

SOCIÉTÉ DE DÉMOGRAPHIE HISTORIQUE

**ANNALES  
DE  
DÉMOGRAPHIE  
HISTORIQUE  
1996**

MORBIDITÉ, MORTALITÉ, SANTÉ

*Ouvrage publié avec le concours  
du Centre National de la Recherche Scientifique*

ÉDITIONS DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SCIENCES SOCIALES

## TERRITORIALISATION DU RISQUE SANITAIRE :

### ***Les "immeubles tuberculeux" de l' îlot insalubre Saint Gervais(1894-1930)***

Yankel FIJALKOW

Que l'apparition du concept de santé publique dans les champs scientifique et politique coïncide avec la délimitation de territoires singuliers, de nombreux récits en témoignent<sup>1</sup>. Depuis la première vague d'épidémie de choléra à Paris (1832), jusqu'à la dernière lame de fièvre typhoïde (1882), les outils statistiques et cartographiques permettant l'identification de "*territoires dangereux*" se perfectionnent, définissent les possibilités de se prémunir contre la *contagion*, énoncent des principes pour une conception *hygiénique* de l'aménagement urbain. Cette idée de *contagion* et de *diffusion*, préalable à la délimitation de tels espaces, mérite d'être soumise à examen pour comprendre les méthodes d'un urbanisme "assurantiel", présenté comme un volet de la politique sanitaire.

#### ***Reconnaissance de territoires mortifères.***

Quelques étapes significatives permettent d'identifier les modes de reconnaissance de ces territoires singuliers et leur impact sur la définition des politiques.

Les premières réflexions relatives aux territoires dangereux pour la santé publique sont introduites au début du 19<sup>ème</sup> siècle. Elles dénoncent à parts égales certaines constructions privées, les densités excessives, les vicissitudes de l'espace public. En 1832, la commission du Conseil Départemental d'Hygiène et de Salubrité du Luxembourg<sup>2</sup>, singulièrement connue pour son dynamisme, livre de ses enquêtes dans toutes les maisons frappées par le choléra des conclusions sans appel : "*le défaut de proportion entre la largeur des rues et la hauteur des édifices, la multiplicité des rues étroites et non alignées ont pour effet nécessaire de rendre les habitations humides et malsaines en les privant de l'exposition au soleil et du renouvellement continu de l'air.(...) Certes il n'y a aucune comparaison à faire, aucune identité à établir sous le rapport de la salubrité, de la ventilation, des habitudes de la population et de sa densité entre la rue Saint-Merri et la rue Guisarde, cependant la mortalité est la même pour toutes les deux(...) Ce sont ces maisons, la plupart hautes de cinq étages, larges de 6 à 7 mètres de façades et n'ayant point de cour qui ont donné 4,6, 10 et 11 décès. Ce sont enfin leurs habitants (146 000) le cinquième de la population qui entrent à eux seuls pour le tiers de la mortalité cholérique (6492 décès) ... parce que nul autre part l'espace n'est plus étroit, la population pressée, l'air plus malsain, l'habitation plus dangereuse et l'habitat plus misérable "*<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Pour Paris, CHEVALIER L. " *Classes laborieuses, classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle*". Paris, Plon, 1958,566 p.

<sup>2</sup> Institution mise en place par le Préfet de Police Dubois ces commissions de quartier composées des notables locaux et du commissaire de police, visitent systématiquement leurs quartiers depuis 1802 pour apporter des conseils de salubrité aux habitants.

<sup>3</sup> Conseil d'Hygiène Publique et de Salubrité de la Seine .*Rapport sur la marche et les effets du choléra morbus dans Paris et le Département de la Seine*, 1832, p.15.

On attend de ses constats une importante intervention publique consistant comme le prévoit un ingénieur précurseur "à désagglomérer la population dangereuse, vicieuse ou misérable des quartiers de la Cité, des Halles, des Arcis, Saint Victor"<sup>4</sup>, à percer des voies nouvelles. Mais cette action, entreprise sous le Second Empire, concerne peu les quartiers mortifères plutôt confiés à une Commission des Logements Insalubres de Paris Cette assemblée, qui rassemble notamment des élus municipaux, des architectes et des médecins, est chargée par une loi de 1850 d'arbitrer les conflits entre propriétaires et locataires obligeant le cas échéant les bailleurs à réaliser des petits travaux d'amélioration : ouvertures de fenêtres, amélioration des évacuations, réfection du clos et du couvert... Il ne faut à cette commission qu'une année d'exercice pour déclarer son impuissance face à certaines agglomérations urbaines. Dans les rues étroites et sinueuses de l'ancien 12<sup>ème</sup> arrondissement (rues Saint Jacques, Jardins des Plantes, Saint Michel) "rien ne changera si l'on n'entreprend pas de grands travaux"<sup>5</sup>. Faute d'une intervention publique forte, la commission concentre ses efforts sur les équipements sanitaires (eau salubre et fosses fixes), les réseaux et la solidité des constructions : "Les causes de l'insalubrité les plus fréquentes et les plus graves sont l'humidité, le défaut d'air et de jour, l'absence d'eau salubre, le mauvais état des planchers, des parquets ou des carrelages, les infiltrations par les toitures, l'exiguïté des pièces habitées, l'encombrement, l'insuffisance de hauteur des plafonds, l'absence de cheminées, le défaut de tirage des tuyaux de fumée, la mauvaise installation des fosses fixes."<sup>6</sup> Ingénieurs et agents voyers jusqu'alors discrètement associés à la lutte contre les maladies régnantes entrent au devant de la scène et portent une attention vigilante à la question des réseaux sanitaires. Un inventaire statistique des immeubles présentant un danger pour la santé publique paraît alors plus que jamais nécessaire<sup>7</sup>.

