

DE LA PEUR AUX SOINS :
LES ATTITUDES FACE AUX MALADIES ÉPIDÉMIQUES
DANS LA RÉGION LYONNAISE AU XIX^e SIÈCLE (1)

Cette communication ne prétend pas être une étude de plus sur le choléra (1) ni une plus nouvelle sur d'autres maladies comme la diphtérie ou la typhoïde. Ici les atteintes microbiennes ne sont qu'un prétexte pour analyser les comportements face à la santé et aux soins. Or les épidémies ou les menaces d'épidémie fournissent une assez large matière pour l'étude de ces comportements et de leur évolution.

Il ne s'agira pas non plus d'une étude sur la lutte officielle contre les épidémies. Ce qui nous a retenus, à ce stade de la recherche, c'est plus les comportements du citoyen ordinaire que ceux des autorités ou des médecins. Ces deux groupes apparaîtront pourtant, à la fois parce qu'ils sont nos truchements obligés et aussi parce que leurs propres analyses ou actions ne sont pas sans effet sur leurs patients ou leurs administrés.

Pour approcher cet objet souvent obscurci, on a choisi de placer l'analyse à un niveau très local, en suivant les choses au jour le jour (2). On n'échappera pas certes aux reproches d'être partiel, souvent impressionniste et incomplet, mais il n'a pas paru trop outrecuidant de poser quelques jalons et de soumettre quelques hypothèses.

Bien souvent, les comportements en matière d'hygiène de soins et de santé sont peints de façon statique. Parmi ceux-là, c'est la peur et la panique qui semblent la réponse unique à l'épidémie (3) au XIX^e comme à l'époque moderne (4). Par contre, les autorités sont souvent gratifiées de sang-froid et plus tard de science. Or il semble que les épidémies au XIX^e siècle soient une étape importante dans la modification des gestes et des habitudes sanitaires tout comme dans la mise en place d'un réseau sanitaire.

De façon quelque peu artificielle, on regroupera ces différents comportements sous trois rubriques. D'abord essayer de mesurer les conceptions en ma-

tière de santé en s'interrogeant sur la peur, puis les comportements face à l'hygiène, enfin face aux soins.

1 - La peur et ses raisons : une dimension surestimée

Il n'est pas question de nier l'existence des inquiétudes face aux épidémies mais trop souvent leur seule description tend à oblitérer d'autres comportements et d'autres conceptions.

Tout d'abord la peur n'est pas la conséquence automatique de l'épidémie. Chaque mention d'inquiétude fait toujours référence aux circonstances dans lesquelles se manifeste l'épidémie.

Le signal est souvent donné par l'augmentation brusque des décès qui alarme la population. «Que ces morts se produisent dans une même famille, que la maladie touche de préférence une catégorie particulière de la population, et le siège du peuple est fait» «l'épidémie et la contagion sont là» (5). Si les morts sont brutales et subites, l'épidémie est baptisée : c'est le choléra ! Ce déclenchement de la peur prouve déjà une assez forte conscience sanitaire, une identification plutôt sûre des maladies qui sont connues. De plus, la conscience sanitaire évolue. Si dans les années 1850 la typhoïde ou la diphtérie sont peu connues du peuple et ne l'effraient pas, au point que les médecins tentent de déguiser le choléra en typhoïde, il semble qu'à la fin du siècle, la diphtérie, la variole et la typhoïde rejoignent le choléra au panthéon des grandes maladies. Par contre, angines, scarlatines, rougeoles ne suscitent toujours que l'indifférence. Il y a donc, et de façon croissante, une appréhension diversifiée des maladies et à quelques exceptions près, seules les maladies graves et surtout celles à évolution rapide sont redoutées. Vision qui ne s'harmonise guère avec la panique qui exclut par définition toute réflexion.

D'autres facteurs viennent contribuer à accroître l'effroi et dont la responsabilité n'incombe pas au bas peuple. Plusieurs fois les médecins notent que c'est lorsque les classes dirigeantes sont frappées que les bruits prennent quelque consistance et «lorsque le bruit sort des salons il se répand très vite» (6).

Le comportement des médecins, les aberrations du système sanitaire ne sont pas non plus exempts de responsabilité. On conçoit que le passage du tombeau des morts à la Guillotière, l'arrivée dans le même appareil des cholériques de la banlieue qui traversent la ville en plein jour comme une lugubre procession ait de quoi frapper les esprits tout comme le spectacle des agonies et la vision des cadavres de cholériques dans les salles de l'Hôtel-Dieu.

Dans ces circonstances tragiques, la plupart des médecins font preuve d'un optimisme aussi étonnant que solide. La médecine des éléments naturels qu'ils professent longtemps, implicitement, leur fournit des raisons trompeuses de se rassurer (immunité du choléra des zones élevées et ventées) ou de se résigner

devant la dilution des causes de la maladie. Elle nourrit également un non-contagionisme majoritaire et durable, renforcé encore par le choléra dont la diffusion non linéaire en fait le type même de la maladie non contagieuse (7).

Cette conception fautive, mais assez logique et cohérente, a pourtant les effets opposés à ceux attendus car elle heurte les sentiments populaires, contagionistes (8) sans le savoir (et auxquels les médecins des années 1860 rendront hommage), vis-à-vis du choléra, de la teigne. Sentiment partagé par quelques membres des élites pour des raisons plus intellectuelles. Cette opposition théorique s'accroît sur le plan pratique. Logiques avec leurs analyses et effrayés par d'éventuels débordements populaires, classiques en temps d'épidémie, médecins et autorités font tout pour rassurer au point d'endormir la vigilance, de ne prendre aucune mesure ou des mesures qui propagent l'épidémie (9). Les informations alarmistes sont censurées, les mesures préventives ajournées pour ne pas effrayer et l'on va même jusqu'à encourager la fréquentation des cholériques ou installer une ambulance à l'Hôtel de Ville de Saint-Étienne «en attendant beaucoup de l'effet moral que produira sur le peuple, déjà imbu que le choléra est contagieux, de l'établissement d'une salle sous les yeux de l'autorité et au sein du quartier le plus riche de la ville» (10).

