

Essais et espoirs d'une médecine sociale et ses raisons d'être psycho-physiologiques

Autor(en): **Morard, C.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin de la Société Fribourgeoise des Sciences Naturelles =
Bulletin der Naturforschenden Gesellschaft Freiburg**

Band (Jahr): **39 (1947-1949)**

PDF erstellt am: **18.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-308259>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Une dernière question qui se présente à l'esprit est la suivante : *Pourquoi* ces cycles de 8 ans et 8,85 ans ? Quelle est la cause de ces phénomènes périodiques ?

Je suis aussi embarrassé que tout le monde pour répondre à cette question. On ne connaît pas la raison première de ces cycles et d'autres qu'on a constatés dans les divers éléments météorologiques.

Cette cause est-elle de nature géographique ? est-elle à chercher dans le soleil ?

On connaît bien dans le soleil un phénomène périodique à longue période : les taches solaires, qui causent une diminution de la radiation présentant un maximum d'intensité tous les 11 ans. On devrait donc observer une élévation de température sur la terre chaque fois qu'un minimum de taches solaires a lieu. Je puis avancer que, dans les températures que j'ai étudiées, un tel cycle, s'il existe, est tout à fait négligeable.

Ce n'est qu'en multipliant des analyses périodiques, telles que celle qui vient d'être faite, qu'on pourra un jour découvrir la cause physique de ces cycles.

Essais et espoirs d'une médecine sociale et ses raisons d'être psycho-physiologiques

par C. MORARD.

Qu'est-ce qu'une médecine sociale ?

Comment la définir ?

Ce n'est pas facile ; et ce n'est pas à cela que nous allons nous arrêter. La médecine sociale n'est pas une abstraction. Elle n'est pas le résultat d'une conception philosophique ; elle se fait. On en fait tous les jours — comme M. Jourdain faisait de la prose —, sans le savoir. Elle vit, plus ou moins bien, sur une terre peuplée d'hommes vivants, en contact étroit avec des contingences locales, avec des réalités individuelles et collectives, avec des besoins, avec des exigences, avec des contradictions, avec des idéologies.

Il suffira donc, pour commencer, de la vivre; et d'en narrer, sur un terrain limité, les essais et les expériences. Il en découlera peut-être quelques leçons et quelques idées générales.

C'est à l'oto-rhino-laryngologie que nous devons, à cet égard, nos premières expériences. Faut-il s'en étonner? Non, quand on se rappelle que cette discipline médicale réunit, dans un cadre apparemment étroit, l'ouïe, la voix et la parole. Ces trois fonctions, solidaires, sont éminemment sociales; elles sont surtout proprement humaines puisque, par la parole, elles sont à la fois esprit et matière. Elles dépendent, à elles trois, de l'essence spécifique de l'homme, l'intelligence. L'oto-rhino-laryngologie ne saurait négliger dès lors, et encore moins ignorer — sous peine de mutiler ou trahir sa mission — le destin social d'humains lésés ou diminués dans l'un ou l'autre de ces trois aspects de notre dignité humaine.

Les statistiques ont constitué la première expression d'une médecine sociale.

C'est un médecin anglais, John Bulver qui, le premier, dénombra plus de trente sourds-muets dans la région londonienne, en 1648. Il en concluait qu'il faudrait créer une école commune pour instruire ces infirmes¹.

En 1870, la Suisse tentait une vaste statistique de la surdi-mutité et aboutissait à des chiffres variant, pour les différents cantons, de 2 à 5 sourds-muets pour 1000 habitants.

Le professeur Siebenmann de Bâle, pionnier scientifique et médical de l'otologie, avait exprimé le vœu de faire dresser, pour toute la Suisse, une statistique plus précise de la surdi-mutité réputée si fréquente dans les pays montagneux et particulièrement dans certains cantons de notre pays.

Le canton de Zurich, durant les années 1926-1930, organisait et réalisait une enquête statistique et médicale rigoureuse, minutieuse, qui donnait une proportion de 15 sourds-muets pour 10 000 habitants (1,57‰).

Le canton de Fribourg passait pour être, avec le Valais, un des cantons les plus riches en sourds-muets. Il valait la peine de vérifier le bien-fondé de cette réputation. Les statistiques officielles donnaient, en 1920, pour notre canton, 234 foyers hébergeant des sourds-muets. En 1930, on estimait à 294 le nombre de ces infirmes.

¹ Voir Revue Ciba 72, *La surdi-mutité*. Dr Hans Werner, Zurich (p.2530).

J'essayai personnellement en 1932 et 1933, en m'adressant par lettre aux curés et pasteurs de toutes les paroisses, d'avoir un chiffre plus sûr. Cette correspondance me donna un résultat invraisemblable: d'après elle, le canton de Fribourg n'aurait eu que 189 sourds-muets.

