déjà âgés ainsi que les individus prématurément vieillis et usés car ce sont généralement des malades difficiles, se pliant mal aux règles de cure. Il en est de même pour tous ceux dont la présence peut être une cause d'indiscipline ou de contagion morale.

Les sanatoriums de Bligny, qualifiés populaires, s'adressent aux classes pauvres, modestes et laborieuses, aux tuberculeux qui en dehors de leur travail n'ont aucun moyen de vivre et ne disposent, par conséquent, d'aucune avance leur permettant de faire face aux frais d'une cure d'air et de repos à la campagne.

Les malades qui sollicitent leur admission doivent fournir un dossier comprenant un questionnaire médical rempli par le médecin traitant. Le malade reçoit une convocation auprès d'un médecin de l'Œuvre qui est chargé d'un rapport médical. Le comité médical définit s'il est apte ou non à bénéficier de la cure. Après une



Dr Guinard.





période d'observation d'un mois, le médecin-directeur décide s'il faut garder ou non le malade.

Étaient admis à Bligny en priorité les malades de la Seine et de la Seine-et-Oise. Si les disponibilités le permettaient, les malades de Seine-et-Marne et de l'Oise pouvaient également être acceptés.

Souvent les conditions d'admission ne furent pas respectées. Les médecins n'avaient pas les moyens d'investigation actuels et il était difficile, lors d'une consultation, d'apprécier l'importance de l'atteinte tuberculeuse. Par ailleurs, les médecins de famille répugnaient à garder au domicile des tuberculeux très contagieux et on les comprend. Parmi ceux qui faisaient l'objet de contre indications d'admission, certains furent renvoyés dans un hôpital, mais d'autres furent gardés à Bligny pour des raisons humanitaires.

Le sanatorium sera le pilier de la lutte anti-tuberculeuse en France entre les deux guerres.

LE MÉDECIN-DIRECTEUR

Le docteur Louis Guinard dirigea Bligny de 1903 à 1939 après avoir été médecin-assistant au sanatorium Friedrichsheim (Duché de Bade) puis à celui de Davos en Suisse. Le médecin-directeur a toute autorité et tous pouvoirs dans la direction et l'administration du sanatorium. Il a un double rôle médical et gestionnaire. Il n'a de compte à rendre qu'au conseil d'administration et ne dépend que de lui. Libre et dégagé de toute tutelle administrative immédiate, il peut prendre toutes les initiatives et toutes les décisions qu'il juge utiles pour le bien être des malades et la bonne marche de la maison. Cette règle a été adoptée dès l'origine par l'Œuvre des sanatoriums populaires de Paris.

Louis Guinard estime que la direction d'un sanatorium doit toujours être confiée à un médecin. Il s'insurge contre les établissements dans lesquels on trouve à côté du médecin-chef un directeur administratif qui selon lui vient doubler une autorité qui ne devrait être qu'en une seule main.

Depuis 1918, à la demande de Louis Guinard, a été institué un comité de direction composé du président de l'Œuvre, de quatre

administrateurs et du médecin-directeur. Ce comité se réunit à Paris les 1er et 3e mercredis de chaque mois. Tout ce qui concerne les malades, le personnel ou la gestion des sanatoriums y est évoqué.

Par ailleurs, chaque semaine le jeudi à 15h30, a lieu à Bligny en présence du médecin-directeur une réunion des chefs de services (médecins-assistants, gestionnaires, pharmaciens, chefs de laboratoire, surveillantes générales, infirmières-chef, secrétaires de direction). Chacun rend compte de ce qui s'est passé dans son service et présente les demandes qu'il croit devoir faire. Succédant à cette réunion a lieu un rapport purement médical auquel n'assistent que les médecins.



Consultation au sanatorium

Le médecin-directeur examine chaque malade à son arrivée à Bligny et également à sa sortie. Chaque matin, il passe dans les chambres des trois sanatoriums et voit les malades couchés en présence du médecin-assistant. Il passe également dans les galeries de cure, autant que cela est possible. Il est tenu au courant de la marche des services par les rapports journaliers des médecins-assistants.

Le médecin-directeur est le chef de famille et il entretient avec tous des relations de confiance et de sympathie. Comme l'ensemble du personnel, il habite à Bligny. Il sait, si cela est nécessaire, faire preuve de grande fermeté. Par exemple, cracher par terre peut justifier un renvoi immédiat. Il est présent et préside à toutes les réunions : repas



Sanatorium de Bligny.

à la salle à manger, distractions en commun, séances récréatives ou instructives, auditions médicales, fêtes diverses qu'il organise pour les pensionnaires. Le dimanche après-midi, à partir de 15 heures, il reçoit les familles venues en visite.

LES MÉDECINS-ASSISTANTS

Les médecins-assistants assurent chacun le service médical d'un sanatorium sous l'autorité du médecin-directeur. Ils doivent consacrer toute leur activité au sanatorium et l'exercice de la clientèle leur est interdit.

Ils passent la visite du matin, sont présents le matin à 7h30 au lever des malades et le soir au coucher à 21 heures (20h30 en hiver). Ils président au moins un des principaux repas de la journée à la salle à manger. Pendant la cure de silence, ils assurent courrier et correspondance. Ils surveillent régulièrement les galeries de cure. Ils sont chargés de la contre visite à 18h, des examens réguliers des vingt et un jours, des soins spéciaux, de la bonne tenue des dossiers médicaux. Le dimanche, le service s'arrête à 10 heures après la visite des malades alités.

Ils reçoivent les nouveaux dès leur arrivée, les examinent et les initient à la cure de repos, aux règles d'hygiène et de prévention, au règlement des malades.

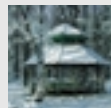
En plus des trois assistants, il y avait la plupart du temps des médecins français ou étrangers désireux de s'initier à la pratique des sanatoriums. Des médecins stagiaires assurent le remplacement des médecins titulaires.

Depuis 1914, Louis Guinard avait renoncé à avoir des internes car ils doubleraient simplement le médecin-assistant sans avoir auprès des malades la même autorité et sans leur inspirer la même confiance.

LES MALADES

Les admissions avaient lieu toujours par petits groupes de trois ou quatre. Le mardi pour les hommes et le jeudi pour les femmes.

Selon les statistiques de 1923 à 1924, les malades sont surtout des jeunes célibataires :





- chez les hommes 80 % ont entre 15 et 35 ans (10 % seulement ont plus de 40 ans) et 59 % sont célibataires,
- chez les femmes 88,5 % ont entre 15 et 35 ans (4,5 % ont plus de 40 ans) et 66% sont célibataires.

La durée du séjour sanatorial à Bligny est en moyenne de huit à neuf mois pour les hommes et de onze à douze mois pour les femmes ce qui ne paraît pas excessif alors que les seuls traitements étaient le pneumothorax et la cure hygiéno-diététique. Le nombre des décès – dix à douze par an – est peu élevé.

La tuberculose était souvent vécue comme une maladie honteuse qu'il fallait à tout prix cacher pour préserver l'honneur de la famille. Il est difficile aujourd'hui d'imaginer ce que pouvait être le sentiment profond d'un adulte jeune apprenant qu'il était atteint de tuberculose pulmonaire.

Que de drames ont dû être vécus : une coupure familiale en raison du risque de contagion, une rupture parfois définitive avec le milieu professionnel, enfin une angoisse permanente sur sa propre santé avec cette hantise de l'hémoptysie (crachements de sang) si fréquente avant les antibacillaires.

Plus tard après la sortie du sanatorium, c'était la hantise de la rechute. On apprenait aux malades qu'ils étaient stabilisés mais jamais guéris.

Dès qu'un malade, en général jeune, arrivait au sanatorium, il était emporté par un immense élan de solidarité fraternelle que l'on retrouvait tant auprès des pensionnaires que des médecins, infirmières, religieuses et de tout le personnel du sanatorium. Il était accueilli avec beaucoup de bienveillance par le médecin-assistant qui lui expliquait la vie au sanatorium et le bien fondé du règlement et qui était chargé de lui désigner sa chambre, son emplacement de cure, sa place à la salle à manger en fonction de son âge, de son état et de ses affinités (Art.77 du règlement).

Il y avait des chambres d'isolement pour les sujets les plus gravement atteints. À leur arrivée, tous les malades étaient mis en observation, au repos complet pendant une durée décidée par le médecin. La température était prise toutes les deux heures au moins pendant huit jours. Si la température s'était révélée normale après cette période d'observation, les prises se réduisaient ensuite à quatre fois par jour : 8 heures, 14 heures, 18 heures et 20 heures.

Si, au cours du séjour, un malade a une température supérieure à 37°C et avoisinant ou dépassant 38°C, il est mis au lit et au repos complet.

La plus grande partie des pensionnaires sont en cure normale et observent les horaires du sanatorium. Un certain nombre restent



Galerie de cure à Despeaux.

au lit, par exemple jusqu'à midi, en raison de leur état. D'autres enfin, 10 à 12 % chez les hommes, 16 à 18 % chez les femmes ne quittent pas la chambre et cela pendant une durée variable

HORAIRES DES PAVILLONS ET SÉPARATION DES SEXES

Horaire du pavillon des hommes (Despeaux-Rubod)

7h30 : lever en présence du médecin-assistant. Les fenêtres, restées ouvertes la nuit (sauf en cas de temps particulièrement rigoureux), sont fermées un quart d'heure avant le lever. L'air pur et l'aération permanente étaient des éléments importants du traitement de l'époque.

8 heures : petit déjeuner puis promenade dans le parc.

9h15 à 10h30 : première cure d'air et de repos.

10h30 : promenade dans le parc.

11h30 à 12 heures : deuxième cure d'air et de repos dans les galeries de cure.

12 heures : repas en présence du médecin-assistant et à Despeaux en présence du médecin-directeur. Les repas sont suivis d'une promenade.

14 heures à 16 heures : cure de silence, c'était la « sacro-sainte » cure de silence. La raison profonde d'une part était



Hommes au bains.



La douche.

l'aération, le renouvellement de l'air vicié des poumons et d'autre part le repos complet des poumons et de tout le corps. Plusieurs couvertures étaient fournies en période d'hiver et ce n'est que par des températures très rigoureuses que les cures pouvaient être supprimées. Pendant cette cure, il était interdit de parler, de chanter, d'écouter de la musique et de lire. Il était recommandé d'avoir des pensées apaisantes et non conflictuelles. Il régnait un silence absolu parfois interrompu par une toux rapidement contrôlée.

16 heures : goûter puis promenade dans le parc.

17h30 à 18h30 : troisième cure d'air et de repos.

19 heures : dîner.

20 heures à 21 heures : quatrième cure d'air (supprimée en hiver).

21 heures : coucher (20h30 en hiver).

21h30 : extinction des lumières (20h35 en hiver).

Un quart d'heure avant le coucher, fermeture des fenêtres qui sont réouvertes un quart d'heure après le coucher.





Femmes aux lavabos.

Horaire des pavillons de femmes (Petit Fontainebleau et Fontenay)

Les conditions générales sont identiques, mais l'emploi du temps différemment organisé :

8 heures : lever.

8h30 à 9h30 : petit déjeuner, toilette, ordre des chambres.
9h30 à 10h30 : promenade.
10h30 à 11h30 : cure d'air et de repos.
11h30 à 12 heures : promenade.
12 heures : repas.
13h à 15h : cure d'air et de repos (silencieuse)
15h à 16h : promenade.
16 heures : goûter.
16h30 à 17h30 : cure d'air et de repos.
17h30 à 18h30 : promenade.
18h30 à 19h : cure d'air et de repos.
19 heures : dîner.
20 heures à 21 heures : cure d'air et de repos (supprimée en hiver).
21 heures : coucher (20h15 en hiver).
21h30 : extinction des lumières (20h35 en hiver).
Volontairement les horaires des pavillons des femmes sont décalés de manière à ce que les promenades des hommes coïncident avec les séances de cure de repos chez les femmes et vice-versa. Cette disposition était prise afin de réduire le plus possible les chances de rencontre entre hommes et femmes,



Jour de fête au Petit Fontainebleau.

déjà séparés par un grillage dans le parc de deux mètres de haut dont le règlement interdisait de s'approcher à moins de vingt cinq mètres. Cette séparation absolue était voulue afin de préserver le repos complet, le calme et la régularité de la vie sanatoriale. L'idée ne vint jamais de réunir un jour, pour quelque motif que ce soit, l'ensemble des pensionnaires des sanatoriums des deux sexes.

Alors que certains pensaient avec erreur que les tuberculeux présentaient une exaspération de la libido, Louis Guinard répétait toujours qu'il ne croyait pas à la fable disant que les tuberculeux étaient « des embrasés ». Néanmoins, il prônait la séparation rigoureuse des sexes : *L'existence journalière du malade doit être soumise à une grande régularité, dans le plus grand calme et toute préoccupation autre que celle de se soigner est un inconvénient, parfois un danger.*

L'article 8 du décret du 10 août 1920 a d'ailleurs consacré ce principe sur la séparation des sexes dans les sanatoriums.

Le docteur Dumarest (Hauteville) partageait la même opinion



Visite du médecin pendant la cure de repos.

que Louis Guinard et il écrivait au sujet des « embrasés » décrits par les romanciers : *Beau sujet et d'un rendement de vente assuré, la vérité toute simple c'est qu'un groupement d'êtres des deux sexes, composé en majorité de jeunes gens, tenus à la continence, vivant en commun, longtemps inoccupés, bien nourris et ayant les attributs extérieurs de la santé, manifeste partout la même tendance, qui est la plus naturelle de toutes.*



Hommes allongés dans les sous-bois.

LES CURES

Elles avaient lieu dans les galeries de cure largement ouvertes vers l'extérieur qui se trouvaient au centre du pavillon Despeaux-Rubod et dans la partie est du pavillon Petit Fontainebleau. A Fontenay, elles étaient construites à l'extérieur du bâtiment auquel elles étaient reliées par un couloir protégé.

Les galeries de cure de Fontenay ont été démolies, celles de Despeaux et du Petit Fontainebleau fermées par du bois vernis et transformées en chambres.

L'AÉRATION

Les malades sont habitués à vivre dans une ambiance peu chauffée et très aérée. Le but est d'obtenir progressivement une endurance de l'organisme pour se défendre contre la maladie. L'aération est un élément important de la cure, elle comporte des mesures et une éducation. Les fenêtres des chambres, des couloirs, des salles à manger sont toujours ouvertes. Une exception est faite pour les salles de réunion





Table de toilette fleurie par une main féminine.

lorsqu'il fait très froid. Les malades sont formés dès leur arrivée afin que cette aération devienne un besoin et une habitude qu'ils conserveront après leur sortie et dont ils ne pourront plus se passer.

LE CHAUFFAGE

Il était assuré par un chauffage central à circulation de vapeur.

Pour Louis Guinard, des transitions de température trop marquées sont plus à craindre pour les malades qu'une insuffisance de chauffage intérieur. Le réglage doit se faire d'après une différence entre la température extérieure et celle de la maison. Si on admet que 14/15°C représentent la température convenable pour 8/10°C extérieurs, quand on descend à 0°C, une moyenne de 8 à 10°C intérieurs est

suffisante et se supporte bien. Dans les chambres, pendant la journée, le chauffage est interrompu et la vapeur n'est donnée que le matin au moment du lever et le soir au moment du coucher.

LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur imprimé est remis par le médecin-assistant au malade, dès son arrivée. Il comporte 78 articles ; il est commenté et justifié par le médecin. Tout est prévu dans le moindre détail et il témoigne d'une grande sagesse. Il n'est pas possible de tout citer mais relevons quelques articles : Article 4 : Interdiction de cracher par terre sous peine de renvoi, et tout malade doit avoir sur lui un crachoir portable. Article 5 : Au moment de la toux ou d'un éternuement, placer un mouchoir de poche devant la bouche et le nez mais ne jamais cracher dedans. Il est recommandé de se retenir de tousser et de faire tous les efforts pour ce résultat.

Article 44 : Le service de table est assuré par les malades eux-mêmes.

Louis Guinard disait toujours « salle à manger » et non « réfectoire » voulant ainsi conserver à ce lieu son caractère familial.

Article 65 : Les promenades dans le parc sont prévues selon les besoins de chacun. Les malades sont priés de se conformer aux parcours qui leur sont personnellement indiqués. Ne pas sortir des chemins tracés.

Article 66 : Défense absolue de s'approcher du grillage de séparation à moins de 25 mètres. Toute infraction peut entraîner le renvoi immédiat et sans délai.

Article 68 : A part les violettes que l'on pourra cueillir sans les déraciner ainsi que les autres fleurs de pelouse en bordure des chemins tracés, il est défendu de couper quoique ce soit dans les jardins ou le parc.

Article 69 : Les visites des familles ou des amis n'ont lieu que les dimanches ou jours de fête de 10h30 à 15 heures et après accord du médecin.