Ainsi, en toute bonne foi, et les préjugés sociaux aidant, les médecins ont pu non seulement renforcer l'inquiétude mais aussi attiser les soupçons contre eux. Prendre des mesures opposées à celles attendues a de quoi nourrir les accusations les plus graves.

Il faut encore ajouter que certains praticiens pèchent par excès inverse. Certains l'ont fait en toute bonne foi et parfois avec raison mais il semble indéniable qu'en période de concurrence acharnée et de clientèle restreinte, majorer son diagnostic est une façon de se mettre en valeur et de s'attribuer d'impressionnants succès. Les disputes d'école, la difficulté d'établir un diagnostic, renforcent et prolongent des divergences d'opinion et de mesures qui n'accroissent pas la confiance des patients.

Ces réflexions au sujet de la peur en temps d'épidémie viennent contredire la mission selon laquelle l'ignorance des populations s'oppose au sang-froid des autorités. La peur de la population ne se nourrit pas à des sources obscures et millénaires mais au contraire d'une sensibilité aux choses du corps, d'une appréhension diversifiée des maladies et d'une analyse plutôt saine de la transmission des maladies. Elle est renforcée par les imprudences et les contradictions médicales, la défaillance des secours et des classes supérieures. Cette opposition apparemment irréductible entre deux visions de la maladie n'est pourtant pas sans issue. La sensibilité sanitaire des populations est un terreau dans lequel peut lever une demande de soins.

Même fondée sur une analyse froide et logique des choses, la peur pourrait

entraîner des comportements de fuite ou de panique. Pourtant, là aussi, le bilan est modeste et les quelques incidents relatés ne sont pas toujours convaincants.

Les bruits d'empoisonnement des puits existent bien sûr. Ils sont mentionnés sept fois et tous en 1854 et encore ne s'agit-il de rumeurs étendues et persistantes que dans trois ou quatre cas (11). La ponctualité de ces rumeurs, leur abondante description, les allusions aux menées révolutionnaires qui les susciteraient inclinent à penser que, même s'ils ont existé, ces bruits semblent amplifiés par les autorités impériales obsédées par le péril révolutionnaire peu de temps après la fin de la République et trop heureuses de le dénoncer abondamment et de confondre ainsi leurs adversaires tout en nourrissant de plus anciens préjugés.

Un seul exemple d'hostilité manifeste aux médecins, limité à de simples rumeurs qui suffisent pourtant à faire fuir le corps médical envoyé sur place tant il ne peut se dégager de son préjugé social sur le peuple. Si l'analyse officielle de l'incident relate surtout les agissements d'un charlatan bouc-émissaire on finit par apprendre le comportement ambigu du médecin du lieu furieux d'être évincé par ses collègues lyonnais et l'oreille plutôt complaisante que présente un pharmacien et une accoucheuse aux bruits de remèdes empoisonnés (12). De là à penser que les angoisses populaires aient pu servir de paravent à quelques règlements de compte internes au monde médical il n'y a qu'un pas. L'essentiel est de montrer le danger de prendre argent comptant des dénonciations trop simplistes.

La fuite est aussi un trait distinctif de la panique. Certes on en mentionne en 1835 et en 1854 à Lyon, Givors, mais le plus souvent ce ne sont que des bruits. Lorsqu'elles sont réelles, elles se limitent aux notables (un maire, un curé, une communauté religieuse, un percepteur) et ne sont jamais massives (13). On retrouve dans le bas peuple une forme atténuée de la fuite qui est faite de multiples protections contre la maladie. Refus de soigner des cholériques, de les enterrer, de les transporter à l'hôpital, refus d'aborder les lieux contaminés ou de fréquenter ceux qui les ont soignés, retrait des enfants d'un pensionnat touchés par la typhoïde. On est ici aux limites de la panique. Finalement, ces comportements sont les seuls adaptés à la situation et de plus parfaitement en cohérence avec la conception des maladies. Sont-ils si éloignés des mesures d'hygiène préconisées, mais plus tard.

La méfiance ancestrale pour les étrangers se renforce en temps d'épidémie mais elle secrète plutôt des mesures d'hygiène ou des mises à l'écart hygiénistes que des violences. Aucune ruée non plus vers les offices religieux et une seule procession recensée (14). Par son aptitude à analyser les maladies et ses tentatives pour s'en protéger, le peuple du XIXe siècle ne semble pas présen-

ter ce refus borné de tout soin et de toute hygiène que les médecins se sont plu à dénoncer. Il reste à savoir quelles mesures seront proposées et par qui.

2 - Des refus aux revendications

Quoiqu'ils en tirent des conclusions diamétralement opposées, les médecins du XIXe siècle et les observateurs actuels font du refus de l'hygiène l'une des constantes du comportement du peuple. Si l'on peut admettre, à la suite d'Y. Turin (15) que par ses liens diffus et peu apparents avec la maladie qu'elle veut traiter, par son caractère traumatisant, l'hygiène ne bénéficie pas des meilleures conditions pour être adoptée, il faut néanmoins cerner plus finement les réactions selon les mesures prises ou les milieux concernés sans oublier insuffisance et contradictions des organismes d'hygiène.

