



## Le syndrome nataliste : étude de l'hérédité, pédiatrie et eugénisme en France (1920-1960)

**A**u pays de Lamarck, Bernard et Pasteur, il n'y a eu ni mendélisme, ni eugénisme sélectionneur. Avec son mouvement eugéniste obsédé par la question de la natalité et s'appuyant sur une biologie marquée par l'hérédité de l'acquis et la physiologie de l'adaptation, la France de la première moitié du siècle offre un contraste marqué avec les configurations britannique ou américaine du débat sur l'hérédité pathologique. Adolphe Pinard, figure emblématique de la puériculture et membre fondateur de la Société Française d'Eugénisme, n'écrivait-il pas en 1901 : « L'hérédité si puissante qu'elle soit n'est pas tout dans le monde vivant. [La matière vivante] n'est vivante qu'à la condition de réagir contre les actions extérieures et cette réaction ne peut se faire que par l'adaptation ou l'accommodation aux conditions ambiantes. Or cette adaptation tend à modifier les êtres et à les transformer. Quelle est la force qui doit les modifier et les transformer heureusement ? C'est l'éducation, cette puissance rivale de l'hérédité » [1].

Les travaux des historiens qui se sont intéressés soit au mouvement eugéniste, soit au sort de la génétique en France ont généralement confirmé cette exception (pour revue, voir [2, 3]). Là où l'eugénisme britannique a été dominé par la question de la

reproduction des classes inférieures et les études statistiques des biométriciens, là où l'eugénisme américain a été marqué par les affrontements raciaux et le mendélisme, l'eugénisme français a été dominé par les problèmes de démographie et la problématique de l'adaptation au « milieu ». Jusqu'à la fin des années 1930, les spécialistes français de « l'hérédité morbide » se sont donc aussi peu intéressés au mendélisme qu'au contrôle des naissances et aux stérilisations (pour une mise en perspective internationale de l'eugénisme français, voir [4]; sur l'Angleterre et les États-Unis, voir [5]; sur l'Allemagne, voir [6]). Fondée sur une combinaison d'histoire sociale et d'histoire de la biologie, cette interprétation mérite d'être complétée, si ce n'est amendée, par un regard plus direct sur l'histoire de la médecine et des pratiques médicales. C'est du moins ce que suggère la comparaison des trajectoires de trois pédiatres parisiens proposée ici.

### Eugène Apert, l'hérédité morbide et les maladies familiales

Eugène Apert est un élève d'Adolphe Pinard (figure 1). Médecin aux Enfants Malades, il participe à la fondation de la Société Française d'Eugénisme. Pendant l'entre-deux-guerres, il mène une intense activité de publiciste, écri-

vant sur les maladies familiales et congénitales, l'hygiène de l'enfance, les malformations, les jumeaux, l'examen prénuptial, l'immigration (pour revue, voir [4]; pour une discussion des positions théoriques d'Apert, voir [7]). En raison de ses responsabilités et de ses prises de position, Apert est

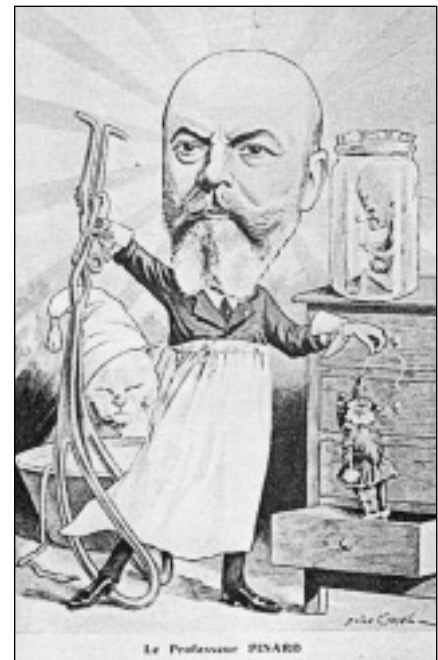


Figure 1. Caricature du professeur Pinard (Bibliothèque de la Faculté de Médecine, Paris).

un bon représentant de ces hygiénistes qui, avant la Seconde Guerre mondiale, ont fortement marqué les débats sur la santé. En 1919, il publie « l'hérédité morbide » [8]. Le cœur du livre est une présentation des modes de transmission qui caractérisent les fléaux privilégiés par les hygiénistes: l'imprégnation toxique à l'origine de la transmission familiale de l'alcoolisme, l'héredo-infection typique de la tuberculose et de la syphilis, ou les dégénérescences responsables des maladies du système nerveux.