Je résolus d'entreprendre mon enquête par une voie plus directe en suivant exactement la méthode qu'avait adoptée le professeur Nager dans le canton de Zurich. Le dénombrement se fit de village en village, de maison en maison, par une assistante sociale dûment documentée et instruite. Il en résulta, après deux ans de travail, que le canton de Fribourg possédait, en 1936 et 1937, 358 sourds-muets, ce qui représente une moyenne de 25 sourds-muets pour 10 000 habitants (2,5 pour mille). Ce résultat frappant démontrait d'abord, et une fois de plus, l'insuffisance des enquêtes par correspondance et par questionnaires, officiels ou non. Mais le détail de cette statistique nous apportait en outre des renseignements intéressants et suggestifs. Sur ce total de 358 sourds-muets, 207 ne pouvaient pas gagner leur vie; 43 seulement émargeaient au budget de l'assistance publique: les familles, pour la plupart nombreuses, gardaient leurs infirmes à la maison; 57 étaient sans aucune instruction; 107 gagnaient leur vie; 90 ne parlaient pas ou ne savaient plus parler; 107 parlaient assez bien ou du moins savaient parler, tandis que 115 parlaient très peu et fort mal, n'avaient à leur disposition que quelques mots. Tous les parlants avaient été éduqués et instruits par la méthode orale pure. Un seul possédait le langage digital et mimique appris à l'École de Lyon. Enfin, sur cet abondant résultat, 19 seulement étaient nés hors d'un mariage légitime.

La répartition des infirmes dans les différents districts nous montra une étonnante diversité entre deux limites extrêmes, le district de la Broye donnant un minimum de 19 sourds-muets et la Singine un maximum de 50 infirmes pour 10 000 habitants; soit exactement et, respectivement, 1,85 et 4,95 pour mille. Ces divergences, et ce haut pourcentage singinois, obligeaient à mettre l'accent sur le facteur héréditaire renforcé par les mariages consanguins dans des zones fermées, vrais terrains de culture et de sélection. La surdi-mutité endémique goîtreuse, par contre, ne nous a pas paru, lors de nos examens, jouer un rôle prépondérant.

Mais je dois ajouter, par souci d'exactitude, que mes examens

médicaux personnels n'ont pu s'étendre, faute de temps, à la totalité des 358 sourds-muets dénombrés. Toutefois, au cours des examens relativement nombreux que j'ai pu faire, soit chez les adultes, soit à l'Institut Saint-Joseph du Guintzet à Fribourg, je fus toujours, et chaque année, frappé par le nombre minime de goîtres ; ceux que j'ai constatés n'étant au surplus que des hyperplasies légères, bien palpables, mais à peine visibles.

Si de la surdi-mutité l'on passe aux durs d'oreille, et aux seules investigations possibles à cet égard, c'est-à-dire aux examens en séries dans les écoles primaires, on arrive également à des résultats variables et déconcertants qui mettent bien en lumière l'insuffisance de certaines mesures généralisées, officielles et trop administratives.

L'Etat de Fribourg a connu et arrêté une médecine scolaire dès 1900. Mais jusqu'en 1920, son application fut « différée pour divers motifs ». La loi fut remaniée et, de 1926 à 1934, il y eut, dans tout le canton, des visites médicales scolaires obligatoires faites par de nombreux médecins, l'Etat ayant attribué à chacun d'eux un rayon délimité. J'eus l'occasion, moi-même, pendant deux ans, de voir, chaque année, environ 600 élèves d'un secteur déterminé. Je n'y trouvai pas de durs d'oreilles, et fort peu d'anomalies concernant l'oto-rhino-laryngologie. Il est vrai que beaucoup d'enfants étaient soustraits à cette visite théoriquement obligatoire, par la volonté expresse des parents. C'était le début d'une médecine scolaire effective. L'obligation soulevait pas mal d'hostilité ; les parents se méfiaient, se sentaient blessés et répondaient avec humeur qu'ils sauraient bien aviser eux-mêmes au bien et à la santé de leurs enfants. Mais dans l'ensemble, et à notre grande surprise, ces visites sanitaires obligatoires, qui atteignaient tout de même la grosse majorité des enfants, ne firent pas *apparaître* les cas de surdité qui, selon toute vraisemblance, ne pouvaient manquer d'exister dans une population scolaire de 25 000 âmes. Elles amenèrent quelquefois à l'oto-rhino-laryngologie des « amygdales », de grosses amygdales, faciles à voir pour tout le monde et qui, le plus souvent, n'avaient pas un passé pathologique justifiant une ablation totale.