L'importance accordée aux éléments naturels, l'impuissance des traitements contribuent durablement à faire de l'hygiène l'axe de lutte privilégié de toute politique sanitaire. Plus tard la théorie des miasmes ou les premières ébauches d'une doctrine microbienne ont également renforcé ce privilège à cause de la stagnation des thérapeutiques. Malgré cela, la lutte prophylactique souffre de nombreuses insuffisances.

Les conditions d'exercice de la médecine, l'absence de vision statistique, même dans une large frange de l'administration, rendent très floue la connaissance des maladies. Si celle-ci s'améliore, elle reste toujours inégale ne saisissant que les villes de plus de 5.000 habitants, soumises à fournir des statistiques de décès.

Plus grave, les moyens sont souvent dérisoires. Avec ses 200 Francs annuels pendant une longue période le service des épidémies du Rhône n'est guère efficace et productif. Lorsque des efforts sont accomplis, en particulier face au choléra de 1832 avec la mise en place des intendances sanitaires, ils ne sont bien souvent qu'éphémères et voient leur action bridée par le libéralisme et l'orthodoxie financière. Dans la mise en place de ce réseau sanitaire, lacunes et zones rurales correspondent trop souvent. Même à la fin du siècle, les services se plaignent parfois de voir leur action strictement bornée à l'inspection des écoles et aux désinfections (16).

Il s'ajoute aussi des pesanteurs internes : conflits entre médecins et non médecins comme à Saint-Étienne en 1832, rivalités à l'intérieur des professions de santé opposant pharmaciens et médecins, médecins et chirurgiens... Au moins à partir de l'instauration de la déclaration obligatoire (1889-1892) (17), les médecins se trouvent confrontés à un problème déontologique et corporatif. Déclarer une maladie n'est-ce pas violer le secret médical et risquer de voir échapper un client désormais pris en charge par les services publics.

Certains choix sont aussi hasardeux. A tout miser sur la désinfection, on

finit par s'empêtrer dans des tâches immenses et vaines comme la désinfection des fiacres et wagons de chemins de fer ayant transporté des malades contagieux, ou les déclarations des absences quotidiennes des enfants des écoles, le tout pour une opération d'efficacité parfois douteuse (18).

Pour réussir, toute mesure d'hygiène doit bénéficier de l'appui des autorités et de la population. L'épidémie de 1832 (plutôt sa menace) permet de poser quelques questions sur la collaboration des autorités locales. Au-delà du zèle plus ou moins grand de l'autorité préfectorale et du rôle des personnalités, il semble bien que l'effort sanitaire ressortit d'autres facteurs. L'effort s'estompe au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la ville et on peut voir là un indice d'une conscience sanitaire différentielle des autorités et peut-être de leurs administrés mais ce n'est là qu'hypothèse.

Les réactions de ceux-ci sont pourtant loin d'être univoques. Les oppositions les plus nettes et les plus durables n'ont pas trait aux mesures hygiéniques elles-mêmes.

Ce sont des motivations économiques qui nourrissent les contestations des rouliers, des commerçants, des chantiers ferroviaires ou des rouisseurs de chanvre dont l'activité économique est gênée par telle ou telle mesure (19). Mais de ce fait, ces oppositions sont déjà le fait d'une catégorie sociale assez particulière.

Surtout dans les années 1880, le débat politique obscurcit souvent les enjeux sanitaires. Si les autorités accusent les écoles confessionnelles de ne pas se plier aux mesures décidées tant par souci d'indépendance que pour faire une concurrence déloyale, l'opinion cléricale suspecte les mesures d'hygiène de n'être qu'un paravent aux entraves mises à ses écoles. Il reste difficile d'en juger mais la querelle religieuse et scolaire a pu localement freiner l'adhésion aux mesures proposées (20).

Ces circonstances oblitèrent les sentiments vis-à-vis des mesures proprement dites. Dénonciations des mauvaises et incroyables routines et témoignage des maires sur l'enthousiasme des populations s'équilibrent et ne peuvent nous apporter grand chose. Plus solides semblent les critiques face à des autorités passives, les plaintes sur des causes de « pollution » comme une pétition de 1.200 signatures pour la fermeture de la boucherie des Terreaux (21), celles concernant le rouissage du chanvre. Dès le début du siècle, il semble bien exister une certaine sensibilité hygiénique au moins pour ce qui est pestilentiel, visible et heurte immédiatement les sens.

La mise en œuvre à la fin du siècle de mesures plus vastes que les simples mesures de propreté permet aussi de mieux cerner les réactions et les sentiments qu'elles révèlent, face à la désinfection, aux déclarations obligatoires et à l'isolement.

De l'avis des médecins, la désinfection semble susciter sinon de l'enthousiasme, du moins une acceptation quasi générale malgré quelques refus. On note même avec satisfaction des demandes de désinfections préventives à la demande d'habitants voisins de foyers contaminés. Partout ou presque cette opération semble rassurante. Cet engouement relatif peut s'expliquer. Cette technique est la plus proche des remèdes. Comme eux elle s'appuie sur la chimie et bénéficie indirectement de leur prestige. Par ailleurs, si la désinfection implique l'intrusion, celle-ci est ponctuelle et peut même dispenser de toute autre mesure. Le recours aux étuves locales, les désinfections souvent insuffisantes au formol, celles pratiquées par les garde-champêtres semblent prouver qu'elles jouent souvent un rôle de garantie formelle qui dispense de toute autre mesure.