En 1894, le système d'enregistrement des décès est fortement amélioré sur le plan géographique, et une organisation spécifique destinée à ausculter l'état des 70.000 immeubles d'habitation se met à l'oeuvre. Le *casier sanitaire des maisons de Paris*, mis en place sous l'autorité du Préfet Eugène Poubelle après bien des vœux et pétitions du Conseil Municipal répond à cette volonté de surveiller en même temps le parc immobilier et les vagues d'épidémies. Huit feuilles pré-codées comportant une description et un croquis de la maison (équipements sanitaires), une statistique démographique (décès par maladies transmissibles ou non), le relevé des opérations de désinfection, l'état de propreté des équipements communs, les systèmes de vidanges, la nature de l'eau distribuée (...) permettent de dépasser les statistiques jusqu'alors établies à l'échelle des quartiers administratifs par les recensements. Grâce aux bulletins de décès transmis par un Bureau de la Statistique Municipale<sup>8</sup>, les services d'hygiène disposent d'un outil pour identifier les îlots et les immeubles dangereux. Ces

---

<sup>4</sup> PERREYMOND G. Etudes sur la Ville de Paris *Revue Générale de l'Architecture et des travaux publics*, année 1842. Colonne 545.

<sup>5</sup>Préfecture de la seine. Direction des affaires municipales *Note sur l'organisation et le fonctionnement du bureau de l'assainissement et de l'habitation* par MM P. JUILLERAT et A. LEVY-DORVILLE. 65 p. (p 15) L'ouvrage reprend la jurisprudence de la Commission des Logements Insalubres depuis 1851.

<sup>6</sup>Ibid, p 32

<sup>7</sup> En opposition à une statistique des conditions de logement et du surpeuplement mise en oeuvre dès 1891. Y.FIJALKOW " *Mesurer l'hygiène urbaine. Logements et îlots insalubres, Paris 1850-1946*" Thèse EHESS 1994.

<sup>8</sup>Selon une note de service de 1915, le service de statistique municipale dirigée par Jacques BERTILLON transmet chaque jour au service technique de l'hygiène de l'habitation dirigé par Paul JUILLERAT, les feuilles établies par les médecins de l'Etat Civil chargés du constat des décès. La première concerne les décès causés par la tuberculose pulmonaire, la seconde les autres maladies transmissibles, la troisième feuille les décès occasionnés par le cancer. La note précise que seuls les décès des personnes domiciliées à Paris, soit dans des maisons de rapport, soit dans des hôtels meublés figurent sur ces feuilles.

statistiques, initialement conçues pour participer selon le mot de G. Jacquemet à la "bataille du tout-à-l'égout"<sup>9</sup> opposant les représentants des propriétaires et le nouveau pouvoir hygiéniste, se concentrent à partir de 1905 sur le phénomène de la répartition de la tuberculose dans les immeubles parisiens <sup>10</sup>.

### ***De la contagion à la diffusion***

Ce principe d'une étude de la répartition de la tuberculose dans le tissu urbain peut surprendre. Le caractère facultatif de la déclaration de cette maladie (loi de 1892), l'absence d'une définition nette de la notion d'immeuble sont autant d'obstacles à la fiabilité de ces statistiques. Peu importe ! On découvre en 1905 que *"101. 000 décès se répartissent dans 39.477 maisons dont 34 214 maisons où le nombre de décès est inférieur à 5 (groupe 1), 4 443 maisons où le nombre de décès est compris entre 5 et 9 ( groupe 2) 820 maisons où le nombre de décès est supérieur à 10 ( groupe 3)"*<sup>11</sup>. Plus exactement (et en valeur relative !) six îlots <sup>12</sup> soit au total 1.600 maisons et 59.000 habitants subissent entre 1894 et 1904, 4.800 décès. Le taux de mortalité par tuberculose, 800 pour 100.000 habitants, selon les rapports du casier sanitaire, est le double de la moyenne parisienne; 80 pour cent des immeubles de ces secteurs sont considérés comme tuberculeux !

