

L'épidémie créatrice de frontières

Patrice Bourdelais



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/3440>

DOI : 10.4000/ccrh.3440

ISSN : 1760-7906

Éditeur

Centre de recherches historiques - EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 25 avril 2008

Pagination : 149-176

ISSN : 0990-9141

Référence électronique

Patrice Bourdelais, « L'épidémie créatrice de frontières », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques* [En ligne], 42 | 2008, mis en ligne le 03 novembre 2011, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/ccrh/3440> ; DOI : 10.4000/ccrh.3440

Ce document a été généré automatiquement le 20 avril 2019.

Article L.111-1 du Code de la propriété intellectuelle.

L'épidémie créatrice de frontières

Patrice Bourdelais

- 1 Que l'épidémie se joue des frontières n'appartient-il pas au plus banal des constats dès que l'on s'intéresse aux grandes pandémies ? Depuis le XIX^e siècle, les spécialistes se sont efforcés de retracer les itinéraires épidémiques, d'en identifier les vecteurs, les conditions favorables de développement, de souligner la porosité de certaines frontières et l'efficacité de certaines autres¹. Aujourd'hui, le thème de la frontière ne peut faire apparaître de nouvelles approches, de nouvelles questions que s'il est traité différemment, mais comment ? On peut tout d'abord s'interroger sur la manière dont les sociétés ont consolidé d'anciennes frontières, ou en ont créé de nouvelles, afin de se protéger des épidémies. Ces frontières, que l'on pense d'abord à la périphérie des États, peuvent aussi s'établir, pour un temps, sur le pourtour d'une ville ou d'une région, et changer de nature car elles n'organisent plus les échanges mais doivent les interdire. Ainsi, le changement d'échelle territoriale, le travail sur l'espace, dans la lutte contre les contagions traversent nos sept derniers siècles d'histoire.
- 2 Les dispositifs territoriaux liés à la volonté de contenir les épidémies ont aussi bien concerné les relations internationales, par exemple entre les deux bassins de la Mer Méditerranée que l'intérieur des villes. En cherchant à identifier les facteurs des mortalités épidémiques, les hygiénistes du XIX^e siècle ne créent-ils pas alors des sectorisations qui engendrent autant d'espaces spécifiques de l'action municipale mais aussi de stigmatisation sociale ?
- 3 Enfin, dans le domaine des épidémies, la frontière a aussi représenté, surtout au cours des deux derniers siècles, un front pionnier de civilisation, au sens américain de frontière. Sur le plan de la pensée politique en actes, la lutte contre les épidémies a constitué au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle une sorte de frontière du futur, un enjeu majeur – et un témoin aussi – du progrès social qui se traduit par un accès du plus grand nombre aux soins et par la solvabilité organisée par les systèmes de sécurité sociale.

Le jeu sur la frontière

- 4 L'arrivée de la Peste noire en Italie et en Europe occidentale au milieu du ^{xv}^e siècle est importante à un double titre : d'abord, elle ouvre une nouvelle ère de trois siècles de vagues successives de l'épidémie, et sur le plan des institutions, elle conduit aux premières mesures systématiques de protection périphérique. Les vagues de choléra qui sont gérées comme des pestes lors du début de la première épidémie européenne (1831-1832) aboutissent finalement à l'abandon définitif – du moins jusqu'à nos jours – des dispositifs mis en place afin de lutter contre la peste : l'on passe alors aux néo-quarantaines et à « l'English system ». Enfin, l'extension des relations maritimes et le renforcement des empires modernes dans la seconde moitié du ^{xix}^e siècle aboutissent à un essai de report de la frontière sanitaire de l'Europe du Nord-Ouest vers les rives orientales de la Méditerranée. Trois moments de la lutte contre les épidémies qui inventent de nouvelles manières de placer et de gérer les frontières.

Les dispositifs traditionnels contre la peste

- 5 Dans la seconde moitié du ^{xv}^e siècle, les villes-états italiennes inventent les différents éléments qui sont régulièrement mobilisés dès que la peste menace². Un magistrat spécialisé, dont le rôle est de prendre toute décision afin que la santé soit conservée est créé à Venise dès le mois de mars 1348, à Florence le mois suivant puis à Pistoia, Orvieto et Milan. Ses fonctions se développent peu à peu à tel point qu'à Venise, en 1486, il doit assurer l'examen des attestations de santé des bateaux (délivrées dans les ports de départ ou d'escales), les décisions de quarantaines, la purification des marchandises, contrôler les lazarets, la propreté de la ville, des citernes et des canaux, s'assurer de la propreté des produits alimentaires, des auberges et des habitations des pauvres. Créées dans l'urgence, elles vont devenir plus ou moins pérennes³. Non seulement les consignes des *statuti sanitari* des années 1321-1324 sont rappelées mais les contrôles se font plus attentifs sur les marchés où l'on vérifie la provenance des marchandises. La stratégie globale est en effet de rendre les frontières aux limites de la province ou du duché étanches à la maladie, c'est-à-dire aux personnes et aux marchandises suspectes du fait de leur provenance. Cela suppose un système de renseignement efficace, servi par les réseaux d'affaires de ces grandes places commerçantes.
- 6 Dans la mesure où la peste est importée par voie maritime du bassin oriental de la Méditerranée, le premier contrôle concerne les navires suspects : ils sont isolés à quelque distance du port et sous observation. La quarantaine est née, d'abord utilisée par Raguse pour un mois (1377) puis par Venise (1403) qui la porte à quarante jours, car le quarantième jour est le dernier où, suivant la doctrine hippocratique, les maladies aiguës comme la peste peuvent éclater. Tous les grands ports de Méditerranée puis d'Europe l'adoptent ; y compris Marseille qui, taraboussée par la concurrence des places italiennes, commet l'erreur, à la Toussaint 1347, d'accueillir dans son port les galères génoises repoussées de Livourne et de Gênes, important du même coup la terrible épidémie dans la ville.
- 7 Le deuxième élément du dispositif consiste en un cordon sanitaire, constitué de militaires, qui complète du côté des terres la protection maritime. Là encore, il s'agit de rendre la frontière plus étanche qu'à l'accoutumée – la lutte contre l'épidémie aboutit

sans doute à préciser le tracé de la frontière et à la matérialiser – en refoulant toute personne en provenance de régions suspectes de contamination.

- 8 Le lazaret est inventé par les Vénitiens qui utilisent l'une des petites îles de la lagune, où un monastère est consacré à St Lazare, afin d'y placer les passagers et les équipages des bateaux en observation (1423). La quarantaine s'effectue désormais dans un lieu clos et gardé. La frontière devient donc également l'endroit où l'on garde personnes et marchandises en observation ou en attente de désinfection.
- 9 Vers la fin du xv^e siècle, le duché de Milan et toute l'Italie du nord utilisent des sortes de passeports sanitaires, les « bulletins de santé individuels » qui garantissent que l'épidémie ne régnait pas au moment où le voyageur porteur du document a quitté sa ville d'origine. On en repère aussi l'existence en 1494 en Provence, à Brignoles. Tout comme le système des patentes permet de gérer la frontière maritime et d'isoler les seuls navires suspects, les bulletins de santé individuels, sortes de passeports sanitaires, doivent aboutir à la gestion raisonnée de l'ouverture de la frontière.
- 10 L'ensemble du dispositif reste en place jusqu'au début du xix^e siècle. Il concerne parfois une petite région, parfois une ville. Pour s'en tenir à la France, à deux reprises, les autorités publiques décident pourtant d'aller au-delà, de construire une frontière, ou plutôt une ligne d'interruption des relations terrestres sur des centaines de kilomètres, afin de s'opposer à l'avancée de la peste. L'intervention de l'État royal change l'échelle territoriale du contrôle mis en œuvre et améliore de façon décisive l'efficacité de la lutte. Dans le premier cas, la peste dite de l'avènement, la maladie se manifeste en 1663 dans les Provinces-Unies puis dans les îles britanniques. Lille est frappée en 1667, puis au printemps et au cours de l'été 1668, Amiens, Laon, Beauvais, Reims, Rouen, Le Havre, Dieppe sont contaminées en dépit des mesures de contrôle mises en place par les Parlements de Rouen et de Paris. Au cours de l'hiver 1668, l'épidémie recule puis disparaît totalement au début de 1670. Contrairement à Londres, totalement dévastée et purifiée par son grand incendie, Paris a pu échapper à l'épidémie. Que s'est-il donc passé ? Non seulement Colbert décide de mettre en application les mesures habituelles à un tel danger, mais il décide de les faire appliquer très rigoureusement. Pourtant les obstacles sont nombreux : Turenne mène la guerre de Dévolution aux Pays-Bas et y prend ses quartiers d'hiver en 1667, ce qui suppose de fréquents mouvements de troupes. Sur le plan économique, toute la région de l'Île-de-France, de la Normandie à la Champagne est manufacturière et marchande, et en dépit des pressions exercées par les représentants des intérêts des différentes villes concernées, Colbert maintient les mesures d'interdiction de circuler. Les quarantaines concernent les marchandises et les personnes et handicapent sévèrement l'activité économique. Colbert a choisi d'assurer la sécurité sanitaire de l'Île-de-France et de la capitale au détriment de l'activité économique à laquelle il était pourtant habituellement particulièrement attentif. Contenir la peste dans les terres du Nord lui est apparu plus important que d'assurer la permanence de l'activité économique de régions pourtant très prospères. Le long cordon sanitaire placé sur des centaines de kilomètres, organisé et financé par un état fort, a réussi à endiguer, pour la première fois à une telle échelle, une puissante épidémie de peste.
- 11 Le second exemple de modification des frontières habituelles est fourni lors de la dernière attaque de peste en France, celle de 1720-1721, à Marseille et en Provence. La peste éclate dans le port le 22 juillet. Le 31 juillet, les échevins expulsent 3 000 mendiants étrangers à la ville et enferment les autres. Le même jour, le Parlement d'Aix place Marseille en interdit. Il est trop tard : plus de 10 000 personnes sont déjà sorties de la ville

