

Histoire de la population, histoire de la médecine et de la santé: cinquante ans d'expérimentations

PATRICE BOURDELAIS (*)

SOMMAIRE

1.—Vers le renouveau des années 1960. 2.—Le XIXe siècle: une position centrale. 3.—Chantiers en cours et directions de recherche.

RÉSUMÉ

En France, l'histoire des épidémies et de la santé a été entièrement renouvelée à la suite des travaux menés par l'École des Annales et par les résultats de la démographie historique au cours des années 1950-1960. La mise en évidence de clochers de mortalité sur les courbes séculaires des décès, la construction du modèle de la «crise de mortalité d'Ancien régime», ont conduit à étudier les épidémies du passé et les liens qu'elles entretiennent avec la malnutrition. Les déplacements liés au développement de l'anthropologie historique et aux publications de Michel Foucault sont également présentés. L'article met en évidence la place particulière qu'occupe l'histoire des XVIIIe et XIXe siècles dans la compréhension de l'extraordinaire baisse de la mortalité dans les pays développés, la disparition des grandes épidémies mais la multiplication des endémies. Les analyses de cette diminution peuvent être affinées par les méthodes des historiens de la population qui permettent par exemple d'exploiter les causes de décès en dépit des changements de nosologie. Enfin, l'article présente quelques pistes de recherche particulièrement prometteuses.

BIBLID [0211-9536(1997) 17; 17-36]

Fecha de aceptación: 30 de enero de 1997

(*) Directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales. 54, boulevard Raspail. 75006 Paris.

Dès qu'ils ont mis en évidence le régime démographique d'Ancien régime, en particulier ses crises de mortalité répétées, les historiens de la population ont tenté de rendre compte de tels phénomènes. L'une des hypothèses examinées concerna les épidémies, dont de nombreux témoignages anciens disaient les ravages et l'extrême frayeur qu'elles suscitaient dans la population. L'action des médecins et leurs théories se trouvaient dès lors dans le panorama à reconstituer. L'observation de l'espacement des crises et de leur moindre violence, en particulier à partir de la seconde moitié du XVIIIe siècle, appelait aussi quelques explications. A nouveau, les nouvelles conditions de vie, le rôle des médecins, le changement de théories médicales, les politiques d'hygiène publique, les débuts d'une prévention grâce à la vaccination au XIXe siècle puis la diffusion de traitements efficaces se trouvaient sur le devant de la scène. Dans l'explication de la transition épidémiologique et sanitaire, la place des progrès de la science médicale et des politiques de santé restait à préciser.

Les liens entre la démographie historique, définie au sens large, et l'histoire de la médecine et de la santé ne sont pas à sens unique. Les historiens de la population sont d'un piètre secours à ceux qui, dans une tradition positiviste, recherchent les précurseurs et se limitent à l'histoire des grands savants et de leurs découvertes. En revanche, dès qu'il s'agit d'évaluer les effets sur la population d'un nouveau traitement, d'une politique de salubrité et d'hygiène publique, dès qu'il s'agit de préciser les caractéristiques épidémiologiques des maladies infectieuses, de les identifier en dépit du silence ou de la délicate interprétation des sources (du fait de changements de nosologie), ou de mieux comprendre les dynamiques de la pathocénose, les sources et les méthodes de la démographie historique peuvent être mobilisées avec profit. Parce que la démographie historique a aujourd'hui ouvert un large dialogue avec l'histoire des représentations et des pratiques sociales, elle éclaire aussi le contexte dans lequel l'activité médicale se développe. Mais les historiens de la population ne sauraient rendre compte des épidémies et des endémies du passé sans une bonne connaissance des caractéristiques et des effets des agents pathogènes, sans une vigilance aigüe à l'égard de l'épidémiologie contemporaine. Je rappellerai d'abord les liens qui ont uni en France le renouvellement de l'histoire des épidémies et le développement des travaux de l'École des Annales. Ces relations rendent

compte des changements intervenus à plusieurs reprises dans l'étude des épidémies et des maladies, en particulier à la place de plus en plus importante réservée aux approches d'anthropologie historique. Dans un second temps, j'aborderai les conséquences de la critique foucaldienne et les effets de la controverse développée à la suite des travaux de Mc Keown. Enfin, seront exposés les principaux chantiers ouverts et les grandes directions de recherche dans le domaine qui se situe à l'intersection entre l'histoire de la population et de l'étude des épidémies et des maladies.

I. *VERS LE RENOUVEAU DES ANNÉES 1960*

Les travaux sur les épidémies du passé furent très nombreux, en particulier à partir du moment où le XIX^e siècle «inventa» l'histoire de la médecine. Oeuvres de médecins, il s'agissait en général de célébrer les victoires successives et récentes de la science et de la médecine sur la mort épidémique, d'illustrer le progrès de la Civilisation. Mais le renouvellement des approches de l'histoire des épidémies et de la médecine s'est effectué, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, grâce à ceux qui, dans la veine de l'École des Annales, se sont lancés dans l'aventure d'une compréhension totale de l'histoire qui devait unir les aspects biologiques, économiques, sociaux, culturels et politiques. D'un côté, ceux qui fondent sur la constitution de séries de relevés de prix, de productions, de baptêmes, de mariages et de sépultures la mise en évidence d'un modèle d'Ancien régime commencent à publier leurs résultats de la fin des années 1940 aux années 1960, de l'autre les partisans d'une histoire de la population, certes renouvelée mais restée traditionnelle dans ses méthodes et ses sources, s'intéressent aux grandes épidémies.