Toutefois, à côté des « héredo-intoxications » et des « héredo-infections », Apert introduit, dans son premier chapitre, une autre catégorie: « beaucoup plus rare est l'hérédité morbide similaire, c'est-à-dire la transmission par un ascendant à son descendant d'une maladie apparaissant chez ce dernier sous la même forme morbide que chez le premier. Elle est toutefois la règle pour un curieux groupe de maladies rares connues sous le nom de maladies familiales, et dans lesquelles on voit des caractères pathologiques se transmettre de génération en génération identiques à eux-mêmes absolument à la façon dont se transmettent les caractères normaux » [8]. Ces « maladies familiales » ont pour origine une variation de la substance germinale et ce sont les seules dont la transmission suit les lois de l'hérédité biologique, c'est-à-dire les lois qu'Apert, soucieux de préserver la mémoire des botanistes français, qualifie de lois de « Naudin-Mendel ».

Pour Apert, l'essentiel de l'hérédité morbide est d'un autre ordre car les maladies familiales sont rares, donc médicalement marginales. Dans l'ouvrage, elles n'occupent une place significative que parce qu'elles fournissent l'illustration de ce que peut être la transmission de dispositions morbides qui entrent en relation avec les autres influences qu'une génération exerce sur la suivante. L'hérédité d'Apert est ainsi une hérédité-transmission qui combine plutôt qu'elle ne distingue les différentes modalités du lien biologique entre les générations. L'hérédité alcoolique est, par exemple, décrite comme un enchaînement liant prédispositions morbides, imprégnation alcoolique des tissus et dégénérescen-

ce du germe entraînant l'apparition de tares psychiques chez les enfants de parents alcooliques. Dans ce cadre, le rapport entre la mère et l'enfant est essentiel: « L'hérédité morbide maternelle joue donc beaucoup plus longtemps et est par suite beaucoup plus efficace que l'hérédité morbide paternelle... L'hérédité microbienne est une hérédité maternelle; quand elle a le père pour origine, la mère est contagionnée d'abord, c'est par l'intermédiaire de la mère que le fœtus est contaminé » [8].

On peut difficilement rendre compte de cette combinaison entre constitution mendélienne et hérédité d'influences par la prégnance du motif lamarckien. La logique à l'œuvre trouve plutôt son origine dans la pratique médicale et politique d'Apert. Dans une perspective pédiatrique, il était en effet naturel de tenir ensemble les intoxications intra-utérines, le passage des micro-organismes des parents aux enfants, et les conditions de formation des spermatozoïdes ou des ovules. En outre, ce découpage permet de penser l'intervention hygiéniste. Vivant dans un monde médical et politique profondément marqué par la problématique de la population, la nécessité de favoriser les naissances et la méfiance de la contraception, Apert ne croit pas que les mesures de sélection des naissances puissent véritablement résoudre la « question eugénique » (pour revue, voir [9], et l'analyse des débats sur l'examen prénuptial dans [2]). Les variations de la substance germinale sont inaccessibles au médecin. Les maladies familiales doivent donc être distinguées des affections socialement importantes qui présentent des modes de transmission plus complexes et permettent au médecin d'intervenir. Autrement dit, l'eugéniste-hygiéniste doit contrôler les conditions de vie pour « miner le terrain » d'expression des dispositions morbides. Pour Apert, la lutte contre l'hérédité morbide revêt ainsi trois aspects: les conseils médicaux en matière de mariage, l'hygiène de la maternité, et les mesures économiques et sociales avec en particulier les aides à la natalité.

D'où cette première conclusion: nataliste et eugéniste, Apert ne refu-

se pas le mendélisme pour préserver l'hérédité des caractères acquis. Il privilégie le rapport mère-enfant comme unité d'analyse et d'intervention: il invente les maladies « familiales » pour les placer à la marge au nom de l'hygiène et de la pédiatrie.

### **Raymond Turpin, les facteurs « d'ambiance » et la trisomie 21**

Raymond Turpin partage avec Eugène Apert à la fois le fait d'être un pédiatre parisien s'intéressant à l'hérédité et le militantisme au sein de la Société Française d'Eugénique. Dans les années 1930, Turpin est responsable d'une consultation d'enfants à l'hôpital Saint-Louis. Ses conférences sur l'hérédité tranchent avec le discours d'Apert: pour Turpin, tous les phénomènes d'hérédité relèvent des théories de Mendel et Morgan et des mutations de la substance chromosomique. Il s'emploie ainsi à rapprocher les procédures de la génétique expérimentale des théories médicales.

L'idée que la manifestation de tout gène est éminemment sensible aux influences du milieu reste toutefois le fondement des pratiques. On peut citer, par exemple, le travail sur les enfants atteints de « mongolisme » mené dans les années 1930. L'enquête de Turpin est centrée sur la recherche des « stigmates » d'une faiblesse de constitution chez les apparentés de mongoliens. En écho aux réflexions sur l'unité mère-enfant, Turpin met en avant l'augmentation de la fréquence de la maladie avec l'âge de la mère ainsi que l'accumulation d'anomalies « neuro-psychiques » chez les collatéraux. Parallèlement, il recherche les éléments « annonciateurs » de la maladie et s'attache à détecter les signes morphologiques de la « série mongolienne » (ligne palmaire transverse simple, épicanthus\*, clinodactylie\*\*, etc.) chez les ascendants d'enfants atteints. L'hypothèse d'une mutation « germinale » à l'origi-

\* *Épicanthus*: repli cutané vertical à concavité externe recouvrant plus ou moins en le masquant l'angle palpébral interne.