et répandent la maladie. Les ports et les ponts sur la Durance sont fermés⁴. La mise en place d'un cordon sanitaire est alors décidée le 4 août mais ne devient réellement efficace qu'à partir du 20 août, grâce à l'arrivée de nouvelles troupes qui isolent la ville et son arrière-pays. Les affaires se traitent à portée de voix dans quatre « barrières-marchés », sortes de postes frontière organisant les échanges, où les marchandises apportées de la zone indemne sont laissées sur la route, dans une sorte d'espace tampon, abandonnées aux personnes soumises au blocus qui peuvent ensuite venir les chercher. Les communautés de Provence organisent des barrages : l'un le long du canal de Craonne, un autre sur la Siagne ; la province installe quant à elle des cordons militaires appelés « lignes » sur le Verdon, sur la Durance et sur le Jabron jusqu'à Buis-les-Baronnies. La Durance est aussi gardée par la France et par le Comtat, possession du Saint-Siège. Le 2 octobre, une nouvelle ligne est établie entre le comtat et la Haute-Provence ; on décide de la rendre infranchissable en la matérialisant par un fossé profond et large, surmonté d'un mur de pierres sèches. Le « mur de la peste », long de cent kilomètres est alors construit en très peu de temps, au prix d'efforts financiers importants. Mais il ne parvient pas à protéger Avignon, si bien qu'en février 1721, il faut édifier une nouvelle ligne en retrait du mur, elle-même à son tour abandonnée le 22 septembre car elle a été débordée à son tour et s'avère en outre ruineuse. L'année suivante, trois bataillons français viennent réoccuper la ligne afin de protéger la Provence, désormais guérie, d'une possible réinfection. Ils sont retirés en février 1723, trois mois après la fin de l'épidémie à Avignon. Du côté du Languedoc, on peut noter la même détermination à s'opposer à tout prix à la marche de l'épidémie. Dès le mois d'août 1720, les grandes villes établissent des bureaux de santé et tentent de contrôler la circulation. Un cordon militaire est placé le long du Rhône, depuis Viviers jusqu'au delta et le long de la côte des Saintes-Maries-de-la-Mer jusqu'à la pointe de Leucate. Au printemps 1721, alors que le Gévaudan est atteint depuis novembre ou décembre 1720, on décide d'établir une nouvelle ligne sur la frontière entre la Guyenne et l'Auvergne et le long de l'Orb. À deux reprises, ces lignes doivent être déplacées vers l'ouest et vers le nord afin de s'adapter à l'avancée de l'épidémie. Le Languedoc entretient alors 2 000 postes de garde jusqu'en décembre 1722.

- 12 Dans les deux cas, les mesures prises sont aussi spectaculaires que coûteuses. Les archives citent le cas de personnes tuées pour avoir voulu franchir les lignes, celui de fraudes ou du passage de travailleurs saisonniers. Mais l'extension territoriale de cette dernière peste d'Europe occidentale est finalement maîtrisée grâce à une mobilisation remarquable et à une persévérance exceptionnelle dans l'organisation et la multiplication des lignes. Sur les milliers de kilomètres au total, les cordons sanitaires, même s'ils ne sont jamais parfaitement étanches, limitent suffisamment les déplacements pour endiguer l'extension géographique de l'épidémie. Dans ces deux exemples, l'échelle territoriale de la lutte a changé : il ne s'agit plus d'isoler une ville et son arrière-pays, des régions entières sont concernées par ces nouvelles pratiques, pour la première fois mises en œuvre au XVII^e siècle en Espagne. Seuls les grands États royaux de l'époque moderne ont été capables d'imposer et de financer de telles mesures. Au cours de leur renforcement, ils réussissent donc aussi à mettre en œuvre des mesures de protection efficaces contre la peste. La protection de la vie des sujets est devenue un objectif plus important que la protection des activités économiques. La biopolitique de Michel Foucault s'y exprime de façon spectaculaire.

Les néo-quarantaines ou l'invention de nouvelles frontières

- 13 Au début du XIX^e siècle, lors des atteintes de fièvre jaune en Catalogne, dans quelques ports français ou à Gibraltar, puis lors de l'arrivée de la première épidémie de choléra qui concerne l'Europe, en 1831 et 1832, les dispositifs de défense traditionnels contre la peste et contre toutes les épidémies importées sont réactivés. Or dans sa marche vers l'Europe du Nord-ouest le choléra fait peu de cas des cordons sanitaires qui avaient été dressés face à sa progression, en outre toutes les mesures coercitives suscitent dans la population rancœurs, émeutes et révoltes. Les différents gouvernements hésitent par conséquent sur le maintien des défenses traditionnelles, d'autant plus qu'elles sont particulièrement coûteuses (60 000 hommes sont par exemple mobilisés sur la frontière orientale de la Prusse) et que les médecins ne sont plus unanimes à les soutenir. Nombreux sont ceux qui ont participé au mouvement des Lumières, ils rechignent à perpétuer les vieilles théories qui impliquent la mise en œuvre de nombreuses mesures contraignantes et contraires à la liberté de circuler et paraissent appartenir au passé révolu des monarchies absolutistes. Esprits libéraux, ils s'interrogent longuement afin de savoir si l'épidémie de choléra est une contagion (comme la peste ou la variole) ou plutôt une épidémie liée aux conditions atmosphériques et d'environnement car, depuis la fin du XVIII^e siècle, le mouvement néo-hippocratique est très prégnant. Dans ce dernier cas, il n'est plus besoin de maintenir les contrôles aux frontières⁵. De ce fait on ne note aucun repli et repositionnement des cordons sanitaires, contrairement à la stratégie déployée en Provence et en Languedoc en 1720-1723, mais plutôt une tendance à leur assouplissement puis à leur levée pure et simple. La frontière, même étanche, n'est plus censée pouvoir contenir la marche de l'épidémie.
- 14 Les facteurs qui peuvent rendre compte d'une telle inversion sont nombreux, rappelons simplement ici les plus importants : l'hostilité de la population aux contraintes s'avère très forte ; la mortalité, certes élevée, n'atteint tout de même pas les niveaux d'une épidémie de peste (les pertes françaises lors du choléra de 1832 se situant autour de 100.000 morts alors que la peste avait fait, à Marseille, 45.000 victimes en 1720-1722 sur une population d'à peine plus de 100 000 personnes). En outre, les renoncements successifs des régimes autoritaires de l'Est européen sont autant de décisions contraignantes pour les gouvernements occidentaux. Pourquoi devrait-on maintenir des quarantaines et des cordons sanitaires aux frontières si l'expérience a prouvé leur inefficacité ? Pourquoi imposer des mesures contraignantes de déclaration de cas de maladie et d'isolement des malades si la contagion n'est pas perceptible ? Pourquoi contraindre la population à inhumer ses morts à la hâte ou sans cérémonie traditionnelle au risque de susciter des réactions violentes alors que la situation politique est déjà précaire ? Dans tous les pays d'Europe occidentale, les pratiques traditionnelles de défense héritées des temps de peste sont abandonnées en quelques mois⁶. On ne peut maintenir l'opposition entre les pays autoritaires de l'Europe orientale, qui seraient restés attachés aux pratiques de contrôle traditionnelles, et les pays libéraux qui auraient abandonné lazarets et quarantaines au profit d'une politique de salubrité plus efficace et progressiste. Au contraire, la Russie, la Prusse et la Hongrie sont les premiers pays touchés par le choléra et par conséquent les premiers à faire l'expérience de l'épidémie, de l'inefficacité relative des dispositifs traditionnels, et des réactions violentes des populations. Ils sont aussi les premiers à assouplir les contrôles et à abandonner les poursuites contre les contrevenants. Chaque pays observe le résultat des expériences

menées dans les pays voisins et en tire des conclusions pour sa propre politique. On a aussi beaucoup écrit sur les intérêts du grand négoce, en particulier anglais, qui se serait opposé à l'application de quarantaines trop strictes. S'il est vrai que les marchands sont favorables à la liberté de circulation, ils savent aussi que de la réputation de sérieux sanitaire d'un port dépend l'acceptation des bateaux qui en proviennent. La crédibilité du contrôle sanitaire des navires conditionne l'accueil dans les ports étrangers. Les décisions dans ce domaine se prennent donc dans un environnement de pressions multiples et croisées avec le souci de préserver la bonne réputation de la ville aux yeux des partenaires commerciaux étrangers. Par-delà les effets de frontière ou de blocus, il convient aussi, pour chaque place, de gérer l'après crise et de maintenir sa crédibilité car la confiance régit les échanges internationaux. Du côté de la population, la crainte de l'épidémie plaide en faveur des cordons sanitaires mais l'autre crainte est représentée par le chômage qui peut en découler et par le renchérissement des denrées alimentaires.

- 15 Après l'abandon du dispositif traditionnel, les pouvoirs publics tentent de mettre au point des nouvelles mesures de protection. En Angleterre dès les années 1840, les bateaux qui arrivent d'Orient ne sont soumis qu'à un isolement de deux ou trois jours, même s'ils sont suspects sur le plan sanitaire. À ce moment-là apparaît un ensemble de mesures censées remplacer la quarantaine traditionnelle et désigné comme l'« English system ». Une inspection à bord permet d'isoler les éventuels malades qui sont conduits vers un hôpital d'isolement. Peu à peu, les autorités sanitaires portuaires sont dotées de pouvoirs d'intervention multiples : l'hospitalisation obligatoire des malades, la désinfection des bateaux et la destruction des marchandises. Après le *Public Health Act* (1872), les passagers, même sains, doivent décliner leur identité et donner les adresses auxquelles on peut les joindre au cours des cinq jours qui suivent leur arrivée, afin de vérifier la survenue de possibles symptômes. On a dès lors clairement abandonné le projet de prévenir l'importation de maladies, la frontière sanitaire est abolie au profit d'un dépistage individuel, s'il y a frontière, elle passe à l'intérieur du pays entre ceux qui sont contaminés et les autres. L'effort va désormais porter sur les façons, coercitives, de limiter la diffusion des maladies infectieuses à l'intérieur du pays, nous y reviendrons. Mais la tentative des pays européens consiste aussi à effectuer des contrôles en amont, du côté où les épidémies sont censées arriver.