Les charmants kiosques dispersés dans le parc ont été construits à l'intention des familles pour les accueillir et leur

permettre de prendre leurs repas à l'abri des intempéries.
 Article 39 : Il est interdit d'ajouter des boissons alcoolisées aux boissons servies pendant les repas ; de même qu'il est interdit d'introduire des boissons alcoolisées dans le sanatorium.
 Louis Guinard n'a jamais été hostile à une consommation modérée de vin au cours des repas. Il écrivait : *Supprimer le vin dans un sanatorium français est une erreur. On s'expose simplement, à donner aux pensionnaires la tentation de s'en procurer en cachette et d'aller en boire au dehors, et l'on retombe ainsi dans les excès que l'on veut éviter. Le vin est chimiquement pourtant un aliment et on ne saurait lui enlever cette qualité (il cite tous les composants). Pris en quantité modérée, coupé d'eau, il n'a jamais fait de mal à personne. Nous donnons, chaque jour dans de petits carafons, deux cent soixante à deux cent soixante dix centimètres cubes de vin pur. Nous veillons surtout à avoir du vin d'excellente qualité et de provenance absolument sûre. Si nous en donnons peu, nous voulons qu'il soit bon et nous le donnons pur afin que les pensionnaires le diluent à leur gré et puissent en boire une partie sans eau si cela leur est agréable, à la fin du repas par exemple.* Peut-on mieux parler que Louis Guinard ?
 À la fin du XIXe siècle, les médecins étaient unanimes à condamner les méfaits de l'alcool :

L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose disait le professeur Landouzy,
L'alcoolisme est le plus puissant propagateur de la tuberculose écrivait le professeur Brouardel.
 La formule du professeur Hayen *La tuberculose se prend sur le zinc* connut un certain succès.
 Une affiche répandue dans tous les dispensaires, avec images impressionnantes à l'appui, indiquait : Dans le foyer où l'alcool est roi, l'homme est une brute, la femme une martyre, les enfants des victimes.
 Dans les années 1920, les grands cliniciens Édouard Rist (1871-1956) et Léon Bernard (1872-1934) estimaient qu'une consommation modérée d'alcool rendait la tuberculose plus curable que dans un cas d'abstinence complète.
 En 1963, le docteur PARROT fera supprimer toute boisson alcoolisée en s'appuyant sur des arguments différents. Chez beaucoup, cette décision provoqua une amertume qui fut longue à disparaître. Il faut dire que l'ère des antibacillaires était arrivée, et chacun sait qu'alcool et antibacillaires n'ont jamais fait bon ménage (en particulier avec le rimifon et la rifampicine).

TABLEAU N° V.

L'Alimentation au Sanatorium
 Fac-similé d'un menu d'été.

SANATORIUM DE BLIGNY
 Composition des Repas du 21 Juillet..... au 27 Juillet..... 1920

	LUNDI	MARDI	MERCRÉDI	JEUDI	VENREDI	SAMEDI	DIMANCHE
1^{er} DÉJEUNER 7 h. 1/2	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.	Café au lait Bûche pain.
2^e DÉJEUNER 10 h. 1/2	Lait Pain.	Lait Pain.	Lait Pain.	Lait Pain.	Lait Pain.	Lait Pain.	Lait Pain.
DINER 3 heures	Relais jambon, c. Grand choucroute Sauce au lait Moutarde fine huile Sauce à la crème	Viande à la crème Mousseline végétarienne Sauce au lait Salade aux tomates P. f. t. c.	Langue porc Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.
COLATION 4 heures	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre	Café au lait Pain et beurre
SOUPE 7 heures	Relais jambon, c. Grand choucroute Sauce au lait Moutarde fine huile Sauce à la crème	Viande à la crème Mousseline végétarienne Sauce au lait Salade aux tomates P. f. t. c.	Langue porc Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.	Relais jambon, c. Bûche de pain Sauce au lait P. f. t. c.

Vu et approuvé : le Directeur, Bligny, le



Article 6 : Il n'est jamais permis de fumer dans aucune partie de la maison, ni sur les galeries de cure, pas plus qu'au voisinage immédiat des bâtiments et à moins d'une distance de vingt mètres de ceux-ci.

Louis Guinard écrivait à ce sujet avec beaucoup de réalisme : *Il est impossible de convertir d'un bloc tous les fumeurs et de les convaincre, dès leur entrée au sanatorium, de l'intérêt qu'ils ont à se priver de suite de leur cigarette ou de leur pipe. Est-il bien démontré que, même chez un tuberculeux, l'usage modéré du tabac, après les principaux repas, constitue un danger réel et peut aggraver leur état ? Je ne le crois pas. D'ailleurs la défense de fumer serait-elle inscrite dans le règlement, elle ne serait pas observée. Ils arriveraient à fumer en cachette et le plus souvent dans des endroits où nous arrivons à obtenir qu'ils ne fument pas.*

LES REPAS

Louis Guinard a toujours attaché une grande importance au régime alimentaire tout en s'opposant à la suralimentation. Il n'a jamais considéré la prise de poids comme un critère positif de la cure.

Les plats étaient variés, bien préparés et servis en abondance. Les repas de midi étaient présidés par le médecin-directeur ou un médecin-assistant, et ceci afin de maintenir un caractère



Un repas au Petit Fontainebleau.



Une belle cuisine.

familial à la vie des pensionnaires. Louis Guinard présidait régulièrement les repas dans chacun des sanatoriums, accompagné par un ou deux de ses enfants. Pour les jours de fête, sa famille au complet était auprès des pensionnaires et c'était pour eux une joie et non une contrainte.

Les repas duraient une heure. Les malades découvraient l'importance d'un repas pris dans une atmosphère amicale et détendue, ainsi que l'importance de la mastication et de l'insalivation. Les médecins pouvaient se rendre compte des imperfections dans la composition des menus et la préparation des aliments. Les repas se déroulaient suivant un rituel immuable. Les pensionnaires attendaient à midi debout à leur table. Personne ne se serait assis avant le médecin. Ce dernier agitait une clochette pour marquer le début et la fin du repas, et personne ne se serait levé avant ce signal. Cette tradition s'est poursuivie quand le docteur Urbain Guinard succéda à son père à la tête de Bligny.

LES CHAMBRES

En ce qui concerne les chambres, Louis Guinard a eu d'emblée des idées très précises. Les chambres sont confortables mais non luxueuses car les malades sont d'origine

modeste et, en revenant dans leur foyer, ils risqueraient d'être sinon déprimés du moins malheureux. Les photos montrant les chambres de l'époque donnent une impression monacale : lits de fer, tables de nuit en fer, une table et une chaise (ce qui est nécessaire et rien de plus).

FÊTES ET DISTRACTIONS

Les malades étaient soumis à un règlement qui, pour la génération actuelle, paraîtrait bien sévère. Mais l'ambiance entre tous était chaleureuse et ces mesures, avant l'ère des antibiotiques, paraissaient justifiées. Par ailleurs, les distractions ne manquaient pas.

Il y avait les promenades dans les bois, obligatoires pour tous ceux auxquels elles étaient prescrites.

Certaines activités n'ont jamais été autorisées comme le tennis ou les jeux de ballon. D'autres, par contre étaient conseillées et très appréciées : le croquet, les boules, les quilles, les fléchettes, le tir à la carabine.

Les malades profitaient également de différents jeux de société : cartes, dominos, dames, jacquet, jeux des familles. Les jeux d'échecs connurent un très grand succès ainsi que les jeux de billard.

Une bibliothèque très riche mettait à la disposition des malades des livres pour tous les goûts. Bligny possédait une très belle collection de disques et les séances d'audition de gramophone étaient très appréciées. Elles avaient lieu de préférence à la belle saison dans le parc où les pensionnaires disposaient de chaises transatlantiques.

À partir de 1906, tous les quinze jours était organisée une séance de cinématographie avec accompagnement musical soit par disque soit par piano.

Tous les ans pour la Sainte Catherine, les pensionnaires prenaient un grand plaisir à se costumer et un jury présidé par le médecin-directeur attribuait différents prix. Cette tradition s'est perpétuée jusqu'en 1970.

La plus grande fête, celle dont tous les anciens gardaient un souvenir ému, était la Saint Louis fêtée trois jours aux alentours du 25 août en l'honneur du docteur Louis Guinard.



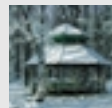
Jeux de boules.



La salle de spectacle.



Musique, ouvrages et jeux.





Chaque membre du personnel tenait à être présent ce jour-là à Bligny. Les anciens ne tarissaient pas d'anecdotes concernant les somptueux repas pris autour de la table de famille, auxquels rien ne manquait : nappes, argenterie, plats raffinés (langouste traditionnelle, etc.). L'après-midi était jalonnée de nombreuses distractions : représentations, jeux, concours... Pendant trois jours Bligny était en liesse : lundi à Despeaux, mercredi ou jeudi à Fontenay, samedi au Petit Fontainebleau.

Il y avait également la fête des chapeaux en début d'été et pendant plusieurs années on fêta la Saint Nicolas.

Dès la création de Bligny, des soirées littéraires ou musicales étaient proposées. Louis Guinard appréciait tout particulièrement celles où se produisaient le chansonnier Xavier Privas et son épouse Françoise Lorée.

CAUSERIES INSTRUCTIVES

Au cours de leur séjour au sanatorium, les malades étaient invités à différentes causeries auxquelles Louis Guinard attachait beaucoup d'importance. Le professeur Landouzy voulait que les malades soient convertis à deux croyances essentielles : la curabilité de la tuberculose d'abord, son évitabilité ensuite par l'hygiène et par la guerre aux crachats bacillifères. Parmi les principaux thèmes traités :

- La tuberculose est contagieuse, comment l'éviter.
- La tuberculose n'est pas héréditaire.
- Curabilité de la tuberculose : les principaux facteurs de la cure sont la vie à la campagne, l'air pur et l'aération permanente, le repos complet physique et moral et le régime alimentaire du tuberculeux.
- L'alcoolisme.
- Le péril vénérien etc.

Louis Guinard écrivait : *C'est de ce qui suivra le sanatorium que dépend la valeur du résultat de sortie. Le malade doit continuer à appliquer les principes appris et il est le meilleur propagandiste pour les diffuser dans son entourage et son milieu de travail.*

LE RÉ-ENTRAÎNEMENT À L'EFFORT

Louis Guinard insiste sur la très heureuse influence d'une occupation régulière et de l'activité sur le moral des pensionnaires. Il redoute chez certains *la tendance à faire désormais du repos la règle de leur vie ou la perte du goût du travail et la recherche à apitoyer les âmes charitables.*

Ce ré-entraînement à l'effort, qui fut envisagé dès 1904, se faisait habituellement après trois ou quatre mois d'hospitalisation, très progressivement et sous surveillance médicale stricte des médecins-assistants qui remplissaient des fiches conçues tout spécialement où étaient notés : température, fatigue, essoufflement etc. 37 à 41 % des malades bénéficiaient ainsi d'un ré-entraînement à l'effort avant leur sortie.



Travaux des champs.



Au potager.

QUELLES SONT LES ACTIVITÉS PROPOSÉES AUX MALADES ?

Lorsque leur état le leur permettait, les pensionnaires assuraient l'entretien de leur propre chambre et le service des repas à la salle à manger.

Mais les principales activités se trouvaient à ce que l'on appelle la ferme. Il y avait six hectares de jardin potager en plein rendement et d'excellent rapport et de vastes serres.

Le verger Sainte-Catherine

Louis Guinard écrit : *Dès le début, nous nous sommes préoccupés de planter des arbres fruitiers qui dans les bonnes années nous assurent des récoltes intéressantes et dont la valeur va en augmentant.*

Il y avait un vaste fruitier.

La basse-cour

Louis Guinard n'est pas avare de précisions :

L'élevage des poules, poulets, canards, oies, lapins, peut être très rentable pour un sanatorium, aux conditions suivantes :

1. *s'il est fait largement,*
2. *si on dispose de toute la place voulue,*
3. *si on a de quoi les nourrir avec des résidus et des produits de la propriété,*
4. *si cet élevage est dirigé avec méthode.*

En dehors de ceux qui après élevage et engraissement sont sacrifiés pour le repas des pensionnaires, le nombre moyen des animaux maintenus toute l'année dans la basse-cour est de :

- 300 poules pondeuses, 12 coqs, 20 cannes et canards,
- 10 lapins reproducteurs, 30 lapines de reproduction.

L'élevage du printemps et de l'été donne par couvées naturelles ou artificielles une moyenne de sept cents à huit cents poussins et cent cinquante canards. Nous fournissons trois cents lapins aux cuisines. Nous avons constamment des œufs frais pour les malades et au fort de la ponte, nous avons trois mille à quatre mille œufs par an .

Il y avait également un élevage de cobayes pour le laboratoire.

La porcherie

Un établissement comprenant cent vingt malades et le personnel correspondant permet d'entretenir huit à dix porcs. En l'état actuel de



Ré-entraînement à l'effort.

nos trois sanatoriums, nous avons constamment à l'élevage et à l'engraissement vingt-trois à vingt-cinq porcs ou porcelets.

Par contre, à moins d'avoir une grosse organisation agricole, il n'y a aucun avantage à avoir des vaches pour la production nécessaire au sanatorium. Nous avons dans le voisinage de Bligny deux fournisseurs dont nous pouvons surveiller le bétail et qui nous livrent un lait d'excellente qualité. Nous ne pourrions rien faire de mieux. Quant aux déchets non comestibles, nous conseillons de les brûler et de disposer à cet effet d'un four à combustion construit dans un endroit isolé afin que les fumées n'incommodent pas le voisinage.

Louis Guinard donne des comptes très précis montrant la rentabilité de la ferme. Le prix de revient d'une journée de tuberculeux à Bligny était bien inférieur à celui du même tuberculeux à l'hôpital. Si la ferme a été très utile pour les malades (occupation et ré-entraînement) et très précieuse sur le plan financier, elle se révélera indispensable pendant les années de la dernière guerre.

Une photo dans le couloir de Fontenay montre un groupe de malades, le visage très épanoui, en train de faner. Faner est la chose la plus agréable du monde disait la Marquise de Sévigné.

Bligny : un village

En plus des religieuses et des médecins, il y avait tous les employés de Bligny qui travaillaient soit auprès des malades, soit dans les services généraux. Beaucoup de corps de métiers étaient représentés : chauffeur de chaudière, charretier,





Pommiers en fleurs devant le potager.

bûcheron, jardinier, fermier, charcutier et même un charbonnier pendant la dernière guerre pour approvisionner en charbon de bois les véhicules de l'établissement ainsi que le chauffage des forges de l'atelier et de la chaudronnerie. Louis Guinard (que les employés appelaient « Papa Guinard ») connaissait tous les employés et leurs familles ; il savait avoir un mot pour chacun. À cette époque, les habitants des hameaux voisins craignaient la tuberculose et refusaient de travailler au sanatorium, c'est pourquoi la majorité des salariés étaient des provinciaux particulièrement des bretons et des alsaciens bien souvent logés sur place. Il y avait des chambres pour le personnel à Fontenay, à Despeaux au 3^e étage, les logements des communs (à côté des garages) et les quatre pavillons de garde aux portes nord, sud, Mulleron et maison forestière.

Les salariés qui bénéficiaient d'un logement n'avaient pas droit à la cantine. Ils pouvaient s'approvisionner à la dépense où ils trouvaient des produits de qualité à des prix compétitifs. À cette époque la plupart des familles avaient un jardin, un « lopin de terre » particulièrement précieux pendant la dernière guerre.

Les employés jouaient un rôle important auprès des malades car ils savaient les écouter. Quel est le malade qui n'éprouve pas le besoin de raconter ses soucis, ses craintes, ses difficultés mais aussi ses joies ? Ils pouvaient les encourager en citant l'exemple d'anciens malades qui avaient parfaitement guéri et retrouvé une vie normale après avoir suivi les conseils et la cure hygiéno-diététique.

Bligny était une grande famille, tout le monde se connaissait. Même le soir après dîner, toutes les familles se retrouvaient au dehors pour se raconter toutes sortes d'histoires.

Les enfants étaient élevés ensemble et partageaient tout. Pour être scolarisés, ils devaient aller à l'école primaire à Briis à pieds, leur cartable sur le dos. Mais ils ne se plaignaient pas car leur vie était joyeuse et fraternelle. Leurs activités dans le parc étaient multiples : construction de cabanes, ramassage de pommes de pin, cueillette de champignons, fabrication de costumes de fougères et de lierre, parties de cache-cache...

Tous ceux qui ont connu Bligny à cette époque en gardent un souvenir ému, tout spécialement ceux qui y furent enfants.

Il est difficile, à distance, de faire revivre cette époque, qui paraît bien lointaine et qui fut « l'ère du sanatorium », mais on peut dire avec certitude que grâce à la générosité de nombreux bienfaiteurs et au dévouement de tous ceux qui les ont soignés, beaucoup de tuberculeux ont recouvré à Bligny un nouvel espoir dans la vie.

Dans les années trente, le conseil d'administration se montra très en avance sur son époque dans les initiatives qu'il prit en faveur du personnel : affiliation à un régime de retraite, garderie pour les enfants etc.

COMMENT CONSERVER DES LIENS AVEC BLIGNY APRES SA SORTIE ?

L'AMICALE DE BLIGNY ET SON BULLETIN

L'Amicale des Anciens de Bligny, dont les statuts furent déposés le 4 septembre 1905 (J. O. du 4 octobre p. 5899), se proposait, avec le concours de l'Œuvre des sanatoriums populaires, de :

- établir entre tous les sociétaires des relations amicales et d'assistance,
- venir en aide aux anciens et à leur famille dans le besoin,
- mettre des bourses de santé à la disposition des pensionnaires nouvellement sortis et dans l'embarras,
- leur procurer un emploi dans la mesure du possible.

L'autre intérêt de cette association était de permettre de suivre

les anciens malades après leur sortie de Bligny. Une réunion annuelle, qui avait lieu dans une ambiance chaleureuse et fraternelle, était l'occasion pour les anciens de venir clamer la joie de se retrouver dans ce sanatorium où ils avaient été guéris et aussi de témoigner leur reconnaissance à ceux qui les avaient soignés. Tous les pensionnaires ayant passé au moins deux mois à Bligny pouvaient faire partie de l'association en versant une cotisation. À ces cotisations s'ajoutaient des dons divers provenant d'anciens, d'amis et de membres de l'Œuvre des sanatoriums.