Ce résultat inattendu ne pouvait être qu'une apparence ; il décelait un manque, quelque part, dans cette médecine scolaire.

En 1934, la Direction de l'Instruction publique voulut bien m'autoriser — j'étais alors médecin-adjoint oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital cantonal de Fribourg — à faire l'examen gratuit, détaillé, de tous les enfants durs d'oreilles qui seraient signalés par les maîtres et maîtresses des Ecoles primaires. Par les soins du Département, tous les inspecteurs scolaires furent avertis et donnèrent à leurs classes les indications voulues. Chaque examen faisait l'objet d'un rapport écrit, en deux exemplaires remis, l'un aux parents, l'autre à l'Instruction publique. Par ce moyen, j'eus l'occasion, en deux ans, de voir 25 cas seulement de surdité, plus ou moins importants, signalés par les régents et les maîtresses. Sans doute, la visite médicale des écoles — qui se faisait alors et encore régulièrement chaque année et dans tout le canton — avait dû repérer ces cas, mais, de toute évidence, sans pouvoir déclencher l'effet utile, c'est-à-dire la prise en charge curative et pédagogique de ces déficients. Cependant, au cours de cette même période de deux ans, je recevais à mon cabinet privé 33 enfants durs d'oreilles, amenés par leurs parents et qui avaient échappé à toute recherche officielle, soit par le médecin scolaire de leur région, soit par le maître ou la maîtresse d'école. Au total, 58 cas de surdité, sur 25 000 enfants d'âge scolaire, et pour lesquels la visite sanitaire annuelle et obligatoire des Ecoles, à elle seule, était restée inopérante. Il avait fallu d'autres mesures, des efforts supplémentaires et privés, pour les faire émerger et les amener à un examen spécial et à un diagnostic.

En 1939, la Société romande pour la lutte contre les effets de la Surdité (S.R.L.S.) proposa à différents cantons romands des mesures de « dépistage » scolaire, limitées à quelques secteurs et dont elle assumait toute l'exécution et tous les frais. Une auxiliaire sociale, instruite et formée à cet effet, faisait ces examens par le test de la voix chuchotée. Sur 4111 enfants examinés dans quelques groupes de villages du canton de Fribourg, elle découvrait 211 cas de surdité avérée uni- ou bilatérale, et 96 suspects.

C'est ainsi que se révélait, suivant les modes d'enquête, une surprenante diversité de résultats. On allait de zéro à 58 cas pathologiques sur les 25 000 élèves de tout le canton, pour atteindre brusquement 211 surdités dans une région groupant 4111 élèves ! Il valait la peine d'y réfléchir.

On ne pouvait pas accepter a priori que les visites médicales fussent mal faites par tous les médecins qui en avaient assumé la charge. Moi-même, deux ans de suite, j'avais examiné, en oto-rhino-laryngologiste, quelque 600 élèves d'une région sans pouvoir déceler un cas de surdité. J'ai dit plus haut que pas mal d'élèves, à ce début de notre médecine scolaire, avaient échappé aux examens officiels par la volonté mécontente de certains parents. On est en droit de se demander si ce n'était pas précisément les cas pathologiques qui fuyaient un contrôle médical estimé, à tort, gênant.

En outre, bien des détails (intelligence, caractère, attention, fatigue, parole, etc....) ne nous étaient pas signalés, sur lesquels nous ne pensions d'ailleurs pas à nous informer. Lorsque Pro Infirmis, par l'initiative du docteur Kistler¹, provoqua une action de recherches et de traitement en faveur des enfants atteints de troubles de la parole (bégayeurs, dyslaliques, et autres), la première réaction de quelques milieux scolaires fut que ces déficiences de langage étaient très rares. Valaient-elles la peine d'une activité médico-sociale ? En réalité, on ne s'en était jamais inquiété. Mais le jour où médecins et infirmières scolaires surent y penser et les rechercher, on fut surpris de leur nombre.

Nous étions, avouons-le, mal préparés à une tâche dont l'importance était soupçonnée plutôt que clairement et positivement comprise. Sa mise en œuvre se heurtait à beaucoup de difficultés pratiques. Elle apparaissait à beaucoup comme une corvée encombrante, à liquider sans heurts et sans lenteur pour en abandonner les résultats et les suites à l'Etat qui l'avait exigée. Il fallait faire vite, parce que les médecins ne vouaient pas tous un intérêt passionné à ce travail de surcroît qui ne devait surtout pas nuire aux exigences de la clientèle quotidienne ; et parce qu'il importait de ne pas trop empiéter sur le travail scolaire et encore moins sur les heures extrascolaires ; soit aussi parce que le temps plus ou moins long qu'on y consacrait grevait en proportion le budget des communes. Et ces dernières avaient accepté sans plaisir et sans conviction — en vertu d'une loi qui les y obligeait — cette charge financière dont le profit escompté les laissait plus que sceptiques.