\*\* *Clinodactylie*: inclinaison latérale de l'extrémité d'un ou plusieurs doigts (ou orteils).

ne de la maladie est ainsi posée, mais dans le cadre de la théorie des influences.

Après la guerre, Turpin est nommé professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de Paris. Une part significative de son enseignement et de son activité de recherche reste consacrée à l'hérédité et à la génération. Il monte alors un petit laboratoire où l'on poursuit des enquêtes médico-statistiques [10]. Jérôme Lejeune y soutient une thèse sur « distribution du sexe et gemellité » avant d'entreprendre une exploration des effets mutagènes des rayonnements ionisants.

En 1951, Turpin publie un manuel à large diffusion, « L'hérédité des prédispositions morbides ». Celui-ci permet de prendre la mesure des continuités avec les années 1930. La première partie est une présentation générale de la génétique. On y retrouve Mendel, Johanssen, Bateson, Morgan, Müller, etc. Turpin décrit une science dont le pendant médical est désormais fourni par des maladies comme l'hémophilie ou l'oligophrénie phénylpyruvique. La conclusion est toutefois sans appel : « La simplicité relative des enquêtes sur l'hérédité unifactorielle ne doit cependant pas détourner le médecin généticien des problèmes plus complexes. Limitée à l'étude des maladies héréditaires exceptionnelles, la génétique médicale apparaîtrait au médecin comme une construction sans doute harmonieuse et bien fondée, mais se prêtant plus aux spéculations physio-pathologiques qu'aux développements pratiques. Ces exemples quasi schématiques de mendélisme se rapportent à des affections que beaucoup de médecins n'ont jamais l'occasion de rencontrer » [11]. L'enjeu est toujours de comprendre ce que sont les dispositions héréditaires aux maladies les plus fréquentes : cancer, infections, tuberculose, troubles mentaux, accidents allergiques, etc.

Comme il est exceptionnel que la prédisposition chromosomique détermine de façon univoque les traits qui ont une importance médicale, ce que peut entreprendre le médecin-généticien est une étude phénoménologique des combinaisons « d'ambiance

et de germe ». Turpin définit alors l'hérédité humaine comme une partie de la « progenèse » : une science intégrée des effets des forces agissant sur la formation des gamètes et des organes de la reproduction, puis sur le développement du fœtus et de l'enfant. La progenèse est ainsi une forme de puériculture préservant une version lâche du complexe « hérédité-intoxications-infections » [12].

Le sort des études sur le mongolisme montre en quoi la continuité de la problématique s'articule sur une continuité des pratiques. A la fin des années 1950, le laboratoire de Turpin devient célèbre pour être le lieu d'une redéfinition du mongolisme comme étant la conséquence d'une trisomie 21. Entre 1958 et 1962, Jérôme Lejeune y poursuit un double travail de mise au point des techniques de cytogénétique et de mise en évidence de chromosomes surnuméraires ou anormaux chez les enfants mongoliens. Le syndrome auquel s'attache le groupe de Turpin est toutefois plus un mongolisme de pédiatre qu'un mongolisme de généticien [13]. Cela est visible dans le peu d'intérêt manifesté pour les formes les plus intéressantes du syndrome du point de vue génétique : celles pour lesquelles il existe des antécédents familiaux et qui sont causées par des « translocations » dont on peut prédire le « risque de récurrence ». Alors que ce type de cas fait l'objet de publications répétées des généticiens britanniques (en particulier du groupe de Lionel Penrose), Lejeune et Turpin consacrent leurs efforts et leur « consultation des mongoliens » aux cas sporadiques, à la recherche d'une thérapie et au contrôle des facteurs de l'environnement susceptibles de diminuer la fréquence des mutations.

Ces choix sont parfaitement cohérents avec la gestion médicale de la reproduction, associée par Turpin à la « progenèse ». Après la guerre et les « excès de novateurs trop ardents », la sélection eugénique est devenue socialement et moralement impossible [14]. Turpin insiste donc sur les possibilités « nouvelles, infiniment plus humaines » du « conseil progénésique ». Ce conseil est centré sur la famille mais ce n'est

pas notre conseil génétique ; c'est une pratique « de l'ambiance amendée » qui repose sur l'évitement des unions consanguines, l'hygiène de la grossesse, ou encore sur l'avancement de l'âge des maternités. L'analyse des modes de transmission, l'examen des arbres généalogiques et le calcul des « risques génétiques » n'y ont que peu ou pas de place.