En 1904, le premier président de l'Amicale fut Monsieur Yves Guitton (décédé en 1953, peu après le cinquantenaire). Urbain Guinard disait de lui : *Il incarnait aux yeux de tous l'espoir mais aussi la solidité de la guérison. Quel est celui qui, le voyant avec ses cheveux de neige, arriver aux fêtes des anciens, ne se réjouissait pas en se disant : moi aussi, je m'en tirerai, moi aussi je fonderai un foyer, j'aurai des enfants... des petits enfants... Yves Guitton aimait*

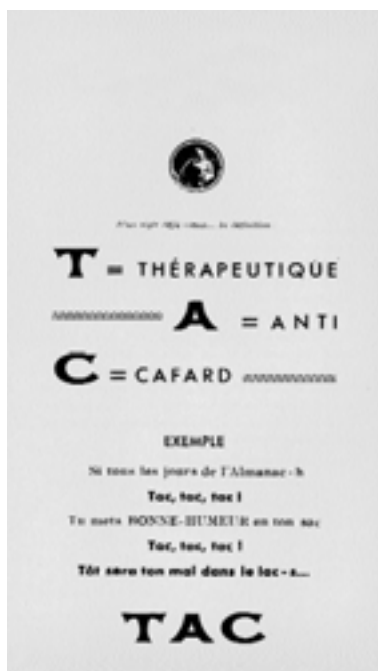
passionnément Bligny, sa seconde famille. Nous avions pour lui non seulement une profonde affection mais aussi une véritable vénération. Son attachement au Docteur Louis Guinard était sans borne.

Sous le titre de Bulletin de l'Amicale de Bligny, une petite feuille périodique établissait un lien entre les membres de l'association.

En 1945, il devint Notre cher Bligny en même temps que lui était adjoint un supplément artistique et littéraire intitulé TAC, sigle de Thérapeutique Anti-Cafard.

Au cours de l'année 1952-1953, le total des secours distribués par l'Amicale atteignit 250 000 F et le nombre de ses membres s'élevait à 5 000.

L'association, dont l'activité n'avait plus de raison de perdurer compte tenu des bouleversements intervenus, fut dissoute le 17 mai 1988 et les 58 600,05 F qu'elle détenait, furent versés à l'association du Centre Médico-Chirurgical de Bligny pour fournir une aide aux patients les plus démunis.



Un mariage à Bligny.



LES RELIGIEUSES DE SAINT-JOSEPH DE CLUNY À BLIGNY (1903-1988)

Qui étaient-elles ?

La congrégation des sœurs de saint Joseph de Cluny fut fondée par la sœur Anne-Marie Javouhey en 1812 ; elle s'installa à Cluny dans l'ancien couvent des Récollets. Très vite, les sœurs vont s'engager dans l'aventure missionnaire : 1817 à l'île Bourbon, 1819 au Sénégal, 1822 en Guyane puis à la Guadeloupe, 1824 à la Martinique, 1827 à Pondichéry...

Convaincue de l'égalité de tous les hommes entre eux, sœur Anne-Marie Javouhey prépare, à Mana (Guyane) de 1835 à 1843, la libération des esclaves : elle prouve qu'après un apprentissage de la liberté et avec un accès à des conditions de vie décentes, ces hommes et ces femmes sont capables de mener une vie pleinement humaine et de s'insérer harmonieusement dans la société.

Plus de cent quatre vingt ans plus tard, poursuivant l'œuvre d'évangélisation de sa fondatrice, la congrégation se consacre à l'éducation de la jeunesse, au soin des malades et à l'aide aux plus pauvres. Elle compte 3 030 sœurs et novices originaires



Départ pour la messe.

de 55 pays et regroupées en 415 communautés à travers les cinq continents.

Les religieuses arrivèrent le 3 juillet 1903. D'après la tradition orale, elles avaient été sollicitées sur les conseils du professeur Albert Calmette de l'Institut Pasteur de Lille ; elles étaient directement chargées des malades alités et des travaux multiples de la tenue de la maison :

- service de la dépense
- service de la cuisine
- service de la table
- confection et entretien du linge.

Elles furent, dans un second temps considérées comme des infirmières.

Pendant les premières années, elles eurent à souffrir des conflits passionnés qui, au début du xx^e siècle, déchirèrent les Français et devaient aboutir au concordat de 1905, encore appelé « loi de séparation de l'Église et de l'État ». Tout prosélytisme religieux leur était interdit et cela leur était souvent rappelé. Néanmoins, deux petites chapelles leur étaient réservées : une à Despeaux au second étage, l'autre à Fontenay au deuxième étage au-dessus de la réanimation actuelle.

Si les demandes faites en vue de l'ouverture d'une chapelle pour les malades restèrent longtemps infructueuses, lors des grandes fêtes, des voitures étaient mises à leur disposition pour leur permettre d'assister à la messe de la paroisse.

Le 1^{er} janvier 1922, pour la première fois le médecin-directeur vint présenter ses vœux à la communauté. Après avoir loué le dévouement et la compétence des sœurs, il conclut en disant : *le temps corrige bien des préjugés. Il lui aura fallu dix-neuf ans et le passage de la Grande Guerre, commentent les religieuses.*

Profitant de ces circonstances favorables elles obtinrent plus de latitude. Désormais les malades purent assister à la messe le dimanche dans chaque sanatorium. Un autel était placé dans l'arrondi de trois salles de jeux de Despeaux, Fontenay, et Petit Fontainebleau. En dehors des cérémonies, ces autels étaient parfaitement séparés du reste de la salle par des portes à volets.

L'aumônier était un père du Saint Esprit aidé de temps à autre par un prêtre soigné à Bligny. Plus tard il y eut deux aumôniers : un pour les hommes et un pour les femmes. Avec l'accord du médecin-directeur, des cours privés de catéchisme étaient donnés sur demande aux malades et aux enfants des employés.

Plus tard furent réalisées pour les malades à Fontenay et à Despeaux des chapelles dignes de leur fonction, ceci en application de la législation des sanatoriums selon laquelle, dans chaque bâtiment sanatorial, un lieu de culte doit être installé.

En raison des astreintes de nuit que les sœurs devaient assurer dans les trois sanatoriums, se formèrent trois groupes de religieuses qui logeaient à proximité des malades. À l'époque des hémoptysies toujours possibles, souvent récidivantes, parfois mortelles, c'était une grande sécurité pour les malades de savoir leur infirmière près d'eux.

Les sœurs se retrouvaient chaque jour pour le salut du Saint-Sacrement et le dimanche les trois groupes se réunissaient au pavillon du Petit Fontainebleau où elles avaient une chapelle qui leur était exclusivement réservée. Entre Despeaux et Fontenay, elles disposaient d'un jardin clôturé de buis avec un abri, où elles pouvaient venir pendant les cures de silence. Certaines d'entre elles, ayant largement dépassé l'âge de la retraite, avaient le statut de « reposantes » ce qui signifiait que, bien que n'ayant plus d'affectation, elles vivaient toujours au sein de la communauté à laquelle elles rendaient des services.

La tradition orale raconte qu'après avoir passé dix voire vingt ans ou plus à Bligny, les religieuses pouvaient être convoquées un soir à 18 heures à Paris chez la mère supérieure qui leur



Dans une chambre à Fontenay.

signifiait leur changement d'affectation. Le lendemain à 7 heures, munies d'un modeste bagage et par les transports en commun, elles quittaient définitivement Bligny. On ne peut s'empêcher de penser à l'évangile de Luc (IX v. 61) « celui qui met la main à la charrue et regarde derrière, n'est pas digne du royaume des cieux ».

Pendant de nombreuses années, le docteur Laparre fut chargé de leur surveillance médicale. Elles lui furent toujours reconnaissantes pour sa compétence, sa gentillesse et sa grande disponibilité.

Lors de l'assemblée générale de décembre 1950, le conseil d'administration offrit aux religieuses un livre d'or, sur lequel étaient inscrits les noms de toutes celles qui s'étaient succédées depuis 1903. On relève sur cette liste le nom de vingt-sept religieuses ayant passé plus de vingt ans, quatre plus de trente-cinq ans, trois plus de quarante ans dont deux étaient encore à Bligny cette année-là : sœur Rose après quarante-sept ans de service et sœur Théophilia plus de quarante ans. À l'ouverture en 1903, elles étaient seize sœurs, en 1908 vingt-deux, puis leur nombre augmenta rapidement pour s'établir entre trente-neuf et quarante-huit jusqu'aux années 1960.





Moment de détente autour des religieuses.

Les sœurs sont redevables au docteur Parrot qui, après 1965, décida de regrouper la communauté au Petit Fontainebleau ; en effet n'assurant plus les gardes de nuit, elles n'avaient plus besoin de dormir dans les pavillons de malades.

À partir de 1971, à la demande de l'administration, les religieuses furent salariées. À cette date, elles n'étaient plus que vingt-cinq et leur nombre ne cessa de diminuer d'année en année (quatre en 1985 et deux en 1988). La dernière, sœur Marie Stanislas, quitte Bligny le 6 août 1988.

Le 5 mai 1994 à l'occasion de la visite pastorale de Monseigneur Herbulot, évêque d'Évry, eut lieu une cérémonie commémorative en hommage à la congrégation de St Joseph de Cluny et aux deux cent quatre vingt quatorze sœurs qui apportèrent à Bligny, de 1903 à 1988, compétence et dévouement total au service des malades. Cette cérémonie donna l'occasion à trois d'entre elles d'évoquer des souvenirs touchants. Une plaque de marbre conserve leur souvenir dans la chapelle du Petit Fontainebleau.

Les sœurs auront joué un rôle essentiel unanimement reconnu à une époque où :

- les contacts avec les tuberculeux étaient redoutés (et à juste titre),
- les infirmières laïques étaient très rares,

- les prises en charges financières par la société n'existaient pas et nos malades de milieux modestes dépendaient de la seule générosité de certains,
- l'angoisse et la sécurité des tuberculeux nécessitaient une prise en charge de tous les instants.

Chacun garde le souvenir de ces femmes de haute compétence, d'un courage sans faille, d'un dévouement sans limite, qui avec un grand enthousiasme consacrèrent leur vie à cette mission. Au moment où Bligny fête le centenaire de son ouverture, la priorité donnée à la qualité de l'accueil et à la prise en charge de la personne malade est le précieux héritage légué par les sœurs aux équipes d'aujourd'hui.



Promenade dans le parc.

LES GRANDES DATES DU SANATORIUM DE BLIGNY ET DES TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE

1901

Début de la construction du premier sanatorium de Bligny (actuel pavillon Despeaux), à l'emplacement du château qui avait été démoli. Les deux beaux escaliers de pierre de ce pavillon sont les seuls vestiges du château de Bligny.

1902

Le 21 novembre, le conseil d'administration de l'Œuvre nomme le docteur Louis Guinard médecin-directeur.

1903

- Installation du Docteur Louis Guinard.
- Dans les premiers mois de l'année, souscription publique ouverte dans le Figaro par son directeur Gaston Calmette, frère du professeur Albert Calmette. Elle rapportera la somme de 159 406 F (environ 490 000 €).
- Du mois d'avril à fin juillet : installation du personnel.
- Le 8 juillet 1903 : installation de la communauté des sœurs de Saint Joseph de Cluny.
- Le samedi 8 août 1903 : le premier pensionnaire qui se



Congrès médical à Bligny





présente est un jeune protégé de Monsieur et Madame René Fouret. Le même jour arrivent un protégé de Monsieur Leroy-White et deux employés de la Compagnie des Chemins de Fer d'Orléans.

Après ces quatre premières admissions, les entrées se succèdent par petits groupes suffisamment espacés. Le 31 décembre, on comptait soixante-sept entrées et le chiffre de cent fut atteint le 18 mars 1904. Le 29 novembre 1906, les cent vingt et un lits étaient occupés, et depuis lors ce sanatorium restera complet.

Cette année-là, le professeur Grancher (1843-1907) fonde l'œuvre qui porte son nom dont le but est de sauver les enfants sains de la contagion tuberculeuse.

1904

Le 18 mars, le chiffre de cent malades accueillis est atteint. En décembre, fondation de la société amicale des pensionnaires et anciens pensionnaires de Bligny. Déclarée le 9 avril 1905, son activité sera interrompue en juillet 1914, elle reprendra en 1922.

1906

Le cinématographe est introduit à Bligny et permet des séances régulières tous les quinze jours pour les pensionnaires et pour le personnel. Les séances, distinctes pour les hommes et les femmes, ont lieu dans chaque pavillon.

Le 29 novembre, les cent vingt et un lits du premier pavillon sanatorial sont occupés et le resteront.

1907

Par un don de la Baronne James de Rothschild, Bligny reçoit sa première automobile (un véhicule utilitaire).

1909

Le 9 mai, inauguration du sanatorium du Petit Fontainebleau (sanatorium de femmes de 108 lits) sous la présidence du

Prince Auguste d'Arenberg et en présence de bienfaiteurs, d'administrateurs et d'amis de l'œuvre au nombre de cent soixante-dix.

1912

Introduction en France par le docteur Dumarest au sanatorium d'Hauteville du pneumothorax artificiel, premier traitement efficace dont le mérite revient au médecin italien Carlo Forlanini (1847-1918) qui avait effectué des travaux préparatoires d'une grande rigueur scientifique. Le pneumothorax se pratique à l'aide de l'appareil mis au point par le médecin allemand Kuss.

1913-1914

En janvier 1913, est ouvert un chantier de construction de deux pavillons comprenant chacun cent vingt-cinq chambres à un lit, réunis l'un à l'autre par le bâtiment des services généraux. Fin juillet 1914, les travaux sont déjà très avancés mais la déclaration de guerre oblige à renvoyer les pensionnaires en deux jours et à interrompre les chantiers.

BLIGNY PENDANT LA GUERRE DE 1914-1918

Le 19 novembre 1914, Bligny devient hôpital complémentaire LVR 67, annexe de l'hôpital Dominique Larrey de Versailles. L'Œuvre garde la direction et la gestion des établissements avec son personnel civil, les sœurs infirmières et son médecin-directeur, auquel est adjoind un gestionnaire du service de santé. Bligny est alors le premier hôpital sanitaire organisé en vue de recevoir et de soigner les sous-officiers et soldats, blessés ou malades atteints de tuberculose pulmonaire. À partir du 3 mars 1915, les sanatoriums reçoivent les premiers militaires tuberculeux. Pendant un an et demi, avec deux cent trente à deux cent quarante malades présents, le docteur Louis Guinard reste seul médecin avec un double travail médical et administratif.

Du 5 mars 1915 au 31 décembre 1919 quatre mille quatre cent douze militaires passeront dans les services de Bligny



Médecins militaires et religieuses au chevet des soldats.

parmi lesquels on déplorera cinq cent douze décès. Au cours de la guerre, on aura utilisé le pavillon Fontenay A et les services généraux de Fontenay. La Croix-Rouge américaine interviendra en prenant en charge les frais de l'aménagement intérieur de ce pavillon.

Monsieur Guinard gardera un mauvais souvenir de cette époque où les malades, tous militaires, étaient admis sans aucune sélection. Il parle d'un « sentiment atroce d'inutilité ». Il insiste aussi sur les conséquences néfastes d'un nombre élevé de morts sur le moral des autres malades.

À partir de 1918, les trois sanatoriums sont dotés de postes de radioscopie et de radiographie.



*Bligny : hôpital complémentaire VR67
Des soldats et leurs familles.*

1919

Le 23 février, le pavillon « Fontenay A », qui avait ouvert le 18 mars 1918, est officiellement inauguré au cours d'une cérémonie présidée par le docteur Louis Mourier, alors sous-secrétaire d'État du Service de Santé Militaire au Ministère de la Guerre.

La loi du 7 septembre 1919 (dite loi Honorat) institue des sanatoriums strictement destinés au traitement de la tuberculose, fixe les conditions d'entretien des malades et rend obligatoires les soins aux tuberculeux nécessiteux.

1920

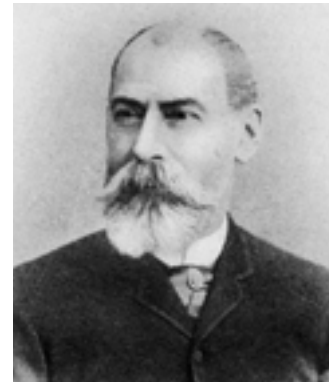
Le 3 janvier, plus d'un an après la signature de l'Armistice, les sanatoriums de Bligny libérés de l'hôpital militaire peuvent reprendre les tuberculeux civils. La réadmission des femmes n'a lieu que le 1er mars après remise en état des lieux et du matériel.

En décembre 1918, Madame Fanny Despeaux-Rubod fait un don magnifique à l'œuvre en souvenir de son mari, Monsieur Charles Despeaux fondateur et administrateur de Bligny. Selon la tradition, elle aurait vendu tous ses bijoux pour réaliser ce don.

Le nom de Despeaux-Rubod est donné au sanatorium des hommes et, le dimanche 6 juin 1920, sous la présidence Monsieur J. L. Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance



Fanny Despeaux-Rubod.



Charles Despeaux-Rubod.

et des prévoyances sociales, est célébrée l'inauguration de la Fondation Despeaux-Rubod.

À l'entrée du pavillon portant leur nom, les bustes en marbre réalisés par Bourry de Charles et Fanny Despeaux-Rubod conservent leur souvenir et rappellent leur générosité.

1921



Le pavillon Despeaux.

Le pneumothorax artificiel est introduit à Bligny. Le docteur Urbain Guinard, fils de Louis Guinard, sera formé à la pratique et la connaissance complète de la méthode dans le service du professeur Édouard Rist à Laënnec où il restera un an.

Dans de nombreux cas, jusqu'à l'avènement des médicaments antituberculeux, le pneumothorax va être un traitement considéré comme efficace mais impressionnant, parfois douloureux, toujours redouté. Le professeur Léon Bernard disait : *on est souvent amené à regretter de ne pas avoir employé la méthode de Forlanini, jamais on ne regrette de l'avoir décidé.*

En juillet, a lieu la première application humaine du vaccin BCG chez un nourrisson né d'une mère tuberculeuse dont il ne pouvait être séparé, condamné à une contamination certaine. L'enfant supporta bien la vaccination et ne présenta

ultérieurement aucun signe d'infection pulmonaire. D'autres essais de vaccination sont entrepris avec le concours de Weil-Halle et Turpin.

Les deux savants de renommée mondiale, Albert Calmette (1863-1933) et Camille Guérin (1871-1961), qui inventent et mettent au point le BCG, resteront toute leur vie la modestie même.