Le report de la frontière vers l'Est

- 16 La suspension des quarantaines et des mesures de contrôle sanitaire en Europe occidentale supposait en fait que fussent accrues celles assurées sur les rives du bassin oriental de la Méditerranée. Il s'agit de transformer la Méditerranée en espace sanitaire sûr et contrôlé sous l'égide des puissances occidentales. Les pressions de plus en plus fortes exercées sur les deux pays capables d'assurer ce contrôle, la Turquie et l'Égypte, s'exercent en particulier à partir de la première conférence sanitaire internationale réunie à Paris en 1851. Ces conférences se succèdent (jusqu'à la quatorzième et dernière en 1938), elles aboutissent à des accords internationaux sur la régulation des quarantaines aux frontières, qui visent en particulier le choléra⁷. Depuis 1838, un bureau de contrôle sanitaire fonctionne à Constantinople (il est intégré à la Ligue des Nations en 1923). Puis, à partir de 1881, un nouveau bureau sanitaire est mis en place, pour l'ensemble des pays arabes, à Alexandrie, sous le contrôle direct du ministre égyptien de la santé. Les pays occidentaux craignent en effet que grâce au percement du canal de Suez, le choléra emprunte cette nouvelle voie navigable pour passer de l'Océan

indien à la Méditerranée. À la veille de cette ouverture, la quatrième pandémie se propage au cours de l'été 1865 et, pour la première fois, à partir des ports égyptiens vers les ports d'Europe occidentale. En effet, l'essor de la navigation à vapeur modifie les durées de traversée si bien que la lenteur de la marine à voile, qui constituait une sorte de sas, de barrière temporelle, met fin à cette protection. Dès le début du XIX^e siècle, les Anglais avaient déjà tenté de vérifier l'état sanitaire des bâtiments qui provenaient du bassin oriental de la Méditerranée dans leurs postes de la partie occidentale, à Malte et à Gibraltar, avant qu'ils s'engagent dans l'Atlantique à destination de la Grande-Bretagne.

- 17 Il s'agit donc pour les Européens d'arrêter l'épidémie au plus près de son « origine ». Les émissaires français demandent ainsi aux Ottomans d'interrompre toute relation entre La Mecque et les ports égyptiens dès que le choléra apparaît parmi les pèlerins, ne leur laissant que la possibilité de voyager par caravane, ce qui, du fait de la lenteur de la progression, constitue en fait une excellente quarantaine, avoue l'un d'entre eux. À cette extrémité de la Méditerranée, la quarantaine est encore d'actualité ! La suppression de la frontière sanitaire à l'entrée dans les pays occidentaux a été possible grâce au renforcement d'une autre frontière sanitaire, sur les rives orientales de la Méditerranée. Ce n'est bien entendu pas ce que les contemporains proclament ! La quarantaine est considérée comme une protection indispensable face aux habitudes peu hygiéniques des populations orientales si bien que les Turcs sont transformés en gardiens de la santé publique de l'Europe⁸. Quant aux inconvénients qui sont ainsi transférés de l'Europe atlantique vers l'Est méditerranéen, ils y sont moindres, dit-on, car les relations commerciales sont moins développées, les populations y voyagent lentement et n'ont pas la même notion de la valeur du temps ; ils sont par conséquent moins vexatoires et gênants qu'en Europe. Lorsque l'Égypte demande en 1903 d'aligner son régime sanitaire sur celui des pays européens, les puissances occidentales refusent car elles ne peuvent imaginer que les bédouins et les fellahs puissent suivre les mêmes règles d'hygiène publique que les citoyens occidentaux.
- 18 Cette contrainte imposée aux pays du Proche-Orient et à la Turquie reflète bien l'équilibre international. Les pays européens se partagent alors le monde en vastes empires, ils exercent leur puissance afin de protéger leur sanctuaire. À plusieurs reprises, les délégués anglais et français expriment de façon explicite que la condition *sine qua non* de l'allègement des contraintes en Europe réside dans un parfait contrôle de la Méditerranée, considérée au passage comme une mer européenne. Il est par conséquent logique d'installer des verrous aux deux principaux points d'entrée : le détroit du Bosphore et des Dardanelles et la sortie de la Mer rouge puis du canal de Suez. L'Orient est perçu comme l'origine des deux grands fléaux épidémiques majeurs, la peste et le choléra, et les hygiénistes occidentaux imposent leurs observations, leur savoir et leurs théories épidémiologiques. La domination militaire et politique est secondée par la domination de la médecine occidentale. Dans les interventions de ses délégués aux conférences sanitaires internationales, les populations orientales sont décrites comme ignorantes des règles élémentaires de l'hygiène, la saleté le disputant à la pauvreté. Les contours d'une sorte de sous-humanité très dangereuse pour la sécurité sanitaire des populations européennes sont ainsi tracés. Ils permettent de justifier le contrôle très rude qu'on leur impose, l'application de la réalité d'une frontière sanitaire révolue à l'Ouest.
- 19 Lors de ces conférences s'expriment aussi l'horreur et la crainte ressenties par l'Ouest chrétien face à l'Est musulman. L'ampleur des pèlerinages vers La Mecque suscite de nombreuses réactions de rejet et d'inquiétude. Entre les années 1860 et la fin du siècle, le

dispositif de surveillance qu'on leur impose se renforce d'ailleurs considérablement. Dès 1866, un poste de surveillance et de quarantaine est prévu dans l'île de Perim, en Mer rouge ; en 1881, un lazaret est construit sur l'île de Kamaran où les pèlerins sont traités comme s'ils étaient contaminés et subissent une quarantaine d'au moins dix jours. Après 1885, on connaît désormais l'agent pathogène du choléra et la contagiosité de la maladie ne peut plus être niée, si bien qu'on tente même d'éviter l'arrivée de pèlerins contaminés sur les lieux saints : de multiples inspections sanitaires sont effectuées sur les bateaux conduisant les croyants à La Mecque et des désinfections et quarantaines leur sont imposées dès qu'un cas de maladie est découvert. En 1892, ces mesures sont encore renforcées à l'encontre des bateaux de pèlerins infectés provenant des ports de la Mer Rouge et se dirigeant vers Suez par une quarantaine de quinze jours à El Tor. Ces bateaux doivent remonter le canal de Suez en quarantaine, suivis par un bateau à vapeur et par des gardes sur les berges qui abattent tout pèlerin essayant de débarquer. Si l'épidémie se déclare entre El Tor et Suez, le bateau doit faire demi tour. Après la quarantaine à El Tor, les pèlerins égyptiens ont encore à subir trois jours d'isolement sous observation médicale. Quant aux pèlerins non égyptiens, il leur est tout simplement interdit de débarquer en Égypte. Ces pèlerins ne bénéficient ni de la révolution bactériologique ni du système assoupli de la néo-quarantaine à l'euro-péenne. Les inspections étant hasardeuses sur des navires chargés de plus de 2 000 personnes, la méthode utilisée est d'une brutale simplicité : placer le bateau en quarantaine et observer si une épidémie s'y développe. Après la conférence de 1894, dont le but est de prendre des mesures afin d'éviter l'extension du choléra depuis les terres d'Asie centrale, le dispositif est étendu au golfe persique. En 1897, face à la peste, une interdiction totale de pèlerinage à La Mecque est imposée par les Roumains et par les Anglais chargés de stopper le départ des croyants de Bombay⁹.

- 20 Mais les intérêts géostratégiques et commerciaux divisent aussi les Européens sur la politique à mener. Il est proposé de limiter l'autorisation de déplacement aux plus aisés en s'assurant que les pèlerins disposent des ressources nécessaires pour l'ensemble du voyage aller et retour. Les Hollandais, les Autrichiens et les Français imposent ces restrictions. Mais les Anglais, obligés de composer avec la sensibilité religieuse des Musulmans en Inde, et commercialement intéressés par le transport maritime des foules de croyants, font observer que le pèlerinage constitue une obligation religieuse qui ne peut être limitée aux riches. Les Anglais résistent d'autant plus à la volonté française d'établir un contrôle sanitaire international rigoureux sur le canal de Suez qu'ils souhaitent garantir l'autonomie de l'Égypte afin d'y appliquer leur politique commerciale plus aisément.
- 21 Certes, les pays soumis à de telles pressions trouvent les mesures injustes et l'expriment de plus en plus. Les souverains musulmans sont attentifs car ils pourraient être suspectés par leurs sujets de collaboration avec les puissances européennes afin de limiter les pèlerinages, ce qui mettrait leur pouvoir en péril. En outre, les Turcs et les Perses refusent le condamner les pèlerins à rentrer chez eux en traversant les régions désertiques au nom de la santé publique, de la misère et de la mort. À la Conférence de 1866, un délégué perse soutient même que les mesures de quarantaines seraient plus efficaces en Europe, du fait de frontières clairement marquées et de l'existence de pyramides administratives structurées. Les Turcs, bien qu'acquis à la politique de quarantaines, rejettent les propositions de 1885 parce qu'elles leur paraissent seulement destinées à protéger l'Europe de l'Ouest du Proche Orient, mais qu'en revanche rien

n'était prévu afin de protéger ces derniers pays des épidémies venues de l'Ouest. Pourtant, la Mer Noire, la Turquie et le bassin oriental de la Méditerranée avaient été contaminés par le choléra qui accompagnait les troupes françaises et anglaises venues participer à la guerre de Crimée en 1854 ! On ne peut imposer à l'Égypte de devenir le lazaret de l'Europe tout comme les États-Unis ne réussissent pas à imposer aux pays européens de se transformer en annexes des lazarets de La Nouvelle-Orléans et de New York. À la merci de fortes épidémies, en particulier de choléra du fait de l'arrivée régulière de bateaux d'émigrés d'Europe, les États-Unis imposent leur propre contrôle. Lazarets et quarantaines traditionnels sont censés prévenir toute infection. En fait, il faut attendre le dépistage bactériologique disponible à la suite de la découverte de *vibrio cholerae* par Koch en 1884 pour que les mesures deviennent efficaces. À partir du début des années 1890, le centre de contrôle de l'immigration à New York, situé à Ellis Island, entreprend une vérification de l'état sanitaire des immigrants. En période d'épidémie, elle permet pour la première fois de dépister les cas de choléra, même asymptomatiques et de conjuguer l'organisation d'une frontière générale et le dépistage individuel.

La sectorisation urbaine

- 22 La réflexion, les travaux et l'action des hygiénistes contribuent aussi à modifier fondamentalement la façon de gérer les épidémies. La multiplication des enquêtes qui tentent d'identifier les causes d'une plus forte mortalité dans tel ou tel quartier des grandes villes, la mise en œuvre de nouveaux dispositifs muni-cipaux, aboutissent à territorialiser les risques épidémiques et à les caractériser socialement.

Villermé ou Chadwick ?