¹ Oto-rhino-laryngologiste et spécialiste pour les troubles de la parole à Zurich.

Ajoutons enfin que le résultat de l'examen était consigné dans un long formulaire imprimé. Ce dossier disparaissait quelque part par les soins de l'administration. S'il y avait lieu, on ne manquait pas d'avertir les parents de la moindre anomalie, par un bref formulaire les engageant à faire examiner et soigner leur enfant.

Puis tout retombait dans le silence... et l'inaction. L'Etat et ses fonctionnaires, stables ou provisoires et improvisés, avaient accompli le travail qui leur incombait. Ces derniers, y compris les médecins, n'avaient plus à intervenir. Les parents restaient seuls, livrés à eux-mêmes, embarrassés, en face d'une formule et d'un avis laconiques.

Faut-il s'étonner que ce prélude administratif et médical soit resté insuffisant et, le plus souvent, stérile, sans la suite logique qu'il impliquait ?

Faut-il s'étonner de cette inefficacité pratique ? Je ne le pense pas. C'est qu'il manquait, à la fin de cette première étape, un contact humain. Ce que les parents, embarrassés, ou mécontents, ou surpris, attendaient — sans bien s'en rendre compte —, c'était la chaleur humaine d'un intérêt, d'une sympathie, d'un dévouement désintéressé. Il aurait fallu, à ce moment-là, un être disponible qui vînt au-devant de leur humeur ou surtout de leur intense et muette interrogation ; qui pût et sût donner une explication, un apaisement, une proposition.

Il manquait — et il manque souvent¹ — entre le médecin absorbé par son travail technique et retenu par la réserve qu'il se doit de garder, entre les directives médicales d'une part et les parents d'autre part, entre le médecin scolaire et l'enfant malade ou infirme repéré, un personnel de liaison dont la tâche est de mettre en œuvre les mesures et traitements appropriés et souhaitables, non par l'action administrative ou policière d'un règlement d'Etat, mais par la force de persuasion du bien et du dévouement¹.

¹ La situation et les conditions sont bien meilleures dans les grandes villes et les régions qui ont un médecin scolaire attitré et permanent, consacré exclusivement à sa tâche médico-sociale. Mais là encore, le personnel auxiliaire de liaison est une condition « sine qua non » de succès et d'efficacité.

Trois faits ressortent de ces expériences :

1^o Le caractère inopérant, stérile de mesures sanitaires purement administratives imposées par l'Etat, soit aux médecins, soit à la population.

2^o L'impuissance de l'effort médical, en tant que mesure de portée sociale, s'il est unique et isolé.

3^o La très grande importance, la nécessité du médecin animé d'esprit social, ou, plus simplement, du médecin complet. Je veux dire le médecin nourri d'une science et d'une culture médico-biologiques humaines, qu'il soit spécialiste ou non. La spécialisation technique n'exclut pas une culture biologique étendue. Au contraire, en approfondissant une discipline médicale apparemment fermée, on rejoint forcément, et l'on comprend mieux, les grandes lois psycho-physiologiques. Il y a des médecins voués à la médecine générale dont la culture médicale superficielle ressortit à l'activisme thérapeutique bien plus qu'au souci d'une biologie humaine.

4^o Il importe enfin — et c'est une condition capitale — que le médecin soit secondé, ses examens et ses directives rendus pratiquement utiles, son action continuée par un personnel auxiliaire dévoué et spécialisé.

C'est ainsi que l'on pourrait supprimer le système compliqué et dispersé des visites médicales scolaires annuelles et obligatoires, assurées par de nombreux médecins très inégalement intéressés à ce travail ou à ce pensum ; mais en le remplaçant par des postes d'infirmières visiteuses ou d'assistantes sociales, diplômées, c'est-à-dire formées et dévouées aux tâches médico-sociales. Dirigées et animées par une pensée médicale compétente, elles se livreraient dans leur secteur respectif — district par exemple — à des recherches précises. Ces recherches, et leur travail en général seraient déterminés et coordonnés par une Commission de santé associée aux médecins qui ont la charge de consultations hospitalières à caractère social. Elles porteraient sur les aspects les plus marquants de la pathologie humaine, ceux qui compromettent la santé et l'activité des groupes humains : les infirmités des membres (estropiés, malformés, paralytiques), le goître endémique, la débilité mentale, les surdités, les maladies des yeux, les troubles de la parole, ceux du caractère, la tu-

berculose. Ces tâches déborderaient forcément et utilement l'élève pour aborder la famille et permettre d'y introduire des secours et des conseils.