C'est Albert Calmette qui créa le premier dispensaire français à vocation médico-sociale. Arrivé à l'Institut Pasteur de Lille en 1895 à l'âge de trente-deux ans, il trouve une situation sanitaire déplorable. Le dispensaire qu'il a conçu a une double préoccupation : promouvoir une prévention efficace de la tuberculose, répondre aux besoins matériels et aux préoccupations sociales d'une population particulièrement défavorisée.

Le BCG tire son origine d'une souche virulente de bacille tuberculeux (bacille de Kock ou BK) bovin, isolée en 1902 par Nocard de la mamelle d'une vache tuberculeuse. Calmette et Guérin constatèrent qu'après de nombreux (230) repiquages successifs (c'est-à-dire réensemencements) sur des milieux contenant de la bile de bœuf, cette souche avait perdu la plus grande partie de sa virulence, mais avait conservé son pouvoir antigénique, c'est-à-dire sa capacité de provoquer une immunité protectrice vis à vis du bacille tuberculeux. Toutes les souches de BCG utilisées dans le monde dérivent de cette souche initiale de Calmette et Guérin. Ils avaient nommé leur vaccin provisoirement BCG (Bilié de Calmette et Guérin) sans se douter que ces initiales deviendraient avec celles du BK de Kock célèbres dans l'histoire médicale.

Ces deux éminents professeurs sont très proches de Bligny. Albert Calmette fait partie du comité médical dès 1911. Il vient souvent à Bligny où il participe aux activités du laboratoire. Il sera toujours un conseiller précieux de Bligny. A l'entrée du pavillon Despeaux, une plaque de marbre associe son souvenir et celui de son ami le docteur Louis Guinard.

Camille Guérin sera pendant de nombreuses années président du comité médical ; il l'était encore au moment du cinquantenaire en 1953.

En 1924, le vaccin est mis à la disposition du corps médical. Malgré des campagnes d'information, le BCG ne s'étendra que

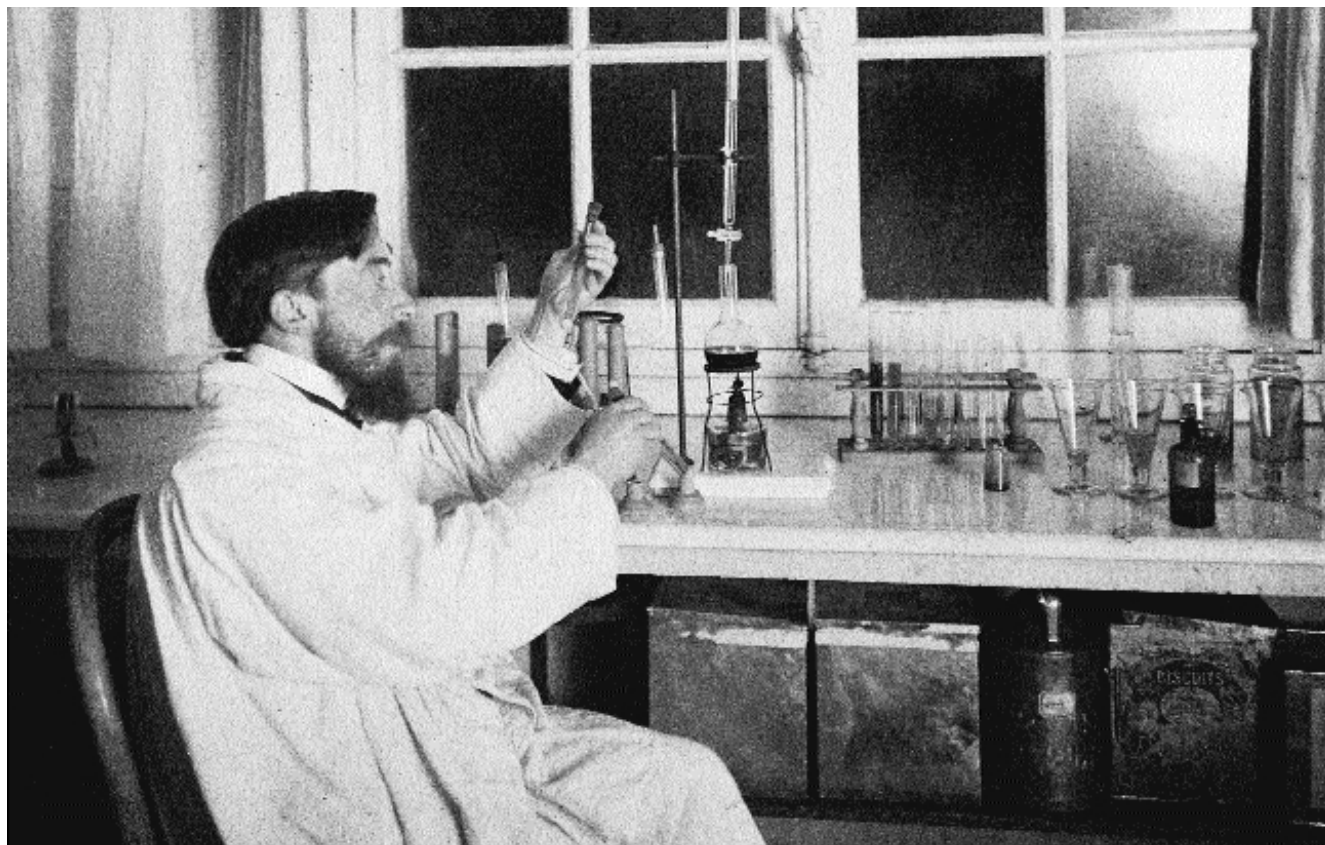
lentement en France où la vaccination ne deviendra obligatoire qu'en 1950. Il s'agissait d'un bacille vivant et une partie du corps médical craignait une éventuelle reprise de la virulence du bacille dans l'organisme.

En avril 1930 surviendra le drame de Lubeck en Allemagne : à la suite d'une vaccination infantile, soixante et onze enfants meurent, cinq sont gravement atteints et vingt-sept plus légèrement. Une violente polémique calomnieuse s'engage dans la presse allemande. L'enquête officielle et le procès qui suivra dégageront complètement la responsabilité du BCG. Il y avait eu contamination de la souche BCG par un bacille

tuberculeux virulent. Le professeur Calmette restera profondément affecté par ce drame qui assombrira les dernières années de sa vie.

1928

Le 8 août, inauguration du sanatorium de Fontenay B et d'un pavillon de vingt chambres individuelles, annexe au pavillon Despeaux-Rubod. Le sanatorium de Fontenay A et B étant désormais réservé aux femmes, le sanatorium du Petit Fontainebleau devient un pavillon d'hommes.



Au laboratoire.





Le théâtre.



Appareils de projection.

Le sanatorium de Bligny a alors une capacité de cinq cent quarante neuf lits et compte un effectif de cent vingt employés en plus des religieuses.

1934-1938

Le 19 septembre 1934, inauguration du théâtre, judicieusement situé à distance presque égale des trois pavillons et à proximité des services techniques. Urbain Guinard nous le décrit : *Il est pourvu d'une scène avec décors et loges d'artistes, de l'organisation indispensable pour les séances cinématographiques, les concerts et toutes réunions récréatives ou instructives. Le grand balcon de cent quatre vingt neuf places, avec entrée séparée, peut être réservé et permettre de réunir les pensionnaires des quatre sanatoriums. Le total des places est de six cent vingt cinq.*

En dehors des pièces de théâtre, il sert pour les fêtes patronales de la Saint Louis (trois jours par an), pour la Sainte Catherine, pour les « fêtes des chapeaux » en début d'été et pour quelques fêtes de la Saint Nicolas.

Arrêtons-nous quelques instants sur ce théâtre qui va distraire les malades jusqu'à la fin des années 60... où il sera supplanté par la télévision.

Le docteur Urbain Guinard, qui deviendra médecin-directeur de Bligny à la fin de l'année 1939, apprécie beaucoup les chansonniers de cabaret ; dans sa jeunesse, il avait rêvé de devenir l'un d'eux. A partir de 1942, à son initiative, la salle de théâtre se transformera régulièrement en « Cabaret de Longue Chaise ». Les cabarets conviés étaient les suivants : Caveau de la République, Coucou, Deux Anes, Trois Baudets dont le directeur était Jacques Canetti, frère du Professeur Georges Canetti de l'Institut Pasteur. Ces séances ont toujours provoqué la désapprobation des religieuses qui estimaient que ces spectacles étaient de nature à perturber les malades sans pour autant les distraire.

Parmi les chansonniers s'étant produits à Bligny, on peut citer avec certitude : Jean Amadou, Pierre-Jean Vaillard, Raymond Soupleix, Gabriello, les Filles à Papa, Mad Rainvyl, moins connue mais très fidèle avec sa filleule Fanny Braun en présentatrice, Jean Rieux, Jean Lech et Max Billy du Grenier de Montmartre et encore Lucien Cenarg, Jean Breton, Anne-Marie Carrière venus pour quelques mois de chaise longue.

D'autres artistes devenus prestigieux vinrent au théâtre de Bligny : Jean-Louis Barrault, Bourvil, Roger Nicolas, Noël-Noël, Maurice Bacquet, Jean Nohain, Louis de Funès, Jean Poiret, Michel Serrault, Hiriogoyen (doublure de Luis Mariano) et Pierre Dac.

A signaler également, des premières mondiales du cinéma ayant pour auteur Noël-Noël (2 films), Pierre Cardinal avec *Au cœur de la casbah* (1951).

La fosse d'orchestre sera modifiée après 1964 pour les besoins de la représentation de *La Belle Hélène* d'Offenbach.

En 1936, est créé à Bligny le premier centre de chirurgie dans lequel sont pratiquées uniquement des sections de brides jusque là effectuées à l'hôpital Laennec.

Le 26 mai 1937, s'ouvre, sous la radio, une garderie pour les enfants qui sera transférée en 1968 dans un bâtiment neuf plus vaste situé à l'extérieur du domaine, face à la loge.

DEUXIÈME GUERRE MONDIALE 1939-1945

Le 5 septembre, Bligny a la grande douleur de perdre son médecin fondateur, le docteur Louis Guinard (1864-1939). Il était déjà très malade le jour de la déclaration de guerre et son entourage lui avait caché cette terrible nouvelle. Son fils Urbain Guinard lui succède comme médecin-directeur (1939-1962).

En lisant le livre de Louis Guinard sur Bligny intitulé *Vingt cinq ans de pratique sanatoriale*, on est impressionné par sa hauteur de vue, ses talents d'écrivain, sa parfaite connaissance de tous les problèmes concernant le sanatorium. *De minimis curat Pretor* dit l'adage latin : Le Préteur se soucie des moindres détails. Son dévouement et son attachement à Bligny auront été sans limites. En matière de tuberculose, il avait eu une grande autorité dans le milieu médical.

Son souvenir est fixé dans le marbre sous forme d'un médaillon à l'entrée du pavillon Despeaux-Rubod. Il est associé à celui de Paul Mirabaud (1848-1903) qui fut un des principaux fondateurs de Bligny et dont le dynamisme n'avait d'égal que la très grande générosité. Les maquettes originales du maître médailliste Georges Prud'Homme (1873-1947), réalisées sur marbre par le sculpteur Elia Michel, seront inaugurées le 27 juillet 1947.

Le 13 juin 1940 marque l'exode de Bligny. L'évacuation générale est demandée ; seulement quelques sœurs restent sur

place. Grâce à une sœur alsacienne, l'occupation de Bligny par les Allemands est évitée. Celle-ci a su convaincre l'ennemi du danger de contamination et le 18 août, un chef de la Kommandantur fait apposer deux plaques aux entrées de Bligny interdisant aux troupes allemandes d'y pénétrer sans ordre écrit.

Les malades, médecins, infirmiers reviennent sur place.

En 1941, à l'issue de l'étude menée par Monsieur Eugène Mirabaud, vice-président du conseil d'administration, le conseil décide d'affilier le personnel à un régime de retraite. Un contrat fut passé avec la société d'assurances L'Union qui fonctionna jusqu'à la constitution de l'Union de Prévoyance des Salariés autorisée par arrêté ministériel le 2 mai 1951.

Durant cette terrible guerre, les malades n'eurent pas à souffrir des restrictions, grâce aux cultures, à la basse-cour et à la porcherie. Avec du bois carbonisé du domaine, le camion de ravitaillement au gazogène put continuer à circuler. Il faut citer le souvenir de Monsieur Grille, gestionnaire pendant la guerre, qui fit preuve d'un grand dévouement et permit à l'ensemble de la population de Bligny de vivre dans de bonnes conditions.

Les sœurs surent déjouer les recherches des autorités allemandes, à l'égard d'un médecin de Bligny alors en traitement, le docteur Salomon Plawner, d'origine israélite. Ce médecin, d'une qualité exceptionnelle et dont le souvenir reste très vivant, a gardé toute sa vie durant une très grande reconnaissance aux sœurs de la communauté. Son histoire a servi de point de départ au roman de Patrick Cauvin intitulé *Théâtre dans la nuit*, paru chez Albin Michel en 1997, dont l'intrigue se déroule dans le théâtre de Bligny, pendant la guerre.

En 1944 se produit un événement qui constitue la plus grande révolution thérapeutique de tous les temps : à New-Jersey, Selman A. Waksman met en évidence l'action antibiotique à large spectre de la streptomycine, extraite d'une moisissure. Cette découverte, fondée sur l'antagonisme microbien entre bacille tuberculeux et streptomyces griseus, lui vaudra le prix Nobel en 1952.



Dr Urbain Guinard.





Le dimanche 8 août 1943,
Bligny fête ses quarante ans,
et se souvient...



1903 : le docteur Louis Guinard avec monsieur Paul Mirabaud (galerie de cure de Despeaux),

et en famille

Le 14 juin 1944, un avion anglais est abattu au pied de la butte Sainte-Catherine. Le pilote, secouru par des voisins de Bligny (Monsieur Godeau), peut regagner l'Angleterre.

Dans la nuit du 13 au 14 août, les soldats allemands font leur réapparition à Bligny pour voler le camion de ravitaillement nécessaire à leur fuite ; et selon la chronique : *Les jours qui suivent, ils font sauter le camp de Frileuse (distant de 2 km) et le pont de Limours, ils minent les routes des environs, occupent et mettent en état de siège Briis et Fontenay. Ils évacuent les villages dans la nuit du 21 au 22 août.*

Le 22 août, les troupes du Général Patton défilent en force sur la route de Briis à Fontenay. La nouvelle se répand au sanatorium comme une traînée de poudre et pour une fois la discipline rigoureuse n'est respectée par personne. On assiste à une véritable ruée des malades et de tout le personnel pour

acclamer ces valeureux soldats venus libérer notre sol de France et dont beaucoup tomberont avant la fin des combats. Bien sûr, aucune sanction ne sera prise contre les pensionnaires qui ont bravé le règlement ! Tous ceux qui ont vécu cette journée en gardent un souvenir inoubliable.

La libération de la région s'effectue entre le 22 et le 24 août. Paris est libéré le 25 août.

LES ORDONNANCES DE 1945

Au terme d'une guerre de cinq ans qui a causé tant de souffrances physiques et morales à des millions d'hommes et de femmes, on redoute une recrudescence de la tuberculose. Les ordonnances de 1945 vont réorganiser la lutte contre la maladie.

Le dispensaire est placé au centre du dispositif. Il devient à la fois centre de dépistage, centre de placement en milieu spécialisé mais également centre de traitement (en particulier entretien du pneumothorax après la sortie du sanatorium) et cela dans un secteur donné. Les assistantes sociales du secteur ont la lourde charge de s'occuper des familles, de l'éducation sanitaire, des mesures préventives.

Dans le même temps, grâce à la mise en place de l'assurance sociale fondée sur la solidarité, les malades et leurs familles bénéficient d'une meilleure prise en charge. Apparaissent le régime « longue maladie » de la sécurité sociale (plus tard maladie de longue durée), l'article 64 qui deviendra l'article 115 pour les anciens combattants, l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) pour les indigents (plus tard aide sociale).

1947

La streptomycine est introduite en France. Son utilisation est d'emblée un triomphe.

1948

Le docteur Urbain Guinard pose la première pierre du premier des trois pavillons réservés au logement des membres du personnel avec famille nombreuse, à la cité Bino.

1949

Ouverture d'un nouveau service de chirurgie thoracique permettant de réaliser sur place des interventions allant de la thoracoplastie à l'exérèse.

Pendant de nombreuses années le Docteur André Baron assistera le chirurgien lors des interventions ; avec beaucoup de compétence, il assume la lourde responsabilité du suivi des malades en post-opératoire.

Parmi les chirurgiens il faut citer les Docteurs Daumet, Galey et Milhiet dont le souvenir reste présent à notre mémoire. Le service de chirurgie arrêtera son activité en 1969, après l'utilisation de la rifampicine.

1950

Le 5 janvier, la prévention par le BCG devient obligatoire... Il aura fallu attendre vingt six ans, depuis la présentation faite le 24 juin 1924 à l'Académie de Médecine par Calmette et Guérin de leurs premiers essais d'immunisation de jeunes enfants contre le bacille de Koch.

1952-1953

Le Rimifon

Hôpital silence de Bligny
Espace paisible différent de Grigny
J'y suis pour quelques jours
Dans un bâtiment de moyen séjour

Ici je soigne ma tuberculose
Toute mes activités sont closes
Je me sens au fond de la solitude
Je m'ennuie car je n'ai pas l'habitude

Parfois mes copains me téléphonent
Ils me laissent des mots qui sonnent
Des messages qui brûlent mon corps
Et mon âme se réchauffe encore

Ici je soigne mes poumons
Chaque matin c'est le Rimifon

Les médicaments assurent l'espoir
Les médecins méritent un pourboire.