Une comparaison des parcours d'Eugène Apert et de Raymond Turpin amène donc à penser qu'il est historiquement plus juste de relativiser la coupure de la Seconde Guerre mondiale et les conséquences de la critique de l'eugénisme nazi pour considérer, qu'en France, les années 1930-1960 constituent une seule période caractérisée par l'émergence d'une médecine de l'hérédité en prise sur une pédiatrie « nataliste » privilégiant le complexe mère-enfant.

#### Maurice Lamy, génétique mendélienne et pédiatrie sociale

Reconnaître la continuité du syndrome nataliste n'épuise toutefois pas totalement la question des changements introduits par la guerre et, en particulier, celle de l'impact du régime de Vichy (figure 2). La politique



Figure 2. Affiche du commissariat général à la famille du régime de Vichy, 1943.

familiale associée à la Révolution Nationale a, en effet, pu être décrite comme une victoire du mouvement nataliste dans laquelle les eugénistes se sont parfaitement retrouvés [2, 4, 15]. Il faut ainsi considérer que la création de la Fondation Alexis-Carrel, le vote de la loi sur la loi sur l'examen pré-nuptial, les campagnes de propagande pour la natalité et pour le retour des femmes au foyer participent d'un même ensemble. Mais la Révolution Nationale a aussi mis en place une série d'institutions qui jouent un rôle important dans la modernisation de l'État français après la guerre [16]. Dans le domaine de la santé, Vichy crée ainsi un Institut National d'Hygiène conçu comme un centre d'enquêtes et de recherches sur l'état sanitaire du pays et les problèmes de santé publique [17]. Dans les années 1950, en matière d'hérédité humaine, l'Institut favorise une approche plus expérimentale et soutient, en priorité, le laboratoire de Maurice Lamy aux Enfants Malades.

Pour des raisons qui tiennent en partie à son rôle dans l'introduction en France de la génétique médicale « anglo-saxonne », Maurice Lamy est le pédiatre dont le nom est le plus souvent associé à l'étude des maladies héréditaires. Élève de Robert Debré avec lequel il publie, avant guerre, sur la transmission de certains syndromes hémolytiques, Lamy commence à enseigner la génétique aux internes parisiens au début de la Seconde Guerre mondiale. Édité dès 1943, son cours sur les applications médicales de la génétique présente une structure analogue à celle des manuels publiés par les généticiens anglo-américains à la même époque [18, 19]. Lamy commence par présenter les différents modes de transmission mendéliens à travers la description de cas typiques d'affections monogéniques. Il aborde ensuite les mutations, l'effet des gènes, la question du milieu et les rôles du médecin [20]. Les affections monogéniques occupent l'essentiel de l'ouvrage et la question des prédispositions est laissée de côté. De façon caractéristique, les grandes affections privilégiées par le discours eugéniste français sont absentes. La stratégie est opposée à celle poursui-