Le moindre enthousiasme pour les déclarations de maladies semble le confirmer. Pourtant là aussi il faut distinguer. Elles semblent assez générales pour la variole et la diphtérie (peut-être 3/4 des cas déclarés), faibles pour la typhoïde et la scarlatine (1/4 pour la première), négligeables pour les autres dont on ne connaît guère que les cas hospitalisés (22). Il se trouve que cette collaboration variable correspond à l'échelle populaire de gravité des maladies et aussi, à l'exception de la diphtérie, à celle de l'efficacité de la désinfection. En plus de retrouver ici une connaissance assez poussée des phénomènes de santé et même des thérapeutiques, on découvre que l'une des raisons du refus de l'hygiène est fondée non sur des superstitions mais sur une sorte de science propre au peuple.

Des quelques notations retrouvées sur l'isolement, il apparaît que celui-ci est la mesure la plus impopulaire (23). Les cas de non application sont multiples comme ceux concernant la prescription de n'utiliser que de l'eau bouillie. Plusieurs témoignages formulent à notre avis une hypothèse solide. Ces mesures sont refusées parce qu'elles sont «une gêne et une vexation» en tant qu'elles perturbent les attitudes les plus intimes et les manifestations de la vie collective ainsi lors des protestations d'une partie des habitants d'Oullins contre l'ajournement d'une fête locale (24).

Sans apporter de révélations fracassantes, cette analyse au ras du sol du versant hygiénique de la lutte contre les épidémies permet peut-être de nuancer un schéma général.

Pour évaluer à leur juste part les réactions de la population, il faut d'abord mentionner les lacunes internes de cette lutte, obstacles scientifiques, idéologiques, techniques.

Plus avant, il faut mettre à part des résistances étrangères à l'hygiène même, celles des intérêts économiques lésés, des habitudes bafouées et des susceptibilités blessées auxquelles les médecins eux-mêmes n'échappent pas.

Face à l'hygiène elle-même, les comportements sont marqués du sceau de

la diversité. La nature des maladies, les mesures proposées ne sont pas indifférentes aux réactions. Face aux maladies, on retrouve la cohérence d'un comportement en harmonie avec sa vision propre des choses de la maladie. De même, tout ce qui implique une modification des manières de vivre, peut passer pour jeter l'opprobre, est plutôt mal accueilli, alors qu'une intervention plus ponctuelle, plus proche de comportements déjà plus familiers comme la prise des remèdes peut être acceptée (25). De plus, y a-t-il une si grande différence entre une désinfection et un rite conjuratoire ? Ces différences renvoient aussi à des manières de sentir propres. Tout ce qui touche aux sens choque et peut admettre l'hygiène, alors que ce qui reste intime, habituel tolère moins le changement. Contrairement aux affirmations du temps, ces comportements n'ont rien de figé. Ils n'échappent pas à l'histoire, la géographie ou la sociologie, même si les indices sont rares. Plus proches des médecins, des pouvoirs, des hôpitaux, les classes urbaines et/ou ouvrières semblent adopter des comportements plus ouverts comme le montre le recours habituel à l'hôpital en cas de variole parmi les ouvriers lyonnais (26). L'évolution chronologique est encore plus difficile à saisir car la diversité des mesures rend difficile toute comparaison mais on peut penser que certaines mesures n'ont pu être prises sans un minimum de consentement.

3 – *Ruée vers les soins*

Réagissant en hommes de notre temps, nous avons tendance à évacuer cette question parce que les remèdes du XIX^e siècle sont pour nous inefficaces, voire ridicules. Pourtant comme aujourd'hui, efficacité et popularité du remède sont choses distinctes. Enfin, certains comportements d'aujourd'hui peuvent nous aider à mieux comprendre ceux du passé (27). La question est d'autant plus importante que c'est dans ce domaine que les épidémies du XIX^e siècle marqueront de façon essentielle la suite du processus de médicalisation.

Ici la pression vient de la base. L'une des premières réactions spontanées face à la maladie ou sa menace est de se gorger de produits divers, directement médicaux ou non. Pour se protéger, on consomme rhum, alcool, on essaie de mieux manger comme pour fortifier son corps ou éliminer la maladie en accentuant la transpiration. Consommations habituelles face à la maladie et qui révèlent des croyances profondes assimilant le mal à un corps étranger. Spontanément aussi, on achète lorsqu'on peut, les remèdes présumés curatifs dont les prix augmentent, signe d'une demande accrue (28), les élixirs, les spécifiques. Des maires achètent des remèdes, font constituer des dépôts, réclament des pharmaciens. Dans cette course au remède, ce sont les spécifiques et les stimulants, les remèdes actifs (strychmine, opium) qui sont les plus prisés. Ce succès du remède ne saurait étonner : par son aspect magique, qui dispense de modifier ses règles de vie, il a un assez grand prestige (29). Sa percée est déjà

préparée par les médecines parallèles et officieuses qui y recourent depuis longtemps.

Face à cette demande, les divers fournisseurs de soins sont inégalement armés.

Les plus à même de faire face sont les illégaux de tout poil. Plus proches et plus présents que les médecins, munis de tarifs attractifs ils ont surtout l'avantage de donner à leurs clients ce qu'ils désirent (30). Ils délivrent des spécifiques anticholériques plus prestigieux que des remèdes courants, n'hésitent pas à employer les remèdes les plus actifs, comme le remède Leroy, et à forte dose proportionnés à la gravité de la maladie ce qui est un atout de poids car il donne l'espoir d'une guérison rapide et passe pour une garantie de sérieux. A maladie grave, remède actif semble un adage respecté d'une logique aussi fruste qu'implacable. A mi-chemin entre la médecine savante et l'autre, l'homéopathie semble bénéficier localement (Rive-de-Gier, Lyon, Saint-Étienne), de succès proportionnés aux échecs de la médecine officielle.