Poème de B. Camara, Atelier d'écriture de L'Oasis

Apparition du rimifon, bactéricide présenté comme le médicament miracle attendu depuis des générations de tuberculeux. Le Docteur André Petit déclare : *le rimifon a mis, d'une manière plus ou moins bien fondée, un terme définitif à l'association classique dans l'esprit du public : tuberculose = angoisse*





de mort. C'est cela qui a fait tout basculer du jour au lendemain.
Il est permis d'espérer de nouvelles découvertes, une page est définitivement tournée.

d'une grande fête de famille qui permet de dresser un bilan très positif des réalisations effectuées en un demi-siècle.



Le débouché au cours de la fête du cinquantenaire.

Le 25 avril 1953, est célébré le cinquantenaire de la fondation du premier pavillon sanatorial de Bligny sous la présidence de Monsieur Edmond Fourret, le docteur Guérin étant toujours président du comité médical. Ce fut l'occasion



Devant Fontenay A : entrée au lunch des invités.

1962

Le docteur Urbain Guinard (1896-1986) prend sa retraite ; il est remplacé en juillet par le docteur André Pinelli, pneumologue de renom. Des transformations importantes sont entreprises, mais en décembre de cette même année, alors qu'il se rend à Versailles, le docteur Pinelli trouve la mort dans un accident de voiture.

1963

Le docteur Robert Parrot lui succède comme médecin-directeur et avec le soutien du Président Emmanuel Monick, ancien gouverneur de la Banque de France, une impulsion nouvelle est donnée à Bligny.



Dr Robert Parrot.

1964

La déclaration obligatoire de la tuberculose (maladie n° 27) est prescrite par le décret ministériel du 20 mai 1964.

1966

Par décret du 25 juin, le Ministère de l'Intérieur approuve le changement de dénomination de l'Œuvre qui devient : « Association des Sanatoriums de Paris ».

1967-1969

C'est à Bligny que sont effectués en 1967 les essais thérapeutiques sur la rifampicine (Laboratoire Lepetit de Turin). Il s'agit d'un antibacillaire majeur d'une efficacité exceptionnelle qui va bouleverser le traitement de la tuberculose. Le docteur Parrot comprend que l'ère des sanatoriums est désormais révolue et qu'il faut envisager une reconversion dans les meilleurs délais.

POURSUITE DES RECHERCHES ET PUBLICATIONS SUR LES TRAITEMENTS DE LA TUBERCULOSE : 1970-1980

Une enquête dite « 6-9-12 » fut menée sous l'égide du professeur Brouet de Laënnec. Après un bilan approfondi, des malades tuberculeux furent soumis à un traitement comportant de la rifampicine six mois, neuf mois, douze mois indépendamment de l'importance de la tuberculose, en fonction d'un tirage au sort. Cette enquête permit d'étudier l'activité bactéricide de la rifampicine, son action à long terme et sa tolérance en particulier sur le plan hépatique. Les résultats des traitements de neuf et douze mois étaient comparables. La tolérance de la rifampicine était excellente.

Bligny devient un centre de référence, avec mise en route du traitement et contrôle régulier des bilans. Les informations importantes concernant chaque malade étaient notées sur des fiches perforées remplies, dès l'arrivée, par les médecins et en permanence tenues à jour. Monsieur Paul Gillet, archiviste, les vérifiait au moment du départ. Ces fiches, véritables ancêtres de l'informatique, ont permis les publications médicales.

Sous l'autorité du docteur Parrot, on recense quatre-vingt-sept publications et vingt-trois thèses réalisées à Bligny. Il associa à certaines publications, des personnes qui y avaient collaboré comme les techniciens du laboratoire. Ces personnes apprécièrent certainement ce geste, inhabituel dans les publications médicales, et qui les valorisait.

Bligny apportera une contribution précieuse dans la connaissance de la tuberculose et de son traitement. Certaines de ces publications constituèrent des œuvres princeps, qui font toujours autorité en la matière et qui sont régulièrement citées en référence. Il n'est pas possible de détailler tous les travaux, on citera simplement :

- l'étude de la sensibilité et de la spécificité de la microscopie en fluorescence, dans la recherche des bacilles acido-alcoolo résistants.
- les études portant sur l'activité bactéricide et la tolérance de la rifampicine.
- l'étude des bacilles tuberculeux non viables. Elle fut l'objet de la thèse du docteur Gilles Marchal, actuellement chef de service à l'Institut Pasteur. Il est classique chez le malade porteur d'une forme étendue de tuberculose, soumis à une antibiothérapie très active, de constater la présence dans leur expectoration de bacilles visibles et non cultivables. Faut-il envisager un changement de traitement, une ré-hospitalisation voire une exérèse ? L'étude porte sur quatre mille quatre cent huit malades. Il est démontré par un travail bibliographique, statistique et biologique que la présence des tels bacilles ne doit pas modifier l'attitude thérapeutique à l'égard du malade.
- étude des pièces opératoires après un traitement antituberculeux correct : il était habituel, à une époque, de compléter un traitement médical par une exérèse (ablation chirurgicale), lorsque le foyer était localisé. L'étude des pièces opératoires a montré que l'exérèse pouvait être évitée car les lésions étaient stériles.

Le docteur Robert Parrot s'est intéressé également aux mycobactéries non tuberculeuses dites « atypiques » et en particulier au *Mycobacterium xenopi*, germe « opportuniste » c'est-à-dire qui peut, suivant les circonstances, être pathogène ou non. Non pathogène chez le sujet normal, il peut devenir pathogène en cas





d'immunodéficience locale (ex. : séquelles de tuberculose) ou d'immunodéficience générale (exemple : chez un sidéen).

Bligny bénéficiera largement de l'intérêt et de l'appui d'éminents médecins et professeurs parmi lesquels il faut citer :

- **Le docteur Jacques Augier.** Ancien de Bligny, médecin à l'Institut Pasteur de Paris, il venait régulièrement à Bligny et a fait bénéficier notre laboratoire de sa compétence. Une table conviviale et animée rassemblait les médecins autour du docteur Augier qui faisait part des dernières découvertes scientifiques et des recherches en cours à l'Institut Pasteur.
- **Le professeur Georges Canetti (1911-1971).** Ami du docteur Parrot, savant de renommée internationale, il associait des compétences de bactériologiste et d'anatomopathologiste. Il fit toute sa carrière à l'Institut Pasteur de Paris. Lors des séances de la Société de Pathologie Respiratoire, ses interventions étaient écoutées dans un silence religieux. Il était secrétaire général de l'Union Internationale contre la Tuberculose, fonction qu'il assumait jusqu'à sa mort en 1971.
- **Le professeur Étienne Bernard (1893-1980).** C'était un grand humaniste d'une parfaite courtoisie avec tous. Fils de Tristan Bernard, doté d'une immense culture, il s'exprimait toujours dans un français académique et raffiné. Titulaire de la chaire de Pneumo-Phtisiologie à l'hôpital Laënnec, il consacra toute sa carrière à la lutte contre la tuberculose et fut lui aussi secrétaire général de l'Union Internationale contre la Tuberculose. Il fut membre du comité médical de Bligny. Pendant de nombreuses années, le professeur Maurice Bariety et lui furent les deux chefs de file de la pneumologie parisienne.
- **Le professeur Maurice Bariety (1897-1971).** Auteur de nombreux travaux sur la pathologie pulmonaire tuberculeuse et non tuberculeuse, fut un président très actif du comité médical.
- **Le professeur Georges Brouet.** Souvent sollicité, il fut toujours un conseiller précieux et écouté. Il fut président du comité médical de 1971 à 1979.
- Entrés au comité médical en 1977, le professeur Jacques Chrétien, pneumo-phtisiologue à Laënnec, et le professeur René Pariente (président du comité de 1982 à 1989 et toujours membre du conseil d'administration en 2003), pneumologue à Beaujon, manifestèrent un grand intérêt

pour Bligny. Plusieurs élèves du professeur Pariente sont entrés à Bligny et ont joué un rôle important dans la reconversion comme on va le voir au chapitre suivant.

Le professeur Chrétien, ancien titulaire de la chaire de clinique des maladies respiratoires à Laënnec, est l'auteur de nombreux travaux et ouvrages scientifiques sur la tuberculose et les maladies respiratoires. Il a été président du Comité National Français contre la Tuberculose et de l'Union Internationale contre la Tuberculose qui regroupe cent vingt pays. Il a consacré sa vie à lutter contre la tuberculose. Il a travaillé avec les équipes françaises qui ont mis au point les nouveaux traitements et a contribué à en fixer les modalités.

ÉVOLUTION DU SANATORIUM : 1980-2002

En 1980, trois médecins, les Docteurs André Baron (1914-1999), Charles Laparre (1911-1991) et Salomon Plawner (1911-1985) qui, pendant des années, ont été les piliers du sanatorium, partent à la retraite. Les deux premiers avaient fait une reconversion en cancérologie.

Le sanatorium est limité au pavillon du Petit Fontainebleau qui compte cent lits. Dès 1982, le service accueille les premiers sidéens atteints de tuberculose. Il s'agit de malades généralement jeunes, homosexuels ou drogués, parfois transfusés et bien souvent rejetés par leur famille. Il n'y a alors aucun traitement antiviral du sida et la prophylaxie des complications n'est pas encore connue. Ces malades font penser aux jeunes tuberculeux gravement atteints du début du xx^e siècle ; comme eux, ils se savent perdus et par suite du risque de contagion, ils sont souvent éloignés de leur famille. « L'homme n'est jamais aussi conscient que lorsqu'il est confronté à la mort » a dit un penseur.

Le 10 octobre 1984, est inauguré le Petit Fontainebleau entièrement rénové. Cette heureuse transformation change profondément les conditions de vie des malades et du personnel, le sanatorium connaît un nouvel essor. Il reçoit désormais des malades des deux sexes et d'âges très différents. Il s'agit souvent de marginaux, souvent éthyliques, parfois drogués. Beaucoup de nationalités sont représentées. Malgré

cette disparité, l'ambiance est toujours bonne et les incidents limités à quelques épisodes alcooliques inévitables. L'explication de cet état de fait réside dans ces rapports privilégiés avec les malades que les soignants de Bligny ont maintenus de génération en génération, faits d'estime, de confiance, d'écoute et de grande sympathie.

Les soignants doivent faire face à des drames humains très durs, sans l'apport de psychologues et de psychiatres spécialisés. Contrairement à la tuberculose, le sida est d'emblée une maladie très médiatisée et les informations données par la presse et la télévision ne sont pas de nature à calmer leurs angoisses. Heureusement, les connaissances concernant cette pathologie ont progressé et les traitements ont fait leur apparition.

Le sanatorium reçoit de plus en plus fréquemment des tuberculoses à bacille résistant aux antibiotiques, formes redoutables pour tous, les malades eux-mêmes, leurs familles, les soignants et les autres malades, nécessitant les plus grandes précautions pour éviter tout risque de contamination. La prise en charge de ce type de patient est devenue une spécialité du service qui obtient des résultats favorables au prix d'une surveillance étroite et prolongée. Il traite aussi des tuberculoses osseuses, plus particulièrement vertébrales (mal de Pott), qui surviennent exclusivement chez des africains migrants. Le docteur Baba-Aïssa, rhumatologue qui fut interne dans le service, a fait, en 1995, une étude très documentée intitulée *La tuberculose vertébrale : à propos de 41 observations* qui lui a valu les encouragements de nombreux médecins hospitaliers.



Le Petit Fontainebleau après la rénovation de 1984.



LA RECONVERSION DE BIGNY À PARTIR DE 1969

Dès les premiers résultats des traitements à la rifampicine entrepris à Bligny à partir de novembre 1967, il apparaît évident au docteur Parrot que l'ère des sanatoriums est désormais révolue et qu'il faut envisager une reconversion du sanatorium, dans les meilleurs délais. Monsieur Gérard Ansieau, devenu président de l'association en 1967 qui connaît admirablement Bligny depuis 1945, date de son entrée au conseil, partage cette opinion. Il va jouer un rôle capital dans les différentes étapes de cette évolution. Il sait convaincre le conseil d'administration ; il ne cesse d'encourager les médecins et de faciliter leur tâche ; il s'implique personnellement et avec opiniâtreté pour obtenir des autorités de tutelle la reconnaissance des hautes compétences du corps médical de Bligny et de sa capacité d'ouverture sur d'autres spécialités.

Cette reconversion nécessitera un immense effort de la part de tous : les deux sous-directeurs administratifs successifs, messieurs Paul Knecht et Alfred Brunet, les soignants, le laboratoire, la pharmacie, les secrétariats, les services administratifs et techniques. Le comité d'entreprise, informé très régulièrement, s'est toujours beaucoup intéressé à tous ces problèmes de reconversion.

En 1969, Bligny reçoit les premiers malades non-tuberculeux de la Fondation Curie. Ses correspondants sont notamment les Docteurs Ennuyer, Jammet et Gongora avec lesquels Bligny va publier certains travaux sur l'épuration pulmonaire. On note les études sur les scintigraphies de fixation dans le diagnostic des tumeurs malignes du poumon menées en collaboration avec le Docteur Raynaud du Centre Atomique d'Orsay.

Cette année-là, s'engagent aussi des échanges fructueux entre Bligny et l'Institut Gustave Roussy de Villejuif dont le professeur Mathé est directeur, pour les chimiothérapies cancéreuses.

Le 1er juin 1970, le Sanatorium de Bligny devient le Centre Médico-Chirurgical de Bligny comprenant un sanatorium de 404 lits et une maison de santé médicale spécialisée de 104 lits répartis en 60 lits de cancérologie et 44 lits de pneumologie et cardiologie.

À compter du 1er janvier 1973, la capacité de la maison de santé est étendue à 208 lits : 42 lits de cardiologie (dont 10 lits de soins intensifs et 2 lits pouvant être équipés pour la réanimation), 38 lits de pneumologie, 76 lits de cancérologie, 52 lits de médecine générale.

En janvier 1974, il reste 256 lits de sanatorium, 143 au pavillon Despeaux, 113 au Petit-Fontainebleau.

À cette étape de son évolution, Bligny s'interroge. Dans un document largement diffusé en septembre 1974 et intitulé Bligny aujourd'hui, ses perspectives d'avenir, dont l'avant-propos est rédigé par le président Ansieau, le docteur Parrot évoque le bilan des dix années écoulées (1964-1973) et les perspectives d'avenir de Bligny. La conclusion de cette étude vaut largement d'être citée ci-dessous.

Bligny a connu depuis plusieurs années... une profonde mutation qui n'est pas encore menée à son terme. Malgré ces changements, Bligny, dans son ensemble, maison de santé médicale et sanatorium, a gardé ses caractères spécifiques qui font de cet établissement privé à but non lucratif un hôpital qui assure un service public dans des conditions très spéciales : prix de journée tout compris, médecins plein temps et

*prise en charge par l'établissement de tous les services dus aux malades. La seule différence entre Bligny et les services publics est le mode de gestion et on peut rapporter ici quelques lignes du livre du professeur Jean Bernard intitulé *Grandeurs et servitudes de la Médecine* :*

« Le débat n'est pas entre le public et le privé, il est entre le désintéressement et le lucratif. On connaît de très remarquables hôpitaux privés à but non lucratif, les uns laïques, les autres religieux, dont le développement est souhaitable. Ce développement peut créer une émulation pour permettre d'utiles confrontations entre diverses méthodes d'administration publique et non publique. »

La meilleure preuve que nous pouvons donner de notre vocation de service public est que nous avons pris en charge des malades lourds : cancéreux, bronchitiques chroniques, insuffisants respiratoires et cardiaques graves.

La difficulté de notre système hospitalier est que nous sommes littéralement condamnés au succès, puisque les seules ressources proviennent du remboursement des prix de journée. Le paradoxe veut que, plus l'activité est grande sur le plan médical et plus nous tendons ainsi vers la gestion économique en diminuant les durées de séjour ou en proposant des traitements semi-ambulatoires, plus nos difficultés de trésorerie deviennent grandes. Cette situation est d'autant plus grave que nous n'avons bénéficié d'aucune aide de l'État pour transformer une partie du sanatorium en maison de santé médicale.

Bligny a une situation géographique très particulière, qui confère à cet hôpital une double vocation : être un correspondant des services hospitaliers parisiens avec l'enrichissement que représentent les contacts permanents avec les maîtres de l'école parisienne et nous intégrer sur le plan local dans la carte sanitaire de notre région. Nous espérons, par l'intermédiaire de la loi portant sur la réforme hospitalière, nous insérer, d'une façon ou d'une autre, dans le cadre des hôpitaux de notre région, afin de pouvoir, dans les spécialités qui sont les nôtres : cardiologie, pneumologie et cancérologie, être reconnus comme un centre de traitement pour malades aigus.

En 1975, la répartition des lits de la maison de santé évolue encore : 57 lits de cardiologie, 6 lits de soins intensifs pour coronariens, 109 lits de cancérologie médicale et 36 lits de

pneumologie. La même année, est autorisée l'ouverture des consultations externes.

Enfin, le **11 mars 1976**, le Ministre de la Santé autorise l'extension à 333 lits de la maison de santé médicale, par reconversion des 143 lits de sanatorium de Despeaux.

En novembre de la même année, l'établissement est autorisé à participer au service public hospitalier.

D'importantes rénovations sont menées dans les bâtiments : à Despeaux (1979) puis au Petit-Fontainebleau où la capacité du sanatorium est ramenée de 113 à 100 lits (1982-1985).

Cette reconversion a été bénéfique pour le sanatorium, d'une part en permettant un abord pluridisciplinaire des malades, d'autre part en offrant une sécurité supplémentaire avec l'ouverture de la réanimation cardio-respiratoire. De jeunes médecins spécialistes, le plus souvent titrés, vont entrer à Bligny où pour la plupart, ils exercent toujours leur art en 2003 : en cardiologie les docteurs Siou (1974, en retraite depuis 2001) puis Canh (1976, chef du service de réanimation cardio respiratoire, en retraite depuis 2002), Kiger (entré en 1976, chef du département de cardiologie jusqu'à son décès intervenu en mai 1998, il en était considéré comme « l'âme », sa disparition suscita une vive émotion) et Dove (1980) ; en médecine interne cancérologie, les docteurs Gautier (1976) puis Perron (1982) et Ferme (1983, désormais à l'IGR) ; en pneumologie, les docteurs Le Tinier (1975) et Viau (1984).