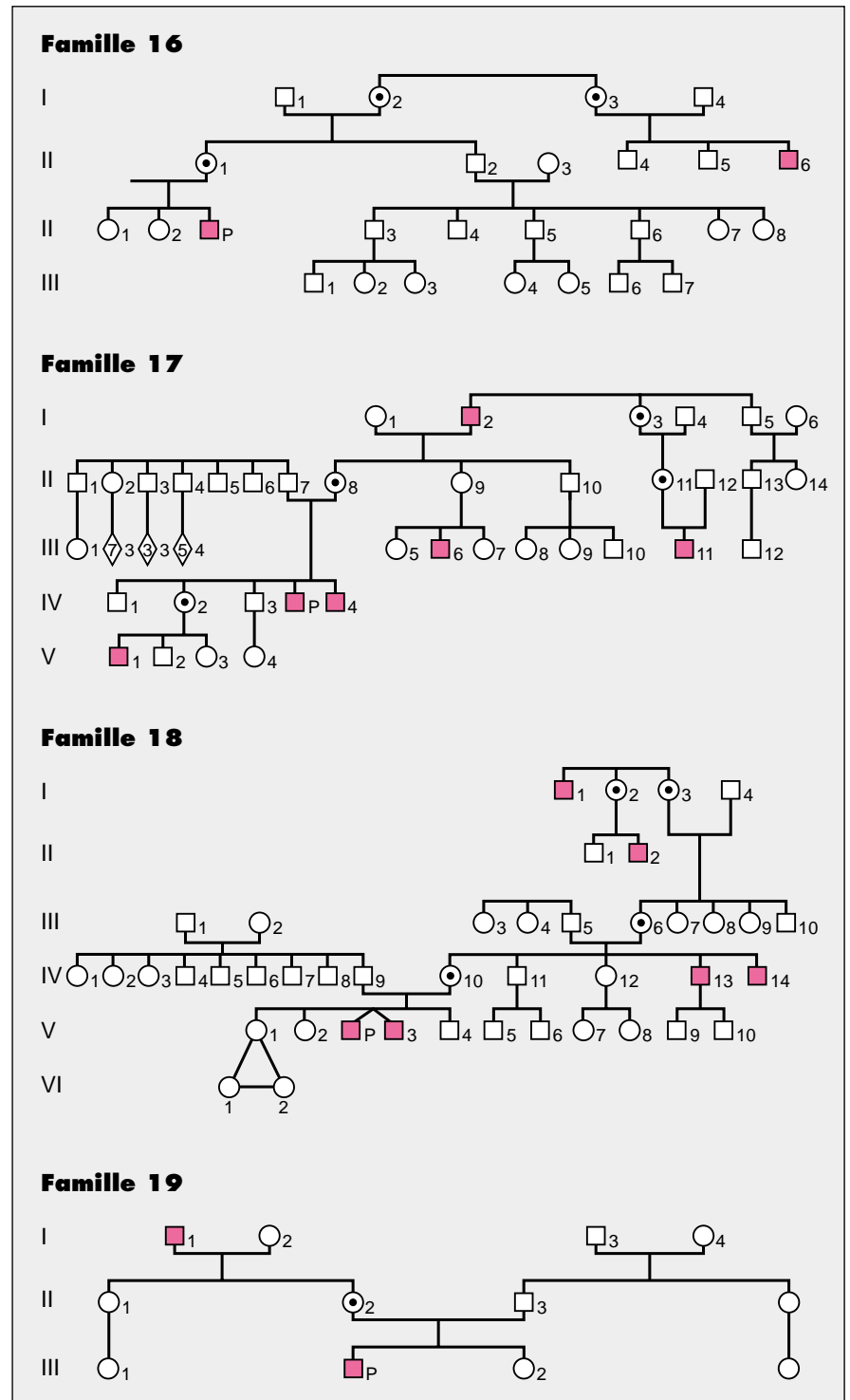


Figure 3. **Pedigrees de familles d'enfants myopathes.** (Maurice Lamy et Jean de Grouchy. *Journal de Génétique Humaine*, 1954.)

vie par Apert: le terrain de l'hérédité est clairement délimité et correspond aux « maladies familiales ».

Parallèlement, Lamy décrit les rapports hérédité-milieu comme ceux de facteurs qui agissent simultanément

mais qu'il faut avant tout apprendre à distinguer. Un des premiers dispositifs de recherche qu'il utilise pour discuter des contributions respectives de l'environnement et de l'hérédité est ainsi une « consultation des jumeaux » à partir de laquelle il tente de comparer l'incidence de telle ou telle maladie ou trait chez des jumeaux monozygotes ou dizygotes [21]. D'un point de vue médical, le service est d'un intérêt limité puisque les consultants sont le plus souvent en parfaite santé, mais il est une source remarquable de matériel d'étude. Cette distinction entre pédiatrie et travail de recherche est l'une des caractéristiques du service de « génétique clinique » que dirige Lamy à partir des années 1950. Le laboratoire peut, en effet, être considéré comme dédié à la mobilisation des ressources de la génétique expérimentale et de la génétique des populations au profit d'une investigation étiologique qui doit, entre autres, permettre d'identifier de nouvelles maladies héréditaires (mendéliennes) et de redéfinir des classements cliniques. En 1951, au moment de sa nomination à la première chaire de génétique médicale, Lamy résume ainsi les buts que doivent viser « les généticiens spécialisés dans l'étude des maladies humaines » : « La première de ces tâches, me semble-t-il la plus urgente, c'est l'établissement d'un catalogue complet des maladies authentiquement héréditaires. La seconde consistera à déterminer avec exactitude leur mode de transmission. La troisième à dresser des statistiques valables et complètes qui permettront d'évaluer leur fréquence. » [22]. Pratiquement, il s'agit de développer une forme de statistique médicale : collecter des cas cliniques « familiaux » pour constituer des arbres généalogiques, les confronter aux lois de Mendel pour proposer des modes de transmission.

La forme d'application envisagée par Lamy au début des années 1950 est un « conseil eugénique ». La nature de cette prophylaxie est illustrée par le travail sur la myopathie. La publication finale présente soixante-dix *pedigrees* qu'une agrégation statistique permet de distribuer en deux

