



ANNÉE 2024

THÈSE

N°

**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État
Spécialité : Médecine Générale

Par MIAN Zain-UI-Abdeen
né le 14 décembre 1995 à Chotala Jhelum (Pakistan)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 JANVIER 2024

**Apprendre des épidémies : un enjeu pour les démocraties
sanitaires**

Illustration à propos des épidémies de la peste, de la variole, du sida et de la covid

PRÉSIDENT DU JURY
Professeur Germain TRUGNAN

MEMBRES DU JURY
Professeure Caroline BERTONECHE, Docteure Sarraouinia GAKUNZI,
Docteure Cecilia SALDANHA-GOMES

DIRECTEURS DE THÈSE
Professeur Philippe CORNET, Docteure Delphine CADWALLADER

Table des matières

Remerciements	2
Introduction	11
I - Contexte : origine du questionnement	11
II - Approche socio-historique et objectif de l'étude	12
A. Pourquoi s'intéresser à l'histoire des épidémies ?	12
B. Approche socio-historique	13
C. Objectif de l'étude	13
III - Organisation de l'étude	14
A. Choix des épidémies	14
B. Division artificielle et définitions des termes	14
C. Apport de l'Art et de la littérature à la réflexion	15
D. Structure de l'étude	15
Matériau et Méthodes	17
A. Tenue d'un journal de bord	17
B. Souci d'objectivité : réflexivité, distanciation par rapport au sujet, déconstruction des <i>a priori</i>	17
C. Le piège du présentisme	18
D. Recherche bibliographique	18
E. Lecture croisée des épidémies	19
I - Pensée médicale jusqu'à l'époque classique	20
I - Médecine gréco-romaine	21
A. Rationalité, art clinique et thérapeutique	22
B. Les autres conceptions médicales	24
C. La place du médecin dans la cité	25
II - La transition chrétienne et la médecine médiévale	28
A. Les conceptions de la maladie au Moyen-Âge	28
B. L'organisation du soin	30
C. L'image et la place du médecin	32
Synthèse des conceptions Antiques et Médiévales	34

II - La Peste	35
Pensée médicale à l'époque classique.....	36
A. Pensée médicale classique : entre tradition et renouveau	36
B. La place du médecin classique : continuité et débuts politiques	37
C. Le regard profane : une image encore vérolée	39
Synthèse pensée médicale à l'époque classique	41
La Peste : connaissances actuelles.....	42
Petit historique de la Peste	43
A. Aux origines des "Pestes" et "Pestilences"	43
B. La Peste Noire et ses poussées du XIVe au XVIIIe siècle	43
C. L'exemple de la Peste de Marseille (1720-1722)	47
Les réactions face à la peste	51
La réaction des populations	51
A. Terreur face à une nouvelle inconnue	51
B. Causes surnaturelles, châtiment divin	52
C. Recherche de boucs-émissaires	54
D. Théorie miasmatique et soupçons d'une contagion	55
La réaction des médecins	57
A. Le point de vue médical dominant	57
B. La réalité dans la pratique.....	59
La réaction des autorités publiques	61
A. Organisation des administrations en temps de peste	61
B. Mesures mises en place	62
C. Les règlements de peste	64
D. Rapport des autorités avec les médecins.....	65
Représentations artistiques	66
A. L'art, un moyen de documenter une époque	66
B. Thématique du châtiment	67
C. L'omniprésence de la mort	68
D. Le médecin, grand absent des tableaux de peste	70
Synthèse	71

III - La Variole.....	72
Pensée médicale à l'époque industrielle	73
A. Pensée médicale à l'époque industrielle : le triomphe de la science.....	73
B. La place du médecin à l'époque industrielle : le médecin dans une société en transformation.....	75
C. Le regard profane : médicalisation de la société, déshumanisation de la médecine.....	81
Synthèse pensée médicale à l'époque industrielle.....	85
La Variole : connaissances actuelles.....	86
Petit historique de la Variole	87
A. À l'origine de la petite vérole.....	88
B. XVIIIe siècle : inoculation.....	88
C. XIXe siècle : les débuts de la vaccination	91
D. Milieu-fin du XIXe siècle : dégénérescence, revaccination, isolement, hôpitaux et règlements	93
E. Débats autour de l'obligation vaccinale	96
F. XXe siècle : éradication de la maladie.....	98
Les réactions face à la variole	99
Réaction des populations	99
A. Croyances sur la maladie	99
B. L'inoculation : débats et mode	100
C. Vaccination : un succès fluctuant	102
D. L'hygiénisme : asepsie, antisepsie, isolement.....	104
E. Débats autour des techniques : quels arguments ?.....	105
F. Mouvements d'oppositions	110
G. Inertie vaccinale : "l'apathie" des paysans.....	111
H. Place de la religion	112
I. Place des journaux grand public.....	113
J. Clivage social et ostracisation.....	115
Réaction des médecins	117
A. Connaissances médicales	117
B. Le médecin inoculateur et vaccinateur	120
C. Hygiène, hôpitaux, isolement	124
D. Ressenti des médecins sur leur rôle et perception des populations	125

E. Implications dans la presse et en politique	127
Réaction des autorités	128
A. Rapport des autorités avec les médecins	128
B. Mesures mises en place	129
C. Incitations et obligations	132
Représentations artistiques et littéraires.....	133
A. Représentations profanes.....	133
B. Du côté médical et des autorités.....	143
Synthèse	146
IV - Le Sida.....	147
Pensée médicale à l'époque contemporaine	148
A. Pensée médicale à l'époque contemporaine	148
B. Place du médecin à l'époque contemporaine	149
C. Le regard profane : médicalisation, confiance et critique	151
Synthèse de la pensée médicale contemporaine.....	153
Sida et VIH : connaissances actuelles.....	154
Petit historique du Sida	155
A. Une maladie derrière les radars (1920-1980).....	155
B. Les débuts de l'épidémie : du cancer "gay" au sida (1980-1983).....	156
C. La découverte du virus et le dépistage (1983-1985)	159
D. L'épidémie se répand et prise de conscience (1984-1988).....	160
E. L'hécatombe se poursuit et les mouvements militants (1988-1995).....	165
F. Le drame du sang contaminé	170
G. Les nouvelles thérapies, stabilisation (1995-2000)	171
H. Les dernières évolutions (2000-2023)	173
Les réactions face au sida	180
Réaction des populations	180
A. Représentations des populations.....	180
B. Réactions générale face à l'épidémie	186
C. Réactions des groupes à risque	189
D. Mouvements associatifs	191
E. Médias et sida.....	194
F. Religions et sida.....	196

Réaction des médecins	197
A. Représentations des professionnels de santé	197
B. Mesures médicales	199
C. Comportements et vécus des médecins	202
D. Rapport de pouvoirs et évolution du système de soins : vers la démocratie sanitaire	204
Réaction des autorités	207
A. Du silence à la mobilisation politique	207
B. Rapport avec les médecins.....	208
C. Les politiques publiques	209
Représentations artistiques et littéraires.....	213
A. Raconter le vécu et donner sens	213
B. L'art au service de la prévention	215
C. Art militant : sensibiliser et choquer	217
Synthèse	219
V - La Covid	220
Covid-19 : connaissances actuelles	221
Petit historique de la Covid	222
A. Le début de l'épidémie.....	222
B. L'épidémie arrive en France	223
C. Le premier confinement.....	224
D. Vagues, variants, vaccins et passe sanitaire.....	226
E. Fin de la pandémie ?	229
Réactions face à la covid	230
Réactions des populations.....	230
A. Représentations des populations.....	230
B. Limitation de circuler : confinement, couvre-feux.....	237
C. Dépistage, déclaration obligatoire, suivi et isolement.....	239
D. Vaccination et pass sanitaire	240
E. Soutien et discriminations	243
F. Contestations	244
G. Médias sociaux : s'informer, sociabiliser et contester au temps de la covid	

H. Religion et covid	250
Réactions des médecins.....	252
A. Représentations des professionnels de santé	252
B. Mesures médicales préconisées.....	254
C. Rôle et vécu de la pandémie	258
Réaction des autorités	262
A. Rapport avec les médecins.....	262
B. Mesures mises en place	263
C. Politique internationale	268
Représentations artistiques	269
A. Vécu de la pandémie	269
B. Art porteur de discours.....	271
Synthèse	274
Résultats	275
I - Les populations	275
A. Similitudes	275
B. Spécificités.....	277
II - Les médecins	281
A. Similitudes	281
B. Spécificités.....	284
III - Les autorités	285
A. Similitudes	285
B. Spécificités.....	287
Discussion.....	290
I - La peur d'autrui	291
II - Évolution des représentations de la maladie	294
III - L'information en temps épidémique	300
IV - Des spécificités liées à la maladie.....	304
V - La place du médecin	305
VI - Libertés individuelles et santé collective	309
VII - Mouvements d'opposition.....	314
VIII - L'Art en temps d'épidémie	316
Conclusion : quelles leçons en tirer ?	321

Abbreviations, annexes, figures, bibliographie	328
Liste des abréviations	328
Annexes	331
Table des figures	332
Table des annexes.....	338
Bibliographie	339
 Résumé / Abstract	 395



© Droits réservés. Archives nationales. Atelier Deltaèdre

Introduction

I - Contexte : origine du questionnement

L'origine de cette thèse ne sera pas d'une grande surprise pour le lecteur contemporain. Certains reconnaîtront peut-être le frontispice de cette introduction : il s'agit de l'affiche de l'exposition *Face aux épidémies. De la Peste Noire à nos jours* de 2022 qui "retrace l'impact des grandes épidémies sur la société française, et l'évolution des politiques de santé"¹. Notre sujet, contemporain de cette exposition, s'est posé des questions similaires et il a été fortement inspiré de l'actualité avec l'épidémie de la covid-19 qui a empli nos vies ces dernières années. Cette épidémie nous a pris "par surprise" en 2019-2020 : on ne s'attendait pas à ce que cette "grippette" débutée en Chine se répande dans le monde aussi rapidement, entraînant un "stop" à la vie ordinaire. Et pourtant, ce fut le cas : la "grippette" entraîna pléthore de malades, de décès, de mesures sanitaires, de diverses réactions de la population et de débats médicaux.

En tant que citoyens français, nous avons été amenés à vivre et à nous interroger sur cette pandémie. Comment réagir face à celle-ci : céder à la panique, s'enfuir, s'isoler ? Comment s'informer, et à qui faire confiance ? Suivre scrupuleusement les mesures conseillées par les comités d'experts ou celles mises en place par le gouvernement ? A-t-on le droit de s'exprimer et d'avoir son avis ?

Mais en tant que professionnels de santé, d'autres questionnements ont émergé : quelle attitude avoir ? Faut-il risquer sa santé pour sauver celle des autres, ou se préserver d'abord ? Comment répondre aux demandes des patients ? Comment répondre aux demandes des autorités et quel regard avoir sur les mesures mises en place ? Comment garder un œil critique et vigilant sur les différentes polémiques médicales, mais aussi sociétales ?

Ces questions ont trouvé des réponses individuelles pour chaque médecin, mais aussi communes. Elles furent l'aboutissement d'une réflexion personnelle, des avis de notre entourage, des recommandations officielles ou des obligations légales.

¹ *Face aux épidémies. De la Peste noire à nos jours*, du 12 octobre 2022 au 6 février 2023, présentée par les Archives Nationales à l'Hôtel de Soubise, Paris.

Des questionnements similaires se sont déjà posés dans notre Histoire lors de “grandes” épidémies : les mesures d’isolement pour la peste ou le choléra, la vaccination pour la variole, le port du masque lors de la grippe “espagnole”, la remise en question des autorités pour le VIH... Les réactions en aboutissant ont dû être très diverses, et dépendantes de la maladie et du contexte sociétal, médical, politique. N’y aurait-il pas cependant des similitudes dans ces épidémies ?

C’est la question que nous souhaitons aborder dans cette thèse : existe-t-il des similitudes, voire des invariants, dans les réactions face aux épidémies ?

Nous intéresser aux similitudes et différences nous interroge sur l’existence de motifs récurrents, voire peut-être invariants face aux épidémies, et permettrait de mieux nous préparer pour faire face aux épidémies futures.

II - Approche socio-historique et objectif de l’étude

A. Pourquoi s’intéresser à l’histoire des épidémies ?

Pour préciser notre question de recherche, nous nous sommes demandé quel est l’intérêt pour un médecin de se pencher sur l’histoire des épidémies ? Il y a de multiples arguments et certains nous paraissent essentiels, d’autant plus dans la période de pandémie de coronavirus actuelle². Cette pandémie est à l’origine de nombreuses politiques de santé publique (quarantaine, confinement, dépistage, vaccination, pass sanitaire), qui ont un fort impact sur la société (mouvement contestataire, isolement des malades, ralentissement de l’économie, troubles psychiatriques...). Elle met aussi en avant une remise en question du monde médical et des autorités sanitaires, avec une perte de confiance (mouvement anti-vaccin par exemple). En tant que médecins, nous sommes au premier plan pour constater cette crise et tenter de la comprendre pour pouvoir y répondre. Dans cette optique, l’Histoire est riche en enseignements qui nous permettent de prendre du recul sur la situation actuelle, pour l’appréhender à l’aune des pandémies passées.

Un premier apport de l’histoire concerne les évolutions des savoirs médicaux sur les épidémies et les thérapeutiques associées. Ils se sont considérablement développés ces derniers siècles, et étudier leur développement peut nous inspirer pour des recherches futures. On peut étudier les mesures mises en place face à des maladies contre lesquelles l’arsenal thérapeutique était limité. S’intéresser aux avancées et aux reculs de la science médicale peut aussi nous rendre plus humbles quant à la “toute-puissance” de la médecine actuelle, aidant au développement de notre esprit critique.

Dans la même veine, on s’interroge sur l’évolution des mesures sanitaires en temps d’épidémie. Elles ont été nombreuses et variées selon la maladie et le contexte, parfois motivées par des données scientifiques, parfois dictées par d’autres considérations (économiques, morales, religieuses...). On peut tirer certaines leçons des succès et des échecs des politiques publiques d’antan, pour améliorer les prochaines politiques de crise.

² L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a déclaré le 5 mai 2023 la fin de la Covid-19 en tant qu’urgence de santé publique de portée internationale.

Les réussites et les revers des thérapeutiques et des mesures sanitaires sont fortement influencés par leur accueil de la part des populations. Cet accueil est lui-même déterminé par les représentations de la maladie, du médecin ou des autorités publiques. Les attitudes ont alors pu être très variées selon la maladie et selon le contexte, parfois bénéfiques, parfois malheureuses. Cette histoire est aussi faite de confiance et défiance envers les pouvoirs publics, mais aussi envers le corps médical. Cette méfiance influence les représentations des maladies et les mesures mises en place. En prenant en compte les mouvements contestataires passés et l'histoire des oppositions actuelles, on peut réfléchir aux moyens de communication et d'action auprès de ces populations pour favoriser au mieux le dialogue et l'acceptation de politiques considérées essentielles pour la santé de tous.

B. Approche socio-historique

Cela nous amène aussi à la question éthique de l'intérêt de la collectivité face à l'intérêt d'un individu et de sa liberté. L'Histoire apporte sa pierre à la réflexion qu'on se pose en tant que médecins face à cette problématique. La place du médecin en temps d'épidémie est une autre question brûlante, qui profite aussi des lumières du passé : quelle place le médecin devrait prendre entre sa relation individuelle privilégiée avec un patient, son rôle dans la santé publique et sa fonction d'agent de l'État ? À ces questions déontologiques, on apporte les lumières du passé en voyant comment les médecins ont pu réagir par le passé, leurs liens avec les populations et les autorités. Cette Histoire nous permet aussi de mieux comprendre les problématiques auxquelles nous sommes aujourd'hui confrontés et essayer d'y trouver les réponses nous convenant le mieux.

C. Objectif de l'étude

Nos questionnements sur la pandémie actuelle et les apports de l'histoire nous amènent à nous interroger sur les représentations et les réactions passées face aux épidémies et la place du médecin au sein de celles-ci. C'est par cette approche socio-historique que nous souhaitons étudier les épidémies passées et leurs similitudes, ce qui précise notre question de recherche : quelles sont les similitudes et différences des réactions des populations, des réactions des médecins et des mesures mises en place par les autorités dans l'histoire des épidémies ?

III - Organisation de l'étude

A. Choix des épidémies

Afin de répondre à la question, nous avons souhaité étudier trois grandes épidémies emblématiques ayant marqué l'histoire et les imaginaires, à trois époques différentes : la peste au Moyen Âge et à la Renaissance, la variole au XVIIIe-XIXe siècle, et le VIH à la fin du XXe siècle. Nous avons limité notre étude à trois épidémies dans le cadre de cette thèse, soumis que nous sommes à des contraintes de temps universitaire, mais aussi, car ces trois épidémies nous ont semblé *a priori* représentatives des évolutions de l'histoire des épidémies. Ce choix a aussi été marqué par un intérêt personnel pour des épidémies qui marquent si fortement les imaginaires. On étudiera également la pandémie de covid, à la source de nos interrogations.

B. Division artificielle et définitions des termes

Nous avons conscience que dans l'approche choisie, nous créons une division artificielle entre les populations, les médecins et les autorités et que la réalité n'est pas aussi cloisonnée. Cela nous est pourtant apparu comme une division correcte, en première approximation, pour faire ressortir les concordances entre les épidémies et les liens entre ces trois catégories sociales.

Le mot population désigne un ensemble de personnes coexistant à un moment donné et partageant au moins une caractéristique commune, souvent une caractéristique géographique³. Dans notre cas, il s'agit de la population française dans son ensemble, en excluant les médecins et les autorités publiques. On s'intéressera aussi à certaines populations plus restreintes, déterminées par leur localisation géographique, leur origine ethnique, leur orientation sexuelle, l'atteinte par une maladie...

Les médecins semblent plus faciles à définir, mais il n'en est rien : il a existé différentes catégories médicales et différents métiers se rapportant à la médecine. Dans notre cas, lorsque nous parlerons des médecins, nous aborderons les structures médicales dominantes et les personnes ayant suivi la formation associée à ces structures. Pour notre champ d'étude, cela concerne les médecins ayant suivi une formation dans les écoles et facultés de médecine existantes à partir du Moyen Âge. Cela ne nous empêchera évidemment pas d'évoquer les autres corps de métiers : les religieuses, les moines, les infirmiers, les guérisseurs de tous types...

³ Gérard-François Dumont, « Chapitre 1. Populations, peuplement et territoires : des termes à préciser », in *Populations, peuplement et territoires en France*, Paris, Armand Colin, 2022, (« Horizon »), p. 5-21.

Les autorités publiques seront pour nous les instances gouvernantes, que ce soit au niveau national (la royauté, l'Empire, les Républiques...) ou au niveau local (les maires, les préfets...).

Dans notre étude, nous sommes amenés à désigner les personnes atteintes des maladies ou de certaines catégories sociales par divers noms. À certains moments, nous recourons à des synecdoques, à savoir qu'on appelle ces individus par leur pathologie ou groupe social (les "pestiférés", les "homosexuels"...). Ceci est réalisé par facilité de langage et lorsqu'on évoque des groupes, mais nous avons bien conscience que les individus ne sont pas, et ne doivent pas être rattachés à de telles caractéristiques. C'est une distinction qu'il est important de noter, en amont de la lecture de ce travail.

C. Apport de l'Art et de la littérature à la réflexion

Notre thèse s'étendra sur les représentations artistiques, et parfois littéraires, pour chaque épidémie. Ces œuvres ont tout d'abord un rôle documentaire, et nous permettent d'accéder aux représentations contemporaines de leurs auteurs. Mais elles permettent aussi d'aborder autrement les épidémies, via un propos détaché du monde médical et donnant accès aux images profanes de la maladie et de la société. Aux époques les plus reculées de notre étude, il est bien difficile d'avoir accès au vécu des populations sans qu'il soit déformé par le prisme des élites : les sources conservées sont principalement l'œuvre des personnes lettrées, les mieux loties dans la société. Les productions artistiques ou littéraires sont, selon les époques, plus facilement accessibles de la population générale et permettent d'avoir accès à une part de leurs ressentis. De plus, certains discours dissidents ne trouvent leur voix qu'à travers les productions artistiques communes. L'Art permet aux non-initiés de se réapproprier l'épidémie, et de proposer une narration différente. Toutefois, l'Art et la littérature ne sont pas le privilège des profanes : ils seront également utilisés par le corps médical et les autorités pour véhiculer leur propre discours. Nous nous arrêterons aussi sur ces utilisations et les messages que cela leur permet de délivrer, souvent à destination de la population générale.

D. Structure de l'étude

Notre étude se divise en deux grandes parties. La première porte sur une approche historique des épidémies, de leur contexte et des réactions qui en ont découlé. Pour chaque épidémie, nous avons décidé de commencer par un détour sur le cadre historique et les croyances : il nous paraît que les réactions face aux épidémies sont fortement influencées par les représentations que les protagonistes à ces histoires ont de la médecine, ainsi que par l'environnement dans lequel ils évoluent. On poursuivra avec un bref rappel des connaissances actuelles sur l'épidémie et son histoire à la période étudiée. On se penchera ensuite sur les

réactions de chacune des catégories que nous avons définies : les populations, les médecins et les autorités. On accordera également une part aux représentations artistiques et littéraires au temps des épidémies.

En seconde partie, on comparera les épidémies entre elles pour faire ressortir ce qui les rapproche et les différencie. On évoquera quelques éléments de l'épidémie de coronavirus à des fins de comparaison. Tout cela nous permettra de nous interroger sur les raisons de ces similitudes et divergences. On accordera un temps à la place des représentations artistiques des épidémies. Et pour finir, on réfléchira aux leçons que ces épidémies nous apportent sur la place du médecin et les politiques publiques face à une crise épidémique.

Tout du long de l'étude, nous ferons des apartés dans des encadrés grisés, mettant en avant des thématiques transversales recoupant l'histoire de la pensée médicale et des épidémies. On relèvera ainsi des caractéristiques déterminant des réactions, des interrogations nous interpellant et des éléments aidant notre réflexion autour de notre question de recherche.

Matériau et Méthodes

Cette thèse est un travail de réflexion sur les épidémies à partir d'une recherche bibliographique. Sa méthodologie originale ne reprend pas les bases d'une recension exhaustive de la littérature sur le sujet qui nous occupe, mais l'approche que nous avons choisie s'en inspire librement en constituant un corpus suffisant pour éclairer notre question de recherche à la lumière de nos références. Nous pourrions qualifier notre démarche « d'humaniste » au sens où elle était entendue au siècle des Lumières et qui, en ce temps, incluait bien souvent les médecins.

A. Tenue d'un journal de bord

Un journal de bord papier et informatique a été tenu tout au long de cette thèse (Annexe n°1). Il comporte des inspirations, des réflexions personnelles et les comptes-rendus des différentes discussions. L'intérêt d'un tel journal était double : permettre d'avoir une trace et un support de réflexion, mais également prendre du recul par rapport au sujet, permettant l'émergence d'autres points de vue et d'idées pour enrichir ce travail.

B. Souci d'objectivité : réflexivité, distanciation par rapport au sujet, déconstruction des *a priori*

Cette recherche comporte un questionnement sociologique sur le vécu des épidémies, des politiques de santé mais aussi sur la place du corps médical dans ces périodes. En tant que médecins et citoyens issus d'une culture occidentale du XXI^e siècle, il faut reconnaître que nous ne pouvons porter un regard totalement neutre sur ces sujets. Cela n'est d'ailleurs jamais entièrement possible, mais nous pouvons tenter de s'en rapprocher en prenant conscience de nos représentations. Ainsi avons-nous pris le temps de porter un regard réflexif sur notre démarche, nos idées préconçues et nos *a priori* concernant les différents sujets de notre thèse. Nous nous sommes demandé comment nous percevions les populations, les médecins et les autorités à chaque époque, quelle vision préalable de ces sociétés avions-nous ? Quel pouvait être leurs rapports respectifs avec la santé et la médecine, ainsi qu'avec les maladies étudiées. Quelles réactions auraient-ils pu avoir ? Et nous avons tenté de répondre au préalable à notre question de recherche.

Voici un exemple d'un *a priori*, influencé par les représentations actuelles sur la Peste : la Peste est le pire fléau que l'humanité a pu connaître, provoquant une hécatombe et tétanisant les populations tout au long des épidémies; les populations ne pouvaient alors plus rien faire d'autre que désespérer ou prier. Cependant, nous n'avons pas encore d'éléments pour pouvoir dire si c'était vraiment le cas. Cette représentation est fortement influencée par l'imaginaire que nous avons sur la

maladie. Imaginaire collectif tributaire des vécus réels de la Peste et de leurs témoignages, mais aussi des représentations et images véhiculées et transformées au cours des siècles. On ne pourrait avoir une véritable réponse qu'en se penchant sur les documents datant de l'époque même de l'épidémie noire. C'est aussi un autre *a priori* : la Peste est la maladie noire, peut-être à cause des bubons ? ou bien est-ce une appellation macabre due à "l'hécatombe" ? est-ce même une expression datant de l'époque de ces épidémies ?

C. Le piège du présentisme

Il est également important d'avoir conscience de l'écart d'époque qui nous sépare des objets d'étude afin de ne pas tomber dans le présentisme. Le présentisme en histoire des sciences est la tendance supposée de certains historiens à juger la valeur des conceptions scientifiques du passé à l'aune des conceptions scientifiques actuellement avérées. Cela aboutit nécessairement à des interprétations biaisées du passé : "Ce serait le temps de la stagnation, et on dénie au Moyen Âge à peu près toute innovation : il n'enrichirait en rien le legs antique [...]. S'agissant du haut Moyen Âge, l'appréciation devient même franchement négative : ce serait le temps de la régression."⁴. On ne souhaite pas, et on ne peut se permettre de telles interprétations si l'on veut porter un regard le plus objectif possible sur ces événements étudiés. On essaiera de ne pas apposer nos conceptions actuelles sur la société, les maladies, la médecine, et nous essaierons de nous départir autant que possible de toute forme de jugement.

D. Recherche bibliographique

Notre étude a nécessité des recherches bibliographiques sur plusieurs thématiques. Nous avons débuté par une approche conceptuelle et sociale : l'histoire de la pensée médicale en Occident, la place de la médecine et du médecin dans les sociétés. Nous nous sommes longuement attardés sur l'histoire des épidémies, ainsi que sur les témoignages que nous avons pu retrouver. Enfin, nous avons recherché les différentes œuvres d'art et productions littéraires contemporaines à propos des épidémies. Notre sujet se rapportant à une étude des sciences humaines, nous avons opté pour le style bibliographique associé, à savoir le *Modern Language Association* (MLA).

Notre approche bibliographique a commencé par de la bibliographie secondaire afin de nous imprégner du sujet : il s'agissait de compilations de travaux ou de réflexion sur les thématiques évoqués ci-dessus, telles que :

- Grmek, Mirko Dražen. *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Seuil, 1996.
- Perez, Stanis, *Histoire des médecins; Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*, Perrin, 2015

⁴ Laurent-David Samama, « La notion de progrès à travers l'histoire », *Administration*, vol. 273 / 1, L'Association du Corps Préfectoral et des Hauts Fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur, 2022, p. 10-12.

- Biraben, Jean-Noël. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris, France, Pays-Bas, 1975. 2 vol.
- Darmon, Pierre. *La longue traque de la Variole*, Perrin, 1986
- Grmek, Mirko Dražen. *Histoire du sida: début et origine d'une pandémie actuelle*. Nouvelle éd, Ed. Payot, 1990.
- Klein, Alexandre. *Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine*, Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Université de Lorraine, 2012. Français.

Le choix des œuvres s'est fait de plusieurs manières. Il a d'abord été guidé par des conseils de lecture de personnes compétentes sur le sujet. Nous avons aussi choisi les compilations qui nous semblaient les plus pertinentes et exhaustives. Nous sommes remontés à d'autres documents à partir de la bibliographie de ces compilations, dont les sources primaires lorsqu'elles étaient facilement accessibles. Nous avons complété par des recherches de documents à la Bibliothèque Nationale de France (BnF) et sur le site web Gallica BnF. Des recherches à partir de mots-clés ont été réalisées sur plusieurs moteurs de recherche.

Du fait de la limite de temps et la limite géographique, nous n'avons pu nous permettre d'être exhaustifs dans notre recherche. L'idée n'était pas non plus de refaire une énième compilation historique de ces épidémies ou de ces concepts déjà étudiés, ce n'est pas l'objet de notre étude. Nous souhaitons avoir une vision large des épidémies et des époques étudiées, afin de nous permettre la lecture croisée des épidémies pour répondre à notre question de recherche. Toutefois, une recherche bibliographique approfondie sur certains points permettrait peut-être de faire ressortir d'autres points de vue ou discours que nous n'aurons pas pu aborder.

Le choix des œuvres artistiques et littéraires a porté sur les productions qui nous paraissaient les plus emblématiques des épidémies étudiées et semblant apporter le plus à la discussion. Le choix a également été subjectif du fait d'une préférence pour certaines œuvres. Nous avons tout de même multiplié les supports afin d'étendre notre vision des événements passés.

E. Lecture croisée des épidémies

Ce travail s'est terminé par une réflexion sur les similitudes et différences entre les épidémies. Pour cela, nous avons comparé les épidémies entre elles, dans le but de faire ressortir ces similitudes et ces différences. Cela nous a permis de réfléchir à l'existence de causes sous-jacentes au regard de tels résultats, et nous questionner sur les politiques publiques et la place du médecin en temps d'épidémie.

I - Pensée médicale jusqu'à l'époque classique

Dans cette étude, notre intérêt se porte sur le vécu et les réactions des médecins et des populations qui vécurent des épidémies à différentes époques. Leurs comportements sont influencés par les représentations de la maladie et du soin qu'ils ont. Avoir une notion des points de vue de chacun nous permettra de mieux appréhender l'attitude des individus qui vécurent les épidémies des époques suivantes.

Commençons par un bref rappel de la pensée médicale jusqu'aux temps médiévaux et classiques. Il nous semble indispensable de s'y attarder puisque les idées de chaque époque héritent de l'influence des ères précédentes, et nous verrons que la médecine classique est particulièrement tributaire de la médecine des deux millénaires la précédant. Cela nous permettra également de réévaluer certaines connaissances et approches de la santé que nous avons actuellement.

Pour approfondir le sujet de la pensée médicale et de la place du médecin en France, voir notamment *Histoire de la pensée médicale en Occident*⁵ (approche sur l'histoire des idées) et *Histoire des médecins*⁶ (approche sociologique).

⁵ Mirko Drazen Grmek, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Seuil, 1995.

⁶ Stanis Perez, *Histoire des médecins. Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*, Perrin, 2015.

I - Médecine gréco-romaine

Jusqu'à quand peut-on faire remonter l'Histoire médicale dont nous sommes héritiers ? Beaucoup de travaux d'historiographie débutent avec l'époque grecque : *Histoire de la pensée médicale en Occident*, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity...* On pourrait pourtant remonter à la médecine mésopotamienne et égyptienne (du IV^e millénaire au I^{er} millénaire avant JC) qui semblent avoir influé sur la médecine grecque⁷. Nous ne nous attarderons cependant pas plus sur ces médecines pré-helléniques, à cause du manque de documentation et de leur moindre influence directe sur les médecines ultérieures.



Figure 1. Vase Aryballe Peytel, aryballe attique à figures rouges : médecin pratiquant la saignée, vers 480-470 avant J-C. Musée du Louvre.

La médecine gréco-romaine est celle qui paraît avoir le plus marqué notre civilisation occidentale, notamment du fait d'une littérature médicale riche qui débute aux environs du Ve siècle avant J-C (une soixantaine d'ouvrages médicaux dans la *Collection Hippocratique*⁸). Les auteurs gréco-romains sont cités et commentés des milliers de fois dans les siècles suivants jusqu'à l'époque contemporaine, et on prononce encore aujourd'hui le *Serment d'Hippocrate* en face d'un buste du grand maître lors du passage de notre thèse. Plutôt que d'une médecine gréco-romaine, on devrait peut-être même parler des médecines gréco-romaines. Elles se déclinent en effet au pluriel : d'Hippocrate à Galien, en passant par la médecine d'Alexandrie, et toutes les sectes médicales qu'il y a pu y avoir. Arrêtons-nous sur quelques-unes des idées clés de ces médecines, et sur le regard plus profane de la maladie.

⁷ Audrey Heckel, *Emergence de la médecine en Mésopotamie*, other, UHP - Université Henri Poincaré, 2003.

⁸ La plupart des livres attribués à Hippocrate ne sont pas forcément de sa main, de nombreux auteurs ont ainsi participé à la rédaction de l'ensemble de livre rassemblé dans le *Corpus Hippocratique*

A. Rationalité, art clinique et thérapeutique

La médecine antique est reconnue pour l'introduction d'une pensée rationnelle dans la perception de la maladie et le développement de la médecine comme un art clinique, à savoir basée sur l'observation du malade. Pour ce qui n'est pas observable, on le déduit de ce que l'on voit : cela conduit à la conception dynamique des humeurs et une thérapeutique cherchant à rétablir un équilibre rompu.

Une cause naturelle aux maladies

Les médecins grecs s'éloignent des explications surnaturelles de la maladie, essayant de trouver dans le malade et son environnement des explications à son mal. Ceci se voit en particulier dans *La Maladie Sacrée*⁹, qui traite de l'épilepsie. Jusqu'à là, on attribuait le mal à la colère d'une divinité qui s'abattait sur des pécheurs, la symptomatologie changeant selon le dieu en question. Pour en guérir, il fallait recourir aux invocations et aux prières pour apaiser le dieu. Hippocrate combat cette conception à travers un raisonnement logique : la maladie atteint autant les plus riches que les plus démunis; si elle était sacrée, ne devrait-elle pas plus atteindre les pauvres qui effectuent moins d'offrandes et de sacrifices aux dieux ? Ainsi la maladie ne peut être sacrée. Mais si la maladie n'est pas sacrée, quelles peuvent en être les causes ? Le médecin de Cos avance que ce serait un flux d'humeurs froides provoquées par le changement des vents. Il s'agit d'une des thèses principales défendue dans le corpus Hippocratique : les maladies ont des causes naturelles.

Dans le traité *Airs, Eaux et Lieux*¹⁰, le médecin s'intéresse au rôle de l'environnement dans la santé et la maladie. Il s'attarde sur l'orientation des lieux par rapport aux vents, aux eaux utilisées par les habitants et au climat afin de trouver des explications aux maladies : certaines fièvres seraient par exemple provoquées par la putréfaction des marécages. On retrouve également cette démarche dans les différents volumes des *Épidémies* : y sont consignées année par année des descriptions des maladies prédominantes à chaque saison dans un lieu donné. Le rôle de l'air est particulièrement mis en avant : les maladies épidémiques se propagent à cause d'un composant dans l'air, les miasmes, provoqués par la putréfaction de l'environnement (à cause de marécages, de la pourriture des corps, des pluies, de l'influence astrale...).

Miasmes et maladies épidémiques

Les époques suivantes ont hérité de la théorie miasmatique, influençant fortement les conceptions et les réponses des époques suivantes. Ce sera le cas lors des épidémies de peste et de variole, les médecins incriminant d'éventuels miasmes et cherchant à purifier l'air sans chercher à limiter les contacts entre individus. Cette conception sera prédominante dans la pensée médicale jusqu'au XIXe siècle, la contagion prenant le pas dans les théories.

⁹ Hippocrate, *La Maladie Sacrée*, traduction d'Émile Littré, 1861

¹⁰ Hippocrate, *Airs, Eaux et Lieux*, traduction de Coray Adamantios, 1800, disponible sur Gallica BNF

L'observation clinique au premier plan

Lorsqu'un médecin rend visite à un malade, on lui conseille de se reposer sur l'observation : "Il importe de soumettre le corps à l'examen : vue, ouïe, odorat, toucher, intelligence (section 8, 17)"¹¹. On s'intéresse ainsi à l'alimentation, aux urines, aux selles, au sommeil du malade. C'est le début de la sémiologie, l'étude des signes cliniques.

Dans *Épidémies*, sont détaillés différents tableaux cliniques de patients, le diagnostic et le pronostic associé. L'écriture de ces histoires cliniques peut nous rappeler la manière synthétique dont les comptes-rendus médicaux sont écrits de nos jours :

"Seizième malade : [...] Il avait des frissonnements, des nausées, de l'insomnie ; point de soif. Le premier jour, il rendit plusieurs selles dures avec un grand flux de liquide; les jours suivants les selles furent de matières abondantes, aqueuses, de couleur d'herbe; urines ténues, peu abondantes, incolores; respiration par intervalles grande et rare; tension des hypochondres sans tumeur, et s'allongeant des deux côtés; battement continu de l'épigastre durant toute la maladie [...] Le vingt-quatrième jour il mourut, Phrénitis." ¹²

Plus d'une centaine d'histoires cliniques et de diagnostics de ce type sont détaillées dans les *Épidémies*. C'est à partir de l'observation de tous les éléments perceptibles qu'on aboutit au pronostic. L'un des plus vieux traités que l'on retrouve du corpus, *Ancienne Médecine*, résume bien cette démarche. L'auteur critique dans cet ouvrage les "nouvelles médecines" qui se basent sur une connaissance préalable philosophique de l'homme afin de trouver des remèdes. Il leur oppose les "anciennes médecines" se basant sur l'observation, lui semblant plus proche de la réalité, et permettent ensuite de mieux connaître la nature de l'homme.

L'anatomie : une pratique restreinte de la dissection

Les médecins grecs et romains n'ont pas, ou très peu, pratiqué la dissection humaine : il était mal vu d'un point de vue moral et religieux de profaner les dépouilles humaines. Ils extrapolent donc à partir de ce qu'ils voient ou palpent, et d'éventuelles dissections animales. Il y eut une courte période au IIIe siècle à Alexandrie où l'on a pratiqué des dissections sur des cadavres, voire des vivisections sur des condamnés. Le médecin romain Galien (IIe siècle après J-C) apprend et complète cette anatomie, sans pratiquer lui-même la dissection humaine. C'est l'anatomie qu'il lègue dans *Pratiques anatomiques* (IIe siècle après J-C) que la postérité retiendra, ainsi que celle d'Aristote dans sa *Physique* (IVe siècle avant J-C). Elles font référence pendant de nombreux siècles dans le monde occidental, et même arabe. Certains anatomistes médiévaux et classiques pratiquant la dissection auront même tendance à douter de

¹¹ Hippocrate, « Epidémies, livre VI (bilingue) », [En ligne : Traduction disponible sur : <https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies6.htm>]. Consulté le 26 février 2023.

¹² Hippocrate, « Epidémies, livre III (bilingue) », [En ligne : Traduction disponible sur : <https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies3.htm>]. Consulté le 26 février 2023.

leurs observations, car contraires aux descriptions des maîtres antiques qui auraient tout vu et tout compris.

La théorie des humeurs et une thérapeutique pour rétablir l'équilibre

Pour ce qui est du fonctionnement du corps humain, les médecins ont élaboré leurs théories à partir du visible : le corps humain sécrète de nombreux liquides, la salive, l'urine, le sang, les selles parfois... Ainsi, il pouvait sembler logique que le corps soit composé de fluides, amenant de nombreuses théories à se reposer dessus. La théorie qui persistera est celle des humeurs. La première mention est faite dans le traité *Nature de l'homme* qui aurait été écrit par Polybe, un disciple d'Hippocrate : la nature humaine serait formée de quatre humeurs, sang, phlegme, bile jaune et bile noire qui sont mélangées. La santé correspond à l'équilibre de ces humeurs. La maladie provient de leur déséquilibre, et les différents symptômes sont le résultat de l'excès ou de la carence d'une ou plusieurs de ces humeurs. Ce déséquilibre provient d'une interaction entre un facteur interne (une humeur) et un facteur externe (le climat, le vent, l'eau, l'alimentation, l'exercice...).

La santé et la maladie sont conçues de manière dynamique sur ces équilibres et déséquilibres des humeurs. Le traitement consiste alors à rétablir cet équilibre en agissant sur les différentes humeurs : par le régime, le sport, les fameuses saignées et une riche pharmacopée.

À noter que cela ne concernait pas la traumatologie : les causes des maladies étaient extérieures, et les traitements plutôt conservateurs et orthopédiques¹³.

B. Les autres conceptions médicales

Les médecins de l'Antiquité ont fait une grande part à la rationalité et à l'observation clinique dans leur pratique, mais la pensée médicale n'était pas entièrement unifiée, avec des courants divergents. En ce qui concerne le milieu non médical, la rationalité n'a pas l'air d'avoir imprégné une grande part de la population, laissant une large part au surnaturel.

Les différentes écoles et sectes

Il existait de nombreux courants de pensées sous la forme d'écoles et de sectes. Galien décrit les principales sectes dans son traité *Des sectes pour les débutants*, où il souhaite séparer le bon grain de l'ivraie et mettre en avant ses propres théories :

- l'école dogmatique : l'expérience ne suffit jamais à démontrer les causes des maladies, il faut user de la raison, de la logique et de l'intelligence pour chercher les causes cachées et la fonction des organes internes ;

¹³ Voir pour cela les traités de traumatologie du corpus : *Plaies de la tête, Fractures et articulations...*

- l'école empirique : la médecine doit s'appuyer sur l'observation des signes, et ne peut progresser qu'à travers l'accumulation d'expérience ;
- l'école méthodique : les différents états physiques du corps expliquent les maladies, dans une conception proche de l'humorisme ;
- l'école pneumatique : le *pneuma* est le grand principe de vie et de santé; cependant il n'est pas directement visible et on ne peut le saisir qu'à travers le raisonnement, notamment grâce au pouls.

La pensée magique

Les prêtres d'Asclépios, les oracles, les guérisseurs étaient nombreux et influents avec une thérapeutique centrée autour d'une pensée "magique". On trouve par exemple au temple du Dieu Asclépios, à Épidaure, des récits de guérison miraculeuse : le dieu apparaît en rêve à des pèlerins dormant dans le temple, qui se réveillent le lendemain en ayant retrouvé la vue, l'ouïe, la jambe guérie...

Cette pensée magique paraît prédominante chez une bonne partie de la population, à l'opposé de la pensée rationnelle de l'école Hippocratique. On le voit dans *Œdipe* de Sophocle où la peste est une souillure due aux péchés de patricide et d'inceste, alors que chez Hippocrate il s'agit du concept de miasmes dans l'air. Dans la ville de Thèbes, on fait appel aux prières, aux oracles et aux dieux, tandis que les médecins hippocratiques recommandent de purifier l'air infesté par les miasmes. Cette pensée magique persiste chez les romains au temps de Galien : la peste antonine se serait déclarée dans les années 160 suite à la mise à sac du temple d'Apollon à Séleucie du Tigre par les légionnaires romains.

Les guérisseurs du quotidien

Nous avons très peu de littérature sur les autres guérisseurs, ceux du quotidien auxquels avaient sûrement plus souvent recours la population : les masseurs anonymes, les femmes médecins, les médecins des gladiateurs, les autodidactes officiant dans les campagnes ou les villes reculées... Ceci est probablement dû à leur plus faible littératie, mais également une influence moindre dans la cité par rapport aux grands noms de la médecine.

C. La place du médecin dans la cité

Le soin ne s'exerçait pas que par les médecins, minoritaires en région urbaine et ne pouvant s'occuper de toute la population. Au contraire, les gens apprenaient à se débrouiller sans médecine, et ne lui accordaient pas toujours leur confiance.

Les différentes manières d'exercer la médecine

Initialement, les médecins ont eu tendance à être isolés, et leurs soins se limitent à une portion réduite de la population, souvent les plus riches. Ils étaient habituellement assez mobiles, bien que parfois ancrés dans des cités. Il n'existait pas de réelle structuration du métier ni de cadre professionnel : pas de diplôme nécessaire à la pratique de la médecine, et n'importe qui pouvait se targuer d'être un guérisseur. Ce qui distinguait les uns des autres tenaient à leur renommée, en lien avec leurs succès auprès des patients. La population ne semblait avoir que peu accès à la médecine, si ce n'est à quelques guérisseurs sans éducation. Les écoles gréco-romaines formaient des médecins soignant principalement les élites.

Le peuple ne pouvait se référer qu'à ses propres compétences pour se soigner, et elles priment généralement sur celles des médecins dans la culture romaine. Dans l'empire romain, il est habituel de se soigner soi-même ou de se référer au *paterfamilias*, le chef de famille dont les mérites sont vantés par plusieurs auteurs romains (Caton, Pline l'Ancien...). Des auteurs non médicaux s'emparent du sujet de la santé, et on voit notamment Celse écrire son fameux *De Medicina*, livre de vulgarisation de thérapeutique médicale à destination des romains pour se soigner d'eux même. Sa pharmacopée imprègne fortement les générations futures, dont les médecins, puisqu'il sera cité au même titre que Galien et Hippocrate au Moyen-Âge.

Il existait enfin quelques cas où les médecins étaient engagés par la cité ou par une famille contre rémunération afin de soigner gratuitement les personnes. Cela suggère qu'une certaine compétence leur était tout de même reconnue. L'empire romain a même vu naître la fonction d'archiatre, médecin personnel de l'empereur, qui persistera dans la royauté et la papauté au moyen-âge. Cet archiatre avait un rôle de soin du corps, mais aussi de conseiller des princes dans leur politique.

Une image contrastée dans la cité

Hippocrate et ses disciples semblaient avoir une image plutôt positive dans les cités grecques. Platon rapporte qu'Hippocrate était en son temps le médecin par excellence (Platon, *Protagoras*, 311 d-c), et Aristote dit d'Hippocrate qu'il était grand, non pas par la taille, mais par le talent (Aristote, *Politique*, VII, 4. 1326 à 15). Galien fût également très populaire en son temps, laissant une grande empreinte dans la médecine romaine. On peut noter une comparaison qui va persister au Moyen-Âge : celle du dirigeant avec le médecin. On compare le bon dirigeant à un bon médecin, sachant poser le bon diagnostic pour sa cité et proposer les traitements adéquats, appuyant une image positive de la médecine.

Cependant, il existe en parallèle des critiques des médecins parmi les auteurs grecs et latins. Au mieux, certains rappellent que les malades n'ont pas attendu Hippocrate pour savoir se soigner (*Entretiens*, livre II, chapitre XVII¹⁴), tandis que d'autres décrivent les médecins comme des tortionnaires qui "taillent, brûlent et torturent [...] les malades"¹⁵. Cicéron, un auteur et homme politique romain, décrit la

¹⁴ Epictète, « Entretiens, livre II », [En ligne : Traduction disponible sur : <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/epictete/entretiens2.htm>]. Consulté le 26 février 2023.

¹⁵ Héraclite, « Fragments d'Héraclite - Fragment 57 », [En ligne : https://fr.wikisource.org/wiki/Fragments_d%E2%80%99H%C3%A9raclite]. Consulté le 26 février 2023.

médecine comme une profession “inhonesta” au I^{er} siècle avant JC. On préfère encore une fois se référer au *paterfamilias* qu’à des médecins perçus comme des charlatans s’intéressant plus à la fortune des patients qu’à leur bonne santé :

“Ce sera bien pis si elle nous envoie ses médecins : ils ont juré entre eux de tuer tous les barbares à l’aide de la médecine ; ils exercent cette profession moyennant salaire, pour gagner leur confiance et les perdre facilement. [...] Une fois pour toutes, je vous interdis les médecins”

Pline, Histoire naturelle, vers 77 après JC ¹⁶

Statut de la médecine

Bien que de nos jours, on ait une image rêvée des médecins antiques prêtant le Serment et soignant tous sans distinction, la réalité était autre : la médecine clinique est réservée à une petite élite pouvant se le permettre et qui leur font confiance, tandis que le reste de la population a tendance à s’en méfier, se soignant seule ou se référant à des guérisseurs du quotidien plus accessibles. C’est le cas aussi au Moyen-Âge, à l’époque classique et dans les campagnes à l’époque moderne, jusqu’à ce que le corps médical s’immisce dans la plupart des aspects de la vie. La médecine n’a pas toujours été aussi présente qu’elle l’est de nos jours, et les médecins n’ont pas été aussi appréciés qu’ils le sont aujourd’hui. Ce statut n’est pas immuable, et on peut s’interroger sur les prochaines évolutions qu’il verra.

¹⁶ Pline, Hist. nat, XXIX, 7, lettre de Caton à son fils Marcus

II - La transition chrétienne et la médecine médiévale

La fin de la période romaine et le moyen-âge ont connu la conversion du monde occidental au christianisme. C'est une nouvelle conception de la vie, baignée de l'idée du péché, qui imprègne la société, modifie les points de vue et impacte les approches de la maladie. La société se réorganise afin de répondre à la nécessité de charité. L'Église fait concurrence aux médecins, qui s'organisent en Universités perpétuant l'héritage des médecins antiques. Leur image n'en est toutefois pas forcément améliorée.



Figure 2. *Moines copistes dans un scriptorium*, extrait du livre des jeux, XIII^e siècle, Bibliothèque de l'Escorial, Madrid, Wikimedia Commons

A. Les conceptions de la maladie au Moyen-Âge

Parmi les nombreuses conceptions médicales existant au Moyen-Âge, deux d'entre elles dominent : d'un côté la représentation chrétienne très répandue, et de l'autre le point de vue médical cantonné aux Universités.

La conception de la maladie sous la chrétienté et le salut de l'âme

Le christianisme propose une approche de la maladie centrée autour du péché et du salut de l'âme. On en retrouve d'abord des traces dans la littérature à travers les valeurs de l'infirmité (*infirmitas*) et de la charité (*caritas*), centrée autour de l'idée de l'âme. La maladie se retrouve dans une situation assez ambiguë. D'un côté, elle représente une punition divine, mais de l'autre, elle représente une chance de salut, à travers la souffrance silencieuse pour le malade et à travers la charité à l'égard des malades pour les personnes saines. Le malade ne doit pas être isolé socialement, afin de permettre aux pécheurs en bonne santé de faire preuve de charité et sauver leurs âmes. Cette charité est organisée par l'Église et encouragée dans toute la société.

Des exemples de charité sont donnés dans la Bible : “visiter les malades, donner à boire aux assoiffés, nourrir les affamés, s’occuper des prisonniers, habiller ceux qui vont nus, accueillir les étrangers et les pèlerins, ensevelir les morts” (*Matthieu 25*). On a aussi l’exemple des lépreux : ils sont exclus de la société dans des léproseries du fait de leurs péchés, qui se manifestent physiquement par des lésions cutanées, mais en même temps ils sont les bénéficiaires idéaux de la charité.

On invite ainsi tous à aider son prochain, ce rôle n’incombant plus seulement aux médecins. Qui plus est, le salut de l’âme importe davantage que le salut du corps. Les interventions sur le corps sont parfois perçues comme dangereuses pour l’âme : on relève par exemple le récit d’un chanoine qui perd la vue, car il a préféré se tourner vers des guérisseurs pour soigner ses yeux plutôt que de recourir à Dieu¹⁷.

À partir du XI-XIIe siècle cependant, la maladie et la santé viennent à être considérées comme des manifestations des rouages de la Nature plutôt que le résultat d’une intervention divine directe. La Nature est alors une sorte de machine préréglée par Dieu et les hommes peuvent user de la Raison, un don de Dieu, afin de mieux comprendre et étudier le monde. De ce point de vue, la médecine est une tentative de comprendre les rouages de la santé et de la maladie.

Bons et mauvais malades

La thématique du péché chrétien entourant les épidémies prédominent principalement au Moyen-Âge et durant la peste, mais on en retrouve des traces par la suite dans notre héritage. On sépare les bons et les mauvais malades, qui subissent les affres du sort ou qui ont mérité leur sort. Sont ainsi stigmatisés les fumeurs qui ont un cancer, mais aussi les homosexuels qui ont le VIH ou les personnes ne respectant pas les mesures barrières, attrapant la covid.

Du côté des médecins : l’héritage gréco-romain

À la chute de l’Empire Romain d’Occident (Ve siècle après J-C), une bonne partie de la tradition et des connaissances gréco-romaines se sont perpétuées dans le monde byzantin et arabe. Du côté occidental, la tradition médicale a continué à se baser sur des textes incomplets de Galien ou des traductions complexes. Une partie de ces connaissances a été perpétuée au sein même de l’Église via le travail des moines copistes. Les savoirs ont pu être renouvelés à partir du Xe et XIe siècle grâce aux traductions d’ouvrages arabes.