Les premiers, qui se situent dans le sillage de E. Labrousse, et dont les figures emblématiques pourraient être Jean Meuvret et Pierre Goubert, mettent en évidence l'un des phénomènes majeurs des sociétés anciennes, bientôt dénommé «la crise d'Ancien régime». Les décès s'élèvent subitement pendant plusieurs mois, ils peuvent être cinq fois, parfois dix fois plus nombreux qu'en temps ordinaire. Pour la première fois, les longues courbes séculaires mettent en évidence la répétition de ces

mortalités tous les trente ans pour les mortalités majeures, tous les quinze ans si l'on retient les crises moyennes (1). Il s'agit alors de rendre compte de telles régularités et d'expliquer comment les populations ont pu se reproduire en dépit des coups de boutoirs répétés de la mort. Les hypothèses quant aux facteurs de ces mortalités partagent bien vite et de façon durable les historiens. Ceux qui imputent ces spectaculaires «clochers» des courbes des décès au système économique et social, à la cherté des grains qui entraîne la disette ou la famine s'opposent à ceux qui privilégient les pestes, c'est-à-dire la peste bien identifiée et de nombreuses autres épidémies dont les effets sont d'autant plus mortifères qu'elles s'abattent sur des populations qui souffrent à la fois de malnutrition et de sous-nutrition (2). Ces questions, toujours débattues, ont même conduit à un récent essai de bilan des effets de la faim, de la mal et de la sous-nutrition sur les différentes maladies et les épidémies. Le raffinement des analyses permet par exemple désormais de savoir que tel type de carence favorise plutôt telle épidémie que telle autre (3). La mise en évidence, sous la forme de courbes et de données chiffrées, de la répétition de mortalités sur lesquelles les sources qualitatives ne sont pas toujours muettes permet d'envisager l'étude systématique des logiques épidémiques (4).

Dans la décennie 1960 sont publiés plusieurs ouvrages très importants, conçus et réalisés dans le cadre du modèle labrousien et des directions de recherche privilégiées par Fernand Braudel. D'abord le livre d'E. Carpentier qui explore les manifestations de la peste noire et ses conséquences à moyen terme dans la ville toscane d'Orvieto (5), puis,

-
- (1) GOUBERT, P. *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 à 1730, contribution à l'histoire sociale de la France du XVII^e siècle*, Paris, SEVPEN, 1960.
 - (2) MEUVRET, J. Les crises de subsistances et la démographie de la France d'Ancien Régime. *Population*, 1946, 4, 643-650.
 - (3) RABB, TH. K.; ROTBERG, R. I. *Hunger and History. The impact of changing food production and consumption patterns on society*, Cambridge, Cambridge University Press, 1985.
 - (4) PERRENOUD, A. «Contribution à l'histoire cyclique des maladies. Deux cents ans de variole à Genève (1580-1810)». In: A. E. Imhof (sous la direction de) *Mensch und Gesundheit in der Geschichte*, Berlin, Matthiesen Verlag, 1980, 175-198.
 - (5) CARPENTIER, E. *Une ville devant la peste : Orvieto et la peste noire de 1348*, Paris, SEVPEN, 1962.

la même année, un article sur les effets des famines sur les épidémies au XIV^e siècle, qui tente d'intégrer —déjà— l'histoire des épidémies à l'histoire économique (6). Dans la même collection, celle de la VI^e section de l'EPHE, Bartolomé Bennassar publie en 1969 ses recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne (7). La même année, un numéro spécial des *Annales ESC* est consacré à «Histoire biologique et société». On peut y lire en particulier trois articles très importants pour notre propos. Celui de Mirko Grmek qui, à partir de la notion alors récente de biocénose, forge celle de pathocénose, l'ensemble des maladies d'une époque formant un système en équilibre plus ou moins durable. Il plaide pour l'étude historique des maladies afin de mieux comprendre les modifications et les facteurs de la pathocénose (8). Jacques Le Goff et Jean-Noël Biraben y donnent un article sur les «pestes du Haut Moyen âge», dans lequel ils tentent de restituer les itinéraires épidémiques et leurs logiques (9), et Emmanuel Le Roy Ladurie présente l'une des explications possibles de la chute vertigineuse des conceptions lors des crises démographiques d'Ancien Régime : l'aménorrhée de famine (10).

Se manifeste ici le souci constant de séparer dans l'analyse les différents niveaux labroussiens (économique, social, politique) et les temporalités braudéliennes. Dans la perception de ces historiens, les structures économiques, le temps long du climat, les phénomènes biologiques pèsent sur l'histoire des hommes sans doute davantage que leurs actions volontaires. Les structures du commerce international, la multiplication des échanges entre les deux mondes de la Méditerranée, l'installation de comptoirs italiens en Mer noire, rendent par exemple compte de l'importation de la peste. En outre, le système de production,

(6) CARPENTIER, E. Autour de la Peste Noire, famines et épidémies au XIV^e siècle. *Annales E.S.C.*, 1969, 6, 1062-1090.

(7) BENNASSAR, B. *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne à la fin du XVI^e siècle. Problèmes de documentation et de méthode*, Paris, SEVPEN, 1969.

(8) GRMEK, M. Préliminaires d'une étude historique des maladies. *Annales ESC*, 1969, 6, 1473-1483.

(9) BIRABEN, J.-N.; LE GOFF, J. La peste dans le Haut Moyen Age. *Annales ESC*, 1969, 6, 1484-1510.