ensembles illustrant l'existence de deux modes de transmission de « la » myopathie à partir desquels les auteurs définissent deux entités pathologiques différentes que les cliniciens devront apprendre à distinguer [23] (*figure 3*). La courte partie consacrée aux « conséquences eugéniques » de cette étude est une série de calculs définissant la probabilité pour les apparentés de myopathe de donner naissance à un enfant atteint. Les calculs sont assortis de recommandations aux médecins sur l'opportunité ou non de conseiller le mariage [23]. Une activité médicale directement en prise sur la constitution et l'interprétation probabiliste des arbres généalogiques est donc envisagée mais après leur enquête, Lamy et ses collaborateurs se désintéressent de la myopathie (*Tableau 1*). En pratique, le conseil reste marginal (sur ce point et l'histoire du conseil en France après la guerre, voir [24]). Comment interpréter ces choix ? Une première approche consiste à invoquer la modernisation d'après-guerre, les nouveaux rapports avec les États-Unis et la Grande-Bretagne et à parler d'une stratégie d'importation qui concerne à la fois la génétique et l'eugénisme anglo-saxon. Après tout, les textes de Lamy font abondamment référence à Galton, Pearson ou Fisher. Mais on peut aussi suivre la piste pédiatrique et essayer de prendre en compte le contexte local, en particulier le rôle de Robert Debré. Le laboratoire de génétique médicale est, en effet, une pièce d'un ensemble plus vaste mis en place aux Enfants Malades après la guerre. La construction de « l'empire Debré » repose alors sur deux piliers : la pédiatrie sociale et la biomédecine. On n'insistera pas ici sur les initiatives de Debré en matière de pédiatrie sociale : elles incluent aussi bien la participation au comité national pour la réforme contre l'alcoolisme que le soutien à l'institutionnalisation de la pédo-psychiatrie ou encore l'organisation du Centre International de l'Enfance. Du côté de la recherche biomédicale, Debré ne se contente pas de présider le Conseil d'Administration de l'Institut National d'Hygiène et de faire don-

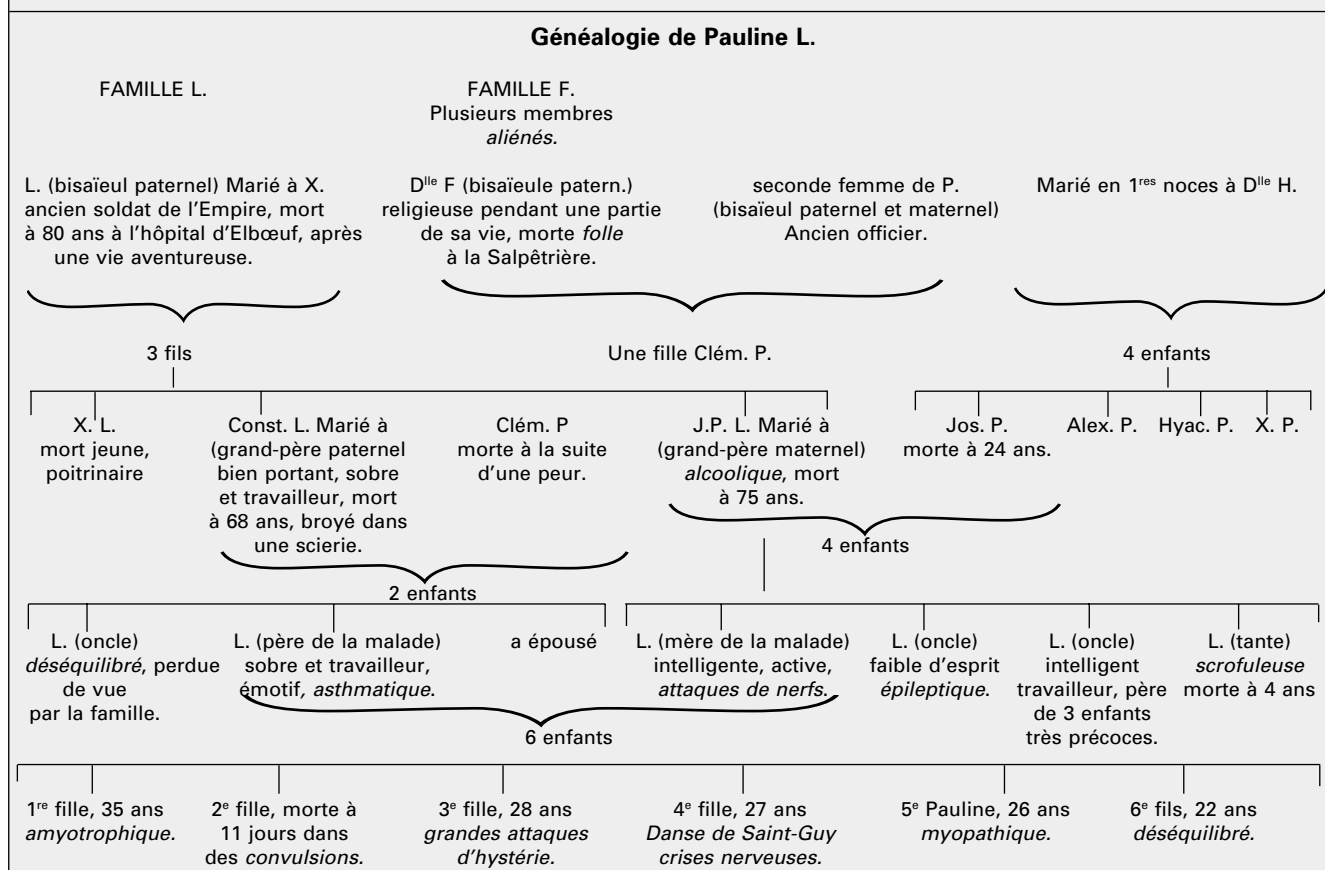
ner des cours de génétique ou de statistique aux médecins. Avec le soutien de ce même INH, il encadre sa clinique de pédiatrie par deux laboratoires : celui de Lamy et un laboratoire de biochimie dirigé par G. Schapira [25] (*m/s n° 6, vol. 11, p. 929*).