La conception médicale se base encore grandement sur la théorie des humeurs. La médecine occidentale n’a pas particulièrement innové sur les théories de la santé, ni de la maladie pendant le Moyen-Âge, sauf vers la fin, et l’on retrouve plutôt un travail de commentaire des anciens. Bien sûr, il y eut de nombreux courants de pensée, mais très peu ont réussi à s’imposer. On voit aussi les médecins s’éloigner de l’aspect clinique de la médecine : ils ont tendance à rechigner à user de leurs mains, laissant cela aux chirurgiens-barbiers, et à privilégier le savoir livresque à l’observation directe. La confiance dans les anciens était immense, et on considérait

¹⁷ Stanis Perez, *op. cit.*, p. 90.

que ces grands auteurs avaient déjà tout découvert. La thérapeutique s'en trouve très peu renouvelée : on cherche toujours à rétablir l'équilibre des humeurs par les régimes, le sport, les saignées, purgatifs... La pharmacopée n'innove pas non plus, bien que les empiriques testent toutes sortes de concoctions.

B. L'organisation du soin

Comme à l'époque grecque, les médecins n'ont pas l'apanage du soin et doivent faire avec de nombreux autres guérisseurs ainsi que les religieux. Ils tenteront en vain de se prémunir de la concurrence en s'organisant en corporations et avec l'Université.

L'église et les monastères

Pendant un temps long, le savoir médical est copié et transmis par les moines. Ils acquièrent ainsi une certaine connaissance médicale, notamment sur le régime et la pharmacopée. Les ecclésiastiques peuvent prodiguer des soins spirituels en plus des soins corporels. Cependant, à partir du XIe-XIIe siècle, la papauté interdit aux hommes d'Eglise l'étude et l'exercice de la médecine et d'autres disciplines profanes, via le concile de Clermont (1130) et de Reims (1131). Ceci n'empêchera pas certains clercs de continuer à prodiguer des soins, particulièrement en milieu rural.

L'hôpital médiéval

Des structures de charité gérées par des religieux voient le jour, les hospices. Les hôpitaux chrétiens ont des particularités : ce sont des espaces institués pour réaliser concrètement, publiquement et gratuitement l'obligation de charité. Il n'est donc pas seulement à destination des malades, mais aussi des indigents et des plus pauvres. Le secours offert est à la fois matériel, mais aussi spirituel puisque dispensé par des religieux.

Au fur et à mesure, les laïcs investissent l'hôpital et des médecins s'y rendent également, mais très peu. À la fin du Moyen-Âge, l'hôpital prend un peu plus l'image d'un lieu où l'on soigne, et plus seulement lieu servant à consoler et à préparer une bonne mort. Ce développement se fait en parallèle du développement des villes à partir du XIIIe et XIVe siècle, qui apportent de nouvelles problématiques de santé liées à la promiscuité et aux épidémies.

Le début d'une profession : la médecine scolastique

Le Moyen-Âge voit apparaître le début d'une organisation de la médecine : les médecins se rassemblent dans des écoles et des universités. Celles-ci décernent des diplômes aux médecins, créant une distinction administrative entre eux et les autres guérisseurs. Afin de pouvoir devenir un médecin reconnu, il fallait passer par l'une des écoles de médecine : l'école de Salerne (IXe siècle), l'université de Bologne, de Montpellier ou de Paris (XIIIe siècle). Un cursus stéréotypé voit le jour : l'étudiant doit

suivre un cursus des arts pour avoir un ensemble de connaissances préalable, avant de pouvoir intégrer ces écoles, qui coûtent assez cher et sont réservées à une élite sachant lire le latin.

Le cursus médical comporte un enseignement théorique basé sur les textes des maîtres et sur le débat des idées. Cette médecine favorise l'érudition livresque, aucun stage ni pratique n'étant requis. Au contraire, il y a interdiction d'exercer avant d'avoir obtenu son diplôme. Les examens de médecine, et notamment la thèse, consiste en des analyses, commentaires ou disputes autour de textes d'autorité. Tout un protocole se met en place autour de l'examen de la thèse, certains auteurs notant que la ritualisation de la délivrance du diplôme semblait primer sur le contenu de la thèse.



Figure 3. La plus ancienne thèse de médecine conservée à la BIU Santé¹⁸, Paris Cité

Réglementation progressive du métier

À travers ces diplômes, les médecins espèrent réglementer la pratique médicale, avec l'appui des autorités urbaines : on a par exemple Charles VI qui stipule en 1390 que la pratique n'est possible qu'après avoir passé les examens nécessaires, ou une charte à Montpellier au XIVe siècle qui défend l'exercice de la médecine à ceux qui ne sont pas diplômés¹⁹. Les médecins cherchent ainsi à se prémunir de la concurrence des chirurgiens, apothicaires, mais aussi des guérisseurs de toute sorte : empiriques, sage-femme, triacleur, religieuses, rebouteux.... On imagine que ces mesures ont eu du mal à prendre effet, en particulier en milieu rural. Même les plus aisés font régulièrement appel à des praticiens irréguliers. On trouve tout de même des traces de quelques procès en milieu urbain.

¹⁸ « Les thèses d'Ancien Régime sortent des combles – Le blog actualités de la BIU Santé », 2018.

¹⁹ François-André Isambert, *Recueil général des anciennes lois françaises [...]*, Paris, Plon, 1821.

Règlementation de la profession médicale

La notion de profession est encore anachronique, les métiers étant plutôt réglementés en corporations. La volonté de réglementation du corps médical commence à se former dans les temps médiévaux et ne quittera plus le monde médical. Ils chercheront à toute époque à organiser leur métier, protéger ses membres et leur prérogative sur la santé, excluant les autres formes de soins. Cette réglementation ne se mettra pas en place avant de nombreuses années, lorsque l'image des médecins s'améliorera et qu'ils acquerront une position plus favorable dans la société (voir notamment les travaux d'Eliot Freidson).

C. L'image et la place du médecin

Durant la première partie du Moyen-Âge, les médecins n'ont pas une place très bien définie dans la société, ni très bonne publicité auprès du peuple. Il n'est pas facile de connaître les représentations populaires de la maladie puisqu'ils n'avaient pas le même accès à la littérature. Ainsi, on n'a accès qu'au regard des élites. On imagine que la représentation de la maladie s'approche de celle du christianisme et des conceptions antérieures de punition divine.

Des lois pour se prémunir des médecins

Durant l'Antiquité, les médecins n'étaient pas toujours bien perçus, et cela s'est perpétué durant le Moyen-Âge. Dans le droit Wisigoth entre autres, on cherche légalement à se prémunir des dérives des médecins :

MGH, *Leges Visigothorum Antiquiores*²⁰ :

- interdiction au médecin d'entrer seul dans une cellule pour éviter les empoisonnements (XI, 1, 2)
- interdiction au médecin de saigner une femme en l'absence d'un membre de la famille (XI, 1, 1)
- amende de 150 sous en cas d'invalidité consécutive à une saignée
- si le patient meurt, le médecin perd sa liberté et devient la propriété de la famille du défunt (XI, 1, 6)

Au fil du Moyen-Âge, on voit aussi apparaître des contrats de soins ou de guérison, encadrant les objectifs de l'acte médical et la rémunération. On ne sait pas à quel point ces lois et ces contrats étaient appliqués, mais leur existence traduit un manque de confiance envers les médecins, en leur bienveillance et en leur compétence pour soigner. Ces critiques persistent tout au long du Moyen-Âge, comme en atteste ce texte d'un historien du XIIe-XIIIe siècle : "Les médecins ne craignaient pas de tromper leurs malades de toutes sortes de manières ; leurs lèvres perfides, leur langue abondante en paroles, promettaient beaucoup et tenaient peu; ils recevaient beaucoup, et le plus souvent ils enlevaient la vie à ceux qu'ils auraient dû

²⁰ Traduction du droit Wisigoth proposée dans *Histoire des médecins* (S. Perez)

guérir; [...] ils enlèvent de l'argent, et non seulement ils ne sont points utiles pour le corps, mais encore ils tuent l'âme"²¹

Concurrence et coopération cléricale

Ne pouvant se reposer sur les médecins, la population est plutôt appelée à se tourner vers l'Église : les monastères et les hôpitaux tenus par des hommes d'Église sont des ressources permettant de guérir son corps, mais aussi et surtout soigner son âme. En plus des ecclésiastiques, on voit l'apparition d'une nouvelle figure : celle du saint thaumaturge, qui réalise des miracles et guérit miraculeusement le corps, ainsi que l'âme. L'exemple le plus évident est la figure du Christ : rendre l'ouïe, la parole ou la vue, guérir des lépreux ou des paralysés, exorcismes ne sont que quelques-uns des miracles rapportés.

L'Église compte parfois sur la coopération des médecins, davantage à partir du XI-XIIe siècle lorsqu'il est interdit aux religieux de pratiquer la médecine. On attend notamment du médecin qu'en cas de maladie grave, il fasse appel aux prêtres afin de permettre aux mourants de se confesser.

Une médecine urbaine

Les médecins se forment et exercent principalement auprès des populations plutôt urbaines et riches des grandes villes : la présence de praticiens est principalement liée au développement économique urbain, à l'attraction des centres universitaires ou la présence d'une Cour. Quelques études de densité médicale le mettent en évidence plus objectivement : au XIVe siècle, Paris abriterait 14.9 % des médecins du territoire français (environ 160), Montpellier à peu près autant alors que d'autres régions comme la Bretagne n'en compterait qu'un seul²². Dans ces grandes villes, on retrouve une élite universitaire et quelques médecins au service d'aristocrates : on a quelques exemples célèbres, tel Guy de Chauliac ou Ambroise Paré, à la fois médecins/chirurgiens et conseillers, mais ce sont plutôt des exceptions que la règle. Pour la plupart d'entre eux, ils se font concurrence les uns et les autres, tentant de vendre leurs remèdes et soins et devant parfois cumuler avec d'autres activités. On a aussi des médecins forains, allant de ville en ville et vendant leur service. Enfin, certaines cités recrutent des médecins, notamment lors des épidémies de peste. Cela peut pointer vers une confiance dans le corps médical, mais on peut aussi se demander s'ils n'étaient pas recrutés pour éviter leur fuite et avoir du personnel à disposition en temps de crise.

En milieu rural, il n'est pas aisé de connaître l'image du médecin. Il y a déjà assez peu de médecins dans tout le pays et leurs services sont souvent hors de prix pour les plus démunis. Ils doivent alors probablement se soigner tout seul ou se tourner vers les soins des guérisseurs locaux et de l'Église.

²¹ Jacques de Vitry, *Histoire occidentale*, Guizot, 1825, p. 278-279.

²² D. Jacquart, *Le milieu médical en France du XII^e au XV^e siècle, annexe du deuxième supplément au dictionnaire d'Ernest Wickersheimer*, Genève, 1981

Synthèse des conceptions Antiques et Médiévales

Dans la médecine gréco-romaine, l'approche médicale est plutôt rationnelle et dynamique avec des causes environnementales externes et internes comme les humeurs; la thérapeutique qui en découle cherche à rééquilibrer les humeurs via le régime, la saignée, le sport et autres mesures hygiéniques ou purgatives. Du côté du reste de la population, la conception est plus basée sur la thématique de la punition divine : pour guérir, on implore le pardon des dieux via des prières, offrandes, sacrifices... À cette époque, les médecins ont tendance à être isolés, sauf parfois dans des écoles, et ils pratiquent principalement dans les cités. Ils ne sont pas toujours bien perçus, avec une confiance limitée et on préfère se tourner vers des guérisseurs ou l'expérience du *paterfamilias* dans la cité.

Avec le christianisme et lors de l'époque médiévale, la thématique du péché imprègne la société, toutes les femmes et tous les hommes étant concernés par le péché originel. Mais contrairement à l'époque grecque, on se concentre cette fois sur le salut de l'âme plutôt que la guérison du corps : la souffrance et le vécu de la maladie font partie du processus d'expiation. On se tourne alors vers l'Église et Dieu via des prières, processions et offrandes en toute sorte, tout en subissant sa maladie. On se tourne aussi vers la figure du saint thaumaturge pouvant réaliser des miracles pour les plus pieux. On encourage toute la population à participer à ces efforts de piété, et aussi de charité envers les plus démunis. Ces thématiques punitives imprègnent pendant longtemps la médecine et la société, et on les retrouve à l'époque contemporaine.

Les médecins médiévaux innoveront très peu, l'influence gréco-romaine restant très présente dans les représentations de la maladie et la thérapeutique²³. Ils continuent aussi d'avoir une pratique surtout urbaine. L'innovation principale consiste cependant en la fondation d'Universités, signe que les médecins ont conscience de la nécessité de s'organiser en tant que corporation pour défendre leur pratique et la différencier de celle des concurrents, qu'ils appellent des "charlatans". Cela n'est pas forcément très efficace, malgré quelques procès discrets. Ils n'arrivent toujours pas à convaincre la population de leur utilité : ils ne sont que des charlatans inefficaces courant toujours plus après la fortune des patients qu'après leur guérison.

Cette synthèse nous donne quelques clés pour la compréhension des réactions face aux épidémies de peste. On comprend bien le rôle du christianisme dans le vécu de la peste comme un châtiment, et les multiplications de prières et processions. Les médecins ne pourront pas forcément faire passer leurs idées auprès de toute la population au vu de leur faible popularité, mais ils réussissent à influencer les autorités.

²³ Il semblerait que la médecine médiévale ne soit pas aussi stérile que ce que l'on en pense, mais elle est tout de même très teintée par la médecine Antique; cf. Séverine Boullay, « Le Moyen Âge : temps obscurs ou siècles d'innovations ? », L'Histoire à la BnF, 2017.

II - La Peste



Figure 4. Pieter Brueghel l'Ancien, *Le Triomphe de la Mort*, 1562-1563, Madrid, Musée du Prado

Notre premier sujet d'étude est la Peste du XIVe au XVIIIe siècle. Ces épidémies de peste ont lieu à la fin du Moyen-Âge et durant la Renaissance. Elles ont légué à notre imagination l'image d'un monde empli de fléaux et de désolation. Sur le tableau du peintre flamand Pieter Brueghel, on retrouve les allégories de la mort en ces temps : guerre, maladie, suicide, exécution... La Peste a participé à la création de cet imaginaire empli d'épidémies et de mort contre lesquelles on ne peut rien faire sauf prier Dieu. Ces épidémies se sont poursuivies à la Renaissance, sans plus de succès à les combattre. Le médecin, autre compagnon de la maladie et de la mort, n'est nulle part visible sur ce tableau. Il est d'ailleurs peu représenté dans les arts. Pourtant, c'est une figure bien présente dans la société, essayant tant bien que mal d'appuyer sa stature et de combattre la maladie. Nous allons développer dans ce chapitre une partie de l'histoire et des réactions face à la peste, ainsi que la place que les médecins ont pu avoir au sein de cette époque.

Pensée médicale à l'époque classique²⁴

Il nous semble pertinent, avant de se pencher sur le phénomène de la peste, d'entamer cette analyse par une étude rapide du type de pensée médicale qui prévalait alors. Nous avons déjà évoqué les représentations au Moyen-Âge, penchons-nous maintenant sur la Renaissance : c'est un mouvement historique occidental fait d'une redécouverte des textes anciens, une diffusion d'idées nouvelles et des critiques des concepts dominants. On voit naître l'imprimerie, l'Église est remise en question lors du schisme protestant, et la place de l'Homme est redessinée avec les Grandes Découvertes et les progrès en astronomie. Ce mouvement de renouveau concerne également la médecine, qui marque une rupture plus nette avec les idées traditionnelles et les grands auteurs. Elle s'implique davantage dans la vie globale de la cité, donnant quelques conseils d'organisation sanitaire. Elle n'en acquiert pas pour autant un nouveau statut et continue à être mal perçue, particulièrement avec l'impuissance des médecins lors des épidémies de peste.

A. Pensée médicale classique : entre tradition et renouveau

Médecine scolastique et critique des anciens

La doctrine galénique a encore de beaux jours à la Renaissance dans les facultés de médecine, comme en témoigne la collection de thèse de l'Université de Paris ²⁵ : on se perd en débats et commentaires autour des textes anciens. Les humeurs et les miasmes sont constamment à la base des connaissances, et la thérapeutique est inchangée : régimes, purgation, saignée, pharmacopée empirique...

Hors des facultés, la critique se fait plus prégnante, particulièrement avec l'arrivée de l'imprimerie. L'édition et la diffusion des textes devient accessible à un plus grand nombre de personnes, permettant à pléthore de théories et de systèmes médicaux d'atteindre plus de monde. Ceci entraîne un renouvellement des idées, et une critique accentuée des scolastiques. L'une des figures les plus emblématiques du rejet des anciens est le médecin suisse Paracelse²⁶ (1493-1541) : il aurait brûlé des œuvres d'Avicenne et de Galien devant ses étudiants. Les facultés s'opposent à ces nouveaux courants de pensées, sans que cela les empêche de prendre racine.

Nouvelles idées et retour à la pratique clinique

La Renaissance est un moment de succès pour les sciences naturelles grâce à de nouvelles méthodes : l'observation et l'expérimentation avec Galilée, le raisonnement et la logique de Descartes, le début des classifications de toutes sortes

²⁴ Pour approfondir le sujet, voir encore M. Grmek et S. Perez

²⁵ Noé Legrand, *La collection des thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Paris depuis 1539 et son catalogue inédit jusqu'en 1793 : documents sur l'histoire de la Faculté pendant la Révolution*, 1913.

²⁶ Para-Celse : nom qui s'oppose à Celse, auteur du traité thérapeutique *De Medicina*

en biologie. Cela concerne aussi le milieu médical : loin des facultés, les médecins qui ne se consacrent pas à l'exégèse des textes et au débat des idées, vont accorder plus de place à la pratique. En Anatomie, on voit apparaître l'œuvre d'André Vésale, *La Fabrique du Corps Humain* (1543), qui représente un "bond" dans les sciences du corps humain et contredit les observations de Galien. D'autres médecins s'inspirent des sciences naturelles, tel Sydenham qui propose l'une des premières classifications nosologiques. On puise aussi dans la physique et la chimie pour proposer de nouvelles théories et thérapies : c'est l'école des iatrophysiques, cherchant des explications mécaniques au corps humain et celle des iatrochimiques avec l'âge d'or de l'alchimie.

Des théories sur la santé et la maladie

Le concept de maladie porté par la médecine scolastique est multiple, rempli de contradictions et d'incertitudes qui favorisent des interprétations divergentes, entraînant des polémiques interminables. À l'époque classique, différentes théories se débattent pour tenter de remplacer le galénisme et l'humorisme, conceptions dynamiques et vitalistes de la maladie. On se base sur le concept de *pneuma*, une sorte de souffle vital, pour expliquer les particularités de la vie.

Les nouvelles théories quant à elles s'inspirent de la chimie et de la physique, et le débat littéraire autour d'elles est intense. On voit fleurir toutes sortes de systèmes médicaux cherchant à expliquer les maladies à l'aune des nouvelles connaissances. Pour ne citer que les plus populaires, nous avons les iatrochimistes et les iatrophysiques. D'un côté, les iatrochimistes ont une vision également dynamique et vitaliste de la santé et de la maladie : ils les expliquent par un équilibre entre différentes substances et un concept vital sous-jacent (entre autres, Paracelse pense que le vivant est un équilibre entre soufre, mercure et sel). De l'autre côté, les iatrophysiciens ont une approche plus solidiste avec les avancées anatomophysiologiques et rattachent les maladies à une base solide dans le corps humain, sans nécessité d'un concept plus abstrait de souffle vital. Le corps est alors une sorte de machine autonome.

Concernant les maladies épidémiques, les médecins ne se départissent que peu de la théorie miasmatique malgré quelques autres propositions. C'est particulièrement le cas pour les médecins en temps de peste.

B. La place du médecin classique : continuité et débuts politiques

Poursuite du mouvement médiéval

Durant le Moyen-Âge, le métier de médecin s'est laïcisé, on a écarté les médecins juifs et l'accès est réglementé via les diplômes obtenus dans les Universités. À partir de 1452 est levée l'obligation de célibat du médecin, permettant la création de dynasties médicales. Le nombre de médecins augmente progressivement dans les

différentes régions, mais leur répartition entre ville et campagne ne semble pas bouger. Leur statut économique non plus : peu de médecins deviennent aisés financièrement et la plupart doivent continuer à se faire concurrence. Les rivalités entre les médecins et les chirurgiens-barbiers persistent. La critique des Universités déborde des guérisseurs pour se porter sur les nouvelles pratiques médicales, notamment contre les alchimistes et leur médecine chimique.

Dans les campagnes, le corps médical continue de critiquer les charlatans, ces “médecins du peuple” de toute sorte : les guérisseurs, rebouteux, renoueurs, bailleurs, remetteurs, adoubeurs, toucheurs, juteurs d’eau, les châteurs et les panseurs. Parfois ce sont des guérisseurs plutôt vétérinaires qui appliquent leur art sur les hommes. Mais en même temps, ces zones rurales sont toujours aussi délaissées par les médecins, qui préfèrent la ville. Au vu de ce faible taux de densité médicale, les autorités laissent ces guérisseurs exercer sans titre dans nombre d’endroits²⁷.

Apport de l'imprimerie

Avec l’imprimerie, produire et acquérir des livres devient moins cher. Tout médecin peut diffuser sa pensée et ses idées. On voit prospérer toute une littérature médicale, et tout un débat littéraire sur les théories et pratiques médicales. Au milieu de cette production littéraire apparaissent aussi des ouvrages à destination du public profane : les idées médicales se répandent dans la société depuis les plus hautes sphères lettrées.

Le médecin et la cité : les prémices d’une police sanitaire

Dans cette époque d’épidémies, toutes sortes de mesures de surveillance et d’isolement sont mises en place au niveau local. Face à la grande mortalité et à l’efficacité perçue de ces mesures, elles commencent à former de véritables lois (dont les règlements de peste). Les médecins cherchent à influencer ces décisions, via leur production littéraire, comme avec *Le Traité politique et médical de la peste* de 1629 : “Ce sera aux Medecins d’enseigner aux Magistrats, et aux Consuls ce qu’ils auront à faire”²⁸. Les autorités prendront ces conseils de médecins, sans forcément les appliquer à la lettre. On recrute aussi des médecins et des chirurgiens de peste dans les cités pour faire face aux épidémies.

L’approche sanitaire déborde progressivement du cadre épidémique : à partir du XVI^e siècle, certains médecins commencent à avoir une approche plus globale de l’ensemble de la santé et plus axée sur la prévention. Théophraste Renaudot propose, sous Richelieu au XVII^e siècle, un projet de lutte contre la misère. Les médecins ne sont pas les seuls s’intéressant à cette question de politique de santé. Leibniz, un savant allemand, propose au XVII^e siècle un système de surveillance sanitaire

²⁷ Jean Lambert, *La médecine à l’époque de la Révolution française : contribution à l’étude de son état et de son évolution dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle*, La Brèche-PEC, Montreuil, 1989.

²⁸ François Ranchin, *Traité politique et médical de la peste, réédition*, Liège, 1721.

centralisée. L'anglais Bacon imagine une utopie scientifique dans *La Nouvelle Atlantide* (1626). En France, le philosophe Jean Bodin attribue le rôle de la santé commune aux magistrats plutôt qu'aux médecins et l'avocat De La Mare présente son idée de système sanitaire dans son *Traité de la police* (1705) :

“[...] tout ce qui peut estre fait à cet égard par rapport à la Police, consiste en ces trois points : prévenir les maladies avant leur naissance; procurer la guérison de celles qui paroisse; et si elles sont contagieuses, prendre toutes les mesures possibles pour en arrester le progrès”

Nicolas de La Mare, *Traité de la police*, 1705 ²⁹

Il n'y aura pas réellement de police sanitaire qui se met en place, mais le terrain sera fertile pour le mouvement hygiéniste du XIXe siècle.

C. Le regard profane : une image encore vérolée

Vision populaire du médecin

Malgré leurs différentes tentatives d'améliorer leur statut, les médecins n'ont pas réussi à redorer leur blason. On les voit absorbés dans leurs bouquins, proposant des remèdes hors de prix à destination des plus riches. L'introduction de l'article "Médecins" du *Dictionnaire des arrêts, ou jurisprudence universelle* (1727) débute par une série d'anecdotes grinçantes sur une profession ayant une réputation de cupidité.

Pour les paysans et autres illettrés, impossible de savoir exactement leur ressenti de la médecine. On tente de la deviner à travers les arts à leur disposition, et notamment le théâtre. Le médecin est un personnage récurrent et très critiqué de l'œuvre du dramaturge Molière, que ce soient ses premiers textes à destination du grand public (*Le Docteur amoureux*, *Le Médecin volant*, *Le Docteur pédant...*) ou les plus tardifs pour la bonne société parisienne (*Le Malade Imaginaire*, *Le Médecin malgré lui...*) : cupidité, manque de compétence clinique et thérapeutique, voire mauvaises intentions. Sur une estampe du XVIIe siècle du *Malade Imaginaire*, on peut voir les médecins arborant un air suffisant, palpant le pouls du malade. À droite, il y a des potions de quelque sorte, et à gauche, en arrière, un chirurgien barbier préparant probablement une saignée. Cette scène provoque davantage de peur que de sympathie à l'égard des médecins, invitant à les fuir si l'on tient à sa santé.

²⁹ Nicolas de La Mare, *Traité de la police*, où l'on trouvera l'histoire de son établissement, les fonctions et les prerogatives de ses magistrats; toutes les loix et tous les reglemens qui la concernent... Tome premier, 1705, p. 534.



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Figure 5. *Le malade imaginaire* [estampe], XVIIe siècle, Gallica BNF

Il y a bien des profanes s'intéressant à la médecine, on le voit au succès des différents traités de vulgarisation médicale et des manuels d'automédication : *Dictionnaire portatif de médecine* de Vandermonde, *Dictionnaire médical portatif* de Guyot ou le célèbre *Avis au peuple sur sa santé* de Tissot pour n'en citer que quelques-uns. Parmi les plus aisés pouvant s'offrir ces livres, certains font confiance à cette médecine, tandis que d'autres cherchent à devenir autonomes par rapport à eux. Ces livres participent progressivement à normaliser le savoir médical et à le répandre dans la société, préparant le terrain pour le triomphe du médecin savant du XIXe siècle.

Littérature et arts médicaux

La littérature et les arts participent fortement à l'image des médecins dans la société, des médecins caricaturés et dangereux du XVIIe siècle, aux médecins rouage indispensable de la santé au XXe siècle. Ceci se fait par une appropriation progressive des thématiques médicales par la population, mais aussi une appropriation des médiums proposés par l'art de la part des médecins au XIXe siècle³⁰. Les années actuelles de l'époque contemporaine voient toujours des médecins bienfaiteurs, mais aussi de nombreuses critiques de leur pouvoir pouvant participer à une fragilisation de leur position.

³⁰ Anick Opinel, *Le peintre et le mal*, PUF, 2005.

Conception profane de la maladie

Les conceptions de santé et maladie sont teintées du regard chrétien et du surnaturel précédant le christianisme. La maladie est perçue comme une punition divine ou amenée par des causes surnaturelles. Pour s'en prémunir, on prie, on va à la messe, on fait des pèlerinages, et on recourt à toutes sortes de remèdes tout autant surnaturels. Le docteur Laurent Joubert rapporte ces croyances du peuple (qu'il considère comme "erronées") : l'améthyste évite l'enivrement, la turquoise donnée par un ami protège des blessures, l'homme tondu a moins de force, se ronger les ongles altère la vision, saigner du nez est signe de bonnes nouvelles, péter en pissant est sain, empêcher quelqu'un de ronfler en plaçant sous le lit sa pantoufle ou sa bottine...³¹

Rien de bien nouveau par rapport au Moyen-Âge *a priori*. Néanmoins, la Renaissance est aussi le moment du Schisme de l'Église, avec l'apparition du mouvement protestant. Ce courant remet en avant la santé du corps : les soins du corps et de l'âme sont nécessaires à tout vrai chrétien qui veut être à l'image de Dieu. Dans cette optique, certains relient l'importance du médecin à celui du pasteur. La maladie ne doit alors pas forcément être vécue comme une pénitence, et on se donne le droit de chercher à aller mieux par divers remèdes.

Synthèse de la pensée médicale à l'époque classique

La pensée médicale à l'époque classique commence à se détacher de l'héritage des anciens, et légèrement du christianisme, proposant de nouvelles théories et écoles. La thérapeutique et les succès des médecins ne sont par contre pas encore au rendez-vous. Le médecin s'implique plus dans la société, pouvant influencer quelques décisions, mais il n'est pas encore bien considéré, cible de multiples railleries, notamment dans le théâtre de Molière. Il n'aura que peu d'influence dans les épidémies de peste, sauf dans les hautes sphères, le peuple lui préférant sa propre expertise ou celle de guérisseurs.

³¹ Laurent Joubert et Barthélemy Cabrol, *La Première et seconde partie des erreurs populaires, touchant la médecine et le régime de santé par M. Laur. Joubert,...* Avec plusieurs autres petits traités, lesquels sont spécifiés en la page suivante, A Rouen, France, chez Theodore Reinsart, 1600, 16; 12 p., p. 114-116.

La Peste : connaissances actuelles³²

La peste est une anthroponose due à une bactérie, *Yersinia pestis*, qui infeste principalement des rongeurs, dont les rats. Elle peut rester sous forme de réservoirs animaux, et surgir bien des années après sa dernière apparition. Elle se transmet de l'animal à l'homme par des piqûres de puces infectées. Chez l'homme, elle peut se transmettre par contact direct ou par inoculation, se manifestant sous trois formes cliniques après une incubation de 2 à 8 jours.

Le tableau clinique initial est aspécifique : « Les sujets infectés présentent en général un état fébrile aigu et d'autres symptômes systémiques non spécifiques après une période d'incubation d'un à sept jours (fièvre d'apparition brutale, frissons, céphalées, douleurs corporelles, état de faiblesse, vomissements et nausées » (World Health Organization, 2017a). Trois formes cliniques peuvent ensuite se voir :

- Forme bubonique : la plus fréquente, avec répliation de la bactérie dans les ganglions formant alors bubons; la transmission interhumaine est rare; la guérison spontanée survient dans 20-40 % des cas;
- Forme septicémique : primitive ou plus fréquemment secondaire à la forme bubonique, pouvant provoquer un choc toxique ou des embolies septiques;
- Forme pulmonaire : secondaire à la forme septicémique ou à une inhalation de bactéries (durée d'incubation de 24-48h), c'est la forme la plus grave et la plus mortelle si elle n'est pas traitée dans les 24 heures.

Le diagnostic est clinique par analyse des bubons ou du sang à la recherche des bactéries. Le traitement antibiotique est souvent efficace, sauf dans les formes pulmonaires (jusqu'à 50% de mortalité selon le délai de début de l'antibiothérapie). Il n'existe pas de vaccin efficace. Les personnes suspectes doivent avoir un isolement contact et aérien. À ce jour, il reste quelques foyers dans le monde, avec des centaines de décès chaque année :

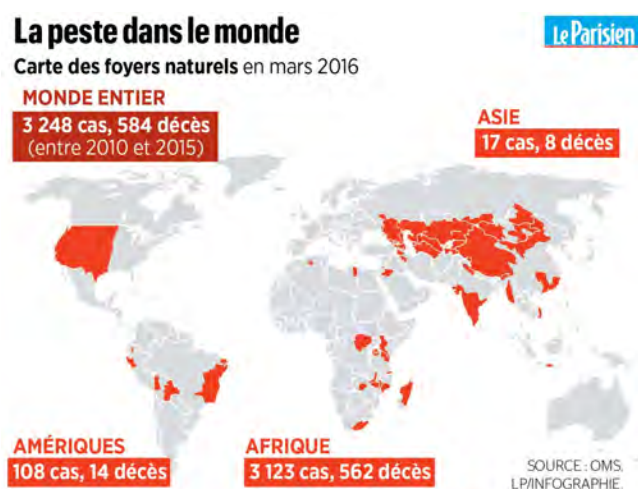


Figure 6. *La peste dans le monde*, Le Parisien, article du 15 novembre 2019 ³³

³² D'après SPILF, OMS et Institut Pasteur en 2023

³³ Adélaïde Tenaglia, « Faut-il s'inquiéter des deux cas de peste diagnostiqués en Chine ? », *leparisien.fr*, 15 novembre 2019.

Petit historique de la Peste

Entamons notre étude de la peste en nous attardons sur son histoire en France. Pour ce faire, on s'est basé sur la compilation de Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*³⁴. Il s'agit de la dernière étude historique détaillée que nous avons retrouvé dans nos recherches, et qui fait actuellement référence. Nous avons complété en lisant certaines des sources primaires citées dans la compilation, et d'autres plus précises sur certaines épidémies (Marseille notamment).

A. Aux origines des “Pestes” et “Pestilences”

La Peste, les Pestes et les Pestilences, du latin *pestis*, sont des termes anciens datant de l'époque gréco-latine. À ces époques et pendant longtemps, elles n'ont pas désigné de maladies particulières, mais plutôt toutes sortes de maladies et autres calamités diverses. (“La peste d'Athènes” au IV^e siècle avant J-C par exemple, pourrait être une épidémie de typhus, de variole ou de rougeole entre autres³⁵).

Les premières mentions d'une maladie évoquant cliniquement la peste ont été écrites au IV^e-III^e siècle avant J-C sur les rives de la mer Méditerranée³⁶. Les cas les mieux décrits sont ceux plus tardifs du Haut Moyen-Âge (Ve-XI^e siècle après J-C) avec la Peste Justinienne au VI^e siècle après J-C. On trouve ensuite la trace écrite d'une vingtaine de poussées durant cette période, dont 11 touchant l'Occident en deux siècles, avant de disparaître pour quelques siècles.

Ce n'est qu'à partir du XIV^e siècle qu'elle refait surface en Europe avec la tristement célèbre Peste Noire. C'est également à ce moment que la “peste” dénomme la maladie qu'on connaît aujourd'hui. Elle va aussi par d'autres noms, “la contagion”, “la mortalité”, “la pestilence” qui semblent être utilisés pour éviter de l'appeler directement par son nom, à cause de la terreur qu'elle suscite. L'appellation “Peste Noire” et “Mort Noire” sont d'ailleurs des anachronismes : l'expression n'apparaît qu'au XIX^e siècle dans le livre *The Black Death* du médecin allemand Justus Heckert paru en 1832, mais elle s'est profondément imprégnée dans notre imaginaire collectif.

B. La Peste Noire et ses poussées du XIV^e au XVIII^e siècle

La Peste Noire semble être introduite de l'Asie via la Mer Noire, et se répand rapidement à travers toute l'Europe, depuis la Méditerranée jusqu'aux pays nordiques.

³⁴ Jean-Noël Biraben, « Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens », Paris, France, Pays-Bas, 1975. 2 vol.

³⁵ John Horgan, « The Plague at Athens, 430-427 BCE », [En ligne : <https://www.worldhistory.org/article/939/the-plague-at-athens-430-427-bce/>]. Consulté le 26 février 2023.

³⁶ 44^e livre d'Orybase, ou encore description de Denis le Tortu

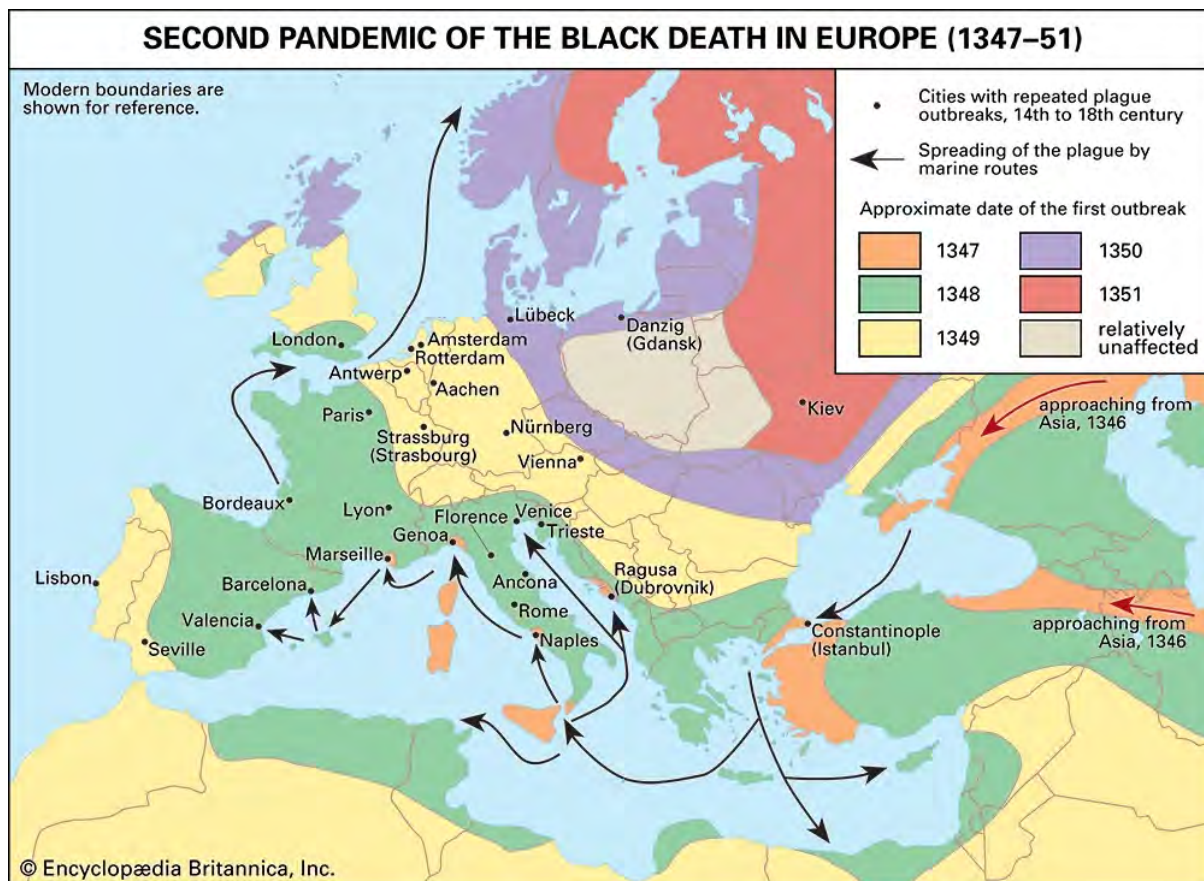


Figure 7. L'étendue de la Mort Noire en Europe de 1347 à 1351, Encyclopædia Britannica

Trois périodes de peste

On ne trouve pas toujours le détail du déroulement des épidémies : la documentation est éparse de par la désorganisation que la maladie a entraînée dans la vie quotidienne, et encore plus dans les administrations. Dans les recherches de Biraben, il relève tout de même 26 poussées principales et 11 poussées annexes séparées par 36 rémissions ou creux (en ne retenant que les villes chefs-lieux d'arrondissement ou de département et les villes de plus de 10.000 habitants en 1861)³⁷. Les poussées les plus fortes sont celles de 1348 (la Peste Noire en France) et de 1629 (lors d'une période de troubles, la Guerre de Trente Ans déchirant l'Europe et répandant d'autant plus la maladie par les mouvements de troupes). Ces épidémies peuvent être artificiellement séparées en trois périodes ayant plus ou moins de documentation :

- Première période, plus ancienne et mal connue (1347-1536) : une première poussée très violente suivie de cycle de poussées relativement régulières tous les 6-13 ans pour un total d'une quinzaine de poussées ;
- Deuxième période (1536-1670) : neuf poussées en 135 ans, d'amplitude variable, plus intense en 1629 ;

³⁷ *Ibidem*, vol. 1

- Troisième période (1670-1722) : la peste disparaît pour 50 ans et ne réapparaît que transitoirement à Marseille en 1720-1722, l'épisode le mieux documenté.

La première épidémie

La maladie avait disparu depuis plusieurs siècles, et elle prend les européens par surprise, les plongeant dans la terreur :

“ Il y eut durant ces deux années 1348 & 1349 un nombre de victimes tel que l'on ne jamais entendu dire, ni vu, ni lu dans les temps passés . La maladie et la mort venaient aussi par imagination, relation et contagion, car celui qui était en bonne santé et visitait un malade échappait rarement au péril de la mort . Aussi, dans beaucoup de villes grandes et petites, les prêtres frappés de crainte s'éloignaient ; quelques religieux, plus courageux, administraient les sacrements, et bientôt, en beaucoup d'endroits, sur vingt habitants il n'en restait que deux en vie. “

Chronique dite de Jean de Venette, vers 1349³⁸

Malgré la fulgurance qu'on peut s'imaginer d'une épidémie de peste, il semble que la maladie s'est répandue avec assez de lenteur pour que l'anxiété ait le temps de gagner les grandes villes d'Europe. Certaines prennent des mesures avant son arrivée : Florence met en place les premiers règlements sanitaires contrôlant les marchandises et denrées, Gêne refuse de recevoir les galères suspectées infectées et à Paris une consultation publique des médecins est organisée à la Sorbonne dès 1347.

Tandis que l'épidémie gagne progressivement le nord depuis la Méditerranée, les premières fuites de populations débutent pour échapper à la maladie (pour ceux qui peuvent se le permettre). Les prières, les pèlerinages et le recours à diverses médecines se font plus fréquentes. On recherche également des boucs-émissaires, qui seraient coupables d'avoir empoisonné les populations (juifs) ou d'avoir semé la peste (lépreux, flageolants) : ils sont isolés, expulsés, voire assassinés (massacre des juifs à Strasbourg en 1349). De même, les infectés sont la cible de mesures d'isolement ou d'expulsions. On peut relever dans ces réactions publiques et locales l'idée d'une maladie contagieuse, à contre-courant des idées médicales dominantes de l'époque. On invoque aussi diverses causes plus ou moins naturelles (facteurs astrologiques, la religion, le climat...).

En dépit de ces mesures initiales et les différentes réactions, l'épidémie s'est répandue et a rapidement pris toute l'Europe. Une estimation chiffrée de la mortalité est difficile, allant du quart à la moitié de la population européenne (estimation semblant remise en cause dans des travaux récents³⁹). Il n'empêche que cette première épidémie a eu impact majeur qui s'est fait ressentir à travers notre histoire

³⁸ Colette Beaune, *Chronique dite de Jean de Venette*, Paris, Le Livre de poche, 2011, 1 vol. (500 p.) p., (« Lettres gothiques »).

³⁹ A. Izdebski, P. Guzowski, R. Poniat, [et al.], « Palaeoecological data indicates land-use changes across Europe linked to spatial heterogeneity in mortality during the Black Death pandemic », *Nature Ecology & Evolution*, vol. 6 / 3, Nature Publishing Group, mars 2022, p. 297-306.

et dont on garde un héritage culturel : un nombre important de saints invoqués pour protéger de la maladie, le développement des arts macabres, des restes architecturaux et surtout l'imaginaire collectif⁴⁰. Sur un autre registre, certains auteurs relèvent l'ampleur de l'hécatombe par la modification des rapports de force sociale : le manque de main d'œuvre entraîne une hausse de la rémunération des paysans par les riches propriétaires terriens et une diminution de l'écart des richesses⁴¹.

La fin de la maladie en Occident

Après cette première poussée de Peste Noire, l'épidémie revient par multiples poussées qui durent quelques années chacune : la maladie reprend de différents foyers, elle se répand, ne laissant pas de répit aux populations qui ont des réactions identiques à la première épidémie (terreur, fuite, prières, agressivité, isolement) souvent locales et inefficaces. Au fur et à mesure se développent tout de même des mesures plus globales plus efficaces pour stopper les épidémies, en particulier les mesures d'isolement (quarantaine, lazarets) et de contrôle sanitaire (billets sanitaires).

Ces épidémies durent jusqu'au XVIIIe siècle, la peste disparaissant de l'Europe avec l'épidémie de Marseille en 1720. Différentes explications sont invoquées pour expliquer la disparition de la peste : le progrès des mesures sanitaires⁴², une modification de l'écosystème des rats vecteurs de la peste, voire l'apparition d'une nouvelle bactérie moins virulente, *Yersinia pseudotuberculosis*. Aucune ne semble aujourd'hui être plus probable qu'une autre⁴³, elles s'entremêlent pour expliquer la disparition de la maladie.

⁴⁰ Voir notamment les podcasts de Radio France sur la peste : Perrine Kervran, *La Grande peste, l'empreinte d'une tueuse*, Radio France, février 2022

⁴¹ Walter Scheidel, *Une histoire des inégalités*, Actes Sud, 2021

⁴² Le progrès des mesures sanitaires est l'explication principale au XIXe et XXe siècle, appuyant l'image positive du médecin et la mise en place des politiques hygiénistes de l'époque

⁴³ Erica Charters et Kristin Heitman, « How epidemics end », *Centaurus*, vol. 63 / 1, 2021, p. 210-224.

C. L'exemple de la Peste de Marseille (1720-1722)



Figure 8. *Marseille en Quarantaine*, L'Histoire, 17 avril 2020⁴⁴

Attardons-nous sur le récit de la dernière épidémie de peste connue en Europe : la peste à Marseille au début du XVIII^e siècle. Il s'agit de l'épidémie dont la documentation est la plus détaillée et précise ⁴⁵, pouvant servir de modèle pour imaginer le déroulement des épidémies précédentes en zone urbaine. Dans les campagnes par contre, la documentation nous fait toujours autant défaut.

Origine de l'épidémie

Cette dernière épidémie a débuté en l'an 1720. Différentes causes sont évoquées par les contemporains, nous indiquant que les mécanismes de la peste ne sont pas encore bien appréhendés par la population. On évoque l'hypothèse d'une

⁴⁴ Philippe Joutard, « Marseille en quarantaine : la peste de 1720 », L'Histoire, 17 avril 2020.

⁴⁵ Jean-Noël Biraben, *op. cit.*

Paul Gaffarel et Marquis de Duranty, *La peste de 1720 à Marseille et en France : d'après des documents inédits...*, 1911.

tarente qui serait tombée dans la jarre d'huile de ménage et aurait causé par son venin le début de l'épidémie. On parle toujours des miasmes, du rôle des vents et du Mistral les répandant. L'hypothèse la plus vraisemblable, et celle retenue, est celle d'un bateau suspect n'ayant pas respecté les mesures de quarantaine : le *Grand-Saint-Antoine*, un navire en provenance du Levant dans la région de l'actuelle Syrie. Ce navire transportait des étoffes précieuses, probablement porteuses du bacille de la peste. Au cours du périple, plusieurs passagers décèdent de maladie : neuf sont décédés avant l'arrivée à Chypre, puis en Italie où sont tout de même délivrées des patentes⁴⁶ de santé autorisant la poursuite du voyage.

À Marseille, les propriétaires du bateau jouent de leurs relations pour éviter la quarantaine⁴⁷ normalement imposée aux bateaux suspects, avec l'appui des marchands bourgeois souhaitant avoir les étoffes à temps pour pouvoir les vendre à la foire de Beaucaire. La dernière épidémie de peste datant d'il y a plus de 50 ans (dans le bassin parisien et normand), on trouve les mesures d'alors trop contraignantes pour une maladie du passé. Le bureau de santé autorise le débarquement des personnes et des marchandises le 14 juin 1720. Au fur et à mesure tombent malades puis meurent les membres de l'équipage, puis les portefaix ayant manipulé les marchandises. Le bureau de santé s'en inquiète, renvoie le bateau à l'île de Jarre, fait brûler les vêtements des personnes décédées et isole les autres : mais il est trop tard, l'épidémie est déjà là.

Diffusion initiale et premières réactions

À partir du 9 juillet 1720, il ne fait aucun doute que la maladie est là, avec les premières réactions des populations ainsi que des autorités se succèdent. Les maisons contaminées sont murées, les habitants suspects sont emmenés aux infirmeries et on met en place un lazaret⁴⁸ isolé de la ville et sous stricte surveillance; de nuit les morts sont enterrés dans la chaux vive, on désinfecte au vinaigre et on fait brûler du soufre dans la ville. Sur conseil de médecins de la ville, des fumigations ont lieu dans toutes les maisons et sur les remparts pendant trois jours, sans efficacité et entraînant une pénurie de bois. Les notables manquent dans l'administration, la rendant désorganisée, et trois des onze médecins agrégés de Marseille fuient, tandis que cinq autres meurent. Il manque de bras et de courageux pour enlever les cadavres qui s'entassent dans les rues.

La liberté de mouvement est rapidement limitée : on a besoin de "bulettes de santé" pour pouvoir circuler. Mais face à la terreur de la maladie, beaucoup fuient : les bourgeois et notables se retirent dans leurs résidences en dehors de la ville, et les pauvres essaient d'échapper aux contrôles pour ne pas se retrouver enfermés dans les infirmeries, considérées comme une condamnation à mort. Un cordon sanitaire autour de la ville est décidé le 4 août 1720 pour empêcher les Marseillais de quitter la cité, mais il ne sera efficace que deux semaines plus tard, laissant la peste se répandre dans la région, en Provence, dans le Comtat et le Languedoc. Cette extension se fait le long des routes. L'épidémie se déplace avec les hommes et semble attirée par les densités humaines les plus fortes, épargnant les plus petites localités

⁴⁶ Patente : certificat délivré par les consuls des ports pour autoriser le retour en France ou demander une quarantaine selon que la patente soit *nette*, *suspecte* ou *brute*

⁴⁷ Isolement de vingt à quarante jours à l'île de Jarre ou l'île de Pomègues selon la patente

⁴⁸ Établissement d'isolement des personnes suspectes et malades

bien qu'elles soient plus proches. La mortalité se fait de plus en plus importante en ville, avec un pic à plus de 1000-2000 morts par jour en septembre 1720.

Vivre avec la maladie

L'épidémie reflue ensuite, mais dure encore deux-trois ans avant que le cordon sanitaire autour de la ville ne soit levé. Durant tout ce temps, les Marseillais durent apprendre à vivre avec. Des travaux récents de micro-histoire par Fleur Beauvieux⁴⁹ détaillent un peu plus cette vie quotidienne, loin de l'image stéréotypée de l'hécatombe désorganisée qu'on se fait de la maladie. Les écrits et témoignages directs par les gens du quotidien manquent, néanmoins des procès-verbaux des tribunaux permettent en partie de pallier ce manque : « le document judiciaire est une source qui permet de s'immiscer dans la foule des anonymes »⁵⁰. Les inculpés racontent leur quotidien lors de ces procès concernant des violations des règlements de la peste.

La police se structure particulièrement à Marseille avec un quadrillage de la ville, une séparation des populations selon leur état de santé et une surveillance accrue⁵¹. De nouvelles structures de soins émergent : six hôpitaux et quatre maisons de convalescence dans lesquels les pestiférés sont enfermés⁵². En parallèle se développent des équipes médicales plus mobiles allant directement au chevet des malades. Un Tribunal de Police spécial est mis en place, et on retrouve la trace de 36 procès concernant 72 personnes⁵³. Dans son étude de ces procès, F. Beauvieux relève plusieurs attitudes communes de la vie avec la peste : la fuite, l'abandon des malades, le vivre ensemble à distance, et enfin des situations de soins et d'entraide.

La fuite et la terreur sont des attitudes communément admises lorsqu'on parle de la peste. Toutefois, elles ne semblent pas forcément l'apanage de tous : dans les procès, on critique les individus laissant sans soin les pestiférés, en particulier le personnel médical. Dans une affaire concernant un chirurgien⁵⁴, celui-ci est réprimandé par les enquêteurs pour avoir abandonné son patient.

Plusieurs autres procès rapportent des scènes de vie quotidienne : tel homme qui tenait compagnie à une femme à travers la porte de sa maison⁵⁵, telles femmes rendant visite à des hommes en maison de convalescence⁵⁶. Différents objets sont également utilisés pour se protéger : des distances de sécurité lors des procès, l'utilisation de baguettes par les prêtres pour administrer le saint viatique et l'extrême onction, l'utilisation de vinaigre pour tremper les objets et les lettres, l'utilisation de lancettes à longue manche par les chirurgiens...

On voit également dans ces comptes-rendus des procédures que les proches

⁴⁹ Fleur Beauvieux, « « [...] l'ayant secouru jusque a la mort ». Les relations sociales à Marseille en temps de peste (1720-1722) », *Histoire Sociale - Social History*, LIV, novembre 2021, p. 529-550.

⁵⁰ Jean-Marie Constant, « Préface », dans Michel Heichette, *Société, sociabilité, justice. Sablé et son pays au XVIIIe siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2005, p. 10.

⁵¹ Fleur Beauvieux, « Épidémie, pouvoir municipal et transformation de l'espace urbain : le cas de la peste de 1720-1722 à Marseille », *Rives méditerranéennes*, no 42, 2012, p. 29-50.

⁵² AMM, FF292, Registre de peste, Ordonnance du 24 décembre 1720.

⁵³ Fleur Beauvieux, *op. cit.*

⁵⁴ AMM, FF325, Procédures 1721, Affaire Jacob Ravaton.

⁵⁵ AMM, FF324, Procédures 1720, Affaire Laurent Andric.