(10) LE ROY LADURIE, E. L'aménorrhée de famine (XVII-XX^e siècles). *Annales ESC*, 1969, 6, 1589-1601.

dans ses dimensions techniques et sociales, s'avère incapable de nourrir une population italienne en forte croissance et de plus en plus urbanisée, si bien que les importations de céréales (et des rats pesteux qui s'y rassasient!) du bassin oriental de la Méditerranée sont indispensables. Quant à la violence de l'épidémie, elle est le résultat de la piètre situation sanitaire des villes et des théories médicales insuffisantes afin d'expliquer les logiques de la propagation de l'épidémie. Sans parler des traitements qui demeurent bien entendu inefficaces. Dans cette logique de la reconstruction de cohérences historiennes, E. Carpentier s'intéresse ensuite aux événements politiques que produit l'épidémie puis à ses conséquences économiques et sociales sur le cours et le moyen terme. Biraben et Le Goff élargissent géographiquement et chronologiquement l'approche : il s'agit de restituer et de comprendre les itinéraires des pandémies de peste au cours du Haut Moyen Age, et de s'interroger sur les causes de sa disparition au VIII^e siècle, plus inexplicable que son retour au XIV^e siècle. Dans cet article, toute la première partie s'efforce d'offrir aux historiens les outils et les connaissances épidémiologiques nécessaires à une analyse pertinente de ce phénomène épidémique. L'ouverture vers le biologique passe aussi par un nouveau dialogue noué avec les médecins épidémiologistes. Les contributions de J. N. Biraben et de M. Grmek illustrent cette préoccupation de la rédaction de la revue, au projet global de laquelle ce dernier adhère en écrivant: «Les maladies revêtent une importance primordiale en tant que phénomènes de masse affectant l'économie, les mouvements démographiques et les mœurs». Grmek présente aux historiens les dernières découvertes dans le domaine de l'immunologie par exemple, qui peuvent rendre compte de l'arrêt d'une épidémie; il insiste aussi sur l'antagonisme entre des maladies différentes, propose la notion de pathocénose (ensemble des états pathologiques au sein d'une population donnée), et trace un programme de recherches sur la dynamique de la pathocénose, les périodes d'équilibre et celles de rupture de cet équilibre. C'est ici l'histoire qui se fait en dehors de l'homme, ou presque, qui est explorée à cause de ses conséquences sur la vie des sociétés humaines. Quant à l'article d'Emmanuel Le Roy Ladurie, il croise les expériences historiques récentes de famines dans les villes européennes en guerre au XX^e siècle et la compréhension médicale nouvelle de la fécondabilité féminine pour proposer une hypothèse explicative de la chute des

conceptions observées pendant les crises d'Ancien Régime sans recourir à l'hypothèse d'un «birth control de catastrophe». Là encore il s'agit de prendre l'exacte mesure des facteurs biologiques qui échappent à la maîtrise des hommes.

Deux ans plus tard, François Lebrun publie également sa thèse (11). Il y précise toute l'ampleur de la mortalité épidémique dans une province française, les niveaux et les caractéristiques de la mortalité, et tranche en faveur de l'explication épidémique des crises de mortalité. Mais il s'intéresse aussi à la formation des médecins, à la densité médicale, aux traitements prescrits, à l'équipement hospitalier. Spécialiste de démographie historique, il élargit son champ d'observation afin de mieux rendre compte de la mortalité et s'intéresse de très près au domaine médical.

Au milieu des années 1970, Jean-Noel Biraben, médecin et démographe, termine le gros ouvrage sur l'histoire de la peste qu'il avait entrepris à la fin des années 1950, il est publié dans la même série que tous les ouvrages précédents. Les itinéraires des épidémies successives sont précisés ainsi que les caractéristiques de la mortalité de peste. Les théories médicales et les actions des médecins, les perceptions et les émois de la population, les initiatives des pouvoirs publics y sont analysés (12).

Les mortalités issues des crises frumentaires ou épidémiques sont désormais au centre de la production historiographique, cernées par les approches quantitatives. Non seulement leurs itinéraires, leurs vecteurs, leurs causes prédisposantes sont mieux connus, mais l'offre de soins, les théories médicales, les mesures prises par les responsables politiques et les perceptions de la population font désormais partie du même programme de travail. François Lebrun se fait le précurseur d'un autre changement important: l'introduction des préoccupations de l'anthropologie historique, l'attitude des hommes devant la maladie, devant la mort, devant son spectacle, face aux fins dernières, à la liturgie de la mort ainsi qu'au culte des morts.

(11) LEBRUN, F. *Les hommes et la mort en Anjou aux XVIIe et XVIIIe siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris-La Haye, Mouton, 1971.

(12) BIRABEN, J.-N. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris-La Haye, Mouton, 2 vols., 1975 et 1976.

Une première époque d'innovations s'achève alors: elle a porté sur l'analyse des itinéraires des contagions, sur l'identification des facteurs de propagation (grâce à un dialogue serré avec les médecins), sur le poids des conditions économiques et sociales dans la gravité des épidémies, sur les caractéristiques démographiques des atteintes et sur les conséquences démographiques générales. L'étude de l'équipement médical, de l'action des médecins et des hôpitaux, et un début d'intérêt pour des approches plus anthropologiques se sont alors manifestées. Elle sont particulièrement présentes dans les approches historiennes de la naissance, avec les travaux de Jacques Gélis (13). Mais des points particuliers de dialogue avec les historiens démographes demeurent: ces derniers peuvent tester par exemple l'efficacité de l'intervention des nouvelles sages-femmes formées au XVIIIe siècle sur la mortalité maternelle et la mortalité néonatale (14).