L'idée de contagion s'installe dans les esprits et supprime définitivement les conceptions classiques de l'hérédité de la tuberculose. On intègre notamment les leçons de Louis Renon consacrées aux "maladies populaires" à la Faculté de Médecine de Paris<sup>13</sup>. Cette perspective reflète l'inquiétude relative à la circulation des hommes et à la densité des rapports sociaux dans une ville en forte expansion démographique. Elle connaît ainsi un succès important. Renon insiste en particulier sur la représentation en apparence anodine du "tuberculeux" : *"Toutes les autres maladies ont une évolution limitée. pendant une semaine, 2 semaines, un mois, deux mois, il est possible de surveiller le malade, de régler ses rapports avec le monde extérieur, de désinfecter chaque objet qu'il aura touché, puis après terminaison de la maladie, par décès ou guérison, désinfecter soigneusement le logement et le mobilier. Pour la tuberculose rien de semblable. Le tuberculeux sauf dans la dernière période de son mal n'est pas alité. il va et vient, vaque à ses occupations pendant des mois, des années mêmes. et pendant ce temps partout où il passe et séjourne, il tousse, crache, répandant autour de lui par millions les bacilles meurtriers"*.<sup>14</sup>

La découverte des îlots insalubres apporte à ce regard une dimension immobilière et urbaine, permettant de localiser l'individu dangereux. Selon Paul Juillerat, dirigeant de 1894 à 1920 les services d'hygiène et maître d'oeuvre du casier sanitaire , *"les quartiers où la tuberculose s'établit à demeure sont les quartiers où les logis sont obscurs et mal aérés. Toutes les autres causes invoquées jusqu'ici, la misère, l'alcoolisme, le vice sous toutes ses formes sont*

---

<sup>9</sup>JACQUEMET G. " La bataille du tout à l'égout à la fin du XIX ième siècle" *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*. Paris 1979.

<sup>10</sup> *Rapports sur la répartition de la mortalité par tuberculose pulmonaire dans les maisons de Paris depuis le 1 er janvier 1894 jusqu'au 1 er janvier 1910*, Préfecture de la Seine 1894-1908 (12 volumes). Le titre du volume change en 1905 *Rapports sur la répartition de la tuberculose pulmonaire dans les maisons de Paris* et en 1906 : *Rapports sur la répartition de la mortalité par tuberculose pulmonaire et par cancer dans les maisons de Paris ..*

<sup>11</sup> *Rapports sur la répartition de la tuberculose pulmonaire dans les maisons de Paris*, 1905, p 59.

<sup>12</sup> Saint Merri -3 et 4èmes arrondissements- Saint-Gervais -4 ème-, Saint Victor -5 ème-, Plaisance -14 ème- Combat-Villette -19 ème-, Sainte Marguerite -11 et 12 ème-

<sup>13</sup> *"Les maladies populaires, vénériennes, alcoolisme, tuberculose."* Masson 1905.

<sup>14</sup> Cité par Paul JULLERAT, " *une institution nécessaire : le casier sanitaire des maisons de Paris*", 1906, p 12.

*des causes secondaires si on en compare l'effet à la privation d'air et surtout de la lumière solaire*".<sup>15</sup> Selon cet auteur, considéré comme un expert par les édiles, les modes de vie et la façon d'habiter ont peu d'effet sur la maladie : " *de nos recherches antérieures nous avons cru pouvoir déduire que tout en reconnaissant l'influence du surpeuplement, il fallait attribuer une influence prépondérante à l'absence d'air et surtout de lumière dans les logements. Un logement ensoleillé même s'il est surpeuplé sera toujours moins dangereux qu'un logement obscur ce dernier renfermant un nombre moitié moins grand d'habitants*"<sup>16</sup> .

Ce refus d'une causalité sociale va de pair avec un désintérêt pour les occupants des îlots insalubres. Même si certains édiles identifient ces sites à l'implantation de populations étrangères, flottantes, ouvrières, et s'inquiètent de la densité des débits de boissons, aucune statistique ne permet en dehors du recensement, peu exploité à cette échelle, d'établir leurs caractéristiques démographiques. La quantification s'exerce en priorité sur l'immeuble tuberculeux susceptible d'en contaminer d'autres : " *presque jamais une maison à forte mortalité n'est isolée. Dans la presque totalité des cas, les maisons contiguës à des immeubles contaminés sont également frappées avec plus ou moins de sévérité. Le résultat est la formation de véritables îlots infectés*"<sup>17</sup> .

Une telle affirmation pouvait-elle ignorer les inflexions progressives de la maladie même dans les îlots insalubres ? Si l'on se réfère aux éléments donnés par les Annuaire Statistiques de la Préfecture de la Seine, la tuberculose pulmonaire (hors bronchites, broncho-pneumonies de l'enfance...) concerne en 1906, 10.300 habitants soit 372 décès pour 100.000. En 1920, la maladie a définitivement atteint 6.600 individus soit 228 pour 100.000. Dans les îlots insalubres le taux de décès tuberculeux passe dans la même période de 806 (425 décès) à 350 ( 244 décès ) pour 100.000 habitants.