⁵⁶ AMM, FF325, Procédures 1721, Affaire Caillol & cie.

et voisins continuent à prendre des nouvelles de leurs proches, restent ensemble pour prendre soin les uns des autres (parfois jusqu'à ce que la famille en périsse). Les familles semblent préférer prendre soin de leurs proches chez elles, et évitent les structures de soins qui effraient : les hôpitaux portent "la terreur dans tous les cœurs"⁵⁷. Différentes précautions, inspirées des règlements des hôpitaux⁵⁸, sont recommandées pour les personnes au contact des malades : désinfecter les chambres et les habits du malade à l'aide de vinaigre ou en aspersion; se laver régulièrement les mains lorsqu'on s'occupe de pestiférés; porter sur soi des pommes de senteur quand on les assiste; tremper les aliments et boissons dans certaines racines ou encore faire bouillir des herbes au milieu de la chambre afin d'éviter de contracter la peste, grâce à la fumée dégagée⁵⁹.

D'autres procès-verbaux rapportent un manque de confiance dans le personnel médical en ville, du fait de leur manque d'efficacité, mais aussi du fait de leur avidité : "le médecin Manen visitait au commencement ceux qui étaient en état de bien le payer, mais comme ses remèdes, et surtout les saignées qu'il faisait d'abord lui-même eurent toujours un succès funeste on ne l'appelait plus depuis bien longtemps lorsqu'il mourut au mois de février. [...] Il n'y eut plus ni médecin, ni chirurgien, ni apothicaire, ni garçon."⁶⁰

Fin de l'épidémie

L'épidémie reflue durant l'année 1721 avant de reprendre en mai 1722 avec un relâchement des mesures sanitaires. À la suite de cette rechute, les mesures redeviennent strictes. Les échevins de la ville font le vœu solennel d'aller entendre, à chaque date anniversaire, la messe au monastère de la Visitation et d'offrir « un cierge ou flambeau de cire blanche, du poids de quatre livres, orné de l'écusson de la ville pour le brûler ce jour-là devant le Saint-Sacrement »⁶¹.

En août, l'épidémie finit par disparaître, mais la méfiance envers la ville phocéenne persistera. Beaucoup de régions refusent de commercer avec Marseille pendant quelques années encore, avec un blocus qui dure jusqu'en 1723.

⁵⁷ Giraud, « Journal historique », fol. 287

⁵⁸ BMVRA, 3811, Recueil factice de diverses pièces tant imprimées que manuscrites sur la peste de 1720 en Provence, Règlement pour les Infirmeries

⁵⁹ AMM, GG390, Lettres de particuliers, Lettre anonyme.

⁶⁰ Arch. des Bouches-du-Rhône, C 927 B : "extraits du résumé des états demandés le 17 juillet 1721"

⁶¹ Paul Gaffarel et Marquis de Duranty, *op. cit.*, p. 404.

Les réactions face à la peste

Une fois ce bref retour historique, intéressons-nous plus en détail aux conceptions de la maladie, aux réactions et aux mesures mises en place.

La réaction des populations

Il est difficile d'avoir un accès direct aux expériences des populations : la plupart des textes proviennent des personnes lettrées, bénéficiant d'un statut social plus élevé et non représentatif des couches sociales plus basses. Ainsi, les réactions populaires sont décrites "d'en haut". On y pallie en partie grâce aux témoignages recueillis dans des études de micro-histoire, dont celle évoquée de F. Beauvieux. Cependant, même ceux-ci ne concernent en général que les citadins, et un échantillon limité de celles-ci. Nous rapportons dans cette partie les éléments que nous avons pu trouver, ceux qui sont rapportés par des lettrés ou que l'on déduit des comportements observés.

A. Terreur face à une nouvelle inconnue

Une des premières descriptions de peste nous est donnée par Boccace, un écrivain italien, dans les premières pages de son *Décaméron*⁶². Il rapporte la terreur qu'a provoqué la maladie chez ses contemporains à Florence. Il y décrit un fléau douloureux provoquant "l'horreur" et la "cruauté" : les hommes et les femmes se fuyaient les uns les autres, évitaient les malades, fuyaient hors de la ville quand ils le pouvaient et laissaient les malades s'entasser dans les rues.

Rare fait, l'auteur italien est un de ceux parlant des ruraux. Il décrit des campagnards qui ont des comportements similaires aux citadins : "en cette époque si funeste, la campagne environnante ne fut pas plus épargnée [...] les misérables et pauvres cultivateurs, ainsi que leur famille, sans aucun secours de médecin, sans l'assistance d'aucun serviteur, par les chemins, sur les champs mêmes qu'ils labouraient, ou dans leurs chaumières, de jour et de nuit, mouraient non comme des hommes, mais comme des bêtes".

À cette terreur sans nom, on peut objecter les études récentes de micro-histoire que nous avons évoqué : à Marseille au XVIIIe⁶³ ou à Florence au XVIIe, on semble s'habituer à la maladie. Les relations rapportées ne sont pas aussi tumultueuses, avec moins d'abandon et plus d'entraide. Cela est probablement dû à l'effet du temps : bien que la maladie reste toujours aussi terrible, elle ne représentait plus une inconnue et on avait appris à vivre avec.

⁶² Boccace, « Le Décaméron (1350-1354) Traduction par Francisque Reynard. », Paris, G. Charpentier et Cie, Éditeurs, 1884, p. 5-57.

⁶³ Fleur Beauvieux, *op. cit.*

Terreur, vie commune et solidarité en temps d'épidémie

Pour imaginer les réactions passées, en supposant des invariances, on peut projeter à partir des réactions lors d'épidémies plus récentes et mieux documentées (tout en se rappelant bien que ce sont des projections hypothétiques). Ainsi les comportements durant le confinement et les premières vagues de la covid font état d'angoisse, parfois de terreur, mais aussi une certaine continuité de la vie sociale et de comportements de solidarité. Certains travaux rapportés pour la peste suggèrent aussi la perpétuation du lien social et d'une vie commune, d'autant plus que l'épidémie dure depuis longtemps.

B. Causes surnaturelles, châtiment divin

Lors de chaque épidémie, alors que les morts s'accumulent, des causes divines sont évoquées pour expliquer un tel malheur. C'était déjà le cas en Grèce au XVe avant J-C où Sophocle rapporte la "peste" comme un châtiment divin suite aux crimes de parricide et d'inceste d'Œdipe. L'Ancien Testament raconte l'épidémie des Philistins infligée par Jéhovah au XIe siècle avant JC et pour les chrétiens, sous Justinien au VIIIe siècle, on pense l'Apocalypse venue avec la peste.

Châtiment divin et protection des saints

Pour les épisodes de peste noire à partir du Moyen-Âge, l'influence du christianisme se fait toujours ressentir : on pense être châtié pour les péchés des hommes et on ne peut se tourner que vers Dieu pour se sauver. Pour Jean de Venette, il s'agit de "la volonté de Dieu" entraînant "la corruption des humeurs à l'intérieur, rendant l'air et la terre mauvais"⁶⁴. De même pour Boccace : "parvint la mortifère pestilence qui, par l'opération des corps célestes, ou à cause de nos œuvres iniques, avait été déchaînée sur les mortels par la juste colère de Dieu et pour notre châtiment."⁶⁵

Cette pensée punitive se retrouve dans plusieurs textes, notamment *Le Jugement du Roy de Navarre* (1349) ou *Les animaux malades de la peste* (1678) :

"Je crois que le Ciel a permis,
Pour nos péchés cette infortune".
De La Fontaine, 1678

On retrouve aussi des traces de cette thématique dans les églises. Dans la chapelle Saint-Sébastien à Lanslevillard en Savoie, on retrouve une fresque du XVe

⁶⁴ Colette Beaune, *Chronique dite de Jean de Venette*, Paris, Le Livre de poche, 2011, 1 vol. (500 p.) p., (« Lettres gothiques »).

⁶⁵ Boccace, *op. cit.*, p. 6.

siècle dépeignant un ange ordonnant à un diable de tirer des flèches pesteuses sur les hommes. Dans cette même chapelle, on fait appel aux saints protecteurs contre la peste : Saint-Sébastien, Saint-Roch et la Vierge Marie. Dans les arts du Moyen-Âge, H.H Mollaret et J. Brosollet rapportent que la peste est souvent représentée sous la forme de flèches tirées par des anges, des diables ou encore par la mort elle-même⁶⁶.



Figure 9. Fresque de la chapelle Saint-Sébastien de Lanslevillard-Val Cenis
Lanslebourg, fin du XVe siècle, Fondation FACIM

Lors de la rechute de peste à Marseille en 1722, les échevins de la ville se sont engagés à allumer un cierge au monastère de la Visitation chaque année pour se protéger de la peste (vœu qui fut respecté jusqu'en 1789). On retrouve nombre de témoignages de la sorte avec des prières publiques, des processions, voire des sacrifices tout du long des quatre siècles de la pandémie, implorant la clémence divine.

Les flagellants

Un mouvement de pénitence refait aussi surface dès le début de l'épidémie, celui des flagellants : il s'agit de fidèles pratiquant la flagellation en punition lors de leurs processions de villes en villes depuis le XIIIe siècle. Ce mouvement prend dans toute l'Europe, mais n'est pas bien accueilli par l'Église, notamment à cause de leur non-respect des traditions classiques, et surtout suite à leurs débordements et les massacres contre les juifs qu'ils menèrent. Leurs processions sont interdites dans de multiples villes, et ils disparaissent dès la fin du XIVe siècle.

⁶⁶ Henri Hubert Mollaret et Jacqueline Brosollet, *La peste, source méconnue d'inspiration artistique*, *Jaarboek van het Koninklijk Museum voor Schone Kunsten Antwerpen*, Antwerpen, Belgique, Koninklijk Museum voor schone Kunsten, 1965, 112 p.

Causes célestes

D'autres causes surnaturelles sont invoquées pour expliquer la maladie : le mouvement des astres, les cataclysmes, la sorcellerie... Les plus retenus sont les facteurs astrologiques : par exemple, Jean de Venette rapporte une comète en août 1348 pouvant être "le présage de la peste qui allait bientôt venir à Paris et dans toute la France"⁶⁷. Ces signes célestes peuvent également être annonciateurs de la colère de Dieu : Nostradamus rapporte dans une lettre de 1554 une comète annonciatrice de la peste, à Londres, on pense que la peste et l'incendie de 1666 auraient été annoncés par une comète en 1664.

Critique des causes surnaturelles

Il n'est pas aisé de savoir si l'idée de châtiment était répandue à l'ensemble de la population, même si on peut l'imaginer très étendue avec l'imprégnation religieuse de la société. Il y eut quand même des critiques de cette idée de péché dès la première vague noire, notamment par Pétrarque, un auteur humaniste florentin : « [...] Seul un esprit pervers peut penser autrement et croire que Dieu ne veut pas et ne peut pas avoir compassion et effacer les péchés : c'est de cette source, et pas d'une autre, que prend habituellement naissance le désespoir, car la première opinion nie la bonté de Dieu, la seconde sa toute-puissance : les deux sont un blasphème contre l'Esprit Saint et ne peuvent être pardonnées ni dans ce monde ni dans l'autre, car elles accusent d'impuissance ou d'envie envers notre salut Celui qui est toute puissance et toute bonté [...] »⁶⁸

C. Recherche de boucs-émissaires

Face à la calamité, certains recherchent des causes humaines. On accuse en particulier les juifs lors des premières épidémies, avec des massacres dans toute la France (notamment le pogrom de Strasbourg en 1349). Les juifs sont accusés d'avoir provoqué la peste en empoisonnant des puits⁶⁹. Ces accusations persistent quelques années, malgré l'intervention du pape d'Avignon, Clément VI, les défendant via une lettre le 26 septembre 1348 : "Nous vous ordonnons de profiter de la messe pour interdire à votre clergé et à la population – sous peine d'excommunication – de léser les Juifs ou de les tuer".

Pour expliquer ces massacres a posteriori, on pense à la ségrégation religieuse et raciale intensifiée par la peur de l'épidémie. E. Carpentier pense aussi à un phénomène de haine entre classes riches et classes pauvres qui se serait accentué à l'occasion de la peste à cause de la mortalité différentielle en fonction de la richesse⁷⁰.

⁶⁷ Colette Beaune, *op. cit.*

⁶⁸ Pétrarque – lettres familières, XVI 4 [1353]

⁶⁹ Évoqué dès 1319 en Allemagne, voir Pertz, *Monumenta Germaniæ*, xii. 416

⁷⁰ Élisabeth Carpentier, « Autour de la peste noire : famines et épidémies dans l'histoire du XIV^e siècle », *Annales*, vol. 17 / 6, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1962, p. 1062-1092.

En dehors de la communauté juive, bien d'autres vecteurs de la maladie sont visés, et notamment les animaux : principalement les chats, les chiens, les cochons... et très rarement les rats. Ils sont également chassés et tués dans certaines localités.

Stigmatisation de populations

Les stigmatisations paraissent déjà une invariante des épidémies. On a déjà évoqué les discriminations entre les bons et les mauvais malades, qui peuvent se retrouver dans l'histoire du sida par exemple. Lors des épidémies souvent, dans un probable contexte de suspicion consciente ou inconsciente de contagion, les personnes semblant répandre les maladies sont la cible d'ostracisation, de violences verbales et physiques, ainsi que d'ostracisation. C'est le cas pour la peste pour les juifs et autres semeurs de pestes, pour la classe ouvrière au XIXe siècle, les 4H pour le sida et la population asiatique ou encore les "covidés" lors de la dernière grande pandémie en date.

D. Théorie miasmatique et soupçons d'une contagion

La théorie miasmatique suppose que la maladie est due à des miasmes dans l'air et un déséquilibre de l'environnement. On n'a pas l'impression qu'elle a pénétré la population : de nombreuses mesures sont prises pour combattre les miasmes (on brûle de l'encens, on met du parfum, on nettoie les rues...) mais elles semblent plutôt émaner des autorités et des médecins.

Concernant la contagion, elle n'était pas une théorie très acceptée dans le milieu médical. On la devine pourtant plus présente chez les gens du commun, comme en témoignent leurs réactions : la fuite, l'isolement des malades dès les premiers signes de maladie, l'enterrement des corps dans de la chaux vive, la quarantaine des bateaux et des marchandises. Un synonyme courant de la maladie est même la "Contagion". Ce n'est pas l'idée d'une contagion comme on la connaît actuellement, avec des micro-organismes se reproduisant et se répandant d'individus en individus. Rien d'aussi clair à cette époque, mais on semble bien se rendre compte que la peste touche plus facilement les personnes en contact avec les malades, et ce, dès la première épidémie en 1348 :

Jean de Venette dans ses chroniques : “La maladie et la mort venaient aussi par imagination, relation et contagion, car celui qui était en bonne santé et visitait un malade échappait rarement au péril de la mort” ⁷¹

Boccace dans son *Décaméron* : “Ce qui donna encore plus de force à cette peste, ce fut qu’elle se communiquait des malades aux personnes saines, de la même façon que le feu quand on l’approche d’une grande quantité de matières sèches ou ointes” ⁷²

Durant la peste de Marseille, on retrouve les différentes méthodes pour tenir la maladie à l’écart que nous avons déjà décrit. Le Père Giraud, un ecclésiastique à Marseille durant la peste, parle de “mal contagieux” mais aussi de “fièvre pestilentielle” causée par l’alimentation.

⁷¹ Colette Beaune, *op. cit.*

⁷² Boccace, *op. cit.*

La réaction des médecins

Comme nous l'avons déjà vu, les personnes pratiquant la médecine et les soins ne se résument pas aux médecins : il y a également les guérisseurs, les rebouteux, les bonnes sœurs et autres n'ayant pas laissé une grande trace. Et même parmi les médecins, on a d'un côté les médecins universitaires des grandes villes ayant laissé une grande production littéraire, et les médecins de campagne ayant laissé moins de témoignages. Leurs réactions ont pu être diverses selon leurs croyances sur la maladie.

A. Le point de vue médical dominant

La médecine scolastique est la mieux connue et celle ayant le plus d'influence dans les grandes villes à cette époque, celle enseignée dans les grandes Universités de Paris et de Montpellier. Cette médecine continue de s'appuyer sur les idées des auteurs anciens, proposant des solutions visant principalement à purifier ou s'extraire d'un environnement putréfié.

La théorie miasmatique

À propos de la peste, les médecins l'expliquent à travers la théorie hippocratique des miasmes. Les miasmes seraient une substance présente dans l'air, en lien avec différents facteurs environnementaux tel que la géographie, le climat, mais aussi les astres⁷³. Ces miasmes seraient responsables de la maladie, sans notion de contagion d'individu en individu. Les médecins n'évoquent pas de cause surnaturelle, de punition divine ou autre.

Pour la première épidémie, la peste aurait été la conséquence de la conjonction d'astres d'après les conciles de l'Université de Sorbonne (1347) et de Montpellier (*Tractus de epidemia* de 1349) : la conjonction des planètes majeures (Saturne, Jupiter et Mars) dans le 14^e degré du Verseau le 25 mars 1345 aurait amené de longues pluies pendant trois ans et entraîné une grande putréfaction, qui se serait ensuite répandue par les vents.

Cette conception miasmatique persiste durant toute la pandémie de peste. À Bordeaux par exemple, les différentes épidémies de peste seraient dues aux miasmes qui s'échappent des marais entourant la ville⁷⁴. Laurent Joubert, médecin du roi Henri III, parle de l'influence des eaux stagnantes dans son traité de peste de 1581 : "la cause spéciale ou particulière procède des paluds et marécages avec la vapeur mauvaise et infecte des étangs, eaux dormantes, cloaques, égouts ou retraits, laquelle corrompt et altère l'air, charogne, corps morts qui demeurent parmi les champs sans sépulture, sans être brûlés comme il advient après quelque bataille"⁷⁵. Et comme nous

⁷³ A cette époque l'astrologie est une science à part entière et très utilisée en médecine, sans être annonciatrice de cataclysme comme évoqué plus haut pour les comètes dans la conception profane

⁷⁴ G. Auteur du texte Péry, *Les épidémies de Bordeaux pendant les XVe, XVIe et XVIIe siècles*, 1867, p. 31.

⁷⁵ Ferdinand Chavant, *La peste à Grenoble, 1410-1643*, 1903, p. 21.

l'avons évoqué à Marseille en 1720, les médecins offrent des conseils pour purifier l'air de ses miasmes.

En ce qui concerne la contagion, bien qu'il y ait des soupçons chez la population, celle-ci n'est pas communément admise par la médecine universitaire de l'époque : "& pour la Contagion, on n'ignore pas que la plupart des Médecins n'y croient pas"⁷⁶

Les mesures préconisées

L'épidémie étant due à un mauvais air, pour lutter contre la maladie, il faut purifier l'air : on brûle de l'encens, le parfum se développe, on nettoie les rues et on conseille d'enterrer les cadavres dans de la chaux vive⁷⁷. Et si cela ne marche pas, on se soustrait au lieu infecté pour aller ailleurs suivant l'aphorisme attribué à Galien : "cito, longe, tarde", à savoir fuir "vite, loin, longtemps". Les médecins ne semblent pas imaginer que cela risque de répandre d'autant plus l'épidémie, la contagion n'étant pas admise, et on se dit plutôt que les miasmes voyagent avec les habits et marchandises⁷⁸.

Du côté de la thérapeutique, la théorie humorale est prégnante et on conseille aux malades les différentes mesures de purgation du corps afin d'éliminer les mauvaises humeurs et rétablir l'équilibre : "Les uns se déclarent pour la saignée, & la regardent comme un des principaux secours; les autres la condamnent comme pernicieuse; ceux-ci disent avoir employé les Emetiques & les Purgatifs avec un grand succès; ceux-là certifient que tous les Remèdes, qui purgent ont toujours une suite funeste, sur tout quand on les donne au commencement de la Maladie, & qu'ils sont suivis d'une abondante évacuation. [...] un des plus assurés remèdes contre tous ces poisons est le vinaigre"⁷⁹

Parmi les universitaires, on conçoit que le médecin doit influencer sur les autorités afin de mettre en place les bonnes directives : "Ce sera aux médecins d'enseigner aux Magistrats, et aux Consuls ce qu'ils auront à faire sur la purification de l'air, sur le nettoyage des Villes, sur la retraite de pauvres, sur la nourriture du peuple, sur la défense du commerce, et sur tout ce qui regarde le règlement préservatif, suivant ce qui a été dit".⁸⁰

⁷⁶ Jean-Baptiste (1670-1752) Auteur du texte Bertrand et Michel Auteur du texte, *Observations faites sur la peste qui regne a present a Marseille et dans la Provence . Avec un avertissement*, 1721, p. 67/125 (Gallica).

⁷⁷ Emanuel Labadie, *Traicté de la peste divisé en dianostic, pronostic, et curation. Avec des observations notables*, Par Dominique et Pierre Bosc, Toulouse, 1620, p. 44.

⁷⁸ Jean-Baptiste (1670-1752) Auteur du texte Bertrand et Michel Auteur du texte, *op. cit.*, p. 107/125 (Gallica).

⁷⁹ Jean-Baptiste (1670-1752) Auteur du texte Bertrand et Michel Auteur du texte, *op. cit.*

⁸⁰ François Ranchin, *Traité politique et médical de la peste, réédition*, Liège, 1721.

B. La réalité dans la pratique

Dans la pratique, il existe d'autres idées, d'autres thérapeutiques et d'autres mesures de prévention proposées par divers soignants. Mais rien ne semble être efficace, et les médecins sont toujours autant honnis par les populations.

Les théories médicales divergentes

Bien qu'elle soit la plus communément admise, la théorie miasmatique n'est pas la seule. On trouve la théorie contagionniste, sur laquelle se base notre compréhension actuelle des maladies infectieuses, qui apparaît au XVI^e siècle avec Fracastor avec *De contagionibus et contagiosis morbis* (1546) : les maladies seraient dues à des germes invisibles à l'œil nu, les *seminaria contagionis*, capables de se diviser et de se multiplier et répandant ainsi la maladie par transmission humaine. On retrouve notion de cette théorie lors de l'épidémie de Marseille par certains médecins : on évoque alors une substance animée comme des vers invisibles, répandant la maladie⁸¹. Pour lutter contre, ils conseillent des mesures d'isolement et l'utilisation de divers remèdes afin de diminuer cette contagion.

Divers soignants sont partisans de la vision religieuse du châtiment, mais en considérant un châtiment qui suit des lois naturelles qu'on peut comprendre et essayer de combattre. Il y a également les nombreux guérisseurs sans formation médicale universitaire : nous n'avons pas retrouvé leur vécu, mais on peut imaginer leurs conceptions teintées de ces mêmes croyances religieuses.

Les théories divergentes ne sont pas très bien admises : les universitaires ne se détachent pas des conceptions antiques, et les autorités se reposent sur l'avis des Facultés de Médecine lorsqu'elles recherchent conseil.

Médecine officielle et divergente

Avec l'organisation de la médecine en cours, le discours officiel se fait de plus en plus critique des conceptions divergentes. Au fur et à mesure, un cadre légal s'y ajoute pour les empêcher d'utiliser leurs conceptions "erronées" sur la population, mais aussi ne pas faire concurrence. Ce cadre persiste et se renforce dans les siècles suivants, aboutissant à des institutions médicales garantes de la bonne pratique d'une médecine fondée sur les preuves et la persistance de quelques pratiques divergentes dénonçant une médecine officielle déconnectée de certaines réalités pratiques. Des collectifs revendiquent notamment leur liberté de prescrire durant la crise de la covid, mettant en avant leur expérience personnelle du terrain.

⁸¹ Jean-Baptiste (1670-1752) Auteur du texte Bertrand et Michel Auteur du texte, *op. cit.*, p. 6-7/125 (Gallica).

Une confiance limitée

En pratique, le comportement des médecins se répartit en deux attitudes : ceux qui restent et s'illustrent par leur dévouement et sacrifice et ceux qui fuient dès les premiers signes de la maladie. La maladie effraie autant les soignants que les autres, voire plus, car ils sont directement au contact d'elle lors de leurs visites médicales chez les malades, ou dans les infirmeries et dans les hôpitaux.

Lorsqu'ils restent, les médecins sont bien peu efficaces. Cela ne les empêche pas d'être critique envers les remèdes proposés par d'autres, en particulier ceux des empiriques et des guérisseurs⁸². Les livres imprimés sur la peste sans approbation de l'Université sont aussi décriés : les idées divergentes sont mal acceptées. Quelques médecins reconnaissent toutefois leur impuissance et ignorance : "cette Maladie a une cause, qui élude toute la Science & la capacité des plus éclairés, des plus habiles maîtres, & des plus expérimentés praticiens, & quand on serait assez heureux pour le trouver ce spécifique, ce puissant, & efficace remède, on ne pourrait pas l'employer pour la plupart des malades, qui meurent subitement"⁸³.

Les profanes critiquent déjà le manque d'efficacité ou de probité des médecins en dehors des épidémies, et ce n'en est que renforcé lors des épidémies tout du long de la pandémie :

À Florence en 1348 : "Pour soigner ces maux, les conseils des médecins ne servaient apparemment à rien, non plus que la vertu d'aucune médecine n'apportait de remède [...]. Certains, se résolvant à un choix plus cruel, encore que ce fut peut-être le plus sûr, prétendaient qu'il n'y avait pas de meilleure médecine, ni même d'aussi bonne, contre les pestilences, que de fuir devant elles" ⁸⁴

À Marseille en 1720 : "La populace poursuit les médecins en les traitant d'ignorants et de fripons" ⁸⁵

⁸² *Ibidem*, p. 83/125 (Gallica).

⁸³ *Ibidem*, p. 9/125 (Gallica).

⁸⁴ Boccace, *op. cit.*

⁸⁵ *Sur la Peste de Marseille, en 1720*, Chez Hardouin et Gattey, Londres, 1786, p. 8.

La réaction des autorités publiques

Lorsqu'on parle d'autorités sur cette période, on fait à la fois référence à des laïques que des religieux : bien des petites communautés sont supervisées par des évêques. On a pu voir diverses réactions de ces autorités le long des différentes épidémies, avec parfois la fuite des administrations en même temps que celle des médecins. Une certaine organisation et des règlements se mettent tout de même en place au fil des ans. Dans ce cadre, les médecins sont à la fois des conseillers et des employés des autorités publiques.

A. Organisation des administrations en temps de peste

Organisation difficile, voire désorganisation

Les premières épidémies ont entraîné une forte mortalité et fuite chez toute la population, y compris les magistrats, édiles, évêques... Sans administrateur, il est plus difficile de mettre en place une organisation, ou tout du moins, nous en avons moins de trace puisque c'était leur rôle de garder des traces écrites. À Marseille, "les échevins reconnurent que le poids de l'administration était au-dessus de leurs forces"⁸⁶. Avec l'expérience acquise et la volonté de certains, les localités, et des fois l'État même, s'organisent pour lutter contre la maladie.

Organisation du territoire et du personnel

Dans les grandes villes et le territoire adjacent, le territoire est séparé en quartiers sous la supervision de *Bureaux de santé* dirigés par des *Capitaines de santé*. Leur rôle est d'organiser le recensement de la population et de mettre en place des mesures locales (en accord avec les recommandations plus générales) pour contenir l'épidémie et maintenir l'ordre. Cette organisation apparaît d'abord en Italie au XIVe siècle, et se répand en France fin du XVe et début du XVIe siècle. On retrouve à Avignon en 1479 des députés de santé, à Marseille dès 1504 des consuls, à Montpellier en 1506 des capitaines de santé... Cela se codifie pour ne garder au XVIIe siècle que les *Bureaux* et *Capitaines de santé*.

Cette administration est secondée par plusieurs corps de métier pour remplir ces missions. On recrute du personnel policier pour le maintien de l'ordre et pour surveiller le respect de l'application des règlements de peste (notamment les mesures d'isolement). Il faut également s'occuper des malades, notamment ceux dans les infirmeries, hôpitaux, lazarets... Pour cela, on a besoin de personnel soignant : des médecins, mais aussi des chirurgiens, des infirmiers, des religieuses... Il est aussi nécessaire d'avoir des prêtres pour maintenir les prières et parfois organiser des processions, des messes, et surtout accompagner les mourants pour leur permettre de se confesser. Enfin, il faut du personnel pour nettoyer les rues, mais aussi pour

⁸⁶ *Sur la Peste de Marseille, en 1720*, Chez Hardouin et Gattey, Londres, 1786, p. 16.

porter et enterrer les morts. Ce personnel est dur à recruter, et on se retrouve parfois à utiliser des forçats et autres prisonniers en échange de réduction de leurs peines.

B. Mesures mises en place

Gestion de l'information et de la peur

Le premier élément sur lequel les autorités portent leur attention est l'information en amont et pendant les épidémies. Lors des premières épidémies du XIV^e siècle, on repère la maladie aux rumeurs qui circulent. Par la suite, ce sont de véritables enquêtes pour déterminer la maladie en question : lors de la peste de Marseille, une commission de médecins experts de Montpellier se rend en ville pour déterminer s'il s'agit bien de la peste. Cette expertise médicale est aussi complétée par une enquête administrative, un recueil des rumeurs des villes adjacentes et le décompte des décès.

Lorsque l'épidémie est là, se pose la question de communiquer l'information de la maladie. Quand l'épidémie touche une cité adjacente, la nouvelle est vite sue par tous pour couper les contacts avec la ville en question. Dès qu'elle touche la ville même des magistrats, ceux-ci ont tendance à taire la nouvelle : d'un côté pour éviter la panique, et de l'autre pour pouvoir continuer le commerce et constituer des réserves lorsque l'isolement de la ville sera inévitable. Pour éviter la peur des morts, on interdit dans certaines villes aux clochers des églises de sonner les morts, et les familles endeuillées de porter du noir (Lille en 1400 notamment⁸⁷).

Mesures d'assistance

Nombreuses sont les personnes se retrouvant démunies en temps de peste, ne pouvant travailler et n'ayant pas de ressources. On met alors en place des mesures d'assistance voient le jour pour les mendiants, les pauvres, les chômeurs et les orphelins. On essaie de stocker d'avance des médicaments et autres ressources médicales pour les hôpitaux et infirmeries.

Mesures pour purifier l'air

Les autorités suivent les idées médicales dominantes de l'époque, et essaient autant que possible de purifier l'air. On brûle de l'encens et du soufre pour purifier et renouveler l'air, on enterre les corps putréfiants dans de la chaux vive, et on utilise toutes sortes de parfums.

⁸⁷ Emile-Arthur Caplet, *La Peste à Lille au XVIII^e siècle*, Lille 1898, p. 36.

Mesures pour lutter contre la contagion

Les autorités sont également pragmatiques : bien que la théorie de la contagion ne soit pas forcément admise par les médecins, voire les autorités elles-mêmes, on se rend bien compte que l'épidémie circule d'une manière ou d'une autre avec les personnes. On essaie alors de limiter cette circulation de différentes manières.

Limitations de circuler

Les administrations commencent par limiter les mouvements de population, d'abord en interdisant localement les fuites (à Gap en 1565, en Savoie en 1575) avant de se généraliser sous la forme des cordons sanitaires. Pour la Peste de Marseille, différents arrêts du Conseil du roi mettent en place un cordon sanitaire tenu par des garnisons armées empêchant la circulation des biens et des personnes.

Les mouvements n'étaient pas toujours totalement arrêtés en temps de peste, ou en tout cas pas pour tous. Les bateaux pouvaient naviguer ou devaient être isolés en fonction d'un document administratif nommé *patente* (notamment valable entre différents pays, et délivrés par les consuls sur place). Les personnes devaient se munir de certificats, nommés *bulletin/bulette de santé*, attestant de leur bonne composition :

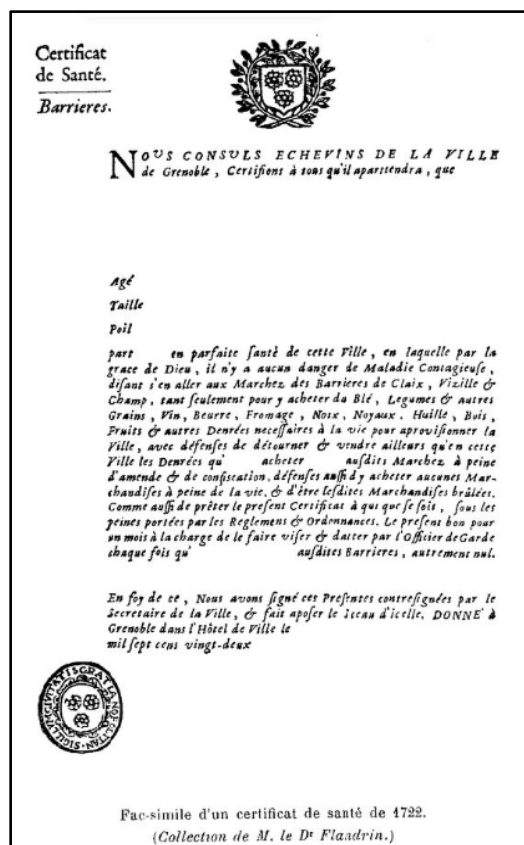


Figure 10. Certificat de santé, tiré de *La peste à Grenoble* (1903) ⁸⁸

⁸⁸ Ferdinand Chavant, *op. cit.*, p. 45.

On interdit les rassemblements de personnes, les convois funèbres, les marchés, et parfois même les écoles. Du côté des religieux aussi, on édicte des interdictions : en 1472 à Angers, l'Église supprime le baiser de paix qui se donnait à la messe entre les fidèles⁸⁹, différentes processions et pèlerinages sont interdits, et on administre certains rites à l'aide d'instruments évitant le contact direct.

Mesures d'isolement des malades

Sur place fleurissent toutes sortes de mesures d'isolement des malades. Au XIV^e siècle, on commence par les enfermer dans leur propre maison, avant de les tenir dans des lieux à l'écart de la ville. Les lieux dans lesquels ils sont enfermés portent des noms très variés : cabanes, loges, chabotes, hobettes, cadoles, capites, baraques, huttes, tentes. Quelquefois, ils sont enfermés dans les diverses infirmeries et hospices existants. Les personnes plus riches s'en sortent mieux : elles s'isolent dans leur demeure en campagne.

Lorsqu'il s'agit de voyageurs maritimes, ils subissent la fameuse *quarantaine* avec isolement dans des lazarets, souvent sur des îles à part. Les premières quarantaines apparaissent dès le XIV^e siècle : Venise en 1374, Marseille 1384.

La gestion de la mort

L'une des tâches les plus importantes, mais difficile au milieu de la mort noire, est celle de l'organisation des cadavres qui s'entassent dans les rues. On recrute divers volontaires et des prisonniers pour se risquer auprès des personnes décédées de peste et portant la pestilence. Lors des pics de l'épidémie, on recourt à l'inhumation multiple, sans utilisation de cercueils. Au mieux, on enterre les cadavres dans de la chaux vive afin de limiter la pestilence de se répandre. Habituellement, les mourants ne peuvent se confesser avant la fin, et l'Église doit revoir la manière d'administrer les derniers sacrements, comme en atteste le témoignage de l'évêque de Bath et Wells en 1349 : « La présente pestilence, dont la contagion se répand en tous lieux, a laissé beaucoup de paroisses vides de prêtres. Comme on n'en trouve plus [...], de nombreux malades décèdent sans les derniers sacrements. Annoncez à tous que, s'ils sont sur le point de mourir, ils peuvent se confesser les uns aux autres, et même à une femme. »⁹⁰

C. Les règlements de peste

Au fur et à mesure des épidémies s'accumulent les différentes directives, qui se codifient dans des *règlements de peste*. Ils sont initialement assez spécifiques à certaines localités, comme on peut le voir pour Lille :

⁸⁹ Henria David, *La Peste à Angers*, Paris 1908, p. 24.

⁹⁰ William G. Naphy, Andrew Spicer et Emmanuel Le Roy Ladurie, *La peste noire, 1345-1730*, *Collection Mémoires* (Paris. 2002), trad. Arlette Sancery, Paris, France, Editions Autrement, 2003, 187 p., (« Collection Mémoires »), p. 29.

Règlements de peste de Lille ⁹¹ :

- En 1400 : on interdit d'enterrer les pestiférés autour des églises et on interdit de sonner les cloches;
- En 1469 : on fait visiter les corps suspects de peste pour expertise;
- En 1471 : on interdit de vendre des meubles de personnes mortes de peste;
- En 1476 : chacun doit balayer devant sa maison et porter les ordures hors de la ville; En 1480 : les maisons infectées sont marquées et les malades ou suspects doivent avoir en main une verge blanche;
- En 1484 : la revente des hardes est interdite pendant l'épidémie;
- En 1514 : on ajoute une garde aux portes de la ville, et toutes ces mesures sont additionnées et mises sous la forme d'un règlement de peste.

Ils finissent par prendre une forme commune sur l'ensemble du territoire, répandant notamment les mesures d'isolement sanitaire et de limitation de circuler (cordons sanitaires, bulletins de santé...), mais aussi des règles d'hygiène stricte. En pratique, ils ne sont pas forcément bien appliqués puisque nécessitant un personnel dédié qui n'était pas toujours disponible ou consciencieux. On est particulièrement laxiste lorsqu'il s'agit de questions économiques (à l'origine de la peste de Marseille) ou religieuse (avec la persistance de nombreuses messes et processions).

D. Rapport des autorités avec les médecins

À travers les différentes mesures prises par les autorités, on intuite leur rapport avec les médecins : ils servent principalement de conseillers et d'employés. Les autorités semblent avoir une certaine confiance dans ces médecins puisqu'ils les consultent en amont et durant les épidémies sur la marche à suivre. Ils dépendent d'eux pour visiter les malades dans les infirmeries et dans les hospices, et certaines localités s'attachent même le service de médecins de peste de manière pérenne. Ainsi, bien que la population n'ait pas confiance dans les médecins, les autorités urbaines travaillent en collaboration avec les médecins.

⁹¹ Jean-Noël Biraben, *op. cit.*

Représentations artistiques

L'Art est un moyen pour nous d'avoir accès à un autre vécu de la maladie : il permet de s'imaginer l'épidémie à travers les yeux des contemporains, et de deviner des conceptions profanes de l'époque qu'on ne retrouve pas dans les textes. Pour la peste, ces représentations sont souvent teintées par le spectre religieux. Elles ont aussi donné lieu à un nouveau thème, le macabre, en laissant peu de places aux médecins.

A. L'art, un moyen de documenter une époque

La première utilité de l'art est illustrée par les tableaux de Michel Serre lors de l'épidémie de Marseille : rapporter le vécu et le déroulement de l'épidémie. Le peintre était lui-même commissaire général de son quartier à Marseille et nous rapporte son vécu. Dans son tableau, *La Vue de l'hôtel de Ville pendant la peste de 1720*, le peintre se représente lui-même au bas du tableau en train de peindre la scène sous ses yeux, renforçant le caractère documentaire de l'œuvre.

Attardons-nous sur sa plus grande toile : *La Vue du Cours* s'inspirant du courant du védutisme, représentant de manière réaliste et en perspective des paysages urbains.



Figure 11. Michel Serre, *Vue du Cours pendant la peste de 1720, 1721, Marseille*, musée des beaux-arts

Il s'agit là du Cours devant l'Hôtel de Ville de Marseille. Son tableau se recoupe bien avec les témoignages de l'époque : notre regard se porte d'abord sur le charnier à l'avant, en teinte sombre et désolante, où les cadavres et malades s'entassent dans les rues. Ils sont entourés de leur proche ou laissés seuls et abandonnés. Des forçats sont menés par des chevaliers afin d'enlever les cadavres, tandis qu'on voit des ecclésiastiques bénir les vivants et les mourants. Parmi les personnes à terre, on ne voit pas de différence d'âge ou de sexe. Néanmoins, les chevaliers, les évêques, les échevins semblent mieux se porter physiquement, tout en étant aussi démunis que les autres. Ils ne prennent pas plus de place sur le tableau, et se retrouvent au même endroit que les autres : au milieu de la rue, à essayer d'organiser et d'aider la population de ce quartier. Ainsi, ils sont à la même enseigne et ne paraissent pas plus protégés de la maladie. L'utilisation d'un style "Vue" met d'autant plus en avant le désordre qui règne dans la rue en y opposant la régularité architecturale des bâtiments et des arbres. La perspective emporte notre regard au loin de ce Cours, avec la désolation qui s'étend à l'infini : on ne sait jusqu'où et jusqu'à quand la peste va s'étendre.

B. Thématique du châtiment

D'autres tableaux représentent sous forme de Vue le désespoir que la maladie provoque. Le tableau de Domenico Fiasella à Gênes au XVII^e siècle a retenu notre attention pour des éléments additionnels qu'il apporte à la représentation de l'épidémie. Il montre les mêmes scènes de charnier au milieu de la ville, accompagnée de deux représentations allégoriques : un démon survolant la ville et un squelette avec une faucheuse dans les mains prête à emporter de nouvelles personnes. La palette de couleurs est sombre, accentuant le désespoir de la scène, relevé uniquement en arrière-plan par les incendies des bûchers funéraires. La mort n'épargne personne et on retrouve encore une fois tous les sexes, tous les âges et toutes les classes sociales dans la rue. Les morts de leur côté ne portent qu'une simple toge blanche, ne permettant pas de deviner leur appartenance sociale. On retrouve aussi une thématique fréquente des représentations de peste selon H.H Mollaret et Brossollet⁹² : le nourrisson voulant téter le sein de sa mère décédée, accentuant le caractère injuste et indifférencié de la Mort Noire.

L'influence des idées chrétiennes de châtiment se fait bien ressentir sur ce tableau, et sur la plupart des tableaux de peste : la maladie est une punition infligée aux hommes, sans échappatoire, si ce n'est la religion.

⁹² Henri Hubert Mollaret et Jacqueline Brossollet, *op. cit.*



Figure 12. Domenico Fiasella, *La peste de 1656 à Gênes*, 1658, Palazzo Giustiniani Franzoni, catalogo dei Beni Culturali

C. L'omniprésence de la mort

La peste a apporté son lot de malheurs et d'infortunes, faisant émerger un thème devenu typique des Arts médiévaux : celui de la mort. Sur le tableau précédent, nous pouvons deviner la mort dessinée sous la forme d'un squelette tenant une faux. Mais le plus souvent, lors des premiers siècles de la pandémie, la maladie est plus souvent représentée sous formes de flèches : elles sont d'ailleurs souvent plantées dans les zones des bubons (l'aîne et l'aisselle).

La mort touche tout le monde sans distinction, on le voit bien dans les célèbres danses macabres. Elles sont déjà peintes avant la peste (première représentation en 1312 près de Bâle d'après Mollaret et Brossollet), mais deviennent encore plus abondantes après le début de la maladie. Ces rondes reflètent la fragilité de la vie et l'omniprésence de la mort qui touche toutes les classes sociales, comme on peut le voir sur cette fresque de l'Abbaye de la Chaise-Dieu. Dansant avec les morts, on trouve des rois, des clercs, des nobles, des médecins, des artisans, des paysans, des mendiants, à la fois des hommes et des femmes.



Figure 13. *Danse Macabre*, Abbaye de la Chaise-Dieu, Haute-Loire, fin XVe siècle,
©fje

D. Le médecin, grand absent des tableaux de peste

Ce manque de confiance envers les médecins se traduit dans les arts par une représentation artistique très limitée. Ils sont souvent absents des grands tableaux de peste, et on ne retrouve principalement que des représentations caricaturales de leurs tenues de peste :



Figure 14. Paul Fürst, Caricature d'un médecin durant une épidémie de peste à Rome au XVIIe siècle à gauche, 1656

Figure 15. Johann Melchior Füssli, Caricature d'un médecin de peste de Marseille à droite, 1721

Cette image du médecin de peste est restée ancrée dans l'imaginaire, et on y pense facilement de nos jours lorsqu'on parle du médecin durant la peste. Cependant, l'absence de ces mêmes médecins des grands tableaux de peste nous suggère leur faible rôle et impact lors des épidémies de peste, alors même que leur production littéraire est énorme : plusieurs centaines d'ouvrages de peste sont écrits sur cette même période. Cela appuie d'autant plus les témoignages précédents rapportant le manque de confiance envers les médecins, et leur manque d'efficacité réelle face à la mort noire.

Les images abondent en revanche sur les figures ecclésiastiques (Saint Sébastien, Saint Roch, la Vierge Marie) dans les différents lieux religieux comme on a pu le voir ci-dessus dans la chapelle Saint-Sébastien. C'est un témoignage indirect en faveur d'une confiance plus importante dans le personnel ecclésiastique. Il est possible qu'il y ait aussi eu plus de confiance dans les guérisseurs du quotidien, mais on n'en a pas retrouvé la trace.

Synthèse

La peste garde une image bien particulière dans notre imaginaire collectif : une époque faite de peur et de mort omniprésente, de désorganisation et de désolation. Face à l'épidémie, la population a des réactions de terreur, de fuite, voire d'agressivité envers certaines minorités. Ils se tournent vers Dieu afin de les délivrer d'une maladie envoyée en châtiment de leurs péchés, vouant des cultes à de nouveaux saints, particulièrement Saint-Sébastien et Saint-Roch. Mais lorsqu'on se penche plus en détail sur les quelques témoignages indirects du vécu quotidien (étude de Fleur Beauvieux à Marseille notamment), on apprend que le peuple apprend à vivre avec l'épidémie sans forcément sombrer dans le désespoir. Dans les arts, la peste laisse sa trace par une surreprésentation du macabre et allégories de la maladie (flèches noires, la faucheuse...) qui a probablement le plus marqué l'héritage de cette maladie.

Les médecins en revanche sont absents de la plupart de ces représentations. Déjà que leur image n'était pas bien flatteuse en dehors des épidémies, elle ne s'est pas retrouvée améliorée en ces temps de peste : ils fuient face à la maladie, et lorsqu'ils restent, leurs remèdes n'ont pas de franc succès. On ne saurait dire si les guérisseurs des foules ont eu plus de succès, mais il est assuré que l'Église a reçu plus d'attentes et de prières de la part des malades. On retient que les médecins ont influencé certains règlements de peste, mais n'ont pas joué un grand rôle ni laissé une grande marque dans le vécu des épidémies.

Les autorités de leur côté sont fortement affectées et perturbées dans leur fonctionnement par la forte mortalité des premières années de peste. Lorsqu'elles sont en état, elles essaient d'éviter la panique et essaient d'éviter que des informations morbides se répandent trop rapidement. Elles ont tendance à s'appuyer sur les médecins restants afin de s'orienter sur la marche à suivre et mettent en place toutes sortes de pratiques pour épurer les miasmes. Elles savent aussi être plus réalistes, et mettent en place diverses règles d'isolement et de limitation de circulation avec plus de succès. Ces mesures s'additionnent pour former des règlements de peste pérenne dans le temps.

La foule est sensiblement influencée par le christianisme, les médecins s'en remettent aux théories miasmatiques des anciens et les administrations proposent des solutions pragmatiques lorsqu'elles ne sont pas désorganisées. On peut se dire que ces réactions sont déterminées par les conceptions préalables qu'ils ont de la maladie, mais cela peut aussi être le contraire : l'expérience des épidémies a pu renforcer les représentations et les rapports qu'entretiennent ces différents corps sociaux.

III - La Variole



Figure 16. Une séance de vaccination publique à la Mairie pendant l'épidémie de variole, Carte Postale 1898, Mucem

La variole est une maladie millénaire (certains la datant du IV^e millénaire avant notre ère⁹³) avec laquelle l'humanité a longtemps cohabité. Cette cohabitation a perduré jusqu'au XX^e siècle, avant de disparaître grâce à l'essor de la vaccination. Les dernières grandes épidémies de variole en occident ont lieu au XVIII^e et XIX^e siècle. C'est une époque de changement profond de la société : industrialisation, urbanisation, idées de lutte des classes, et aussi une place grandissante de la science dans la société. On peut constater certaines de ces transformations sur l'image ci-dessus : il s'agit d'une photographie, nouveau média, décrivant une séance de vaccination publique organisée à la mairie pendant une épidémie de variole, et concernant une population mixte urbaine et rurale. La médecine a acquis de nouveaux moyens, dont certains contre la variole, elle a étendu son influence dans la société (certains parlant de médicalisation de la société⁹⁴) et elle influe sur les politiques de santé publique. Penchons-nous sur ces évolutions dans la pensée médicale, les réactions face variole, et voyons la nouvelle place acquise par le médecin, mais aussi les critiques associées.

⁹³ Frank Fenner, Donald A. Henderson, Isao Arita, [et al.], « Smallpox and its eradication », World Health Organization, 1988, 1460 p.se

⁹⁴ Voir notamment les travaux de Georges Canguilhem et Michel Foucault

Pensée médicale à l'époque industrielle

A. Pensée médicale à l'époque industrielle : le triomphe de la science

Les nouveaux courants médicaux et leurs succès

Le XVIIIe et le XIXe siècle voient pléthore de systèmes médicaux se développer, mais très peu seront retenus par la postérité. On retiendra trois conceptions principales qui vont perdurer jusqu'à la médecine de nos jours.

Pour commencer, la médecine anatomoclinique réalise la synthèse de l'anatomopathologie et de la clinique : on relie les symptômes cliniques à des lésions anatomiques, voire tissulaires avec Bichat⁹⁵ ou cellulaire avec Virchow⁹⁶. La maladie devient alors définie par ses lésions : on diagnostique ainsi des cancers par l'histologie, on associe des symptômes neurologiques à des lésions anatomiques (aires du langage de Broca et Wernicke par exemple) et la chirurgie s'attaque à des lésions précises. On voit toutefois des conceptions sans vrai fondement scientifique, comme la phrénologie qui relie des traits physiques à des caractères plus abstraits (la fameuse *bosse des mathématiques*).

Une autre grande réussite du XIXe siècle est la médecine expérimentale de laboratoire. Elle se développe grâce à Claude Bernard (médecin de formation)⁹⁷ en France et Johannes Müller (médecin) en Allemagne : on réalise des expériences sur des cellules, des tissus, voire des animaux en laboratoire et on en tire des lois générales valables pour tous. Ainsi Bernard étudie la régulation du sucre sur le foie de chiens, et Müller le système nerveux et les organes des sens par des expériences électriques. Les deux rencontreront le succès et Claude Bernard se verra même créé une chaire de physiologie en 1854 à la Faculté de Paris et des obsèques nationales.

Enfin, à la fin du siècle, il y a la microbiologie. Elle est le fait notamment de Louis Pasteur (chimiste de formation) et Robert Koch (médecin). Les deux réalisent leurs découvertes à travers l'expérimentation, et non directement au chevet du patient. Pasteur commence par étudier la fermentation, la génération spontanée, avant de s'intéresser aux rôles des micro-organismes dans les maladies infectieuses et enfin les vaccins. Koch émet des postulats permettant de déterminer la spécificité d'un micro-organisme dans une maladie infectieuse donnée. Cette théorie rencontre le plus grand succès grâce à la thérapeutique associée : les vaccins et sérums développés permettent de sauver de nombreuses vies et gagnent l'approbation de l'État, mais aussi de la population. L'institut Pasteur est fondé en 1887 avec l'aide de l'État et Pasteur aura également le droit à des obsèques nationales. Cet honneur est attribué

⁹⁵ Xavier Bichat, *Traité des membranes en général et de diverses membranes en particulier*, Paris, 1799.

⁹⁶ Virchow, *La pathologie cellulaire basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus.*, Berlin,

⁹⁷ Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, 1865.

à de plus en plus de scientifiques, montrant la part grandissante des sciences et l'intérêt de l'État pour eux.

La conception de la maladie

Les conceptions médicales de la maladie sont toujours multiples et s'entremêlent. On a une conception solidiste localisatrice avec la médecine anatomoclinique. Mais en même temps, la médecine expérimentale réintroduit une conception dynamique et normative de la maladie avec le concept d'homéostasie : le milieu intérieur cherche à se réguler afin de rester dans des normes. Du côté microbiologique, retour à la conception ontologique : la maladie est due à des germes parasites existant en dehors de l'individu. Avec l'essor de la génétique, on envisage aussi le rôle du terrain. Enfin, on voit arriver les statistiques dans la médecine : elles permettent à la fois d'obtenir des preuves mathématiques, et à la fois de proposer des diagnostics probabilistes.

Toutes ces conceptions se recherchent une base scientifique. La maladie doit pouvoir se justifier par des explications objectives. C'est l'avènement d'une médecine scientifique, qui s'intéresse plus à la maladie objectivable (lésion, variation quantitative, micro-organisme, probabilités...) qu'à la maladie subjective (vécu du patient, symptômes subjectifs comme la douleur...).

En parallèle se développe le mouvement hygiéniste avec une autre idée : celle de la maladie sociale. Un délitement des mœurs lié à l'alcoolisme, à la débauche et au libertinage seraient responsables d'un affaiblissement des corps et causeraient des maladies. Parfois, c'est l'industrialisation et l'urbanisation qui sont mises en causes : l'entassement et les nouvelles industries favorisent l'accumulation de miasmes provoquant l'insalubrité et des épidémies. Ces idées poussées à l'extrême amènent à des thématiques de démographie nationale et de dégénérescence de la race.