Les tenants d'une histoire de la population plus traditionnelle s'intéressent également aux épidémies. Dès 1948, Philippe Ariès consacre un chapitre de son livre pionnier à l'extraordinaire baisse de la mortalité survenue depuis le XVIIIe siècle et au rôle de la médecine et des médecins dans un tel changement (15). Parmi les spécialistes de l'époque plus récente, et en particulier du XIXe siècle, Louis Chevalier réunit en 1958 les résultats de recherches sur le choléra dans plusieurs grandes villes françaises. Sa contribution personnelle sur Paris se place en quelque sorte dans la tradition des hygiénistes du XIXe siècle et du début du XXe siècle, il y croise l'approche sociale et l'analyse démographique: le calcul des taux de mortalité par rue de Paris permet de mettre en évidence la plus forte mortalité cholérique des quartiers les plus pauvres (16). L'ouvrage de A. Siegfried, bien que d'une veine

(13) GÉLIS, J. *L'arbre et le fruit, la naissance dans l'Occident moderne, XVI-XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1984; et *La sage-femme ou le médecin, une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.

(14) BEAUVALET-BOUTUYRIE, S. Des sages-femmes qui sauvent des mères?, *Histoire, Economies, Sociétés*, 1994, 13, 269-290.

(15) ARIÈS, PH. *Histoire des populations et de leurs attitudes devant la vie*, Paris, Self, 1948. Réédition aux Éditions du Seuil, 1971.

(16) CHEVALIER, L. *Le choléra, la première épidémie du XIXe siècle*, La Roche-sur-Yon, Imprimerie centrale de l'ouest, 1958.

historiographique plus traditionnelle, marque également le regain d'intérêt des historiens pour l'histoire des épidémies (17).

Conformément aux tendances globales de l'École des Annales, le renouveau s'est affirmé pour l'époque médiévale et pour l'Ancien Régime, laissant en dehors du programme de travail les périodes plus récente traitées par des historiens en marge ou à l'extérieur de ce mouvement.

II. LE XIXE SIÈCLE: UNE POSITION CENTRALE

Pourtant, les travaux sur l'histoire des épidémies et des maladies sont également conduits pour le XIXe siècle en relation avec l'histoire de la population. Certes, sans doute sous l'impulsion de Michel Foucault, d'une dimension critique plus présente dans les approches historiennes, mais aussi et surtout du fait de l'espoir d'une éradication progressive et généralisée de toutes les maladies infectieuses dans les pays développés, de nombreuses voix s'élèvent pour mettre l'accent sur les aspects négatifs de l'expansion de la médecine. Pendant une décennie, les études du domaine médecine et société ont été marquées par l'effet conjoint de *Surveiller et punir* de Michel Foucault et de *Némésis médicale, L'expropriation de la santé* parus en 1975 (18). On y met l'accent sur le contrôle social, la colonisation médicale, la discipline et son rôle dans le contrôle des corps, si bien que tous les autres aspects de la médicalisation seraient passés au second plan si Jacques Léonard n'avait pas alors publié l'oeuvre magistrale à laquelle il travaillait depuis longtemps (19). Une histoire sociale des médecins est enfin présentée ainsi qu'une analyse de la médicalisation de la société.

Les historiens de la population ont alors quelques difficultés à prolonger vers le XIXe siècle les techniques et les problématiques qui

(17) SIEGFRIED, A. *Itinéraires de contagion, épidémies et idéologies*, Paris, Colin, 1960.

(18) FOUCAULT, M. *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975; ILLICH, I. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

(19) LÉONARD, J. *Les médecins de l'Ouest au XIXe siècle*, Paris, H. Champion, 1978, 3 volumes. *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs, histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, Aubier, 1981.

avaient été si fécondes pour l'étude de l'Ancien Régime. La démographie historique classique, du fait des questions qu'elle se pose et de la prescription centenaire de l'État civil, qui lui interdit l'accès aux registres d'État civil pour la seconde moitié du XIXe siècle, a dû éprouver de nouvelles problématiques et de nouvelles techniques avant de développer des travaux sur ce siècle aussi décisifs que ceux qui avaient permis de caractériser un régime démographique d'Ancien Régime. «Mal français» mais aussi «mal anglais» quand on lit les critiques virulentes que Mc Keown adresse aux entreprises des historiens démographes anglais (20). D'ailleurs, à partir des premiers travaux de Mc Keown, il est impossible de tenter d'expliquer la baisse de la mortalité en Europe occidentale sans se situer par rapport à l'approche retenue et à la thèse proposée (21). Cette thèse paraît d'ailleurs conforter les approches de Michel Foucault et d'Ivan Illich. Néanmoins, elle est pourtant vivement critiquée par les historiens. Le travail de Mc Keown, fondé sur les données démographiques agrégées à l'échelle du pays et sur les statistiques des causes de décès centralisées et disponibles pour l'Angleterre-Galles à partir de 1837, a permis de suivre l'évolution de chaque grande cause de décès sur près d'un siècle et demi et d'apprécier le décalage chronologique entre son déclin et la date à laquelle intervient la vaccination ou un traitement médical efficace. Il en ressort que le rôle de la médecine dans le déclin de très nombreuses épidémies (tuberculose, rougeole, scarlatine, ainsi que l'ensemble coqueluche, bronchite, pneumonie et grippe) s'avère très récent et ne saurait constituer un facteur explicatif de la baisse qui se développe du XIXe siècle à l'entre-deux-guerres, lorsqu'apparaissent les sulfamides. Dans la mesure où seules les maladies transmises par l'eau et l'alimentation pouvaient être contrôlées par les politiques d'hygiène et de santé publique, et qu'elles ne lui paraissent pas au premier rang de celles qui se raréfient, McKeown s'intéresse tout particulièrement aux maladies respiratoires dont la diminution ne peut s'expliquer que

(20) MC KEOWN, T. par exemple dans *The Modern Rise of Population*, London, Arnold, 1976.