- 23 À la fin des années 1820 en France, et des années 1830 en Angleterre, deux enquêtes importantes aboutissent à des conclusions différentes mais finalement à une segmentation sociale identique. Même si la chronologie et le rythme de l'industrialisation française sont différents de ceux de la pionnière Angleterre, la question sociale est aussi posée en France, à la fois par ceux qui n'ont jamais accepté la Révolution française et qui ne jurent que par un retour à l'Ancien Régime agricole et par des réformateurs. Parmi ces derniers, les catholiques sociaux comptent sur la bienfaisance et l'initiative privée exercée au contact des populations pauvres, alors que des économistes se tournent vers l'État afin qu'il régule la situation sociale de l'industrie nouvelle. Dans ce débat, les données démographiques rassemblées (mouvement de décès et recensement quinquennaux) permettent de tester certaines des hypothèses avancées aussi bien par la médecine néo-hippocratique que par les républicains attentifs au sort des plus pauvres. L'Académie de Médecine, très intéressée par les résultats du mouvement de la population de 1817 à 1821 élaborés par le statisticien Villot, confie à Villermé un rapport à ce sujet¹⁰.
- 24 Villermé tente de distinguer les arrondissements suivant leur mortalité et la proportion des familles pauvres afin de comparer les classements par rang. La difficulté est de trouver un indicateur de pauvreté et d'aisance : il choisit la part des locations non imposées dans l'ensemble des locations de chaque arrondissement. Ce premier travail le conduit à tester la relation mise en évidence sur d'autres populations. Ce sont les points de départ de son *Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente* (mémoire de l'Académie de Médecine, 1828), et de son *Mémoire sur la mortalité en France*,

où, grâce au recours à des documents inédits produits par l'administration, il se livre à des analyses détaillées qui jouent sur un changement de l'échelle d'observation : il compare la mortalité dans deux arrondissements parisiens (le 1^{er} et le 12^e), dans deux rues du 9^e arrondissement, puis dans 27 départements français¹¹. Après avoir reconstruit de façon scrupuleuse la mortalité à domicile et la mortalité survenue en hôpital au prix d'hypothèses clairement explicitées, il montre qu'entre 1817 et 1822 la mortalité à domicile est de 1 personne pour 58,24 résidents dans le 1^{er} arrondissement et de 1 personne pour 42,63 habitants dans le 12^e arrondissement. Si l'on tient compte de la mortalité dans les hôpitaux et hospices, les chiffres deviennent respectivement 1 pour 42,20 et 1 pour 24,21. Mais cet écart pouvait être interprété en termes de différence de « salubrité » des quartiers autant que d'inégalité sociale.

- 25 Il entreprend donc la comparaison de deux quartiers dont la « salubrité » est réputée analogue, mais l'aisance des habitants différente ; puis la comparaison de deux rues, l'une exclusivement habitée par des familles pauvres et l'autre par des familles riches. Dans le quartier riche de l'île Saint-Louis, il obtient 1 décès sur 46,04 ; et dans le quartier pauvre de l'Arsenal, le résultat est de 1 sur 38,36. La salubrité y étant identique, nous dit Villermé, c'est bien l'aisance des habitants qui fait la différence. Il oublie certes les effets de structures par âge différentes, ce n'est toutefois pas l'exactitude des calculs qui compte ici mais leur réception à l'époque. L'inégalité devant la mort se retrouve partout où des groupes humains disposent de ressources différentes ; elle est d'autant plus accentuée que la misère est plus grande.
- 26 Villermé tente de retrouver cette « loi » à l'échelle des départements. Après avoir exclu ceux dans lesquels les migrations sont trop importantes, ceux où s'étendent de vastes zones marécageuses insalubres, il retient 13 départements « riches » et 14 départements « pauvres » (définis d'après le revenu territorial moyen par hectare de terre et par habitant, la contribution personnelle et mobilière moyenne par tête d'habitant, et la répartition de la richesse). La comparaison est éloquent : la mortalité s'avère, à nouveau, inverse de l'aisance¹².
- 27 Lorsqu'on lui communique les taux de mortalité dans les arrondissements parisiens pour les années 1822-1826, il s'efforce de mettre en évidence la concordance de classement avec la période 1817-1822 et publie son étude dans les jeunes *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Il y démontre qu'aucune des raisons auxquelles on attribue en général la différence de mortalité observée entre les arrondissements ne joue en réalité un rôle essentiel.
- 28 Contre les opinions accréditées des grands médecins, tous acquis au néo-hippocratism, il prouve que l'inégalité devant la mort ne dépend ni de la proximité de la Seine, ni de l'élévation du sol, ni de sa nature, qu'on ne saurait davantage l'attribuer à la concentration des constructions, ou à la densité de la population. La cause principale réside dans l'inégale répartition des richesses. Ses études sur la mortalité selon les professions complètent sa démonstration¹³.
- 29 Élève de Dupuytren, formé sur le terrain par ses onze années passées au service des armées de l'Empire sur tous les champs de bataille, de l'Espagne à l'Europe centrale, Villermé aiguisé son sens de l'observation, adopte une démarche expérimentale, et se montre attentif à l'effet des conditions de vie sur la maladie et la mort. Membre d'associations savantes médicales parisiennes, il publie sur sa pratique aux armées dès 1818, est élu membre adjoint à l'Académie de Médecine en 1823, il fait dès lors partie des hygiénistes actifs et écoutés. Il est élu à l'Académie des Sciences morales et politiques en

1832, au lendemain de l'épidémie de choléra qui illustre l'exactitude de ses travaux sur la mortalité socialement différentielle.

- 30 Il a réussi à diffuser parmi les hommes politiques comme parmi les responsables de l'économie la thèse selon laquelle le facteur des disparités sociales est essentiel afin de rendre compte des différences de mortalité. Il ne suffirait donc pas d'amener l'eau dans la ville et de multiplier les égouts pour résoudre la prégnance des épidémies urbaines. Comme il est plus difficile de réduire l'éventail social que de lancer une grande politique de travaux d'assainissement, les autorités sont démunies et ne prennent que quelques mesures afin de limiter, dans la continuité de la démonstration de Villermé, le véritable danger épidémique que présentent les garnis parisiens. La loi sur les logements insalubres de 1850 reconnaît que les propriétaires ne peuvent louer des locaux par trop contrairement au maintien de la bonne santé des occupants. Mais les résistances à l'application de cette loi sont nombreuses, aussi bien du côté des propriétaires qui rechignent à investir dans l'entretien ou dans l'installation d'équipements sanitaires nouveaux, que de la part des occupants plus sensibles, au moins pendant un temps, au montant du loyer à payer qu'à la conformité du lieu aux nouvelles règles sanitaires. La misère, on le sait, laisse peu de répit pour penser à la préservation de sa santé personnelle.
- 31 Dans le cas de la France, les tensions sociales ont en outre abouti à une succession de changements de régimes politiques (révolution de 1830, révolution de 1848, Second Empire, puis Commune et Troisième République), la bienfaisance prend en charge les cas de pauvreté les plus choquants, si bien que la dimension sociale de la santé publique reste présente dans les analyses et dans les projets au détriment des questions d'assainissement dont on perçoit l'importance dans la maîtrise de la fièvre typhoïde seulement dans les années 1870. Illustration supplémentaire de l'adage « le mieux est l'ennemi du bien ».
- 32 En Angleterre, la situation sanitaire et sociale est très dégradée dès avant l'arrivée du choléra. De nombreux médecins, au-delà des seuls milieux politiquement radicaux et parfois proches des chartistes, mettent en évidence les conséquences néfastes de la nouvelle organisation industrielle sur la santé des enfants comme sur celle des adultes. Au cours des années 1830, plusieurs commissions sont chargées d'étudier les raisons des fièvres qui sévissent désormais de façon endémique dans certains quartiers, en particulier populaires. Dans un contexte social et politique particulièrement conflictuel, Chadwick réussit à expliquer la persistance des fièvres épidémiques par une cause unique : la saleté, l'absence de drainage des mares, l'absence d'évacuations des déchets et des eaux usées. La pensée sanitaire de Chadwick, ancien secrétaire de Bentham, est celle d'un hygiéniste de la fin du XVIII^e siècle : il s'agit de faire circuler des flux d'eau importants dans la ville afin de la débarrasser de ses immondices. C'est ainsi que se trouve justifiée une gigantesque entreprise d'acheminement d'eau propre vers les villes et de construction de réseaux d'égouts qui permettent de la rejeter au loin, chargée de tous les détritiques et effluents urbains. Ce projet, qui séduit les responsables politiques, aboutit à la création, en 1848, de la première institution centrale chargée des questions de santé publique en Europe, le *General Board of Health* que Chadwick dirige pendant six ans.
- 33 Mais il convient certainement d'intégrer ce projet sanitaire dans un cadre politique plus vaste. Si l'on suit Christopher Hamlin, Chadwick a fourni à la Commission royale une possibilité supplémentaire de sortir de la crise sociale et politique qui secoue alors l'Angleterre¹⁴. La réforme sanitaire permet d'atténuer le choc frontal de la contradiction sociale, très vive depuis la réforme de la *Poor Law* en 1834. Chadwick offre une alternative à l'opinion répandue chez de nombreux médecins selon laquelle le chômage temporaire, la sous-nutrition puis l'indigence causent la maladie, affirmation contradictoire avec la

nouvelle loi des pauvres qui supprime précisément les secours à domicile. En 1838, Chadwick, secrétaire de la *Poor law Commission*, demande à deux de ses amis médecins du cercle des benthamiens et à l'un des commissaires d'effectuer une enquête sur les causes de l'épidémie qui frappe le pauvre East End de Londres depuis une année et qui vide les caisses des institutions de secours. Le rapport de Neil Arnott, Southwood Smith et Philipp Kay confirme que les mares d'eaux usées croupissantes et les immondices non drainés sont à l'origine de l'épidémie. À la suite de ce rapport, la Reine Victoria demande à ce qu'une enquête nationale soit entreprise. Chadwick, qui en est chargé, joint alors systématiquement aux documents d'enquête expédiés dans les différentes villes le rapport Arnott-Smith-Kay qui oriente les comptes rendus locaux vers la conclusion attendue : la mise en relation des fièvres avec la saleté des zones non drainées. En outre, il élimine de son rapport de synthèse les considérations médicales des rapports locaux et industriels qui n'abondent pas dans son sens en insistant sur leur insuffisante rigueur statistique. Enfin, de façon systématique, la richesse et la variété des théories médicales sont utilisées afin de retenir, au sein de chaque rapport, plutôt la partie qui insiste sur les aspects sanitaires que celle qui met en cause les conditions de travail. De nombreuses petites turpitudes sont ainsi mises au service du grand dessein sanitaire mais aussi économique et politique de Chadwick. Sa querelle avec un autre personnage important de l'histoire statistique et sanitaire anglaise, William Farr qui, dans le service récemment mis en place du *Registrar General*, retient comme cause de décès « mort de faim » illustre l'âpreté du combat. Alors que Chadwick conteste la pertinence d'une telle cause de décès et détaille les causes des soixante-trois cas attribués à la faim, Farr répond que la cause de décès « faim » représente une large catégorie économique car lorsqu'on manque de nourriture on manque aussi de chauffage, de vêtements, de tout ce qui est nécessaire à la vie mais se trouve abandonné au profit de la recherche de nourriture ; c'est implicitement affirmer qu'il y avait eu défaillance de la *Poor Law Commission* ! Grâce à l'opération politique conduite par Chadwick qui réduit les différentes dimensions de la santé publique à une seule, celle de l'assainissement, le *General Board of Health* est créé.