Mais les élus et les techniciens s'attachent peu à ces statistiques qui ne traduisent pas l'attention accrue qu'ils portent aux secteurs dangereux et plus particulièrement aux immeubles dont ils demandent la démolition<sup>18</sup>. En 1920, malgré la baisse générale et continue des taux de décès par tuberculose et le doute concernant les chiffres d'une affection dont la déclaration est facultative, la thèse d'une diffusion de la maladie est officiellement confirmée. Après une déclaration du Préfet de la Seine<sup>19</sup>, la tuberculose en extension dans de nouveaux sites, doit conduire le conseil municipal à élargir le périmètre des six îlots insalubres repérés en 1906. Il définit aussi l'emprise de 11 îlots supplémentaires qui représentent désormais 4.290 immeubles et 186.594 habitants.

Cette affirmation d'une extension spatiale contraire à de nombreuses statistiques peut être expliquée par la conjoncture législative. Le mouvement hygiéniste d'après-guerre découvre avec beaucoup d'enthousiasme l'adoption d'une nouvelle loi punitive sur l'expropriation pour cause d'insalubrité à l'encontre des propriétaires<sup>20</sup>. Cette procédure doit remplacer la politique d'amélioration des logements menée par la Commission des Logements Insalubres depuis la loi de

---

<sup>15</sup>Rapports sur l'évolution de la tuberculose et du cancer, 1907, p.55 et suivantes.

<sup>16</sup> ibid.

<sup>17</sup> ibid.

<sup>18</sup> Rapport et document du Conseil Municipal sur les îlots insalubres au nom de la 6<sup>ème</sup> commission, 15 novembre 1923 pages 68 et suivantes.

<sup>19</sup> Discours de M.Le Préfet AUTRAND au conseil municipal le 23 décembre 1921.

<sup>20</sup> Loi du 17 juin 1915.

1850. Jugée plus rapide, elle est présentée par ses promoteurs comme l'un des volets de l'intervention sanitaire des municipalités<sup>21</sup>. En tout état de cause, les investissements financiers qui lui sont concédés sont bien plus importants que ceux relevant d'une politique de prévention et d'éducation populaire menée par les dispensaires anti-tuberculeux.<sup>22</sup> On s'intéresse moins à la population qu'au parc immobilier, à la progression de la maladie qu'à la répartition géographique des décès menée grâce à l'identification des "maisons meurtrières".

### ***La diffusion de la tuberculose dans l'îlot insalubre Saint-Gervais***

Le cas du secteur insalubre Saint-Gervais, classé deuxième au rang des îlots mortels en 1906 puis agrandi et classé 16<sup>ème</sup> en 1920, présente un cas intéressant de "diffusion" de la tuberculose.

En 1906, à quelques centaines de mètres de l'hôtel de Ville, en plein coeur du quatrième arrondissement, une centaine de bâtisses édifiées à la fin du XVI<sup>ème</sup> siècle, se pressent sur un parcellaire étroit, laissant entrevoir quelques cours de dimensions réduites. Elles enserrent un établissement d'éducation secondaire, le lycée Charlemagne, ainsi que l'hôtel de Sens. L'îlot, bordé par la rue Saint Antoine au Nord, la Seine au Sud, la rue Saint Paul à l'Est, les rues de Foucry et Nonnains d'Hyères à l'Ouest apparaît comme un petit quartier parisien isolé du centre ville tout proche. Les problèmes de circulation sont, selon les documents municipaux de l'époque, assez rares : la plupart des rues ont au moins 10 mètres de large, un maximum trop rarement atteint, dit-on, dans ce type de tissu. On remarque une importante vitalité commerciale dont selon les rapports municipaux une proportion importante de débits de boisson correspondant d'ailleurs à autant d'hôtels meublés. Ces établissements, surveillés par la Préfecture de Police depuis une ordonnance de 1878, sont souvent d'anciens immeubles de rapport divisés en chambres individuelles pour mieux rentabiliser l'espace. Loués à la journée ou à la semaine, ils échappent au champ des loyers d'habitation réglementés depuis la guerre. Au début du siècle, une population de passage et de petits métiers guettés par la précarité économique tels les travailleurs des Halles ou les émigrants à la recherche d'un abri temporaire, y élit domicile. En 1909, le conseiller municipal Badini-Jourdin évoque ces immeubles lorsqu'il déplore devant son assemblée, "*le manque d'hygiène et de sécurité du quartier Saint-Gervais*" qui se manifeste "*à proximité du lycée de jeunes filles Charlemagne par des étrangers qui méconnaissent les lois de l'hygiène et louent clandestinement à leurs compatriotes d'infects taudis.*"<sup>23</sup> Ce discours largement diffusé dans le Conseil Municipal de Paris de 1909 à 1930 désigne l'émigration juive d'Europe de l'Est. Il s'adresse directement à la Préfecture de Police, accusée de laxisme, afin que celle-ci cède à la Préfecture de la Seine, les compétences qu'elle exerce envers ce type d'établissement.