Pourtant, pas plus au XIXe siècle qu'aujourd'hui, le recours à la médecine «parallèle» n'exclut le recours à l'autre (31). Les pharmaciens sont les premiers praticiens officiels à bénéficier de ce double recours, processus logique puisque le traitement et le remède sont souvent confondus. Incidemment rapports de police et correspondances diverses notent que le recours au pharmacien est le premier réflexe du malade, de son entourage et de la basse administration. Les agents de police mènent plus facilement le malade chez le pharmacien que le médecin, partageant l'espoir du malade de se voir prescrire un salubre anticholérique que chacun compose.

A l'autre extrémité, les hôpitaux semblent le recours le moins prisé. Encore faut-il ne pas se méprendre sur le sens de ces refus. Ce qui répugne, ce n'est pas tant l'hôpital que ses lacunes, son manque d'hygiène, la présence de médecins non choisis (32).

Mais surtout l'hôpital n'a pas la même fonction que celles que veulent lui assigner les médecins. Lorsqu'il est question d'envoyer les cholériques des monts du Lyonnais à l'hôpital de Saint-Chamond, les autorités locales déconseillent vivement : «admettre des étrangers serait risquer de refuser les malades de la ville ce qui serait fâcheux dans une ville à population indigente comme Saint-Chamond où, comme dans les autres villes manufacturières, l'hospice est considéré par la classe indigente comme *son* asile, à l'exclusion de tout autre» (32). On voit ici que c'est plus un usage différent de l'hôpital que son refus qui sont en jeu. C'est sûrement cet usage qui lié à d'autres causes, comme le souci outré de l'indépendance fait des hôpitaux, même les plus grands, les lanternes rouges de l'hygiène et de la lutte sanitaire à la fin du XIXe siècle (34).

Reste le groupe central des médecins. En position intermédiaire face à la

demande, il sait pourtant s'adapter et en tirer profit. A l'origine, pourtant, leur position n'est guère enviable. Lointains, coûteux, divisés, peu nombreux ils mettent leur point d'honneur, tant par conviction que mépris du peuple, à proposer le contraire de ce que celui-ci réclame, à se diviser (quatorze traitements principaux pour le choléra) ce qui revient à énumérer toutes les substances qui composent la matière médicale) (35). Malgré leurs divergences, tous ont en commun de proposer des traitements plus que des remèdes. Traitements complexes, difficiles à suivre parce qu'ils fragmentent toute maladie en périodes justiciables de traitements différents, coûteux, peu attrayants parce qu'ils mettent en œuvre des remèdes habituels. Tout ceci va donc à l'encontre des croyances et des tendances du peuple.

Celui-ci pourtant, soucieux de garanties multiples, n'exclut pas tout recours au médecin et même l'exige. On ne connaît effectivement qu'un renvoi de médecins en temps de choléra et quelques refus de traitement comme les saignées, éléments largement éclipsés par des revendications opposées. Plus souvent on accuse le médecin de ne pas traiter les pauvres, de refuser ses soins. Des maires, proches de Lyon, réclament des médecins et il est difficile de croire que ce soit toujours en opposition avec leurs administrés.

Le mérite de nombreux médecins est de comprendre que ce sont leurs insuffisances plus que leur existence qui sont en cause et d'essayer d'adapter leurs soins aux désirs de leurs clients potentiels, se ménageant ainsi, au prix de concessions, une percée spectaculaire.

Sans l'avoir avoué, nombre de médecins ont compris qu'une collaboration au moins temporaire avec leurs voisins concurrents pouvait être un moyen de s'introduire dans les campagnes et que sœurs et curés menaient une action plus complémentaire qu'opposée à la leur (36). Sœurs et curés sont d'abord très officiellement chargés par les instructions ministérielles du rôle de premier secours en attendant le médecin. Lorsque celui-ci arrive, le curé est bien souvent le guide obligé auquel le médecin rend volontiers hommage. Mais le médecin ne fait qu'une brève apparition et curés et sœurs sont, entre deux visites, chargés du suivi du traitement et du combat contre les «superstitions». Souvent aussi les médecins doivent laisser les sœurs et les dames dévouées organiser elles-mêmes le traitement. Cette attitude a certainement permis une plus grande diffusion des soins, surtout des remèdes, qui devance l'installation du médecin mais la prépare. Dans les villes, c'est le pharmacien, mieux accueilli, qui joue le rôle d'éclaireur.

Il existe un autre moyen plus direct pour le médecin de s'introduire près du client et qui tient compte de son goût pour le médicament, l'amener soi-même et si possible gratis. C'est, en effet, lors de la lutte contre les épidémies que naît et se développe, avant l'idée des consultations gratuites, celle des

remèdes. S'appuyant sur l'expérience précédente des boîtes de médicaments bien insuffisantes, certains praticiens de campagne réclament, dès 1820, des distributions gratuites effectuées dans quelques cas avec parcimonie et surveillance mais d'aucuns notent que «les conseils du médecin ont été mieux suivis que sans cette mesure» (38). Ce sont les menaces de choléra de 1832 qui multiplient les revendications sur ce point de la part des autorités sanitaires et des maires, sans succès car le gouvernement est décidé à n'accorder aucun crédit et que, finalement, l'épidémie ne se manifeste pas. Après un premier essai lors de la brève attaque limitée de 1835, c'est en 1854 que presque toutes les localités touchées des vallées du Rhône et du Gier ouvrent des crédits aux médecins chez les pharmaciens et règlent les factures. On ne peut que noter les coïncidences entre ces premières mesures ponctuelles et la tentative d'organisation de secours pharmaceutiques gratuits dans de nombreux départements à partir de 1853-1854 (39). Les épidémies du XIXe siècle ont certainement joué ici un grand rôle. Cette généralisation de l'expérience manifeste l'espèce d'union sacrée autour du médicament à laquelle participent le peuple avide de remèdes, les pharmaciens soucieux de leurs intérêts et les médecins qui voient dans la distribution gratuite des remèdes leur meilleur sésame.