Mais une réglementation ne suffira jamais à cette tâche. Il y faut une volonté intelligente, et un esprit. Il y faut aussi des âmes dévouées et actives, sensibles aux malheurs et aux souffrances d'autrui, qui aiment à servir et à secourir.

Ces dernières n'ont jamais manqué. Si l'on quitte le côté administratif et médical de la médecine sociale moderne, dont nous venons de voir les manques et les faiblesses, pour se tourner vers le seul aspect charitable de l'activité en faveur des infirmes et des malades, on est frappé — et même ému — par le jaillissement d'œuvres multiples, dictées par le seul amour d'autrui, qui se sont réalisées et vivent dans un territoire étroit comme celui du canton de Fribourg, par exemple. Bien avant les efforts proprement médicaux ou parallèlement à eux et dans une ignorance réciproque assez affligeante et regrettable, dès 1889, les seules forces de la charité et du dévouement, acceptées et quelquefois soutenues par l'Etat, ont créé successivement des maisons :

pour l'enfance difficile, Drogens, en 1889, avec l'aide de l'Etat, pour les garçons, où plusieurs Congrégations religieuses se sont succédé; Sonnenwyl, en 1901, pour les filles, avec les Sœurs de la Sagesse célèbres par leur Institution de Larnay près de Poitiers en France, où l'on instruit, outre les sourdes-muettes, les enfants sourds-muets et aveugles;

pour les délinquantes psychopathes, Corbières, en 1923, transféré à Villars-les-Joncs en 1926, et Lully tout récemment, avec les Sœurs du Bon Pasteur d'Angers et les Sœurs de Béthanie sous l'impulsion de l'Oeuvre de relèvement moral que dirigeait Mademoiselle Athénaïs Clément, la sœur du regretté chirurgien fribourgeois, le Docteur Clément;

pour les sourds-muets, en 1891, à Gruyère, puis au Guintzet à Fribourg avec les Sœurs d'Ingenbohl;

pour les aveugles, en 1904, la maison du Jura, transférée au Sonnenberg en 1925, à Fribourg, avec les Sœurs de Baldegg;

pour les arriérés, Seedorf, en 1902, pour les filles, avec des Sœurs Carmélitaines, et la Verrerie près de Semsales, pour les garçons, en 1932, par les soins de l'Oeuvre diocésaine de charité;

pour les enfants abandonnés, ou en danger moral, ou maltraités, la maison de Sainte-Appoline, transférée à Courtepin sous le vocable de Home Saint-François, en 1938¹;

pour permettre aux infirmes d'apprendre un métier, Foyer Saint-Joseph à Courtepin¹.

Dans le canton de Fribourg, comme ailleurs, ce qui caractérise cette action charitable en faveur des infirmes c'est *d'abord l'âme et l'intelligence de cet effort*, sa hardiesse et sa persévérance, récompensées par des réalisations durables. La générosité ne reste pas verbale: elle s'exprime dans la peine et le sacrifice de chaque jour et suscite des œuvres dont la vie n'a pas de commune mesure avec la prudence commerciale. C'est ensuite *leur souci d'offrir, non pas seulement un refuge* aux infirmes, mais des *ressources pédagogiques*; elles visent à leur instruction par tous les moyens acquis et connus de rééducation et de correction. *C'est enfin un fait étonnant* à savoir que la médecine et les médecins en sont restés presque complètement absents.

Comment expliquer cette carence médicale dans tout ce qui touche aux infirmités?

On peut y voir de l'indifférence et une certaine dégradation de l'esprit et de l'intérêt scientifiques: l'activité médicale quotidienne nous pousse à l'immédiat et à l'urgent qui s'imposent et absorbent toutes nos activités. On en devient sensible aux résultats tangibles et spectaculaires; on se laisse accaparer par le pragmatisme de la médecine actuelle. On se détourne des problèmes à longue échéance, lesquels exigent plus de l'esprit que des mains, et n'apportent pas de profit matériel immédiat et appréciable.

Cette carence médicale a fait que tous les procédés et moyens techniques de formation, d'instruction et de rééducation furent d'inspiration exclusivement pédagogique. Le problème médical et physiologique en est resté longtemps absent. Et ceci a retardé

¹ Ces deux foyers ont été également créés et sont entretenus par l'Oeuvre diocésaine de Charité, avec l'aide de religieuses et de religieux.

les mesures d'investigation et de prophylaxie contre les infirmités. Et ceci a permis, dans les méthodes spéciales d'enseignement, certaines outrances et intransigeances, des discussions et chicanes stériles d'écoles, auxquelles l'expérience acquise et la psycho-physiologie modernes vinrent tardivement mettre un terme.

