

AVANT-PROPOS

Dans le cadre des relations universitaires internationales, les Universités de LODZ et de LYON ont conclu, depuis plusieurs années, un accord qui a permis de nombreux échanges de chercheurs et d'enseignants, et a donné lieu à des conférences tant à Lodz qu'à Lyon. Pour donner plus d'intérêt encore à ces rencontres, les responsables du département d'Histoire de Lodz, et les directeurs du Centre Pierre Léon, ont essayé de remplacer les échanges individuels par de véritables rencontres scientifiques. En 1981, trois enseignants-chercheurs du Centre Pierre Léon ont ainsi participé à Lodz à un colloque sur la formation des populations des régions industrielles au XIXe siècle. La rencontre de 1982 a reçu comme thème celui de la santé publique et de l'hospitalisation, à partir de la double expérience de l'organisation de la santé et de sa prise en charge, en particulier à la fin du XIXe siècle à Lodz, et des formes plus anciennes à Lyon d'évolution de l'hôpital public.

Que soient tout particulièrement remerciés ici nos collègues polonais, qui ont commencé des études de langue française, pour que la dialogue soit plus facile entre les deux groupes participants, et tout spécialement les Docteurs BRZEZINSKI et BOJANOVSKI, qui ont assumé la tâche difficile de la traduction simultanée des textes, et qui ont ainsi rendu possible l'échange.

HISTOIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE QUELQUES DIRECTIONS DE RECHERCHE

1 - Les mots et l'objet

En introduction à la rencontre, les quelques réflexions qui suivent veulent seulement présenter un certain nombre de directions de recherche, qui toutes contribuent à définir les grandes lignes d'une histoire de la santé publique.

En privilégiant l'expression «histoire de la santé publique» à la place de la plus traditionnelle «histoire de la médecine», nous voulons, en effet, insister sur

l'ensemble des conditions qui ont transformé l'évolution de la santé des hommes, et parmi elles naturellement la médecine, qui tient certes un rôle fondamental, mais dans un ensemble de conditions, économiques, sociales, politiques, scientifiques... La notion même de santé publique pénètre lentement dans le vocabulaire courant au XIXe siècle, bien que ce qu'elle représente soit déjà intégré dans les préoccupations. Les dictionnaires de la langue française, du XVIIIe siècle à aujourd'hui, enregistrent lentement les modifications sémantiques, et les nuances des définitions sont le signe souvent retardé des modifications épistémologiques, en même temps que des glissements des pratiques (1). Le *Dictionnaire de Trévoux*, retenu comme exemple des dictionnaires antérieurs aux progrès scientifiques de l'époque des Lumières, présente des définitions des mots santé et maladie, qui ne varient plus guère. Entre le «dérèglement» et l'«altération», les indispositions du corps contre la nature ou le cours des choses, le «processus morbide d'altération» qu'on trouve en tête de la définition du Dictionnaire de Robert, les nuances sont relativement faibles; les adjectifs qui cherchent à expliquer l'état de santé sont les mêmes de Trévoux à Littré, de Littré à Robert il y est question d'harmonie, de symétrie, de régularité : la santé est en fait un mécanisme bien réglé, et la maladie le dérèglement de ce mécanisme. Il est inutile de plus insister sur les conceptions du corps, qui sont derrière ces qualificatifs. Deux évolutions se dessinent cependant. La première concerne la définition de la médecine : art qui devient science, et c'est ici le glissement général des arts vers la science; mais le *Dictionnaire de Trévoux* est ici très dubitatif. «L'art de conserver la santé» c'est la définition de Galien, ou de tel ou tel autre père de la médecine; mais d'autres, prétextant du caractère incertain des soins médicaux, contestent que la médecine soit un art. Littré a enregistré le passage de l'art à la science, il associe aussi ce qui est curieusement oublié par *Trévoux* la notion de guérison à celle de conservation de la santé. Au XXe siècle, dans le Robert la science précède l'art (mais l'art reste, la notion «d'art libéral» semblant plus adaptée que celle de «science libérale»), et la prévention est associée à la guérison. Cependant, la seconde modification est l'émergence de la notion de santé publique. Celle-ci n'est pas entièrement absente du *Dictionnaire de Trévoux* au XVIIIe siècle. D'une part, plusieurs exemples de définitions concernant la santé se réfèrent à la santé d'une ville, d'un pays, d'une population, de même que l'expression de «maison de santé» est déjà employée. D'autre part, le terme salubrité apparaît, désigné comme terme savant «non encore dans l'usage ordinaire», mais nécessaire pour exprimer la qualité des éléments d'environnement de la vie (l'air, l'eau), nécessaires justement au maintien d'une «bonne santé», de l'individu, comme du groupe. Chez Littré, la santé est l'état salubre en parlant d'une ville ou d'un pays (référence aux épidémies), et la salubrité commence à s'effacer derrière l'hygiène (publique et privée), «tout ce qui est utile (Robert écrit «favorable» au lieu d'utile) à la santé publique» — et les diction-

naires du XXe siècle étendent les notions d'environnement physique et socio-économique qui contribuent à protéger ou à détériorer cette santé publique.