Quoiqu'il en soit, l'îlot Saint-Gervais apparaît selon les rapports du casier sanitaire concerné par une nette surmortalité tuberculeuse :

- 1905 : 692 pour 100.000 habitants (Paris: 372),
- 1920 : 339 pour 100.000 (Paris: 228),

---

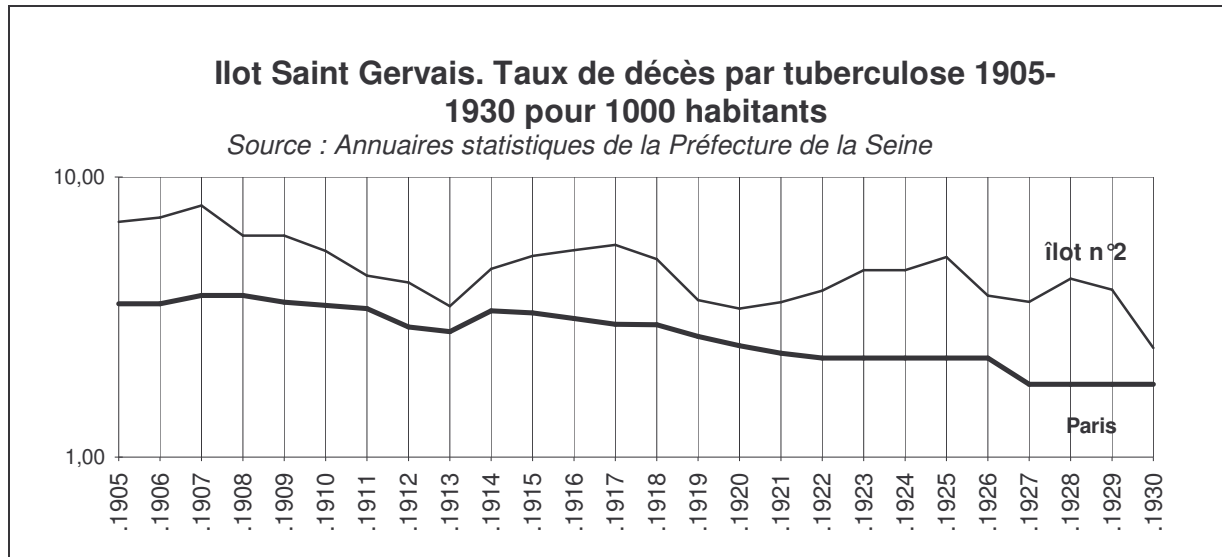
<sup>21</sup> FILASSIER A. "*De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène,*" Paris, Jules Rousset, 1902, 500p, "*La loi sur la protection de la santé publique.*" Travaux législatifs, guide pratique et commentaire. Paris Jules Rousset, 1905, 430p.; JUIILLERAT P. et L.BONNIER "*La tuberculose et l'habitation*" Congrès International de la tuberculose, 1905.

<sup>22</sup>SELLIER H. "*la lutte contre la tuberculose dans le Département de la Seine, 1896-1927. Le rôle de l'Office Public d'Hygiène Sociale*", Paris Imprimerie Chaix 1928.

<sup>23</sup> BADINI-JOURDIN, 1909, rapports et documents du Conseil Municipal, n°108, relatif à la sécurité et à l'insalubrité du quartier Saint-Gervais, p 2

- 1930 : 245 pour 100.000 (Paris : 196).

Cette singularité est maintenue au cours de la période malgré une baisse des taux de décès tuberculeux et un rapprochement entre le secteur et l'ensemble de Paris. Elle persiste aussi par ses évolutions démographiques marquées par une très faible dépopulation, contraire aux évolutions du quartier administratif Saint-Gervais et du 4<sup>ème</sup> arrondissement qui connaissent un dépeuplement important.



Un tel phénomène, dû comme nous le verrons plus loin à l'augmentation de la population vivant dans les hôtels meublés, nombreux dans le périmètre de l'îlot, peut-il expliquer le phénomène de "diffusion de la tuberculose" ? Cette question nous conduit à étudier dans les registres du casier sanitaire les états statistiques qui enregistrent pour chacun des immeubles (maisons de rapport ou hôtels meublés) la population présente en 1901, 1911, 1926 et depuis la période 1894-1904 jusqu'en 1930, le nombre annuel de décès tuberculeux<sup>24</sup>.

#### *L'existence de maisons meurtrières*

L'existence d'un milieu pathogène constitue dans la littérature technique et administrative de l'époque, un fondement au principe de contagion.