(21) MC KEOWN, T.; BROWN, R. G. Medical Evidence related to English Population Changes in the Eighteenth Century. *Population Studies*, 1955, 9, 119-141. MC KEOWN, T.; RECORD, R. G. Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century, *Population Studies*, 1962, 16, 94-122.

par l'amélioration de la résistance des personnes atteintes. Après avoir écarté plusieurs hypothèses explicatives de cette meilleure résistance, McKeown retient par défaut celle qu'il privilégie en fait: l'amélioration quantitative et qualitative du régime alimentaire des populations depuis le début du XVIII^e siècle. Qu'un meilleur équilibre alimentaire soit à la base de la résistance accrue aux différentes épidémies ne peut choquer le bon sens.

Pourtant, la première place qu'il assigne à la diminution de la tuberculose dans le recul global de la mortalité ainsi que sa manière d'effectuer sa démonstration ont suscité de nombreuses critiques. Le choix d'une échelle nationale, l'absence de distinction entre les zones rurales et les zones urbaines, l'absence de calcul prenant en considération la répartition des décès par âge et par conséquent l'influence de l'évolution de chaque grande cause de décès sur l'espérance de vie à la naissance ont paru constituer autant de simplifications qui ont conduit à un très vaste mouvement de recherche sur les caractéristiques de la transition épidémiologique et sanitaire au XIX^e siècle.

La première critique concerne son diagnostic initial: la baisse de la mortalité ne constituerait pas le premier facteur explicatif de l'accroissement de la population anglaise de 1541 à 1871. Au contraire, entre la fin du XVII^e siècle et les années 1810-1820, l'accroissement de la fécondité serait deux fois et demi plus importante que la baisse de la mortalité (22). Mais une telle remarque ne vaut pas pour l'ensemble des pays européens. En outre, McKeown s'est heurté à de nombreux problèmes de méthode, en particulier à celui des classifications des causes de décès. Les principales causes qu'il place au centre de son analyse ne représentent qu'un tiers de la mortalité en 1851-1860 et seulement un sixième en 1891-1900. La stabilité invoquée pour ne pas traiter des autres causes n'est que globale; elle résulte en fait d'évolutions contraires! En outre, la scarlatine et la diphtérie par exemple ne sont pas distinguées jusqu'en 1855; le typhus, la typhoïde et la plupart des fièvres sont classés de façon approximative. Si l'on regroupe toutes les fièvres zymotiques, leur déclin, résultat des modifications de l'environnement et des

(22) WRIGLEY, E. A.; SCHOLFIELD, R. S. *The Population History of England, 1541-1871: a Reconstruction*, London, Edward Arnold, 1981.

comportements, devient aussi important que celui des maladies respiratoires. En outre, la raréfaction des morts par tuberculose s'accompagne d'une plus grande fréquence des «maladies des poumons», laissant soupçonner un simple transfert de catégorie. Les calculs de G. Kearns conduisent à annuler un sixième de la baisse apparente de la tuberculose (23). Il devient alors évident que la transformation essentielle de la répartition des causes de décès au cours du XIXe siècle concerne d'abord les maladies transmises par l'eau et l'alimentation et non par l'air. L'adduction d'une eau saine, les efforts municipaux en faveur de l'hygiène publique, la modification des comportements individuels (les mains propres) constituent des facteurs aussi décisifs que l'amélioration de l'alimentation dans la raréfaction des épidémies et des maladies infectieuses d'insalubrité. Si bien que Simon Szreter a même proposé d'inverser les conclusions de McKeown. La diminution de la mortalité par tuberculose serait certes le résultat d'une meilleure résistance des organismes, mais son origine résiderait d'abord dans le recul de la variole et de l'ensemble des fièvres débilitantes plutôt que dans l'amélioration du régime alimentaire. La volonté politique et la vigilance collective et individuelle retrouvent alors leur première place dans la lutte contre les épidémies.

Le XIXe siècle se caractérise à la fois par un nouveau progrès de l'unification microbienne du monde (24), les épidémies de choléra en constituent la principale manifestation, et par une atténuation générale de la gravité des épidémies, par le passage des maladies infectieuses à une forme plus endémique qu'au cours des siècles précédents dans une Europe qui s'industrialise massivement et favorise l'agglomération des hommes dans de grandes villes. Le rythme des épidémies n'est évidemment pas séculaire. L'équilibre pathologique qui s'était mis en place autour de la peste, du XIVe au XVIIe siècle, connaît un réaménagement de la

(23) KEARNS, G. The Urban Penalty and the Population History of England. In: Anders Brandström et Lars-Göran Tedebrand (eds.), *Society, Health and Population during the Demographic Transition*, Stockholm, Almqvist and Wiksell International, 1988, pp. 213-236.