Une thérapeutique encore balbutiante

Le XVIIIe et XIXe siècle ont été riches en apprentissage sur la compréhension du corps humain et de la pathologie. Cela n'a pourtant pas permis d'obtenir des avancées thérapeutiques. Au mieux, on a les vaccins et quelques médicaments anti-infectieux à la fin du XIXe siècle, tout en restant limité à quelques maladies. La lutte contre la douleur s'améliore aussi avec l'opium initialement, puis l'anesthésie à partir de 1846. La prévention des maladies infectieuses a aussi ses succès avec l'asepsie et l'antisepsie qui se démocratisent lentement dans la deuxième moitié du XIXe siècle.

B. La place du médecin à l'époque industrielle : le médecin dans une société en transformation

La population s'accroît et s'urbanise de plus en plus, les villes s'étendent rapidement et elles voient insalubrité et épidémies se répandre. Les inégalités sont toujours très importantes, l'industrialisation accentue les divisions sociales, et le contexte politique accentue la conscience de classe, y compris chez les médecins. Les médecins urbains cherchent à étendre leur influence dans la société et à acquérir un monopole sur la santé.

Une médecine urbaine et mondaine

La campagne est toujours une zone mal appréciée par les médecins, mais la faute en serait à leurs habitants : ils ne rémunèrent pas correctement les médecins, se tourneraient vers des charlatans et leurs croyances profanes sont en opposition avec la médecine scientifique. Les officiers de santé créés en 1803 sont censés y pallier, en vain. En 1844, dans le département très urbain de la Seine, on dénombre 1529 docteurs et 209 officiers, alors qu'on ne compte que 44 docteurs et 15 officiers pour le département rural de la Lozère⁹⁸.

En ville, les médecins semblent rencontrer plus de succès auprès d'une population qui s'imprègne de la culture médicale. Leur nombre important entraîne cependant de la concurrence et des difficultés financières pour beaucoup d'entre eux. D'autres fréquentent les salons mondains et d'autres hautes sphères bourgeoises sans toutefois atteindre le statut de noble. On peut citer le richissime chirurgien Dupuytren avec ses consultations privées, ou le très populaire Charcot et ses démonstrations publiques.

L'hôpital : lieu de soins, d'enseignement et de spécialisation

D'hospice et lieu d'asile, l'hôpital se transforme en lieu médical orienté vers le soin, mais aussi d'étude et d'enseignement : les malades offrent leurs corps à la société en échange de l'abri et de soins médicaux. Avec la révolution industrielle et l'urbanisation, ainsi que les conditions d'hygiène difficile en ville, le nombre de blessés et de malades augmentent et favorisent le développement des hôpitaux. Les épidémies de choléra et de variole participent également à l'apparition d'hôpitaux à l'architecture pavillonnaire, imaginée afin de pouvoir isoler les malades et censés être temporaires. En 1830, il existerait à Paris 30 hôpitaux capables d'accueillir 20.000 malades et 5.000 étudiants en médecine⁹⁹.

L'hôpital devient aussi un lieu où les grands professeurs prodiguent leurs cours et se font un nom (tout en poursuivant des consultations privées plus lucratives à côté).

⁹⁸ Just Lucas-Championnière, *Statistique du personnel médical en France et dans quelques autres contrées de l'Europe*, 1845.

⁹⁹ « Paris : les hôpitaux (première moitié du XIXe siècle) », [En ligne : <http://correspondancefamiliale.ehess.fr/index.php?6452>]. Consulté le 8 décembre 2023.

Cela débouche progressivement sur la fragmentation du corps médical en différentes spécialités.

En marge de ces grandes villes, les campagnes sont aussi touchées par ce mouvement hospitalier. Les établissements ruraux étaient plutôt sur l'ancien modèle : encadrement par des religieuses et destiné à l'accueil et l'asile de tous, en particulier des vieillards. Le XIXe siècle aurait été l'apogée de tels structures, mais elles auraient fini par céder aux politiques nationales souhaitant des hôpitaux "modernes" pour soigner les "bons malades"¹⁰⁰.

Professionnalisation et monopole sur la santé

On a pu le voir à l'époque médiévale et classique, l'une des volontés du corps médical a longtemps été la protection de leur profession : reconnaissance de leur statut, chasse aux charlatans, juste rémunération de leurs services tout en gardant leur liberté d'exercice. Leur situation au XIXe siècle ne leur convient toujours pas, ils ne se sentent pas reconnus à leur juste valeur : "De toutes les professions libérales, la profession médicale est la plus malheureuse de toutes; c'est celle où avec de la persévérance, du courage, du travail, on est le moins sûr d'arriver, je ne dis pas à l'opulence, mais à la plus médiocre aisance"¹⁰¹.

En 1803, l'accès à la profession est réglementé par un diplôme via la loi Fourcroy, mais les officiers de santé voient le jour et créent une nouvelle concurrence. L'exercice illégal de la médecine n'est pas activement traqué et puni à cause de la faible médicalisation du pays : on laisse les guérisseurs soigner les zones les plus éloignées. Différents systèmes de charité, de mutualité et d'assistance se développent pour proposer des soins à tous; mais cela n'est pas vu d'un bon œil par nombre de médecins, considérant que cela nuit à leur liberté sans permettre un meilleur soin pour les patients.

Face à cette situation vécue comme injuste, les médecins s'organisent en diverses associations, en particulier l'Association des Médecins de Paris. Elles permettent aux membres de se porter secours via une caisse d'épargne, mais également d'exercer une influence en politique par une forme de syndicalisme, assez discret initialement. On voit d'ailleurs de plus en plus de médecins s'impliquer en politique et défendre les intérêts de leurs confrères. Cela aboutit en 1892 avec l'autorisation officielle des syndicats médicaux et l'abolition de l'officiat de santé.

Une nouvelle image du médecin

Pour appuyer son désir de reconnaissance, la profession médicale développe son image auprès du public. Cela se fait tout d'abord par une présence grandissante des médecins dans les salons et la vie publique. Une littérature autour de la médecine

¹⁰⁰ Olivier Faure, « Chapitre V. Splendeur et misère des petits hôpitaux », in *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (xixe siècle)*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2021, (« Corps et âmes »), p. 139-153.

¹⁰¹ Just Lucas-Championnière, *op. cit.*, p. 284.

se développe, avec de nombreux ouvrages de vulgarisation médicale, mais aussi un rôle grandissant du médecin dans les romans¹⁰².

Les médecins prennent aussi une part grandissante dans l'art : les facultés de médecine et l'Académie de médecine commandent de nombreuses œuvres des grands professeurs. L'une des plus emblématiques est *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795* (1876) :



Figure 17. Tony Robert-Fleury, *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795*, 1876

Ce tableau dépeint un médecin sauveur, libérant des femmes emprisonnées par des fers. La scène a lieu dans la cour de l'hôpital de la Salpêtrière à Paris. Au centre de la toile, on ne trouve pas le célèbre médecin, mais la scène clé : une aliénée à qui on enlève les fers. On distingue les fous des personnes saines à leurs habits, le personnel soignant étant habillé sans défaut et en noir. Les résidentes de la Pitié ont le regard dans le vide, des habits défaits, invitant la pitié du spectateur. Parmi les autres personnages, seul Pinel a le visage bien visible. Il ne détache pas les fers lui-même, mais on comprend qu'il dirige la scène. Il est baisé à la main par l'une des aliénées reconnaissantes. Ce tableau a été commandé presque un siècle après la scène en question par l'Académie de Médecine. On sent bien l'intention derrière : la représentation du médecin en tant que figure salvatrice et utile à la société.

Ces œuvres, la littérature médicale et la présence grandissante des médecins en société concourent à une image de médecin savant au service de la société dont on ne peut se passer (malgré leurs faibles succès thérapeutiques).

¹⁰² « Littérature et médecine : approches et perspectives (XVIe-XIXe siècle) / études réunies et présentées par Andrea Carlino et Alexandre Wenger. », Consulté le 23 août 2023.

Une vision paternaliste des populations

Le corps médical se pense le garant de la santé de la société, et peu d'autres personnes auraient le droit prendre part à ce débat. Il faut mériter sa place dans le débat en étant lettré et versé dans la connaissance des sciences médicales. Tout en relevant et critiquant les préjugés de la populace, le médecin J. D. T de Bienville dit que son livre *Traité des erreurs populaires sur la santé* (1775) ne doit pas tomber entre les mains de tout le monde, "il faut épargner à certains lecteurs des sujets d'exercer leur imagination"¹⁰³. Le médecin sait ce qui est bon pour le patient, et doit conseiller les autorités afin de mettre en place les politiques en faveur de sa santé, notamment l'hygiénisme.

Paternalisme en médecine

Cette vision d'un médecin sachant ce qui est le mieux pour les patients, voire pour la société, persiste longtemps et on en relève des traces régulièrement de nos jours aussi. Elle a été présente dans les premières années de l'épidémie du sida, comme en témoignent les tests à l'insu des patients, renforçant un mouvement de revendication des droits et de l'expertise des patients. On en est tributaire aujourd'hui, avec toujours des interrogations sur cette nouvelle démocratie sanitaire, ses modalités, les questionnements associés et ses insuffisances.

Les courants hygiénistes

Le XVIII^e siècle était déjà traversé par des idées de gestion de la santé de la population. En 1776 est fondée la Société Royale de Médecine par Vicq d'Azyr pour surveiller et réguler les épidémies humaines, ainsi que les épizooties. Une véritable veille sanitaire se met en place grâce à une correspondance sur tout le territoire français. Ce mouvement se poursuit après la Révolution : on voit naître à Paris le conseil de salubrité (1802), la commission sanitaire centrale (1820), l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (1849), et au niveau national des sociétés d'hygiène comme la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (1876).

Ces conseils et sociétés sont composés à la fois de médecins, mais aussi de chimistes, de statisticiens et d'autres scientifiques. Ils se développent pour différentes raisons. Pour commencer, la théorie miasmatique est prégnante dans certains milieux, encore pour un temps. L'urbanisation et l'industrialisation des villes entraîne insalubrité et miasmes à l'origine des maladies. Il faut purifier les villes, et les médecins ne peuvent y arriver seuls, c'est le domaine de la politique : "Mais malheureusement nos commissions cantonales d'hygiène sont impuissantes pour agir *motu proprio*. Il faut que les réformes viennent de haut"¹⁰⁴.

¹⁰³ Bienville, *Traité des erreurs populaires sur la santé*, 1775, p. 134-135.

¹⁰⁴ Émile Bessières, *Épidémie variolique de la commune d'Égreville en 1870, Seine-et-Marne : rapport médical présenté à l'Académie de médecine, et honoré d'une médaille d'argent*, 1875, p. 53.

Les hygiénistes se font leur rôle d'être les conseillers des autorités afin de guérir la société à une échelle plus globale : "La médecine est une science sociale et la politique n'est rien de plus que la médecine à une échelle plus large"¹⁰⁵. Leurs recommandations seront plus ou moins suivies par les différentes autorités locales et nationales. En France, le résultat sera contrasté : pas de réel comité national d'hygiène avant 1886¹⁰⁶, et pas de grandes réformes de santé publiques comme l'imaginent les hygiénistes, sauf concernant la vaccination. Les villes seront plus sensibles aux questions de l'hygiénisme que les campagnes¹⁰⁷. À Paris, de nombreux travaux sont initiés par le Comte Rambuteau suite à une épidémie de choléra en 1832, et sous le Second Empire sous le préfet Haussmann, créant de plus grands espaces, des appartements avec des toilettes, des fontaines d'eau... mais en expropriant les pauvres dans les faubourgs et en éloignant les morgues, les abattoirs et autres artisanats "sales".¹⁰⁸. Cela se produit dans d'autres grandes villes, tel Lyon¹⁰⁹. Les épidémies sont souvent à l'origine de ces mesures de santé publique au niveau local ou national.

Les hygiénistes s'intéressent également beaucoup aux maladies des ouvriers, et plusieurs visions s'opposent : certains critiquent les mœurs des ouvriers à l'origine de leur maladie, tandis que d'autres défendent que ce sont les nouveaux travaux qui sont inadéquats à l'homme. Ces visions aboutissent d'un côté à des campagnes d'hygiénisme et de moralisation des conduites des ouvriers (cf. tract ci-dessous), mais aussi de l'autre à réglementer le travail des ouvriers : en 1841 par exemple, une loi sur le travail des enfants est votée (mais elle serait très peu appliquée par manque d'inspecteurs). Cette vision moralisatrice n'est pas sans rappeler la version chrétienne, séparant les pêcheurs des bons croyants.

¹⁰⁵ Virchow, R. Collected essays on public health and epidemiology (Vol. 1). Science History Publications, USA, 1985

¹⁰⁶ Patrice Bourdelais, « L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 14 / 1, Paris, Presses de Sciences Po, 2007, p. 45-52.

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ « C'est du propre ! La salubrité publique à Paris au XIXe siècle | Le blog de Gallica », [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/blog/25012014/cest-du-propre-la-salubrite-publique-paris-au-xixe-siecle?mode=desktop>]. Consulté le 14 août 2023.

¹⁰⁹ « Assainir, moderniser, moraliser : les joies de l'hygiénisme à Lyon, Podcast Radio France, 2011 », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-fabrique-de-l-histoire/assainir-moderniser-moraliser-les-joies-de-l-hygiene-a-lyon-7121225>]. .



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Figure 18. *De l'eau, de l'air, de la lumière*, collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 14 bis, 1900, Gallica BNF

Par cette propagande hygiéniste, le mouvement marque les imaginaires, s'invite dans le débat du quotidien et participe à l'appropriation par la population profane des sujets médicaux.

Une médecine internationale

L'apparition de revues scientifiques et la diffusion de la connaissance va grandement affecter la médecine. On a d'abord les sociétés royales de médecine, puis les académies de médecine ayant leurs propres journaux et bulletins, plutôt élitistes. On voit ensuite apparaître pléthore de sociétés et de revues au XIXe siècle, plus populaires : *Journal de Médecine* (1755), *La Gazette Médicale de Paris* (1801-1955), *La Gazette d'Épidaure* (1761-1763), *Société médicale des Hôpitaux* (1864-1890).... et d'autres plus spécialisés.

Ainsi la connaissance ne se cantonne plus dans les bouquins détenus par les plus riches ou l'Académie de Médecine, mais se démocratise et s'étend au-delà des frontières. C'est ainsi que les techniques d'inoculation et de vaccination contre la variole vont se répandre depuis l'Angleterre (plus ou moins efficacement).

C. Le regard profane : médicalisation de la société, déshumanisation de la médecine

Les connaissances médicales et surtout la présence du médecin imprègnent progressivement la société, à commencer par les couches les plus hautes, puis progressivement les plus basses et les plus rurales. Certaines voix s'élèvent toutefois contre cette nouvelle médecine scientifique.

Imprégnation de la médecine via les arts et la littérature

Le XIXe siècle est l'époque où la profession médicale entame son ascension et acquiert une place plus prégnante dans la société¹¹⁰. Cela se fait par le biais de leurs avancées scientifiques, mais qui sont encore insuffisantes d'un point de vue thérapeutique pour pouvoir expliquer leur succès auprès des populations. Ils profitent cependant du succès global de la science pour s'affirmer dans une image de médecin savant. Ils s'imprègnent dans les différentes couches de la société, en particulier les plus aisées et en politique.

Du côté de la population plus générale, les médecins arrivent à imprégner tout un pan de la littérature et des arts de leur importance. On a déjà vu la présence des médecins via des périodiques scientifiques, mais ils sont également très présents dans les autres journaux : *Mercure de France*, *Journal de Trévoux*, *Journal de Paris*, *Année littéraire*, *Journal des Dames*...¹¹¹ (voir aussi les journaux recensés dans Gallica BnF et RetroNews). Certains journaux comme la *Gazette d'Epidaure* sont à destination du grand public. Ils publient leurs opinions, les nouvelles tendances médicales ou font leur propre publicité. On recourt aussi à la presse et la publicité afin de faire passer des messages de prévention. On peut citer d'autres œuvres de la collection de tableaux d'Armand Colin :

¹¹⁰ Voir les travaux de A. Opinel, Foucault, E. Freidson notamment

¹¹¹ Jean-Baptiste Fressoz, « La médecine et le "tribunal du public" au xviii^e siècle », *Hermès, La Revue*, vol. 73 / 3, Paris, CNRS Éditions, 2015, p.collection de tableaux d'Armand Colin 21-30.

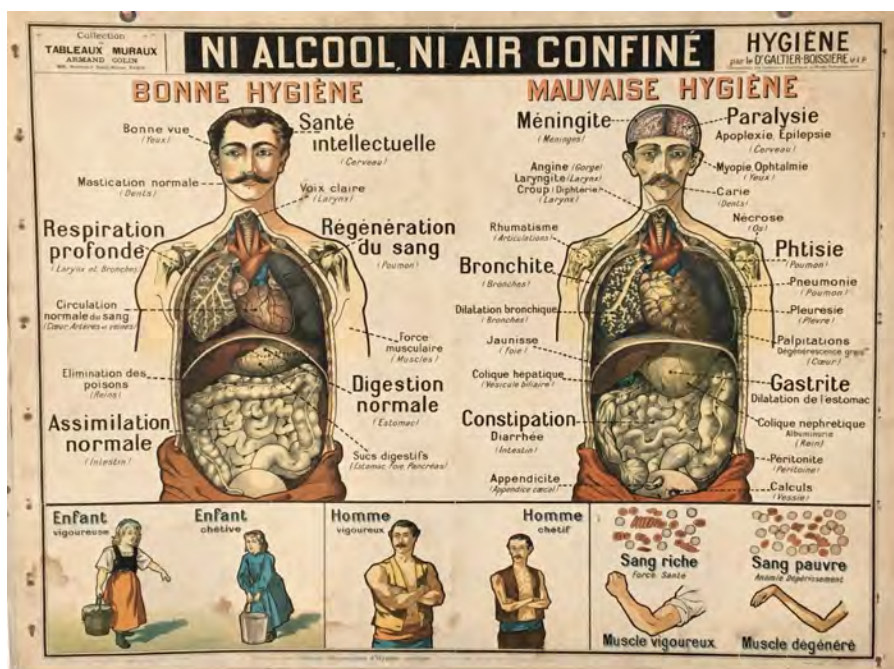


Figure 19. *Ni alcool, ni air confiné*, collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 14 bis, 1900, Gallica BNF

Dans la littérature plus classique, on trouve une image positive des médecins chez les romanciers Balzac et Zola. L'un des personnages de Balzac fait l'éloge de la médecine anatomoclinique dans *La Maison Nucingen* : "la médecine moderne, dont le plus beau titre de gloire est d'avoir, de 1799 à 1837, passé de l'état conjectural à l'état de la science positive, et ce par l'influence de la grande école analyste de Paris"¹¹². Zola de son côté se voit être le pendant du médecin avec son roman naturaliste : tandis que le médecin diagnostique la maladie d'un individu, le romancier cherche à diagnostiquer la maladie sociale au fil de sa saga des Rougon-Macquart. Le Docteur Pascal apparaît plusieurs fois dans son œuvre en tant qu'image du médecin scientifique. En dehors de ces deux grands auteurs, on retrouve bien d'autres médecins dans la littérature du XIXe siècle, notamment dans les romans policiers : le médecin permet à la fois d'accéder à l'intimité des personnages, mais joue également un rôle d'expertise médicale¹¹³.

Il existe tout un pan de la littérature consacré à la vulgarisation médicale. Des auteurs non médicaux s'en emparent, et le milieu du XIXe siècle voit le courant littéraire des *Physiologies*. Ces ouvrages ont souvent le même format d'un petit livre bleu ou jaune, s'attardant sur un élément de fonctionnement du corps humain. Leur contenu ne sera toujours pas très sérieux, souvent critiqué, mais il participe à la propagation d'idées médicales.

Du côté pictural, A. Opinel décrit dans *Le Peintre et le Mal*¹¹⁴, différentes œuvres à thème médical qui ont participé à l'image triomphale du médecin. Il y a une

¹¹² Honoré de Balzac, *La maison Nucingen*, 1837, p. 30.

¹¹³ Andrea Carlino et Alexandre Wenger, *Littérature et médecine : approches et perspectives (XVIe-XIXe siècle)*, Droz, 2007.

¹¹⁴ Anick Opinel, *Le peintre et le mal*, PUF, 2005.

abondance de peintures médicales lors des grands salons : cela peut avoir tendance à irriter les observateurs, mais participe à une habitude de la médecine. On a déjà vu *Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795*, mais on peut aussi citer *La leçon d'anatomie du docteur Velpeau* (1860) ou *Une leçon clinique à la Salpêtrière* (1887).

Ces pans de la littérature et de l'art touchent principalement les populations urbaines. Du côté rural, les traces restent toujours aussi éparses. On peut s'attarder sur certains travaux d'Olivier Faure, historien qui s'est beaucoup intéressé à ce qu'il appelle les "marges de la société"¹¹⁵. Parmi les personnes rurales, ceux qui savent lire sont éventuellement touchés par les périodiques. Mais leur principal recours semble rester les personnes les plus proches d'eux : les guérisseurs, les sage-femmes... Il y a bien les officiers de santé également, mais ceux-ci ne font pas intégralement partie du corps médical et leur répartition reste assez pauvre. Même dans la littérature, leur image n'est pas reluisante : Monsieur Bovary de Flaubert n'est pas un personnage des plus attrayants.

Bien que les campagnes soient plutôt réfractaires à l'inconnu, et notamment aux grandes figures bourgeoises de la ville, elles s'imprègnent tout de même des connaissances médicales pour prendre soin de leur santé : "la volonté de combattre la maladie, de s'en protéger et d'améliorer sa santé ne vient pas seulement des médecins et des autorités mais aussi des tréfonds de la société y compris dans les campagnes"¹¹⁶.

Une médecine bourgeoise et déshumanisée

La médecine n'est pas exempte de critiques, et cela se retrouve dans la caricature, un genre fréquent du XIXe siècle : le médecin est particulièrement caricaturé par Honoré Daumier. Le médecin dessiné peut être apparenté à une figure bourgeoise avec son haut de forme et sa redingote. Il mène une troupe d'étudiants, et vante d'un air suffisant les mérites de son opération alors même que la patiente est morte. L'acte médical importe plus que la santé de la patiente. En plus d'être une caricature du médecin, elle décrit une nouvelle thématique des hôpitaux et cliniques : la visite médicale. Les visites permettent aux médecins d'enseigner directement au lit du patient, mais cela participe à réduire le patient à sa pathologie.

¹¹⁵ Olivier Faure, *Aux marges de la médecine : santé et souci de soi, France XIXe siècle*, Presses de l'Université de Provence, Aix, 2015.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 246.

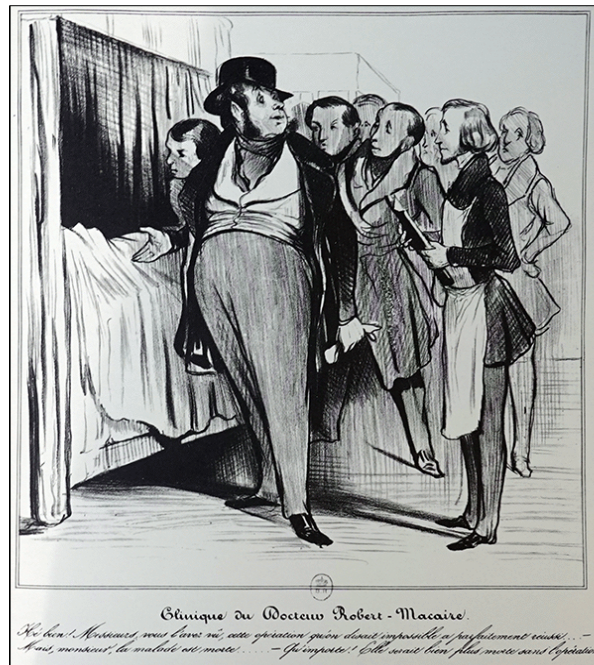


Figure 20. Daumier, *Clinique du Docteur Robert Macaire*, Charivari, 1837

- Hé bien ! Messieurs, nous l'aurons vu cette opération que l'on disait impossible à parfaitement réussir ...
- Mais monsieur, la malade est morte
- Qu'importe ! Elle serait bien plus morte sans l'opération

Un livre particulièrement critique envers le corps médical est celui de Léon Daudet, *Les Morticoles*¹¹⁷ : le personnage principal, Félix Canelon, se retrouve échoué sur une île gouvernée par des médecins, les *morticoles*. Lors de son séjour, il découvre une dystopie médicale ayant entièrement déshumanisé le malade, ne s'intéressant qu'à ses pseudo-théories scientifiques et à sa propre glorification. Des malades sans nom sont entassés dans des salles avec des visites régulières de médecins suivis d'étudiants, testant de nouveaux traitements sur les patients, aboutissant plus souvent à leur mort qu'à leur guérison. On y retrouve une médecine qui ne se soucie guère des patients : "Je fus stupéfait d'entendre des jeunes gens, qui s'étaient montrés charitables envers moi, parler de leurs malades comme d'animaux de boucherie, s'égayer, avec un odieux rictus sur ce qu'ils découvraient dans les cadavres, ridiculiser toutes les choses saintes et respectables"¹¹⁸. Il y a une stricte distinction de classes entre les médecins, et les autres qui sont forcément malades, et on retrouve le médecin dans une figure bourgeoise à laquelle pourrait s'opposer la lutte des classes. Dans cette classe médicale, il n'existe d'ailleurs pas de probité et le seul moyen d'avoir une promotion est littéralement le léchage des pieds. Critique très acerbe du monde médicale, elle est à prendre avec un certain recul : l'auteur aurait gardé une rancune après avoir raté ses études médicales. Mais on peut aussi se dire qu'il a pu expérimenter de lui-même le monde médical de l'intérieur.

¹¹⁷ Léon Daudet, *Les morticoles*, 1894.

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 29.

Outre-manche, l'auteur Bernard Shaw appuie cette image d'un monde médical déconnecté et abusant de son pouvoir dans sa pièce *Le Dilemme du Docteur* (1906) : "toutes les professions sont des conspirations contre les profanes".

Synthèse pensée médicale à l'époque industrielle

L'époque industrielle est riche en changement pour la société et la médecine : entre l'industrialisation et l'urbanisation, de nouvelles problématiques de santé voient le jour, auxquelles s'oppose l'hygiénisme. La pensée médicale est féconde de nouveaux concepts basés sur une science expérimentale qui vont perdurer : l'anatomoclinique, la médecine expérimentale, la microbiologie et un rôle grandissant des statistiques. L'organisation du soin se modifie également avec un rôle plus important des hôpitaux.

Les médecins de leur côté vont poursuivre leur volonté d'acquérir un statut plus important, de s'organiser en profession et acquérir un monopole sur la santé. Ils réussiront en partie ce pari avec une image triomphante à la fin du siècle et un rôle parfois politique, mais au détriment de critiques sur le manque d'humanité et d'efficacité de leur médecine.

Cette médecine arrive à s'imprégner dans la société urbaine, des plus hautes aux plus basses via l'art, la littérature, les périodiques... Le médecin devient une figure incontournable, il est commun de parler de médecine et d'avoir sa propre opinion sur les problématiques médicales. La société rurale semble rester plus réfractaire à cette médicalisation, et les médecins mettront plus de temps à atteindre les campagnes. Celles-ci n'attendront pas qu'ils fassent leurs preuves, et ont leurs propres médecines, croyances et connaissances parallèles. Ces thématiques se retrouvent dans l'histoire de la variole, avec un rôle grandissant des médecins, mais critique des campagnes plus réfractaires à l'inoculation et à la vaccination.

La Variole : connaissances actuelles¹¹⁹

La variole est une maladie causée par un poxvirus, le *smallpox*. La transmission de la maladie se fait directement chez l'homme sans intermédiaire, par contact direct ou par gouttelettes. La durée d'incubation est habituellement de 8 à 12 jours. Elle se manifeste initialement par un état pseudo-grippal (fièvre, fatigue, myalgies...). Apparaît deux à quatre jours après la fameuse éruption cutanée de la petite vérole : initialement des macules puis papules rouges se transformant ensuite en pustule, et enfin en croûtes la deuxième semaine. Cette éruption se résorbe habituellement à la troisième-quatrième semaine, pouvant laisser des cicatrices caractéristiques. Elle a un taux de mortalité de 20-30 % qui est due à une atteinte des autres organes (notamment poumons et cerveau) ou à une surinfection. La maladie est fortement immunisante et il est très rare de l'avoir une seconde fois.

Le diagnostic est suspecté cliniquement et confirmé par PCR virale. Il n'existe pas de traitement curatif. Il existe cependant un traitement préventif : le vaccin contre la variole. Ce vaccin a été très efficace, puisqu'il a permis l'éradication de la variole dans le monde, le dernier cas étant recensé en 1977 en Somalie.

On note bien une résurgence d'un autre type récemment : la variole du singe en 2022, mais elle est beaucoup moins contagieuse, touchant principalement des populations homosexuelles avec une transmission sexuelle. Elle a une symptomatologie et létalité similaire, ainsi qu'une absence de traitement. Le vaccin contre la variole classique semble efficace pour s'en prémunir.

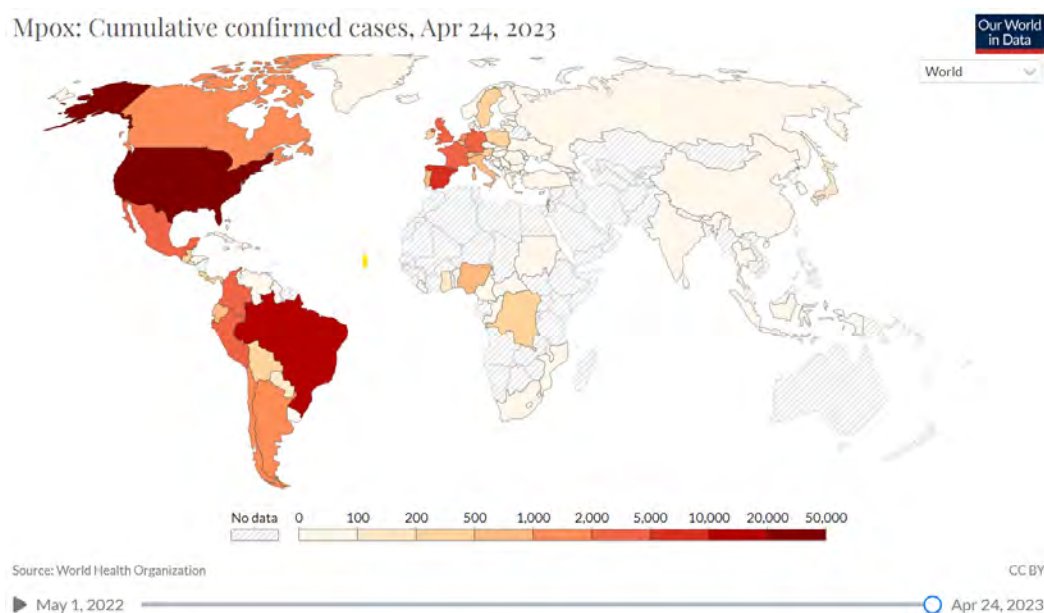


Figure 21. Carte de la répartition des cas de variole du singe : 87.087 cas dans un total de 113 pays (26/04/2023)¹²⁰

¹¹⁹ D'après SPILF, OMS et Institut Pasteur en 2023

¹²⁰ « Mpox (Monkeypox) Data Explorer », [En ligne : <https://ourworldindata.org/explorers/monkeypox>]. Consulté le 26 avril 2023.

Petit historique de la Variole¹²¹

"De toutes les maladies qui ont désolé le monde, aucune n'a inspiré plus d'effroi que la Petite Vérole"

Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, 1863 ¹²²

300-500 millions de décès au XXe siècle (9%). Elle touchait toutes les couches de la population, avec quand même une prédilection pour les populations pauvres et urbaines (forte densité de population).

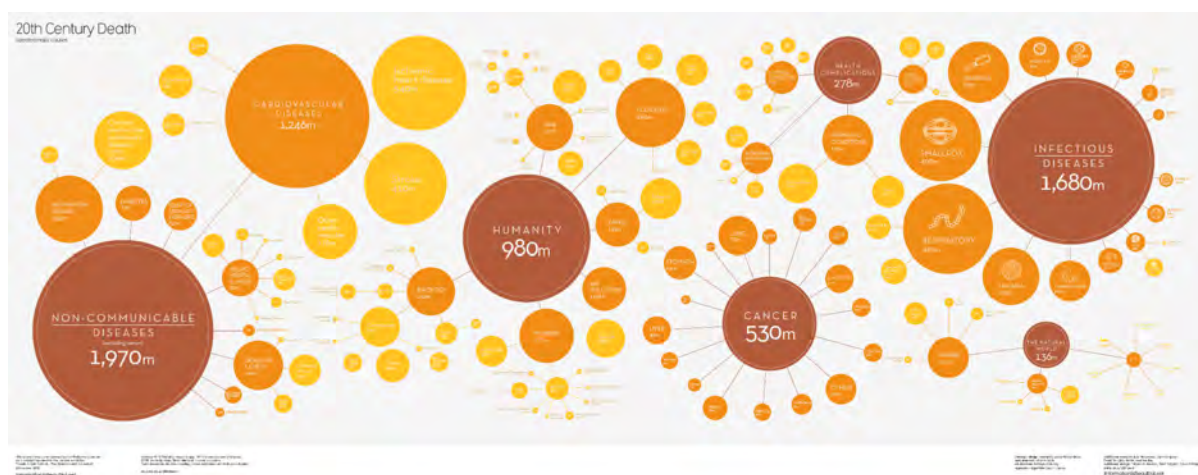


Figure 22. Les causes de mortalité au XXe siècle mises en forme par *Information is beautiful*, 2012

- Mortalité globale : environ 5 milliards 160 millions décès, dont 1 680 millions d'infections
- Variole : 400 millions (9 %) décès, première cause de mortalité infectieuse

C'est une maladie qui a coexisté longtemps avec les populations, pour laquelle il n'y eût pas de réactions humaines aussi intenses que lors des épidémies de peste. Et pourtant, au XVIIIème siècle, la variole tuait en France environ 50 000 personnes par an et 25 à 30 000 en Angleterre¹²³. C'est l'une des raisons de notre intérêt pour cette épidémie : bien qu'elle fût si meurtrière, elle ne semble pas avoir marqué les esprits de manière aussi fortement que la peste, contrairement à ce qu'en disent les

¹²¹ Pour une histoire mondiale plus détaillée, voir

- Frank Fenner, Donald A. Henderson, Isao Arita, [et al.], « Smallpox and its eradication », World Health Organization, 1988, 1460 p.

Donald Hopkins, *Princes and Peasants : smallpox in history*, Chicago, 1983.

P. Berche, « Vie et mort de la variole », *Revue de biologie Médicale*, avril 2022, p. 49-62.

Darmon P, *La longue traque de la variole : les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Perrin, 1986.

¹²² Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine*, 1863, p. 29.

¹²³ Rapporté par P. Darmon, et selon Charles de La Condamine, *Histoire de l'inoculation de la petite vérole*. Amsterdam, 1773.

deux médecins cités plus haut la qualifiant d'effroyable. Il y eut des réactions spécifiques à cette épidémie et elle est aussi à l'origine d'une des techniques de protection les plus efficaces contre les maladies infectieuses : la vaccination. La vaccination a permis d'éradiquer le fléau, ce qu'on appelle parfois l'un des plus grands succès de la médecine moderne. Il est d'autant plus intéressant de s'y replonger dans le contexte actuel d'épidémie de la covid-19 avec ses polémiques sur les nouveaux vaccins.

A. À l'origine de la petite vérole

Les premières traces de la variole remontent à des momies égyptiennes (notamment Ramsès II vers 1150 avant JC) et à des descriptions compatibles dans des textes indiens et chinois jusqu'au II^e millénaire avant JC. Des études récentes de biologie moléculaire retrouvent des traces jusqu'au IV^e millénaire avant JC¹²⁴. Elle aurait d'abord existé sur le continent asiatique et aurait été introduite à de multiples reprises en Europe. Sa première apparition est possiblement la peste Antonine du II^e siècle après JC. On n'en retrouve ensuite la trace qu'au VII^e siècle dans des textes arabes, et c'est via le Moyen-Orient qu'elle serait réintroduite en Europe lors des conquêtes musulmanes puis les croisades. Elle persiste ensuite sous une forme endémique avec des épidémies saisonnières plus ou moins importantes.

En Europe, la maladie touchait principalement les enfants : soit ils décédaient, soit ils étaient immunisés à vie, parfois défigurés par les cicatrices. Les estimations de la mortalité avant le XVIII^e siècle sont difficiles. Lorsqu'elle touchait des populations non préalablement immunisées, elle eut des effets dévastateurs : l'Islande en 1241, le Nouveau Monde au XVI^e siècle (en échange, l'Ancien Monde en retira la syphilis, entre autres¹²⁵).

B. XVIII^e siècle : inoculation

La Petite Vérole aurait été à l'origine d'environ 1/14^e des décès au XVIII^e siècle, avec une létalité de 15-20%¹²⁶. Avant l'apparition de moyens de protection contre la petite vérole en Europe, il n'y avait pas de véritable organisation, de règlements ou de mesures pour y faire face. Une théorie imaginée par le médecin arabe Rhazès au Xe siècle est populaire chez nombre de médecins : la maladie serait un processus physiologique de fermentation dans le corps des enfants, trop chaud et trop chargé d'humeurs, qui se débarrasserait de cet excès par une éruption pustuleuse¹²⁷. Il faut donc laisser la variole agir sur le corps, et se contenter d'accompagner la maladie.

¹²⁴ Catherine Thèves, Eric Crubézy et Philippe Biagini, « History of Smallpox and Its Spread in Human Populations », *Microbiology Spectrum*, vol. 4 / 4, American Society for Microbiology, juillet 2016, p. 4.4.05.

¹²⁵ Pour plus de détail, voir les articles sur l'Échange Colombien comme: Nathan Nunn et Nancy Qian, « The Columbian Exchange: A History of Disease, Food, and Ideas », *Journal of Economic Perspectives*, printemps 2010, vol. 24, n° 2, 2010, p. 163-188,

¹²⁶ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 29.

¹²⁷ *Ibidem*, p. 17-18.

D'autres y opposent une théorie miasmatique¹²⁸, qu'il faut purifier les lieux, isoler les malades, laver les habits et utiliser tous les moyens nécessaires à l'obtention d'un air pur pour limiter la propagation de la maladie. On reconnaît là les moyens utilisés contre la peste, ou encore la lèpre. S'ils ont fonctionné pour ces maladies, pourquoi pas pour la variole, en particulier "l'extirpation des malades"¹²⁹ ? On voit cet isolement pratiqué de manière locale, sans effet sur l'épidémiologie globale de la maladie. À l'échelle nationale, elle n'est pas appliquée, plusieurs médecins et politiques s'y opposant : il est moralement impossible de prendre toutes les mesures nécessaires pour une maladie aussi insidieuse que la variole¹³⁰.

Le premier moyen de protection utilisé fut un procédé millénaire : l'inoculation de la variole ou la variolisation. Elle était pratiquée en Asie et en Afrique depuis plusieurs siècles, voire millénaires (une mention dans un texte ayurvédique vers 1000 avant JC). Elle repose sur l'observation que les personnes ayant survécu à la variole ne la contractent plus jamais. Cette observation date au moins de l'Antiquité¹³¹. On reproduit une variole artificielle en inoculant du pus d'une personne malade à une personne saine. Cette inoculation se fait par scarification cutanée, insufflation intranasale ou insertion intradermique avec une aiguille. Certains lui préfèrent la cohabitation avec la personne malade, mais avec un taux de succès sans complication inférieur. Pierre Darmon, historien de la médecine, suggère que ces méthodes étaient également utilisées dans certaines localités en Europe avant d'être "médicalisée" au XVIIIe siècle¹³².

C'est le procédé "à la turque", pratiqué à Constantinople, qui est popularisé par Lady Montagu en Angleterre à partir de 1721¹³³. Elle fut ensuite pratiquée dans les Royaume-Unis durant tout le siècle sans véritable succès : sur 10 millions d'habitants, il n'y en eût environ que 200.000 inoculés d'ici à 1800, principalement l'aristocratie anglaise.

En France, elle eût encore plus de mal à s'installer. Elle est pratiquée à partir de 1754, et entraîne pléthore de controverses dans les couches lettrées de la population. Selon l'inoculateur pisan Angelo Gatti (1763) : « c'est à Paris qu'il y a peut-être moins d'inoculations de faites que de brochures pour ou contre l'inoculation »¹³⁴. Les médecins n'ont pas l'apanage du débat : il s'étend des encyclopédistes aux poètes, en passant par les religieux.

On se questionne sur le rapport bénéfice/risque individuel et collectif : "De nombreuses objections furent faites contre la Petite Vérole inoculée : un sixième du genre humain, disait-on, n'est pas atteint de la Petite Vérole, est-il permis d'exposer

¹²⁸ Hugues Maret, *Mémoire sur les moyens à employer pour s'opposer aux ravages de la variole*, 1780, p. 37.

¹²⁹ Hugues Maret, *Mémoire sur les moyens à employer pour s'opposer aux ravages de la variole*, 1780, p. 38, 51.

Jean-Jacques Paulet, *Histoire de la petite vérole, avec les moyens d'en préserver les enfans et d'en arrêter la contagion en France ; Tome 1*, 1768, p. 171.

¹³⁰ Hugues Maret, *op. cit.*, p. 54.

¹³¹ Thucydide, *Histoire de la guerre du Péloponnèse*, Charpentier, 1852, p. 184-185.

¹³² Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 76.

¹³³ MONTAGU M., « Lettre XXVIII », in Lady Mary Montagu, *L'Islam au péril des femmes : une Anglaise en Turquie au XVIIIe siècle*, Paris, François Maspero, 1981

¹³⁴ Jean-Baptiste Fressoz, *Le tribunal du public...*, *op. cit.*

un homme aux dangers d'une maladie à laquelle il eut échappé ? [...] La Petite Vérole inoculée n'est pas toujours bénigne, elle peut être mortelle. Enfin l'Inoculation contribue à répandre les miasmes varioliques et augmente les dangers et la fréquence de la contagion."¹³⁵.

Un risque épidémique est en effet associé à l'inoculation qui entretiendrait la contagion : l'épidémie de 1762-1763 découlerait d'inoculations pratiquées à ce moment-là. Ces accidents et effets secondaires amènent le Parlement à interdire l'inoculation en ville à partir de 1763 et à pratiquer une période d'isolement de 40 jours suivant une variolisation¹³⁶. Comme pour la peste, l'isolement reste une méthode utile pour enrayer des épidémies. Le Parlement demande l'avis éclairé de la Faculté de Médecine et de Théologie sur cette nouvelle technique. La Faculté se prononce en faveur d'en tolérer la pratique, cependant les opposants arrivent à empêcher l'avis d'être publié pour des raisons administratives¹³⁷. Cette interdiction persiste donc jusqu'en 1790 et la Révolution française. On note qu'en parallèle, la faculté de Théologie préfère s'abstenir de la question, laissant l'entière expertise à la faculté de Médecine.

L'interdiction n'empêche pas la pratique de se poursuivre. Toute une campagne d'inoculation est menée en Franche Comté par un seul médecin : Jean François Xavier Girod qui aurait réussi à inoculer plus de 30.000 personnes en une vingtaine d'années¹³⁸. De manière moins franche, des inoculations sont menées sur des orphelins afin de tester l'efficacité et les risques de la méthode¹³⁹. L'inoculation de la famille royale relance le mouvement parmi l'aristocratie à partir de 1776.

Des discussions parallèles opposent l'inoculation à d'autres méthodes de prévention : l'extirpation¹⁴⁰ et la cohabitation¹⁴¹. L'extirpation est tout simplement une méthode d'isolement. La cohabitation consiste à mettre en contact des personnes non immunisées avec des varioleux ayant une forme légère afin de permettre aux personnes saines de s'immuniser également. La méthode de l'extirpation ne convainc pas forcément à cette époque, puisqu'on considère que la variole se répand via des miasmes. De plus, il paraît difficilement organisable de mettre en place des mesures d'isolement aussi importantes que durant la peste. Quant à la cohabitation, elle a ses partisans, mais elle semble montrer des résultats moins satisfaisants que l'inoculation.

¹³⁵ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 42.

¹³⁶ *Arrêt de la Cour de Parlement sur le fait de l'inoculation, du 8 juin 1763*, P. Valfray, 1763.

¹³⁷ Timothée Marteau, « Le principe de précaution en matière vaccinale au XVIIIe siècle », [En ligne : <https://www.actu-juridique.fr/sante-droit-medical/le-principe-de-precaution-en-matiere-vaccinale-au-xviiiie-siecle/>]. Consulté le 8 mai 2023.

¹³⁸ Jean-Louis Clade, *Médecines et superstitions en Franche-Comté autrefois et dans le Pays de Montbéliard*, Ed. Cabédita, 2003, 218 p., p. 84.

¹³⁹ Charles-Alexandre de Calonne, « Campagne d'inoculation contre la variole des enfants trouvés - 1786 », [En ligne : <http://www.histoirepassion.eu/?1786-Campagne-d-inoculation-contre-la-variole-des-enfants-trouves-et-des>]. Consulté le 8 mai 2023.

¹⁴⁰ Hugues Maret, *op. cit.*, p. 7 et suivantes.

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 91 et suivantes.

Après la révolution, l'inoculation reste la méthode encouragée par le nouveau régime comme le montrent les archives du Morbihan¹⁴² : alors que la méthode était limitée sous l'Ancien Régime, le ministre de l'Intérieur, Lucien Bonaparte, et l'Académie de Médecine se prononcent en faveur d'une tolérance et d'une adaptation des règles afin de favoriser l'inoculation dans la population. À la fin du siècle, on atteint environ 70.000 inoculés sur 29 millions de français¹⁴³.

C. XIXe siècle : les débuts de la vaccination

Une variété de variole due au virus *Cowpox* atteint les vaches et produit des épidémies saisonnières. Certains ont remarqué que cette maladie pouvait se transmettre aux vachères et vachers s'occupant du bétail, provoquant une maladie nommée vaccine. Les "vaccinés" ne semblaient pas être soumis à la variole par la suite dans leur vie. Le médecin anglais Edward Jenner reprit le procédé de l'inoculation en 1796¹⁴⁴, mais à partir de pustules de vaccine. Des tests sont réalisés ensuite en inoculant les vaccinés avec de la variole pour vérifier si elle permet bien d'empêcher la petite vérole de se déclarer : c'est bien le cas. C'est le début de la vaccination. Elle est d'abord rejetée par ses compères anglais, avant d'avoir un succès fulgurant et de se répandre dans tout le pays puis dans le reste du monde occidental au début du siècle.



Figure 23. Gaston Melingue, *Edward Jenner (1749-1823) pratiquant la première vaccination contre la variole en 1796*, 1879

¹⁴² Alphonse Mauricet, *Inoculation de la petite vérole, épisode de la fin du XVIIIe siècle : Études historiques sur les épidémies dans le Morbihan*, 1883.

¹⁴³ Pierre Darmon, « Les débuts de la diffusion de la vaccine en France (1800-1850) », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 185 / 4, 2001, (« Chronique historique »), p. 767-776.

¹⁴⁴ Edward Jenner, *An Inquiry Into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae: A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by the Name of the Cow Pox*, 1798, 104 p.

À travers des revues de médecine anglaise, l'idée atteint les médecins français et on voit rapidement naître des comités se chargeant de répandre la vaccine en France, indépendamment des pouvoirs publics. Le premier comité voit le jour à Paris en 1800, fondé par de la Rochefoucauld-Liancourt, directeur de l'École de Médecine¹⁴⁵. Il est suivi d'autres comités à Reims, Caen, Bordeaux, Nantes, Amiens, Montpellier, Marseille, Rouen. Ils ont rapidement le soutien des autorités, et notamment du ministre de l'Intérieur Lucien Bonaparte et de son successeur, Jean-Antoine Chaptal. Le succès n'est pas comparable à l'inoculation : dès 1811, on compte déjà 2.500.000 vaccinés et la mortalité de la variole est considérablement diminuée, passant de 50.000 décès/an à 5000/an¹⁴⁶.

Ces résultats sont en réalité très inégaux selon les départements, voire entre les années selon les départements¹⁴⁷. Dans les travaux de P. Darmon, l'historien trouve que le succès ou l'échec des campagnes de vaccinations tient à quelques personnes qu'il appelle les "pionniers de la vaccination" : des préfets, des maires, des médecins, des sage-femmes, des religieux se donnant pour mission de répandre la vaccine¹⁴⁸.

L'Église est sollicitée par les comités de vaccination, comme l'évêque de Rouen en 1804¹⁴⁹. En dehors de quelques exceptions, moins fréquentes qu'avec l'inoculation, les religieux ont aidé à répandre la vaccine. On verra même le pape Pie VII la promouvoir : la loi du 20 juin 1822 décrit le vaccin comme un don de Dieu, et demandait de présenter un certificat de vaccine sous peine de perdre des avantages et des subventions.

Malgré ce début fulgurant et une opposition assez faible, la vaccination a du mal à atteindre les recoins les plus isolés du pays. Les protagonistes de l'époque et P. Darmon évoquent un manque de soutien financier de la part des autorités¹⁵⁰. La vaccination ne représente pas forcément une activité très lucrative, et les différents frais associés ne sont pas toujours pris en charge. Dans les autres freins, on évoque les difficultés techniques de conservation du vaccin, des chaînes d'approvisionnement demandant toute une logistique. Mais surtout, il met beaucoup en avant l'inertie des campagnes¹⁵¹. Celles-ci seraient plus concentrées sur les problèmes du quotidien (les récoltes, le bétail...) et méfiantes de ces vaccineurs venus de la ville. Des préjugés sur le mélange du sang lors des vaccinations bras à bras retardent aussi les vaccinations : on craint d'attraper les tares des personnes aux mœurs légères.

O. Faure de son côté soulève qu'un défaut de témoignages sur l'enthousiasme des "marges" ne relève pas forcément d'un manque d'intérêt pour la vaccination. Bien

¹⁴⁵ Jean-Noël Biraben, « La diffusion de la vaccination en France au XIXe siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 86 / 2, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1979, p. 265-276.

¹⁴⁶ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 199.

¹⁴⁷ Pierre Darmon, « L'odyssée pionnière des premières vaccinations françaises au XIXe siècle », *Histoire, économie & société*, vol. 1 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1982, p. 105-144.

¹⁴⁸ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

¹⁴⁹ ADSM, 5M225, séance générale de la société centrale de vaccine, 24 frimaire an 13 (15 décembre 1804).

¹⁵⁰ Pierre Darmon, *op. cit.*

¹⁵¹ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

au contraire, certains citoyens réclament le vaccin et luttent pour y avoir accès¹⁵². Il relève que les vaccinateurs auraient pu gagner à s'appuyer sur les figures locales (sage-femmes, guérisseurs...) plutôt que de stigmatiser des paysans trop incultes ou pétris de préjugés. Ces paysans ont pu être préparés initialement par l'inoculation déjà, et l'idée de la vaccination ne paraissait peut-être pas si saugrenue et dangereuse. Les difficultés résident aussi chez les autorités et les médecins qui n'auraient pas su aborder correctement la problématique avec les ruraux.

D. Milieu-fin du XIXe siècle : dégénérescence, revaccination, isolement, hôpitaux et règlements

Passé les premières années de vaccination massive, une nouvelle problématique voit le jour : récurrences d'épidémies de varioles à partir de 1820, notamment chez des personnes vaccinées. On accuse d'abord les vaccinations d'avoir été mal faites, ou l'utilisation de faux vaccins¹⁵³.

Un premier souci est technique : comment conserver et transporter la vaccine ? Différentes méthodes sont tâtonnées : fils imprégnés de vaccine enfermés dans une enveloppe, tubes ou plaques de verre, fioles remplies d'azote, croûtes vaccinales séchées... Le plus efficace restait d'utiliser la vaccine obtenue d'une génisse infectée, néanmoins il s'agit d'une denrée rare¹⁵⁴. La méthode qui sera le plus utilisée est celle de la vaccination bras à bras. On vaccine des premières personnes à partir d'un bras initial, ou d'un vaccin transporté. Quelques jours ensuite, lors de l'éruption vaccinale, on récupère du pus afin de vacciner les personnes suivantes et ainsi de suite. Il est nécessaire d'avoir une bonne chaîne de transmission pour ne pas perdre le vaccin. On recourt parfois à des mendiants, des enfants trouvés ou des prisonniers afin de conserver la vaccination.