Les liens entre pédiatrie sociale et biomédecine sont multiples : matériels et intellectuels. D'un point de vue théorique, il faut souligner que le découpage étiologique introduit par Lamy fait directement écho aux critiques de Debré contre les notions d'hérédo-syphilis, d'hérédo-alcoolisme ou d'hérédo-tuberculose. Lamy s'appuie sur la pédiatrie sociale de Debré et il contribue à la légitimer. En effet, si l'essentiel des maladies dont le pédiatre doit s'occuper ne relèvent pas des mélanges entre hérédité, contagion et dégénérescence, elles échappent aux prétentions des eugénistes/hygiénistes français et peuvent devenir l'apanage d'une médecine « sociale » que Debré comprend comme fondée sur la prophylaxie antimicrobienne, sur l'amélioration des conditions de vie, et sur la généralisation des dispensaires. La « mendélisation » de la pathologie héréditaire apparaît donc comme une pièce complémentaire au projet de redéfinition des rapports entre santé et population poursuivi par Debré à partir de la Libération.

Pour conclure, essayons de reposer la question des liens entre étude de l'hérédité, médecine et eugénisme dans le contexte français. Les écrits de ces trois pédiatres confirment l'importance accordée, jusque dans les années 1950, à l'adaptation au milieu, aux rapports mères-enfants et aux mélanges entre hérédité et infection. Ils suggèrent aussi que les choix des médecins français touchant à la définition des maladies héréditaires et des pratiques eugénistes ont moins été marqués par la tradition « néo-lamarckienne » que par la centralité du rapport mère-enfant comme unité d'analyse et d'intervention et par les liens étroits entre exercice de la pédiatrie, hygiène sociale et mouvement nataliste.

Reconnaître l'importance du syndrome nataliste conduit enfin à remettre en cause l'idée selon laquelle la

Tableau I  
ARBRE GÉNÉALOGIQUE D'UNE FAMILLE DE MYOPATHES\*



\* Paul Londe et Henry Meige, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894.

Seconde Guerre mondiale et la critique de l'eugénisme allemand ont joué un rôle essentiel dans l'émergence d'une nouvelle génétique médicale. Dans les années 1950, celle-ci prend appui à la fois sur la reconstruction de la recherche biomédicale et sur de nouvelles conditions d'exercice de la médecine des enfants: la démographie repart, les maladies infectieuses sont perçues comme maîtrisables, le familialisme s'essouffle et l'État-Providence est à l'honneur.

La spécificité de l'histoire de l'eugénisme en France est donc, à la fois, confirmée et relativisée par ces trois itinéraires. Confirmée puisqu'une articulation similaire entre eugénisme, mouvement nataliste, hygiène, et médecine des enfants ne se retrouve

ni en Grande-Bretagne, ni aux États-Unis, ni en Allemagne. Relativisée au sens où, de façon générale, il n'y a pas un mais des eugénismes qui ont chacun reposé sur des savoirs locaux de l'hérédité et sur des formes particulières d'expertise médicale ■

## RÉFÉRENCES

1. Pinard A. Leçon d'ouverture. *Rev Prat Obstet Pediatr* 1901; 2: 54.
2. Carol A. *L'eugénisme en France. Les médecins face à la procréation*. Paris: Flammarion, 1995.
3. Burian RM, Gayon J, Zallen D. The singular fate of French genetics in the history of French biology. *J Hist Biol* 1988; 21: 357-402.

4. Schneider W. *Quantity and quality*. Cambridge: Cambridge University Press: 1990.

5. Kevles D. *In the name of eugenics*. Cambridge: Harvard University Press, 1985.

6. Weindling P. *Health, race, and German politics between national unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.

7. Pinell P. Degeneration theories and models of inheritance, 1850-1900. In: Gaudillière JP, Löwy I, eds. *Transmission: human diseases between heredity and infection*. London: Harwood Academic Publishers, 1998 (sous presse).