Si l'on reprend ainsi brièvement cette transformation du sens courant avec ses incertitudes et ses associations, c'est bien pour délimiter le champ historique réel d'une histoire de la santé publique. En réalité, deux éléments me semblent devoir être de façon indispensable liés entre eux — et tant que la jonction est impossible, il n'y a pas santé publique : le premier est le progrès scientifique de la médecine, son efficacité, sa capacité d'enrayer les maladies, les épidémies, de réussir les opérations qui enrayment les processus morbides, etc... Loin de nous l'idée de rejeter dans les ténèbres de l'obscurantisme les efforts accomplis pendant des millénaires par les premiers médecins. Mais il serait sans doute nécessaire de distinguer une protohistoire de la médecine, qui durerait jusqu'aux progrès décisifs du XIXe siècle, véritable révolution que l'on associe souvent à la médecine pasteurienne, mais qui en fait constitue un ensemble à épisodes et étapes multiples depuis le XVIIIe siècle jusqu'à aujourd'hui (sans oublier qu'une science médiévale est une science en devenir, et que le « progrès » médical, pour reprendre le titre d'un journal professionnel n'est jamais achevé), avant une histoire, celle des temps contemporains, histoire d'une révolution scientifique, en même temps qu'histoire d'une nouvelle pratique, d'une nouvelle relation entre la médecine et la société, qui accompagne une nouvelle relation entre la vie et la mort dans les pays développés. N'oublions pas que jusqu'à l'aube du XXe siècle, les taux de mortalité infantile restent considérables, toujours supérieurs à 10 ou 12 %, que le recul des épidémies n'est jamais que provisoire, que l'espérance de vie à la naissance est encore inférieur le plus souvent à 45 ans...

Le second élément est la préoccupation d'améliorer l'état de santé, non pas de l'individu, mais bien de l'ensemble de la collectivité. Là encore il y aurait un double anachronisme à refuser toute idée de politique de santé avant l'époque contemporaine, et a contrario à réduire à une « politique » l'effort d'amélioration de la santé, accompli autant par les autorités constituées (municipalités, collectivités, institutions) que par les acteurs de la santé (le corps médical, les « hygiénistes », ...). Dans ce domaine, je me contenterai de faire référence au dernier livre de François Lebrun (2), *Se soigner autrefois*, qui avait déjà, dans les *Hommes et la mort en Anjou*, analysé les efforts des pouvoirs publics du dernier demi-siècle de l'Ancien Régime pour combattre les épidémies, et en enrayer les effets et la propagation. L'histoire de la santé publique est en effet non seulement une histoire des progrès, des prises de conscience, des mesures prophylactiques diverses qui s'attaquent à telle ou telle maladie — l'exemple de la lutte contre la variole dès le XVIIIe siècle, et plus généralement l'histoire de la vaccination après celle de l'inoculation a donné lieu à beaucoup de travaux — c'est aussi et peut-être surtout une histoire des attitudes et des réactions de l'homme, de l'individu isolé comme de la société globale. Pendant longtemps l'épidémie,

et principalement la peste dont on donne le nom souvent à toute attaque de type épidémique, mais aussi les fièvres épidémiques, les fièvres typhoïdes par exemple, produit inquiétude, terreur, souvent résignation et fatalisme, parfois conduit au retour des superstitions, aux secours magiques, aux formes d'une piété d'intercession qui est le seul espoir en face de l'inanité des soins et de la science médicale. Mais depuis la peste d'Athènes, au IV^e siècle avant notre ère, jusqu'à la peste de Marseille en 1720, se construit petit à petit une forme de résistance, de réaction, de combat. Il reste beaucoup de résignation, et il faut faire la part à la maladie, abandonner les premiers malades atteints, la lutte se fait plus par l'incantation, la prière, la formule, que par le remède, elle est efficace surtout par l'isolement, la quarantaine, la délimitation d'un périmètre abandonné au mal en contrepartie de la sauvegarde du tout. Pour conserver la même image anthropomorphique qui dirige si longtemps le discours sur la santé, la quarantaine du pestiféré est la même opération que la jambe coupée du gangréné — espoir de sauver l'ensemble même amoindri au prix de la mutilation de la partie atteinte. Le docteur Biraben, ou Charles Carrière ont montré l'efficacité progressive de ces cordons sanitaires (3). La correspondance du Maréchal de Villeroy avec le Prévôt des Marchands de Lyon en 1721 montre à quel point les autorités provinciales prennent au sérieux les menaces d'extension de la maladie; la rigueur contre les manquements à la garde des ponts et des ports, la répétition de mesures de contrainte dans la circulation des hommes et des animaux, mais aussi des objets, sont autant de signes d'une confiance nouvelle dans l'efficacité de la défense (4). La lutte contre les épidémies de choléra dans la France du XIX^e siècle (5), le désarroi face à la grippe « espagnole » de 1918, ou certaines attitudes ou réactions face au cancer aujourd'hui montrent la persistance de réactions fort anciennes qui appartiennent à une histoire de la santé — dans la mesure où celle-ci fait partie de l'histoire des hommes. Par l'histoire de ces représentations collectives, et la reconstitution de cet imaginaire social et culturel, le lien reste affirmé avec les périodes antérieures, dans lesquelles le besoin de santé est intégré dans une cosmogonie générale où l'on retrouverait aussi bien les Rois thaumaturges (6) que les Saints guérisseurs, les premiers traités de médecine, et les premières avancées de la médecine clinique ou de la chirurgie.