On se pose des questions sur la nature de la vaccine et si elle n'aurait pas "dégénéré" : s'agit-il bien du même vaccin que celui utilisé par Jenner, ou à force de vacciner de bras en bras n'a-t-il pas été contaminé ou modifié ? C'est possible, voire probable. Pendant un temps long, on remet plutôt en cause l'incompétence des vaccinateurs (surtout des non-médecins) pour expliquer la mauvaise efficacité du vaccin, avant de concéder la possibilité d'une dégénérescence du fluide vaccinal¹⁵⁵. Pour l'éviter, il faut utiliser les souches les plus pures possibles, avoir la meilleure technique et conserver au mieux la chaîne de vaccinations bras à bras. Le problème sera en partie résolu en 1865 lorsque les vaccinateurs obtiennent une génisse vaccinifère venue d'Italie¹⁵⁶, permettant de renouveler les stocks de vaccine pure.

¹⁵² Olivier Faure, « Chapitre XIV. La vaccination dans la région lyonnaise au début du xixe siècle : Résistances ou revendications populaires ? », in *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (xixe siècle)*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2021, (« Corps et âmes »), p. 297-313.

¹⁵³ Pierre Darmon, *op. cit.*, p. 292.

¹⁵⁴ AD5M, 5M236, rapport sur la vaccine présenté au ministre de l'Agriculture, 1844

¹⁵⁵ AD5M, 5M237, rapport sur le service de vaccine pendant la période triennale 1865, 1866, 1867

¹⁵⁶ Grandmaison de Bruno, *La variole*, 1894, p. 145.

Malgré de bonnes vaccinations, la variole récidive chez les personnes qu'on croyait bien vaccinées, en particulier à partir de 1820. Cela relance le débat sur la vaccination : peut-elle vraiment permettre de protéger contre cette maladie ? On incrimine là aussi les vaccinateurs ou la qualité du vaccin¹⁵⁷. Le taux de vaccination des années 1820 baisse énormément : 436.000/an en 1820 à 252.000/an en 1831¹⁵⁸. Après quelques nouveaux tâtonnements, on comprend que la vaccination n'était que transitoire et l'Académie de médecine admet en 1845 qu'une revaccination est nécessaire tous les 10 à 15 ans¹⁵⁹.

La confiance dans le vaccin fut tout de même ébranlée, renforçant les oppositions à la vaccination : toute une littérature en défaveur de la vaccine voit le jour, à partir d'arguments médicaux¹⁶⁰, statistiques¹⁶¹ et historiques¹⁶². La thématique de dégénérescence de la race (déjà soulevée par certains hygiénistes) est particulièrement populaire :

“L'espèce humaine dégénère, aux puissantes races des siècles passés a succédé une génération petite, maigre, chétive, chauve, myope, dont le caractère est triste, l'imagination sèche, l'esprit pauvre. L'espèce est malingre, la nature semble avoir été arrêtée dans sa marche et n'avoir pas acquis tout son développement. [...] La génération actuelle est en proie à des maladies nouvelles et nombre d'anciennes sont devenues plus fréquentes, plus graves, plus meurtrières. [...] La cause unique de ce désastre multiple c'est le vaccin”¹⁶³

De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine, déterminée par le vaccin, Verdé-Delisle, 1855

Ils mettent en avant que depuis le début de la vaccination, les cas de typhoïde se sont faits plus nombreux et risquent d'impacter négativement la population, en particulier les vaccinés¹⁶⁴. Pour eux, “La Petite Vérole est nécessaire à l'espèce humaine, c'est un moyen puissant de dépuración”¹⁶⁵. Les partisans de la vaccine ne sont pas en reste, produisant une littérature tout aussi profuse en réponse¹⁶⁶.

La vaccination va reprendre de l'élan suite aux conséquences de la guerre contre la Prussie de 1870-1871 : des épidémies de varioles dans les pays européens, avec une mortalité bien plus importante chez les Français que chez les Allemands

¹⁵⁷ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 66.

¹⁵⁸ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 289.

¹⁵⁹ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 68.

¹⁶⁰ Armand Bayard, Isidore Bricheteau et Louis-Charles Roche, *Influence de la vaccine sur la population, ou De la gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine*, 1855.

¹⁶¹ Étienne-Auguste Ancelon, *Philosophie mathématique et médicale de la vaccine*, 1859.

¹⁶² Henri Verdé Delisle, *De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine, déterminée par le vaccin*, 1855.

¹⁶³ *Ibidem*, p. V-VI.

¹⁶⁴ Armand Bayard, Isidore Bricheteau et Louis-Charles Roche, *op. cit.*

¹⁶⁵ Henri Verdé Delisle, *op. cit.*, p. 99.

¹⁶⁶ Louis-Adolphe Bertillon, *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, 1857. Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*

soumis à l'obligation vaccinale, à savoir : 23.469 morts français contre 297 décès allemands dus à la variole¹⁶⁷. En France, on constate de même une différence de mortalité entre les départements selon les taux de revaccination.

En plus des campagnes de revaccination, il y a de nouvelles organisations sanitaires pour faire face aux épidémies de variole, mais aussi de choléra, de tuberculose et autres maladies épidémiques. Cela a surtout lieu dans la deuxième moitié du siècle, en commençant par la désinfection et l'asepsie dans les hôpitaux, mais aussi en ville avec des équipes chargées de l'assainissement des rues et des établissements publics¹⁶⁸. Des mesures d'isolement se développent à l'hôpital, qui prend sa forme pavillonnaire avec des plans de quarantaine intra-hospitaliers se développent¹⁶⁹. L'architecture pavillonnaire favorise la mise en place d'ailes d'isolement des malades. Souvent, ces hôpitaux sont censés être transitoires, en réponse à une épidémie pour permettre des mesures de quarantaine, mais ils sont finalement pérennes. On voit apparaître des règlements sanitaires pour faire face aux épidémies dans certaines villes, comme Lyon en 1876 :

Mesures prophylactiques de la variole, proposée par la Société de Médecine de Lyon lors de l'épidémie de 1876¹⁷⁰

- 1) Isolement dans les hôpitaux
 - a) Dans un bâtiment dédié
 - b) Utilisation de véhicules dédiés pour le transport des malades
 - c) Désinfection des locaux et de la literie avec le plus grand soin
 - d) Suppression des visites aux varioleux
 - e) Isolement du personnel du service
 - f) Vaccination et revaccination du personnel
- 2) Prophylaxie générale
 - a) Rappeler à la population l'importance de la vaccination et revaccination via les journaux politiques
 - b) Inviter les médecins du département à informer des cas de variole
 - c) Inviter les personnes habitant dans le rayon d'un nouveau cas à se faire vacciner gratuitement
- 3) Modifications à apporter au service de la vaccination
 - a) Avoir un personnel dédié à la récolte du vaccin
 - b) Vulgariser les moyens éprouvés pour conserver le vaccin
 - c) Règlements pour interdire les lieux publics (écoles, asiles, institutions municipales, départementales ou gouvernementales) aux non vaccinés/revaccinés
 - d) Surveillance mensuelle de l'application des règles de vaccination
 - e) Revaccination obligatoire pour l'armée, la marine, l'école, le personnel hospitalier, l'administration

¹⁶⁷ Delpech M. Rapport sur les épidémies pour les années 1870, 1871, 1872. Masson, Paris, 1875.

¹⁶⁸ ADSM, 5M140, liste des logements désinfectés par le bureau d'hygiène, le 30 avril 1894.

¹⁶⁹ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 164-171.

¹⁷⁰ Alexandre Rodet et Paul Diday, *Mesures prophylactiques de la variole : proposées par la Société de médecine de Lyon*, 1876.

La thérapeutique, quant à elle, reste assez pauvre et décevante, la prise en charge consistant principalement à prévenir l'arrivée de la maladie et surveiller les complications.

E. Débats autour de l'obligation vaccinale

Devant les succès de la vaccination et de la revaccination, mais la persistance de réfractaires au vaccin, se pose la question de l'obligation vaccinale. Cette question entraîne débats médicaux, mais surtout politiques et publics : on évoque les dangers de la vaccination pour certains, ou la liberté vaccinale pour d'autres. L'Empereur Napoléon fait vacciner publiquement son fils en 1811, rappelant l'inoculation de la famille royale de 1774. Les autorités françaises préfèrent inciter à la vaccination contrairement à d'autres pays : obligation vaccinale au Royaume-Uni en 1853, en Allemagne en 1874.

Les mesures d'incitation entourant la vaccination sont bien décrites dans deux billets sur le certificat de vaccine¹⁷¹, écrits par Agnès Sandras, chargée des collections histoire de France à la BnF. Pour commencer, il y a une incitation financière en récompensant les vaccinés ou les vaccinateurs, ou au contraire une suppression des aides pour les non-vaccinés. Diverses incitations sont publiées dans des journaux ou brochures. Un maire aurait fait déambuler un aveugle défiguré par la variole pour en montrer les conséquences qu'il aurait pu éviter s'il s'était vacciné¹⁷². Et surtout, on voit apparaître le certificat de vaccine : un document prouvant la (re)vaccination ou la cicatrice variolique. Une obligation détournée est mise en place à l'aide de ce document : certificat obligatoire pour les élèves en pensionnat en 1809, puis dans les écoles primaires en 1834, ainsi que dans l'armée. Il faut aussi produire ce certificat afin de pouvoir accéder à certains métiers, notamment ceux du soin.

Ces différentes incitations ne sont pas suffisantes pour atteindre l'ensemble de la population, et nombre de médecins demandent d'imposer une obligation vaccinale. Les débats sont portés au Parlement : une première proposition de loi est rejetée en 1868, ainsi qu'une seconde de 1880. Cette seconde proposition de loi, la loi Liouville, est amenée par un médecin et provoque des débats intenses dans la sphère publique. Les discussions tournent autour de la thématique de la liberté individuelle, de l'autorité du père de famille et de l'obligation civique^{173,174}.

¹⁷¹ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, *op. cit.*

¹⁷² "Rapport du Comité de vaccine. Académie de Médecine. Séance générale extraordinaire du mardi 20 septembre 1825", *Le Globe*, 24 septembre 1825.

¹⁷³ "La médecine au Sénat", *La France médicale : historique, scientifique, littéraire*, 4 janvier 1868.

¹⁷⁴ A. Gaulier, "La liberté des parents", *Le Rappel*, 27 mars 1880.

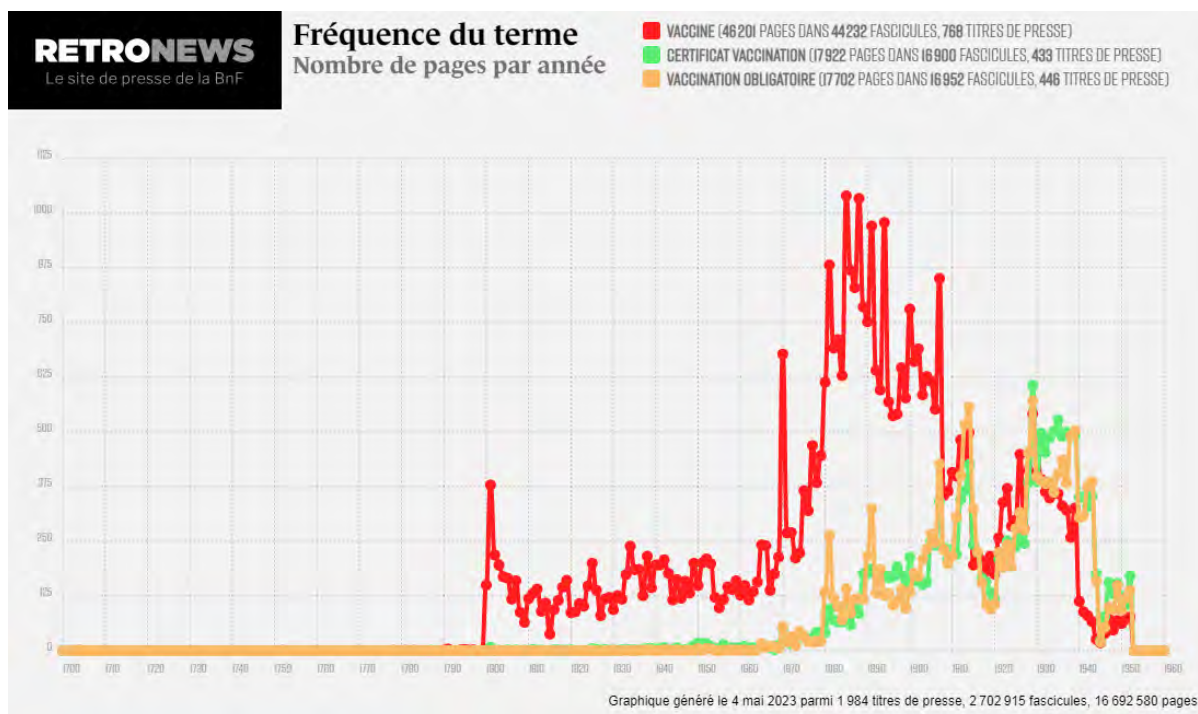


Figure 24. Fréquence des termes "vaccine", "certificat vaccination", "vaccination obligatoire" dans les journaux (1750-1940) numérisés par RetroNews. Requête du 4 mai 2023.

Les débats entourant ces projets de loi renforcent les mouvements anti-vaccinaux : la Ligue Internationale des Anti-Vaccinateurs est fondée par un médecin en 1879, Hubert Boens. Cette Ligue organise plusieurs congrès internationaux, elle a sa propre revue *Le Réveil*, et elle pratique un lobbying intense participant à l'échec de la loi Liouville¹⁷⁵.

Malgré cela, la vaccination est favorisée par l'instruction publique qui devient gratuite et obligatoire pour les enfants en 1881. Finalement, le 15 février 1902, la vaccination obligatoire est inscrite dans la loi, avec une vaccination obligatoire tous les 10 ans. La population étant déjà majoritairement vaccinée à cette date, cette loi ne semble pas rencontrer autant d'opposition que les deux propositions de loi précédentes.

¹⁷⁵ G. Leboucq, « Boëns (Hubert) », Biographie nationale, publiée par l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique, tome vingt-neuf, supplément (tome 1er, fascicule 1er), Bruxelles, établissements Émile Bruylant, 1956, col. 309.

F. XXe siècle : éradication de la maladie

La variole continue à décroître en Europe lors du siècle suivant, la plupart des pays s'armant de l'obligation vaccinale antivariolique. On repère le dernier cas autochtone en France en 1936, et une épidémie d'importation en 1954-55 à Vannes. L'épidémiologie est similaire dans le reste de l'Occident et la variole touche principalement les populations peu vaccinées d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud.

L'OMS mène une campagne mondiale de vaccination de 1966 à 1976. De 131.789 cas dans 31 pays en 1967, on décompte le dernier cas en octobre 1977 : le Somalien Ali Maow Maalin. On déplore toutefois deux cas de variole, dont un mortel, suite à un accident dans un laboratoire en 1978 (menant à une destruction de nombreuses collections de souches virales). Le 8 mai 1980, l'OMS déclare officiellement l'éradication de la variole¹⁷⁶.

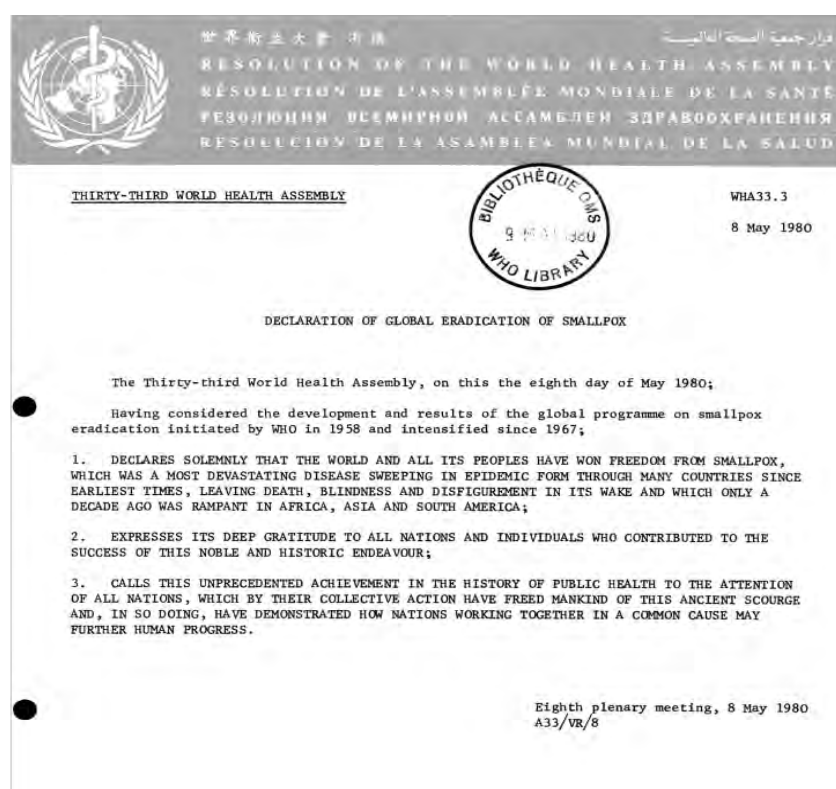


Figure 25. Assemblée mondiale de la Santé, 33. (1980). *Proclamation de l'éradication de la variole dans le monde entier*, Organisation mondiale de la Santé

En France, l'obligation vaccinale contre la variole est levée en 1984. Il existe des craintes concernant l'utilisation de la variole comme arme biologique et de nombreux plans de réponse à cette optique. Des stocks de vaccins sont disponibles pour faire face à l'éventualité du retour de la variole, et le plan sanitaire de réponse à une récurrence inclut des mesures de confinement et une campagne de vaccination¹⁷⁷. On l'a vu partiellement en action avec l'émergence de la variole du singe en 2022.

¹⁷⁶ Frank Fenner[et al.], *op. cit.*

¹⁷⁷ Plan national de réponse à une menace de variole : dernière actualisation en août 2006, disponible sur sante.gouv.fr

Les réactions face à la variole

Ce rappel historique nous permet de voir que l'histoire de la variole au XVIIIe et XIXe siècle est indissociable de celle de l'inoculation et de la vaccination. Elles vont donc prendre une grande part de notre étude sur les réactions face à la maladie.

Réaction des populations

Les réactions sont influencées selon les croyances sur la variole, mais également sur l'inoculation et la vaccination. On observe des va-et-vient sur ces conceptions et réactions selon les succès ou échecs des nouvelles techniques, et plusieurs mouvements entourant les évolutions de la maladie et des techniques. Entre intérêt, soutien, méfiance, opposition, indifférence, les vécus sont très divers et riches en discussions et débats. En particulier, on se questionnera beaucoup entre l'intérêt individuel et collectif.

En ce qui concerne la diversité des témoignages étudiés, ils sont beaucoup plus nombreux que pour la peste. Bien qu'une grande part de celle-ci proviennent toujours des strates les plus aisées de la population, on arrive à apercevoir de manière détournée le vécu des marges.

A. Croyances sur la maladie

La variole est une maladie ancienne avec laquelle les populations ont eu le temps de s'habituer et de vivre avec : elle n'entraîne pas les mêmes réactions de terreur intense, de désolation et de fuite que la peste. Elle est présente partout et pour tous : elle touche autant les pauvres que les nobles, et même les royautés, dont Louis XV qui en meurt en 1774. Pierre Darmon rapporte que c'est une maladie à laquelle "chaque famille devait finir par payer son dû"¹⁷⁸. Il était fréquent de croiser des "figures grêlées" dans la rue ou au travail. Pour les femmes de l'aristocratie, il était presque aussi grave de survivre à une variole ayant défiguré le visage que d'en mourir.

Les perceptions sur la maladie semblent aussi teintées par la vision médicale, peut-être via l'imprégnation progressive de la médecine. Des médecins rapportent une conception humorale chez certains citoyens, considérant la variole comme un "émontoire qui débarrasse l'économie d'humeurs qui plus tard doivent devenir funestes"¹⁷⁹. Mais en même temps, l'idée du germe inné et de l'éruption des humeurs date du Xe-XIe siècle avec Rhazès. Il est possible que ces idées se soient répandues bien plus tôt qu'avant cette "médicalisation" du XVIIIe et XIXe siècle, ou se soient développées de manière indépendante. Après tout, la variole reste une maladie universelle, souvent vécue comme un rite de passage.

¹⁷⁸ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, op. cit.

¹⁷⁹ Rapport du Dr Gascon, Pont-Charra, le 12 décembre 1836, A.D. de l'Isère, 115 M2, rapporté par F. Plantaz dans "Histoire des freins et des leviers à la diffusion de la vaccination antivariolique en Seine-Inférieure au XIX e siècle. Médecine humaine et pathologie", 2020

B. L'inoculation : débats et mode

Une mode aristocratique

La pratique de l'inoculation est d'abord accueillie avec circonspection. La prévention n'est pas inconnue, elle existe depuis au moins Hippocrate avec les mesures hygiéno-diététiques. Cependant, la variolisation est une technique à part : on propose d'attraper une forme atténuée de la variole pour s'en protéger, en injectant directement la maladie, au risque d'en avoir quand même une forme grave. Il n'est pas étonnant qu'il y ait eu des hésitations avant que la méthode se répande. Au fur et à mesure des résultats positifs (dont des expérimentations sur des prisonniers et des orphelins), des discussions et des inoculations publiques, elle devient populaire parmi les nobles, surtout après les inoculations publiques de royautés.

La population générale est plus prudente et on retrouve peu de témoignage de mouvement massif d'inoculation. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 70.000 inoculés en 50 ans. Mais c'est peut-être que la technique leur était moins proposée : lorsque Girod mène une campagne d'inoculation en Franche-Comté, il réussit à inoculer plus de 30.000 personnes en 20 ans¹⁸⁰ (environ 10 % de la population de la région). À force de pédagogie, d'implication et de patience, il semble possible d'atteindre ces populations "réfractaires".

Un débat d'utilité publique

L'inoculation est à la mode des discussions des salons bien avant qu'elle ne soit pratiquée. Elle est largement discutée parmi les élites lettrées, et pas seulement chez les médecins¹⁸¹. Les philosophes des Lumières sont parmi les premiers à se positionner sur la technique. Les encyclopédistes sont globalement en faveur de cette nouvelle technique : Voltaire la défend dès 1727¹⁸², La Condamine la porte devant l'académie des sciences en 1754¹⁸³, et des statisticiens usent de chiffres pour montrer l'efficacité de la méthode¹⁸⁴. Le poète Poinset écrit un poème didactique d'une trentaine de pages à la gloire de l'inoculation¹⁸⁵ :

¹⁸⁰ Louis Mayeul Chaudon, *Dictionnaire universel, historique, critique et bibliographique*, t. 5, chez Bruyset aîné et Comp., 1804, 648 p., p. 447.

¹⁸¹ Jean-Baptiste Fressoz, *La médecine et le tribunal du public...*, op. cit.

¹⁸² Voltaire, Sur l'insertion de la petite vérole (1727), *Lettres philosophiques*, Garnier, 1879, tome 22, p. 111-116

¹⁸³ Charles-Marie de La Condamine, *Mémoires sur l'inoculation de la petite vérole, lus aux assemblées publiques de l'Académie des sciences, les 24 avril 1754 et 15 novembre 1758*, 1763.

¹⁸⁴ Bernoulli, *Essai d'une nouvelle analyse de la mortalité causée par la petite vérole et des avantages de l'inoculation pour la prévenir.*, Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, Paris, 1760.

¹⁸⁵ Antoine Poinset, *L'inoculation. Poème. A monseigneur le duc d'Orleans*, 1756.

*Belles, à qui j'apprends l'art de l'être toujours
Assurez mon triomphe en étalant vos charmes.
Et vous Sages Français, dont j'ai tari les larmes,
Eternisez ma gloire en conservant vos jours.*

Antoine Poinciset, *L'inoculation*.
Poème. A monseigneur le duc d'Orleans, 1756.

Des religieux défendent la technique et se font vacciner eux-mêmes¹⁸⁶. Du côté des autorités politiques, le Duc d'Orléans fait inoculer ses enfants en 1756, puis le roi Louis XVI inocule sa famille en 1776. Les opposants ne sont pas non plus en reste : le révérend anglet Massey voit dans l'inoculation l'empreinte du diable¹⁸⁷, le Comte de Bury consacre un livre décrivant cette pratique barbare provenant de peuples "sans religions & sans mœurs"¹⁸⁸, et un autre poète anonyme narre le décès d'un enfant ayant subi l'opération¹⁸⁹.

Les nouvelles sur l'inoculation sont suivies de près : la récurrence de la petite vérole de la Duchesse de Boufflers en 1765, ou les bulletins de santé de famille royale inoculée en 1774¹⁹⁰.

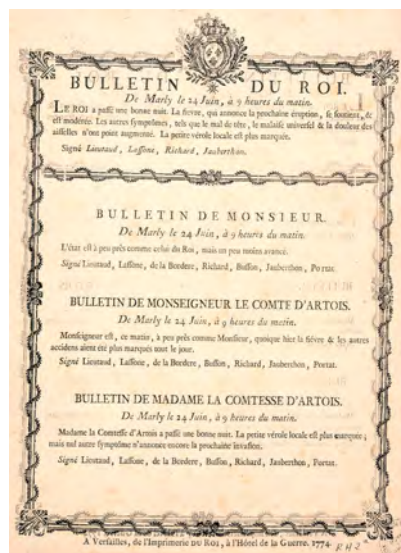


Figure 26. Bulletin de santé de l'inoculation de Louis XVI, du comte de Provence, du comte d'artois et de la comtesse d'artois, 1774, RMN - Grand Palais (château de Versailles) / Gérard Blot

¹⁸⁶ Yves-Marie Bercé, « Le clergé et la diffusion de la vaccination », *Revue d'histoire de l'Église de France*, vol. 69 / 182, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1983, p. 87-106.

¹⁸⁷ Edmund Massey, *A sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation. Preach'd at St. Andrew's Holborn, on Sunday, July the 8th, 1722*, London : Printed for W. Meadows, 1722, 36 p.

¹⁸⁸ Comte de Bury, *L'inoculation de la petite verole déferée à l'Église et aux magistrats*, 1756, p. 5.

¹⁸⁹ Poème rapporté par <https://www.cairn.info/revue-dix-huitieme-siecle-2009-1-page-137.htm>

¹⁹⁰ Jean-Baptiste Fressoz, *Le tribunal du public...*, op. cit.

Certains médecins ne voient pas d'un bon œil que le public s'empare d'un sujet médical. Mais l'inverse est aussi vrai : on s'interroge sur les intérêts des médecins anti-inoculation, tandis que le public "obscur" peut parler honnêtement, n'ayant point "d'enseigne" ni de "boutique"¹⁹¹. La Condamine ajoute qu'il s'agit d'une question compliquée impliquant un calcul de risques et que le docteur en médecine risque d'embrouiller plutôt que d'éclaircir le sujet¹⁹². Mais cela ne l'empêche pas lui-même d'en exclure une très grande part de la population qui ne serait pas illuminée : "la plupart des hommes qui n'ont pas eu d'éducation..."¹⁹³ et les femmes car "de cent femmes, de cent mères, il ne s'en trouvera pas une qui ait assez de lumières pour voir qu'elle doit inoculer un fils chéri."¹⁹⁴

C. Vaccination : un succès fluctuant

Acceptation rapide sous la houlette de l'État et des comités de vaccine

La vaccination se répand très rapidement, comme on l'a déjà dit : 2.500.000 de vaccinés en 10 ans. Pourtant, la technique pourrait en rebuter plus d'un : on inocule initialement à partir de pustules de vache, n'existe-t-il pas des risques d'impuretés dans ce mélange, voire de minotaurisation ?¹⁹⁵ Il y a quelques mouvements d'opposition, mais ils sont plutôt minoritaires en France. Ce seraient principalement des inoculateurs mécontents d'avoir concurrence à leur art. De nombreuses caricatures sont produites, mais au niveau des écrits on ne retrouve que quelques traités médicaux anti-vaccination.

Il est possible que l'acceptation rapide de la vaccine soit le résultat de l'implication des soignants et des autorités, qui s'approprient rapidement la méthode et cherchent à la répandre. Il y a aussi les avantages comparés à l'inoculation, à savoir que les résultats sont meilleurs avec moins d'effets indésirables. Ces effets indésirables ne sont pas inexistantes : réactions cutanées, encéphalite, risque de transmission d'autres maladies (notamment la syphilis). Une théorie avancée par Jean-Baptiste Fresoz, un historien des techniques, est celle d'un travail de fond des autorités pour rendre l'image de la vaccine inoffensive : "elles auraient cherché à évincer les arguments moraux, religieux, sociaux [...] pour rendre désirable la promesse de la fin du risque au prix d'une opacité entretenue sur les effets secondaires"¹⁹⁶. Cela aurait eu lieu grâce à une propagande importante : une vaste campagne de conférences publiques destinée au public lettré, de nombreux articles de journaux, une grande participation des médecins, et une organisation hiérarchique permettant de filtrer les informations et occulter les effets secondaires. Cette organisation, mise en place par le ministre de l'Intérieur Chaptal, se fait via les comités

¹⁹¹ Angelo Gatti, *Observations critiques sur la Lettre de M. Gatty, à M. Roux: avec une lettre à M. Jérôme Carré*, 1764, 70 p., p. 43.

¹⁹² Charles-Marie La Condamine, *Histoire de l'inoculation*, Amsterdam, 1773, p. 492.

¹⁹³ *Ibidem*, p. 305.

¹⁹⁴ Charles-Marie La Condamine, « Lettre à M. l'abbé Trublet », *Année Littéraire*, 1755, vol. 6, p. 17.

¹⁹⁵ Pierre Darmon, « Les premiers vaccinophobes », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 2 / 3, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1984, p. 127-134.

¹⁹⁶ « Vacciner, c'est pas si facile », Podcast Radio France, 2021

de vaccine : toute information doit leur être remontée, et il est interdit de publier à propos de la vaccination sans l'aval du comité central de la vaccine¹⁹⁷. L'espace public n'est plus aussi ouvert au débat qu'avec l'inoculation.

Réactions aux difficultés

Malgré la propagation rapide de la vaccine, elle rencontre des difficultés qui ont freiné sa propagation : la dégénérescence du vaccin, les récurrences d'épidémies, les effets secondaires... La censure des comités n'a probablement pas empêché les populations de se rendre compte des difficultés, puisque les vaccinations ont presque baissé de moitié entre 1820 et 1830¹⁹⁸. Cela témoigne sûrement d'une perte de confiance dans la vaccine. La presse se fait l'écho des interrogations des citoyens, et peu à peu le débat public se rouvre¹⁹⁹. En profite les mouvements d'opposition avec une riche littérature médicale, mais aussi scientifique s'opposant aux dangers de la vaccine et au risque de dégénérescence de l'espèce.

Réactions face aux épidémies

Ces doutes ne semblaient pas tenir lors des épidémies de variole : la docteure Fanny Plantaz rapporte dans son travail de thèse sur la Seine-Inférieure une recrudescence des vaccinations en temps d'épidémies tout le long du XIXe siècle²⁰⁰. On avait jusqu'à cinq fois plus de vaccinations lors d'une épidémie qu'en dehors : 21.364 vaccinations en 1819 contre 4.000 en 1816 et 6.800 en 1817²⁰¹. Un autre billet de l'Histoire à la BNF, par Agnès Sandras, rapporte un mouvement de panique parisien suite à des rumeurs de Variole Noire, provoquant une ruée vers la vaccination : de cinq vaccinations par jour, on passe à plusieurs milliers²⁰².

¹⁹⁷ Lettre de Fouché à M. Sauvo, rédacteur du Moniteur, 25 juillet 1809, Archives de l'Académie de médecine, V6d25.

¹⁹⁸ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 289.

¹⁹⁹ « Vaccination : histoire d'une défiance française, Podcast Radio France, 2020 », .

²⁰⁰ Fanny Plantaz, *Histoire des freins et des leviers à la diffusion de la vaccination antivariolique en Seine-Inférieure au XIX e siècle*, Rouen2020, p. 67.

²⁰¹ ADSM, 5M226, relevé général des vaccinations en 1819

²⁰² Agnès Sandras, *La ruée vers les vaccins...*, *op. cit.*



Figure 27. *La vaccination à l'Académie de médecine – La foule faisant la queue*, L'Écho de Paris, 20 mars 1907, Gallica BnF.

Participation du peuple à la vaccination

La vaccination ne fut pas que le privilège des médecins et des autorités politiques, et les profanes s'intéressent grandement à la pratique. On retrouve des nobles participants et réalisant des inoculations ou des vaccinations par eux-mêmes, tel Madame la comtesse de Malartic qui aurait vacciné 135 personnes²⁰³. Des maires incitaient à la vaccination dans leur localité : "Tout le monde peut administrer la vaccine, tant l'opération est facile"²⁰⁴. Il n'y eut pas que les nobles, le peuple lui-même s'approprie la technique : souvent des femmes, des mères de famille ou des sage-femmes, mais aussi des instituteurs, des juges, des manufacturiers, des bergers...²⁰⁵

D. L'hygiénisme : asepsie, antisepsie, isolement

La variole n'est pas une maladie qui a échappé au mouvement de l'hygiénisme : on use de la désinfection, de l'asepsie, de l'isolement. Ces mesures ne sont pas toujours bien accueillies, et l'on cherche à s'en soustraire. Divers documents sur une épidémie de variole dans le Morbihan à la fin du XVIII^e siècle rapportent une opposition populaire à l'isolement chez les inoculés²⁰⁶. À cette période, les personnes inoculées doivent être isolées en dehors de la ville pour éviter les risques

²⁰³ Journal de Rouen. Article vaccine, 6 mars 1815

²⁰⁴ Rapport du Comité central de vaccine sur les vaccinations en France de 1804 à 1809, Paris, p.

20.

²⁰⁵ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 121.

²⁰⁶ Alphonse Mauricet, op. cit.

épidémiques. Nous n'avons pas le détail de cette histoire, notamment qui sont les inoculateurs et les inoculés, mais la correspondance entre l'administration locale du Morbihan et le ministère de l'Intérieur nous en donne un aperçu : l'administration centrale de l'État est sollicitée pour une application trop stricte des règles et des sanctions; avec conseil de la Faculté de Médecine, elle demande une application plus laxiste de la loi. Cet épisode suggère qu'une partie de la population cherchait à être inoculée, et ne respectait pas les contraintes d'isolement associées.

La création d'ailes d'isolement dans les hôpitaux n'était pas forcément bien vue, en particulier pour le voisinage de ces hôpitaux : craignant d'être contaminés, des citoyens signent des pétitions pour empêcher la création de ces secteurs d'isolement, préférant disséminer les malades dans des infirmeries²⁰⁷. L'Hôtel-Dieu de Rouen, par exemple, était connu pour être un foyer d'épidémie, et cela poussa à créer des établissements hors des villes.

E. Débats autour des techniques : quels arguments ?

Arguments statistiques : la balance bénéfice/risque

Les chiffres sont partout à cette époque, et sont une base solide d'argumentation. Avec la médecine qui se veut davantage objective, et une société qui accorde une part grandissante aux sciences, les chiffres deviennent des alliés qui semblent fiables. Chaque camp se repose sur ses observations, ses chiffres et ses interprétations, n'acceptent pas d'objection à leur pureté objective. Les chiffres permettent de définir indiscutablement un rapport bénéfice/risque qui peut être en faveur ou non. Néanmoins; les chiffres peuvent être tronqués, mal interprétés, voire manipulés et pleins de pièges. Malgré leur puissance, les chiffres ont leur biais dont on doit se méfier²⁰⁸. Les connaissances et les techniques sont aussi amenées à évoluer. De plus, le rapport bénéfice/risque n'est pas le même d'un individu à l'autre, voire d'une société à l'autre. Les chiffres ne permettent donc pas de clore le débat, mais ils y prennent quand même une part essentielle.

Pour l'inoculation, on se demande cela n'est-il pas trop risqué de se faire inoculer la variole afin de s'en protéger :

²⁰⁷ Karl Feltgen, « Les maladies contagieuses et leur impact sur l'architecture hospitalière rouennaise », *Revue de la Société française d'Histoire des Hôpitaux*, 2015, p. 38-46.

²⁰⁸ Olivier Faure, « Chapitre XIV. La vaccination dans la région lyonnaise au début du xixe siècle : Résistances ou revendications populaires ? », in *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (xixe siècle)*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2021, (« Corps et âmes »), p. 297-313.

"De nombreuses objections furent faites contre la Petite vérole inoculée : un sixième du genre humain, disait-on, n'est pas atteint de la Petite Vérole, est-il permis d'exposer un homme aux dangers d'une maladie à laquelle il eut échappé ? l'Inoculation ne réussit pas toujours à faire naître la Petite Vérole, elle expose à la transmission d'autres maladies : scrofules, cancer, syphilis; réussissant même, elle ne préserve pas à cour sûr de la Variole et les récidives sont encore à craindre. La Petite Vérole inoculée n'est pas toujours bénigne, elle peut être mortelle. Enfin l'Inoculation contribue à répandre les miasmes varioliques et augmente les dangers et la fréquence de la contagion."

Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine, 1863, p. 42.

Ces questionnements sont d'autant plus douloureux lorsqu'ils ne concernent pas les personnes mêmes, mais leurs enfants. Et pourtant, les statistiques semblent être en faveurs de l'inoculation si l'on en croit les chiffres de La Condamine²⁰⁹, de Bernoulli²¹⁰ ou ceux encore plus parlants de l'épidémie de 1721 à Boston : une létalité sept fois moins importantes chez les inoculés²¹¹. Cela pousse plusieurs parents à considérer l'inoculation comme la perspective la moins risquée, ainsi que l'on fait les Gueneau de Montbeillard : "J'atteste que je ne me suis déterminé à inoculer mon fils, que parce que ce parti m'a semblé moins téméraire que celui de le laisser exposé à tous les dangers de la petite vérole naturelle"²¹². Les opposants leur opposent leurs propres chiffres et mettent en avant les risques de variole grave et les risques de transmissions d'autres maladies : syphilis, scrofules...

De même pour la vaccine, on invoque sans cesse des arguments statistiques : les expériences humaines sur les prisonniers et les enfants trouvés, et les chiffres des premiers rapports des comités de la Vaccine. Ils mettent en avant un rapport bénéfice/risque qui paraît favorable. Des réticences sont pourtant formulées : le médecin prussien Marcus Herz souligne qu'on ne peut pas s'arrêter à la quantité d'expérimentation, et que l'analyse des effets secondaires sur la durée devrait être réalisée avant de diffuser la méthode²¹³. La vaccine se diffuse tout de même, mais rencontre des difficultés amenant à réévaluer le rapport bénéfice/risque : les récidives d'épidémies de variole, la dégénérescence du vaccin, les syphilisations et autres effets indésirables, la nécessité de revaccination...

²⁰⁹ Charles-Marie de La Condamine, *Mémoires sur l'inoculation de la petite vérole, lus aux assemblées publiques de l'Académie des sciences, les 24 avril 1754 et 15 novembre 1758*, 1763.

²¹⁰ Bernoulli, *Essai d'une nouvelle analyse de la mortalité causée par la petite vérole et des avantages de l'inoculation pour la prévenir.*, Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, Paris, 1760.

²¹¹ Thomas H. Brown, « The African Connection: Cotton Mather and the Boston Smallpox Epidemic of 1721-1722 », *JAMA*, vol. 260 / 15, octobre 1988, p. 2247-2249.

²¹² Catriona Seth, « L'inoculation contre la variole : un révélateur des liens sociaux », *Dix-huitième siècle*, vol. 41 / 1, Société Française d'Étude du Dix-Huitième Siècle, 2009, p. 137-153.

²¹³ Herz M. Über die Brutalimpfung und deren Vergleichung mit der Humanen. *Hufeland's Journal der practischen Heilkunde* 1801 ; 12 : 3.

Perception du risque, statistiques et balance bénéfice/risque

La perception du risque des maladies épidémiques n'est pas une chose nouvelle, elle est partie prenante des réactions probablement depuis la nuit des temps. Pour faire face "aux incertitudes et à un environnement capricieux", il estime de manière intuitive des probabilités pour l'aider à prendre une décision : que ce soit pour prédire le temps, la marée, les récoltes de l'année ou le risque d'attraper une maladie²¹⁴. Elle avait cependant tendance à être plus intuitive avant l'arrivée des statistiques. Avec celles-ci, la question de la balance bénéfice/risque ne quittera plus les considérations autour des questions épidémiques (et des questions de santé en général), comme on le verra pour les épidémies suivantes. Avec la médicalisation, la population est également influencée par ces considérations statistiques et scientifiques. D'autres facteurs entrent aussi en compte, avec l'intuition toujours, mais aussi beaucoup le témoignage et l'opinion de proches.

S'opposer à la Providence ?

Même si les statistiques sont un fondement principal de la réflexion, des questionnements se portent sur des considérations ne pouvant être prises en compte par les statistiques. À commencer par l'approche religieuse du problème : certains considèrent contre la Providence de chercher à se prémunir de la maladie. Le pasteur Massey en Angleterre voit dans l'inoculation l'empreinte du diable, mais aussi une "usurpation" de l'autorité suprême, "qui n'est qui n'est fondée ni sur les lois de la nature ni sur celles de la religion"²¹⁵. Quelques récits rapportent des oppositions cléricales similaires à la vaccination, en particulier dans les petits villages. Des parents ont aussi peur que la vaccination introduise un "diable" dans le corps de leurs enfants.²¹⁶ Ces oppositions religieuses semblent avoir été assez limitées, et l'on retrouve bien plus de traces d'une Église favorable à l'inoculation et à la variole²¹⁷. Ils invoquent, eux aussi, des textes bibliques et divers prêches mettant en avant que la médecine est une invention de Dieu et que l'homme a le droit de se "précautionner" contre les infirmités et les maladies²¹⁸.

S'opposer à la Nature ?

On peut y ajouter le concept de la Nature : la Nature est bien faite et ne nécessite pas l'intervention humaine, qui risque de causer plus de mal que de bien. C'est une conception assez ancienne, qui prend en partie la forme de la théorie des humeurs en Occident : les interventions humaines doivent être limitées pour ne pas perturber les efforts de la nature pour guérir, et doivent accompagner son déroulement naturel. Pour la variole, une théorie de ce type est celle du germe inné de Rhazès : la

²¹⁴ Patrick Peretti-Watel, *Huis-clos avec un virus : comment les Français ont-ils vécu le premier confinement ?*, Presses Universitaires de Septentrion, 2022, (« Le regard sociologique »), p. 109.

²¹⁵ Edmund Massey, *op. cit.*

²¹⁶ A. Clauzure, *De la vaccine et de la nécessité des revaccinations* / par M. A. Clauzure,..., Gallica BnF, 1853, p. 5.

²¹⁷ Yves-Marie Bercé, « Le clergé et la diffusion de la vaccination », *Revue d'histoire de l'Église de France*, vol. 69 / 182, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1983, p. 87-106.

²¹⁸ Yves-Marie Bercé, *op. cit.*

variole est une expression des humeurs permettant de passer de l'âge adolescent à adulte. Dans ce cadre, l'inoculation et la vaccination sont des techniques artificielles qui empêchent cette transition, et risquent ainsi de donner des complications à l'âge adulte. Rousseau se pose la question de laisser la nature agir, mais en même temps concède des bienfaits à l'inoculation²¹⁹. On trouve quelques considérations similaires chez certains citoyens ou encore chez des populations rurales : on se demande comment quelque chose d'aussi "bénin" pourrait permettre de se prémunir d'une maladie aussi terrible que la variole et d'en chasser le mal²²⁰. Des médecins, des scientifiques ou des lettrés défendent la thèse de dégénérescence de la race due à la vaccine, en y apportant un argumentaire scientifique et statistique : Verdé-Delisle, Bertillon Carnot...

Les bienfaits de la Nature

La Nature est une alliée précieuse de l'argumentaire des oppositions vaccinales, pouvant s'étendre à l'ensemble de la médecine technique. L'argument d'une Nature parfaite qui risque d'être tâchée par l'introduction de corps étrangers ou l'exercice de la médecine scientifique n'est pas nouveau. On l'a vu aux temps antiques, médiéval avec la chrétienté promouvant la santé spirituelle, et elle se perpétue sous d'autres formes par la suite. Les témoins de Jéhovah en sont un exemple, mais aussi tout un mouvement de "retour" vers des médecines douces et traditionnelles qu'on connaît de nos jours.

Arguments de moralité et xénophobie

À cela s'ajoutent des arguments de moralité. Le mélange des sangs n'est pas bien vu de la religion. Les nobles ne le voient pas d'un bon œil non plus : mélanger son sang à des personnes de basse extraction risquent de les contaminer de leurs vices. Avant de se faire inoculer, la famille royale a fait une enquête de moralité sur la famille de la petite fille de deux ans fournissant le pus pour l'inoculation²²¹. La population générale n'échappe pas non plus à ces conceptions, on trouve des témoignages de citoyens s'inquiétant de la provenance de la vaccine et des risques de transmission de tares morales²²². D'autres répugnent à l'introduction d'humeurs et de maladies animales dans l'espèce humaine²²³.

Quelques-uns apportent des arguments xénophobes sur les pays étrangers : peut-on vraiment accepter une méthode "barbare" venant de l'orient²²⁴ ou des ennemis anglais²²⁵ ?

²¹⁹ Catriona Seth, « L'inoculation contre la variole : un révélateur des liens sociaux », *Dix-huitième siècle*, vol. 41 / 1, Société Française d'Étude du Dix-Huitième Siècle, 2009, p. 137-153.

²²⁰ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

²²¹ Joseph-Marie-François de Lassone, *Rapport des inoculations faites dans la famille royale, au château de Marli. Lû à l'Académie royale des sciences, le 20 juillet 1774*, 1774, p. 5.

²²² Lettre de M. Convert, officier de santé, à M. de Romilly, le 14 février 1834, A.D. de l'Aube, M 1558.

²²³ Pierre Darmon, *Les premiers vaccinophobes...*, *op. cit.*

²²⁴ Comte de Bury, *op. cit.*, p. 5.

²²⁵ Pierre Darmon, *Les premiers vaccinophobes...*, *op. cit.*

Bien-être commun, liberté et obligations

Une grande part des débats tourne autour de la question des libertés individuelles et du bien-être collectif. En parallèle de l'inoculation, ce débat porte sur les mesures "d'extirpation", à savoir d'isolement des malades. Alors que certains médecins en défendent la pratique, on s'interroge : "Cela peut-il se proposer ? Cela est-il praticable, quand même on voudrait suivre la lettre cet étrange précepte ?"²²⁶. Hugues Maret, un homme d'État, dit qu'il serait "moralement impossible" de les mettre en place tellement ces mesures sont contraignantes pour les libertés. La variole est une maladie commune, "entrée dans les mœurs" : il est d'autant plus difficile de convaincre la population à se résoudre à des contraintes.

L'inoculation et la vaccination entraînent un autre débat : si on admet l'efficacité de ces méthodes, le bénéfice commun vaut-il la chandelle du risque individuel ? Pour l'inoculation, on peut y ajouter un risque collectif : celui d'épidémies par contamination à partir d'inoculés. Plusieurs nobles se risquent à l'inoculation, souhaitant donner exemple à la population : le Duc d'Orléans, les Guenau de Montbeillard... Mais les inoculations de la populace entraînent des plaintes et des réclamations auprès de la police par peur des risques d'épidémie, entraînant une réglementation de la pratique²²⁷. Le statisticien Bernoulli considère de son côté que de répandre l'inoculation est une nécessité statistique : inoculer le plus de monde pour sauver le plus de monde.

Ce débat semble moins intense initialement pour la vaccination : elle se répand assez rapidement avec peu d'effets secondaires, *a priori*. On s'oppose plutôt aux risques futurs d'avoir été vacciné qu'aux conséquences immédiates. Les récurrences d'épidémies et le risque de syphilisation agrémentent secondairement la polémique.

Un autre débat occupera largement l'espace public : la question de l'obligation vaccinale. Avec une méthode moins risquée que l'inoculation, il paraît plus acceptable d'envisager d'obliger la population à se vacciner. Cependant, les premières mesures d'incitation vaccinale provoquent déjà l'ire de certains défendant leur liberté : "si cela continue, on ne pourra se présenter au spectacle, dans une promenade publique, ou même au café, sans un certificat de vaccine, comme autrefois il fallait être muni d'une carte de sûreté qu'on plaçait sur son chapeau"²²⁸. Lors des débats parlementaires sur les lois d'obligation vaccinale, on oppose l'obligation civique à la liberté du *paterfamilias*²²⁹ : "Au nom de la liberté des pères de famille, réclamera-t-on le droit sacré, non-seulement de laisser prendre la petite vérole à leurs propres enfants, ce qui serait déjà un peu vif, mais aussi le droit également sacré de la communiquer aux autres, ce qui semblera sans doute excessif à bien des gens ? [...] la santé du corps, pas plus que la santé de l'esprit, ne doit être soumise à la réglementation de l'État"²³⁰.

²²⁶ S. Mercier, Tableaux de Paris, Paris, 1782-1788, T. IV, p 130

²²⁷ Catriona Seth, « L'inoculation contre la variole : un révélateur des liens sociaux », *Dix-huitième siècle*, vol. 41 / 1, Société Française d'Étude du Dix-Huitième Siècle, 2009, p. 137-153.

²²⁸ *Lettre à un journaliste à l'occasion du procès-verbal de la Faculté sur la vaccine*, 1825, p. 7.

²²⁹ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, op. cit.

²³⁰ A. Gaulier, "La liberté des parents", *Le Rappel*, 27 mars 1880.

Santé collective et libertés individuelles

Entre la santé de tous et sa propre liberté, les opinions balancent de tout temps. C'est évidemment influencé par la perception de la balance bénéfice/risque, mais aussi l'attachement à sa liberté (ou à son pouvoir sur le cercle familial dans le cas du *paterfamilias*) et de la confiance que les différentes strates de la population portent dans les autorités menant les mesures coercitives. Le contexte joue aussi, selon la présence d'un État autoritaire, d'une désorganisation des administrations ou de la société (comme c'est suggéré les premiers temps de la peste). L'obligation vaccinale, le dépistage obligatoire et les restrictions de circuler sont des thématiques récurrentes dans l'histoire des épidémies lorsqu'on évoque ces questionnements entre l'individu, la collectivité, la liberté et la coercition.

F. Mouvements d'oppositions

Les premières oppositions à l'inoculation et à la vaccination ne voient pas de réel mouvement organisé. Ce sont principalement des oppositions lettrées : on voit toute une littérature médicale et non médicale publiée, principalement à destination d'une élite. Ils ne cherchent pas particulièrement à convaincre le peuple, mais à convaincre leurs pairs

Pour l'inoculation, il s'agit de partisans de théories naturelles, religieuses et de personnes s'interrogeant sur le bénéfice/risque d'une telle entreprise. De nombreux médecins font partie de cette opposition, comme en témoigne le long débat à la faculté de médecine. Pour la vaccination, il s'agit d'anciens inoculateurs dont l'argumentaire repose également sur les bienfaits de la nature, la théorie du germe inné, ou encore les risques. Certains de ces inoculateurs s'opposeraient du fait des pertes de leurs prérogatives sur une affaire très lucrative²³¹.

À la marge, il y a des théories de minotaurisation²³², de risque de céder aux "instincts de la bestialité"²³³, de société secrète et complots²³⁴ ... qui restent assez minoritaires, surtout caricaturales, sans réel écho dans la population²³⁵.

Les difficultés que rencontre la vaccine à partir des années 1820-1830 avec les récides de variole et les effets indésirables redonne vie aux mouvements d'oppositions et aux réticences des citoyens et profite aux partisans des bienfaits de la nature ou de l'inoculation. On voit paraître toute une littérature sur les effets délétères de la vaccine et les risques de dégénérescence de l'espèce, portée par des scientifiques et des médecins : Carnot, Verde-Delisle... À cela s'ajoute les oppositions à la revaccination; sauf que celles-ci sont plutôt l'apanage des autorités politiques et

²³¹ Henri-Marie Husson, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, 1801, p. 29.

²³² William Rowley, *La vaccine combattue dans le pays où elle a pris naissance*, Giguët et Michaud, 1807, 298 p., p. 22.

²³³ Joseph Philippe Chevalier, *La Médecine au XIXe siècle; considérations générales sur ses erreurs physiologiques, et les conséquences funestes de la vaccine*, E. Dentu, 1861, 54 p., p. 4.

²³⁴ Pierre Darmon, *Les premiers vaccinophobes...*, *op. cit.*

²³⁵ Pierre Darmon, *Les premiers vaccinophobes...*, *op. cit.*

médicales qui semblent avoir peur d'une remise en cause globale s'ils concèdent des défauts à la vaccination²³⁶.