L'apparition, dans les nombreux rapports du casier sanitaire, du terme de "maisons meurtrières" date des premiers rapports au Préfet, dès 1905. Il est y mentionné que ces immeubles comportent non seulement plus de 5 décès dans la période 1894-1904, mais que le mal, "établi à demeure", persiste avec des taux supérieurs à la moyenne. Selon ces rapports, 77 des 89 immeubles qui composent l'îlot Saint-Gervais méritent ce qualificatif.

L'absence d'une définition de la notion d'immeuble dans ces documents nous a conduit pour notre part à dénombrer sur la base du registre du casier sanitaire 107 parcelles individualisables, comprenant un ou plusieurs corps de bâtiments, une ou plusieurs arrières-cours, et au moins un numéro d'accès à la voie publique. Sur ces 107 unités que nous qualifierons aussi d'immeubles, on relève à peine une vingtaine de parcelles présentant un nombre de décès tuberculeux supérieur ou égal à 5 pour la période 1894-1904. Peu de traits communs

<sup>24</sup> Archives de la Préfecture de la Seine, 1427 W liasse 40.

réunissent ces immeubles, localisés de part et d'autre du périmètre, à l'exception d'un seul : l'appartenance pour la moitié d'entre eux à la catégorie des hôtels meublés.

Les différents rapports du casier sanitaire ne se sont guère privés d'évoquer ce type d'habitat et de dénoncer, pour le compte du Conseil Municipal de Paris, le "laxisme" avec lequel la Préfecture de Police exerce la surveillance de ces immeubles. Cette querelle recouvre sans doute en partie des débats importants sur l'immigration et les populations dites flottantes. L'îlot Saint-Gervais est loin d'échapper à cette règle qui s'avère selon les registres du casier sanitaire refléter une certaine réalité : la mortalité tuberculeuse représentée dans les hôtels meublés (enregistrés comme tels en 1926<sup>25</sup>), le double des décès enregistrés dans les autres immeubles du périmètre. Contrairement aux tendances générales de l'îlot, le nombre d'habitants de ces établissements augmente entre 1901 et 1926.

**Tableau 1.**  
**Evolution de la population et de mortalité tuberculeuse**  
**selon les types d'immeubles.**

	Population			Décès tuberculeux		
	1901	1911	1926	1894-1904	1905-1917	1918-1930
Hôtels meublés	939	1070	982	106	121	65
<i>Tx de décès p 1000</i>				<i>11,29</i>	<i>9,42</i>	<i>5,52</i>
Maisons de rapport	4613	4476	4274	205	201	166
<i>Tx de décès p 1000</i>				<i>4,44</i>	<i>3,74</i>	<i>3,24</i>
Total	5552	5546	5256	311	322	231
<i>Tx de décès p 1000</i>				<i>5,60</i>	<i>4,84</i>	<i>3,66</i>

Mais si le maintien d'un taux élevé de décès tuberculeux dans ce type d'immeuble peut conduire à le qualifier de meurtrier, une durée s'impose pour diagnostiquer un mal établi à demeure.

Celui-ci, qui ne peut guère être reconnu grâce au nombre absolu de morts en raison des variations de population, doit se référer pour les périodes considérées (1894-1904, 1905-1917; 1918-1930) à la moyenne des taux de décès tuberculeux dans l'ensemble de l'îlot Saint-Gervais. En 1905, 42 immeubles "meurtriers" dépassent le seuil critique de 5,60 décès pour 1000. Mais ils ne sont en 1918 que 46 à dépasser le seuil de 4,84 décès tuberculeux pour 1000, et comptent pour moitié des maisons non repérées comme "meurtrières" en 1905. On constate des phénomènes identiques en 1926, si bien qu'en définitive à peine 15 immeubles des 42 repérés en 1905 constituent en 1926 le "noyau dur" des "immeubles tuberculeux" (voir schéma)

Comparer ces immeubles du "noyau dur", à d'autres parcelles présentant une moins forte régularité permet de confirmer trois hypothèses ( tableau n°2, en annexe).

- Globalement, le classement des immeubles en trois catégories selon la surmortalité lors des trois périodes, de deux périodes seulement ou d'une seule au plus, restitue une hiérarchie à l'intérieur du périmètre. Il apparaît en effet que le taux annuel de décès tuberculeux est plus fort dans les immeubles repérés à la fois en 1905, en 1917 et en 1930 ( 10,1 pour 1000) que dans ceux identifiés à

<sup>25</sup> En 1905, on compte selon les rapports du casier sanitaire 10 hôtels meublés dans ce périmètre.

deux périodes seulement ( 6,3 pour 1000). Un tel phénomène confirme bien la réalité d'un "noyau dur" d'immeubles dont la mortalité tuberculeuse est deux fois plus élevée que l'ensemble du secteur.