La ville segmentée

- 34 Cette opposition entre quartiers pauvres et mortifères, mal assainis et malpropres et les quartiers plus aisés dans lesquels la mortalité est moindre, est reprise en considération par les grandes villes qui mettent sur pied des Bureaux d'hygiène. En France, le premier est celui du Havre (1879), rapidement suivi par Nancy, Reims, Amiens, St Etienne, Nantes, environ vingt-cinq en 1900. Les modèles sont anglais mais aussi bruxellois et turinois. De quoi s'agit-il ?
- 35 Outre les travaux d'assainissement, plusieurs grandes villes européennes, en Angleterre mais aussi en Belgique et en Italie, et enfin en France ont créé des Bureaux d'hygiène municipaux. Leur but premier était de faire diminuer la mortalité, en particulier épidémique, par la surveillance épidémiologique, la vaccination, la suppression de l'insalubrité des logements et l'amélioration de l'équipement sanitaire public et privé.
- 36 Les objectifs et leurs ambitions sont assez bien exprimés dans les projets soumis aux municipalités puis dans les documents qui en portent création (par exemple au Havre, à Nancy ou à Grenoble). Ils se retrouvent aussi dans les lettres que le D^r Gibert, initiateur du premier Bureau municipal d'hygiène français créé en 1879 au Havre, sous le mandat de Jules Siegfried, adresse depuis Bruxelles. En dehors de l'exemple italien, où les villes se

dotent souvent de magistrats de santé dès le ^{xv}^e siècle qui se transforment en Bureaux d'hygiène dans les années 1850-1860 (par exemple Turin), et de celui de villes de Grande-Bretagne (dont l'exemple de l'écossaise Glasgow est plusieurs fois évoqué), c'est en effet de l'exemple du Bureau municipal de Bruxelles (1863) dont Gibert s'inspire. Il y est envoyé en mission exploratoire afin de mener une enquête sur ce cas exemplaire et adresse cinq lettres à l'un des quotidiens havares qui les publie. Sans doute s'agit-il d'une opération de communication politique destinée à convaincre les élites locales et la population des vertus du projet de la nouvelle municipalité élue en 1877, présenté dès le mois de février 1878, et renvoyé en commission. Le voyage à Bruxelles a lieu en juin, le débat en conseil municipal se tient finalement le 12 février 1879 et la création du Bureau en mars 1879. La rhétorique de ces lettres est celle d'une opération de promotion politique et d'une mise en scène des prétentions médicales¹⁵.

- 37 Il y dit tout d'abord son admiration pour l'ensemble de l'organisation, « on ne saurait en vérité où trouver une lacune, où trouver même la place d'une critique », puis il fait partager à son lecteur la visite du bureau du directeur du Bureau d'hygiène, le D^r Janssens :

Là, vous trouvez une carte de la ville de Bruxelles, constellée d'une quantité de petits points rouges, verts, bleus, etc. Vous vous approchez, chaque point coloré est une tête d'épingle ; chaque épingle, suivant sa couleur, représente une maladie. Chaque jour le Dr. Janssens pique ces épingles ; ainsi, la petite vérole est représentée par une tête bleue, la fièvre typhoïde par une tête rouge, etc. Il n'enfoncé pas l'épingle du jour, il la laisse sortie de toute sa hauteur. Puis, ce travail fait, la carte est portée le soir, chaque soir, chez le bourgmestre, qui, après avoir examiné les nouveaux cas de maladies contagieuses, enfonce les épingles.

- 38 Ainsi, ajoute-t-il, le bourgmestre saisit en un simple coup d'œil quels sont les dangers épidémiques et dans quelle direction se dirige la maladie. Les informations sont collectées par les médecins qui, face à un cas de « variole, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, choléra asiatique, diphtérie, dysenterie épidémique », remplissent un « avis sanitaire » adressé au Bureau d'hygiène et indiquant le nom, l'âge et le domicile du malade. Le secret professionnel est respecté grâce à l'utilisation d'une nomenclature numérotée de cent seize causes de décès. Chaque jour, l'administration municipale connaît ainsi l'ampleur et le lieu de toute nouvelle épidémie et peut prendre des mesures. En cas de variole par exemple, tous les habitants de la maison et de la rue concernées sont vaccinés ou revaccinés. Tous les vêtements et effets de mobilier du malade sont désinfectés, et parallèlement l'isolement du malade est réalisé, dans la mesure du possible en ville, mais totalement à l'hôpital dans un service spécifique aux malades contagieux. Dans leurs rapports annuels, les Bureaux d'hygiène publient aussi les cartes des différents cas et décès épidémiques dans la ville. L'objectif est bien de faire apparaître, sur le moyen terme, des rues ou des quartiers plus propices aux épidémies que d'autres. Si la démarche se justifie pleinement sur le plan de la lutte contre les maladies, elle a pour conséquence de segmenter l'espace municipal, d'y créer des enclaves où les vaccinations vont être massivement pratiquées, où l'étanchéité des réseaux va subitement être vérifiée à grands frais de voirie.
- 39 Le Bureau d'hygiène organise aussi des séances quotidiennes et gratuites de vaccinations ; en outre, les élèves des écoles sont tous revaccinés. S'il s'agit de la fièvre typhoïde pour laquelle il n'existe alors pas de vaccin, dès qu'un cas est signalé, le Bureau d'hygiène fait un contrôle efficace sur tout ce qui concerne les eaux, les égouts, la voirie du quartier concerné.

- 40 La crainte démographique et tout particulièrement le spectacle de la forte mortalité qui accompagne la croissance urbaine à la fin du Second Empire sont à l'origine des plaidoyers en faveur de la création de Bureau d'hygiène à Nancy, à Reims ou à Grenoble. Dans cette dernière, le D^r Berlioz présente à son tour un projet de création de Bureau d'hygiène à la fin des années 1880 et insiste sur le niveau élevé de la mortalité grenobloise par rapport à d'autres villes comparables¹⁶. Il met aussi en évidence l'ampleur de la baisse enregistrée dans les villes qui se sont munies de ce dispositif et cite l'exemple de Glasgow. Enfin, dans la mesure où les Bureaux permettent principalement de lutter contre la mortalité épidémique qui représente précisément 20 % de l'ensemble de la mortalité à Grenoble, son efficacité serait importante.
- 41 L'un des premiers effets de l'existence des Bureaux est bien entendu le renforcement du contrôle des revaccinations antivarioliques et la tentative de cerner les caractéristiques des épidémies par leur cartographie, faute de toujours disposer des moyens de lutter directement contre elles. Dans ce but des « casiers sanitaires des maisons » sont mis en place, au Havre du fait du modèle bruxellois mais dans d'autres villes comme Bordeaux, Nantes, Nancy ou St Etienne. Au Havre, sont ainsi régulièrement publiées les statistiques de décès par phtisie, typhoïde, diarrhée entérique... ainsi que des courbes saisonnières et des cartes par rue qui permettent de lire directement quels sont les quartiers dans lesquels la population est le plus gravement victime de chacune, et par conséquent où il conviendrait d'améliorer dans l'urgence les systèmes d'assainissement.
- 42 À Paris, la confection d'un casier sanitaire permet d'identifier des « maisons meurtrières », définies ainsi dès que la mortalité par tuberculose y dépasse un seuil donné. La proximité géographique de plusieurs « maisons meurtrières » débouche sur la délimitation d'« îlots insalubres », voués à la destruction¹⁷. C'est donc ici le bâti qui paraît porteur de la maladie, comme à l'époque de l'aérisme ! La connaissance du bacille de Koch apportée par la bactériologie n'a pas effacé l'importance des conditions d'environnement dans le développement des germes, bien au contraire, il est désormais démontré que l'absence d'ensoleillement favorise la multiplication du micro-organisme ! Une nouvelle segmentation de l'espace construit apparaît donc : celui voué à la démolition pour des raisons sanitaires.
- 43 Au-delà de l'isolement des malades contagieux et l'exclusion de l'école des enfants atteints, les Bureaux d'hygiène favorisent la création de laboratoires d'analyse chimique et bactériologique municipaux, qui permettent un contrôle de qualité des produits alimentaires distribués (Nancy, Grenoble), et répondent aussi bien à l'exigence des hygiénistes qu'aux craintes de la population de se trouver exposée à des produits avariés ou impropres à la consommation. Dans ces mêmes villes plus souvent qu'ailleurs sont créés des dispensaires et plus généralement un maillage d'assistance médicale beaucoup plus dense qu'auparavant.
- 44 Dans la plupart des cas, une action pédagogique en faveur de comportements plus pertinents de la population est tentée. Au Havre, Gibert souligne que,
- Le Bureau qui dresserait périodiquement un tableau statistique par quartier, de la mortalité, ne tarderait pas sans doute à porter notre conviction dans le public, et ce serait un grand pas d'avoir contribué à ranger l'opinion du côté des lois de l'hygiène qui, trop souvent sont considérées comme abstraites et purement théoriques. Le travail dont nous parlons [...] serait destiné à la publicité.
- 45 Lorsqu'il s'agit de convaincre, les chiffres, les courbes et les cartes sont censés disposer d'un pouvoir de démonstration élevé.