Le Docteur Parrot part à la retraite en 1985, il a dirigé Bligny pendant vingt deux ans. Il a accompli une œuvre considérable notamment en transformant la plus grande partie du sanatorium en un établissement pluridisciplinaire de grande qualité animé par des médecins spécialistes de haut niveau en cardiologie, médecine interne (oncologie, hématologie), pneumologie, réanimation, moyen séjour de médecine.

Lui succède, le Docteur Alain Dequirot qui va faire franchir à l'établissement de nouvelles étapes décisives, dont on citera ici les plus marquantes.



Dr Alain Dequirot





- A partir de 1985, l'établissement est financé sous dotation globale.
- Un premier plan quinquennal d'établissement est lancé la même année ; d'autres suivront en 1991 et en 1996. Tous seront réalisés.
- Une unité de moyen séjour de 29 lits est ouverte au Petit Fontainebleau en 1987, par réduction à 71 du nombre de lits de sanatorium.
- Un nouveau laboratoire, construit *de novo* selon une architecture résolument moderne doté des équipements informatiques les plus récents, s'ouvre en 1990.
- Les consultations externes et les explorations fonctionnelles cardiologiques, de plus en plus fréquentées, sont modernisées et agrandies ainsi que la réanimation.
- A partir de 1993, un hôpital de jour se met progressivement en place (de 4 à 12 places).
- La cardiologie diversifie ses activités en se dotant d'un centre de réadaptation cardiaque de 20 lits et 10 places qui entre en fonction en janvier 1998.
- Un service central de stérilisation est créé. Le centre d'explorations fonctionnelles de pneumologie est installé dans de nouveaux locaux.

En juin 1996 le docteur Dequirot lance le comité de pilotage de la démarche qualité qui conduira l'établissement à la visite en juin 2000 des inspecteurs-visiteurs de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) L'accréditation sera accordée en 2002 après différents ajustements demandés par l'Agence. Bligny aura été un des premiers établissements à s'engager dans cette tâche considérable d'analyse et d'évaluation qui aura mobilisé toutes ses équipes.

En matière d'allocation budgétaire, la mise en place du PMSI pour l'évaluation de l'activité de court séjour des établissements hospitaliers va bouleverser les comportements et obliger à des restructurations radicales. À Bligny, cela conduira en 1998 à la transformation de 123 lits d'aigu en lits de soins de suite. Ainsi, entre 1976 et fin 1999, Bligny sera passé de 446 lits à 367 lits et 24 places, s'adaptant à l'évolution des besoins et s'ouvrant de plus en plus à une clientèle locale.

En 1999 commence la rénovation des différents bâtiments hospitaliers : Fontenay A (pneumologie) est achevé début 2001, Fontenay B (cardiologie, médecine interne oncologie, hôpital de jour et soins palliatifs) fin 2002.

Les années quatre-vingt-dix ont été marquées par des évolutions importantes auxquelles est étroitement associé le Professeur Claude Laroche, président du comité médical de 1989 à 2002, qui contribua par son implication personnelle auprès du corps médical de Bligny à la réalisation des dossiers complexes évoqués plus haut : réadaptation cardiaque, démarche qualité et accréditation, enfin aboutissement d'une longue réflexion de la commission médicale d'établissement sur les projets médicaux des différents départements. Il sut animer avec chaleur les réunions qu'il présidait et les faire déboucher sur des solutions consensuelles.

Au printemps 2002, le Docteur Dequirot a quitté Bligny. La direction a été confiée au Docteur Mark Pulik qui a poursuivi la rénovation du Centre Médical. En 2003 un nouveau bâtiment a été construit qui abrite les cuisines et le restaurant. En 2004 sur leur ancien emplacement, au centre du bâtiment Fontenay, les éléments du plateau technique ont été regroupés et incluent depuis 2005 un scanner 64 barrettes. Les rénovations se sont poursuivies entre 2005 et 2007 pour les bâtiments Despeaux et Petit Fontainebleau.

Dans le même temps, le Docteur Pulik a réalisé avec toutes ses équipes un projet d'établissement qui a permis de centrer les activités autour des pôles suivants :

- pôle cardio-vasculaire et diabétologie
- pôle pneumologique
- pôle hématologie-cancérologie
- pôle médecine et maladies infectieuses

dans lequel a été intégré le sanatorium qui reste un service important au sein de l'établissement d'aujourd'hui, et qui est, avec ses 62 lits, le seul sanatorium de la région parisienne. Enfin en 2006, le Centre Médical de Bligny a obtenu l'accréditation V2 de la Haute Autorité de Santé.



Dr Marc Pulik.

LA TUBERCULOSE AUJOURD'HUI

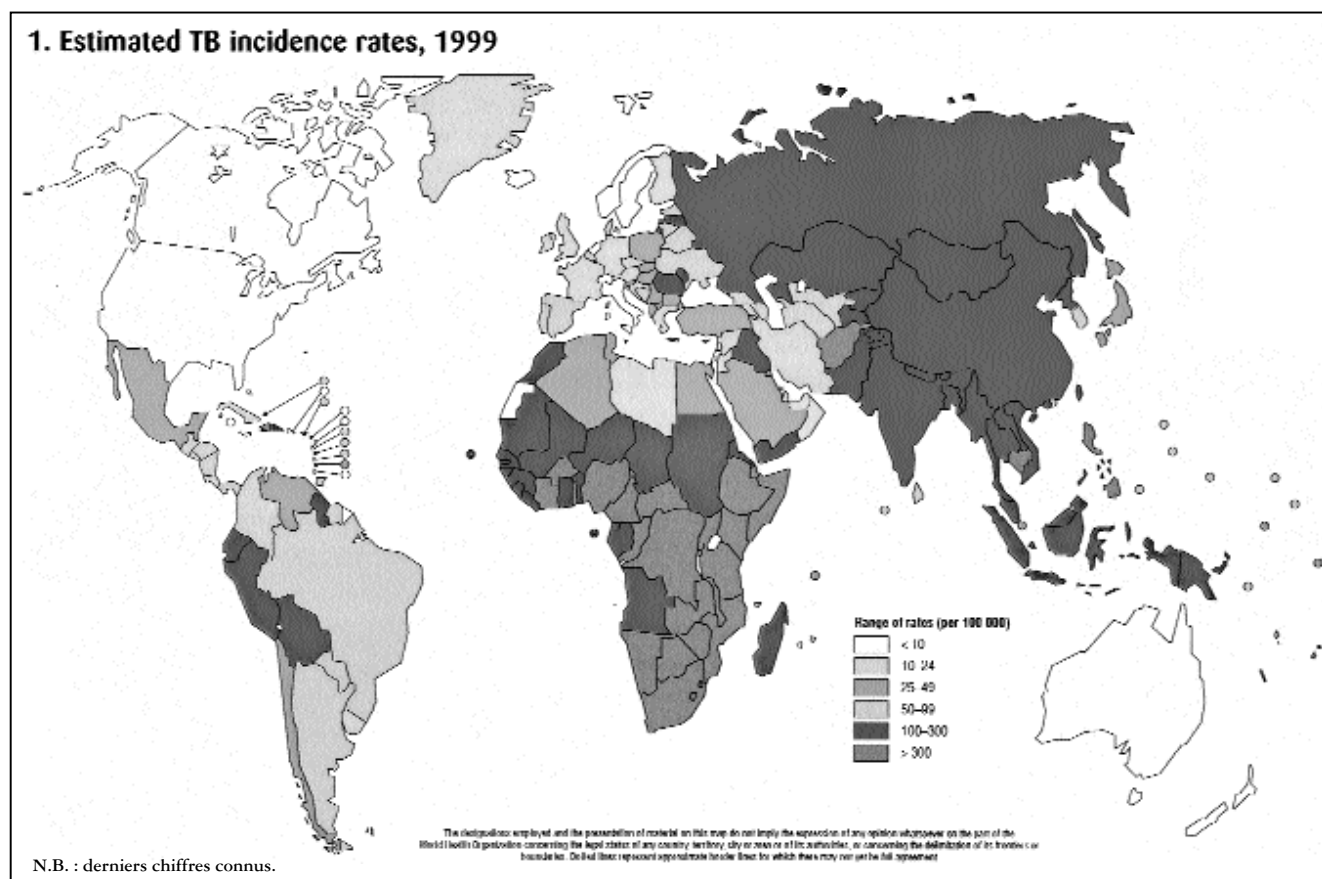
LA TUBERCULOSE : URGENCE SANITAIRE MONDIALE

1) Épidémiologie

Responsable de 1,7 millions de morts en 2000 dans le monde, la tuberculose touche 1/3 de la population mondiale (infection

latente). Si toute personne infectée ne développe pas une tuberculose « maladie », on compte néanmoins 8 millions de nouveaux malades par an.

Les pays en voie de développement regroupent plus de 75% de la population mondiale et concentrent 95% des cas et 98% des décès secondaires à la tuberculose. L'Asie du sud-est a le plus





gros contingent de patients. En Europe de l'est, après 40 ans de déclin, la tuberculose se remet à « flamber » en raison de la dégradation des conditions sanitaires (nombre de cas déclarés en augmentation de 50% entre 1995 et 1999).

Nous sommes obligatoirement solidaires de la lutte antituberculeuse dans le monde : les échanges multiples par le tourisme, les migrations volontaires ou involontaires des populations font que le « Tiers Monde » est en fait étroitement lié à la vie de tous les jours du reste de l'humanité.

On estime que dans l'ensemble des pays disposant « d'économie de marché solide » l'impact de la tuberculose diminue de 2 à

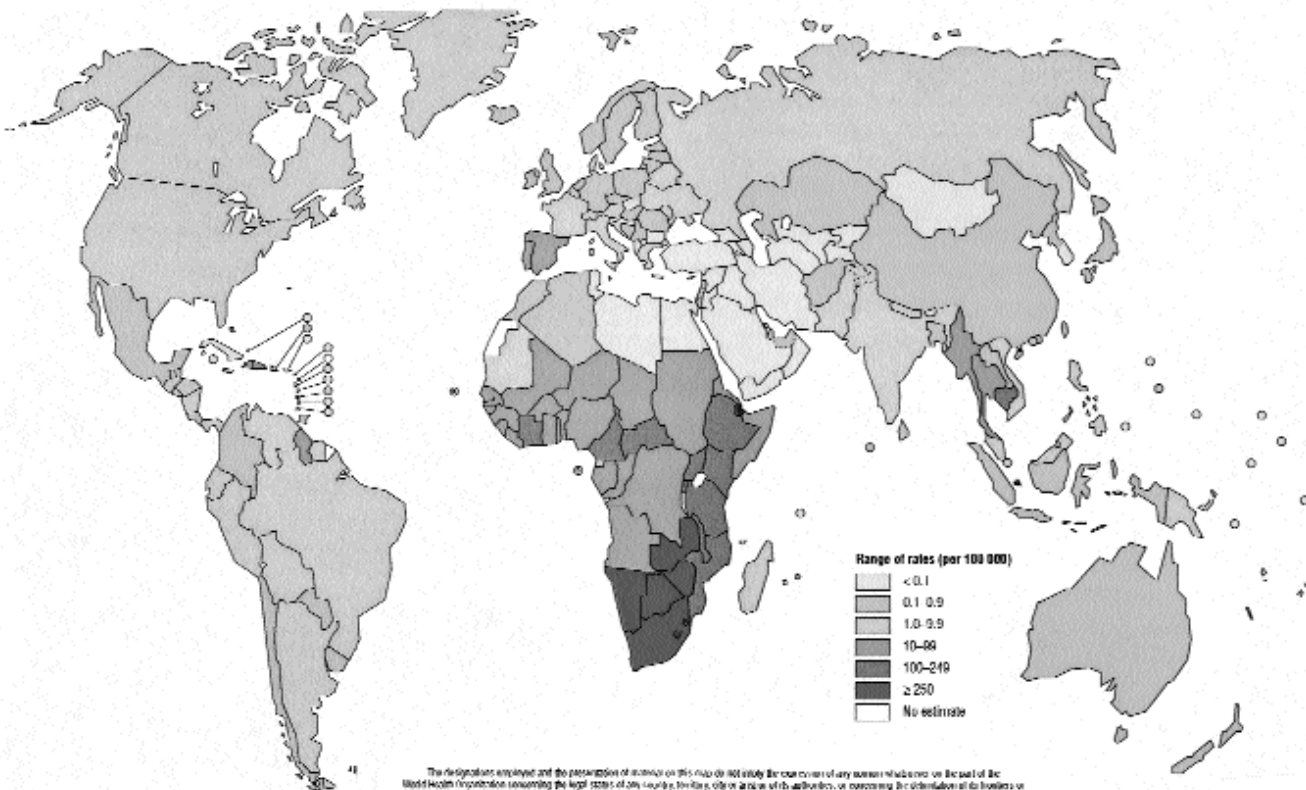
3% par an. Mais ces chiffres cachent des disparités importantes selon les populations concernées :

- en Europe de l'ouest (Espagne et Portugal exclus) l'incidence, c'est-à-dire le nombre de cas survenant dans l'année pour une population donnée, est inférieure à 15/100 000.

- entre 1995 et 1999 l'incidence a diminué de 7% chez les nationaux mais seulement de 1,5% chez les étrangers.

Chez les nationaux, les cas surviennent plutôt chez les sujets âgés, en rapport avec la réactivation de tuberculoses anciennes. Dans la population étrangère, une incidence élevée de la maladie persiste chez les jeunes adultes,

2. Estimated incidence rates of HIV-positive TB, 1999



N.B. : derniers chiffres connus.

témoignant de contaminations récentes qui pourraient être évitées par une politique de dépistage et de traitement plus efficace.

2) Facteurs contribuant à l'augmentation de l'incidence de la tuberculose

Sachant que chaque personne porteuse d'une tuberculose active infecte 10 à 15 personnes par an, on comprend la nécessité absolue de mettre en place une politique mondiale efficace de lutte contre la tuberculose.

L'apparition du sida, qui marque le début des années 1980, a favorisé la croissance exponentielle des cas de tuberculose, en particulier en Afrique sub-saharienne et en Asie.

Sida et tuberculose se conjuguent en un duo diabolique, chacun augmentant la gravité et la vitesse d'évolution de l'autre. La tuberculose est la principale cause de mortalité chez les sujets séropositifs (VIH) et fait plus de victimes parmi les femmes que toutes les causes de mortalité féminine réunies.

Les programmes de lutte antituberculeuse mal gérés entraînent la persistance au sein de la population de personnes contagieuses et contribuent à l'émergence de cas incurables.

La mobilité des personnes permet la propagation de la maladie vers des zones traditionnellement à faible prévalence.

Dans beaucoup de pays industrialisés, plus de 50% des cas surviennent chez des patients nés à l'étranger. Parmi les réfugiés, probablement 50% sont porteurs de tuberculose. Leur traitement est difficile car ces populations manquent d'accès aux soins et sont très mobiles.

Les conditions de vie précaires favorisent l'émergence de nouveaux cas. La prévalence de la maladie, c'est à dire le nombre de cas dans une population donnée, dépassait 30% en 1995 chez les sans domicile fixe – SDF – de San-Francisco.

On note également une forte prévalence en milieu carcéral. Si les traitements sont commencés en prison, leur suivi après la sortie pose de réels problèmes.

3) Le risque de la tuberculose multirésistante

La tuberculose multirésistante est une création de l'homme : lorsque les protocoles thérapeutiques sont mal conçus, mal surveillés ou mal suivis, les bacilles peuvent devenir résistants et

la tuberculose incurable, car les antibiotiques n'ont plus d'efficacité.

On appelle multirésistant un bacille qui échappe à l'action des deux antibiotiques majeurs que sont la Rifampicine et l'Isoniazide. On est obligé de recourir à des médicaments de deuxième ligne qui sont beaucoup moins bien tolérés et entraînent parfois des effets secondaires graves (intolérance digestive, hépatite médicamenteuse, délire aigu). Il est parfois difficile de se les procurer car ce sont d'anciens traitements peu utilisés.

Le traitement de la maladie est beaucoup plus long (environ 2 ans), à peu près 100 fois plus cher et le résultat est incertain (70% seulement d'efficacité). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage l'implication spécifique d'équipes cliniques et microbiologiques ayant l'expérience de cette pathologie. Lorsque les bacilles résistent à tous les antibiotiques connus, le patient devient incurable et risque de propager autour de lui une maladie d'emblée mortelle.

De nombreuses études sont nécessaires pour développer de nouvelles molécules. Or les crédits alloués à la recherche sur la tuberculose sont faibles par manque d'implication des gouvernements. Pour les firmes pharmaceutiques, l'investissement dans cette pathologie n'est pas rentable car les populations concernées sont en grande majorité insolvables.

L'incidence de la tuberculose multirésistante augmente dans les pays qui n'offrent pas un accès aux soins complet. Ainsi en Europe de l'est 8 à 15% des nouveaux cas sont multirésistants.

4) Stratégie de l'OMS pour faire régresser l'épidémie

En 1993, l'OMS a déclaré la tuberculose « urgence mondiale ». L'efficacité de la vaccination par le BCG est limitée. Le vaccin protège les enfants des formes graves de la maladie mais d'authentiques tuberculoses peuvent survenir chez des sujets dûment vaccinés.

La seule alternative pour combattre l'extension de la maladie est de s'assurer que chaque malade sera dépisté, recevra un traitement adéquat et le suivra jusqu'à son terme.

Un traitement antituberculeux mal surveillé et incomplet est pire que l'absence de traitement :

- il entraîne plus de morbidité et de mortalité,





- il augmente la période de contagiosité,
- il favorise l'émergence de BK résistants,
- il rend le coût final du traitement plus élevé.