(24) Selon la belle expression de LE ROY LADURIE, E. Un concept: l'unification microbienne du monde (XIV-XVIIe siècles). *Revue suisse d'Histoire*, 1973, 23, 627-696.

fin du XVI^e à la fin du XVII^e siècle: la peste devient sporadique et permet à d'autres maladies de se manifester (typhus exanthématique, variole, suette anglaise) (25). L'atténuation des épidémies qui se manifeste au XIX^e siècle s'est amorcée au cours du siècle précédent. En dépit des épidémies émergentes comme le choléra, la tuberculose et la syphilis, le nombre des victimes décroît, quelques chiffres suffisent à prendre la mesure des écarts. Au XVII^e siècle, en France la variole a tué sept millions de personnes et la peste entre deux millions et demi et trois millions des vingt millions de sujets de Louis XIV. Au XIX^e siècle, les épidémies successives de choléra tuent moins de 500 000 personnes dans une population qui passe de 31 à 35 millions d'habitants.

En France, du fait de l'absence de données fiables sur les causes de décès par exemple, les études de population prennent d'autres voies (26). Compte tenu des obsessions françaises (27), les principaux sujets d'études concernent plutôt l'extension de la limitation des naissances, puis la croissance urbaine et les mécanismes de l'exode rural. La plupart des travaux sur les épidémies ne sont pas alors le fait des historiens de la population. Les ouvrages sur la variole ont mis en évidence l'insuffisance des sources quantitatives, si bien que dans la France du XIX^e siècle, il est bien difficile de reconstituer du début à la fin du siècle les taux de couverture de la population par la vaccination antivariolique (28). Mais si les développements démographiques sont limités et décevants, les approches de psychologie historique face à l'innoculation et à la vaccination sont passionnantes (29). Dans le champ des épidémies, l'approche la plus directement soucieuse de questions de population est celle de Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot sur les épidémies de choléra (30).

(25) PERRENOUD, A. Maladies émergentes et dynamique démographique. *History and Philosophy of Life Sciences*, 1993, 15, 297-311.

(26) Alors que les travaux anglais et suédois, qui s'appuient sur d'excellentes sources, se sont développés depuis une quinzaine d'années.

(27) Nombreuses indications dans BOURDELAIS, P. *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1993.

(28) DARMON, P. *La longue traque de la variole*, Paris, Perrin, 1986.

(29) BERCE, Y.-M. *Le chaudron et la lancette*, Paris, Presses de la Renaissance, 1984.

(30) BOURDELAIS, P.; RAULOT, J.-Y. *Une peur bleue : histoire du choléra en France, 1832-1854*, Paris, Payot, 1987.

Fondée sur de nombreuses données quantitatives pour chaque département français et sur la combinaison des différentes échelles spatiales d'analyse, cette recherche, entreprise au milieu des années 1970, retrace de façon précise les itinéraires de la contagion et la gravité de l'épidémie, les caractéristiques de la mortalité (par âge, par sexe, par milieu socio-professionnel). Les auteurs testent aussi plusieurs hypothèses épidémiologiques, inspirées par leur dialogue avec les spécialistes de l'Institut Pasteur, en construisant un véritable laboratoire et des conditions d'expérimentation dans ce passé si riche en archives. Ils peuvent prouver l'efficacité de la transmission directe entre hommes, mais le rôle limité des porteurs sains dans la propagation. A partir d'une étude de cas, ils avancent prudemment quelques éléments indicatifs en faveur de la thèse de prédisposition génétique au choléra. Mais les théories médicales, qui rendent compte des mesures de santé publique adoptées et des traitements proposés, constituent une partie importante du livre, ainsi que l'évolution des mesures prises par les pouvoirs publics et les réactions de la population.

Dès 1988, à l'initiative des historiens de la population est publié un ensemble de contributions sur les principales épidémies du XIXe siècle: le choléra, la syphilis, la tuberculose (31), qui illustre à quel point ils sont devenus les moteurs de l'étude des épidémies, même lorsque les approches ne sont pas seulement démographiques. Dans quelle mesure cette audience nouvelle n'est-elle pas due à la nouvelle situation épidémiologique des pays développés?

III. *CHANTIERS EN COURS ET DIRECTIONS DE RECHERCHE*

A la fin des années 1970, dans les pays développés, les épidémies semblent appartenir à un passé révolu. Ce sentiment largement partagé aboutit à une tranquillité d'esprit qui favorise certainement des approches aussi peu soucieuses du danger réel des épidémies et de l'efficacité de la santé publique que celles de Foucault ou d'Illich. Dans un tel pano-

(31) BARDET, J.-P.; BOURDELAIS, P. *et al. Peurs et terreurs face à la contagion*, Paris, Fayard, 1988.

rama, l'on peut par conséquent aisément comprendre le choc culturel qu'a constitué l'irruption au début des années 1980, aux Etats-Unis et en Europe, du Sida et de quelques germes devenus résistants à notre arsenal thérapeutique. Le questionnaire de la recherche historique dans le domaine des maladies et de la médecine s'en trouve, me semble-t-il, profondément remanié. Dans ces circonstances, trois chantiers directement liés à l'histoire démographique me paraissent devoir être développés, ainsi qu'un quatrième qui se situe à l'intersection avec l'histoire sociale et l'histoire politique de la santé.