Mais l'histoire de la santé publique ne commence vraiment qu'avec la mise en place d'un système responsable et organisé de soins et de luttes contre la maladie et sa diffusion. Il serait tout à fait faux de rapporter ce système à une intervention de l'État, qui ne se préoccupe qu'avec retard, de la santé, et qui ne met pas avant longtemps de réels moyens humains et budgétaires dans ce domaine, mais bien plutôt à un ensemble de comportements, de signes, d'avancées diverses du fait sanitaire, de la médicalisation, de l'hygiène —, à une réorganisation, autre définition et autre signification du bâtiment hospitalier, dont Olivier

Faure (7) a montré la coexistence des archaïsmes et des idées de renouveau —... Nous ne voulons ici que présenter quelques thèmes d'une histoire, très riche, parmi ceux qui sont en chantier au Centre Pierre Léon en appelant chaque fois à une collaboration plus stricte entre historiens et monde de la santé.

2 – Une histoire de la médicalisation

La première approche historique du développement de besoin de santé, qui en a fait progressivement le premier bien du monde contemporain est l'étude de la médicalisation de la société. Ne retenons que pour l'anecdote les expressions et les signes extérieurs, comme l'échange de vœux et souhaits de bonne santé, à la fois reste d'une ancienne peur panique devant le risque de maladie, responsable du chômage, de la misère, de l'insécurité, et espoir d'une vie dans laquelle les attaques contre la santé seront vaincues, et secondaires. Plus la victoire sur la maladie devient efficace et fréquente, plus l'aspiration à la santé est affirmée, revendiquée, même sous cette forme populaire d'expression naïve. Mais ce sont surtout les études sur l'implantation du monde médical qui permettent de mesurer les transformations, à l'image des recherches de Jacques Léonard sur les Médecins de l'Ouest français au XIXe siècle (8). L'histoire de la médicalisation est à la fois une démographie, combien de médecins pour combien d'habitants, une géographie, où sont installés les médecins, une sociologie, comment est composé, formé, comment vit et travaille ce personnel médical qui se met en place. Mais ce doit être aussi une histoire de la pratique, de l'intervention du médecin. La relative stagnation de l'implantation médicale au XIXe siècle, telle que l'a mesurée par exemple Olivier Faure dans le Rhône, s'oppose à l'extrême rapidité du développement du XXe siècle, qui a conduit dans un pays comme la France à une limitation de l'accès à la formation, *numerus clausus* qui s'affirme comme la seule voie pour limiter une surmédicalisation, pour également éviter une transformation trop rapide et trop radicale du mode de vie et du niveau de vie des médecins. La médicalisation a d'abord été un phénomène urbain, et même un phénomène des centres villes. A Lyon, la concentration des cabinets médicaux autour de la place Bellecour et dans les « beaux quartiers » reste caractéristique jusqu'à la seconde guerre mondiale, et si elle diminue beaucoup ensuite, il faut attendre bien plus longtemps pour que soit faite la couverture médicale des banlieues ouvrières : Villeurbanne a 39 médecins pour 85.000 habitants en 1950, et Vénissieux 6 pour 20.000 habitants à la même époque, alors que 26 médecins ont leur cabinet sur la place Bellecour, et une centaine dans le seul quartier d'Ainay à Lyon (9).

Mais de façon plus profonde, la médicalisation est beaucoup plus l'histoire du recours plus fréquent au médecin, celui de l'insertion du médecin dans le contexte social. Il s'agit là d'une étude difficile, qui exige des sources origi-

nales, rares, qui permettent l'analyse des relations entre le médecin et son environnement (10). Jean-Pierre Goubert a ainsi pu retrouver et étudier des carnets de médecins de la première moitié du XIXe siècle, témoins d'une pratique ancienne. Les témoignages, souvenirs, tant à la mode aujourd'hui, permettent de reconstituer les relations du médecin et du patient. On peut ainsi opposer la confiance exigeante de Madame de Maraise (11) envers le médecin de son filleul (mais aussi envers le texte médical, puisqu'elle se promène avec un Tissot en poche), ou les Mémoires de Norbert Truquin, dont les itinéraires le conduisent à travers toute la France et l'Algérie : la maladie, la misère, les accidents sont présents à chaque moment dans le récit, mais la médecine n'est encore perçue qu'à travers l'intercession de l'hôpital, dont on ne retient que l'image abhorrée du mouiroir. « Si vous n'étiez pas un misérable, vous n'auriez pas envoyé (vos femmes) sans nécessité à l'hôpital; c'est pour cela qu'elles y sont mortes » s'indigne la pauvre ouvrière enceinte à son propriétaire (12). L'étude menée actuellement par Colette Tempère sur la médicalisation dans le canton de Vernaison au XXe siècle, me paraît à cet égard exemplaire (13). Les carnets de visites d'un médecin installé en permanence dans ce chef-lieu de canton du Rhône encore rural, de 1931 à 1972 sont une source exceptionnelle. Comment s'implante le médecin, qui ici prend la succession de son beau-père, quelles sont ses pratiques, varient-elles, s'étendent-elles socialement alors qu'elles se distendent géographiquement avec l'installation de nouveaux médecins dans des communes qui jusque là en étaient privées? Un des intérêts principaux de ce type de source est cependant encore ailleurs. Le médecin apparaît de moins en moins, en fait, comme seul sur la scène de cette progressive médicalisation complète. Dans le village comme dans le quartier ouvrier, il est le relai d'une politique sanitaire : il participe au contrôle des campagnes de vaccinations, à celui de l'état de santé des enfants scolarisés. Alors que pendant longtemps le praticien est bien plus qu'un médecin généraliste, mais le seul recours pour tout, intervenant dans les domaines les plus variés, procédant aux accouchements, réduisant les petites fractures, faisant de la petite chirurgie, en même temps que la réponse à toutes les maladies, il est de moins en moins seul, dans le village comme dans le quartier. Le rôle des pharmaciens, des assistantes sociales, des infirmières, de l'ensemble de ce personnel para-médical dont l'histoire commence à être écrite, s'affirme, mais aussi la relation entre le médecin et ce personnel de soins, entre le médecin et l'hôpital réorganisé, même sous forme de clinique privée, ou de maternité. Mais si l'étude parallèle et jointe de la profession médicale et des professions para-médicales est importante, ce n'est pas seulement pour la connaissance « corporative » d'un milieu professionnel (14). Qu'aujourd'hui infirmières et personnels de santé s'interrogent sur leur histoire, sur leurs origines, sur leurs relations tant avec le corps médical qu'avec les institutions de santé et avec le public de malades, est une attitude normale, une volonté de retrouver