Les programmes de lutte antituberculeuse doivent comporter un contrôle de qualité de l'administration du traitement et une évaluation de l'efficacité de celui-ci.

L'OMS a élaboré une stratégie permettant d'atteindre cet objectif de soins, y compris dans les pays en voie de développement. Elle est connue sous le nom de DOTS (Directly Observed Therapy Short term) et comporte 5 points principaux :

- 1) le pays concerné montre un réel engagement politique dans la lutte antituberculeuse,
- 2) le dépistage des cas est fait par examen microscopique des expectorations,
- 3) l'approvisionnement en médicaments est assuré de manière certaine,
- 4) il existe un système d'enregistrement standardisé des cas permettant de suivre les progrès des patients et de connaître le résultat final du traitement,
- 5) la prise de médicaments se fait sous surveillance directe d'un tiers, d'où le nom de DOTS.

Le schéma thérapeutique utilisé est un schéma « court » de 6 mois (par rapport aux schémas plus anciens de 12 à 18 mois). Des dizaines de programmes ont été élaborés à travers le monde. Ils ont ciblé des échantillons de population restreints voire parfois des groupes plus étendus de la population. Certains associent des méthodes incitatives comme la distribution de nourriture ou l'aide financière, d'autres utilisent des méthodes coercitives (incarcération des patients récalcitrants aux U.S.A.).

Les pays qui ont pu mettre en œuvre ces stratégies ont vu l'incidence de la tuberculose décroître et la proportion de patients traités de manière complète augmenter.

En 1999, l'objectif, qui était de dépister 70% des nouveaux cas de tuberculose à expectorations positives (ceux qui sont contagieux) et de traiter 85% d'entre eux, n'a été atteint que par le Pérou et le Vietnam classés parmi les 23 pays « à haute charge tuberculeuse ».

Seuls 23% des patients traités dans le monde le sont en D.O.T.S. Pourtant, un traitement complet coûte, dans certains pays, 11 \$

et on estime que pour chaque dollar dépensé dans la prévention et le contrôle de la tuberculose l'économie est de 3 à 4 \$.

La Banque Mondiale considère la stratégie DOTS comme l'une des interventions sanitaires les plus rentables. Actuellement 174 pays représentent 94% de la population mondiale, or la stratégie de l'OMS n'est appliquée que dans 12% de ces pays.

LA TUBERCULOSE EN FRANCE

1) Épidémiologie

En France, pour l'année 2000, l'incidence nationale est de 11,2/100 000 ce qui représente 6 700 cas déclarés ; en Ile de France, elle est de 26/100 000 et à Paris de 46,3/100 000. La population SDF se concentre dans les grandes villes et tout particulièrement à Paris où l'on estime à 30 000 le nombre de personnes sans domicile.

La précarité apparaît comme un facteur de risque tout à fait évident dans la survenue des cas de tuberculose. Dans les foyers de SDF parisiens, l'incidence de la maladie est évaluée à 270/100 000.

Le terme de précarité inclut plusieurs éléments responsables de la persistance de la maladie :

- bas niveau socio-économique,
- logement dans des lieux insalubres et surpeuplés,
- provenance d'une partie de cette population de pays à forte incidence de tuberculose.

La particularité de ces populations est le nomadisme médical ainsi que la méconnaissance de la maladie et des possibilités d'accompagnement au soin. D'après une étude anglo-saxonne, cela entraîne un retard au diagnostic, une non-observance thérapeutique chez probablement au moins 50% des patients et la persistance de la contamination au sein de ces populations. En France, il n'y a pas d'étude nationale et les différents résultats épidémiologiques rendus ne tiennent pas compte de l'importance de ces arrêts thérapeutiques et du nombre de patients perdus de vue.

La tuberculose multirésistante représente 0,5 à 0,7% du nombre total de cas de tuberculoses bactériologiquement confirmées soit 26 à 58 cas par an entre 1992 et 1998.

Les chiffres ne paraissent pas catastrophiques, mais il faut remarquer qu'un quart des cas signalés est déjà connu depuis plusieurs années, ce qui laisse suggérer que beaucoup de ces patients ne sont pas traités efficacement et constituent des sources persistantes de contamination.

2) Organisation de la prise en charge en France



La prise des médicaments.

L'accès aux soins est garanti à toute personne résidant habituellement avec ou sans titre de séjour sur le sol français, dont l'état de santé nécessite des soins indispensables à sa survie dans la mesure où un traitement médical similaire n'est pas disponible ou possible dans son pays d'origine (Circulaire Chevènement 1997). La possession d'un titre de séjour ou d'une demande d'asile politique en cours donne accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Les personnes sans papier relèvent de l'aide médicale État.

La tuberculose fait partie des 30 Affections de Longue Durée (ALD) prises en charge à 100% et fait l'objet d'une déclaration obligatoire anonyme.

En cas d'atteinte limitée, le patient peut être suivi en externe, en général à la suite d'une courte hospitalisation en service de

court séjour. Parfois la contagiosité et l'extension de la maladie nécessitent une prise en charge plus longue et le patient est dirigé en service de soins de suite (sanatorium).

Le dépistage des sujets qui ont été en contact étroit avec un malade, s'avère indispensable pour éviter la propagation de la tuberculose. Il doit être organisé par le médecin traitant, le médecin du travail ou par l'intermédiaire des services départementaux de dépistage (CDDPM). Ces derniers peuvent fournir, de manière directe, les traitements antituberculeux pour les personnes sans ressources en attendant l'ouverture de leurs droits, afin de leur éviter l'avance des frais.

L'efficacité de la prise en charge de la tuberculose peut être mesurée par l'absence de développement de la tuberculose multirésistante.

3) Difficultés rencontrées sur le terrain

Malgré les progrès réalisés pour faciliter l'accès aux soins pour tous, nombreuses sont les personnes en conditions de vie précaires qui ne franchissent le seuil d'un hôpital que très (trop ?) tardivement. La maladie est alors très évoluée et le pronostic vital peut être en jeu.

À la sortie, il n'est pas rare que le patient, qui se sent mieux et n'a pas compris les enjeux d'une observance thérapeutique scrupuleuse, arrête tout médicament.

Le groupe de travail sur la tuberculose de la Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Solidarité (DASES) de Paris a tenté de repérer les facteurs déterminant l'interruption de traitement par un patient.

- **L'alcoolisme et la toxicomanie** en sont bien souvent les causes principales : en effet, peut-on se soucier de sa santé lorsque toute l'énergie est dépensée à compenser le manque de drogue ou d'alcool ?
- **La précarité** : comment penser à prendre un traitement chaque jour si l'on ne sait même pas ce que l'on va manger et où on va dormir ? Les ordonnances sont perdues, les traitements volés, les rendez-vous oubliés.
- **Les obstacles administratifs** : la gratuité des soins est garantie, mais encore faut-il avoir les papiers qui le prouvent. Les patients marginalisés arrivent à l'hôpital en ayant tout perdu. Le travail des assistantes sociales consiste à



permettre aux patients de recouvrer leurs droits mais le résultat n'est pas immédiat. De même une demande de prise en charge à 100%, au titre d'une affection de longue durée peut prendre plusieurs mois, entraînant des frais insupportables pour qui n'a pas de mutuelle et ne justifie que d'un petit salaire. De plus, le forfait journalier reste à la charge des patients dont les ressources dépassent le plafond de la CMU complémentaire (562 euros par mois pour une personne seule).

- **Enfin, dans beaucoup de cultures**, notamment africaine, on est guéri quand on va mieux et que l'on sort de l'hôpital. L'idée d'un traitement au long cours est incompréhensible.

Il est nécessaire d'apporter à ces personnes vivant en précarité une information médicale dans un langage adapté à leur culture et à leur capacité de compréhension, afin de leur faire prendre conscience de la réalité de cette maladie et de la nécessité d'un traitement régulier et suivi, garant d'une guérison individuelle et d'une sécurité collective.

Seule une prise en charge globale visant à appréhender tous les aspects médicaux, sociaux et culturels de la tuberculose permettra d'obtenir du patient une adhésion complète au traitement.

Reste le problème des patients psychiatriques (psychose ou démence) dont l'état ne relève pas d'une hospitalisation en milieu fermé dans un hôpital psychiatrique. Ces patients ne peuvent comprendre la nécessité de poursuivre le traitement et fuguent régulièrement. Il n'existe pas de loi les obligeant à se faire soigner, même s'ils sont contagieux.

L'ACTIVITÉ AU SEIN DU SANATORIUM DE BLIGNY AUJOURD'HUI

Le sanatorium de Bligny est placé sous la responsabilité du docteur Mathilde Jachym-Frechet depuis 1998 ; elle a succédé au docteur Michel BOSCUS qui en fut le chef de service pendant dix huit ans.



Le petit Fontainebleau aujourd'hui.

1) Relais des services « aigus »

Lorsque le retour à domicile est impossible à l'issue d'une hospitalisation conventionnelle, le patient est dirigé vers un service dit « de soins de suite ».

Le sanatorium peut assurer la prise en charge des tuberculoses graves ou disséminées pendant la période d'isolement qui peut être parfois relativement longue.

Le service reçoit de nombreux malades atteints de tuberculoses vertébrales qui nécessitent un repos strict au lit avec port de corset et qui demandent une attention toute particulière de la part du personnel soignant ainsi que des kinésithérapeutes.

Il a acquis un réel savoir-faire dans la prise en charge des tuberculoses multirésistantes dont le traitement n'est pas complètement codifié à l'heure actuelle. Bligny dispose d'un laboratoire performant, notamment en ce qui concerne le BK : identification des bacilles, examens en fluorescence, cultures et antibiogramme pour BK qui permettent de tester la sensibilité des bacilles aux différents antibiotiques. Il travaille en collaboration avec le laboratoire national de référence des mycobactéries de la Pitié-Salpêtrière qui tient un registre national des tuberculoses à bacille multirésistant.

Les patients co-infectés par le VIH sont de plus en plus nombreux compte tenu de la fréquence de l'association de ces deux pathologies.

La prise en charge nutritionnelle prend une importance non négligeable dans la convalescence des patients car la maladie entraîne parfois un état de cachexie, d'autant plus marqué que le patient aura mis du temps à consulter.

2) Prise en charge sociale

Toute personne, présente sur le territoire français, porteuse de tuberculose a accès aux soins et ce, quelle que soit sa situation sociale.

L'objectif du service social réside dans la mise en œuvre, au cas par cas, de toute action nécessaire afin d'assurer la bonne observance du traitement de la maladie.

L'accompagnement du patient se décline en quatre axes principaux.

- **La sauvegarde de l'accès aux soins** : un suivi systématique est assuré pour permettre au patient de bénéficier de

l'ensemble des soins auxquels il peut prétendre en secteur hospitalier ou en dispensaire.

- **Le maintien ou l'accès aux ressources** : le service social évalue chaque situation afin d'informer et orienter la personne hospitalisée dans ses entreprises. Il veille au respect des droits de chacun au vu de son parcours et de ses acquis. Pour les plus démunis, des demandes d'aides financières ponctuelles sont entreprises soit auprès du CNMR (Centre National de lutte contre les Maladies Respiratoires) soit auprès du conseil d'administration de Bligny.

- **L'assistance pour l'obtention d'un titre de séjour** : les démarches entamées par le patient pour régulariser sa situation font, le cas échéant, l'objet d'une supervision respectant les volontés de chacun. Le service social agit en tant qu'intermédiaire auprès des autorités compétentes et assure le lien administratif. Ces patients peuvent prétendre à une l'autorisation provisoire de séjour pour soins qui leur assure une protection pendant la durée de leur traitement.

- **La préparation de la sortie** : le maintien du logement existant est une priorité. Toutes liaisons et interventions nécessaires seront entreprises.

Pour les personnes sans domicile, une recherche de solution d'hébergement, souvent temporaire, est mise en œuvre en tenant compte des impératifs médicaux et financiers.

Pour assurer une prise en charge globale du patient, le service social travaille étroitement avec les équipes soignantes.

Toute personne hospitalisée fait l'objet de constantes concertations qui permettent de se fixer des objectifs communs et ainsi d'agir en parfaite adéquation, le but étant d'aider le malade à traverser une période difficile et de préparer au mieux sa sortie.

Les notions d'aide et d'assistance ne doivent en aucun cas se substituer à la volonté propre du patient de se prendre en charge et de rester ainsi acteur de sa propre vie.

3) Prise en charge par le service de psychopathologie

Les conduites addictives, et tout particulièrement l'alcoolisme, sont une de nos préoccupations majeures, car il est illusoire d'espérer une observance thérapeutique quelconque si le patient est dépendant de l'alcool.



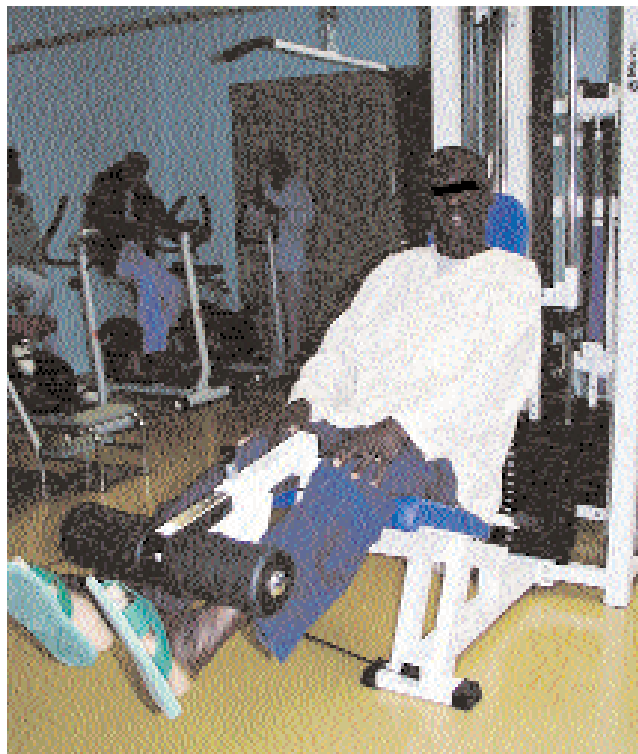


Les patients peuvent bénéficier du soutien d'une psychiatre alcoologue ainsi que du concours d'associations d'anciens buveurs. Nous avons une convention avec « Vie Libre » qui organise une permanence mensuelle et dont les bénévoles se déplacent sur simple demande.

Le suivi en alcoologie nécessite souvent une aide psychologique importante, tant la population que nous accueillons est fracturée par les difficultés de la vie.

4) Réhabilitation motrice

La kinésithérapie est essentielle chez les patients atteints de tuberculose vertébrale lors du retrait progressif du corset et de la reverticalisation. Elle aide aussi à lutter contre l'amyotrophie chez les patients alités et à prévenir les complications de la tuberculose pleurale.



Séance de musculation.

Il ne faudrait pas oublier sa fonction de resocialisation chez les patients qui souvent n'ont aucun cadre horaire ni de travail. Retrouver l'image de son corps, faire des efforts, se soumettre à un horaire, permettent de reprendre une certaine autonomie tout en garantissant l'observance thérapeutique ultérieure.

5) Enseignement, alphabétisation et animation

Depuis l'origine, le sanatorium a mis en place un enseignement scolaire pour faciliter la réinsertion des malades.

Depuis une dizaine d'années, s'est ouvert l'oasis, animée par une équipe chaleureuse composée d'un salarié et de plusieurs bénévoles.

Elle accueille tous ceux, français et étrangers désireux de suivre des cours d'alphabétisation dispensés sur la base d'une



A l'oasis : cours de langue française et informatique.

méthode d'apprentissage originale mise au point pour des adultes (par Madame Odile Pinson responsable de l'oasis), et/ou de bénéficier d'une initiation à l'informatique. Un atelier d'écriture s'est constitué pour les plus avancés.

L'oasis est devenue un lieu d'échange et de rencontre où l'on exprime le désespoir de la maladie, la joie de la guérison, où l'on s'encourage à continuer le traitement, où l'on pose les questions que l'on n'ose formuler ailleurs.

L'écriture est aussi une thérapie. De nombreux poèmes affichés dans la salle en témoignent. Un livre a même vu le jour, écrit par un patient, Joseph Kabogoza, qui a ainsi retrouvé sa dignité et en a oublié de boire.

Enfin, l'animation a pour but de recréer un lien social entre les patients par des activités tant ludiques que créatrices. Des jeux de société sont organisés, un atelier de travail du rotin a vu le jour, des séances de vidéo sont programmées.

6) Actions de prévention dans le cadre des réunions « Info Santé »

Les thèmes des « causeries instructives » d'antan ont été élargis en fonction des besoins que nous avons ressentis chez nos patients. Ces réunions d'informations veulent aussi être des groupes d'échanges et de discussions. La participation active des patients est sollicitée.

- **Alcoolisme et tabagisme** : les interventions du docteur Marie-Noëlle Torresani-Chatillon et de Madame Monique Valls sont complétées par le prêt de bornes interactives par la CRAMIF. Les bénévoles de l'association « Vie Libre » nous aident beaucoup par leur régularité et leur disponibilité.
- **Réunions d'informations sur la tuberculose**, où les patients apprennent l'intérêt de se traiter et de respecter l'isolement et peuvent échanger leur ressenti sur leur propre maladie. En complément, un livret sur la maladie spécialement conçu par les membres du service pour les malades et leur famille, leur est remis.
- **Nutrition et kinésithérapie** : une alimentation équilibrée et une hygiène de vie correcte sont rarement au cœur des préoccupations des personnes vivant en grande précarité. La prise de conscience des besoins de leur propre corps leur permet aussi de reconstruire l'image de soi et de retrouver

POUR LES PATIENTS
REUNION SUR LA TUBERCULOSE
SALLE DE LA BIBLIOTHEQUE
LE VENDREDI 19 NOVEMBRE 1999
à 11 H 30



Dessin NAKES

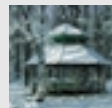
Informatique ICASIS

Réunion info-santé vue par un patient.

leur dignité. Parallèlement, l'Association AIDS assure par sa présence un soutien actif et chaleureux aux patients atteints de SIDA.