Le premier véritable mouvement anti-vaccinal est contemporain des débats sur l'obligation vaccinale à la fin du XIXe siècle, avec la Ligue Internationale des Anti-Vaccinateurs fondée en 1879. Ce mouvement "international", concernant principalement les pays occidentaux, pratique un lobbying intense et obtient des succès en France avec un rejet des lois d'obligation vaccinales. Cela toucha aussi d'autres pays, notamment l'Angleterre qui fait face à de multiples opposants à la vaccination et de nombreux mouvements de protestation²³⁷. Il se répand aussi outre-Atlantique avec des révoltes à Montréal en 1885²³⁸ ou Rio en 1904²³⁹.

G. Inertie vaccinale : "l'apathie" des paysans

De très nombreuses traces littéraires témoignent de "l'apathie" des paysans, et sont rapportées par P. Darmon²⁴⁰ et O. Faure²⁴¹. Ces écrits proviennent des autorités locales et de médecins et rapportent : la honte de se faire vacciner gratuitement²⁴², les difficultés financières rendant nécessaire de laisser la variole "enlever quelques-uns de leurs enfants"²⁴³, ou encore "la négligence des familles, leur appât du gain, leur ingratitude coupable, leur égoïsme, leur dépit de voir le vaccin transmis à des êtres disgraciés"²⁴⁴.

P. Darmon émet quand même quelques doutes sur cette "apathie" qui n'est jamais rapportée que "d'en-haut" de la part des acteurs de la vaccination, les médecins et les autorités locales. Cela pourrait être pour eux une manière de trouver des boucs-émissaires à leurs échecs dans leurs rapports pour les comités de vaccination²⁴⁵. O. Faure va plus loin et remet en question la "marche triomphante [...] au crédit des médecins" qui impute les difficultés "aux préjugés et surtout à l'apathie, l'insouciance et l'indifférence des populations"²⁴⁶. Au contraire, il rapporte plusieurs histoires suggérant une revendication de soins de la part de ces populations. On a déjà parlé

²³⁶ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 292.

²³⁷ Michael Fitzpatrick, « The Anti-Vaccination Movement in England, 1853-1907 », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 98 / 8, août 2005, p. 384-385.

²³⁸ Michael Bliss, *Montréal au temps du grand fléau: l'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre expression, 1993, 351 p.

²³⁹ Jeffrey D. Needell, « The Revolta Contra Vacina of 1904: The Revolt against "Modernization" in Belle-Époque Rio de Janeiro », *The Hispanic American Historical Review*, vol. 67 / 2, Duke University Press, 1987, p. 233-269.

²⁴⁰ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, op. cit.

²⁴¹ Olivier Faure, op. cit.

²⁴² Montauban, le 1er décembre 1812, A.N., F8 120., rapporté par F. Plantaz dans "Histoire des freins et des leviers ...", 2020

²⁴³ Séance du Comité départemental de vaccine du 5 avril 1841, A.D. (Archives départementales) du Cantal, 88 M1., rapporté par F. Plantaz dans "Histoire des freins et des leviers ...", 2020

²⁴⁴ Olivier Faure, *La vaccination dans la région lyonnaise...*, op. cit.

²⁴⁵ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, op. cit.

²⁴⁶ Olivier Faure, op. cit.

des profanes se lançant dans la vaccination²⁴⁷, et on retrouve même des pétitions de citoyens appelant des vaccinateurs lorsqu'ils se font rares²⁴⁸. Il y aurait rarement eu d'opposition frontale au vaccin, et les réticences porteraient plutôt sur les circonstances de réalisation des campagnes de vaccination. Le blâme des difficultés serait à partager par les médecins et les autorités n'ayant pas su être suffisamment conciliants et n'ayant pas souhaité s'appuyer sur des figures de soins intermédiaires auxquels les populations auraient plus confiance : les sage-femmes, les religieuses, les guérisseurs...

H. Place de la religion

La faculté de théologie fut interrogée sur l'inoculation par le Parlement en 1763, en même temps que la faculté de médecine. Les théologiens sont finalement mis en retrait, ne pouvant se prononcer sur la question sans avoir l'avis des médecins²⁴⁹. L'avis des médecins tarda et ne sortit pas avant 1768. On ne verra pas la faculté de théologie se prononcer et les débats resteront principalement médicaux, scientifiques et éthiques sans forcément y inclure la religion. Les positionnements concernant la variole furent plutôt individuels, avec des pro et anti-inoculation.

Au sujet de la vaccination, l'adhésion de l'Église pour le vaccin fut assez rapide et de nombreux religieux invitent leurs ouailles à se faire vacciner. Il y aurait eu des liens étroits entre le ministère de l'Intérieur, le Comité de la Vaccine et le ministère des Cultes sous le Premier Empire²⁵⁰, arguant en faveur de la vaccination et sermonnant les évêques réfractaires. La censure atteignait ces clercs qui doivent aussi faire valider leurs écrits par le Comité de la Vaccine. Le Comité Central de la Vaccine reçoit même le soutien du pape Pie VII en 1804. Ce pape mène des campagnes de vaccination au Vatican en 1822 lors d'une épidémie de variole, et met en place un certificat de vaccine pour limiter certains déplacements aux non vaccinés. Ces campagnes de vaccinations sont poursuivies par certains de ses successeurs : le pape Grégoire VI et le pape Pie IX. Cette dynamique semble persister le long du XIXe siècle avec une religion favorable à la vaccination. Le clergé fut un allié précieux afin de vaincre les réticences des réfractaires aux vaccins, d'autant plus dans les zones rurales. Des religieux prirent eux-mêmes part à la vaccination, tel M. Cochin, curé de Mottereau qui aurait vacciné 20.000 personnes en trente ans²⁵¹.

²⁴⁷ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 121.

²⁴⁸ ADR, 1839-1855, Lettres des maires de Saint-Andéol et Saint-Jean-de-Touslas, 4 juin 1848 et 18 juillet 1852., rapporté par F. Plantaz dans "Histoire des freins et des leviers ...", 2020

²⁴⁹ Timothée Marteau, op. cit.

²⁵⁰ Yves-Marie Bercé, op. cit.

²⁵¹ Journal de vaccine, 1834, p 137-166

I. Place des journaux grand public

L'apport des journaux au débat public

L'inoculation est discutée dans les milieux lettrés français assez tôt, mais les débats ne prennent vraiment de l'ampleur qu'à partir de 1754. C'est en partie grâce à La Condamine qui présente son mémoire devant la faculté de médecine²⁵², mais aussi grâce à des périodiques à destination du grand public : *L'Année Littéraire*, *Mercure de France*, le *Journal des Savants*, *Mémoire de Trévoux*, le *Journal Encyclopédique*...²⁵³. Ces journaux discutent fréquemment de la question de l'inoculation, souvent de manière positive, et participent à propager l'inoculation dans les milieux lettrés. La publication des bulletins de santé de la famille royale suite à son inoculation²⁵⁴ participe également à une image positive de l'opération, favorisant une mode de l'inoculation parmi l'aristocratie. Toutes ces publications dans des journaux, ainsi que les traités grand public, ont sûrement permis aux élites lettrées de s'approprier ce débat médical.

La presse se fait aussi l'écho d'un autre débat à la fin du XIXe siècle : celui de l'obligation vaccinale et des certificats de vaccine²⁵⁵. Divers journaux (*Le Temps*, le *Figaro*, le *Petit Journal*...) rapportent les débats, les arguments médicaux, politiques, les opinions des différents protagonistes²⁵⁶. C'est aussi la naissance du journal de la Ligue Internationale des Antivaccinateurs : le *Réveil Médical*²⁵⁷. L'éducation publique commençant à être plus répandue (mais pas encore tout à fait, les lois Ferry datant de 1882), le débat ne concerne pas seulement l'aristocratie, mais aussi le petit peuple. C'est aussi la Troisième République : le débat au Parlement prend en compte l'opinion publique qui a élu ce parlement. Dans l'autre sens, les politiques et médecins usent de ces différents médias afin d'influer sur le débat public.

Les journaux au service de l'État

Autant le débat s'ouvre à la fin du siècle, autant la période initiale des campagnes de vaccination n'est pas aussi ouverte à la parole, en particulier sous l'Empire. Les autorités politiques et médicales ont rapidement confiance dans la nouvelle méthode, et souhaitent la répandre aussi rapidement que possible. La presse est muselée par le ministère de l'Intérieur afin d'empêcher qu'elle puisse publier des nouvelles délétères : toute publication en rapport avec la vaccine doit passer par les

²⁵² Charles-Marie de La Condamine, *op. cit.*

²⁵³ Yasmine Marcil, « Les périodiques littéraires et la campagne de La Condamine en faveur de l'inoculation contre la petite vérole », *Le Temps des médias*, vol. 23 / 2, Paris, Nouveau Monde éditions, 2014, p. 66-77.

²⁵⁴ « Louis XVI et l'inoculation de la variole : quatre bulletins de santé royaux (24, 25, 26 et 29 juin 1774) », [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/louis-xvi-inoculation-variole-quatre-bulletins-sante-royaux-24-25-26-29-juin-1774>]. Consulté le 9 mai 2023.

²⁵⁵ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, *op. cit.*

²⁵⁶ Agnès Sandras, « Le 'certificat de vaccine' : un papier indispensable au XIXe siècle (2/2) », *L'Histoire à la BnF*, 2022.

²⁵⁷ « Le Réveil Médical », [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96633034>]. Consulté le 16 août 2023.

comités avant d'avoir le droit d'être publiée²⁵⁸. Les journaux se font alors l'écho d'une propagande d'état, vantant les louanges de la vaccine et rappelant les ravages de la variole chez les personnes non vaccinées²⁵⁹.

Certaines critiques réussissent toutefois à trouver leur chemin de manière détournée, tel un éditeur acceptant de publier une lettre anonyme, qu'on aurait refusé de publier dans un journal par peur de se "brouiller avec la Faculté". La préface de l'éditeur de cette lettre se plaint qu'il est autorisé "d'écrire aujourd'hui contre la Charte, contre les Ministres, contre les Pères de la foi; on peut même, sous le manteau d'un attachement inviolable à la monarchie, invoquer de temps à autre quelques souvenirs tant soit peu séditieux", mais "qu'il n'est pas permis d'écrire contre le Comité de vaccine"²⁶⁰.

La création d'un imaginaire : le mouvement de "panique" de 1907

Revenons au mouvement de panique vaccinale rapporté par A. Sandras²⁶¹ : c'est un épisode intéressant montrant une évolution du rôle joué par les médias. Cet épisode débute à Marseille qui voit une épidémie de variole "noire" (variole hémorragique). La rumeur remonte et est déformée : on parle de "vent de terreur et de mort"²⁶². Les mesures prises par les autorités sont commentées, décortiquées et critiquées, la censure n'a plus lieu.

À l'autre bout de la France, à Dunkerque, une autre épidémie voit le jour et les rumeurs de variole noire se répandent. Des dizaines d'articles paraissent, suivent l'épidémie et décomptent les morts²⁶³. *Le Petit Parisien* en particulier rapporte régulièrement des nouvelles et l'angoisse gagne la population. Ce journal vante en plus les mérites de la vaccination et de la revaccination²⁶⁴. En parallèle, le ministre de la Guerre demande une revaccination de l'armée. Dans ce contexte, la population parisienne se rue vers les vaccins : de 4-5 vaccinations par jour, les centres en voient rapidement des milliers et on parle "d'épidémie de vaccinations". Des journaux participent directement à l'effort et ouvrent des salles de vaccination gratuite comme *Le Matin*²⁶⁵.

L'épisode se termine sans réelle épidémie parisienne, ni nationale, de variole et les rumeurs retombent. On garde en mémoire cet épisode de "mode parisienne" et "d'épidémie adorablement parisienne"²⁶⁶. C'est l'un des premiers mouvements modernes de ce type, où les rumeurs colportées dans les journaux ont provoqué des vents de paniques. On avait déjà vu cela pour la peste, mais c'était par l'intermédiaire

²⁵⁸ Lettre de Fouché à M. Sauvo, rédacteur du *Moniteur*, 25 juillet 1809. Archives de l'Académie de médecine.

²⁵⁹ Jean-Baptiste Fressoz, « Le vaccin et ses simulacres : instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865 », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, ENS Éditions, novembre 2011, p. 77-108.

²⁶⁰ <i>Lettre à un journaliste à l'occasion du procès-verbal de la Faculté sur la vaccine</i>, <i>op. cit.</i>

²⁶¹ Agnès Sandras, *La ruée vers les vaccins...*, *op. cit.*

²⁶² "La variole à Marseille", *Le Petit Provençal*, 1er mars 1907

²⁶³ "Encore un décès, c'est le cinquième", *Le Petit Parisien*, 6 mars 1907

²⁶⁴ "La variole noire", *Le Petit Parisien*, 16 mars 1907

²⁶⁵ "Le 'Matin' vaccine" *Le Matin*, 23 mars 1907

²⁶⁶ "Échos", *Le Fin de siècle*, 14 avril 1907.

de rumeurs orales. Là, ce sont des journaux qui ont propagé, entretenu et amplifié les rumeurs amenant à cette “épidémie de vaccination” de manière limitée au milieu parisien. La presse se découvre de nouvelles possibilités, mais aussi des responsabilités dans la propagation des informations et des rumeurs, ainsi que les évènements qui peuvent en découler.

Évolution des médias et accélération de l'information

Les évolutions des médias, leur multiplication et démocratisation est à l'origine de nouvelles problématiques, dont on vient d'en illustrer deux : l'accélération de l'information et la création d'information par les médias. Ceci va se poursuivre d'autant plus au XXe siècle avec l'arrivée de la télévision, offrant immédiateté, mais poussant à la recherche du “scoop” sans forcément prendre le temps de la vérification²⁶⁷. Cela se poursuit d'autant plus avec les médias sociaux au XXIe siècle, en introduisant d'autres problématiques encore sur l'accélération de l'information, la création d'informations et l'accès à celles-ci. Nous approfondirons ces questions en abordant la notion d'*infodémie* dans le chapitre “V - La Covid”.

J. Clivage social et ostracisation

La variole était une maladie qui atteignait tout le monde de manière égale, princes et paysans, rois et citoyens. Toutefois, l'inoculation et la variole introduisent des clivages dans l'épidémiologie de la maladie, mais aussi des clivages sociaux à partir du moment où l'on réclame le certificat de vaccine pour avoir accès à l'école, à certains métiers²⁶⁸...

Le premier type de clivage est financier : malgré quelques campagnes d'inoculation gratuites, cela est une opération coûteuse et tous ne peuvent accéder à celle-ci. Ce clivage financier se poursuit pour la vaccination : dans les campagnes, on n'a pas le temps de se rendre aux séances de vaccination lors des moissons, ou il est trop honteux pour certains de devoir recourir à la vaccination gratuite²⁶⁹.

À cela s'ajoute les différences d'accès à l'information, qui est surtout partagée dans les milieux lettrés, et le peuple n'a pas les moyens de prendre une décision “éclairée”. Cela s'atténue en fin du XIXe siècle avec l'éducation obligatoire et une information diffusée dans les journaux ou placardée sur des affiches.

Les avancées de la vaccine ont permis de réduire la mortalité : les différences de vaccination se répercutent dessus et l'on voit des différences de mortalité lors des épidémies. Vers la fin du siècle, ce sont les hommes, en particulier les ouvriers, qui sont plus touchés, sûrement parce qu'ils ont moins eu accès à la vaccination et qu'ils vivent dans des conditions plus propices à la contagion : dans des logements insalubres de petite taille, au milieu de grandes agglomérations, et travaillant dans des

²⁶⁷ Vincent Coppola et Odile Camus, « La médiatisation du sida : quelques faits et effets », *Bulletin de psychologie*, Numéro 493, Paris, Groupe d'études de psychologie, 2008, p. 71-82.

²⁶⁸ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, *op. cit.*

²⁶⁹ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

usines confinés²⁷⁰. On commence à critiquer les pauvres, les miséreux, les ouvriers et les paysans qui ne “concèdent” pas au “mêmes efforts que les classes les plus aisées et entretiennent ainsi les épidémies de variole²⁷¹. Les étrangers rencontrent aussi des difficultés d’accès à la vaccination et en subissent des discriminations²⁷².

A. Sandras rapporte qu’il existe aussi un clivage sexuel : les femmes ont moins accès à la vaccination que les hommes et en subissent une plus grande mortalité²⁷³ : elles n’ont pas de service militaire obligatoire et n’ont pas le même accès à l’école avant les lois Ferry de 1882, deux milieux où les vaccinations sont rapidement obligatoires.

Les statistiques de décès dans les Bouches du Rhône sur 500 cas sont parlantes²⁷⁴ :

- 33.5 % de petits métiers (chiffons, couture, menuiserie, papier, ateliers, arrière-boutiques)
- 31.9 % de journaliers (en particulier d’italiens frontaliers)
- 24.9 % de domestiques ménagères
- 7 % d’itinérants (marins, limonadiers, marchands ambulants, cochers)
- 2.7 % des classes aisées
- et une mortalité deux fois plus élevée chez les femmes

Pour finir, il existe les discriminations liées à la provenance du vaccin. On compte nombre de refus de pus vaccinal en provenance de personnes de familles aux mœurs jugées légères ou avec des tares²⁷⁵. De plus, cette discrimination entraîne des ruptures des chaînes vaccinales de bras à bras.

²⁷⁰ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 13.

²⁷¹ Séance de l’Académie de médecine du 17 novembre 1857, La France médicale et pharmaceutique, 21 nov 1857.

²⁷² Catriona Seth, *Les rois aussi en mouraient*, Desjonquères, 2008, p. 76.

²⁷³ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, *op. cit.*

²⁷⁴ A D des bouches du Rhône, M7 301, rapporté par A. Sandras, *op. cit.*, date exacte non retrouvée

²⁷⁵ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

Réaction des médecins

Le milieu médical n'est pas non plus exempt de débats et de divergences. L'inoculation ne remporte pas l'adhésion de la majorité, mais la vaccination voit assez peu d'oppositions du côté médical. Les discussions porteront plutôt sur la nécessité ou non de la coercition pour faire face aux réticences. Une vision paternaliste des populations se dégage, avec des médecins qui se sentent garants de la santé des populations et s'impliquent d'autant plus en politique pour répandre leurs idées. L'hygiénisme gagnera en succès au cours du XIXe siècle, avec des mesures d'isolement à la fin du siècle. Sur le terrain en revanche, les vaccinateurs rencontrent de multiples difficultés et se plaignent de ne pas être assez soutenus, particulièrement sur le plan financier.

A. Connaissances médicales

Théories médicales

Les théories médicales concernant la variole dans notre étude historique sont celles précédant les théories microbiennes de la fin du siècle. Les théories microbiennes n'arrivent qu'à la fin du périple de la variole au XVIIIe et XIXe siècle, et n'influent pas autant le pan d'histoire qui nous intéresse.

Au sujet de la variole, ce sont principalement trois théories qui ont dominé et sous-tendu les propositions médicales : la théorie du germe innée, la théorie miasmatique et enfin la théorie contagieuse. Nous avons déjà expliqué ces théories : le germe inné correspond à une expression physiologique et nécessaire des humeurs donnant la variole; dans la théorie miasmatique la maladie est due et se répand par la présence de miasmes dans l'air; et enfin la théorie contagieuse sous-entend l'existence d'une substance ou d'un corps invisible à l'œil nu, passant d'un malade à l'autre et répandant la maladie.

La théorie du germe innée prédomine durant le XVIIIe siècle, et devient minoritaire au XIXe siècle. Dès 1801, le médecin Husson remet en cause la théorie du germe inné²⁷⁶. Elle ne persiste ensuite que chez certains médecins, en particulier des inoculistes. La théorie miasmatique est omniprésente depuis l'Antiquité, et perd de sa vigueur progressivement au cours du XIXe siècle. En 1863, on écrit dans les traités médicaux que "la contagion de la Petite Vérole n'est niée aujourd'hui par personne."²⁷⁷ Ce n'est pas tout à fait vrai puisque c'est aussi à ce moment que sortent les écrits du docteur Verdé-Delisle et ses compères basés sur des conceptions humorales et parlant de dégénérescence de la race.

Un autre point est l'hygiénisme global ambiant dans le milieu médical. Celui-ci concerne toutes sortes de maladies et d'épidémies : le choléra, la tuberculose, la syphilis, et bien entendu la variole. On cherchera à appliquer les principes de l'hygiénisme lors des épidémies : isolement, désinfection, asepsie. Certains médecins associeront également l'inoculation et la vaccination comme des armes de l'hygiénisme, tandis que d'autres les en excluront. C'est notamment le cas des mouvements antivaccinaux de la fin du XIXe siècle: les mesures d'hygiénisme bases

²⁷⁶ Henri-Marie Husson, *op. cit.*, p. 125.

²⁷⁷ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 21.

se suffisent à elles-mêmes. Dans tous les cas, ces médecins hygiénistes chercheront à influencer sur les politiques pour répandre leurs idées.

Rappelons enfin que les statistiques jouent un rôle important dans les nouvelles connaissances médicales. Elles sont un argument *a priori* objectif et permettent d'appuyer les théories par l'expérience.

Thérapeutique

La thérapeutique pour la variole reste assez pauvre. Beaucoup d'expériences et de tentatives sont faites, comme la thérapie à la lumière rouge²⁷⁸, mais peu sont concluantes. À la fin du siècle, on est bien obligé d'admettre que "la défaite de la thérapeutique est à peu près certaine".²⁷⁹ Les seuls moyens de lutter contre la variole sont donc préventifs : l'inoculation puis la vaccination et les mesures d'hygiène (désinfection, asepsie, isolement).

L'expérimentation humaine

Au début du XVIII^e siècle, l'expérimentation humaine n'était réservée qu'aux condamnés à mort, car apparentée à de la dissection, mais cela va se modifier avec l'inoculation et la variole²⁸⁰. Les premières expérimentations débutent en Angleterre : avant de se lancer dans l'inoculation, la famille royale fait inoculer six prisonniers volontaires qui seront graciés en 1721²⁸¹. Les expérimentations se poursuivent afin de convaincre les populations : sur des enfants trouvés à Londres en 1751, à Genève en 1751, à Florence en 1780...

La vaccination voit son lot d'expérimentations, menées par les comités de vaccine : des études sur l'efficacité et les modalités de la vaccine, des contre-expériences d'inoculations, voire des expériences d'étude de risque en inoculant la syphilis à des enfants trouvés²⁸² (expériences critiquées, mais reprises de nombreuses fois par la suite pour défendre la vaccine). On fait aussi appel aux enfants trouvés pour pallier les difficultés de conservation de la chaîne vaccinale de bras à bras, ainsi qu'à des indigents (contre rémunération).

Ainsi, l'inoculation et la vaccination introduisent une nouvelle manière de considérer le corps. Fressoz, historien des sciences et des techniques, dira que le corps a acquis une valeur "marchande" pouvant servir à démontrer la valeur d'une innovation médicale²⁸³. Catriona Seth, professeure de littérature française et de l'histoire des idées, dit sur ces expérimentations que les autorités et les médecins mettent à profit des "personnes peu considérées ou jugées nuisibles à la société [...]"

²⁷⁸ Finsen, *Traitement de la variole dans la lumière rouge, photothérapie, bains de lumière*, 1901.

²⁷⁹ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 157.

²⁸⁰ Jean-Baptiste Fressoz, « Les « bébés éprouvettes » de 1800 - Enfants trouvés et expérimentation humaine aux débuts de la vaccination en France », *médecine/sciences*, vol. 32 / 5, Éditions EDK, Groupe EDP Sciences, mai 2016, p. 509-514.

²⁸¹ Catriona Seth, « L'inoculation contre la variole : un révélateur des liens sociaux », *Dix-huitième siècle*, vol. 41 / 1, Société Française d'Étude du Dix-Huitième Siècle, 2009, p. 137-153.

²⁸² Jean-Baptiste Fressoz, *op. cit.*

²⁸³ *Ibidem*.

au service d'une recherche qui doit bénéficier à tous", mais surtout aux classes aisées qui profitent le plus de l'inoculation²⁸⁴.

Le statisticien Bernoulli, à son époque, défend qu'il s'agît d'une nécessité afin de convaincre la multitude²⁸⁵. Les autorités ne s'opposèrent globalement pas à ces expérimentations humaines, voire au contraire les facilitèrent : l'expérimentation sur les prisonniers à Londres demandée par la famille royale, l'expérimentation sur des enfants d'hospices en France favorisée par le ministère de l'Intérieur²⁸⁶...

Une connaissance internationale

Les connaissances médicales se répandent de plus en plus rapidement, et les théories sont discutées au-delà des frontières. L'inoculation est popularisée en Angleterre en 1721, et déjà le 1^{er} mai 1722 *Le Mercure* écrit à son sujet, tandis qu'une première lettre médicale sort en 1723²⁸⁷. Le débat sur l'inoculation lors de ce XVIII^e siècle prendra en compte les textes anglais, italiens, allemands, suisses, voire américains (en particulier les expériences menées sur l'inoculation à Boston²⁸⁸).

Pour la vaccination également, les nouvelles se répandent très rapidement. Jenner publie ses recherches sur la vaccination en 1798²⁸⁹, et la vaccine se répand déjà en France en 1800 sous l'impulsion d'un noble ayant vécu en Angleterre, Larochevoucault-Liancourt. La vaccination fut aussi lancée en France grâce à du fluide vaccinal transmis par les Anglais²⁹⁰. Ce procédé fut répété pour d'autres pays, et on envoya du fluide vaccinal jusqu'à Saint-Petersbourg ou à Saint-Domingue.

Les arguments pro et anti-vaccinaux dépassent aussi les limites territoriales, notamment entre les Anglais et les Français. Dès 1807 est publié en France un traité reprenant les oppositions vaccinales en Angleterre²⁹¹, et la ligue antivaccinale de 1885 est "internationale". Les partisans de la vaccination mettent en avant les chiffres de variole lors d'épidémies dans les pays où la vaccination est obligatoire, comme après la guerre contre la Prussie en 1870-1871.

²⁸⁴ Catriona Seth, *op. cit.*

²⁸⁵ Daniel Bernoulli, « Réflexions sur les avantages de l'Inoculation [...] lues dans l'assemblée publique du 16 avril 1760 », *Mercure de France*, avril 1760, p. 187.

²⁸⁶ Hervé Bazin, « Les membres du Comité Central de Vaccine, une poignée d'hommes qui ont bien mérité de leur patrie, et même de l'humanité », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 185 / 4, avril 2001, p. 749-765.

²⁸⁷ De La Coste, *Lettre sur l'inoculation de la petite verole, comme elle se pratique en Turquie & en Angleterre*, 1723.

²⁸⁸ John Williams, *Several arguments, proving, that inoculating the small pox is not contained in the law of physick, either natural or Divine, and therefore unlawful. Together with a reply to two short pieces, one by the Rev. Dr. Increase Mather, and another by an anonymous author, intituled, Sentiments on the small pox inoculated. : And also, a short answer to a late letter in the New-England courant.*, J. Franklin, Boston, 1721.

²⁸⁹ Edward Jenner, *An Inquiry Into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae: A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by the Name of the Cow Pox*, 1798, 104 p.

²⁹⁰ Hervé Bazin, *op. cit.*

²⁹¹ William Rowley, *op. cit.*

B. Le médecin inoculateur et vaccinateur

Le médecin inoculateur

Les médecins inoculateurs ne sont pas très nombreux, mais on entend beaucoup parler d'eux. On a des médecins mondains et des médecins philanthropiques. Les médecins mondains sont des médecins évoluant dans les salons et inoculant principalement les nobles. Le plus célèbre d'entre eux est le médecin Tronchin, un médecin "médiatisé" dont la réputation s'est répandue dans les milieux mondains avec notamment l'inoculation des fils du duc d'Orléans²⁹². Il y a d'autres cas de médecins de ce type : ils s'illustrent par une action essentiellement auprès de l'aristocratie, une action assez lucrative.

Il y a bien des médecins inoculant la population générale, mais on entend moins parler d'eux et il n'y a pas d'entreprise d'inoculation très active comme celle des Sutton à Londres. On a quelques récits de médecins s'étant fait une mission philanthropique de répandre l'inoculation : c'est le cas du docteur Girod en Franche-Comté qui parvint à avoir l'aide des autorités locales et à inoculer plusieurs dizaines de milliers de personnes²⁹³.

Les comités de vaccination

La vaccination voit se développer une organisation autonome très rapide afin de la répandre : les comités de vaccination, sous l'impulsion du duc Laroche-foucault-Liancourt. Le premier est à Paris, et d'autres suivent rapidement dans les grandes villes, toujours de manière autonome. Ces comités sont très vite supportés par le ministère de l'Intérieur qui leur ouvre l'accès à des hospices pour tester le vaccin sur des enfants²⁹⁴. Ce fut la première étape de ces comités : prouver l'efficacité et l'innocuité de la méthode vaccine, avant d'établir des centres de vaccination et de mettre en place des campagnes de vaccination gratuites.

En 1804 est créé le Comité Central de Vaccine, un organe officiel du ministère de l'intérieur. Il sera secondé localement par des comités départementaux et les préfets. En 1820 c'est l'Académie Royale de Médecine qui est fondée et qui reprend les rôles du comité central²⁹⁵ :

- expérimenter la vaccine et ses effets ou de nouvelles techniques ;
- propager l'emploi de la vaccine et l'établissement des certificats de vaccination ;
- recueillir les statistiques sur la vaccination et la mortalité due à la variole ;
- publier un « Bulletin sur la vaccine » ;
- installer des dépôts de conservation de vaccine dans les principales villes ;

²⁹² Giacomo Lorandi, « Les dynamiques d'une célébrité transnationale: Théodore Tronchin et l'inoculation de l'enfant Ferdinand de Parme en 1764 », *Gesnerus - Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, vol. 74, janvier 2017, p. 240-267.

²⁹³ Jean-Louis Clade, *op. cit.*, p. 84.

²⁹⁴ Hervé Bazin, *op. cit.*

²⁹⁵ *Ibidem*.

- un comité départemental de vaccine, aidé de comités secondaires de vaccine dans chaque sous-préfecture et parfois dans chaque canton (comprenant le maire, le curé et un médecin ou un chirurgien).

Les comités et l'Académie jouent un rôle consultatif et délivrent régulièrement dans leurs rapports des avis sur la vaccination et ses difficultés. De plus, les autorités leur ont également donné un rôle de censure : toute information concernant la vaccine doit leur être remontée avant de pouvoir être publiée²⁹⁶. Ils peuvent ainsi filtrer les informations et ne conserver que ce qui avantagait la vaccine pour pousser à sa diffusion le plus rapidement et le plus largement possible.

Le médecin vaccinateur sur le terrain

Initialement les médecins vaccinateurs sont ceux des comités de vaccine et des hospices. Ils ne sont évidemment pas assez nombreux, et il est nécessaire de mobiliser les autres médecins des départements. Ils sont mobilisés et désignés par les préfets pour propager la vaccine et sillonner les campagnes contre rémunération²⁹⁷. On compte dedans des médecins, mais aussi des officiers de santé et des sage-femmes (plutôt dans la seconde moitié du XIXe siècle) et quelques pharmaciens.

Nombre de ces médecins sont convaincus et se sentent empris d'une mission de répandre la vaccine : "Non contents de répandre ainsi la Vaccine dans l'Univers entier, partout les médecins s'appliquaient aussi à toutes les recherches utiles pour constater et rendre inattaquables les effets préservatifs de la nouvelle méthode. [...] Aussi la confiance était générale, et la Vaccine était regardée par l'immense majorité des hommes de l'art comme le préservatif assuré et infaillible de la Petite Vérole."²⁹⁸

Ils rencontrent toutefois des difficultés sur le terrain²⁹⁹ : un soutien financier jugé insuffisant, "l'apathie" des paysans, les oppositions de certains maires ou religieux, ou encore des difficultés techniques liées à la préservation de la vaccine. La question de la reconnaissance et de la rémunération semble avoir été particulièrement importante : "le non-remboursement des dépenses faites par les vaccinateurs pour les déplacements auxquels ils sont sujets, souvent à de grandes distances, pour opérer gratuitement, a refroidi le zèle de ceux dont les ressources ne leur permettent pas de continuer à s'imposer des sacrifices"³⁰⁰. À l'inverse, des médecins sont aussi accusés de fraude, de déclarer des fausses vaccinations et d'être à la course aux médailles et aux primes.

Les vaccinateurs face aux difficultés du vaccin

Les vaccinateurs sont aussi confrontés aux échecs du vaccin : les récides d'épidémies dues à la dégénérescence du fluide vaccinal ou à la nécessité de la revaccination, ou aux risques de syphilisations et transmissions d'autres maladies.

²⁹⁶ Archives de l'Académie de médecine, Lettre de Fouché à M. Sauvo, *op. cit.*

²⁹⁷ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 202.

²⁹⁸ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 49.

²⁹⁹ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

³⁰⁰ Le préfet des Landes, Mont-de-Marsan, le 13 août 1819, A N, F8 112,

Les réactions les plus fréquentes paraissent d'avoir été de défendre la vaccination envers et contre tout. Les médecins la défendant avancent plusieurs hypothèses. Les plus fréquentes cherchent à décrédibiliser les adversaires : ils parlent de fausses vaccines ou de vaccines mal réalisées (en particulier lorsqu'elles ont été faites par des non-médecins comme les sage-femmes ou les officiers de santé). On parle aussi de "varioloïdes", une forme atténuée de la variole grâce à la vaccine. Par rapport au risque de syphilisation, ils nient cette possibilité en se basant sur une unique étude réalisée au tout début de la vaccination sur des orphelins³⁰¹. Face aux difficultés cependant, de plus en plus de publications s'interrogent sur la vaccine. Cela atteint finalement l'Académie Nationale de Médecine : en 1836 elle soutient que la revaccination est inutile, avant de commencer progressivement à accueillir les communications sur la durée du vaccin et d'admettre en 1845 la nécessité d'une revaccination³⁰². La vaccine a cependant déjà perdu de sa splendeur, et le *Rapport sur la vaccination* de 1848 rapporte que "les comités n'existent plus que de nom : plus de solennités, plus de réunion au chef-lieu, et partant, plus d'émulation; les médecins vivent isolés; chacun se conduit comme il l'entend, suivant les inspirations de sa conscience et le zèle qui l'anime".

Passé ces difficultés, et face aux épidémies, la vaccine reprend petit à petit son lustre et les comités poursuivent leurs missions, bien que diminués. L'épidémie de 1870-1871 redonne une plus grande impulsion, avec les vaccinations obligatoires à l'armée ou à l'école.

Les oppositions

L'inoculation comptait beaucoup de détracteurs médicaux : il y eut de nombreux traités médicaux, et le débat déchire la Faculté de Médecine pendant 5 années (1758-1763). Ces oppositions se basent surtout sur la théorie du germe inné : l'inoculation risque d'empêcher une expression correcte des humeurs représentant un danger futur pour l'individu, sans compter les risques d'effets indésirables (variole grave, effets cutanés, syphilisation...).

Pour la vaccination, les oppositions ont été beaucoup plus restreintes ; P. Darmon n'aurait décompté que dix-huit médecins sur des milliers de médecins³⁰³. On les a déjà évoqués précédemment : on a en début de siècle d'anciens médecins inoculateurs et vers le milieu du siècle des partisans de la dégénérescence de la race, se basant encore sur la théorie du germe inné. Vers la fin du siècle, ce sont plutôt des mouvements d'oppositions à la question de l'opposition vaccinale, mais s'interrogeant toujours sur les risques de la vaccination³⁰⁴.

³⁰¹ Latour D. Rapport fait au Cen Brun, préfet du département de l'Ariège sur un grand nombre de vaccinations. Toulouse : Guiremand, 1804 : 22., rapporté par Fressoz *op cit*

³⁰² Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine*, 1863, p. 68.

³⁰³ P. Darmon, *La Longue Traque de la Variole*, rapporté par Agnès Sandras dans « Le 'certificat de vaccine' : un papier indispensable au XIXe siècle (2/2) », *L'Histoire à la BnF*, 2022.

³⁰⁴ Hervé Bazin, « Histoire des refus vaccinaux », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 194 / 4-5, avril 2010, p. 705-718.

Obligation vaccinale

Dans le débat entre les libertés individuelles et l'obligation vaccinale, le corps médical est partagé. Les discussions ne portent pas sur l'efficacité de la vaccine ou les risques de celle-ci, mais sur la question des libertés. L'Académie de Médecine est interrogée sur cette question lors des débats parlementaires concernant la loi Liouville en 1881, et certains de ces textes sont rapportés sur le site web clio-texte³⁰⁵.

Dans l'un de ces textes, le docteur Blot défend que les libertés s'arrêtent là où commence l'intérêt général : "A cela je réponds que, tout soucieux que je puisse être de cette liberté, je crois qu'elle doit avoir des bornes, et ces bornes sont précisément déterminées par l'intérêt général."³⁰⁶ Il met en avant que le "contrat social" ait déjà mis en place des obligations : heures de travail, de repos, la propreté de la voie publique...

Le docteur Depaul, partisan de la vaccine mais opposant à son obligation, lui oppose la liberté du *paterfamilias* : "ces mineurs ont des tuteurs naturels, leur père, leur mère, auxquels il appartient de prendre les mesures qu'ils croient nécessaires pour protéger la santé de ce qu'ils ont de plus cher, et seulement par les mesures qu'ils croient nécessaires ; quant à moi, je déclare que je n'aurais pu souscrire à ce qu'on vaccinât mes enfants malgré moi. La loi proposée est donc odieuse et vexatoire."³⁰⁷ Il ajoute que d'un point de vue pratique, la loi est "inapplicable", que les contrevenants "négligents" seront nombreux et difficiles à repérer et que les colères augmenteraient les résistances à la vaccination. Le médecin Jules Guérin y ajoute que cela contrevient à la liberté de prescription du médecin³⁰⁸.

Après plusieurs jours de débat, l'académie de médecine finit par délivrer une position favorable à la contrainte pour l'obligation vaccinale, ainsi que pour l'isolement des varioleux :

"L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination obligatoire.

Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par des règlements de l'administration [...].

L'Académie émet en outre, le vœu que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives"

Séance du 3 mai 1881, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1881, page 570³⁰⁹

³⁰⁵ Cécile Dunouhaud, « Les débats sur l'obligation vaccinale en 1881 et les arguments des opposants », [En ligne : <https://clio-texte.clionautes.org/debats-sur-obligation-vaccinale-1881.html>]. Consulté le 23 août 2023.

³⁰⁶ Séance du 29 mars 1881, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1881, pages 400-401

³⁰⁷ Séance du 29 mars 1881, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1881, pages 411-413

³⁰⁸ Séance du 5 avril 1881, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1881, pages 447-448

³⁰⁹ Séance du 3 mai 1881, Bulletin de l'Académie nationale de médecine, 1881, page 570.

C. Hygiène, hôpitaux, isolement

Les mesures classiques de désinfection et d'asepsie sont globalement recommandées par tous, et il ne semble pas trop y avoir d'opposition dans le milieu médical. Elles sont parfois jugées excessives, comme le dépeint A. Daudet, un ancien étudiant en médecine, dans *Les Morticoles* (1894).

Les mesures d'isolement sont bien plus discutées. Pour l'inoculation, on parle des mesures "d'extirpation" du malade : déclaration obligatoire, séquestration du malade, cordon sanitaire... Elles sont débattues, mais ne reçoivent pas la même ferveur que lors des épidémies de peste, possiblement du fait d'une fulgurance moindre de la variole. La difficulté réside dans les populations pauvres qui ne peuvent s'isoler, et le seul moyen pour le docteur Maret serait "d'établir des espèces d'hôpitaux où l'on transporterait tous les malades qui ne pourraient s'y conformer [aux mesures d'extirpation]"³¹⁰. Le médecin Paulet défend ces mesures, estimant qu'elles sont suffisantes, plus simples et moins dangereuses que l'inoculation; elles nécessitent toutefois «toute la sagacité des Médecins", "toute la vigilance des Magistrats", "toute la rigueur des loix" et "toute la charité des chrétiens"³¹¹. Pour Maret c'est "moralement impossible qu'on [prenne toutes les mesures nécessaires], comme il en est même qui sont moralement impraticables, leur nature, leur nombre, ne permettent pas de compter sur l'effet qu'elles pourraient produire"³¹². L'extirpation ne se répand pas du temps de l'inoculation, même si les inoculés doivent se conformer à une période de quarantaine (plus ou moins respectée selon les localités et une tolérance du ministère de l'Intérieur et de la Faculté en fin du XVIIIe siècle³¹³).

Au début du siècle de la vaccination, les mesures d'isolement n'ont pas beaucoup plus de succès. Elle se répand davantage au cours du siècle avec l'avancée du mouvement hygiéniste et la construction d'hôpitaux à l'architecture pavillonnaire. L'Académie de Médecine se porte en faveur de l'isolement hospitalier en 1881. À la fin du siècle, le docteur Grandmaison la défend en disant que l'isolement est le corollaire indispensable de la vaccination³¹⁴. Il décrit le fonctionnement de l'hôpital d'Aubervilliers ayant mis en place des mesures contraignantes pour la variole :

³¹⁰ Hugues Maret, *op. cit.*, p. 61-62.

³¹¹ Jean-Jacques Paulet, *Avis au public sur son plus grand intérêt, ou L'art de se préserver de la petite vérole , réduit en principe et démontré par l'expérience*, 1769, p. 90.

³¹² Hugues Maret, *op. cit.*, p. 54.

³¹³ Alphonse Mauricet, *op. cit.*

³¹⁴ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 159.

Mesures d'hygiène antivariolique à l'hôpital d'Aubervilliers à la fin du XIXe siècle³¹⁵

:

- Transport ; désinfection des brancards à la solution de chlorure de zinc; literie passée à l'étuve; désinfection de la voiture; délivrance suite à cela d'un bon de laisser sortir au brancardier
- Admissions : tout malade doit être examiné par l'interne de service, qui indiquera si le malade est varioleux et doit être amené vers pavillons varioleux; vêtements du malade à porter à l'étuve puis au vestiaire; malade entièrement revêtu de linge et de vêtements fournis par l'hôpital
- Mesures de précautions pour le personnel : nul ne doit pénétrer dans les salles de varioleux sauf s'il y est appelé pour ses fonctions; s'il n'est pas récemment vacciné (prouvé par un certificat de vaccination), il devra porter une tenue de protection adéquate; les ablutions et désinfections seront de mises et tous devront prendre un grand bain toutes les semaines
- Nettoyage : les salles devront être nettoyées et désinfectées quatre fois par jour, et la literie régulièrement désinfectée ; de même pour les ustensiles de cuisine, les couverts...
- Visites - Correspondances - Nouvelles : correspondance portée à la souffrière avant d'être remise à la poste ; visites absolument interdites; un téléphone disponible sinon
- Service des morts : cadavre enveloppé dans une serpillère, mis en bière enveloppé dans sa serpillère; la sciure de bois sera remplacée par de la poussière de tourbe

Le même médecin ne se porte pas en faveur de l'isolement à domicile, mais concède que cela risque d'être compliqué autrement dans les campagnes et les petites villes : il faudra donc être particulièrement vigilant dans ces lieux, favoriser encore la désinfection, séquestrer le malade chez lui. Pour que cela soit possible, la déclaration de la variole devrait être obligatoire, mais c'est le plus délicat, car cela représente une attaque portée à la liberté individuelle³¹⁶. Ce sera quand même finalement le cas par la loi du 30 novembre 1892 rendant obligatoire la déclaration de 12 maladies épidémiques, dont la variole.

D. Ressenti des médecins sur leur rôle et perception des populations

Les médecins : du côté du bien et du progrès, aidé des autorités

Dans l'histoire de la variole au XVIIIe et au XIXe siècle, les médecins se sont placés du côté du progrès et du bien-être de la population. C'est particulièrement flagrant avec l'arrivée de la vaccination : autant pour l'inoculation les avis étaient divisés, autant la vaccination a rapidement acquis la confiance du corps médical. Dès 1801, le docteur Husson vante les lumières des défenseurs de la variole : "Aujourd'hui

³¹⁵ *Ibidem*, p. 164-171.

³¹⁶ *Ibidem*, p. 174.

les bons esprits, les hommes dégagés de préjugés, ceux qui ne se refusent point à l'évidence, et qu'un entêtement déraisonnable n'aveugle point, croient à la vérité des faits recueillis par les médecins qui se sont occupés de la vaccine."³¹⁷ Grandmaison revient également à la même présentation en 1894, opposant les gens "sensés" s'opposant aux "difficultés qui ont "arrêté les progrès de l'hygiène"³¹⁸. Dans ce style, les glorifications du père de la vaccine, Edward Jenner, sont abondantes dans les traités médicaux.

Le médecin a un rôle plutôt paternaliste dans cette "marche de l'esprit humain" dans "l'ordre intellectuel [...], moral et politique" : il s'occupe du "développement intellectuel des masses", aidé des politiques dont "la mission est de veiller aux destinées du peuple"³¹⁹. Il doit être acclamé de ses efforts pour répandre la vaccine : "Partout la Vaccine était reçue comme un immense bienfait, partout les autorités, les populations reconnaissantes se portaient au devant des hommes généreux qui leur apportaient la santé au prix de tant de périls et de fatigues."³²⁰ Les autorités publiques ayant défendu la vaccination sont également éclairées, et un support vital pour pouvoir répandre ce bienfait de l'humanité.

Les opposants sont décrédibilisés. On dit qu'ils sont motivés par "la malveillance ou l'intérêt particulier"³²¹, et leurs arguments ne reposeraient sur "aucune preuve, sur aucune observation consciencieuse et raisonnée des faits."³²² (ibid., p 94) . La vaccination a aussi pu se développer rapidement en France grâce à la "nullité de ces opposants" et "la petitesse" des moyens employés pour s'opposer.³²³

Les profanes vus par les médecins

Les profanes sont jugés emplis de préjugés qui gênent la bonne diffusion de la vaccine³²⁴. Le rapport du comité vaccinal lors d'une épidémie à Besançon en 1840 incrimine les quartiers pauvres et sales "parce qu'ils sont spécialement habités par une classe nombreuse, indigente, sale, ignorante et encore imbue d'absurdes préjugés contre la vaccine"³²⁵. De même, à Égreville en 1870, ce sont les croyances populaires qui auraient limité la vaccination lors de l'épidémie et causé tant de dégâts³²⁶. Lorsque les vaccinations sont un succès, on félicite les vaccinateurs ou les autorités, et lorsqu'elles ont du mal à prendre, on incrimine les populations.

Le public, "moins éclairé" risque en plus de se faire influencer par les opposants à la vaccination³²⁷. En fait, il n'a même pas le droit au débat dans cette "question entièrement médicale" qui ne peut être résolue que par des "faits et expériences

³¹⁷ Henri-Marie Husson, *op. cit.*, p. 29.

³¹⁸ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 158.

³¹⁹ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 118.

³²⁰ *Ibidem*, p. 49.

³²¹ *Ibidem*, p. 50.

³²² *Ibidem*, p. 94.

³²³ Henri-Marie Husson, *op. cit.*, p. 29.

³²⁴ Pierre Darmon, *Les débuts de la diffusion...*, *op. cit.*

³²⁵ Michel Marie Antoine Bulloz, *Rapport sur l'épidémie de petite vérole qui a régné à Besançon et dans plusieurs communes du département pendant l'année 1840*, 1841.

³²⁶ Émile Bessièrès, *op. cit.*, p. 9.

³²⁷ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 90.

exactes³²⁸. On ne peut même pas lui faire confiance : s'il présente un certificat de vaccination, il faudra directement vérifier par l'examen les cicatrices vaccinales pour le confirmer³²⁹.

Les profanes en faveur de la vaccination n'échappent pas aux critiques. Les médecins et les autorités redoutent les mauvaises vaccinations réalisées par eux³³⁰, et les sage-femmes sont particulièrement incriminées lors des récidives épidémiques de variole³³¹.

E. Implications dans la presse et en politique

Afin de répandre leurs idées, le corps médical use des journaux et s'implique de lui-même dans la politique. Pour l'inoculation : en 1765, le professeur Antoine Petite publie une « Histoire de l'inoculation de M. Andrezel » dans le *Journal de Trévoux*³³². Les médecins redoublent de brochures, de traités, et de publications dans les journaux pour défendre et diffuser leur point de vue³³³. Cela se poursuit au XIXe siècle avec la vaccination : par exemple dans le numéro du 25 mai 1875 du *Journal politique et littéraire de Toulouse et de la Haute-Garonne*, un médecin défend la vaccination et invite le lecteur à y réfléchir et s'emparer du sujet; dans un numéro du 21 mars 1870 du *Journal de Toulouse : politique et littéraire*, un autre médecin répond aux interrogations d'un citoyen se questionnant sur l'efficacité de la vaccine.

Le ministre de l'Intérieur Chaptal, qui a rapidement mis en œuvre des politiques pro-vaccinales au début du XIXe siècle, était un ancien étudiant en médecine. Les comités de vaccination incluent souvent à la fois des médecins, et à la fois des politiques. Et souvent ce sont les politiques qui vont chercher les médecins : le Parlement interroge la Faculté de Médecine en 1758 sur l'inoculation, et en 1820 l'Académie de Médecine est créée avec plusieurs rôles, dont un rôle pour la vaccination.

Les temps du débat sur l'obligation vaccinale voient d'autant plus l'implication des médecins dans les sphères publiques, qu'ils soient partisans ou opposants à cette obligation³³⁴.

³²⁸ Henri-Marie Husson, *op. cit.*, p. 104.

³²⁹ Grandmaison de Bruno, *op. cit.*, p. 131.

³³⁰ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 242.

³³¹ Olivier Faure, *La vaccination dans la région lyonnaise...*, *op. cit.*

³³² Jean-Baptiste Fressoz, *Le tribunal du public...*, *op. cit.*

³³³ *Ibidem*.

³³⁴ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, *op. cit.*

Réaction des autorités

Les trois grands questionnements des autorités publiques concernant la variole sont à propos des nouvelles techniques. Le premier est de savoir si les techniques sont efficaces. Pour cela, ils se basent sur l'expertise des grands médecins des Facultés ou Académies. Pour l'inoculation, cela ne fut pas clair, mais la vaccination conquiert les gouvernements très rapidement. Une fois convaincus, elles se demandent comment répandre ces techniques ? Les autorités ont encore eu recours aux médecins, mais aussi aux figures locales et diverses mesures d'incitation, ainsi qu'une censure autour des échecs et risques de la vaccination. Cela n'empêche pas qu'il y ait des réfractaires, ce qui amène le troisième questionnement : faut-il imposer la vaccination ? La question du bien-être de la population se heurte à la liberté de celle-ci et à l'autorité du père sur sa famille. Il est alors plutôt opté pour l'incitation avec de nombreuses mesures en ce sens, tout en amenant insidieusement une obligation déguisée via le certificat de vaccine.

A. Rapport des autorités avec les médecins

Expertise médicale

Les pouvoirs publics font appel à l'avis des élites médicales afin de planifier leurs politiques de santé. Cela débute avec l'inoculation lorsque le débat prend de l'ampleur dans la société mondaine et que le Parlement demande l'avis de la Faculté de Médecine³³⁵. Sous le Premier Empire, le ministre de l'Intérieur reprend avis auprès de la Faculté lorsqu'il est sollicité pour se prononcer sur la période d'isolement suite à l'inoculation dans le Morbihan³³⁶. Cela se poursuit avec la vaccination : on se repose sur les comités de vaccine, principalement composés de médecins et de politiques. Ces comités centralisent et mettent en place les campagnes de vaccination, recueillent les informations et émettent des rapports. En 1820, c'est l'Académie Nationale de Médecine qui succède au Comité Central de la Vaccine; il s'agit d'une institution officielle et mise en place par Louis XVIII sous la restauration. Elle émettra des avis sur la dégénérescence de la vaccination, la revaccination, mais également sur l'obligation vaccinale lors des débats de la fin de siècle.

Des ressources mobilisables

Les médecins font partie des professionnels de santé qui sont mobilisés avec les officiers de santé et les sage-femmes pour la vaccination : d'un côté il y a une incitation financière et morale, de l'autre nombre d'entre eux sont désignés et missionnés par les préfets pour vacciner gratuitement dans les hospices et les campagnes³³⁷. Les préfets mettaient en effet en place des listes des professionnels du territoire, et les sollicitaient à tour de rôle afin de toujours avoir des vaccinateurs à disposition. Malgré les aides mises en place, nombre de médecins se plaignaient du manque de soutien des autorités, en particulier financier. Parfois ce sont directement

³³⁵ Jules Jean Baptiste Lenoël et Henry Herbet, *op. cit.*, p. 40.