dans ses racines une identité culturelle, de s'affirmer comme une profession indépendante, là où le discours et la pratique se rejoignent pour insister sur la dépendance (15). Mais on peut aussi lire ici le besoin français de constituer des corps, besoin qui a traversé les périodes et résisté à la disparition des institutions de l'Ancien Régime. De même qu'il n'est pas souhaitable que l'histoire de la médecine soit le fait uniquement des médecins, de même l'histoire des professions de santé exige un regard multiple, pour ne pas rester au niveau d'une anthropologie du souvenir et du récit autobiographique. Mais l'étude de la médicalisation et de ses transformations considérables depuis le XIXe siècle, est une des approches indispensables pour atteindre les formes mêmes de pénétration des préoccupations de santé dans la population. Les changements concernent ensemble les professions médicales et l'attitude face à la santé, attitude collective autant qu'individuelle. Besoin de santé et prestige social vont de pair, survivance voire renaissance des médecines parallèles, des guérisseurs et rebouteux, voire des médecins exotiques sont des conséquences d'une non réponse, ou d'une insuffisante réponse de la médecine aux besoins les plus profonds de la société actuelle (16). Les efforts de la collectivité en faveur de formes de plus en plus élaborées d'assistance mutuelle, puis de sécurité sociale, les difficultés économiques mais aussi les attaques politiques contre ces systèmes de sécurité sociale et leur obligation, sont le résultat de la conjonction entre l'évolution du rapport de l'homme à sa santé, et du rapport de la société tout entière à la santé publique, l'état de santé de l'homme au travail, si important dans une perspective productiviste étant remplacé par la notion de bien-être individuel, non moins essentiel dans la société actuelle. Éducation et santé ont été les deux préoccupations publiques essentielles des XIXe et XXe siècles : ces deux entités sont au cœur de toutes les théories du progrès social, mais aussi de l'accès de tous, indépendamment de leur milieu social d'origine, à ces deux biens si enviés. L'évolution française qui tend à faire de l'éducation un service public, alors que le service public de santé se situe obligatoirement dans une pratique très majoritairement libérale de la médecine devrait être un objet d'études majeur. La médecine libérale s'insère dans un ensemble où la formation médicale est totalement du secteur public, où la recherche en matière de santé et même la technologie de pointe sont également très majoritairement financés par le budget de l'État dans les hôpitaux publics en particulier.

En un mot, les études de médicalisation sont le moyen d'analyser la mise en place et l'évolution de tout un système de soins, dont tous les éléments méritent l'attention (17).

3 - Une histoire démographique de la santé et de la maladie

Le second champ d'une recherche historique dans le domaine de la santé publique me paraît devoir être celui de la démographie. La démographie histori-

que a réalisé au cours des trois dernières décennies une remarquable percée, en France mais aussi dans de nombreux pays. Mais cette jeune discipline, par suite des sources utilisées et des méthodes mises au point, à cause également de ses objectifs scientifiques proprement dits, a privilégié un certain nombre d'approches, la nuptialité et la fécondité en particulier, et quelques périodes, l'Ancien Régime et le début du XIXe siècle surtout en France. Le changement de nature des sources, l'apparition massive de statistiques générales au XIXe siècle dans la Statistique Générale de la France, ont ralenti les études de démographie historique pour la période plus récente, pour laquelle d'autres méthodes devaient être mises au point, pour tirer profit d'autres sources (18).

Dans la perspective d'une histoire de l'état sanitaire de la population, c'est pour une histoire conjuguée de la morbidité et de la mortalité que je voudrais plaider. Une des sources principales, en dehors d'une histoire des périodes de crise, et des épidémies (nous avons déjà évoqué peste, choléra et variole, mais la lutte contre les infections et les maladies épidémiques, tout particulièrement de l'enfance, avec les déclarations obligatoires des maladies est un aspect sur lequel peu de recherches ont été encore faites), est constituée par les causes de décès. C'est une préoccupation relativement ancienne, tant du corps médical que des autorités politiques, et l'on trouve des études de causes de mortalité en Angleterre dès le XVIIe siècle, ou à Genève à la même époque (19). La signature par un médecin d'un acte de décès indiquant la cause probable de la mort est une preuve d'une volonté tôt affirmée de médicalisation, et de contrôle de la santé. Mais la généralisation du certificat de décès établi par le médecin ne peut se faire que très progressivement dans la France contemporaine. Les statistiques de décès publiées dans la S.G.F. au XIXe siècle, ne concernant que les populations urbaines, à la fois parce qu'elles sont l'objet d'une surveillance médicale plus attentive (risque plus grand d'épidémie, volonté de contrôle social et médical des classes ouvrières et urbaines, plus «dangereuses» que le monde paysan), mais aussi parce que seules les villes disposent d'un réseau médical et hospitalier pour permettre de telles enquêtes. Les statistiques des causes de décès sont une source à utiliser avec de multiples précautions, même si elles sont d'une grande richesse. Il n'est guère besoin d'insister en premier lieu sur le fait qu'elles sont le reflet de l'état de la science médicale de leur temps. Les premières statistiques établies à Londres et en Angleterre au milieu du XVIIe siècle par Graunt en particulier, sont à cet égard caractéristiques; que l'on meure à cause du passage de la comète, de la conjonction des astres, des humeurs contrariées, nous apprend plus sur la conception non pas même de la médecine mais bien du monde à l'époque de Graunt que sur les causes de décès proprement dites. Les très belles séries de causes de démence qui sont publiées en France au cours du XIXe siècle par les responsables de tous les services psychiatriques départementaux mis en place après la loi de 1838 en sont une autre preuve. Les causes d'aliénation