L'expérience des épidémies a également contribué à la mise en place des médecins cantonaux et d'une médecine gratuite pour les indigents car elle montre à la fois la demande des médecins et l'avance prise par leurs concurrents. L'installation des médecins cantonaux doit faire reculer les illégaux et lutter contre l'incurie des populations. «Le contact des médecins plus fréquent et en quelque sorte obligé avec le paysan... éloignera celui-ci des sorciers et finira peut-être par l'en déshabituer» (40). Ce système stimule aussi les rêves d'ordre médical, face à cette «institution qui tend à faire du médecin comme un magistrat civil et spécial pour les questions d'hygiène et d'humanité par l'application des secours de la médecine à un plus grand nombre tout en assurant pour lui-même une position meilleure et plus équitable» (41). On ne s'étonnera pas que ce soit en temps d'épidémie que vienne à un praticien de la Loire la description d'un système idéal de quadrillage sanitaire qu'on se permet de citer : «Il m'a semblé que les hôpitaux devraient devenir pour toute une circonscription médicale des centres de secours où l'on devrait préparer les moyens de traitement pour tous les cholériques qui voudraient s'y faire transporter et où, dans tous les cas, on trouverait gratuitement les remèdes nécessaires. Pour atteindre le premier point, il faudrait cesser l'usage qui existe de refuser tous les malades qui n'appartiennent pas à la localité.

On diviserait chaque circonscription en autant de sections médicales qu'il y a de médecins. On doit créer dans chaque commune un comité de secours. Dans les localités sans hôpital ou là où les ressources des hôpitaux seraient insuffisantes, on tâcherait d'y pourvoir par des quêtes ou des emprunts faits par

les comités de secours où l'on voterait un rôle spécial dont le montant serait réglé proportionnellement dans chaque commune au nombre des cholériques indigents. Il semblerait à propos qu'un ou deux membres du comité central vint visiter chaque hôpital et que les comités de secours s'assemblent chaque semaine et entretiennent une correspondance avec le comité central» (42).

Rêve bien sûr mais l'on ne peut s'empêcher de voir là, stimulée par le spectacle des épidémies, l'anticipation d'un réseau moderne, muni des fonds publics où les différents éléments (hôpitaux, médecins, commissions sanitaires) s'épaulent mutuellement.

CONCLUSION

En partant d'une interrogation sur la réalité de la peur en temps d'épidémie, on finit par entrevoir une vision populaire de la maladie relativement cohérente. Cette vision n'entraîne ni passivité ni résignation mais bien plutôt une recherche effrénée du remède qui guérisse sans imposer le renoncement à certaines manières de vivre. Cette conclusion provisoire pose le redoutable problème de l'évolution des comportements populaires en la matière. Une comparaison avec la période moderne montre de nombreuses pérennités tant dans les attitudes des autorités (optimisme conjurateur (43), lutte contre la peur (44)) que dans celles des populations (ruée vers les talismans, les amulettes et les charlatans (45), méfiance pour l'hygiène). Pourtant la peur semble nettement en recul (plus de fuites massives, de comportements magiques ou conjuratoires) alors que la demande de remèdes et l'exigence de soins s'accroissent. Dater et expliquer cette évolution contrastée est une question encore largement obscure. Jusqu'à l'étude très fouillée d'A. Croix, la césure semblait devoir se situer entre la dernière peste et le premier choléra ou plus sûrement entre 1832 et 1854 (46), malgré quelques archaïsmes locaux (47). Sans doute l'image d'une Bretagne étonnamment moderne dès le XVII^e siècle pose un redoutable problème même si elle tient en partie à une étude plus «quotidienne» et moins «littéraire» que les autres. Tout ceci ne fait que renforcer le souhait pour des études sérielles et de longue durée sur ce problème introduisant la dimension sociologique et géographique qui seules pourront donner les clés de cette évolution. Faute de pouvoir le faire, il faut se contenter de restituer au milieu du siècle dernier son originalité. Désormais, les mesures de lutte contre les épidémies, jusque-là temporaires, deviennent permanentes et débouchent sur un nouveau rapport au remède et au médecin (organisation du service médical gratuit). Cette mutation révèle une redéfinition profonde des données du dialogue entre malades et médecins.

Les rapports entre eux ne se réduisent pas à une opposition totale et figée. Certes dans un premier temps les attitudes opposées se nourrissent les unes les autres. Au pessimisme populaire les médecins répondent par un opti-

misme outrancier qui ne fait que renforcer l'angoisse. De même, contagionisme et anti-congationisme se nourrissent, les médecins ne pouvant admettre la véracité de l'analyse populaire.

Pourtant à partir des années 1850 surtout, les influences réciproques positives sont plus nombreuses. S'il est exclu que le contagionisme du peuple ait inspiré celui des médecins, il est sûr en revanche que la conversion de ceux-ci a pu rencontrer un accueil plus favorable dans le peuple.