³³⁶ Alphonse Mauricet, *op. cit.*

³³⁷ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 202.

les maires ou les préfets qui sollicitaient le Comité Central de la Vaccine et le ministère de l'Intérieur pour avoir plus d'aides.

B. Mesures mises en place

Gestion de l'information

Parmi les mesures que les pouvoirs publics mettent en place, mettons l'accent sur la gestion de l'information. Durant la peste, on avait déjà vu que les autorités locales ou nationales tenaient à l'information : pour repérer les risques d'épidémies et répondre le plus rapidement. Cela se développe d'autant plus au XVIIIe avec la Société Royale de Médecine, fondée en 1778 et mettant en place une sorte de "veille sanitaire": une correspondance régulière entre la Société Royale et les médecins des différentes localités permet de quadriller le territoire et repérer les risques d'épizootie et d'épidémies³³⁸.

Pour la variole au XIXe siècle, ce sont les comités de vaccine et l'Académie Nationale de médecine qui prennent le relais. Ils ont le rôle de recueillir et de centraliser l'information, mais aussi de la filtrer : les autorités sont convaincues par la vaccination et ne veulent pas la freiner, donc ils souhaitent limiter les informations négatives sur la vaccination : toute information concernant la vaccination doit passer devant les comités de vaccine avant d'être publiés³³⁹.

Dans les dernières années du XIXe siècle, la loi du 30 novembre 1892 rend la déclaration de la variole obligatoire par les professionnels de santé. Cela facilite le suivi des malades; la mise en place des mesures d'isolement et de désinfection plébiscitées par les autorités, ainsi que la vaccination de l'entourage. Avant cette déclaration obligatoire, le Comité Central de la Vaccine incitait quand même les professionnels de santé, mais aussi les parents, instituteurs, maires... informer les autorités des personnes contaminées pour pouvoir les isoler³⁴⁰.

Organisation décentralisée

Une organisation ne se met en place qu'à partir de la vaccination. Celle-ci est en partie décentralisée : elle repose sur les comités départementaux de vaccine, les préfets, les sous-préfets, les conseillers généraux et les maires. Bien que ce soient eux qui s'occupent localement de la mise en place de la vaccination et de collecter les informations, ils sont chapeautés par le Comité Central de la Vaccine et le ministère de l'Intérieur. Dans la Circulaire du 14 germinal an XII (4 avril 1804), le Ministre de l'Intérieur indique aux préfets "qu'aucun objet ne réclame plus hautement [leur] attention" que la vaccination.

³³⁸ Laurence Camous et Jacques-Louis Binet, « Quarante-quatre ans avant l'Académie Royale de Médecine, la Société Royale de Médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 193 / 9, décembre 2009, p. 2131-2135.

³³⁹ Lettre de Fouché à M. Sauvo, rédacteur du Moniteur, 25 juillet 1809, Archives de l'Académie de médecine, V6d25

³⁴⁰ Rapport du Comité central de vaccine sur les vaccinations pratiquées en France en 1820, Paris, p. 9.

Cette organisation décentralisée permet aux acteurs locaux de s'adapter aux contraintes locales. Mais en même temps cela entraîne des disparités entre les régions selon l'implication des acteurs locaux, leur manière de fonctionner et la réceptivité des populations :

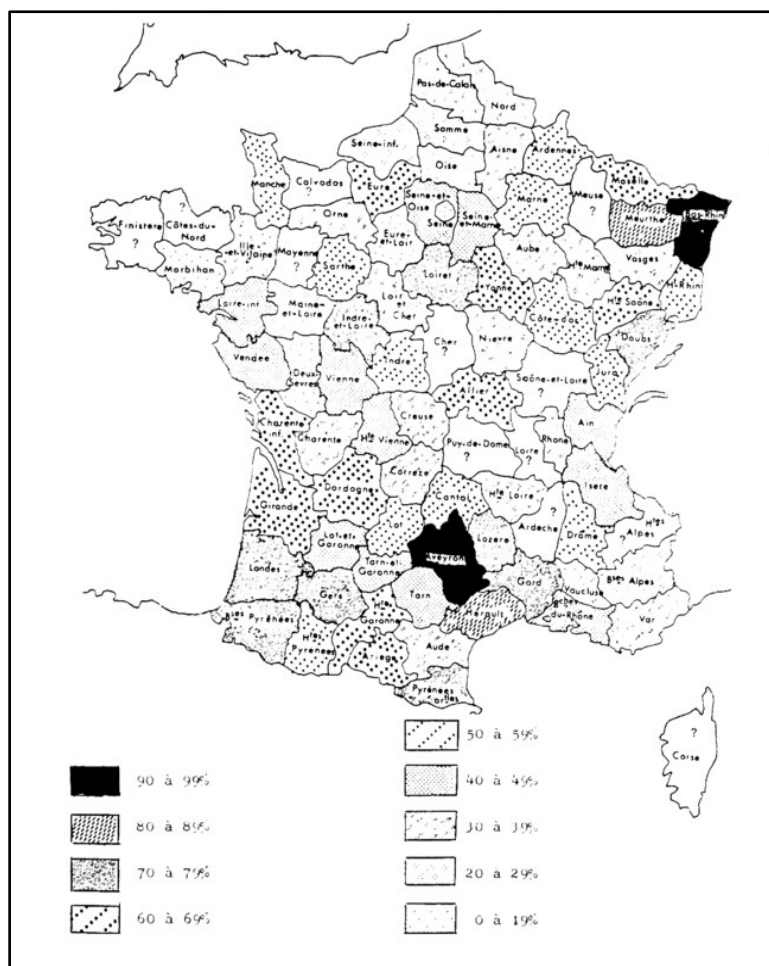


Figure 28. P. Darmon, Carte des proportions des vaccinations par rapport aux naissances, 1811-1815, L'odyssée pionnière des premières vaccinations françaises au XIXe siècle³⁴¹.

On retrouve des correspondances de médecins demandant plus de coopérations de maires ou des préfets: "Il serait douloureux pour nous d'être obligés d'écrire pour cet objet au ministre de l'Intérieur qui est notre associé"³⁴²

Mesures pour favoriser la vaccination

Afin de favoriser et d'inciter à la vaccination, des mesures de soutien financier sont mises en place pour les vaccinateurs. Selon le nombre de vaccinations réalisées, ils peuvent recevoir une récompense financière et une médaille: pour 1000

³⁴¹ Pierre Darmon, *L'odyssée pionnière...*, op. cit.

³⁴² Archives de l'Académie de médecine V1, lettre de Augalnier, médecin à l'hôpital de Marseille, à Thouret, 8 avril 1801.

vaccinations, le vaccinateur peut avoir une médaille d'argent; pour 3000 vaccinations, il peut avoir une médaille d'or³⁴³. Lorsque les vaccinateurs peinent à récolter de la vaccine et à conserver une chaîne vaccinale de bras à bras, le Comité Central de la Vaccine peut leur faire parvenir du fluide vaccinal. Des dépôts de vaccine sont également créés dans chaque département.

Dans l'optique de diffuser la vaccine au plus vite, la vaccination gratuite est proposée dans les hospices et les médecins sont mobilisés. Les enfants trouvés sont aussi vaccinés, à la fois pour les expériences des comités, mais également dans un souci de bien-être public et pour conserver la chaîne vaccinale³⁴⁴. Dans certaines localités, on conditionne l'obtention d'aides financières à la vaccination³⁴⁵. D'autres endroits, on affiche le nom des personnes mortes de la variole, surtout les non-vaccinés, et un récit rapporte un maire faisant circuler un aveugle en pleine rue pour montrer les ravages de la variole chez un non-vacciné³⁴⁶.

Les personnes dépositaires de l'autorité se posent en modèles : le Duc d'Orléans faisant inoculer ses fils en 1756, Napoléon le vaccinant son fils en 1811. Des maires, des préfets, des hommes d'Église se vaccinent publiquement afin de donner l'exemple et inciter grâce à leur exemple³⁴⁷.

Enfin, des mesures d'obligation sont introduites progressivement : pour les pensionnaires de l'école en 1809, dans l'armée et l'école primaire en 1834, la revaccination devient obligatoire pour l'armée et en université en 1871, l'école obligatoire en 1881-1882 et enfin la vaccination devient globalement obligatoire en 1902³⁴⁸.

Mesures d'isolement et désinfection

Les premières mesures d'isolement mises en place concernent l'inoculation. Face à des dangers d'épidémies de variole suite à l'inoculation, le Parlement demande une période d'isolement hors de la ville de 40 jours³⁴⁹. Il y aura une plus ou moins grande tolérance concernant cette période d'isolement selon la localité et selon la confiance des autorités dans la technique.

Au siècle suivant, des mesures contraignantes sont prises localement : le préfet des Landes propose de poster une sentinelle (au frais du malade) et plusieurs localités proposent de déployer un drapeau ou un écriteau devant les maisons des varioleux³⁵⁰. Le gouvernement n'est pas en faveur. Il souhaite répandre la vaccination en évitant la coercition et les critiques : "j'ai trouvé, écrit le ministre, dans les différents articles de cet arrêté, des dispositions coercitives que je ne puis approuver... telles sont les deux

³⁴³ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 264.

³⁴⁴ Jean-Baptiste Fressoz, « Le vaccin et ses simulacres : instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865 », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, ENS Éditions, novembre 2011, p. 77-108.

³⁴⁵ Agnès Sandras, *Le certificat de vaccine...*, op. cit.

³⁴⁶ "Rapport du Comité de vaccine. Académie de Médecine. Séance générale extraordinaire du mardi 20 septembre 1825", *Le Globe*, 24 septembre 1825

³⁴⁷ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 204.

³⁴⁸ Timothée Marteau, « L'obligation vaccinale au XIXe siècle », [En ligne : <https://www.actu-juridique.fr/histoire-du-droit/lobligation-vaccinale-au-xixe-siecle/>]. Consulté le 22 août 2023.

³⁴⁹ *Arrêt de la Cour de Parlement sur le fait de l'inoculation, du 8 juin 1763*, op. cit.

³⁵⁰ Pierre Darmon, *La longue traque...*, op. cit., p. 72.

mois de quarantaine que vous prescrivez pour les sujets atteints de la petite vérole, et le brullement des linges, hardes, et effets qui auront été à leur usage pendant tout le cours de la maladie”³⁵¹

Dans la seconde partie du XIXe siècle, ces mesures deviennent plus fréquentes. A Lyon, la Société de Médecine préconise un isolement hospitalier, une désinfection globale et d’interdire certains lieux publics aux non vaccinés³⁵². A Sotteville, des maisons spécifiques sont désignées pour accueillir les varioleux, tout en respectant des règles de désinfection; des équipes de désinfections étaient mobilisées dans toute la Seine-Inférieure³⁵³. Les mesures d’isolement deviennent de plus en plus fréquentes en fin du siècle et début XXe siècle, surtout lorsque la déclaration de la variole devient obligatoire.

C. Incitations et obligations

La question de la contrainte s’est posée tout au long de l’histoire de la variole. Pour commencer, il y a les contraintes qui ont été imposées face aux risques de l’inoculation : suite à des épidémies provoquées par contagion d’inoculés, le Parlement la régleme en 1763³⁵⁴ et impose qu’elle soit réalisée hors des villes avec une période d’isolement de quarante jours. Ces mesures deviennent cependant moins contraignantes sous le Premier Empire, avec un gouvernement et une faculté de médecine regagnant confiance dans la méthode³⁵⁵.

Pour la vaccination, les différents régimes parcourant le XIXe siècle optent pour une stratégie d’incitation vaccinale, ne souhaitant pas s’attirer l’ire de la population³⁵⁶ et ne voulant pas remettre en question l’autorité du *paterfamilias*³⁵⁷. Il y eut quelques localités où les représentants de l’autorité établirent des règlements contraignants, sans obtenir le soutien du ministère de l’Intérieur, qui ne peut approuver ces mesures “coercitives”³⁵⁸. La vaccination est favorisée par un accès gratuit aux indigents ou dans les campagnes, des récompenses pour les vaccinateurs, des incitations financières pour les plus pauvres.

Une obligation insidieuse est parallèlement mise en route : la vaccination obligatoire pour accéder aux pensionnats (1809), à l’armée ou à l’école primaire (1834), l’école obligatoire (1881), ainsi que l’accès à certains métiers de la santé réglementé par la production d’un certificat de vaccine. En 1881-1882 le Parlement ne se prononce toujours pas en faveur de l’obligation, préférant privilégier la liberté individuelle et celle du père de famille. Mais avec les différentes mesures d’obligation déguisées et l’école obligatoire, la vaccination rentre encore plus dans les mœurs. Le projet de loi de 1902 est concluant : la vaccination contre la variole est obligatoire le

³⁵¹ Lettre de réponse au préfet de l’Aveyron par le Ministre de l’Intérieur, Paris, le 6 août 1811, Archives Nationales, F8 105

³⁵² Alexandre Rodet et Paul Diday, *op. cit.*

³⁵³ Fanny Plantaz, *op. cit.*, p. 33.

³⁵⁴ *Arrêt de la Cour de Parlement sur le fait de l’inoculation du 8 juin 1763, op. cit.*

³⁵⁵ Alphonse Mauricet, *op. cit.*

³⁵⁶ Pierre Darmon, *La longue traque...*, *op. cit.*, p. 203.

³⁵⁷ Timothée Marteau, *op. cit.*

³⁵⁸ Lettre de réponse au préfet de l’Aveyron..., F8 105, *op. cit.*

15 février 1902, avec une revaccination tous les 10 ans. C'est également en fin de siècle que passent les mesures de déclaration obligatoire de la variole (1892) et d'isolement-désinfection associées.

Ainsi, les autorités nationales ont pris des décisions contraignantes lorsque les risques des nouvelles méthodes semblaient trop importants, mais ont préféré privilégier l'incitation à l'obligation pour leur application. Les autorités locales ont pris des décisions contraignantes a minima, mais cela ne s'est pas étendu au pays. C'est finalement lorsque la vaccination a fini par être répandue, un siècle plus tard, que la mesure d'obligation vaccinale est actée. Reste que son application ne reste pas simple : il faut la participation des médecins, des instituteurs, de l'armée... et les contrevenants ne risquent qu'une amende.

Incitation, coercition et acceptabilité sociale

Que ce soit face aux épidémies ou à d'autres problématiques de société, les autorités sont fréquemment confrontées à la question de l'incitation, de la coercition, du bien commun et des libertés individuelles. Pour les maladies épidémiques, cela se manifeste à travers les questions de circulation des individus, de vaccination obligatoire et, plus tard, le dépistage obligatoire. Les autorités ne sont pas toujours confiantes lorsqu'elles mettent en place des mesures, cela dépend comme on l'a déjà dit des représentations et de la confiance de la population. À partir des années 1980 se développe le concept d'acceptabilité sociale³⁵⁹, qui est surtout considéré en tant que tel lors de la pandémie de la covid.

Représentations artistiques et littéraires

Les représentations artistiques et littéraires de la variole nous parlent principalement de ses effets sur la beauté des personnes, en particulier le visage des femmes. Cela a l'air d'être la problématique principale lorsque la variole était une maladie inévitable. Cependant, l'inoculation et la vaccination amènent de nouveaux questionnements qui se traduisent dans cet art : entre soutien et confiance des médecins scientifiques ou au contraire critique d'une caste se souciant de leur gloire plutôt que de la santé d'autrui. C'est aussi l'occasion de l'utilisation de nouveaux médias (la photographie, l'explosion du nombre de journaux notamment les satiriques...). Les médecins et les autorités profitent également de ces moyens de communication afin de répandre leurs idées.

A. Représentations profanes

Représentations de la variole

La littérature romanesque est assez pauvre sur les représentations de la variole, voire des épidémies. Les récits épidémiques ne prennent un véritable essor

³⁵⁹ Corinne Gendron, Stéphanie Yates et Bernard Motulsky, « L'acceptabilité sociale, les décideurs publics et l'environnement », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Les éditions en environnements VertigO, avril 2016.

qu'à partir du XXe siècle³⁶⁰. On peut retrouver une évocation de la variole à la fin du roman *Nana* (1880) de Zola : Nana qui était connue pour sa beauté, devient une irreconnaissable, et cible de la pitié de son entourage. Pire que son état mourant, son entourage est surtout marqué par la perte de sa grâce et sa défiguration. La mort en serait presque une délivrance. Cette description de Nana peut aussi être interprétée de manière allégorique : au même moment, en 1870, le Second Empire est en train de se décomposer, de la même manière que la protagoniste du roman.

Quoi qu'il en soit, cette description nous pointe l'une des perceptions communes de la maladie : malheur à ceux qui attrapent la variole et malheur à ceux qui y survivent défigurés, en particulier les femmes. C'est ainsi également qu'on représente les "Résultats de la petite vérole" dans un manuel médical à l'usage des étudiants : via la figure d'une femme grêlée et éborgnée par la maladie.



Figure 29. Désiré Langlumé, *Résultat de la petite vérole*, Lithographie dans Manuel pratique de vaccine à l'usage des jeunes médecins, Paris, 1821³⁶¹.

On retrouve aussi des représentations allégoriques de la variole sous forme de monstres mythologiques, souvent féminins : monstre barbare, dangereuse Protée, Hydre furieuse, Méduse ou encore une sirène pustuleuse à queue fourchue³⁶² :

³⁶⁰ « Aurélie Palud : « La littérature devrait nous aider à ne pas céder à des pulsions qui risquent de faire le jeu de l'épidémie » », *Le Monde.fr*, 21 mars 2020.

³⁶¹ Collection BIU Santé Médecine : 047933 (2). Open licence : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?02393>

³⁶² Catriona Seth, *op. cit.*, p. 29.



Figure 30. Figure allégorique de la variole dans le frontispice du poème *L'Inoculation* (1773) de l'abbé Roman à gauche

Figure 31. Estampe *Triomphe de la Petite Vérole* à droite, Paris, 1801

Dans le roman anglais *Bleak House* (1853) de Dickens, la maladie est l'apanage des gens pauvres. La maladie en elle-même n'est jamais mentionnée de son nom, mais on la devine : Dickens est connu pour ses descriptions sémiologiques précises, dépassant parfois celles des médecins³⁶³. Cela peut suggérer une imprégnation médicale des classes lettrées, à moins que ce ne soit qu'un intérêt personnel de l'auteur. Dans son roman, les plus pauvres sont plus exposés à la maladie dans leur environnement, ne peuvent s'enfuir et n'ont pas accès à un système de santé efficace pouvant les protéger. C'est un reflet des conditions réelles, et peut être transposé à la condition française où de nombreuses inégalités se développent concernant la variole et l'accès aux soins. Une partie de ces inégalités est aussi due à l'accès inégal à la vaccination; pour Michael Gurney, ce roman participerait au plaidoyer de Dickens pour rendre la vaccination accessible à tous³⁶⁴.

Inoculation et vaccination : une littérature scientifique

Une riche littérature a entouré les sujets de l'inoculation et de la variole. Cette littérature a principalement été scientifique avec de nombreux traités médicaux et plusieurs traités plus profanes, mais concernant toujours une certaine élite lettrée. Les livres et journaux ont été des médiums de débats très populaires. Les œuvres des profanes ont pu prendre des formes différentes : livres, lettres, conversations fictives avec des opposants au vaccin, poèmes didactiques... Ce qui est marquant avec ces œuvres est leur structuration s'inspirant de traités médicaux et scientifiques³⁶⁵ : on

³⁶³ Michael S. Gurney, « Disease as Device: The Role of Smallpox in *Bleak House* », *Literature and Medicine*, vol. 9 / 1, Johns Hopkins University Press, 1990, p. 79-92.

³⁶⁴ *Ibidem*.

³⁶⁵ Margot Szarke, « Textual "Piqûres": Vaccination in the Hands of Nineteenth-Century French Writers », *Nineteenth-Century French Studies*, vol. 51 / 1, University of Nebraska Press, 2022, p. 1-19.

débute par présenter la maladie, ses ravages, avant de présenter la nouvelle technique avec ses bénéfices et risques. C'est une structuration que l'on retrouve encore dans les articles scientifiques actuels. On insiste en plus sur l'utilisation des statistiques, on donne des explications scientifiques et on essaie de convaincre par des arguments objectifs. Qui plus est, l'utilisation de la poésie est pour Margot Szarke, chercheuse en littérature française, un moyen de se placer du côté du civilisé en utilisant un moyen sophistiqué de discourir³⁶⁶.

Glorification du progrès et de la médecine

Une grande partie de la littérature concernant l'inoculation et la vaccination les présente sous l'image positive du progrès et de la civilisation, tel ce poème de Peysson :

Laisse ces préjugés à la classe ignorante;
Range-toi du côté de l'Europe savante;
Car enfin tu ne peux, sans être un assassin,
Soustraire encore ta fille aux bienfaits du vaccin.

La Vaccine, Poème, Anthelme Peysson, 1820

Dans sa pièce *La Découverte de la Vaccine*, Flaubert présente Jenner sous un beau jour tentant de convaincre des réfractaires sceptiques dépeints de manière "tragique, comique, idiotique et incivile"³⁶⁷. Le médecin anglais se verra même décerner plusieurs médailles françaises, et un hymne musical dédié : *Hymne à Jenner* par Pierre-Paul Poulalion (1870, Le Poète Boiteux).

Si l'on reprend en entier le frontispice dépeignant la variole sous les traits d'une méduse, on y voit une autre figure allégorique : celle de l'Inoculation glorifiée sous la forme d'une belle Grecque, tenant une lancette dans une main et repoussant la petite vérole de l'autre et protégeant les plus démunis. Les palmiers en arrière-plan évoquent le pays d'origine de la technique (la Turquie)³⁶⁸.

³⁶⁶ *Ibidem*.

³⁶⁷ *Ibidem*.

³⁶⁸ L'Abbé Roman, « L'inoculation, poème en quatre chants », [En ligne : <https://wellcomecollection.org/works/qhzcyyw84/items>]. Consulté le 17 août 2023, p. XX.



Figure 32. Frontispice du poème *L'Inoculation* de L'Abbé Roman (1773), Gallica BnF

Le Petit Journal met en avant sa séance de vaccination, et sa propre participation pour la répandre gratuitement dans l'un de ses numéros en 1905. La vaccination est alors présentée comme une œuvre "si hautement philanthropique et démocratique".



Figure 33. *Les Œuvres Philanthropiques du Petit Journal*, *Le Petit Journal*, 20 Août 1905

Au début du XXe siècle, c'est aussi la photographie qui joue un rôle documentaire, mais aussi partisan selon son utilisation. Ici, c'est *Le Matin* qui plaide en faveur de la vaccination :



Figure 34. *L'institut de vaccine animale, rue Ballu*, *Le Matin*, 17 mars 1907.

Les images de vaccination sont aussi l'occasion pour les médecins de briller, en particulier Jenner : ils sont souvent mis en valeur et la figure principale du tableau, réalisant le geste avec une attitude calme, souvent en opposition un entourage plus ému et dans l'expectative, se questionnant, apeuré ou plein d'espoir.



Figure 35. Gaston Melingue, *La première vaccination d'Edward Jenner (1749-1823) à gauche*, 1879



Figure 36. *Une séance de vaccination: le docteur Kelsch opérant à droite*, *La Patrie*, 18 mars 1907

Les discours dissidents et critiques

Les représentations de l'inoculation et de la vaccination ne sont pas que positives. Le poème est utilisé de manière scientifique, mais aussi émotionnelle pour rappeler les dangers de l'inoculation :

*[...] mon fils est mort ; c'est moi... mais qu'osaije pretendre
sans tressaillir d'effroy pourras tu bien m'entendre !³⁶⁹*

*Lettre a mon amy sur la perte d'un fils unique, mort à lage de Dix ans des suites
de la petite verolle inoculée, Laurencin*

La vaccination a son lot de caricatures :



³⁶⁹ Bibliothèque municipale de Versailles, MS 11 P, p. 10., rapporté dans Seth, Catriona, *op. cit.*



Figures 35 à 39. Estampes, Collection de Vinck (histoire de France, 1770-1871), Gallica BnF.

Le Triomphe de la Petite Vérole, La Vaccine aux Prises avec la Faculté, La Dindonnade, Les Dangers de la Vaccine, Sept contre Un ou le Comité de la Vaccine

Ces caricatures montrent une confiance limitée d'une frange de la population envers les médecins : les éminents professeurs de la faculté de médecine ou des comités de vaccination ne valent pas mieux que des ânes porteurs de toges, et apportent du bout de leur seringue les malheurs de la variole. On sent les restes des représentations médiévales et de la Renaissance des médecins : une caste privilégiée passant plus de temps à débattre entre eux ou nuire à la population qu'à apporter des bienfaits. Les autorités sont aussi prises en compte dans ce lot. On retrouve aussi la représentation de la maladie sous forme macabre : la faucheuse qui vient s'en prendre aux petits enfants.

Des conceptions morales s'y ajoutent : le mélange d'humeurs est dangereux et au pire les vaccinés se transforment en vaches (bien que cette conception reste assez minoritaire³⁷⁰).

³⁷⁰ Pierre Darmon, *op. cit.*, p. 223.



Figure 40. J. Gillray; *La variole ou les merveilleux effets de la nouvelle inoculation*, 1802

Le vaccin se mélange à l'image allégorique de la vache dans ces oppositions, comme dans cette estampe où une vache monstrueuse et pustuleuse avale des enfants, présentés par des médecins avec des queues de vache et cornes évoquant des diables :



Figure 41. C. Williams, *Vaccination*, 1802, Gallica BnF.

Bien que ces caricatures ne véhiculent pas forcément des arguments sérieux, elles aident à ancrer une opposition et une image néfaste de la vaccination, ou tout du moins des médecins et des autorités. Ces caricatures se concentrent parfois aussi sur les difficultés du vaccin, comme le questionnement sur la pureté vaccinale :



Figure 42. J. Keppler, *Mieux vaut ne pas vacciner que vacciner avec un virus impur*, 1880

Ces caricatures ne véhiculent pas seulement une opposition aux vaccins, mais s'interrogent sur la véracité des campagnes vaccinales et les risques tus par les autorités. Elles s'interrogent aussi sur la confiance qu'on peut accorder aux médecins et aux autorités. Un dernier type de caricature qu'on retrouve fin XIXe - début XXe siècle concerne le certificat de vaccine : on soulève la perte de liberté, notamment celle de circuler, si on n'a pas ce pass. Ce certificat est perçu tellement contraignant qu'il deviendrait plus important que les papiers d'identité :



Figure 43. Le Vélo, 9 septembre 1904, p.2, RetroNews.

B. Du côté médical et des autorités

Propagande imagée

Les médecins et les autorités ne sont pas en reste non plus quand il s'agit d'user de la littérature ou des arts pour défendre leurs opinions et décisions. On peut déjà commencer par reprendre le manuel de médecine évoqué précédemment, avec la figure grêlée d'une pauvre femme atteinte de la variole. Dans ce même manuel médical, à destination des jeunes étudiants, on y oppose l'image d'une femme qui aurait eu la présence d'esprit de se faire vacciner : celle-ci est épargnée par la maladie et peut garder sa beauté de femme ainsi que la vision de ses deux yeux.



Figure 44. Désiré Langlumé, *Résultat de la vaccine*, Lithographie in Manuel pratique de vaccine à l'usage des jeunes médecins, Paris, 1821.

En Angleterre, Rowley, opposant à la vaccination, partagera lui aussi des images de minotaurisation dues au vaccin :



Figure 44. Images tirées de Docteur Rowley, *Cow-pox Inoculation* (1805), Gallica BnF.

La thématique du progrès scientifique et médical est également utilisée par les médecins et les autorités : on la devine gravée sur les médailles à destination des contributeurs aux campagnes de vaccination. On y retrouve la figure du dieu grec de la médecine Asclépios avec son sceptre dans une main, et dans l'autre une femme nue dans lequel on pourrait éventuellement voir sa fille Hygie : glorification à l'hygiène, au progrès et à la médecine. Dans l'image de ce corps nu, on peut aussi évoquer celui de la femme dont la beauté serait épargnée des sévices de la vaccination grâce aux bienfaits de la vaccination. Cette représentation tirée du classicisme et du monde grec évoque la perfection des Dieux et des corps nus, protégés par les bienfaits de la vaccine. La vache de la vaccine est aussi présente sur la médaille à gauche, rappelant les origines animales de celle-ci. À droite, il s'agit d'instruments médicaux utilisés pour la vaccination. À l'avant de la médaille, il s'agit du profil de l'Empereur Napoléon rappelant que ce sont bien les autorités publiques qui chapeautent les campagnes de vaccinations. Le recto de la médaille restera inchangé au fil des années, mais l'avant changera selon le régime en place : le portrait de Louis XVIII, de Louis Philippe I, ou le ministère ayant émis la médaille...



Figure 46 et 47. Andrieu, Bertrand [sous la direction de Denon, Dominique Vivant], *La vaccine*. Médaille de la Société centrale de la vaccine, 1804. Musée du Louvre, OAP 2462

La photographie participe à partir de la fin du XIXe siècle dans ce sens propagandiste des autorités. Reprenons la photographie initiale de ce chapitre, figure 16. Il ne s'agit pas tout à fait d'une photographie, mais d'une carte postale comme on peut le voir au timbre collé dessus et à la légende au bas de l'image. Cette scène a un caractère "solennel, officiel et institutionnel"³⁷¹ marquée par le buste de Marianne et la présence de deux gendarmes. Malgré cette ambiance solennelle, ce sont bien des paysans qui se rendent à la vaccination. Cette carte postale est diffusée dans tout le pays et participe au message des autorités : l'État est présent pour protéger toute sa population, et tous les pans de la population participent à l'effort.

³⁷¹ « Promouvoir l'hygiène : les voies modernes d'un nouveau combat - Histoire analysée en images et œuvres d'art | <https://histoire-image.org/> », [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/promouvoir-hygiene-voies-modernes-nouveau-combat>]. Consulté le 18 août 2023.

Définition imagée d'une "bonne" vaccine

Face aux difficultés du vaccin, les autorités médicales se basent sur une imagerie des "bonnes vaccines" et des "mauvaises" ou "fausses vaccines" : ils peuvent ainsi arguer que les récurrences de variole sont dues à vaccinations mal faites, et non des problèmes intrinsèques au vaccin³⁷².

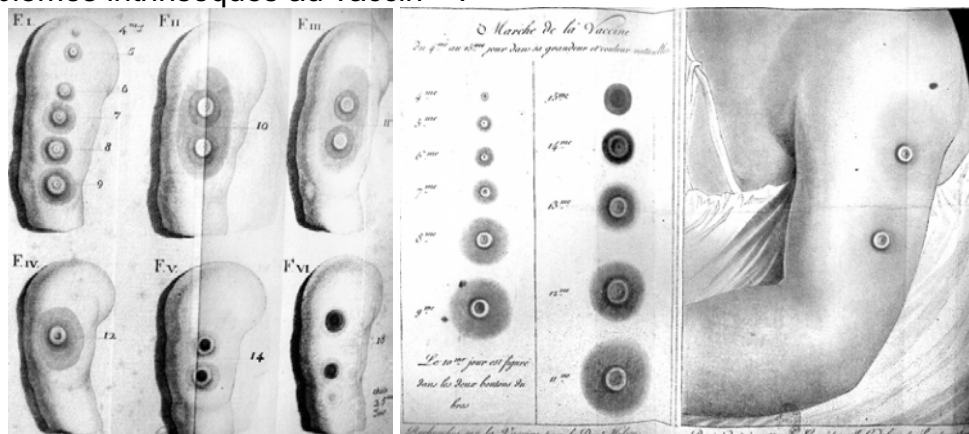


Figure 48 et 49. Recueil périodique de la société de médecine de Paris, vol. 11, 1801.

et Henri-Marie Husson, Recherches historiques et médicales sur la vaccine, Paris, Gabon, 1801.

De nouveaux médias sont utilisés pour participer à ces définitions médicales et des normes. On a notamment l'utilisation de la cire et de la photographie :



Figure 50. Vaccines ulcéreuses (vers 1880), cires de l'hôpital Saint-Louis.

Ces représentations jouent un rôle documentaire et sémiologique, mais en même temps elles participent à figer dans l'imaginaire certaines images médicales en excluant les autres. Cela permet de définir de bonnes vaccines et de fausses vaccines, ainsi qu'une bonne médecine et une mauvaise médecine. Il est alors plus facile de décrédibiliser les opposants car ce qu'ils rapportent n'entre pas dans le carcan de la bonne médecine.

³⁷² Jean-Baptiste Fressoz, *Le vaccin et ses simulacres...*, op. cit.

Synthèse

L'histoire de la variole à l'époque moderne est indissociable de celle des techniques se développant autour d'elle. La population lettrée s'empare rapidement de la question, avant même les médecins en Angleterre avec l'inoculation. L'inoculation oscille entre méfiance et mode aristocratique, sans grand succès à l'échelle de la population. La vaccination rencontre en revanche un succès fulgurant en ville dans un contexte d'hygiénisme grandissant. Les campagnes sont plus difficiles à convaincre, parfois qualifiées "d'apathiques", mais aussi récalcitrantes aux médecins des villes venant imposer leur vision de la santé sans forcément de dialogue. Les propositions de vaccination obligatoire entraînent de multiples contestations, occasionnellement violentes, et pouvant s'organiser, comme avec la Ligue Internationale des Anti-Vaccinateurs. Dans cet ensemble, les médias occupent une grande place, pouvant être la caisse de résonance de discours pro-vaccinaux ou anti-vaccinaux. La religion, de son côté, s'est rangée du côté de la vaccination, malgré quelques oppositions minoritaires. Avec le recul de la maladie, des discriminations se portent envers les non-vaccinés et ceux transportant la maladie, spécifiquement les pauvres, les ouvriers et les étrangers.

Le monde médical est très partagé sur la question de l'inoculation, mais rencontre beaucoup moins d'opposition autour de la vaccination. Quelques rémanences de l'humorisme persistent, renforcées par les difficultés rencontrées par la vaccine au cours du XIXe siècle. Mais les principales divergences tournent surtout autour de l'obligation vaccinale, avec souvent une vision paternaliste des populations et des médecins s'engageant en politique et dans la presse pour acter leurs idées. Une vision statistique prédomine, la balance bénéfice/risque étant au cœur des réflexions. Sur le terrain, les médecins sont des vaccinateurs acharnés, mais ne se sentant pas toujours assez soutenus par les autorités, et déplorant le manque de coopération de certaines populations rurales. L'hôpital s'organise sous une nouvelle forme pavillonnaire, privilégiant le traitement des maladies et l'hygiénisme, avec l'isolement, l'asepsie et la désinfection autour des malades, mais délaissant le côté plus charitable ainsi que les soins de l'âme.

Les autorités se reposent de plus en plus sur l'expertise des institutions médicales, et organisent la vaccination autour d'elles. Ils se laissent également porter par les questions de balance bénéfice/risque, se posant la question de la coercition pour l'imposition de la technique prometteuse de la vaccination. Mais s'y oppose les libertés, en particulier celle du *paterfamilias* à cette époque, le chef de famille qui a autorité sur son cercle familial. Les débats sont vifs, mais finissent par pencher progressivement vers la vaccination obligatoire après que la société s'y est progressivement habituée.

L'imagerie autour de la petite vérole est riche d'images défigurées, être une figure grêlée pouvant aboutir à une forme de mort sociale. La science imprègne aussi fortement les représentations artistiques et littéraires, en particulier une littérature souvent en faveur des progrès de la science. De nombreuses critiques pointent cependant, envers une caste de médecins déconnectés, pouvant être dangereux et apportant des risques avec la vaccine. D'un autre côté, les arts deviennent aussi un vecteur de messages de la part des autorités publiques et médicales, cherchant à donner une image plus positive de leur action.

IV - Le Sida



Figure 51. Keith Haring, *Ignorance = Fear*, 1989

Un bond dans le temps nous mène à la fin du XXe siècle, à l'époque contemporaine. Celle-ci voit une des pandémies les plus marquantes de notre histoire collective, celle du sida. La maladie a des modes de transmissions spécifiques, amenant à toucher plus fortement certaines populations, en particulier les homosexuels. Elle se produit dans un contexte de libéralisation sexuelle et de revendications militantes des droits de cette population. L'épidémie est un choc et un drame, avec des décès s'accumulant les uns après les autres sans solution visible. Keith Haring, un artiste atteint du sida, le rapporte dans sa fresque ci-dessus, les petits bonhommes disparaissant les uns après les autres dans le désespoir et le silence d'une société fermant ses yeux, n'écoutant pas et ne parlant pas de la maladie. C'est source de colère et de mobilisation, avec des associations en premier plan dont ACT UP. Le mouvement militant marque fermement les esprits, des critiques initiales, à l'immortalisation et la reconnaissance de leur rôle dans le film *120 battements par minutes* (2017), acclamé par la critique de nos jours. Le monde médical et politique sont grandement remis en cause, amenant à de multiples évolutions. C'est cette histoire, ces vécus et les évolutions de la société, face au sida et grâce au mouvement associatif, que nous rapportons dans ce chapitre.

Pensée médicale à l'époque contemporaine

Ce bref résumé de la pensée médicale à l'époque contemporaine s'interrompra à l'aube de notre sujet d'étude, la pandémie du sida.

A. Pensée médicale à l'époque contemporaine

Les avancées médicales, une médecine scientifique

Le XXe siècle poursuit et complète le mouvement d'avancée scientifique du XIXe siècle en terme médical. La connaissance du corps humain continue de progresser, du plus petit niveau au plus grand. La biologie moléculaire et cellulaire se développe au fil du siècle, permettant de mieux saisir le fonctionnement biologique au niveau cellulaire et intracellulaire. La physiologie devient plus pointue, avec des meilleures connaissances des différents mécanismes de régulation du corps. Des techniques pour voir à travers le corps de manière non invasive sont mises au point : le tensiomètre pour la mesure de la pression artérielle (1905), la radiographie (1895), l'échographie (1957) le scanner (1971), l'IRM (1973). La microbiologie continue de se préciser, avec une meilleure connaissance des maladies contagieuses. La cancérologie se développe, l'immunologie et la génétique aussi, ainsi que les différentes spécialités d'organes.

Ces avancées de la compréhension médicale sont aussi accompagnées d'une véritable percée thérapeutique : les techniques de chirurgie et d'anesthésie, les anti-cancéreux, la radiothérapie, l'insulinothérapie et au niveau infectieux, le développement des antibiotiques à partir des années 30, ainsi que la mise au point de nombreux vaccins. On y ajoute la réanimation, qui se situe à la pointe technique de ces avancées et permet de repousser les limites de la mort. Elle se développe à partir des années 1960 en France, avec l'avancée des connaissances et des techniques permettant de réguler le milieu intérieur et de suppléer à des organes défaillants, comme les poumons grâce aux respirateurs artificiels³⁷³. Elle se développe d'ailleurs en réponse à une épidémie de poliomyélite, à la source de nombreuses insuffisances respiratoires nécessitant suppléance. En parallèle se développe la pratique de la greffe, remplaçant cette fois un organe malade par un organe sain : transplantation rénale en 1952, transplantation de foie en 1963, transplantation cardiaque en 1967...

Conceptions de la maladie

Grâce aux nombreuses avancées thérapeutiques, la maladie se défait encore plus des conceptions de fatalité qui l'entourait avec une conception d'autant plus scientifique. Une image d'une médecine de laboratoire, d'une médecine technique et fondée sur les preuves s'impose. La maladie devient quelque chose d'individuable auquel on peut s'attaquer³⁷⁴ : un micro-organisme, un cancer, une artère bouchée, une dysfonction d'organe qu'on supplée, un gène défectueux... Cette conception

³⁷³ Djillali Annane, « L'histoire de la réanimation – de la poliomyélite à la Covid-19: Histoire de la réanimation », *Médecine Intensive Réanimation*, vol. 32 / Hors-série 1, juin 2023, p. 3-14.

³⁷⁴ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1974, p. 13.

ontologique connaît un très grand essor avec l'avancée des connaissances scientifiques et les progrès de la thérapeutique et de la chirurgie. Une conception dynamique s'associe tout de même pour les maladies dues à un dérèglement du corps, où l'on essaie de ramener le corps dans les "normes" : diabète, hypertension, insuffisance rénale entre autres³⁷⁵. Toutes sortes d'états de l'être humain sont médicalisées, notamment tout ce qui entoure la santé psychiatrique (depuis le XIXe siècle déjà³⁷⁶).

B. Place du médecin à l'époque contemporaine

L'organisation de la profession³⁷⁷

La profession médicale poursuit son organisation au XXe siècle. La médecine expérimentale continue de se développer, avec l'appui de l'État qui consacre des sommes grandissantes au budget de la recherche scientifique. L'hôpital s'agrandit et se répand sur le territoire, tentant de proposer une offre de soins homogénéisée et un mode de fonctionnement homogène, délaissant d'autant plus son ancien rôle de charité. Avec cet hôpital, la spécialisation sépare la profession médicale, atteignant dans la seconde moitié du XXe siècle autant de spécialistes que d'omnipraticiens en ville. La formation médicale s'homogénéise sur le territoire, y ajoutant "une année d'études scientifiques fondamentales (physique, chimie, biologie)"³⁷⁸ afin de saisir et de participer aux évolutions de cette nouvelle médecine. Cette formation admet progressivement plus facilement les femmes dans son cursus.

En parallèle, les institutions médicales sont toujours présentes afin de chapeauter la profession. Les facultés gardent la mainmise sur la formation des étudiants en médecine, avec l'appui des hôpitaux pour la formation pratique. La profession est encadrée par le Conseil de l'Ordre des Médecins, créé en 1940 sous le régime de Vichy, avec l'établissement d'un code de déontologie médicale en 1947. Diverses régulations sont aussi mises en place suite aux dérives médicales lors de la Seconde Guerre Mondiale. Tout un mouvement d'Assurance Maladie et de Mutualité se développe aussi, encadré par les États, aboutissant en France à la Sécurité Sociale en 1945. Celle-ci, dans le cadre du conventionnement, limite les libres honoraires des médecins afin de favoriser l'accès aux soins et le remboursement des patients, à la grande insatisfaction des médecins de l'époque qui s'y opposent (avant de finir par se conventionner des années plus tard)³⁷⁹. Dans ce même ordre d'idée, les médecins se syndicalisent afin de défendre leurs intérêts, monopole, liberté d'exercice et de prescrire face à des gouvernements qui souhaitent davantage les réguler³⁸⁰.

³⁷⁵ *Ibidem*, p. 15.

³⁷⁶ Thèse développée par M. Foucault notamment dans *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961)

³⁷⁷ Sous-partie rédigée en grande partie avec l'aide des connaissances rapportées dans Guy Durand, Andrée Duplantie, Yvon Laroche, [et al.], « Chapitre 6. L'époque contemporaine (la première moitié du XXe siècle) », in *Histoire de l'éthique médicale et infirmière : Contexte socioculturel et scientifique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2018, (« Thématique Santé, médecine, sciences infirmières et service social »), p. 243-322.

³⁷⁸ *Ibidem*.

³⁷⁹ Patrick Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la santé*, janvier 2008.

³⁸⁰ *Ibidem*.

Une vision paternaliste

Les médecins mettent en avant les avancées des sciences et les avantages des nouveaux pouvoirs médicaux. Cela se retrouve particulièrement dans l'ouvrage *L'homme, cet inconnu* (1935) d'Alexis Carrel, prix Nobel de Médecine en 1912, mettant en avant une politique guidée par la médecine au service de la société, mais dérivant vers l'eugénisme³⁸¹. En 1964, c'est le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui a une posture très paternaliste : "Tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper — un enfant à consoler, non pas à abuser — un enfant à sauver, ou simplement à guérir à travers l'inconnu des péripéties."³⁸². De nombreux médecins s'impliquent en politique pour porter ces idées³⁸³. D'autres médecins s'opposent cependant à ces approches, souvent des omnipraticiens, mais aussi des pédiatres et gériatres, avec une pratique plus holistique et collaborative³⁸⁴.

Les dérives et l'encadrement

Le XXe siècle connaît multitudes de dérives médicales et scandales sanitaires, amenant à une plus grande régulation de la profession médicale. On comptait déjà diverses dérives durant la Première Guerre Mondiale, mais c'est surtout la Seconde qui mène à des régulations suite aux atrocités commises par des médecins en ces temps. Cela aboutit suite au procès de Nuremberg, avec le Code de Nuremberg (1947) et le Serment de Genève (1948), actualisant celui d'Hippocrate et s'accompagnant lui aussi d'un code. Ces documents ré-établissent des devoirs pour les médecins, dans l'intérêt de la collectivité (compétence professionnelle, désintéressement, bienfaisance, honnêteté), mais aussi des individus (respect de la vie, loyauté, modestie, discrétion), et instaurant le consentement volontaire des personnes concernées par les traitements et la recherche médicale³⁸⁵. Ces codes ne seront pas forcément acquis par tous, puisqu'une grande part des dérives est attribuée aux médecins nazis. Dans les années suivantes, des nouvelles régulations enrichissent ces codes suite à d'autres scandales, notamment le scandale du Thalidomide et des bébés malformés amenant à la régulation des médicaments avec l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en 1972³⁸⁶.

³⁸¹ Pierre-Antoine Pontoizeau, « Aux origines du biopouvoir : Alexis Carrel », *Cahiers de Psychologie Politique*, juillet 2022.

³⁸² Louis Portes, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1964, p. 158, 159, 163. , rapporté dans Guy Durand[et al.], *op. cit.*

³⁸³ Camille Fertun, *L'évolution de la représentation sociale du médecin généraliste depuis les années 1900*, 2021.

³⁸⁴ Guy Durand[et al.], *op. cit.*

³⁸⁵ *Ibidem.*

³⁸⁶ « Santé ; Direction de la pharmacie et du médicament ; Division enregistrement des médicaments (1942-1985) », [En ligne : https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/rechercheconsultation/consultation/ir/consultationIR.action?irId=FRAN_IR_017805]. Consulté le 9 décembre 2023.

C. Le regard profane : médicalisation, confiance et critique

Une vie médicalisée

La médecine continue d'imprégner la vie des populations, surtout en ville dans la première moitié du XXe siècle, en s'étendant plus doucement dans les campagnes³⁸⁷. En ville, la figure médicale est incontournable, d'autant plus avec une place grandissante de l'hôpital. Les différents temps de la vie sont encadrés par la médecine. La conception est possible. La grossesse, l'accouchement et les débuts de la vie sont encadrés par l'obstétrique, la néonatalogie et les soins de puériculture permettant de réduire les complications et la mortalité infantile (réduite de moitié entre 1936 et 1956)³⁸⁸. Le carnet de santé est instauré en 1939 et rendu obligatoire en 1945, suivant la croissance des enfants tout en prodiguant des conseils aux parents sur la santé et l'éducation des enfants. Les omnipraticiens et l'hôpital occupent une part importante de la santé par la suite de leur vie. Des avancées thérapeutiques permettent à des patients de vivre grâce à la médecine, avec l'insulinothérapie en 1929 par exemple, ou le pacemaker en 1958 avec la vie tenant grâce à une machine médicalisée. La médicalisation de la mort est évidente avec les avancées de la réanimation, qui sont à l'origine de nombreux questionnements éthiques sur cette nouvelle pratique médicale "repoussant la mort".

Confiance dans des professionnels dévoués

Le monde médical jouit déjà d'une bonne image en ville à la fin du XIXe siècle, et ceci se poursuit au XXe siècle. Il bénéficie d'une image prestigieuse, grâce aux quelques succès du XIXe siècle, dont la vaccination et la lutte contre les épidémies, l'hygiénisme qui a imprégné la société et son image de savant³⁸⁹. La Première Guerre Mondiale voit émerger l'image de "médecin au comportement héroïque"³⁹⁰. Ceci se poursuit durant la Deuxième Guerre, avec un rôle de résistant, mais aussi un rôle mis en avant par le régime de Vichy. À cette période, la campagne gagne une image plus favorable de ces "personnes dévouées, disponibles, polyvalentes et respectueuses"³⁹¹. Dans l'après-guerre, cette image continue de se confirmer avec une confiance globale d'une grande part de la société dans ces professionnels faisant preuve de plein "d'abnégation". Tout ceci continue d'être appuyé par une représentation artistique et littéraire favorable au corps médical. Le docteur Rioux de *La Peste* (1947) d'Albert Camus est un médecin plein d'humanité et de dévotion pour ses patients, luttant jusqu'au bout contre la maladie. À la télévision, l'image du médecin est aussi globalement positive, qu'elle soit dans les séries télévisées³⁹² ou au cinéma³⁹³.

³⁸⁷ Camille Fertun, *op. cit.*

³⁸⁸ Guy Durand[et al.], *op. cit.*

³⁸⁹ Camille Fertun, *op. cit.*, p. 18.

³⁹⁰ *Ibidem*, p. 22.

³⁹¹ *Ibidem*, p. 31.

³⁹² Christelle Guntz Guiberteau, *Le médecin dans les séries télévisées françaises des années 70 à nos jours*, 2011.

³⁹³ François-Xavier Ageron, *Le médecin généraliste dans le cinéma français de fiction des années cinquante à nos jours*, 2002.

Critiques : du médecin bourgeois à la critique d'un biopouvoir

Les critiques à l'encontre du corps médical n'ont pas disparu malgré les nombreux succès techniques. Au début du XXe siècle, le médecin est encore souvent perçu dans les campagnes comme un charlatan avec des traitements inefficaces, et les guérisseurs restent très populaires³⁹⁴. En 1951, le film *Knock* (1951) dépeint un médecin qui "médicalise de façon outrancière ses patients dans le but de servir ses propres intérêts", sans succès thérapeutique et un médecin au "jargon incompréhensible"³⁹⁵. Ces critiques s'accompagnent toujours d'une image de médecins bourgeois, élitistes, cupides avec des thérapeutiques pas toujours réussies. Même lorsque la technique est efficace, elle peut être vécue de manière très déshumanisante, notamment à l'hôpital et en réanimation, avec des machines en premier plan, tandis que les proches sont "une gêne". Le caractère déshumanisant des soins est avancé depuis le XIXe siècle, mais d'autant plus fort avec ces avancées médicales techniques du XXe siècle et en 1960 "on entend partout critiquer la déshumanisation des soins"³⁹⁶. Cette critique est souvent retrouvée dans les milieux intellectuels, avec les œuvres de G. Canguilhem et de M. Foucault entre autres. Canguilhem travaille sur le concept de norme et de fragmentation du corps par la médecine, délaissant le vécu de la maladie³⁹⁷. Il pose la question "d'examens d'aptitude au contact humain" pour les futurs médecins, constatant les insuffisances relationnelles de ceux-ci et leur manque de formation psychologique et morale³⁹⁸. Il étudie aussi les intrications sociopolitiques liées aux évolutions médicales. Foucault, de son côté, poursuit la réflexion sur ce côté politique, mettant en avant dans ses travaux et ses cours que les médecins et les gouvernements ont participé à mettre en place une médicalisation de la société, acquérant un "biopouvoir"³⁹⁹ sur les individus, permettant le contrôle et la gestion des populations avec une "police médicale"⁴⁰⁰. Le médecin est alors un agent étatique, participant à cette régulation des populations. C'est ainsi que se serait notamment construite la médicalisation de la folie, ainsi que de l'homosexualité jusqu'à la libération sexuelle des années 1960-70⁴⁰¹. Ce sont des critiques que l'on retrouve avec force dans les mouvements militants de l'époque du sida.

³⁹⁴ Camille Fertun, *op. cit.*, p. 13.

³⁹⁵ *Ibidem*, p. 25.

³⁹⁶ Guy Durand[et al.], *op. cit.*

³⁹⁷ Georges Canguilhem, *op. cit.*

³⁹⁸ Jean-Philippe Catonné, « Georges Canguilhem et la médecine », *Raison présente*, vol. 149 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2004, p. 231-247.

³⁹⁹ Michel Foucault, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Seuil, 2004.

⁴⁰⁰ Emmanuel Renault, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, vol. 34 / 3, Paris, Association Multitudes, 2008, p. 195-205.

⁴⁰¹ Voir notamment *Histoire de la sexualité* (1976)

Synthèse de la pensée médicale contemporaine

La médecine est triomphante au XXe siècle, faisant reculer les maladies et la mort grâce aux nouvelles avancées thérapeutiques et techniques, entre autres la vaccination, les antibiotiques et la réanimation. La médicalisation de tous les aspects de la vie se poursuit dans la société, avec une image positive persistante du corps médical en ville, compétent et dévoué, s'étendant progressivement aux campagnes. La conception de la maladie est technique et fragmente le corps des patients, délaissant leur vécu, avec des élites médicales à tendance paternaliste. La profession poursuit son organisation autour de ces élites, l'hôpital devenant une pierre angulaire du système de soins, mais des omnipraticiens très présents sur le territoire également. La médecine libérale s'oppose souvent aux régulations du soin proposé par les gouvernements, dont initialement la Sécurité Sociale. La critique d'un médecin bourgeois déshumanisant persiste au XXe siècle, à laquelle s'ajoutent des critiques sur un biopouvoir acquis par les médecins et l'État pour contrôler les populations.