mentale affichées par les médecins parlent de la science psychiatrique, du savoir médical, parfois de l'influence de l'environnement politique et social sur le savoir médical, mais pas vraiment des causes de l'aliénation mentale (20). En période de troubles politiques et de révolution, comme en 1848 en France ou au moment de la Commune, des malades sont enfermés en asile psychiatrique pour cause d'exaltation politique...; on retrouve aujourd'hui encore de tels étonnants diagnostics en d'autres pays.

Médecins et statisticiens sont très vite conscients de l'insuffisance d'une telle source. Leur utilisation historique pose bien sûr la question de l'adéquation entre le vocabulaire utilisé et l'état des connaissances. Jean-Pierre Peter a, depuis longtemps, insisté sur cette obligation de reconstituer les lexiques et d'essayer d'établir les correspondances entre les périodes (21). L'établissement de classifications et de nomenclatures, que l'on essaye de rendre internationales à la fin du XIXe siècle, est révélateur de cette volonté de comparatisme et de suivi d'une évolution historique, mais il y a toujours décalage entre la confrontation d'une nomenclature et l'évolution des connaissances (22). Aussi bien les listes détaillées que les regroupements sont ainsi très vite datés, et partiellement inadéquats. Sans oublier le scepticisme des médecins sur ces déclarations de décès, et le rejet d'une causalité unique, il faut surtout se rappeler que ces déclarations sont le fait d'une époque, d'une mentalité, d'une histoire, qui n'est pas seulement celle de la médecine. Prenons l'exemple des décès de personnes âgées. Pendant longtemps, la cause de décès évoquée pour plus des deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus est la «sénilité»: le vieillissement est considéré comme maladie; l'affaiblissement dû à la vieillesse est cause du décès (22). Au fur et à mesure que le contrôle médical s'amplifie, que le diagnostic se précise, la «sénilité» disparaît peu à peu au profit d'affections circulatoires, cardiaques, ou de tumeurs, alors même que la population âgée est de plus en plus nombreuse. Mais ce qui est évident ici l'est moins dans d'autres domaines. La progression du nombre des décès pour cause de cancer est d'autant plus grande statistiquement, que la maladie était mal diagnostiquée autrefois. Quand la sensibilité générale met en avant telle ou telle affection, il n'est pas rare qu'il y ait recrudescence des décès attribués à la maladie. Les décès par tuberculose sont plus nombreux dans les déclarations aux moments de la mise en place d'une politique de lutte contre la tuberculose, alors même que les premiers reculs de la maladie se feraient sentir (24). La courbe des décès par alcoolisme peut ainsi présenter une allure tout à fait extraordinaire. Que des périodes de guerre ou de restriction soient cause d'une diminution de la mortalité alcoolique est logique, (la Seconde Guerre Mondiale en France par exemple), mais la répartition départementale des décès n'est pas toujours conforme à la logique, ni de la production, ni de la consommation d'alcool ou de boissons alcoolisées. La sensibilisation du milieu médical diffère beaucoup d'une région à l'autre, ou d'un mo-

ment à l'autre. L'Association des médecins amis du vin, qui défend la consommation de vin dans la mesure où c'est un substitut à une consommation massive d'alcool plus ou moins frelaté beaucoup plus nocive encore, (l'absinthe de la fin du XIX^e siècle), recrute surtout ses adhérents dans les régions viticoles de la France du Midi et du Sud-Ouest. En 1935 encore, dans un congrès de pédiatrie, un professeur de la Faculté de Médecine de Montpellier recommande l'adjonction de vin dans les biberons, ou dans l'alimentation des jeunes enfants (25), et le Sénateur Portmann prend à son compte une citation de Mussolini un peu inquiétante : «L'homme malade qui boit du vin vit plus vieux que le médecin qui le lui déconseille» (26). En 1982 encore, le Centenaire de l'école laïque est célébré dans le département de l'Aude par le baptême d'une «cuvée réservée». A l'inverse, les statistiques de décès par cirrhose augmentent brutalement quand une campagne d'opinion cherche à démontrer le coût social d'abus de consommation alcoolisée.