- 46 Les nouveaux dispositifs appelés à contrôler les grandes épidémies traduisent les choix et les priorités des pays de l'Europe occidentale. Afin de créer une vaste zone d'échanges indemne d'épidémie, le contrôle des individus doit s'appliquer avec rigueur, les malades doivent être internés d'office dans des « fever hospitals » et les contagieux doivent déclarer leur maladie aux autorités. Afin d'éviter la dissémination des épidémies, un vaste système de contraintes se met en place, en particulier en Angleterre et en Allemagne. Il suppose la culpabilisation de ceux qui commettent une faute à l'égard des règles de santé publique édictées, soit par la dissimulation de sa maladie, soit par leur comportement non conforme aux principes de la morale et de l'hygiène privée. Un arsenal de stigmatisations à l'égard du pauvre, du sale, du mal nourri, du syphilitique, de la jeune mère ignorante, se met en place. Il est complété par la dénonciation des orientaux, sales, ne respectant pas les règles élémentaires de l'hygiène, et représentant un danger épidémiologique permanent du fait du pèlerinage de La Mecque.

L'épidémie comme frontière du futur

- 47 Pendant près de deux siècles, de la fin du XVIII^e siècle aux années 1970, l'éradication des épidémies et des maladies infectieuses a constitué une sorte d'horizon historique, de front de conquête, de frontière au sens américain du terme dans les sociétés d'Europe occidentale. Elle s'est constituée autour de trois dimensions principales : des enjeux de connaissance scientifique et médicale, un projet de progrès social et de civilisation qui s'est traduit par l'acculturation de la masse de la population afin que ses comportements respectent les nouvelles normes de l'hygiène, et enfin l'organisation d'un accès général aux soins grâce aux systèmes de sécurité sociale.

Le front pionnier de la médecine

- 48 L'élément déclencheur est ici la vaccination jennérienne qui permet de protéger les jeunes enfants et les adultes de l'une des plus cruelles épidémies. Dès les premières années du XIX^e siècle, les médecins la pensent comme le moyen de mettre un terme à une épidémie meurtrière comme l'on s'est débarrassé de la peste, disent-ils. Ils sont dès lors installés dans une logique de progrès indéfinis et de victoires successives contre les différentes maladies infectieuses. D'ailleurs, l'immense majorité d'entre eux s'est ralliée très rapidement à cette nouvelle forme de prévention, ils sont parfois même trop confiants en leur nouvelle arme. Ils sous-estiment les risques de contamination d'un enfant à l'autre par la scarification et le « mélange des sangs », tout particulièrement les cas de transmission de syphilis. Les médecins surestiment ensuite la durée de la protection assurée par la première vaccination et il faut attendre les années 1840 pour que le milieu médical admette qu'une revaccination est nécessaire autour de la vingtième année afin d'assurer une protection tout au long de la vie.
- 49 Les premières décennies du siècle ont été celles du grand prestige de l'École de Paris, fondée sur l'anatomo-pathologie, l'observation et un début de volonté de tester l'efficacité des traitements avec l'École numérique du Dr. Louis¹⁸. Les découvertes sur l'état des tissus et le siège des maladies paraissent s'accumuler et, en dépit du défi de l'épidémie de choléra de 1831-1832, l'idée selon laquelle les connaissances progressent est dominante. Les travaux de Claude Bernard puis ceux qui se développent autour de Pasteur confirment que l'esprit humain est désormais apte à conquérir de nouvelles

connaissances qui changeront le sort des hommes. Le développement de la microbiologie permet d'identifier les germes responsables des infections et des maladies les plus graves : Pasteur découvre ainsi le staphylocoque et le streptocoque en 1880 puis le pneumocoque en 1881. La même année il met aussi à l'épreuve une nouvelle forme de vaccination contre le charbon puis en 1885 contre la rage (sans avoir vraiment isolé l'agent viral). Son confrère et concurrent berlinois, Koch, identifie le germe responsable de la tuberculose en 1882, celui du choléra en 1884.

- 50 Les faits sont connus, il s'agit simplement ici d'en souligner la concentration chronologique. À l'époque, elle confirme l'espoir d'une marche en avant fondée sur la connaissance et sur la science. Parce que ces découvertes fondamentales débouchent très rapidement sur la mise au point de vaccins ou de sérums, l'assurance d'une lutte victorieuse contre les maladies infectieuses est acquise. En 1892, à l'Institut Pasteur, Haffkine conçoit un vaccin contre le choléra, injecté à des milliers de personnes en Inde. Dès que Yersin isole le germe de la peste en 1894, Haffkine est à nouveau mobilisé et expérimente un vaccin contre la maladie dès 1906. Du côté anglais, Almroth Wright tente de prémunir les mineurs d'Afrique du Sud contre la pneumonie et dès les années 1896-1898, il introduit la vaccination contre la typhoïde qui avait déjà été expérimentée sur les animaux par Fernand Widal et André Chantemesse à l'Institut Pasteur en 1888. Au cours de la première guerre mondiale, les armées anglaises bénéficient de cette vaccination qui devient ainsi la première application de la microbiologie à la médecine militaire. En 1888 encore, Roux et Yersin découvrent les toxines de la diphtérie et ouvrent la voie à la sérothérapie. Le sérum antitétanique est proposé par Behring et Kitasato en 1890 et Roux met au point la production de sérums équins en 1894, en particulier appliqués à la lutte contre la diphtérie mais aussi à la scarlatine et à la peste.
- 51 En une petite vingtaine d'années non seulement la frontière de la connaissance a fait un véritable bond en avant mais l'armement thérapeutique a totalement changé de nature avec la multiplication du nombre des vaccins et des sérums protecteurs. Et cela se poursuit, y compris dans le domaine de la lutte contre la grande contagion du XIX^e siècle, la tuberculose. Entre 1908 et 1921, Albert Calmette et Camille Guérin réussissent à élaborer le seul vaccin existant : le BCG. Trois années plus tard, le vaccin contre la diphtérie par réalisé par Ramon. S'il fallait caractériser le siècle 1875-1975, dans une perspective longue, on pourrait dire qu'il a été celui des découvertes médicales et thérapeutiques continues : pourrait-on relever une seule décennie sans découverte majeure ?
- 52 Avant la guerre, Paul Ehrlich, qui a mis en évidence les propriétés d'absorption de certains colorants, les utilise pour repérer les agents pathogènes (ainsi le bacille de Koch qui capte si bien la fuchsine, dès 1882). Il ouvre aussi la voie à la mobilisation des matières colorantes comme agents thérapeutiques car certaines d'entre elles tuent les micro-organismes. Par exemple, le rouge trypan permet ainsi de traiter la trypanosomiase. En 1909, il montre qu'un colorant à base d'arsenic, le 606 e essayé, lutte contre la syphilis. Il est commercialisé sous le nom de Salvarsan, puis dès 1912, une version moins toxique devient le Néosalvarsan. C'est la voie ouverte à la découverte des sulfamides, en 1932-1935, Gerhard Domagk découvre qu'un colorant rouge brique, le Prontosil, sauve les souris infectées par le streptocoque. À l'Institut Pasteur, l'équipe d'Ernest Fourneau isole la molécule active du colorant. Les sulfamides sont alors utilisés avec succès contre les colibacilles, dont certains sont responsables des dysenteries, contre les staphylocoques, les pneumocoques, les streptocoques et leurs terribles fièvres puerpérales qui

emportaient tant de jeunes mères, ou encore contre les méningocoques ou les gonocoques. La mortalité due aux pneumonies passe ainsi rapidement de 20 à 5 %. Pourtant, les sulfamides n'atteignent pas le bacille de Koch, ceux responsables de la typhoïde, le spirochète de la syphilis, le staphylocoque.

- 53 Mais au cours des dix années suivantes, les antibiotiques se succèdent, ouvrant une nouvelle époque de succès thérapeutique ! La pénicilline, dont la production est industrialisée en 1943, puis la streptomycine l'année suivante, le chloramphénicol en 1947, l'auréomycine en 1948, la néomycine en 1949, puis les cyclines et de nombreuses nouvelles familles d'antibiotiques se succèdent jusque dans les années 1970.
- 54 Outre la puissance de l'arsenal thérapeutique curatif, la palette des maladies dont on peut se prémunir par le vaccin est désormais très complète. Elle résulte d'une meilleure maîtrise du monde des virus : la poliomyélite bénéficie d'une mobilisation considérable des opinions publiques, en particulier aux États-Unis où de nouvelles équipes de recherche sont soutenues grâce aux crédits rassemblés par la « March of Dimes », 20 millions de dollars en 1945, en dépit de la particularité de cette dernière année de guerre. Le vaccin est expérimenté avec succès en 1955. L'une des épidémies les plus redoutées est désormais maîtrisable. Au cours des années qui suivent, le vaccin contre la rougeole est mis au point (1960), puis un vaccin combiné, le Rouvax permet d'associer les vaccins contre la rougeole, la rubéole (qui avait été à l'origine de milliers de malformations aux États-Unis en 1964-1965), ainsi que les oreillons. Au cours des années 1960-1970, on commence à penser que l'éradication des maladies infectieuses est proche. L'OMS lance en 1967 la campagne internationale d'éradication de la variole, maladie qu'elle déclare éradiquée dès 1980. Les progrès effectués dans les méthodes de fabrication des vaccins, en particulier celui de la poliomyélite, la conduisent à proposer l'objectif d'une éradication pour l'an 2000 ; l'insuffisance des moyens financiers mobilisés l'a conduite à reporter l'échéance à 2010, mais très peu de pays sont encore frappés. Des épidémies aussi banales mais meurtrières que la grippe sont rendues plus bénignes grâce à la vaccination pratiquée depuis le milieu des années soixante-dix, au moins dans les pays riches. L'allongement de l'espérance de vie dans tous les pays riches, et dans une moindre mesure dans les pays pauvres est lue comme l'une des conséquences de ces progrès scientifiques¹⁹.

La frontière de l'acculturation

- 55 La deuxième dimension de la frontière du progrès envisagée par les élites médicales et sociales concerne l'adaptation des façons de vivre et de penser de la masse de la population aux nouvelles directives de la prévention et de l'hygiène. Depuis la deuxième moitié du XVIII^e siècle, les médecins fustigent les mauvaises habitudes de la population, en particulier alimentaires. Vers 1765, Louis Lépecq de la Cloture attribue les maladies régnantes à Vire en Normandie au fait que les gens du peuple font,
- le plus grand usage du sarrasin en bouillies, en galettes ou gâteaux, aliments qui, n'ayant subi aucune fermentation, restent toujours très visqueux, produisent des crudités froides, empâtent les sucs nourriciers d'un mucus trop gluant, et peuvent à la longue, épaissir la lymphe²⁰.
- 56 Au XIX^e siècle, les médecins acquièrent d'autant plus de force de conviction qu'ils répondent à une attente de la part de la population, désormais plus attentive à sa survie, aux soins du corps, à son environnement²¹.