En contre-partie de ce que nous avons souligné plus haut dans nos considérations sur l'aspect administratif et réglementaire de la médecine sociale, nous pouvons conclure ici à l'insuffisance technique et médicale d'un souci trop exclusivement charitable.

Mais, disons-le bien haut et bien vite, quelle supériorité, quelle ampleur dans l'action de la charité, dans ses réalisations, dans ses résultats, et surtout dans sa hâte à faire le bien et à secourir, bousculant les prudences commerciales, indifférente aux discussions et théories médicales et scientifiques. La charité va droit au but, en flèche. Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à voir ce que des moines et des pédagogues ont obtenu des sourds-muets en les démutisant, en dévoilant leurs possibilités fonctionnelles. Ils devançaient ainsi de plusieurs siècles la médecine et une science anatomique et physiologique qui peinaient et s'engluaient dans l'imperfection de leurs recherches, dans les théories abstraites et l'erreur¹.

Il n'y a qu'à voir ce que les Sœurs de la Sagesse obtenaient d'enfants aveugles, sourds et muets, dans leur Institut de Larnay, près de Poitiers, dès 1880, sans publicité, bien avant les succès remarquables de l'américaine Hélène Keller et de son éducatrice, Miss Mansfield Sullivan. Ces religieuses, et plus tard, Miss Sullivan, avaient mis en œuvre tout ce que la pédagogie curative préconise actuellement sous les dénominations de: langage global ou synthétique, langage analytique, dactylogie, labiologie, langage mimique, école maternelle².

La leçon à tirer, c'est que nous devons apporter à la charité qui nous a montré et tracé la route de la médecine sociale, le secours d'une technique, le secours effectif d'une coopération médicale et scientifique.

C'est dans cet esprit que l'Etat de Fribourg a consenti à déve-

¹ Voir les travaux du Dr Hans Werner sur l'histoire de la surdi-mutité: sa thèse, puis sa récente monographie parue dans la Revue Ciba, n° 72.

² Voir *Ames en prison*, Ecole française des sourdes-muettes aveugles, par Louis Arnould, 1942, 26^e édition. Boivin & Cie, éditeurs, Paris.

lopper les consultations médico-sociales de l'Hôpital cantonal. L'Instruction publique et l'Université avec son Institut de pédagogie curative, la Santé publique et les services hospitaliers officiels, les Institutions privées de rééducation et d'instruction, la médecine scolaire de la Ville de Fribourg avec son service permanent, ont constitué tout un réseau bien coordonné de consultations médicales, de traitements, de rééducations, de corrections, et même d'initiation professionnelle, qui intéressent toutes les infirmités des membres, des sens, du caractère et de l'esprit, sans oublier la lutte antialcoolique à qui l'on a donné un médecin et un service de consultations.

C'est de Pro-Infirmis qu'est partie, en réalité, l'impulsion dont nous voyons maintenant les effets. En créant le service social fribourgeois, l'Association suisse en faveur des infirmes établissait à Fribourg un poste de recherche et d'accueil qui fit affluer les déficients de toutes sortes. Et par son assistante sociale, on nous donnait précisément cet agent de liaison indispensable à la vitalité, au fonctionnement et à la coordination de ces diverses et nombreuses activités.

On voit, par tout ce qui précède, quelle complexité revêt une médecine sociale. L'expérience, cependant, nous permet d'y voir une charpente dont les poutres-maîtresses doivent se joindre et s'articuler :

l'effort charitable,
l'effort médical,
l'effort technique et psycho-pédagogique,
l'effort administratif et d'Etat.

Ces forces doivent constituer une coopération équilibrée et hiérarchisée. Mais cette collaboration active et fructueuse ne peut s'établir d'un coup, une fois pour toutes. Elle doit se chercher et se faire chaque jour par le travail désintéressé et la bonne volonté de tous dans une vue objective, réaliste, mais aussi généreuse, des choses et des hommes. Chaque jour apporte son problème et chaque jour sa solution. Les diversités, les oppositions, voire les contradictions sont les éléments et facteurs de tout ce qui vit. Elles ne postulent pas le combat hostile et destructeur, mais une lutte saine dans un effort constructif pour une fin positive et utile.

La biologie intime, physico-chimique, de nos cellules et de nos tissus, nous en donne l'exemple. Elle ne cesse pas de révéler au regard des savants l'extraordinaire foisonnement des ferments, des hormones, des vitamines et de tous leurs adjuvants ou activateurs, sels minéraux et acides aminés; tout un monde grouillant d'éléments qui se cherchent, se repoussent, se joignent, se disjoignent, échangent des parties d'eux-mêmes; tout cela pour aboutir au bel équilibre du « mens sana in corpore sano ».