— Améliorer notre compréhension des dynamiques des maladies dans l'histoire:

Les historiens de la population raisonnent encore aujourd'hui, intuitivement, d'après l'état de connaissances développé par McKeown et par McNeill (32). Il suffit de relire ces ouvrages pour percevoir à quel point les connaissances bactériologiques, épidémiologiques et génétiques sur lesquelles ils se fondent ont été considérablement enrichies, parfois contredites, depuis un quart de siècle. Un véritable effort de synthèse intégrant toutes les découvertes médicales récentes est à accomplir. La conscience d'une telle exigence est largement partagée si l'on en croit plusieurs initiatives qui se sont succédées depuis la seconde partie des années 1980. En 1988, un séminaire organisé par Alain Bideau a rassemblé une centaine de spécialistes internationaux à la Fondation Meyrieux, sur le thème «La médecine et le déclin de la mortalité». Les contributions en ont été publiées, de façon complémentaire par les *Annales de Démographie Historique* (1989) et un volume collectif *The Decline of Mortality in Europe* (1991) (33). Une autre Conférence internationale tenue à la Fondation Meyrieux aboutit à la publication d'un numéro spécial de la revue *History and Philosophy of Life Sciences* consacré aux maladies émergentes, une notion qui traduit les

(32) MC NEILL, W. H. *Le temps de la peste, essai sur les épidémies dans l'histoire*, Paris, Hachette, 1978, éd. originale 1976.

(33) SCHOFIELD, R.; REHER, D.; BIDEAU, A. *The Decline of Mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press, 1991.

préoccupations récentes et oriente une relecture du passé. Afin de comprendre le présent angoissant, il faut formuler la logique des systèmes pathogènes sur la longue durée, en y intégrant nos connaissances les plus récentes. Notre société a aujourd'hui besoin de réélaborer et de reconstruire le passé épidémiologique à la lumière des vérités du présent et en fonction des besoins d'aujourd'hui. Mirko Grmek s'interroge ainsi sur le concept de «maladie émergente» (34). Alfred Perrenoud tente de réfléchir en démographe à ce qui fait l'originalité de l'organisation du système épidémiologique d'une époque (35). Au fond, après tous ces efforts récents, il reste à réécrire un ouvrage, semblable à celui de Mc Neill, et en fonction de nos connaissances historiques actuelles sur l'évolution des populations et des hypothèses récentes en ce qui concerne les principes génétiques, ceux de la résistance des organismes, des mécanismes d'immunisation ... des hommes et des microorganismes.!

— L'analyse des causes de décès:

Si la dernière grande rupture de modèle épidémiologique date du XVII^e siècle, il paraît bien difficile d'expliquer la baisse de la mortalité au XVIII^e siècle sans être capable de formuler quelques constations sur l'évolution des différentes causes de décès. A la suite des remarques et des travaux d'Alfred Perrenoud, il convient de mieux analyser les causes de la diminution de la mortalité qui se fait jour à la fin du XVII^e siècle après un siècle et demi de recrudescence de la mortalité, depuis 1550 environ. Cette aggravation est probable et il faut rompre avec une idée linéaire de l'histoire globale de l'évolution de la mortalité! Ne peut-on imaginer qu'après l'étiage démographique des années 1400-1450, dû aux pestes récurrentes et à la guerre, la population atteint à nouveau un siècle plus tard une densité qui, par un effet de seuil, favorise les épidémies, d'autant plus que la période est à la multiplication

(34) GRMEK, M. Le concept de maladie émergente. *History and Philosophy of Life Sciences*, 1993, 15, 281-306.

(35) PERRENOUD, A. Maladies émergentes et dynamique démographique, *History and Philosophy of Life Sciences*, 1993, 15, 281-306.

des échanges nationaux et internationaux et à la reprise des mouvements de troupe?

Mais les difficultés d'analyse des maladies du passé sont nombreuses car lorsque les sources existent les changements de nosologie successifs les rendent quasiment inutilisables. L'historien démographe peut ici favoriser le diagnostic rétrospectif et la reconstruction d'une équivalence entre les nosologies du passé et la nôtre en utilisant ses techniques d'analyse des décès. L'exemple en a été fourni récemment par A. Perrenoud. Grâce à l'enregistrement des morts de Genève par un chirurgien juré de 1580 à 1830, il a pu ouvrir la voie d'une analyse de la pathocénose ancienne. Les recoupements entre les désignations des causes de décès, l'âge des décédés, la saison du décès et les simultanités entre différentes causes ont permis par exemple de montrer que la phthisie et l'éthisie désignaient probablement la même maladie, mais qu'en revanche on ne doit pas assimiler la variole, les convulsions et les fièvres hémorragiques, même si l'on affirmait que ces deux dernières déclarations pouvaient en fait correspondre à des cas de variole (36). Le début d'exploitation de cette source magnifique laisse présager l'ampleur des découvertes possibles par comparaison avec les caractéristiques précises de la mortalité et leurs variations.

L'existence de registres de déclarations de causes de décès est assez mal partagée en Europe. Aux séries italiennes, suédoises, anglaises, précoces et de bonne tenue, répond le caractère tardif et médiocre des déclarations françaises ou espagnoles par exemple. Mais les possibilités d'étude de sources locales n'ont pas été menées à leur terme sous prétexte d'une qualité souvent défailante que l'on a trop souvent appréciée à l'aune de la seule la proportion des causes inconnues. Quelques efforts permettraient probablement d'obtenir des indications fort précieuses sur l'évolution des grandes causes qui étaient suffisamment typées pour que personne n'hésite et opte pour la catégorie «cause inconnue» ou «autre cause».

(36) PERRENOUD, A. Nosología y patocenosis: contribución al debate sobre las causas del descenso de la mortalidad. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 1993, 11, 91-149.

— Les logiques de la mortalité urbaine au XIXe siècle:

Le troisième chantier concerne plus particulièrement l'étude de la mortalité urbaine au XIXe siècle. Alors que la transition épidémiologique et sanitaire se développe, les taux de mortalité généraux stoppent leur baisse au XIXe siècle. Ils auraient même tendance à se redresser dans la plupart des pays d'Europe vers le milieu du siècle, avant d'amorcer un nouveau déclin, dont la pente est désormais plus forte. Cette mauvaise performance du milieu du siècle a été mise en relation avec le mouvement d'urbanisation, dont elle serait l'une des conséquences du fait de la surmortalité urbaine, aggravée au XIXe siècle. Les travaux anglais ont été très riches dans ce champ.