57 Mais la volonté des médecins hygiénistes de développer la prévention des maladies par l'hygiène et la salubrité fait peser sur chaque individu l'obligation d'adopter des comportements conformes aux nouveaux enseignements médicaux et conduit finalement à des phénomènes de stigmatisation sociale. Puis, la salubrité de l'habitat devient l'une des grandes préoccupations des hygiénistes, au point de conduire à la loi de 1850 sur les logements insalubres. Villermé, dans son célèbre *Tableau de l'état physique et des mœurs des ouvriers employés dans les manufactures*, fait observer que certains ouvriers acceptent de payer un loyer plus élevé afin de bénéficier de meilleures conditions sanitaires :

[...] ceux dont la conduite et les mœurs méritent le blâme se retirent dans les mêmes rues ou les mêmes maisons, presque toujours les plus sales, les plus malsaines ; d'un autre côté, les ouvriers honnêtes choisissent, au contraire, d'autres lieux où ils paient souvent plus cher leurs logements, mais ils n'ont de contact qu'avec des personnes qui leur ressemblent²².

58 En 1832, lors de l'arrivée de l'épidémie de choléra, de nombreux médecins décrivent les habitats ruraux en des termes d'effroi et de surprise. Dans le département de l'Yonne, l'un d'entre eux écrit :

L'insalubrité des maisons dans lesquelles je suis entré à Saint-Bris est en opposition directe avec tout ce que l'hygiène prescrit [...] je crois devoir signaler comme funestes les amas de matières fécales, qui font de certaines rues des dépôts de cette substance, et l'existence d'amas de fumier, fournis par les immondices des étables [...].

59 Dans la lutte contre les grandes contagions, la stigmatisation individuelle des malades n'est jamais bien loin. Les mœurs et les comportements doivent être réformés, en particulier l'abus de boissons alcoolisées est condamné ainsi que toutes les formes de dépravation. Lorsqu'il s'agit de contrôler les maladies vénériennes, les comportements individuels sont bien entendu stigmatisés. Parce que la contamination est associée au commerce sexuel, en particulier extra-marital, la maladie est l'objet d'un fort opprobre moral²³. Alors que les autres épidémies échappent à cette époque à la représentation ancienne qui faisait des grandes épidémies une punition divine, les maladies vénériennes conservent cette dimension morale. Suivant les pays européens, les politiques de lutte contre la syphilis sont plus ou moins contraignantes, ne concernent que les prostituées ou l'ensemble de la population.

60 En Angleterre, cette responsabilisation individuelle du malade, au-delà du seul cas de la syphilis, est poussée dans ses ultimes conséquences. Bien entendu, la déclaration des malades à domicile est obligatoire mais les personnes victimes de maladies contagieuses peuvent aussi être rendues responsables pénalement des risques qu'elles font encourir aux autres. Par exemple, celles qui emprunteraient les transports publics sont menacées d'amendes et de devoir prendre à leur charge la désinfection du véhicule.

61 En France, les campagnes de lutte contre la tuberculose, en particulier à la fin du XIX^e siècle, se traduisent aussi par un retour sur la lutte contre la prostitution et le cabaret, qui transmettent le bacille de Koch comme la syphilis²⁴. Enfin, une campagne générale contre les contacts avec les malades et contre les crachats sauvages est lancée afin de modifier les pratiques, non de ne plus cracher mais de diriger les crachats vers les multiples crachoirs qui ornent dès lors tous les lieux publics et privés. Les comportements individuels sont ainsi fréquemment la cible de politiques d'hygiène et de prévention qui distinguent les bons élèves des mauvais, ceux qui se conforment aux attentes des hygiénistes et ceux qui restent inaccessibles à une conduite rationnelle. Les campagnes

d'information conduites dans la population tentent ici aussi de faire avancer une sorte de frontière de civilisation²⁵.

- 62 Le cas des jeunes mères « inexpérimentées » est particulièrement éloquent. Elles sont fréquemment rendues responsables de la mort de leur bébé²⁶. Le Dr. Pierre Budin, initiateur de la consultation de nourrissons à la Maternité de l'hôpital de la Charité, rapporte avoir été impressionné par le nombre de mères dont l'enfant précédent était mort. Pour lui, aucun doute n'est possible : ce sont les préjugés des grands-mères et des concierges qui conduisent les jeunes mères à commettre faute après faute²⁷. Le D^r Variot, fondateur du dispensaire de Belleville en 1893, puis de l'Institut de Puériculture à l'Hospice des Enfants assistés, insiste quant à lui sur l'importance de la pratique :

En Puériculture surtout, l'enseignement théorique est insuffisant ; il faut mettre la main à la pâte, qu'on me passe l'expression, apprendre à manier les enfants, à les peser, à les vêtir, à les changer, à les baigner, à préparer leur ration, à aseptiser les biberons et les tétines²⁸.

- 63 Dans les consultations, les femmes doivent apprendre à élever un enfant, les gestes à faire et ceux à éviter. En outre, la visite au dispensaire ou à la « Goutte de lait » aboutit à un enseignement mutuel.

En déshabillant, en commun, leurs enfants, la comparaison tacite de ceux-ci suffit pour que celles des nourrices qui ne sont pas soigneuses ne tardent pas à le devenir. Ces femmes entre elles ne se disent rien, mais se regardent, jugent, comparent et la honte et la coquetterie aidant, on n'ose plus, la fois suivante, rapporter sale et négligé l'enfant mal tenu auparavant²⁹.

- 64 Plus généralement, les consultations deviennent l'occasion de désigner publiquement les erreurs les plus graves, les préjugés à partir de l'exemple concret de bébés dont la pesée montre la moindre croissance. Au cours des deux décennies qui précèdent la Grande guerre, les initiatives se multiplient afin de faire diminuer la mortalité infantile ; les dispensaires, consultations et « Gouttes de lait » deviennent pour les contemporains de véritables « Écoles des mères ». Les *Schools of Mothers* sont aussi créées en Angleterre et aux États-Unis. En Angleterre, le mouvement est lancé par des volontaires, mais il est repris en charge par les municipalités qui salarient des femmes « missionnaires de santé », par exemple dès 1890 à Manchester³⁰. Leur rôle est de rendre visite aux jeunes mères avant le dixième jour qui suit la naissance de leur bébé afin de leur prodiguer des conseils. Mais très rapidement, « la priorité est accordée aux familles que l'on sait ignorantes et inexpérimentées, dont le logement était censé être le plus sale et négligé »³¹. Une forte pression s'exerce par conséquent sur les jeunes mères, en particulier des classes populaires, lors des consultations hospitalières mais aussi à domicile.

- 65 Finalement, à la fin du XIX^e siècle, une sorte d'effet boomerang de la biopolitique contribue aussi à l'avancée de la gestion des épidémies. Les multiples pressions et contrôles qui se sont exercés depuis le milieu du siècle sur les populations humbles, la structuration du mouvement ouvrier, aboutissent à un résultat inattendu : les classes populaires ont si bien intégré les nouvelles normes d'hygiène qu'elles placent les édiles ou l'administration en face de ses responsabilités, lorsqu'il s'agit par exemple de faire respecter la loi sur les logements insalubres³². S'affirme ainsi une forme de bioresponsabilité, renvoyée pour ainsi dire par la population aux élites politiques et qui conduit à la biolégitimité observée par Didier Fassin au cours de la période la plus récente³³. Une évolution comparable se retrouverait dans le domaine des conditions de travail. Rejetées par le patronat et par les hygiénistes officiels de la tuberculose, par Brouardel par exemple, comme cause possible de la tuberculose mais mises en avant par la CGT dès 1904, elles sont réintroduites dans

l'épidémiologie savante par Jacques Parisot au milieu des années 1920. Les conditions de travail rejoignent alors les conditions de logement, d'alimentation et de comportement

Accès aux soins et couverture sociale : la troisième frontière

- 66 Même si l'accès aux soins, y compris dans les institutions d'Ancien Régime a été largement sous-estimé³⁴, l'urbanisation et l'industrialisation du XIX^e siècle ont conduit, et pas seulement en France, à une multiplication des initiatives d'origine philanthropique dans les villes et paternalistes dans les cités industrielles. En Allemagne, en Belgique, en Suède comme en France, ces dernières comportent toujours un important volet destiné à faciliter l'accès aux soins, par la mise en place d'un hôpital, de consultations médicales gratuites et de distributions également gratuites de médicaments au moins aux familles des salariés. Dans les villes, l'initiative philanthropique aboutit à créer des dispensaires pour l'ensemble de la population ou pour les seuls enfants. Au Havre, au mois de novembre 1875, le D^r Gibert, l'acteur principal de la création du premier bureau d'hygiène municipale en France en 1879, créée sur sa fortune personnelle, un dispensaire pour enfants dans lequel il offre des consultations tous les matins. D'autres grandes familles protestantes participent à son financement (Jules Siegfried, Ferdinand Koechlin), et Gibert reçoit bien vite l'aide de plusieurs jeunes médecins, également bénévoles. La première année, près de six cents enfants ont recours à cette consultation. Gibert y organise en outre la distribution de repas gratuits : deux mille cinq cent à trois mille par an. À l'image de ce premier dispensaire pour enfants s'ouvrent-elles au cours des années suivantes ? d'autres centres : à Clermont-Ferrand (1882), à Paris (deux en 1883, un nouveau en 1884, puis plusieurs autres à partir de 1887), à Rouen (1885). Au cours de cette décennie des années 1880, plusieurs conseils municipaux considèrent que la politique d'assistance sociale et sanitaire doit être organisée directement dans le cadre municipal. Certains expriment même très clairement une nouvelle ambition. À Nancy, Charles Nahtan-Picard, administrateur du Bureau de bienfaisance, soutient que certaines aides, en particulier l'assistance aux vieillards, aux veuves, aux malades, devraient être permanentes pour être efficaces et prises en charge par la collectivité³⁵. La mise en place du système rouennais, au cours des années 1880 consiste à gérer ensemble et de façon coordonnée, l'assistance, les dispensaires et l'hôpital. Les différents éléments du dispositif sanitaire et social est alors pensé comme complémentaire, les procédures professionnelles du service social sont inventées (l'enquête, les barèmes de ressources, l'établissement de fiches individuelles ou familiales). Dans les quinze dispensaires ouverts dans les différents quartiers de la ville, une salle d'examen médicaux et de premiers soins est toujours prévue³⁶.
- 67 Cet accès aux soins avait aussi été élargi par la création de *Friendly Societies* en Angleterre ou par le nouveau statut des Sociétés de secours mutuel en France (1852). Certaines continuent à n'indemniser que les jours d'arrêt de travail mais d'autres financent aussi les frais médicaux ; y compris la consultation auprès d'un médecin désigné ou librement choisi par le malade³⁷. Mais la voie est tracée. A la demande de la population correspond désormais une offre de soins solvable dans un certain nombre de sociétés industrielles (les mines, la sidérurgie, les compagnies de chemin de fer), les villes et grâce aux Sociétés de secours mutuel. En ce qui concerne les lois bismarquiennes de 1883 et 1884, il faut attendre les amendements successifs des années 1892 pour que la fonction médicales des