Ces remarques critiques doivent seulement rappeler que toute lecture de statistique doit être faite avec beaucoup de prudence. Dans ce domaine plus qu'ailleurs, il est facile d'ironiser et de dénoncer le mensonge statistique. Mais ce mensonge, plus ou moins décrypté, est aussi part de vérité et élément d'histoire. L'analyse de la morbidité et de la mortalité a d'ailleurs une portée encore plus générale. Un des changements majeurs de la période contemporaine dans les pays développés est la transformation radicale des régimes démographiques. Pierre Chaunu aime à répéter que la vie humaine n'a pas reculé ses limites avec les progrès de la médecine (27), et que l'allongement de la durée moyenne de la vie humaine n'est pas gain sur la durée maximale de la vie. Mais le recul spectaculaire de la mort de l'enfant et de l'adulte a conduit à un doublement, sinon un triplement, de l'espérance de vie à la naissance au cours des deux derniers siècles en Europe occidentale. Ce recul de l'âge moyen de la mort est un indicateur essentiel des transformations des conditions de vie, en même temps qu'il est le meilleur argument en faveur d'une théorie globale du «progrès médical». Mais il ne faut pas oublier qu'il n'est pas un processus égalitaire et général. Alfred Perrenoud a remarquablement démontré le système d'inégalité devant la mort des enfants de Genève aux XVII^e et XVIII^e siècles, et les conséquences de cette inégalité pour le renouvellement de la population (28). Les études actuelles de mortalité sociale différentielle sont encore rares, et difficiles; si sont bien connues quelques conclusions d'enquêtes déjà anciennes, la différence de l'âge moyen au décès des hommes et des femmes en France, l'écart grandissant de l'espérance de vie entre les deux sexes à 50 ou 60 ans, la différence d'espérance de vie selon les professions dans le même pays, il est bon aussi de rappeler combien de telles enquêtes rétrospectives sont difficiles (29). A la fin du XIX^e siècle, parurent de nombreuses enquêtes sur la mortalité différentielle dans les grandes villes européennes, dénonçant la surmortalité des quartiers les plus pauvres, et

établissant une gradation inversée parfaite entre taux de mortalité et niveau de richesse (30). Si les conclusions générales de ces études sont probablement vraies, les analyses manquent fortement de rigueur dans le détail. Les effets de structures, d'âge, de sexe, les conséquences de la mobilité des populations, l'insuffisance totale des données sur la mortalité des enfants dans les grandes villes au XIXe siècle (phénomène d'envoi en nourrice, et d'abandon des enfants, en particulier illégitimes) sont autant de causes d'inexactitude difficiles à redresser. Il n'en reste pas moins vrai que la question reste posée à la fin du XXe siècle. L'inégalité devant la mort est le reflet de l'inégalité sociale, de la différence des conditions et des niveaux de vie. Elle est aussi la conséquence d'un comportement distinct face aux problèmes du corps et de la santé. Elle est également aussi sans doute la suite d'une relation différente à la médecine, et au « progrès médical ». Une réflexion sur ces sujets est au cœur de toute problématique d'une histoire de la santé publique, et ne peut être évacuée par le simple repli sur lui-même d'un corps médical ayant trop souvent bonne conscience.

4 – Des institutions de santé et un système de santé publique

Impossible d'énumérer tous les domaines de la recherche, aujourd'hui ouverts, parfois seulement entrouverts. Mais des questions essentielles sont posées par la construction du système sur lequel nous vivons aujourd'hui (31). Les historiens de la médecine ont été trop longtemps historiens des techniques, des avancées des connaissances anatomiques, ou cliniques, une histoire de la « science médicale » en construction, qui n'est pas exempte de conflits, d'anathèmes et d'exclusives, qui ne s'achèvent pas avec Pasteur. Qu'aujourd'hui Pierre Sourmia soit co-responsable de l'édition d'une monumentale histoire de la médecine est quand même signe d'un changement profond, dont la préface de Jacques Poulet, titulaire de l'unique chaire française d'Histoire de la Médecine rend bien compte :

« Historiens et médecins ont cela en commun : ils se consacrent à l'homme qui vit ou a vécu; les médecins peuvent revendiquer pour eux seuls l'exercice de la médecine, mais l'histoire de la médecine ne peut plus être leur monopole. Qu'ils se pénètrent des techniques et des règles nouvelles de l'histoire, et que les historiens, ne pouvant connaître la médecine, s'efforcent d'utiliser le savoir médical pour une histoire à la fois une et diverse ». (32)

Il serait possible de présenter l'évolution des deux derniers siècles par un schéma qui ne rencontrerait sans doute pas l'adhésion, mais qui résume le débat. La santé est affaire individuelle, l'harmonie du corps et des fonctions d'un homme; la guérison ou la mort sont aussi issues individuelles, dans lesquelles la médecine joue un rôle de plus en plus grand au fur et à mesure de ses progrès thérapeuti-

ques. Pendant une très longue période de l'histoire de l'humanité, mais surtout au moment de la plus grande imprégnation du christianisme, ce bien individuel qu'est la santé n'est pas en fait considéré comme primordial. Le salut de l'âme l'emporte sur le bien-être du corps, et la conservation de la santé n'a de valeur que comme support d'une existence jugée autrement. Et pourtant se développe une organisation dualiste de la santé. D'une part, les puissants, les grands, les riches, s'attachent les services personnels de médecins, qui sont rémunérés pour les soins qu'ils dispensent avec plus ou moins d'efficacité (ils sont parfois châtiés quand ils échouent). — D'autre part, la société se préoccupe du sort des pauvres et des démunis, en proie à la maladie ou incapables physiquement de subvenir à leurs besoins (les vieillards, les infirmes, les enfants...) : la charité est la réponse sociale du christianisme à cette misère, même quand elle revêt les formes d'institutions d'assistance et de contrôle comme dans les Hôpitaux Généraux de la France des XVIIe et XVIIIe siècles. Progressivement l'institution charitable se médicalise, parallèlement donc à l'existence de la médecine privée, même quand il y a identité de personne entre le médecin de ville et le médecin des pauvres, qui exerce à l'hôpital (33).