Plus important semble être le dialogue qui a pour objet les soins. Si le besoin de remèdes favorise d'abord charlatans et pharmaciens il va également être un moyen pour les médecins de s'introduire près de leurs clients, d'abord en s'appuyant sur leurs concurrents puis surtout en prenant le contrôle de la distribution gratuite des remèdes. Ce faisant, le médecin sera mieux accueilli et le remède apparaît ici comme une étape obligée et fondamentale vers un nouvel usage de soins.

Pourtant cette intrusion se paie de concessions. Bien souvent le médecin doit délaïsser les mesures d'hygiène, les visites, au profit de la seule distribution de remèdes. De là une médicalisation déséquilibrée en faveur des médicaments et que nous vivons encore. Besoins et croyances des patients, intérêts des pharmaciens droguistes et chimistes y contribuent.

Plus généralement cette étude locale des épidémies permet de proposer un schéma provisoire de la médicalisation. Plus qu'un mouvement imposé d'en haut, celle-ci serait le fruit d'une demande populaire à laquelle les médecins ne feraient que s'adapter. Ses formes, le remède plus que l'hygiène, découleraient de ce compromis. On serait donc bien loin ici du schéma d'une médicalisation acculturante.

Olivier FAURE
(Centre Pierre Léon, Lyon)

NOTES

- 1 - Ce bilan provisoire exclut la vaccination antivariolique dont l'étude n'est pas achevée. Sur le choléra, on consultera, pour la France :
 CHEVALIER Louis, ED, *Le choléra, la première épidémie du XIXe siècle*, Bibliothèque de la Révolution de 1848, t. 20, 1958, La Roche-sur-Yon, XVII + 188 p.
 ROLLET Catherine, SOURIAU A., *Le choléra de 1832, A.E.S.C.*, 1974, 3, pp. 935 à 966 (étude locale).
 BOURDELAIS Patrice, RAULOT J.-Y., *Le choléra en France au XIXe siècle, A.E.S.C.*, 1978, 1, pp. 125 à 143.
 Pour l'Angleterre :
 PELLING M., *Cholera, fever and english medicine*, Oxford University Press, 1978.
 MORRIS R.-J., *Cholera 1832 : Social reponse to an epidemic*.
- 2 - On utilise ici les dossiers des séries M des Archives départementales de la Loire (ADL) et du Rhône (ADR).
 ADL 37 M 1 à 37 M 8 (sous-série épidémie).
 ADR M (non classé) 7 dossiers abondants notés :
 1811-1839 Épidémies - 1854 Épidémies - 1848-1868 Épidémies - 1876-1892 Épidémies - 1884-1890 Épidémies - 1903-1910 Épidémies - 1911 Épidémies, qui couvrent presque toute la période (1810-1914) malgré leurs intitulés, souvent trompeurs.
- 3 - ROLLET C., SOURIAU A., *E.S.C.*, 1974, 3, art. cité «L'administration semble dominer la catastrophe»... cette impression de conscience active du fléau contraste brutalement avec la conscience que la masse des habitants avait de l'épidémie. Ce qui domine c'est la terreur», p. 963.
- 4 - Sur la période moderne, outre de nombreux articles et ouvrages, on retiendra la synthèse de BIRABEN J.-N., *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, 2 vol., Paris, Mouton, 1975.
 DELUMEAU Jean, *La peur en Occident, XIVe-XVIIIe siècle*, Paris, Fayard, 1978, 485 p., pp. 98 à 143.
 BENNASSAR Bartolome, *Recherches sur les grandes épidémies dans le Nord de l'Espagne à la fin du XVIe siècle. Problèmes de documentation et de méthode*, Paris, 1969, 194 p.
 Une étude locale exemplaire : CROIX Alain, *La Bretagne aux XVIe et XVIIe siècles : la vie, la mort, la foi*, Paris, Maloine, 1981, 2 vol., 1571 p., vol. 1, pp. 453 à 571.
- 5 - ADR M. Épidémies, 1848-1868, Lettre du Dr. Bouchet au Préfet, 30 octobre 1852.
- 6 - ADR M. Épidémies, 1854, Rapport sur l'apparition du choléra à Givors, par Bouchet, Ms, 3 p., 7 août 1854.
- 7 - BOURDELAIS P., RAULOT J.-Y., *A.E.S.C.*, 1978, 1, art. cit., p. 237.
- 8 - CROIX Alain, *op. cit.*, note la croyance dans la contagion par fréquentation dans la Bretagne du XVIIe siècle, vol. 1, p. 460.
 DELUMEAU Jean, *op. cit.*, p. 102.