Que l'esprit ait sa part dans ce travail d'édification et d'équilibration, cela paraît évident quand on considère la vie de l'homme et des groupes humains, la pathologie humaine et la médecine.

Il est important de retenir que si la médecine est une science, elle est une science *biologique*, c'est-à-dire une science de la vie et — ceci est capital — une science de la vie de l'homme. Il ne s'agit donc pas d'une biologie végétale, ni d'une biologie animale, mais bien d'une biologie *humaine*. On dit volontiers que la médecine est un art; et c'est vrai. Mais cet art ne s'oppose pas à la science. La médecine n'est un art que par ses expressions, par ses applications pratiques et personnelles où les qualités et les défauts de chacun déterminent l'atmosphère, les conditions psychologiques et, peut-être, le succès de l'acte médical. Mais ce qui inspire et nourrit la médecine et l'acte médical, à leur origine profonde et vitale, c'est une science, c'est la *biologie*, et une *biologie humaine*.

Or l'esprit est un élément intrinsèque de notre substance humaine, qu'on ne retrouve pas ailleurs dans la nature vivante et que dévoilent nos désordres, nos défaillances aussi bien que notre équilibre, notre force et nos vertus. L'homme est constamment en face de son intelligence et de sa raison, qu'il les bafoue — et alors il se dégrade, ou qu'il les suive — et alors il domine, équilibre, hiérarchise et dirige ses instincts vers sa finalité spirituelle d'homme raisonnable et libre. Tandis que l'animal est asservi à sa finalité instinctive qui lui impose un ordre immuable, qui lui interdit toute liberté, toute fantaisie, mais aussi tout désordre. Cette finalité est sa sauvegarde et le soumet aux règles de sa race. Impossible de nier cela.

Dès lors, ce qui importe dans l'infirmes, ce n'est pas l'expression physique et psychique négative de sa déchéance, ou de son impuissance. C'est l'esprit qui couve, et souffre peut-être atrocement, sous l'obstacle qui l'étouffe. On ne peut lire sans une émotion indi-

cible le récit de l'éveil d'une intelligence brillante chez des enfants sourds, muets et aveugles que l'ignorance ou l'indifférence, ou peut-être le mépris, reléguaient au rang de la vie végétative ou de la démence. Je ne connais rien de plus poignant que le récit de leurs colères et de leurs cris d'enfants isolés dans la nuit jusqu'au jour où des intelligences éclairées, émues de compassion, se sont penchées sur eux, ont su leur « parler », les mettre en contact avec les choses et les hommes par la voie d'un sens de suppléance, la sensibilité tactile et profonde, le toucher et le geste. Leur esprit couvert et menacé d'étouffement par la mort des deux sens supérieurs que sont la vue et l'ouïe, pouvait enfin s'ouvrir et se développer grâce aux secours attentifs et intelligents de la pitié humaine.

Il y a, bien sûr, des raisons morales à ce mouvement de compassion et de charité. Seule la foi en nos destinées spirituelles et divines peut expliquer l'héroïsme de certains dévouements, l'héroïsme de ceux et celles qui soignent, jour après jour, dans un complet oubli de soi, avec douceur et bonté, de vrais déchets humains, inaccessibles à toute instruction, dont ils savent, cependant, trouver l'âme et aimer sa faible lumière.

Mais il y a, comme on l'a dit tout à l'heure, les infirmités qui limitent les forces vitales sans les diminuer vraiment, qui entravent l'essor spirituel de l'être humain, mais ne l'ont pas amoindri. Il suffit, chez ceux-là, d'un signe, d'un contact affectueux et attentif, pour que l'intelligence jaillisse, s'attache aux choses, se développe, domine, rende utile et féconde l'existence la plus mutilée.

Or, sans préoccupations religieuses ou morales, dès l'instant que l'on constate la réalité essentielle et spécifique de l'esprit en l'homme, il suffit d'obéir aux mobiles de la raison et de la science biologique humaine pour justifier et entreprendre une action sociale et médicale en faveur des infirmes. Les délaisser, comme des êtres de qualité et de sensibilité inférieures, serait contraire à tout esprit scientifique. Il y a en eux une réalité psycho-physique qui aspire à l'équilibre, à l'indépendance et à la dignité de notre complexe humain. Il s'agit simplement de les y aider en leur apportant par la médecine et par la pédagogie curative les suppléances et les corrections nécessaires. En y travaillant, quelle que soit notre philosophie ou notre religion, nous faisons œuvre scientifique. Nous nous conformons aux réalités et aux besoins d'une biologie humaine,

puisque l'esprit en est un élément essentiel et spécifique dont la réalité et la primauté sont indiscutables.