- Au sein du "noyau dur", les hôtels meublés constituent plus de la moitié des immeubles et de la population. Avec des taux annuels de décès variant de 18,2 à 7,7 pour 1000, ils représentent 50% à 70% des morts tuberculeux. Mais force est de constater que la baisse des taux de décès par tuberculose est bien plus sensible dans ce type d'établissement que dans les autres maisons de rapport.

- Cette importante décade de la maladie, notamment dans les hôtels meublés concernés par une surmortalité continue de 1904 à 1930, accompagne une augmentation du nombre d'habitants pendant cette période. Ces résultats contrastent avec ceux des immeubles de rapport traditionnels qui perdent entre 1901 et 1926, 0,12% à 0,51% habitants par an et connaissent un affaiblissement moins spectaculaire de la mortalité tuberculeuse. On peut supposer alors que la méthode consistant à définir les immeubles dangereux par le nombre absolu de décès (5 ou plus) traduit moins la volonté de surveiller de près les évolutions de la maladie que celle de cerner l'expansion démographique des hôtels meublés.

En définitive, la faible part (15%) d'immeubles présentant une surmortalité tout au long de la période étudiée, la résorption progressive des décès tuberculeux dans les hôtels meublés, l'indépendance entre la variation de population et la mortalité étaient analysables à l'époque. Mais sa correspondance avec des conflits sociaux et institutionnels étaient certainement trop forte pour assouplir la thèse des immeubles meurtriers : querelle de compétence entre le conseil municipal et la Préfecture de Police, discussions relatives à la mise en oeuvre d'un urbanisme attentatoire à la propriété privée<sup>26</sup>, volonté de prendre ou non en compte les besoins plus généraux de qualité de vie relevant de la population. Ces éléments fondateurs d'une définition d'immeubles pathogènes, solidement légitimés par la notion de contagion conduisent à définir des périmètres d'extension de la tuberculose.

#### *Contagion et diffusion spatiale de la tuberculose.*

Si le mécanisme de contagion peut être mesuré par l'évolution des taux de décès à l'intérieur d'un espace donné, de nombreuses statistiques en prouvent désormais l'inexactitude. Sans relever la baisse générale des taux de décès qui affectent non seulement l'ensemble de l'îlot insalubre mais aussi les immeubles les plus meurtriers, le fait même qu'à peine un tiers des 42 immeubles découverts en 1905 s'avèrent encore dangereux en 1930 contribuent à en asséner la preuve.

Mais la logique statistique et administrative est peu sensible à cette raison, proposant à l'inverse, d'additionner aux immeubles meurtriers découverts lors de chaque bilan ceux qui ont été relevés à la phase précédente. Il en résulte, selon le mot de Juillerat de "*véritables îlots infectés*", qui se traduisent par une proportion importante d'immeubles dangereux (79 sur 107) connaissant en 1905, en 1911, ou en 1926 un taux de décès tuberculeux supérieur à la moyenne de la période. Traduit en valeur absolue selon le critère adopté dans les rapports du casier sanitaire, 95 immeubles (sur un total de 107) comptent à chaque période 5 décès ou plus.

---

<sup>26</sup> GAUDIN J.P " *L'avenir en plan, technique et politique dans la prévision urbaine*", Paris, Champs Vallon, 1985, 210p

La carte représentant ces vagues de contagion de 1905 à 1930, établie sur la base de cette règle du cumul, polarise alors l'attention vers de nouveaux espaces. Mais les directions géographiques de l'épidémie, nettement divergentes d'une période à l'autre, conduit à invalider la règle de proximité, tendant à supposer que les immeubles meurtriers pourraient "contaminer" des bâtiments sains.

En 1905, la réflexion se porte principalement à l'Ouest sur deux îlots de part et d'autres de la rue du Figuier, ainsi qu'aux alentours du Lycée Charlemagne. En 1911, l'extension de la tuberculose concerne plutôt l'Est du périmètre en particulier la rue du Jardin Saint Paul. La "vague" de 1930, concerne moins une direction précise que les vides laissés lors des périodes antérieures : autour de l'hôtel de Sens, rue du Prévôt, à l'Est de la rue Charlemagne, rue du Jardin Saint Paul. Un large périmètre en extension se dessine et préfigure une vaste opération de démolition de "*l'îlot mortel*". L'homogénéité de ce contour justifie l'extension vers l'ouest du périmètre d'insalubrité décidée en 1920, au nom de la santé publique. Il est complété à la fin des années 1930 par le projet de démolition des abords de la rue Saint-Antoine et de la rue Saint-Paul, peu concernés selon le casier sanitaire par la présence d'immeubles meurtriers, mais nécessaires selon les documents d'urbanisme à l'aménagement de l'ensemble du secteur.