- 9 – DELUMEAU Jean, *op. cit.*, note et analyse les vraies et fausses raisons de ce type de comportement, p. 108.
- 10 – ADL, 37 M 3, Conseil sanitaire de Saint-Étienne, séance du 9 avril 1832.
- 11 – A Givors, Saint-Laurent-de-Chamousset, Lyon (Rhône) ADR M. Ep. 1854 et Grand-Croix (Loire) ADL 37 M 6.
- 12 – ADR M. Ep. 1854, épidémie de Rillieux (Ain), août-septembre 1854, nombreuses pièces.
- 13 – Ce qui semble la différence essentielle avec les siècles précédents, CROIX Alain, *op. cit.*, p. 540.
- 14 – Phénomène déjà noté au XVIII^e siècle, CROIX Alain, *op. cit.*, pp. 523-524.
- 15 – TURIN Yvonne, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, écoles, médecine, religion, 1830-1880*, Paris, Maspero, 1971, 434 p., pp. 344-350.
- 16 – ADR M. Ep. 1876-1892, Rapport sur les épidémies de 1891, 16 avril 1892, M s, 12 p.
- 17 – A Lyon et dans le Rhône, les déclarations deviennent obligatoires en mai 1889 (Arrêté municipal 15 mai 1889 et Arrêté préfectoral 21 mai 1889). Ailleurs il faut attendre 1892 et plutôt 1902. Cf. ICHOCK, *Recueil des textes officiels concernant la santé publique*, Paris, 1939, vol. III, 748 p., Loi du 30 novembre 1882 et Tome IV, 1943, 666 p. Loi du 15 février 1902.
- 18 – ADR M. 1876-1892, Lettre du médecin des épidémies au Préfet, 7 juin 1889 (sur les écoles).
ADR M. 1903-1910, Nombreuses déclarations sur la vanité des désinfections de fiacre et de wagons de chemin de fer.
- 19 – Il s'agit là des limites de la peur, CROIX Alain, *op. cit.*, pp. 534-535.
- 20 – Exemple à Oullins lors d'une épidémie de diphtérie en 1889. ADR M. 1876-1892, et 1884-1890.
- 21 – ADR M. Épidémies 1811-1839, Pétition au Préfet, 10 avril 1832.
- 22 – ADR M. Ep. 1876-1892, Rapport sur les épidémies de 1891, cité, note 16.
- 23 – CROIX Alain, *op. cit.*, pp. 480-481, 536, 559. A cette époque ADL 37 M 2, Rapport du Dr. Fleury sur les épidémies de 1893.
- 24 – ADR M. 1876-1892, Lettre du Préfet au Maire d'Oullins, 7 juin 1889.
- 25 – TURIN Yvonne, *op. cit.*, p. 314.
- 26 – (A Lyon) «La crainte de la contagion fait transporter les malades (de la variole) dans les salles de l'Hôtel-Dieu par ceux qui les entourent. Les faits de l'hôpital représentent la presque totalité des cas de petite vérole qui peuvent survenir dans la classe ouvrière». ADR M. Épidémies 1848-1868, Rapport de Bouchet sur la petite vérole, 8 septembre 1852, M s, 8 p.
- 27 – DUPUY J.-P., KARSENTY Serge, *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 2^e édit., 1977, 263 p.
- 28 – Sans oublier les manœuvres spéculatives déjà anciennes, CROIX Alain, *op. cit.*, vol. 1, p. 530.
- 29 – TURIN Yvonne, *op. cit.*, p. 344.

- THUILLIER Guy, Pour une histoire du médicament, *Revue d'Histoire économique et sociale*, 1975, 1, p. 92 repris dans THUILLIER Guy, *Pour une histoire du quotidien en Nivernais au XIXe siècle*, Paris, Mouton, 1977, 490 p., pp. 99-122.
- 30 – BOUTELLER Marcelle, *Médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui*, Paris, Maisonneuve, 1966, 369 p., p. 243.
 RAMSEY M., *Illegal Healers in 19th Century France*, in BRANCA P., ED, *The medicine show*, New-York, 1977, 280 p., pp. 183-210.
 GOUBERT J.-P., *L'art de guérir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790*, A.E.S.C., 1977/5, p. 908 à 926.
- 31 – LOUX Françoise, *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 1978, 276 p.
- 32 – ADL 37 M 3, Commission sanitaire de Saint-Étienne, séance du 15 mai 1832, *Rapport du Dr. Escoffier*.
- 33 – *Ibid.*, Lettre du Conseil d'administration des Hospices de Saint-Chamond au Sous-préfet, 31 mai 1832.
- 34 – ADR M. Ep. 1848-1868, *Rapport sur la santé publique en 1853*, signale l'absence de salles de contagieux à l'Hôtel-Dieu de Lyon.
- 35 – SOVICHE Joseph, *Conseils aux habitants de Saint-Étienne sur les moyens de se préserver du choléra-morbus et recherches sur le traitement de cette maladie*, Saint-Étienne, Boyer, 1832, 175 p., p. 82.
- 36 – LEONARD Jacques, *Les médecins de l'ouest au XIXe siècle*, Paris, 1978, 3 vol., 1.570 p., vol. 1, pp. 416-430.
- 37 – THUILLIER Guy, *art. cit.*, p. 76.
- 38 – ADL 37 M 1, Lettre du médecin des épidémies au Préfet, 1er mai 1826.
- 39 – Circulaires ministérielles du 15 août 1854 et 22 août 1855, citées par LEGRAND Raoul, *L'Assistance médicale gratuite*, thèse droit, Paris, 1898, 96 p.
- 40 – ADR M. Épidémies, 1848-1868, Lettre du Sous-préfet de Villefranche au Préfet, 2 février 1855.
- 41 – *Ibid.*, *Rapport sur le travail de M. de Kergouallec, rapporteur de l'Académie de Médecine sur les épidémies en France en 1862*, lu par le Dr. Bouchet devant le Conseil de salubrité, le 15 décembre 1864, M s, 7 p.
- 42 – ADL 37 M 3, Lettre au Préfet de la Loire, datée du 27 avril 1837, (signature illisible).
- 43 – BENNASSAR Bartolome, *Les grandes épidémies*, *op. cit.*, p. 57.
- 44 – DELUMEAU Jean, *op. cit.*, p. 117.
- 45 – *Ibid.*, p. 136.
- 46 – CHEVALIER Louis, *op. cit.*, DELUMEAU Jean, *op. cit.*
- 47 – BAEHREL René, *Épidémie et terreur, Annales historiques de la Révolution française*, 1951, pp. 114-115.