La notion d'assistance publique — de droit à l'existence — que prône la Révolution Française, mais qui ne voit ses premières réalisations d'ensemble qu'avec les grands textes législatifs de la Troisième République (Assistance Médicale Gratuite de 1893, Assistance obligatoire aux vieillards de 1905), qui se substitue à celle de charité, ne bouleverse cependant pas le système antérieur. Même s'il y a des aventures individuelles différentes, continuent à se côtoyer, même s'il y a une unicité de formation et parfois d'exercice, une médecine privée et une médecine hospitalière, longtemps presque exclusivement réservée aux pauvres : il a fallu les conséquences techniques et économiques de la prodigieuse avancée scientifique du XIXe siècle, mais aussi une modification du regard sur la santé pour que se modifient non pas le système dualiste, mais sa signification, son utilisation, et le regard porté sur lui. Historiens, philosophes et sociologues ont à plusieurs reprises analysé cette transformation des mentalités, qui font de la guérison des altérations de la santé physique un besoin social prédominant (34). Les autobiographies ouvrières déjà citées prouvent à quel point, au milieu du XIXe siècle encore, on est indifférent à la santé de l'ouvrier ou de l'ouvrière. Ateliers et usines, mines et ateliers familiaux emploient encore massivement des enfants, et les rejettent vers l'hôpital quand ils sont épuisés, malades, blessés, renouvelant les ouvriers sans trop se soucier de leur guérison. Les pertes de rentabilité dues à la maladie, le désordre économique et social provoqué par la misère née de la maladie, font naître une mentalité nouvelle, qui repose sur l'obligation de maintien de la santé. Celle-ci, de valeur individuelle, devient bien collectif. En même temps l'efficacité de la médecine s'affirme, non plus tellement comme résultat d'une relation privée entre patient et malade, mais par la

capacité du médecin à utiliser un savoir, par le succès de thérapeutiques découvertes par les savants, et peu à peu acceptées par la population. Mais le médecin ne peut, à lui seul, imposer cette confiance, diffuser ces avancées : l'Etat soutient ses initiatives, parfois les devance; une politique de santé qui est autant prévention que guérison se met en place.

Cette réforme immense est un long cheminement. L'aspect le plus spectaculaire est la transformation de l'hôpital, mais qu'il faudrait étudier dans un ensemble plus vaste. La création de cliniques, d'hôpitaux privés, d'hôpitaux payants, voire seulement de quelques lits payants dans les hôpitaux publics, sont autant de signes de l'adaptation du monde médical et de la société à ces changements. Qu'on se souvienne de la connotation presque infâmante de l'entrée à l'hôpital, par exemple pour un accouchement, et de l'extrême rapidité de l'évolution qui en quelques décennies fait disparaître l'accouchement à domicile au profit de la maternité, clinique privée, avant qu'un troisième stade ne fasse souvent préférer la maternité de l'hôpital public, dont la modernité du plateau technique est une garantie plus sûre contre les accidents (35). Mais l'hôpital et sa transformation, qui est loin d'être complète (évitons le terme «achevée»), ne sont qu'une partie de ce processus plus général qui fait d'une politique de santé un des éléments fondamentaux de toute politique sociale (36). La revendication d'une médecine de haute qualité accessible uniformément à tous, et accessible grâce à un système d'assurance sociale généralisée, reste encore un idéal quelque peu chimérique. La comparaison des systèmes de sécurité sociale et la couverture des risques dans les différents pays développés, les projets français de fiscalisation partielle des dépenses de sécurité sociale, témoignent de diversités encore très grandes, et de choix politiques et sociaux variés, sinon contradictoires. Mais nulle part cette demande d'une santé publique n'est absente, et il serait paradoxal de voir dans cette revendication une forme d'atteinte à la liberté individuelle !

Maurice GARDEN
(Université Lyon 2,
Centre Pierre Léon,
L.A. 223)

NOTES

- 1 – Dans les trois dictionnaires considérés, ont été comparées les entrées maladie, médecine, salubrité, santé.
- 2 – François LEBRUN, *Se soigner autrefois, Médecins, Saints et Sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles*, La passion de l'histoire, Temps actuels, 1983.
- 3 – Jean-Noël BIRABEN, *Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens*, Paris, Mouton, 2 vol., 1975-1976.
Charles CARRIERE, M. COURDURIE, F. REBUFFAT, *Marseille, ville morte. La peste de 1720*, Marseille, 1968.
- 4 – Maurice GARDEN, «Formes de contrôle du pouvoir local : Lyon en 1721», in *Pouvoir, Ville et Société en Europe, 1650-1750*, Colloque du C.N.R.S., Strasbourg, 1983.
- 5 – Patrice BOURDELAIS, Jean-Yves RAULOT, Michel DEMONET, «La marche du choléra en France, 1832 et 1854», *Annales*, E.S.C., 1978.
- 6 – Marc BLOCH, *Les rois thaumaturges*.
Jacques LÉONARD, *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*, Paris, Aubier, 1981.
- 7 – Olivier FAURE, *Genèse de l'Hôpital moderne, les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845*, Lyon, P.U.L., 1982.
- 8 – Jacques LÉONARD, *La vie quotidienne du médecin de province au XIXe siècle*, Paris, Hachette, 2e édition, 1979.
- 9 – Annuaire de Lyon et du Rhône, 1950.
- 10 – Jean-Pierre GOUBERT, edited by, «La médicalisation de la société française, 1770-1830», *Historical Reflexions*, vol. 9, 1982, University of Waterloo, Ontario.
- 11 – Serge CHASSAGNE, *Une femme d'affaires au XVIIIe siècle*, Privat, 1981.
- 12 – Norbert TRUQUIN, *Mémoires et Aventures d'un prolétaire à travers la Révolution*, Maspéro, 1977.
- 13 – Colette TEMPÈRE, thèse de 3e cycle en cours.
- 14 – Yvonne KNIEBIEHLER, *Nous les assistantes sociales, Naissance d'une profession*, Aubier, 1980.
Marie-Françoise COLLIERE, *Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Interéditions, 1982.
René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années*, Infirmières d'aujourd'hui, Le Centurion, 1982.
- 15 – *Manuel de l'infirmière hospitalière*, Croix-Rouge Française, Union des Femmes de France, introduction du Dr. BOULOMIÉ, 7e édition, 1917.
«Le rôle de l'infirmière hospitalière est de servir... le médecin, en le secondant assidûment et docilement... Ne vous laissez donc jamais aller à empiéter sur les attributions du médecin».