La première question à laquelle il faut répondre concerne donc l'accroissement de la mortalité urbaine. Comment s'effectue cette aggravation? Sur quels âges porte-t-elle? A quel moment se développe-t-elle? En France, à partir de certaines études précises sur les villes de l'industrie, l'importance de l'aggravation paraît à peine croyable: l'espérance de vie à la naissance peut baisser de 10 ans en l'intervalle de quinze années (37). L'étude de la mortalité par âge indique très clairement que ce sont les enfants de 1 à 10 ans qui voient leur mortalité s'accroître au point de peser ainsi sur l'espérance de vie. Cette dégradation est concomitante de la phase de croissance paroxystique de la population (10 à 12 % de croissance annuelle) et paraît orienter la recherche des causes vers les conditions de logement (sans doute précaires), vers la promiscuité, vers l'absence d'un espace public géré et organisé collectivement. Vingt ans plus tard, en 1876, le niveau de l'espérance de vie a retrouvé celui de 1836, à la veille de la croissance. A partir de cet exemple, il est possible d'avancer qu'une politique publique (patronale) d'urbanisme, d'aide à la construction, d'éducation des enfants grâce à une scolarisation subventionnée, de mise en place de soins médicaux gratuits, et d'adduction d'eau est à l'origine de l'effacement du handicap lié à la croissance démographique un temps

(37) BOURDELAIS, P.; DEMONET, M. The evolution of Mortality in an Industrial Town: Le Creusot in the Nineteenth Century. *The History of the Family*, 1996, 1 (2), 183-204.

incontrôlée. Les efforts déployés ont certainement été immenses. Ces constats incitent à une relecture de tous les ouvrages hygiénistes, si nombreux dans les villes industrielles ou les grandes villes françaises du XIXe siècle.

Il faudrait également multiplier les études locales afin de cerner l'ampleur de l'accroissement de la mortalité, les âges concernés, le contexte démographique et social dans lequel cette aggravation se développe. La chronologie a ici son importance: il est aussi crucial de savoir pendant combien d'années la mortalité s'accroît avant d'atteindre son maximum que de connaître la rapidité de la baisse ultérieure. Car si les facteurs de l'aggravation paraissent assez clairs, ceux qui permettent d'inverser le handicap du milieu urbain valent qu'on s'y attarde. L'adduction d'eau joue un rôle que l'on sait important (38), mais le changement des conditions de vie dans le milieu urbain, les politiques de salubrité publique et d'hygiène, les changements d'attitude à l'égard du corps, sans parler de la pastorisation à la fin du siècle jouent également en faveur d'une réduction de la mortalité.

Tels sont les trois chantiers qui me paraissent les plus urgents dans le domaine envisagé ici. Il conviendrait d'y ajouter des approches situées à l'articulation entre l'histoire des populations, des épidémies et de la médecine, mais aussi de l'histoire politique et des perceptions populaires de la santé. Il s'agit des études historiques sur les prises de décision en matière d'hygiène et de santé publique, à différentes échelles, de la petite localité au gouvernement central en passant par les grandes villes (39). Quels constats et quels groupes de pression sont à l'origine des décisions? Quelle est la place des demandes de la population et des soucis d'ordre public, quelles sont les formes d'argumentation qui deviennent décisives (constatations dispersées, témoignages, enquêtes quantifiées)? Un ensemble de questions qui ne sont pas totalement étrangères à l'histoire démographique dans la mesure où très rapidement au cours du XIXe siècle, les nombres issus d'enquêtes sur les populations

(38) PRESTON, S; VAN DE WALLE, E. Urban French Mortality in the Nineteenth Century. *Population Studies*, 1978, 32, 275-297.

(39) Plusieurs aspects sont présents dans le livre de ROLLET, C. *La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République*, Paris, INED-PUF, 1990.

et parfois d'une première forme d'épidémiologie, deviennent indispensables au débat public et à toute prise de décision, même si des motivations multiples sont présentes dans ce consensus formel.

Ce bilan des relations entre l'histoire de la population, l'histoire des épidémies et des maladies depuis cinquante ans, établi depuis Paris, est nécessairement fragmentaire. La place manquait pour effectuer un bilan complet, en outre les intérêts personnels de l'auteur l'ont conduit à développer plutôt tel aspect et à négliger tel autre. Il n'en demeure pas moins que, vu depuis la France, le renouvellement de l'histoire des épidémies et des maladies s'est développé à l'initiative des historiens de l'École des Annales, d'abord dans une perspective labrousienne et braudélienne, puis de façon plus diversifiée depuis les années 1970. Les historiens de la population, sans doute du fait de leurs relations avec les démographes, avec les médecins, mais aussi avec les anthropologues et les sociologues —l'éventail des participants à leurs colloques le prouve— ont largement contribué à ancrer l'histoire des épidémies et de la santé dans le courant principal de l'historiographie, ce qui n'était pas le cas dans les années 1950. En décidant de consacrer un volume des *Annales de Démographie Historique* 1997 à la question «Epidémies et population», ils ont récemment tenu à favoriser la poursuite du renouveau des études qui s'exprime, en particulier pour le XIX^e siècle et dans le domaine de l'urbain, depuis une dizaine d'années.