### **Conclusions :**

La statistique du casier sanitaire ne mériterait pas une ligne s'il fallait ne s'attarder qu'à corriger ses erreurs<sup>27</sup>, alors que les choix qui président à sa mise en oeuvre conduisent à d'importantes réflexions relatives à l'épidémiologie des milieux et à la territorialisation du risque sanitaire.

Comment cet outil statistique, inventoriant dès 1894 les caractéristiques d'un nombre important d'immeubles et disposant de la capacité à établir un lien entre les qualités de l'espace bâti et les taux de mortalité, a-t-il été réduit, dès 1905, à un simple repérage géographique des décès tuberculeux ? Pourquoi a-t-on conservé tout de même l'idée qu'il existe des immeubles meurtriers ?

Une telle démarche, qui peut sembler étrange à l'épidémiologie moderne, introduit celle de la *territorialisation du risque*, c'est à dire le processus d'*inférence spatiale* par lequel des qualités générales de l'espace définissent celles des habitants. Il fallait bien que les îlots insalubres soient globalement identifiés comme des lieux privés d'air et de lumière entretenant le bacille de Koch, pour que leur taux de décès tuberculeux et le nombre d'immeubles concernés soient importants. Ce système de pensée qui écarte méthodiquement les caractéristiques des populations résidentes (âges, modes et conditions de vie, mobilités géographiques<sup>28</sup>) en vient à supposer qu'un simple repérage des taux de décès et donc l'identification d'immeubles meurtriers permet de localiser l'individu dangereux : figure du tuberculeux et de ses allées-venues décrites par Renon.

Si nous avons essayé de montrer comment une telle démarche pouvait être invalidée en adoptant ses propres critères (part d'immeubles "*où le mal est établi*

---

<sup>27</sup>BEZANCON F. ,BOULENGER P. et A.C MACLOUF "*Résultats de nos enquêtes sur les îlots insalubres d'habitation de la ville de Paris et la tuberculose pulmonaire*", Ministère de la Santé Publique, Mars 1946.

<sup>28</sup> Quand bien même on peut constater dans les foyers les plus meurtriers une nette tendance à la baisse des taux de décès.

à *demeure*", cartographie des vagues de l'épidémie), il n'en reste pas moins que le processus d'inférence spatiale, se donnant une caution scientifique, choisit ses propres échelles de mesure (l'immeuble plutôt que le logement ou le ménage) en fonction des situations institutionnelles et sociales. Obligé en vertu d'une loi sur l'expropriation pour cause d'insalubrité, d'identifier des immeubles meurtriers, le casier sanitaire n'est pas exempt de l'*erreur écologique* qui conduirait à identifier sur la base d'autres critères géographiques (par exemple l'îlot tel que défini aujourd'hui par l'INSEE) d'autres secteurs meurtriers.

Il résulte de cette remarque que loin d'être un mal scientifique, la territorialisation du risque trouve ses racines dans les processus politiques et institutionnels de définition de l'*utilité publique* : attitudes face au peuplement, à la densité<sup>29</sup>, à l'immigration, aux hôtels meublés... A ce titre, la tuberculose, première cause de décès dans la région parisienne, occupe dans les débats nombreux relatifs à l'urbanisme naissant du début du 20<sup>ème</sup> siècle, une place de choix. Elle permet tout en proposant un aménagement extensif attentatoire à la propriété privée et le traitement des espaces en difficulté dans la ville ( secteurs, quartiers, îlots), de suggérer à l'ensemble des citoyens un urbanisme réducteur de risque.

---

<sup>29</sup>Y. FIJALKOW "Les usages de la notion de densité résidentielle, les enjeux de l'intervention publique à Paris, 1850-1946". *Annales de la Recherche Urbaine*, 67,1995, p 84-94

**Tableau n°2**  
**Evolution de la population et des décès tuberculeux**  
**Dans trois groupes d'immeubles.**

	Immeubles	Population en 1901	Population en 1911	Population en 1926	Décès 1894-1904	Décès 1905-1917	Décès 1918-1930
Surmortalité en 1905, 1917, 1930.  Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	15	783	782	695	107  13,6	102  10,8	66  7,9
<i>dont hôtels meublés.</i>  Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	8	346	445	374	63  18,2	70  13,1	35  7,7
Surmortalité à deux périodes seulement.  Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	23	928	901	902	57  6,1	89  8,2	62  5,7
<i>dont hôtels meublés.</i> Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	8	207	189	212	29  14,0	27  11,9	16  6,2
Autres immeubles  Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	69	3841	3863	3659	147  3,8	131  2,8	103  2,3
<i>dont hôtels meublés.</i> Tx annuel de décès tuberculeux pour 1000	13	386	436	396	14  3,6	24  4,5	14  2,9

TOTAL. Tx de décès tuberculeu x pour 1000.	107	5552	5546	5256	311 5,6	322 4,8	231 3,6
<i>dont hôtels meublés.</i> Tx de décès tuberculeu x pour 1000	29	939	1070	982	106 11,2	121 9,4	65 5,5