- 16 – François LAPLANTINE, «La maladie, la guérison et le sacré. Médecines populaires et savantes de la France contemporaine», in *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 1982, 54/1.
- 17 – Rappelons l'importance de toute la recherche sur l'économie médicale (en particulier travaux du CREDOC, et Bulletin de l'Association lyonnaise d'économie médicale).
- 18 – E. VAN de WALLE, *The female population of France in the nineteenth century*, Princeton University Press, 1974.
 Patrice BOURDELAIS, «Aspects géographiques du vieillissement de la population féminine en France» (1851-1911), in *Le vieillissement*, P.U.L., Lyon, 1982.
- 19 – G. John GRAUNT, *Natural and political observations upon the bills of mortality of the city of London*, Londres, 1661.
 Alfred PERRENOUD, *La population de Genève, XVIe-XIXe siècles*, Société d'histoire et d'archéologie de Genève, 1979.
- 20 – Gilles BOLLENOT, «Les fous à Lyon au XIXe siècle. Enfermement et thérapeutique», *Cahiers d'histoire*, 1981, 3.
- 21 – Jean-Pierre PETER, «Malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle», *Annales E.S.C.*, 1967/4.
- 22 – Congrès internationaux de statistiques, Bruxelles 1853, Paris 1855. Œuvre de Jacques BERTILLON, à la Commission statistique de la ville de Paris.
 Nomenclature internationale adoptée à la Commission internationale de Paris, août 1900.
- 23 – En France en 1927, 88.894 décès sont imputés à la sénilité (13 % des décès).
- 24 – Recherche thématique. Centre Pierre Léon, Économie et Humanisme. G.I.S. Économie de la Santé. Politiques de santé.
 Patrice BERGER, Dominique DESSERTINE, Michel TACHON, Olivier FAURE.
- 25 – Dr. P. SULOT, *Hygiène et médecine familiale*, Éditions de la Coquelle, Béziers, 1946.
 «Les enfants qui boivent du vin sont moins sujets que les autres aux troubles digestifs et leur appétit nous a paru plus régulier. Leur état musculaire est, en général, meilleur que celui des enfants qui en sont privés ou qui sont soumis à l'usage prolongé du lait, ils sont durs, plus fermes, et ont moins tendance au gros ventre, si fréquent au cours des deuxième et troisième années». (Citation du Dr. CADENAULE, de Bordeaux, au Congrès International de Lausanne, en 1935).
- 26 – Discours au Congrès de Lausanne (1935) de M. le Professeur PORTMANN, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Président du Comité International de Propagande pour le vin, Président du Premier Congrès International des Médecins Amis du vin, Sénateur de la Gironde.
- 27 – Pierre CHAUNU, *La France ridée*, Le Livre de Poche, Pluriel, 1979.
- 28 – Alfred PERRENOUD, «Le recul de la mort. Structure par âge et facteurs sociaux», *Le Vieillissement*, P.U.L., 1982.
 «Croissance ou Déclin ? Les mécanismes du non-renouvellement des populations urbaines», *Histoire, économie et société*, 4, 1982.
- 29 – «Mortalité masculine en France selon la condition sociale», *Population*, 1974/1.
- 30 – Michel HUBER, «Mortalité suivant la profession, 1907-1908», *Bulletin de la statistique générale de la France*, juillet 1912.

- 31 – Voir le numéro spécial de la *Revue Française des Affaires sociales*, 60ème anniversaire du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale – 1920-1980.
- 32 – Jacques POULET, Jean-Claude SOURNIA, *Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, Albin Michel, Laffont, Tchou, 8 vol., 1977 et sq.
- 33 – Jean IMBERT (sous la direction de), *Histoire des Hôpitaux*, Privat, 1983.
- 34 – Toute l'œuvre de Michel FOUCAUT.
- 35 – Françoise THEBAUD, *Donner la vie, histoire de la maternité en France entre les deux guerres*, thèse de 3e cycle, Paris VII, 1982.
- 36 – Maurice GARDEN, *Histoire économique d'une grande entreprise de santé. Le budget des Hospices Civils de Lyon, 1800-1976*, P.U.L., Lyon, 1980.



Comité
Départemental
Action
Laïque
de l'Aude

FITOU

N° 008208

APPELLATION CONTRÔLÉE
MIS EN BOUTEILLE À LA PROPRIÉTÉ

75cl