assurances ouvrières s'affirme. En 1892, toutes les caisses obtiennent la possibilité de faire bénéficier la famille de l'assuré du traitement médical et de la fourniture de médicaments, ce qui conduit à un doublement des dépenses médicales par assuré entre 1891 et 1911. Ce modèle est adapté dans plusieurs pays d'Europe après la Première guerre mondiale. En France, le premier dispositif d'ensemble est finalement voté en 1930, sous le nom d'Assurances sociales, après de très longs débats parlementaires³⁸. Si le progrès des sociétés humaines passe désormais par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, les responsables politiques craignent néanmoins que la demande des populations conduise au gouffre financier (une histoire ancienne, dès l'Ancien régime, et sans fin). C'est la raison pour laquelle les frais d'hospitalisation, les frais médicaux et une majorité de médicaments ne sont alors remboursés qu'à 80 %. En outre, l'ouverture des droits n'est acquise que si l'on a cotisé pendant soixante jours au cours du trimestre précédant la maladie (sur un total de soixante-cinq jours ouvrés). De nombreuses autres contraintes s'additionnent afin de limiter le montant des dépenses remboursées aux malades.

- 68 Le système de Sécurité sociale mis en place à la sortie de la Deuxième guerre mondiale constitue par conséquent un progrès sensible. Il s'inspire des orientations présentées par le rapport Beveridge (1942), qui cherche à apporter une réponse globale au problème de la pauvreté. Pour lui, la Sécurité sociale doit garantir une protection aussi complète et efficace que possible face à la maladie, à l'invalidité au chômage... à tous les risques sociaux, tout en s'adressant à l'ensemble de la population. Le *welfare-State* implique aussi une politique de plein emploi, de hauts salaires et une fiscalité redistributrice. Il est adapté à la situation socio-économique française et inclus dans le programme du Comité français de Libération nationale (CFLN). Les ordonnances de décembre 1945, ouvrent un remboursement total lors d'une hospitalisation, elles suppriment le plafonnement de l'indemnité journalière ainsi que celui du remboursement des médicaments par ordonnance. Dès 1947, les dépenses de santé s'accroissent en moyenne de 25 % par an, le rattrapage des années de guerre ne suffit pas à expliquer cette progression qui s'inscrit en fait assez bien dans le prolongement de la tendance observée depuis la fin des années 1930³⁹. La généralisation de la Sécurité sociale aux non-salariés a ensuite constitué la dernière partie de la conquête de la frontière.
- 69 La lutte contre les épidémies dans les pays d'Europe occidentale a connu des résultats remarquables qui se lisent aisément dans les espérances de vie à la naissance par exemple. Les dispositifs mis en place y ont concerné la structuration de l'espace, la priorité donnée parfois à la sauvegarde de la population sur la poursuite de l'activité économique, puis la volonté politique de répondre aux liens démontrés entre les facteurs sociaux et l'état sanitaire des sous-populations. Portés par l'héritage de la philosophie des Lumières et la conviction que les progrès de la connaissance sont à l'origine des progrès de civilisation, les hygiénistes ont réussi à la fin du XIX^e siècle à faire prendre en compte leurs priorités sanitaires par les responsables politiques. Le mouvement ouvrier et la prospérité économiques ont permis de repousser plus encore la frontière en établissant un réel accès aux soins pour la totalité de la population. Depuis un quart de siècle, la nouvelle frontière paraît régresser. L'éradication des épidémies n'évite pas l'apparition de nouvelles maladies contagieuses, de nouvelles souches pathogènes deviennent résistantes aux antibiotiques disponibles, et la solidarité nationale ne maintient plus un niveau d'accès réel aux soins pour tous grâce au système de sécurité sociale. La frontière de la précarité et des malheurs biologiques qu'elle induit traverse à nouveau nos pays.

L'espérance de vie à la naissance, qui s'est accrue de façon quasiment ininterrompue depuis la fin du XVIII^e siècle (à l'exception des années de guerre), va-t-elle connaître une inversion de sa courbe matérialisant en quelque sorte le recul de la frontière ? Ce serait logique.

NOTES

1. Alexandre Moreau de Jonnès, *Rapport au Conseil supérieur de Santé sur le choléra-morbus pestilentiel*, Paris, Imp. De Cosson, 1831, ou encore André Siegfried, *Itinéraires de contagions, épidémies, et idéologies*, Paris, A. Colin, 1960.
2. Patrice Bourdelais, *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière, 2003, chap. 1.
3. Giorgio Cosmacini, *Soigner et réformer. Médecine et santé en Italie de la Grande Peste à la Première Guerre mondiale*, Paris, Payot, traduction 1992.
4. Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris, Mouton, 1975, p. 230-285.
5. Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue. La marche du choléra en France, 1832-1854*, Paris, Payot, 1987, p. 66-75.
6. Patrice Bourdelais, « La construction de la notion de contagion : entre médecine et société », *Communications*, 66, 1998, p. 21-37.
7. Milton I. Roemer, « Internationalism in Medicine and Public Health », in Dorothy Porter, *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam, Éditions Rodopi, 1994, p. 403-423.
8. Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, p. 226-236.
9. Peter Baldwin, *op. cit.*, p. 226 et sq.
10. Ann La Berge, *Mission and Method. The early Nineteenth Century French Public health Movement*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992.
11. Louis-René Villermé, *Mémoire sur la mortalité dans la classe aisée et dans la classe indigente*, Mémoire de l'Académie de Médecine, Paris, 1828.
12. William Coleman, *Death is a Social Disease : Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, University of Wisconsin Press, 1982.
13. Louis-René Villermé, « De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris, et des causes qui la rendent très différente dans plusieurs d'entre eux, ainsi que dans les divers quartiers de beaucoup de grandes villes », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1830, 3, p. 294-341.
14. Christopher Hamlin, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick, Britain, 1800-1854*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
15. Dr. Gibert, *Une visite au Bureau d'hygiène de Bruxelles*, Havre, Imprimerie F. Santallier, 1878.
16. Lucie Paquy, « Santé publique et pouvoirs locaux. Le département de l'Isère et la loi du 15 février 1902 », Thèse de doctorat en Histoire, Université Lyon 2, 2001.
17. Yankel Fijalkow, *La construction des îlots insalubres, Paris 1850-1945*, Paris, l'Harmattan, 1998.
18. Erwin H. Ackerknecht, *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*, Payot, 1986, p. 296 ; Patrice Bourdelais, « Définir l'efficacité d'une thérapeutique : l'innovation de l'école de Louis et sa

réception », in Olivier Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*, Lyon, Fondation Mérieux-Centre Pierre Léon, 1999, p. 107-122.

19. James Riley, *Rising Life Expectancy. A Global History*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

20. Daniel Teysseire, « Une médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de la Cloture (1736-1804) », in Patrice Bourdelais, *Les hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, 2001, p.60-74.

21. Georges Vigarello, *Histoire des pratiques de santé*, Paris, Le Seuil, 1999.

22. Louis-René Villermé, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, Jules Renouard, 1840, rééd. EDI, 1989.

23. Alexandre Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 2 vol, Baillière, 1836, et *La prostitution à Paris au XIX^e siècle*, texte présenté et annoté par Alain Corbin, Paris, Le Seuil, 1981.

24. David S. Barnes, *The Making of a Social Disease, tuberculosis in Nineteenth-Century France*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, 1995.

25. On peut penser ici aux développements de Norbert Elias, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.

26. Catherine Rollet, *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*, Paris, INED-PUF, 1990.

27. D^r Pierre Budin, *Manuel pratique d'allaitement, hygiène du nourrisson*, 2^e édition, Paris, Doin, 1907, p. 244.

28. Dr. Gaston Variot, *La puériculture pratique*, Paris, 1913, p. XI.

29. Cité par Catherine Rollet, D^r L. Dufour, *La Goutte de lait à Fécamp, 1894-1900*, p. 17.

30. Alice Reid, « Health visitors and Child Health : did Health Visitors have an Impact ? », *Annales de démographie historique*, 2001, 1, p. 117-137.

31. L. Marks, *Metropolitan Maternity Maternal and Infant Welfare services in Early Twentieth Century*, London, Rodopi, 1996, p. 172.

32. Elsbeth Kalf, « Les plaintes pour l'insalubrité du logement à Paris (1850-1955), miroir de l'hygiénisation de la vie quotidienne », in Patrice Bourdelais, *Les hygiénistes [...], op. cit.*, p. 118-144.

33. Didier Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes », in Didier Fassin, *Les figures urbaines de la santé publique. Enquêtes sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, p. 7-46.

34. Laurinda Abreu, *Memórias da Alma e do Corpo. A Misericórdia de Setúbal na Modernidade*, Viseu, Palimage, 1999, p. 400-410.

35. Pascale Quincy-Lefebvre, « Naissance et affirmation d'un service public dans le monde de la charité. L'exemple du Bureau de bienfaisance de Nancy, 1850-1914 », in André Gueslin et Pierre Guillaume, *De la charité médiévale à la Sécurité sociale*, Paris, Les éditions ouvrières, 1992, p. 91-106.

36. Yannick Marec, *Bienfaisance communale et protection sociale à Rouen (1796-1927). Expériences locales et liaisons nationales*, Paris, La Documentation française, 2002, t. 2.

37. Pierre Guillaume, *Mutualistes et médecins. Conflits et convergences XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Les éditions de l'Atelier, 2000.

38. Henri Hatzfeld, *Du paupérisme à la Sécurité sociale, 1850-1940*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1989.

39. Bruno Vallat, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967)*, Paris, Economica, 2001.

AUTEUR

PATRICE BOURDELAIS

EHESS/CRH