Cette conception humaine, charitable et sociale de la médecine ne va pas la diminuer ; loin de là. Toute l'histoire de la pathologie humaine nous montre que ses progrès sont liés à l'observation scientifique et aux lois rigoureuses de l'expérimentation. Mais elle révèle aussi, aux esprits objectifs, que l'observation et l'expérience ne sont pas confinées au laboratoire et aux animaux de laboratoire. La rigueur scientifique, appliquée à l'observation des infirmités, des infirmes des sens (yeux et oreilles), de la parole (muets, dyslaliques, bégayeurs et autres), de l'esprit (depuis les débiles jusqu'aux déséquilibrés et refoulés), nous a fait faire pour le moins autant de progrès dans la connaissance psycho-physiologique du système nerveux que les travaux de laboratoire et les expériences sur l'animal. En psychopathologie, dans la psycho-physiologie du langage et dans l'étude de ses troubles et de ses manques, c'est l'homme malade et infirme et non pas l'animal, c'est la clinique et non pas le laboratoire de chimie-physique, c'est l'étude attentive de la fonction humaine vivante et pensante, mais troublée, désordonnée, carencée ou mutilée, qui nous ont livré — avant la dissection et les recherches histo-pathologiques des laboratoires — les secrets d'une psycho-physiologie humaine normale, et nous ont permis et nous permettent d'éduquer et corriger toujours mieux ceux que la naissance ou la vie ont rendus infirmes.

A cette lumière, la médecine sociale prend une singulière ampleur. Et l'on comprend qu'il soit malaisé d'en donner une définition. Elle est multiple et diverse. En définissant isolément ses divers aspects, on n'en donne qu'une idée étreinte et insuffisante.

Il y a une médecine sociale qui se met au service des collectivités : industries, écoles, enfance scolaire. Elle a un caractère utilitaire prédominant pour la recherche et la prévention des maladies, pour introduire les notions utiles et indispensables d'hygiène. Elle est nécessaire, mais elle n'enferme pas toute la médecine sociale.

Il y a celle qui est prise en charge par l'Etat et réglementée, hommes et choses, par une administration. Le moins qu'on en puisse dire, c'est qu'elle ne saurait nous satisfaire et encore moins nous suffire.

Il y a la médecine sociale des assurances et des mutualités, avec son excellente idée originelle du secours aux faibles et aux indigents, mais passée à l'utopie de la sécurité, gâtée par l'esprit commercial, par le prestige et l'abus des tarifs.

Ces tentatives louables, et d'ailleurs nécessaires, ne satisfont pas entièrement, parce qu'elles sont plus sociales que vraiment médicales ; parce qu'elles ouvrent une porte trop large à l'influence administrative officielle, offrent une main trop confiante à l'emprise de l'Etat ; ce dernier dominant et séduisant les médecins par l'attrait d'une apparente sécurité matérielle sans leur laisser toute la liberté, toute la souplesse dont ils ont besoin, ni l'influence qu'ils ont le *devoir* d'exercer.

La médecine sociale reste insuffisante si elle se borne à engager dans certaines préoccupations utilitaires les collectivités, les industries, l'Etat et des médecins fonctionnaires spécialisés. La médecine sociale doit engager à fond toute la médecine et rester avant tout médicale. Elle doit, en d'autres termes, obéir à une pensée directrice scientifique qui sera forcément biologique et humaine. C'est précisément cette pensée directrice, ce noble souci d'une biologie de l'homme qui devront animer et solliciter l'Etat, les collectivités, les médecins, la charité et les œuvres de charité, la bonne volonté et le dévouement d'innombrables auxiliaires ; alors que la médecine est, au contraire, tentée de trahir sa mission en se mettant au service d'une politique, de slogans, d'engouements scientifiques fragiles et passagers, de préoccupations exclusivement utilitaires.

En définitive, la médecine sociale est constituée par l'ensemble des mesures pratiques d'hygiène, de prévention et de recherche des maladies et des infirmités, de traitement et de rééducation ; ces mesures étant destinées aux individus, aux familles et aux collectivités pour que tous, les uns et les autres, soient conformes et utiles aux fins naturelles d'une *biologie humaine* ; étant bien entendu que la biologie humaine est une science, soumise aux lois rigoureuses de toutes les sciences, c'est-à-dire à l'observation et à l'expérimentation appliquées aux réalités objectives des processus physico-chimiques, mais aussi aux réalités subjectives et spirituelles spécifiquement propres à l'homme et aux groupes humains.