7) La sortie du sanatorium

Environ 23% des malades admis dans le service ont dans le passé arrêté leurs médicaments prématurément, pourtant moins de 10% des patients restent hospitalisés jusqu'à la fin du traitement. Il est donc nécessaire de continuer à accompagner le patient à sa sortie pour s'assurer qu'aucun





incident de parcours ne viendra entraver la prise scrupuleuse du traitement jusqu'à son terme.

La sortie n'est décidée, une fois les problèmes médicaux résolus, que si le patient est capable de gérer son traitement seul (nous vérifions avec lui qu'il connaît ses traitements ou qu'il est capable d'exécuter une ordonnance) et si son contexte social lui permet d'assurer sa propre prise en charge. Dans le cas contraire, nous nous appuyons sur des structures relais qui pourront l'assister.

En pratique, les CDDPM (anciens dispensaires ou Centres Départementaux De Prévention Médicale) peuvent revoir les patients aussi souvent que nécessaire et leur fournir directement les traitements.

Lorsque le problème de logement n'est pas résolu, l'antenne Tuberculose du SAMU Social de Paris peut assurer l'hébergement

et le suivi des patients qui ne posent plus de problèmes médicaux lourds. Le Centre Emmaüs de la rue de l'Aude disposant de « lits de repos » et de consultations médicales sur place peut aussi accueillir des patients en cours de traitement. Leur aide est particulièrement précieuse car certains patients très désocialisés ne peuvent supporter de rester plus de quelques semaines dans le même lieu d'hébergement, ce qui compromet l'espérance d'une observance thérapeutique correcte. Une sorte de « rotation » entre les lieux d'accueil s'effectue alors.

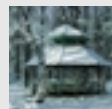
Parfois, des problèmes de discipline graves (violence avec ou sans alcoolisation) conduisent l'équipe du sanatorium à exclure des patients par mesure disciplinaire. Mais, estimant qu'il est de notre devoir dans la mesure du possible d'assurer l'observance ultérieure du traitement, elle les confie alors à



Logements du personnel dans la verdure.



Arbres centenaires dans le parc.





d'autres structures telles que le Centre Médical Fernand Besançon à Saint-Martin-du-Tertre.

La tuberculose constitue un problème de santé publique. Seule une bonne collaboration entre les services de médecine aiguë, de soins de suite et les centres ambulatoires permettra un suivi efficace des patients, limitant le nombre des interruptions de traitement génératrices de tuberculoses multirésistantes et de foyers d'épidémie.

8) Collaboration avec les services de lutte anti-tuberculeuse de la DDASS

En France, la tuberculose fait l'objet d'une déclaration obligatoire (D.O.) anonyme. Elle doit être faite par le médecin qui dépiste la maladie et qui va, en général, suivre le patient. Pour différentes raisons, l'Institut National de Veille Sanitaire (I.N.V.S.) estime que les cas déclarés représentent environ 65% des cas réels.

En accord avec les différents médecins départementaux responsables de la lutte antituberculeuse, le service a décidé de rééditer les D.O. de nos patients ; les doublons sont éliminés par la DDASS ; ceci devrait permettre d'améliorer l'exhaustivité des déclarations.

La présence du patient pendant plusieurs mois facilite les contacts avec son entourage, ce qui nous permet de vérifier si les consultations de dépistage d'un éventuel comptage tuberculeux ont été réalisées. En effet les familles ou les amis hésitent souvent à aller consulter. L'évolution favorable du patient ainsi que le complément d'information que nous leur apportons les décident parfois à se faire dépister – dans certains cas plusieurs mois après la survenue du premier cas de tuberculose.

LES PERSPECTIVES DU SERVICE

Après une longue période de baisse régulière de fréquentation (1970-1998) liée à des orientations nouvelles prise dans le département, le sanatorium enregistre depuis trois à quatre ans un regain d'activité qui repose non sur une recrudescence en France de la maladie mais plutôt sur une meilleure connaissance, de la part des structures médicales de la région, des missions assurées

par notre service. Il n'est plus seulement un lieu permettant de mettre à l'écart des patients contagieux jusqu'à leur guérison, mais il s'inscrit dans une réelle démarche de collaboration avec les différents acteurs de la lutte antituberculeuse.

Pendant la période de contagiosité, l'hospitalisation est incontournable et le sanatorium fonctionne comme un relais des services aigus diminuant ainsi les coûts des traitements.

Ensuite, les malades socialement bien insérés peuvent rejoindre leur domicile et y poursuivre leur traitement avec un suivi ambulatoire.

En revanche, les patients sans appui social et/ou présentant des signes de non-observance thérapeutique sont gardés plus longtemps de manière à limiter les risques de rupture de traitement, génératrice de persistance de contagion et de création de multirésistance. C'est vis à vis d'eux que la démarche d'insertion menée en interne prend tout son sens pour les préparer à la sortie. Les malades les plus graves qui nécessitent une rééducation longue sont accueillis, comme dans tout service de moyen séjour classique, en fonction des besoins médicaux.

Pour que le sanatorium puisse répondre à ces missions, un certain nombre d'aménagements est à prévoir :

- les locaux doivent être adaptés à l'évolution des normes de sécurité en terme d'infections nosocomiales ;
- le nombre de chambres individuelles va être augmenté ;
- l'accueil de patients porteurs de bacilles multi résistants nécessite la création de « chambres en pression négative », système qui permet d'en évacuer l'air contaminé.

La population très particulière que nous accueillons implique une prise en charge en réseau pour éviter le nombre des perdus de vue. Les patients les plus instables peuvent alors « migrer » d'une structure à l'autre sans arrêt thérapeutique. L'équipe travaille à consolider ses liens avec l'antenne tuberculose du SAMU social et avec les autres services de moyen séjour situés au nord de Paris qui accueillent des patients tuberculeux.

Il apparaît désormais essentiel d'évaluer le suivi des patients après la sortie du sanatorium et ce en lien avec les services qui nous les ont adressés. Bligny s'est équipé du logiciel TB Info, ce qui lui permet en plus de recueillir en collaboration avec cinq autres centres parisiens des informations épidémiologiques sur la tuberculose. La première évaluation a été faite en 2001.



L'étang de Bligny.

Une étude sur les facteurs influençant les arrêts thérapeutiques est en cours.

Le service tient à poursuivre sa participation au groupe de réflexion de la DASES (Direction de l'Action sociale, de l'enfance et de la solidarité) sur la tuberculose, afin de mieux cibler les actions à mener pour combattre ce fléau.

La situation du sanatorium aujourd'hui

Après l'euphorie des années qui ont suivi la découverte de la Rifampicine où l'on croyait la tuberculose vaincue à jamais, le constat d'échec est cuisant.

Des engagements politiques et financiers considérables sont nécessaires pour généraliser les stratégies de lutte contre la tuberculose qui se sont avérées efficaces.

Un fond commun de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été proposé pour la première fois au sommet du G8 en 2000. Il fonctionne comme un partenariat entre les pays pauvres et les pays riches, entre les organisations des Nations

Unies incluant l'OMS et l'UNAIDS, entre la société civile et le secteur privé. En avril 2002, 616 millions de dollars ont pu être débloqués pour les quarante pays les plus nécessiteux.

Dans les pays dits « riches », la maladie ne disparaîtra pas tant que le problème du réservoir mondial ne sera pas résolu.

En France, l'accès gratuit aux soins est acquis pour la tuberculose. Dans la plupart des cas, le traitement ambulatoire, après une courte période d'isolement, est la règle ; mais certains patients nécessitent une hospitalisation plus longue pour des raisons tant médicales que sociales évoquées plus haut.

Le sanatorium que l'on pensait condamné au début des années 1970 vit toujours ; il connaît même un nouvel accroissement de son activité. Les défis actuels que Bligny veut à son niveau relever, consistent à être capable de prendre en charge cette maladie dans toute sa complexité sociale et de créer un lieu de soin spécialisé pour accueillir les patients les plus graves, en particulier les porteurs de bacilles multi résistants.





CONCLUSION

QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CES CENT ANS D'HISTOIRE ?

Depuis l'ouverture en 1903 de ses premiers lits de sanatorium, Bligny a poursuivi sa route en restant en permanence attentif à la prise en charge des fléaux de son temps.

La pérennité de l'institution repose sur différents facteurs essentiels et complémentaires que nous tenons à rappeler ici. Avant tout, on la doit au **génie et à l'opiniâtreté de ses fondateurs**, hommes et femmes déterminés et généreux qui ont mis à son service leur temps, leurs biens et leur intelligence et ont su s'entourer des plus grandes compétences en matière médicale et gestionnaire.

Dans la **vie quotidienne**, cet apport n'aurait rien été sans le dévouement, l'efficacité, le sens de la rigueur et de la discipline et une compassion profonde et rayonnante pour les malades, donnés sans compter par les **sœurs** de Saint Joseph de Cluny présentes pendant 85 ans à Bligny.

Bien entendu, il ne faut pas oublier les **membres du personnel**, souvent anciens malades restés à Bligny, et dynasties familiales se succédant au service de l'établissement. Cette stabilité et cette continuité ont largement contribué à la transmission d'une génération à l'autre des « **valeurs** » qui sont encore tellement vivantes à Bligny que les malades eux-mêmes les perçoivent et nous en remerciant.

Notons aussi la compétence. A tous les niveaux, le goût du travail bien fait est une constante qu'il s'agisse de donner un

repas appétissant, un soin délicat, un traitement pénible ou douloureux, une chambre soignée, des informations claires et complètes. **L'excellence est un maître mot** et chacun est fier d'y contribuer d'autant plus que, dans sa démarche, il place le **malade au centre de ses préoccupations et de son attention**.

Nous ne devons pas oublier la **présence solide et vigilante du conseil d'administration**. Là encore, arrêtons-nous sur la constance des engagements pris : seulement neuf présidents et cinq médecin-directeurs en un siècle et des administrateurs qui pour certains ont assumés des responsabilités pendant vingt-cinq à trente ans. Et rappelons l'audace qu'il leur fallut à certains moments : guerres, reconversions...

En 100 ans, Bligny est resté fidèle à l'éthique de ses fondateurs ce qui en fait une structure à visage humain. Pendant près de 70 ans, il a voué son énergie à la lutte contre la tuberculose. Désormais, il s'attaque aux souffrances liées au sida, au cancer, à l'insuffisance respiratoire et cardiaque... avec le même état d'esprit.

Ses motivations sont très fortes pour répondre aux besoins de la population locale et régionale. **Il vient d'élaborer un projet pour les cinq ans à venir** qui manifeste clairement son engagement, son dynamisme et sa détermination et dont on peut lire les grandes orientations dans la brochure intitulée *Bligny aujourd'hui et demain* qui montre avec quelle jeunesse et quelle fougue notre établissement entame son deuxième siècle.

LE COMITÉ DE PATRONNAGE

MM. Casimir-Perrier
le professeur Brouardel
le professeur Bouchard
Monsieur Léon Lefébure
le Baron Hottinguer
le Comte d'Haussonville
Monsieur C. Morel d'Harleux
le docteur Goujon
Monsieur Paul Fould
Monsieur O. Gréard
le professeur Lannelongue
Monsieur A. Bellaigue

Monsieur Péan de Saint-Gilles
Monsieur Fernand Bartholoni
Monsieur Georges Berger
le professeur J. Grancher
le professeur Guyon
le docteur Léon Labbe
Monsieur Léon Bonnat
En 1909 le professeur A. Chauveau
le docteur E. Roux
En 1911 le docteur E. Barrois
le docteur Duret

LE BUREAU DES DAMES PATRONNESSES

Mmes
la Comtesse Foucher de Careil, *présidente d'honneur*
la Baronne La Caze, *présidente*
la Comtesse Alix de Pomereu, *présidente*
Madame Boursy, *vice-présidente*
Madame Albert Mirabaud, *vice-présidente*
la Duchesse de la Motte-Houdancourt, *vice-présidente*
la Baronne de Neuflize, *vice-présidente*
la Baronne James de Rothschild, *vice-présidente*
la Baronne Leonino, *présidente en 1924*

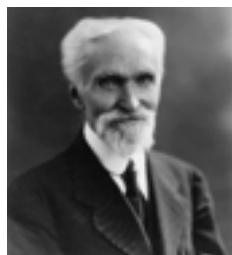


La Baronne
James de Rothschild



La Baronne
Leonino

LE COMITÉ MÉDICAL

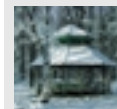


Dr Amodru



Dr Barth

Les professeurs Brissaud et Landouzy,
les docteurs L. Amodru, H. Barth, E. Besnier, Faisans,
L. Fournier, Herard, P. le Gendre et P. Merklen
que rejoindront
en 1907, le professeur S. Arloing,
en 1909, les docteurs Léon Bernard, Fernand Besançon,
Louis Renon et Pierre Teissier,
en 1910, le professeur A. Calmette,
le docteur Courtellemont,
en 1911, les docteurs Lemièrre et Pissavy





PETIT LEXIQUE BLIGNY-CINÉ

PAR DES PENSIONNAIRES DE FONTENAY B, AU COURS DES ANNÉES SOIXANTE

Bligny : Les hauts de Hurlevent ou La cité sans hommes
Les sœurs : Bataillon du ciel ou Les anges du péché
La sœur de garde : Fantomas ou L'assassin est à l'écoute
Le sana pendant la cure de silence : La citadelle du silence
L'insufflation : Jusqu'à ce que mort s'en suive
La rechute : L'éternel retour
Les pensionnaires : Les condamnés ou Les sacrifiés
La permission : Quatre jours à Paris
Les permissionnaires : Les démons de la liberté
Les incurables : La dernière étape
Les hommes : Les inconnus dans la maison
Les BK : Les maudits
La maladie : L'ennemi sans visage
La guérison : Arc de triomphe
Le séjour à Bligny : Jeunesse perdue ou Étranges vacances
La visite médicale du matin : Train sanitaire
Les quatre médecins assistants : Carré de valets
L'aumônier : Le père tranquille
Les moustiques : Les visiteurs du soir
La cloche des cures : Pour qui sonne le glas
La cloche du matin : Ainsi finit la nuit ou Le jour se lève
La cloche du courrier : La dame de onze heures
La cloche du soir : La fin du jour ou Les portes de la nuit
Les chariots : La bataille du rail
Les visites : Les Dieux du dimanche
Avant les visites : Battements de cœur

Après les visites : Torrents
La raison de notre séjour à Bligny : Le brime des justes
La chorale : La cage aux rossignols ou Amours, délices et orgue
Demande de permission : L'éternel conflit
Passe-temps à Bligny : Grève d'amour
Paris : La cité de l'espérance
Résultats de la radio : Soupçons
L'auscultation : La grande illusion
Le petit marchand : Au bonheur des dames
Inter-cure : Collège-swing
Veille de permission : Nuit blanche
Jour sans courrier : Jour de colère
Les chansonniers : Jour de fête ou Les casse-pieds
Limites de promenade : Poste frontière
Zone neutre : L'île aux plaisirs
Le trousseau de clefs des sœurs : Les clefs du royaume
Le dortoir des sœurs : La cité sans voiles
La communauté : Interdit au public
Départ à Laennec : La dernière chance ou Le dernier combat
Confection des napperons : Mademoiselle s'amuse
Remplissage des bouillottes : La bataille de l'eau lourde
La salle de radio : Le pavillon noir
La table d'opération : Arènes sanglantes
Retard en cure : Le crime dans une maison de fous
La sœur qui ouvre les portes : La voix du rêve
Le départ de Bligny : La fuite vers l'inconnu

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à tous ceux qui ont accepté de prendre le temps de se pencher sur l'histoire de Bligny.

Nous voulons plus particulièrement citer :

Le docteur Michel Boscus, qui a écrit les quatre premiers chapitres de cette brochure.
Entré à Bligny en 1969 comme médecin du sanatorium, il en fut le responsable de 1980 à fin 1997.

Le docteur Mathilde Jachym-Frechet, responsable du sanatorium depuis janvier 1998,
elle a rédigé le chapitre concernant le sanatorium d'aujourd'hui.

Les membres du comité du centenaire qui ont lu et relu les différentes versions et apporté leur concours à la préparation du centenaire : le docteur Boscus, Messieurs Guy Mirabaud et Geoffroy de Vogüe, Mesdames Baudry et Malphettes et Mademoiselle Oules.

Monsieur Philippe Guérin, chef des services généraux et techniques de Bligny, passionné de photos et ayant une remarquable maîtrise des moyens modernes de reproduction et de correction de photos anciennes, auquel nous devons le véritable trésor iconographique présenté dans ce document.

Mademoiselle Dominique Parmentier et toute l'équipe de la société BPC Imprimerie, pour leur grande compétence et leurs idées.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des sanatoriums, Louis Guinard, Masson, 1925

L'Hôpital de Bligny de 1900 à nos jours, Thèse de Bernard Cartier, 1978

Peurs et terreurs face à la contagion, Ouvrage collectif, Fayard

La tuberculose : Parcours image, Jacques Chrétien et Cyr Voisin, 1995

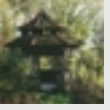
Maladies de l'appareil respiratoire, M. Bariety et M. Choubrac

Pneumologie, Jacques Chrétien

Messieurs Mirabaud et Cie, Isabelle Chancelier, Éditions familiales, 2001

Crédits photos : Studio Thirion - Arpajon : couverture (kiosque été), p. 43, 56, 57, 59





Conception, réalisation : Imprimerie BPC
Achévé d'imprimer septembre 2003



CENTRE MÉDICAL DE BLIGNY

91640 Briis-sous-Forges - Tél. : 01 69 26 30 00

Siège social : 61, rue Saint Didier - 75116 Paris - Tél. : 01 47 04 22 59