8. Apert E. *L'hérédité morbide*. Paris: Flammarion, 1913.

9. Thébaud F. *Histoire de la maternité en France entre les deux guerres*. Paris: Université Paris 7, 1982.

10. Archives de l'INH, SAN 72355, dossier Raymond Turpin.

## RÉFÉRENCES

11. Turpin R. *L'hérédité des prédispositions morbides*. Paris: Gallimard, 1951.
12. Turpin R. *La progénèse*. Paris: Masson, 1955.
13. Gaudillière JP. Whose work shall we trust? Genetics, pediatrics and hereditary diseases in postwar France. In: Sloan P, ed. *Controlling our destinies: ethical, historical, philosophical and social studies of the human genome progeny*. Notre-Dame: Notre-Dame University Press, 1997.
14. Turpin R. Leçon inaugurale à la chaire de thérapeutique. *Sem Hop Paris* 1949; 25: 675-84.
15. Muel-Dreyfus F. *Vichy et l'éternel féminin*. Paris: Seuil, 1996.
16. Kuisel A. *Le capitalisme et l'état en France*. Paris: Gallimard, 1984.
17. Picard JF. Poussée scientifique ou demande de médecins? La recherche médicale en France de l'INH à l'Inserm. *Sciences Sociales et Santé* 1992; 4: 47-106.
18. Davenport CB, Macklin MT. *Medical genetics and eugenics*. Philadelphia: WB Saunders, 1940.
19. Crew FAW. *Genetics in relation to clinical medicine*. Edinburgh: Oliver and Boyd, 1947.
20. Lamy M. *Les applications de la génétique à la médecine*. Paris: Doin, 1943.
21. Lamy M. Considérations générales sur les jumeaux. *Sem Hop Paris* 1945; 21: 27-31.
22. Lamy M. La génétique médicale: ses méthodes et ses perspectives. *Sem Hop Paris* 1951; 27: 1675-81.
23. Lamy M, de Grouchy J. L'hérédité de la myopathie. *J Genet Hum* 1954; 3: 219-61.
24. Jalon A. Medical genetics and eugenics after World War II: the birth of genetic counselling in France. In: Gaudillière JP, Löwy I, eds. *Transmission: human diseases between heredity and infection*. London: Harwood Academic Publishers, 1997.
25. Gaudillière JP. Entre laboratoire et hôpital: biochimistes et biomédecine après la guerre. *Sciences Sociales et Santé* 1992; 4: 106-47.

### Jean-Paul Gaudillière

Inserm U. 158, Université Paris V, hôpital Necker-Enfants Malades, Pavillon Archambault, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris Cedex 15, France.

### TIRÉS À PART

J.P. Gaudillière.



## 10<sup>e</sup> Téléthon : 373 056 714 francs Thérapie génique : l'AFM s'engage résolument sur le chemin du « gène-médicament »

Les 6 et 7 décembre derniers, au terme de trente heures de fête dans toute la France, le 10<sup>e</sup> Téléthon, organisé par l'AFM en collaboration avec France Télévision et Radio France, affichait un nouveau record de promesses de dons (1).

96 % des promesses ont été tenues ! Le Téléthon 96 recueille finalement la somme totale de : **373 056 714 francs** (2). Dans un contexte préoccupant pour le monde associatif, ce résultat témoigne de la confiance de la population pour l'AFM et de la **fidélité** du grand public à cette grande fête de la solidarité.

Grâce à cette confiance renouvelée, l'AFM dispose des moyens pour poursuivre son combat pour l'utilisation du « **gène-médicament** », une révolution médicale qui bénéficiera aussi bien aux maladies génétiques qu'aux maladies infectieuses ou aux cancers...

Après les cartes du génome, **Généthon**, le centre de recherche créé par l'AFM, se lance dans cette **nouvelle aventure**. Tête d'un réseau national qui s'étend de Nantes à Marseille, son laboratoire de vectorologie impulse une dynamique nouvelle pour la mise au point des outils de thérapie génique : les « vecteurs » qui permettront d'acheminer le gène-médicament au cœur des cellules malades.

En attendant les thérapies, l'AFM poursuit son action quotidienne pour la **citoyenneté des personnes handicapées** : nouvelles solidarités, nouvelles prises en charge, nouvelle législation... l'AFM construit en 1997 un projet de société autour de la personne malade.

**Rendez-vous, les 5 et 6 décembre 97, pour le 11<sup>e</sup> Téléthon**

(1) 388 225 047 francs.

(2) Dons effectués par téléphone, minitel ou Internet + manifestations + partenaires.

Résultat du Téléthon 95 : 372 millions de francs ; taux de concrétisation : 97 %.



Contact Presse :  
Emmanuelle Guiraud & Marie-Sylvie Flot/AFM - Tél. : 01.69.47.28.28  
1, rue de l'Internationale - BP 59 - 91002 Évry Cedex