Sida et VIH : connaissances actuelles⁴⁰²

Le sida est dû au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), un rétrovirus s'attaquant aux lymphocytes T d'un individu. Il existe deux types de virus : VIH-1 et VIH-2. Le VIH-1 est le plus répandu en occident, alors que le VIH-2, moins virulent, est surtout présent en Afrique de l'Ouest. La transmission se fait par voie sexuelle, sanguine et quelques fois par transmission mère-enfant. Le virus infecte les cellules de l'organisme, occasionnant divers symptômes (éruption cutanée, syndrome grippal...) avant de régresser face à la réponse immunitaire. Le virus s'attaque ensuite progressivement à l'organisme de l'intérieur, aboutissant au syndrome de l'immunodéficience acquise (sida) environ sept ans après l'infection, en l'absence de traitement pour le VIH-1, lorsqu'il ne reste quasiment plus de lymphocytes T. Ce syndrome se traduit par une altération de l'état général et des infections opportunistes : toxoplasmose, tuberculose, cryptococcose, candidose... Il peut aussi dérégler le système immunitaire, favorisant des cancers comme le cancer de Kaposi ou le cancer du col de l'utérus. Le sida est toujours mortel en l'absence de traitement.

Le dépistage est possible à partir de 2 à 4 semaines après l'infection, et la positivité dépend des tests utilisés, invitant à répéter ces tests. Le préservatif est le principal moyen de prévention vis-à-vis de la transmission sexuelle. Un traitement post-exposition (TPE) dans les 72 heures ou pré-exposition (PREP) en cas de prise de risques réduisent le risque de développer la maladie. Une fois celle-ci présente, il n'existe quasiment aucun espoir de guérison (les rares cas étant extrêmement rares, trois à ce jour). Les trithérapies disponibles depuis 1995-1996 permettent cependant de stopper l'évolution de la maladie, et d'avoir une espérance de vie similaire à la population générale. Il y a toutefois la question des résistances, pouvant entraîner des difficultés aux traitements. Il n'existe pas de vaccins contre ce virus à ce jour.

⁴⁰² D'après SPILF, OMS et Institut Pasteur en 2023

Petit historique du Sida

Reprenons les grandes lignes de l'histoire du sida. Cette histoire a été marquée par l'arrivée rapide d'une nouvelle maladie dans les années 80, avec les hôpitaux et la recherche médicale en premier plan. L'épidémie s'est vite répandue dans le monde, responsable d'une hécatombe, prédominant dans certaines populations, entraînant de nombreux mouvements associatifs en réaction. Ces mouvements, parfois militants, participent à une meilleure prise en compte du monde civil dans les décisions et une participation plus active des patients, les personnes vivants avec le sida, par le monde médical. L'arrivée des trithérapies marque un tournant dans l'épidémie, permettant enfin d'éviter le sort funeste inévitable de la maladie. Des problématiques persistent tout de même : les nouveaux comportements autour de la maladie, la persistance de discriminations, l'accès aux traitements (en particulier dans les pays non occidentaux).

A. Une maladie derrière les radars (1920-1980)

Les dernières recherches scientifiques trouvent une origine des virus VIH dans les années 1920-1930⁴⁰³, dans l'Afrique de l'Ouest. On retrouve chez les primates de cette région des virus similaires, dénommé virus de l'immunodéficience simienne (VIS ou SIV). Ils ont une structure proche ainsi que plusieurs gènes en commun suggérant une origine commune et une possible transmission du singe à l'homme. Ces transmissions auraient été ponctuelles et n'auraient pas été suivies d'épidémies majeures. La plus vieille trace du VIH se trouve dans un échantillon sanguin d'un homme congolais de 1959⁴⁰⁴. Des analyses génétiques suggèrent qu'Haïti aurait connu la première diffusion du virus en dehors de l'Afrique, vers 1969⁴⁰⁵, avant de se répandre aux États-Unis et dans d'autres pays. On comptait en effet beaucoup de travailleurs immigrés haïtiens au Congo qui ont pu ramener le virus. Presque une vingtaine de cas de défaillance du système immunitaire ont été retrouvées dans la littérature depuis 1950⁴⁰⁶, associée à des infections par pneumocystose, CMV, des sarcomes de Kaposi, sans preuve biologique de la présence du virus.

⁴⁰³ Martine Peeters, Marie-Laure Chaix et Eric Delaporte, « Phylogénie des SIV et des VIH - Mieux comprendre l'origine des VIH », *médecine/sciences*, vol. 24 / 6-7, EDK, juin 2008, p. 621-628.

⁴⁰⁴ Tuofu Zhu, Bette T. Korber, Andre J. Nahmias, [et al.], « An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic », *Nature*, vol. 391 / 6667, Nature Publishing Group, février 1998, p. 594-597.

⁴⁰⁵ M. Thomas P. Gilbert, Andrew Rambaut, Gabriela Wlasiuk, [et al.], « The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104 / 47, Proceedings of the National Academy of Sciences, novembre 2007, p. 18566-18570.

⁴⁰⁶ D. Hummer, J. B. Rosenfeld et S. D. Pitlik, « AIDS in the pre-AIDS era », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 9 / 6, 1987, p. 1102-1108.

B. Les débuts de l'épidémie : du cancer "gay" au sida (1980-1983)

Le "cancer gay"

1980-1981 sont les années clés du début de l'épidémie, avec ce qui va être dénommé "cancer gay". Cela débute au CHU de Los Angeles en 1980, où sont soignés trois hommes ayant des symptômes similaires : amaigrissement, fièvre, pneumonie, et surtout le fameux sarcome de Kaposi. Il s'avère que ces trois hommes étaient homosexuels. Ils décèdent en 1981. Ces cas sont relevés par le Dr. Michael Gottlieb et signalés au Centers for Disease Control (CDC) d'Atlanta. Au CDC, c'est Sandy Ford, en charge de la distribution de la pentamidine traitant la pneumocystose, qui remarque une augmentation de ces cas de maladie dans la population homosexuelle⁴⁰⁷, amenant le centre à communiquer là-dessus dans son communiqué hebdomadaire⁴⁰⁸ :

Pneumocystis Pneumonia — Los Angeles

In the period October 1980-May 1981, 5 young men, all active homosexuals, were treated for biopsy-confirmed *Pneumocystis carinii* pneumonia at 3 different hospitals in Los Angeles, California. Two of the patients died. All 5 patients had laboratory-confirmed previous or current cytomegalovirus (CMV) infection and candidal mucosal infection. Case reports of these patients follow.

CDC Morbidity and Mortality Weekly Report, volume 30, n°21, 5 juin 1981

Suite à ce communiqué, on relève rapidement d'autres cas de pneumocystose, de sarcome de Kaposi et de défaillance du système immunitaire. Le *New York Times* publie alors en juillet un article recensant 41 cas de cancer chez les homosexuels, principalement New York et San Francisco⁴⁰⁹ : c'est le début du cancer homosexuel. En France, le sujet est vaguement soulevé par quelques journaux parlant de mystère médical⁴¹⁰ : *Libération* et *Le Quotidien de Paris* le 6 janvier 1982, *Le Monde* le 27 janvier 1982⁴¹¹... Tous parleront de la "pneumonie des homosexuels", du "cancer des homosexuels", du "cancer gay" ou encore du "syndrome gay". La maladie sera aussi présentée à la télévision, sur le JT de 20h du journal A2, parlant de cancer gay et des excitants chimiques (surtout le Popper). Les chercheurs, interrogés dans ce JT, diront qu'elle est une opportunité unique pour mieux comprendre et lutter contre les cancers. Différentes hypothèses sont évoquées : les virus, les drogues, une vie sexuelle intense... Le point de vue des malades et les perspectives de guérison ne sont pas abordés.

⁴⁰⁷ Myron G. Schultz et Alan B. Bloch, « In Memoriam: Sandy Ford (1950–2015) - Volume 22, Number 4—April 2016 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC ».

⁴⁰⁸ Centers for Disease Control and Prevention (U.S.), Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 30, no. 21, June 5, 1981

⁴⁰⁹ Lawrence K. Altman, « RARE CANCER SEEN IN 41 HOMOSEXUALS », *The New York Times*, 3 juillet 1981.

⁴¹⁰ Claudine Herzlich et Janine Pierret, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales*, vol. 43 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1988, p. 1109-1134.

⁴¹¹ *Ibidem*.



Figure 52. *Cancer des gays : l'apparition du Sida*, Journal A2 Edition 20H - 27 mars 1982, INA ⁴¹²

Les premiers cas français sont diagnostiqués à partir de 1982, et cela amène à la création d'un groupe français de travail sur le sida (GFTS) par deux médecins, Willy Rozenbaum et Jacques Leibowitch⁴¹³. Ce groupe tente de recenser les premiers cas en France : ils en dénombrent 29 en 1982, dont 27 parisiens et 16 homosexuels (tout en précisant, à l'époque, que le lien statistique ne représente pas un lien causal).

La jeune Association des Médecins Gays, créée en 1981, se réunit en avril 1982 pour discuter de la maladie. Ils se prononcent contre la médiatisation de la maladie, craignant une stigmatisation de la population homosexuelle⁴¹⁴. La presse gaie est sur la même longueur d'onde, et ne publie que très peu à cette période sur l'épidémie naissante : *Gai Pied* invoquera des raisons économiques, *Homophonies* et *Masques* dénoncent une nouvelle stigmatisation des homosexuels, alors que ceux-ci viennent juste de gagner leur liberté⁴¹⁵ (la dépénalisation de l'homosexualité date de 1982).

4H, AIDS, SIDA, inquiétudes et discrimination

Dès juin 1982, le CDC recense d'autres populations à risques que les homosexuels : les Haïtiens, les héroïnomanes et les hémophiles. Ceci amène à parler de la maladie des 4H⁴¹⁶. Pourtant, elle n'atteint pas que ces populations, et un terme plus médical prend le relais : Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) ou

⁴¹² « Cancer des gays : l'apparition du Sida | INA »

⁴¹³ « 1982: L'apport décisif du premier Groupe français de travail sur le sida », [En ligne : <https://vih.org/20111130/1982-lapport-decisif-du-premier-groupe-francais-de-travail-sur-le-sida/>]. Consulté le 26 septembre 2023.

⁴¹⁴ Eric Favereau, « Sida: quand les gays se voilaient la face », *Libération*, 2 avril 1996

⁴¹⁵ *Ibidem*.

⁴¹⁶ Janine Pierret, « Annexe 1. Chronologie des principaux moments de la mobilisation scientifique, médicale, politique, sociale et associative », in *Vivre avec le VIH*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2006, (« Le Lien social »), p. 195-209.

Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA). Il est proposé en septembre 1982 par le CDC et l'OMS, apparaît en décembre 1982 dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) du ministère de la Santé⁴¹⁷. Les journaux français s'en emparent à partir de mars 1983, les termes "cancer gay", "pneumonie des homosexuels" et autres persistant jusqu'en juillet 1983⁴¹⁸.

Aux États-Unis commence une discrimination contre les 4H, notamment les homosexuels. Les journaux français rapportent certaines de celles-ci : difficultés pour les homosexuels de contracter une assurance maladie, rejet de certains personnels soignants à l'hôpital... Des religieux parlent de punition divine, et un médecin d'Atlanta dira que Dieu ne les a pas encore assez punis⁴¹⁹. À Washington, les médecins doivent communiquer les noms des patients atteints sous peine de recevoir une amende. Un pasteur s'inquiète de la possibilité de transmission par le toucher, et un autre médecin, Dr. Donovan Campbell, affirme qu'il faut "isoler les porteurs de la maladie, que ce soient des vaches, des singes ou des homosexuels". Sur France 3, en 1983, un reportage rapporte le témoignage d'une personne vivant avec le Sida aux États-Unis⁴²⁰ : "Par cette campagne de presse sur le Sida, tu deviens un pestiféré en quelque sorte", les gens évitant le contact des malades par peur d'attraper la maladie par le contact, la sueur etc... car on ne sait rien". Certains professionnels de santé évitent également les malades. En France, les discriminations sont moindres, mais quelques témoignages racontent que les premiers malades se trouvent isolés à l'hôpital, dans l'incertitude et la peur, avec un personnel soignant démuni. Les réactions vont de la prudence à l'apeurement face à un risque de transmission inconnu, avec parfois des soignants dans des "tenues de scaphandriers" ou glissant les plateaux repas sous les portes⁴²¹.

Les milieux homosexuels américains dénoncent la stigmatisation et s'organisent pour demander des aides au ministère de la Santé Américaine : c'est le début du mouvement militantisme américain, à commencer par Gay Men's Health Crisis. Une charte est créée en 1983 par des personnes atteintes de la maladie, les principes de Denver⁴²² : cette charte dénonce les discriminations et les termes de "victimes" ou "patients", lui préférant le terme de *People Living With Aids*, et énonçant des principes de défense de droits. Le terme se répand rapidement dans les milieux associatifs d'autres pays, et en France, on parlera de Personnes Vivant Avec le Sida. Au fil du temps, et suite à la découverte du virus, on parlera plutôt de *People Living With HIV* et de Personnes Vivant Avec le VIH.

⁴¹⁷ *Ibidem*.

⁴¹⁸ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *op. cit.*

⁴¹⁹ « Croisade contre les homosexuels aux États-Unis L'affaire du SIDA provoque en Amérique le retour de peurs irrationnelles et de ségrégations oubliées », *Le Monde*, 7 juillet 1983.

⁴²⁰ INA, « Témoignage d'un malade du SIDA aux États Unis », [En ligne : <https://mediaclip.ina.fr/fr/i16028728-temoignage-d-un-malade-du-sida-aux-etats-unis.html>]. Consulté le 1 octobre 2023.

⁴²¹ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *Une histoire de la lutte contre le sida*, Illustrated édition, Paris, Nouveau Monde Editions, 2021, 720 p., p. 85.

⁴²² « The Denver Principles, Statement from the People with AIDS advisory committee », 1983.

The Denver Principles (1983)

Statement from the People with AIDS advisory committee

We condemn attempts to label us as "victims," a term which implies defeat, and we are only occasionally "patients," a term which implies passivity, helplessness, and dependence upon the care of others.
We are "People With AIDS."

Figure 53. *The Denver Principles*, 1983

Les mécanismes de transmission de la maladie se précisent : par voie sexuelle et sanguine. Cela entraîne des inquiétudes des deux côtés de l'Atlantique concernant le don du sang et les hémophiles. En France, on assure que ce ne sont que les produits sanguins étrangers qui posent un danger, et qu'on utilisera que les produits français. Il n'y aurait pas lieu non plus de limiter les donneurs de sang, mais qu'il est nécessaire de l'informer⁴²³. Une circulaire du ministère de la Santé de juin 1983⁴²⁴ va en ce sens. Suite à celle-ci, le Comité d'Urgence Anti-Répression Homosexuelle (CUARH) met en garde contre "le danger d'utiliser un phénomène biologique à fin de moralisation"⁴²⁵. Du côté des hémophiles, le ton est également rassurant par l'Association Française des Hémophiles (AFH) ainsi que le Centre National des Transfusions Sanguines (CNTS)⁴²⁶.

Les usagers de drogue intraveineuse sont assez peu pris en compte, et très isolés dans cette période. Michel Bourrelly et Olivier Maurel rapportent qu'ils "meurent hors de la statistique", dans leur *Histoire de la lutte contre le sida*⁴²⁷.

C. La découverte du virus et le dépistage (1983-1985)

Le virus du VIH est découvert par une équipe française et une équipe américaine : l'équipe de Luc Montagnier (avec Françoise Barré-Sinoussi et Jean-Claude Chermann) et l'équipe de Robert Gallo. Le microorganisme est d'abord découvert en 1983 par l'équipe française⁴²⁸ et nommée LAV (Lymphadenopathy Associated Virus). En 1984, c'est l'équipe américaine qui trouve le virus et le nomme HTLV-3 (Human T-lymphotropic virus)⁴²⁹. La secrétaire d'État à la santé, Margaret Heckler, prend parti pour l'équipe américaine lui reconnaissant la paternité de la découverte. L'affaire de la primauté de la découverte est portée devant un tribunal par l'Institut Pasteur. Cela entraîne une lutte entre les deux pays pour le prestige, le brevet et les avantages commerciaux associés à la découverte du virus et des tests de

⁴²³ « Inquiétude des hémophiles face aux dons de sang contaminé par le virus du SIDA | INA », Rennes soir - 27.06.1983, INA

⁴²⁴ CIRCULAIRE DU 20 JUIN 1983 relative à la prévention du SIDA par la transfusion sanguine (D.G.S./3B n° 569)

⁴²⁵ « Conflits et divergences de vues à propos du SIDA », *Le Monde.fr*, 30 juin 1983.

⁴²⁶ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *op. cit.*, p. 92.

⁴²⁷ *Ibidem*, p. 93.

⁴²⁸ L. Montagnier, J. C. Chermann, F. Barré-Sinoussi, [et al.], « Lymphadenopathy associated virus and its etiological role in AIDS », *Princess Takamatsu Symposia*, vol. 15, 1984, p. 319-331.

⁴²⁹ S. Broder et R. C. Gallo, « A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS », *The New England Journal of Medicine*, vol. 311 / 20, novembre 1984, p. 1292-1297.

dépistages associés. La polémique amène même à une rencontre en Jacques Chirac, le président français, et Ronald Reagan, le président américain, pour trouver un accord en 1987. L'accord est renégocié en 1994 en faveur de la France, reconnaissant à l'équipe française la paternité de la découverte. Le virus est baptisé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) en 1986. La même année est découvert le virus du VIH-2, en Afrique de l'Ouest⁴³⁰.

La découverte du virus permet rapidement de mettre au point des tests de dépistage dès 1984-1985. Cela amène de nombreuses questions : la question des "porteurs sains" (les futurs "séropositifs"), le dépistage des donneurs du sang, le dépistage systématique des malades, le remboursement des tests... Cette découverte entraîne aussi des espoirs sur la possibilité d'un vaccin.

D. L'épidémie se répand et prise de conscience (1984-1988)

Une épidémie internationale

La pandémie de Sida continue de se répandre sur tous les continents sans qu'il n'y ait eu de francs moyens d'enrayer sa progression, et en 1985, chaque continent déclare avoir décelé la maladie. Les modes de transmission du virus sont clairement établis, et la prévention devient l'une des armes principales de lutte : la protection via les préservatifs, la modification des mœurs et le dépistage des donneurs du sang sont proposés. La coopération internationale s'organise : en avril 1985 a lieu la première conférence internationale sur le Sida à Atlanta, réunissant plus de 2000 personnes⁴³¹. En février 1987, l'OMS élabore le Programme mondial de lutte contre le Sida afin de "développer des consensus, coordonner la recherche scientifique, échanger des informations, assurer une coopération technique et mobiliser et coordonner les ressources". En janvier 1988, c'est un sommet mondial des ministres de la Santé de 148 pays qui a lieu à Londres, pour poursuivre l'élaboration de stratégies de luttés contre une maladie "qui fait peser une grave menace contre l'humanité"⁴³². Sous l'influence de l'OMS, le premier décembre devient la journée mondiale de lutte contre le Sida⁴³³.

Des mesures coercitives sont initiées à partir de 1987 dans plusieurs pays : la Belgique et la Corée du Sud dépiste les étrangers; la Bavière dépiste tous les fonctionnaires, détenus et étrangers; le Swaziland organise un dépistage systématique de sa population; en URSS, aux Etats-Unis en France on débat sur le dépistage systématique des donneurs du sang⁴³⁴; plus d'une vingtaine de pays (dont le Japon, les Etats-Unis, l'URSS, l'Irak, Cuba...) adoptent des lois restreignant

⁴³⁰ F. Clavel, M. Guyader, D. Guétard, [et al.], « Molecular cloning and polymorphism of the human immune deficiency virus type 2 », *Nature*, vol. 324 / 6098, décembre 1986, p. 691-695.

⁴³¹ « CONFERENCE ON AIDS BEGINS IN ATLANTA », *The New York Times*, 16 avril 1985.

⁴³² « A la conférence de Londres Une déclaration de guerre contre le SIDA », *Le Monde.fr*, 30 janvier 1988.

⁴³³ « LA JOURNEE MONDIALE SUR LE SIDA », *Le Monde.fr*, 3 décembre 1988.

⁴³⁴ « Les mesures contre l'épidémie de SIDA dans le monde L'état sanitaire », *Le Monde.fr*, 3 mars 1987.

l'immigration et parfois même les déplacements des porteurs du virus⁴³⁵. En 1988, les médecins américains lèvent le secret médical vis-à-vis des partenaires de patients atteints du VIH⁴³⁶ et en Europe des discussions se portent sur la criminalisation de la transmission volontaire du VIH⁴³⁷.

Épidémiologie française

En France, le nombre de cas augmente considérablement : de 37 cas diagnostiqués en 1982, on en compte 4461 en 1987 dont plus de la moitié sont décédés⁴³⁸. Une veille sanitaire est mise en place par le Réseau National de Santé Publique et la Direction Générale de la Santé, rapporté de manière semestrielle par le Bulletin Hebdomadaire Épidémiologique (BEH). Ces rapports sont rapidement codifiés, et reprennent la répartition des groupes à risques : homosexuels, toxicomanes et hémophiles.

Tableau 1. – Nombre de cas de SIDA déclarés et diagnostiqués chaque année jusqu'au 31 décembre 1995
(France, 31 décembre 1995)

	Avant 1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Total
Nombre de cas de SIDA déclarés	1 221	1 772	2 162	3 728	4 262	4 691	5 103	5 558	5 789	5 469	39 755
Nombre de cas de SIDA diagnostiqués	2 215	2 246	3 048	3 793	4 299	4 615	5 104	5 383	5 599*	5 219*	41 521*

* Cas redressés par rapport au délai de déclaration.

Tableau 2. – Nombre de cas de SIDA décédés selon l'année de décès
Nombre de cas de SIDA vivants au 31 décembre de chaque année
(France, 31 décembre 1995)

	Années													Date de décès inconnue	Total
	<1984	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995*		
Nombre de cas de SIDA décédés par année de décès	50	99	242	551	846	1 190	1 850	2 423	3 041	3 437	3 694	4 010	2 905	82	—
Décès cumulés à la fin de chaque période	50	149	391	942	1 788	2 978	4 828	7 251	10 292	13 729	17 423	21 433	24 338	—	24 420
Nombre de cas de SIDA vivants cumulés à la fin de chaque période	90	228	568	1 273	2 673	4 531	6 474	8 350	9 924	11 591	13 280	14 685	15 335	Taux de létalité = 61,4 %	

* Données provisoires.

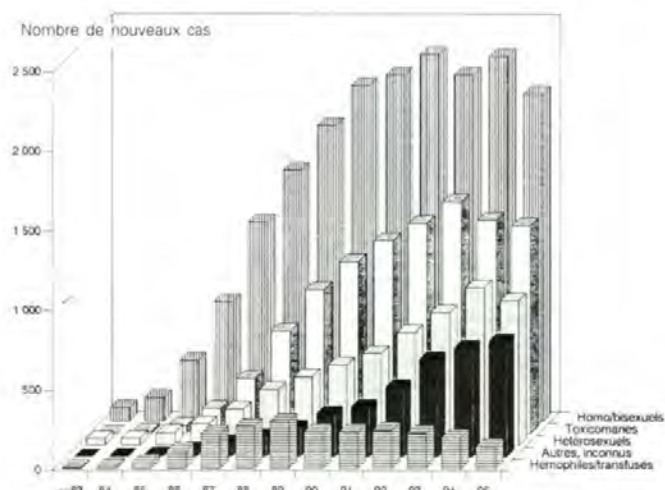
⁴³⁵ « LES QUARANTAINES DU SIDA », *Le Monde.fr*, 3 août 1988.

⁴³⁶ « MÉDECINE Les médecins américains ne respecteront plus le secret médical pour les malades atteints de SIDA », *Le Monde.fr*, 3 juillet 1988.

⁴³⁷ « Une réunion des ministres européens de la justice Faut-il " criminaliser " la transmission du SIDA ? », *Le Monde.fr*, 28 juin 1988.

⁴³⁸ Réseau national de santé publique, « Surveillance du sida en France (situation au 31 décembre 1995) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1996 / 10, mars 1996.

Figure 5. – Évolution du nombre de cas de SIDA
par année de diagnostic selon le groupe de transmission
(France, 31 décembre 1995, données redressées)



Figures 54 à 56. Épidémiologie du sida d'après BEH, 1996, N° 10, mars 1996⁴³⁹

Parmi ces cas, on compte toujours une majorité de personnes homosexuelles (55%) et de personnes s'injectant des produits intraveineux (15%), puis des personnes hétérosexuelles (10%), des hémophiles (1.5%) et des transfusés (8%). Des cas de transmission mère-enfant sont décrits, et d'autres situations (cas pédiatriques, contaminations professionnelles...). Toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées, en particulier les "professions intellectuelles et commerciales"⁴⁴⁰.

Les premiers mouvements associatifs

Face à la progression de la maladie, après les craintes initiales des stigmatisations liées à la maladie, le milieu gay commence à publier et à informer sur la maladie⁴⁴¹. L'association des médecins gais parle d'une maladie "quasiment homosexuelle à 100%" et la presse Gai commence à publier plus activement sur le sida, conseillant la limitation du nombre de partenaires, l'usage des préservatifs et l'abstention du don du sang. Le CUARH reste campé sur ses positions, continuant à condamner une discrimination contre les homosexuels.

Des associations voient le jour pour soutenir des malades "dans une solitude insupportable"⁴⁴² : Vaincre le Sida en 1983, Aides en 1984, Arcat-Sida en 1987, Aparts...⁴⁴³ Elles proposent donc en premier lieu des services de soutien et d'accompagnement aux malades, à domicile, à l'hôpital, et même des logements. Des permanences téléphoniques sont également en place afin de répondre aux

⁴³⁹ *Ibidem*.

⁴⁴⁰ « Une étude du ministère de la santé Toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées par le SIDA », *Le Monde.fr*, 23 août 1988.

⁴⁴¹ « Les militants gays prennent le SIDA au sérieux », *Le Monde.fr*, 10 septembre 1984.

⁴⁴² « Daniel Defert président de l'association AIDES | INA », INA, 1988.

⁴⁴³ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 136

interrogations sur la maladie, le dépistage et les éventuels traitements. Arcat-Sida poursuit sur la lancée de l'information en lançant le *Journal du Sida*, une revue spécialisée rapportant les dernières informations sur la maladie, et la recherche scientifique. La prévention est aussi portée par ses associations dès les débuts en 1984-1985, militant pour des campagnes d'informations, la promotion du préservatif et expérimenter la vente libre des seringues. Bien qu'elles soient souvent à l'initiative de personnes issues du milieu homosexuel, elle s'adresse à tous sans distinction. Elles se portent aussi auprès des institutions médicales et gouvernementales : afin d'être tenus au courant des avancées, de modifier les pratiques, de sensibiliser les populations et de poursuivre la lutte contre le sida. Ce sera l'occasion de nombreuses critiques contre un milieu médical paternaliste, ne laissant pas de place au récit des malades, et contre les politiques jugés trop frileux lorsqu'il s'agit de parler de la maladie.

Du côté des usagers de drogues intraveineuses, la première association, ASUD (autosupport des usagers de drogues), ne voit le jour qu'en 1992. Sa fondation est soutenue par le groupe de recherche AFLS et la ministre de la Santé, Simone Veil⁴⁴⁴. Cette association se concentre sur l'auto-support, ainsi que la sensibilisation des Français pour changer l'image de ces personnes perçues seulement comme des "toxiques".

L'organisation face à la maladie

De nombreuses mesures sont prises pour faire face à la montée de la maladie, certaines sous l'impulsion des nouvelles associations. Pour commencer, comme on l'a soulevé ci-dessus, une veille sanitaire nationale et internationale est en place. Le sida et les décès liés à la maladie deviennent à déclaration obligatoire à partir du 10 juin 1986. Les tests de dépistage sont remboursés par la sécurité sociale dès 1985, le dépistage du don du sang est systématique à partir du 1^{er} août 1985. Des débats ont lieu à l'Assemblée Nationale sur le dépistage obligatoire et systématique de la population française, sur un suivi médical obligatoire des personnes séropositives, ou encore sur l'isolement des malades dans des "sidatoriums"⁴⁴⁵. Ces mesures sont vivement décriées, et ne verront jamais le jour. Il y aura en revanche une déclaration obligatoire, non nominative, des cas de sida à partir de juin 1986⁴⁴⁶. La maladie sera ajoutée aux affections longue durée en décembre 1986, permettant un remboursement à 100 % des soins par la sécurité sociale⁴⁴⁷. Le dépistage est favorisé par une consultation de dépistage proposé par Médecins du Monde à Paris en septembre 1987⁴⁴⁸, complété par la création nationale de Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit en janvier 1988⁴⁴⁹.

⁴⁴⁴ « Qui sommes-nous ? », *ASUD*.

⁴⁴⁵ « Jean Marie Le Pen sur le Sida : le sidaïque est une espèce de lépreux | INA », INA, 1987.

⁴⁴⁶ Décret n°86-770 du 10 juin 1986 fixant la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire en application de l'article L. 11 du code de la santé publique

⁴⁴⁷ Décret n°86-1380 du 31 décembre 1986

⁴⁴⁸ « Dossier de Presse VIH et Hépatites en France : Médecins du Monde en première ligne », Médecins du Monde, 2008.

⁴⁴⁹ Circulaire DGS n°09 du 29 janvier 1993 relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine

À partir de 1986, le gouvernement autorise la publicité pour les préservatifs et une campagne nationale “Le Sida, il ne passera pas par moi” (publicité, télévision, radio, brochures... complétées par des campagnes locales) est menée en 1987. La vente libre des seringues est autorisée la même année. Ces mesures sont plutôt bien accueillies, malgré quelques oppositions décriant des politiques promouvant le délitement des mœurs. La lutte contre le Sida devient une “Grande Cause Nationale” pour la première fois en 1987⁴⁵⁰.



Figure 57. Sida : campagne nationale, A2 Le Journal 20H - 15.10.1987⁴⁵¹

Des enquêtes sont menées par des organismes publics, telle l'enquête conjointe en 1986 entre le CNRS et *Gai Pied Hebdo* sur le Sida et les homosexuels⁴⁵² ou celle de 1988 sur le comportement sexuel des franciliens⁴⁵³.

À l'hôpital, des services spécialisés prennent en charge les malades du Sida. Onze Centres d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) voient le jour en juin 1988 dans les hôpitaux pour coordonner la lutte contre le VIH⁴⁵⁴. Les hôpitaux sont également invités par la DGS à répondre à la demande du dépistage et d'avoir au moins une consultation hospitalière par département⁴⁵⁵. La recherche scientifique se poursuit, et un essai clinique sur la ciclosporine retiendra grandement l'attention des médias, suscitant beaucoup d'espoirs⁴⁵⁶. Il y aura même une conférence de presse conjointe entre des médecins de l'hôpital Laennec et le ministère de la Santé le 29 octobre 1985⁴⁵⁷. L'essai sera malheureusement un échec.

⁴⁵⁰ « Pour l'année 1987 La lutte contre le SIDA redevient “grande cause nationale” », *Le Monde.fr*, 20 février 1987.

⁴⁵¹ « Sida : campagne nationale | INA », 1987.

⁴⁵² Michel Pollak, Marie-Ange Schiltz et Bruno Lejeune, « Premiers résultats de l'enquête 1986 : les homosexuels face au sida », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1987 / 7, février 1987.

⁴⁵³ W. Dab, J.P. Moatti, L. Abenham, [et al.], « Le sida et le comportement sexuel des franciliens », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1988 / 49, décembre 1988.

⁴⁵⁴ Lettre DH /SPE N°7223-2 juin 1988

⁴⁵⁵ Circulaire DGS n°395 du 26 juillet 1985

⁴⁵⁶ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *op. cit.*

⁴⁵⁷ « L'ÉQUIPE DE LAENNEC ET LE TRAITEMENT DU SIDA Les surprenants effets de la ciclosporine », *Le Monde.fr*, 14 novembre 1985.

On ne reverra pas de traitement avant l'arrivée de l'Azithromycine en 1987⁴⁵⁸. En ville, les médecins généralistes sont initialement peu concernés par la maladie, mais participent progressivement au dépistage⁴⁵⁹. Des réseaux ville-hôpital sont mis en place à partir de 1985 pour soutenir les hôpitaux, et permettre un travail de soins, d'accompagnement et de prévention autour du VIH⁴⁶⁰.

E. L'hécatombe se poursuit et les mouvements militants (1988-1995)

Évolution de l'épidémiologie

Le sida continue de croître, que ce soit en France ou dans le monde :

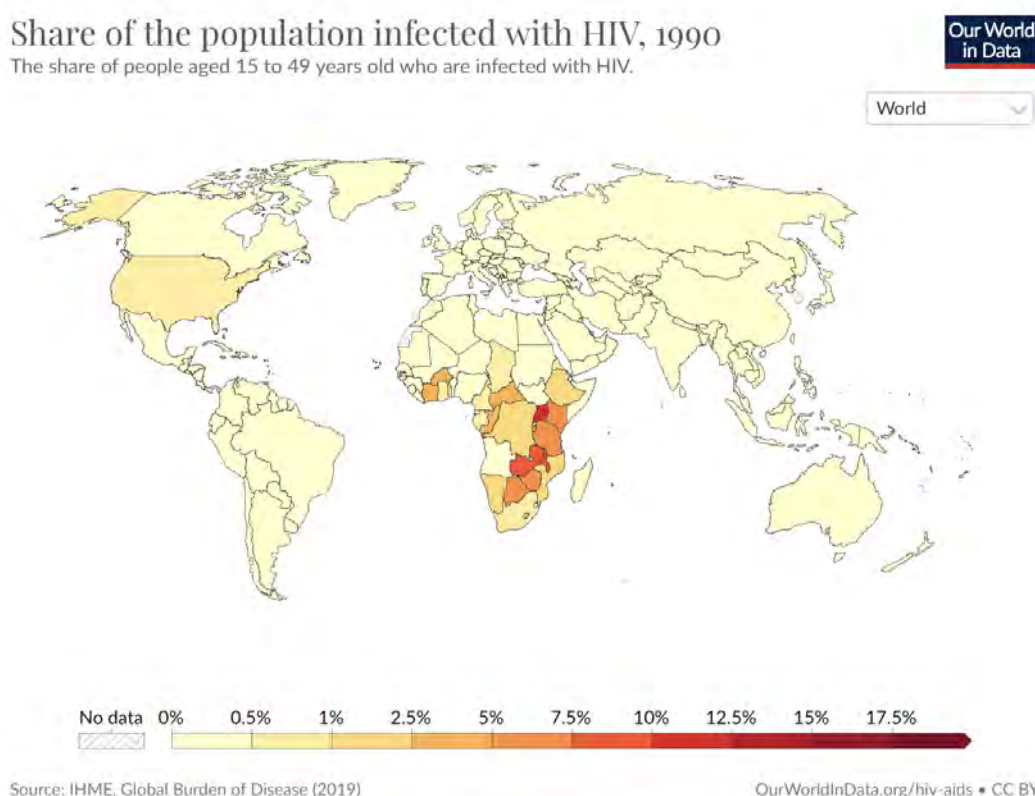


Figure 58. Carte de la prévalence du VIH dans le monde en 1990, d'après les chiffres d'IHME sur le site Our World in Data

Bien que les données ne soient pas disponibles, il est probable que quasiment tous les pays du monde soient confrontés au sida. La prévalence et le nombre de nouveaux malades sont en hausse, ainsi que le nombre de décès. En 1995, on compte

⁴⁵⁸ « L'annonce d'un traitement " révolutionnaire " contre le SIDA », *Le Monde.fr*, 6 mars 1987.

⁴⁵⁹ « La prise en charge de l'infection par le virus HIV par les médecins généralistes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1987 / 18.

⁴⁶⁰ « Dates-clés », [En ligne : <http://www.journaldusida.org/infographies/events/>]. Consulté le 12 octobre 2023.

1.100.000 décès dans le monde lié au Sida, contre moins de 400.000 avant 1990⁴⁶¹. En France, on approche des 42.000 cas de Sida diagnostiqués, dont plus de 24.000 décès⁴⁶². L'épidémiologie se modifie légèrement : le nombre de cas liés à une toxicomanie augmente de 9 % à 26 %, les contaminations hétérosexuelles augmentent aussi de 12 % à 17 %, et les contaminations homosexuelles diminuent de 60 % à 40 %.

Tableau 4. – Répartition des cas de SIDA par groupe de transmission, année de diagnostic et sexe (France, 31 décembre 1995)

Groupe de transmission	Année de diagnostic										Cas cumulés depuis 1978		
	< 1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995*	Femmes	Hommes	Total
1. Homo/bisexual masculin	1 364 (61,6)	1 251 (55,7)	1 578 (51,8)	1 854 (48,9)	2 108 (49,0)	2 174 (47,1)	2 305 (45,2)	2 175 (40,4)	2 209 (40,8)	1 386 (38,1)	—	18 404	18 404 (46,3)
2. Toxicomane	207 (9,3)	341 (15,2)	636 (20,9)	899 (23,7)	1 076 (25,0)	1 210 (26,2)	1 319 (25,8)	1 454 (27,0)	1 306 (24,1)	944 (26,0)	2 461	6 931	9 392 (23,6)
3. (1) et (2)	70 (3,2)	56 (2,5)	44 (1,4)	76 (2,0)	52 (1,2)	58 (1,3)	56 (1,1)	41 (0,8)	26 (0,9)	—	—	526	526 (1,3)
4. Hémophilie et trouble de la coagulation (a)	31 (1,4)	32 (1,4)	50 (1,6)	73 (1,9)	41 (1,0)	64 (1,4)	80 (1,2)	61 (1,1)	69 (1,3)	33 (0,9)	14	500	514 (1,3)
5. Contamination hétérosexuelle	286 (12,9)	222 (9,9)	346 (11,4)	428 (11,3)	503 (11,7)	574 (12,4)	704 (13,8)	830 (15,4)	962 (17,8)	644 (17,7)	2 646	2 853	5 499 (13,8)
6. Transfusé (b)	139 (6,3)	186 (8,3)	214 (7,0)	224 (5,9)	190 (4,4)	166 (3,6)	180 (3,5)	163 (3,0)	118 (2,2)	62 (1,7)	774	888	1 642 (4,1)
7. Transmission materno-fœtale	45 (2,0)	67 (3,0)	52 (1,7)	56 (1,5)	58 (1,3)	54 (1,2)	43 (0,8)	46 (0,9)	44 (0,8)	21 (0,6)	217	269	486 (1,2)
8. Autre, inconnu (c)	73 (3,3)	91 (4,1)	128 (4,2)	183 (4,8)	271 (6,3)	315 (6,8)	437 (8,6)	613 (11,4)	660 (12,2)	521 (14,3)	760	2 532	3 292 (8,3)
dont : multipartenariat et/ou fréquentation de prostituées	8	34	50	77	116	100	124	147	152	123	126	806	937
Total	2 215 (100,0)	2 246 (100,0)	3 048 (100,0)	3 793 (100,0)	4 299 (100,0)	4 615 (100,0)	5 104 (100,0)	5 383 (100,0)	5 415 (100,0)	3 637 (100,0)	6 872	32 883	39 755 (100,0)

* Données provisoires

(a) Sont inclus 47 cas pédiatriques

(b) Sont inclus 82 cas pédiatriques

(c) Sont inclus 10 cas pédiatriques, 12 cas de contamination professionnelle chez des personnels de santé dont 11 présumés et 1 prouvé

Figure 59. Répartition des cas de Sida par groupe de transmission, année de diagnostic et sexe, d'après BEH, 1996, N° 10, mars 1996

Les difficultés thérapeutiques

L'azithromycine (AZT) est étudiée aux Etats-Unis dans plusieurs essais, et arrive en France dans plusieurs essais cliniques hospitaliers à partir de 1987⁴⁶³. Des facilités sont données à la réalisation de ces essais dans le contexte de la pandémie, et à la commercialisation de la molécule. Les résultats sont globalement encourageants, mais avec de nombreuses toxicités impactant la qualité de vie des personnes vivant avec le sida⁴⁶⁴. Des essais thérapeutiques, nommés Concorde, sont également réalisés chez des personnes séropositives asymptomatiques, mais avec moins de succès⁴⁶⁵, ce qui provoque une baisse de la consommation d'AZT⁴⁶⁶. D'autres molécules sont progressivement testées : DDI, DDC, Retrovir, Imuthiol, Isoprinosine... Elles sont parfois à l'origine de scandales, comme pour l'Imuthiol dont

⁴⁶¹ « WHO | By category | People dying from HIV-related causes - Estimates by WHO region », [En ligne : <https://apps.who.int/gho/data/node.main.623?lang=en>]. Consulté le 9 octobre 2023.

⁴⁶² Réseau national de santé publique, *op. cit.*

⁴⁶³ « Traitement du SIDA Le dossier de l'AZT " examiné en urgence " à la demande de Mme Barzach », *Le Monde.fr*, 22 janvier 1987.

⁴⁶⁴ « L'AZT sous les projecteurs », *Le Monde.fr*, 30 août 1989.

⁴⁶⁵ « L'efficacité de l'AZT La polémique s'aggrave entre l'Agence nationale de recherches sur le sida et la Fondation Wellcome », *Le Monde.fr*, 11 avril 1993.

⁴⁶⁶ Christophe Brunet, « L'effet Concorde provoque une baisse de la consommation d'AZT », *Journal du Sida*, 1994.

la distribution s'arrête du jour ou lendemain par l'entreprise pharmaceutique afin de limiter les frais d'un médicament semblant inefficace, voire toxique⁴⁶⁷. Des associations de traitements sont testées à partir de 1991 et paraissent intéressantes⁴⁶⁸. Le suivi de la maladie et des traitements se fait par le dosage des Lymphocytes CD4 et de l'antigénémie p24 à partir de 1989⁴⁶⁹, associée à la charge virale à partir de 1996⁴⁷⁰.

Ces essais cliniques et leurs résultats seront suivis de près par les associations de malade, en particulier l'Arcat-Sida les rapportant dans *Le Journal du Sida*⁴⁷¹, mais aussi *Remaides* publié par Aides à partir de 1990. Les associations militent pour un accès facilité aux traitements aux personnes les plus atteintes, en dehors des essais cliniques ou de l'Autorisation de Mise sur le Marché des Médicaments (AMM). On parle alors de "protocoles compassionnels"⁴⁷², précédant les futures Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU).

Aucun traitement n'aura encore permis de faire durablement progresser l'espérance de vie ou prévenir l'arrivée du stade Sida de la maladie. Le nombre de cas continue d'augmenter, et cela impacte fortement les hôpitaux, dont les services spécialisés qui sont débordés par la maladie, rapporte une enquête d'AIDES en 1993⁴⁷³.

Les mouvements militants : "Sida, que cesse cette hécatombe"

Las d'une épidémie poursuivant son ascension, des "échecs" de la médecine, du silence des politiques, d'une société ne s'impliquant pas assez et du manque de politisation des premières associations, des mouvements associatifs identitaires voient le jour à partir de 1988. Ils revendiquent leur identité homosexuelle, voire leur séropositivité : Différence... positif, Solidarité plus, Positifs, Les Séropotes, Act-Up Paris... La plus connue est cette dernière, promouvant des moyens de communication plus radicaux : mise au pilori médiatique, dramatisation des chiffres, jet de fausses poches de sang et de faux sperme, dispersion de cendre sur une cible, *die in*, menottages, manifestation à Notre-Dame de Paris, pose d'une capote géante sur l'Obélisque, harcèlement de personnalités publiques... Leur volonté est de rendre plus visible l'épidémie dans la société, de pousser les politiques et les médecins à l'action ("Silence = mort" et "Action=vie), ainsi que de défendre les droits des minorités au-delà de l'épidémie.

⁴⁶⁷ Franck Fontenay et Eric Lamien, « Distribution suspendue de l'Imuthiol : état de choc; une décision sans retour », *Le Journal du Sida*, septembre 1991.

⁴⁶⁸ Franck Fontenay, « Antirétroviraux : l'intérêt des associations se précise », septembre 1991.

⁴⁶⁹ K. B. MacDonell, J. S. Chmiel, L. Poggensee, [et al.], « Predicting progression to AIDS: combined usefulness of CD4 lymphocyte counts and p24 antigenemia », *The American Journal of Medicine*, vol. 89 / 6, décembre 1990, p. 706-712.

⁴⁷⁰ J. W. Mellors, A. Muñoz, J. V. Giorgi, [et al.], « Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 126 / 12, juin 1997, p. 946-954.

⁴⁷¹ L'ensemble des articles traitant des molécules testées sont disponibles sur le site du journal : <http://www.journaldusida.org/dossiers/traitements/molecules/>

⁴⁷² Franck Fontenay, « La DDC en compassionnel », *Journal du Sida*, juin 1992.

⁴⁷³ « Selon une enquête dans les hôpitaux franciliens Les services pour malades du sida sont surchargés », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1993.

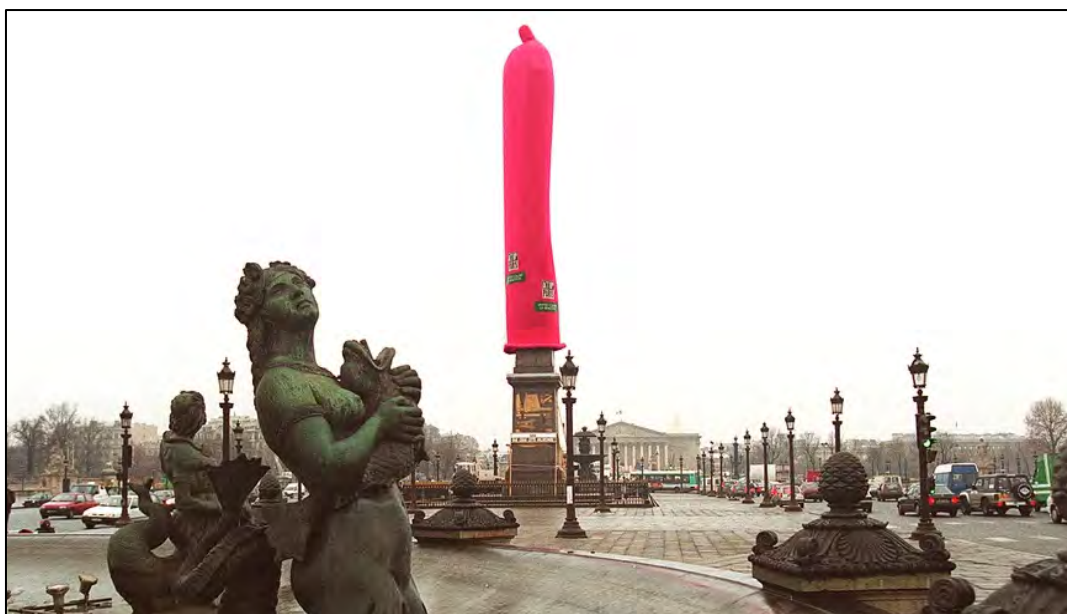


Figure 60. Vue générale sur le préservatif rose géant placé par Act Up sur l'obélisque de la Concorde, à Paris, 1er décembre 1993, Gérard Julien

Le lien avec les “anciennes associations” n’est pas rompu, et elles travaillent collectivement malgré quelques tensions. En 1992, un collectif de cinq associations (Act Up-Paris, AIDES, Actions Traitements, ARCAT sida et VLS) fonde le TRT-5 (Traitement et Recherche Thérapeutique), un “outil commun d’action et d’information sur les questions thérapeutiques et de recherche clinique [qui] intervient auprès des acteurs publics et privés sur des questions liées à la recherche, à la politique du médicament ainsi qu’à la qualité de la prise en charge médicale et du parcours de santé”⁴⁷⁴. En 1994, c’est Ensemble contre le Sida qui est fondée par L’Association des Artistes contre le Sida, Act-Up Paris, Aides-Fédération, Arcat-sida et un groupe de chercheurs, afin de financer la lutte contre le sida et l’aide aux malades⁴⁷⁵. Avec l’association de plusieurs chaînes de télévision, ils proposent la première édition télévisée de sensibilisation, de témoignages et de collecte de dons pour la lutte contre le VIH. Cette émission, nommée initialement “Ensemble Contre le Sida”, est réitérée annuellement et devient le “Sidaction” en 2004.

Ces associations agissent aussi à l’international, à commencer par la cinquième conférence internationale sur le Sida à Montréal en juin 1989. Cette conférence voit la première prise de parole publique de militants associatifs à cette conférence, accompagnée de mobilisations en dehors⁴⁷⁶. Ces mouvements boycotteront la conférence en 1990 à San Francisco, avec une douzaine d’États européens, afin de dénoncer le traitement discriminatoire des États-Unis envers les séropositifs dont la liberté de circulation est restreinte⁴⁷⁷.

⁴⁷⁴ « Le collectif », *TRT-5 CHV*.

⁴⁷⁵ « Notre histoire », [En ligne : <https://www.sidaction.org/notre-histoire>]. Consulté le 10 octobre 2023.

⁴⁷⁶ Gabriel Girard et Alexandre Klein, « Montréal, 1989 : la conférence qui a changé le cours de l’histoire du sida », *Libération*, 6 juin 2019.

⁴⁷⁷ « La conférence de San-Francisco sur le sida : boycottage européen », *Le Monde.fr*, 22 mai 1990.

Les mesures en place

En novembre, le gouvernement structure la lutte contre le sida sous trois entités : l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) pour agir sur la prévention et la lutte concrète contre la maladie, le Conseil national du sida (CNS) avec un rôle d'expertise auprès du gouvernement et l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) coordonnant la recherche sur la maladie. Ces entités persistent à ce jour, sauf l'AFLS qui a été assimilée à la division sida de la DGS en 1994. Les mesures continuent de se concentrer sur le dépistage, la prévention et la recherche, mais aussi le soutien aux personnes vivant avec le VIH :

- 1988 : création des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG);
- 1991 : des projets de criminalisation de la transmission du VIH sont rejetés par l'Assemblée Nationale;
- 1992 : remboursement à 100 % du test de dépistage;
- 1993 : remboursement à 100 % des soins pour toutes les personnes ayant une infection par le VIH;
- 1994 : débats sur le secret médical et le dépistage obligatoire;
- 1994 : allocation adulte handicapé (AAH) ouverte à la pathologie sida ;
- 1994-1995 : nombreuses mesures de soutiens aux usagers de drogues avec la distribution de seringues, la mise en place centre de substitution et une AMM pour la méthadone et de la buprénorphine (SUBUTEX) , des réseaux villes-hôpital.

Le débat de 1994 sur le secret médical fait suite à un rapport de L'Académie Nationale de Médecine publie un rapport en 1994, conseillant d'alléger le secret médical, qui rencontre de vives oppositions d'associations, du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁴⁷⁸, et des médecins traitants des personnes vivant avec le VIH⁴⁷⁹. Il n'y aura pas de mesures de ce type en France. Le premier décembre 1994, le Sommet de Paris organisé par l'OMS reprend les principes de Denver et soutient fortement l'implication des personnes vivant avec le VIH (GIPA) dans la Déclaration de Paris. Le code de déontologie médicale va en ce sens, et renforce le droit à l'information des malades en 1995, et une charte des patients hospitalisés est mise au point par le CNS avec l'appui d'associations.

III. Undertake in our national policies to

- protect and promote the rights of individuals, in particular those living with or most vulnerable to HIV/AIDS, through the legal and social environment,
- fully involve non-governmental and community-based organizations as well as people living with HIV/AIDS in the formulation and implementation of public policies,
- ensure equal protection under the law for persons living with HIV/AIDS with regard to access to health care, employment, education, travel, housing and social welfare,

⁴⁷⁸ « Les suites du rapport de l'Académie nationale de médecine sur le sida Le président du Conseil de l'Ordre attend de la jurisprudence un " assouplissement " du secret médical », *Le Monde.fr*, 12 avril 1994.

⁴⁷⁹ « MÉDECINE Selon une enquête du Journal du sida Les médecins traitant des malades infectés par le VIH sont hostiles à un assouplissement du secret professionnel », *Le Monde.fr*, 17 mai 1994.

F. Le drame du sang contaminé

L'affaire du sang contaminé constitue un scandale sanitaire qui participe à ébranler la confiance dans les institutions, et occupe une bonne partie de la scène médiatique des années 1990 suite à la publication d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 1991 complété par un rapport du Sénat en 1992⁴⁸⁰.

Elle concerne la période 1983-1985 : dès mars 1983, le CDC d'Atlanta publie des documents suggérant que le virus est transmissible par voie sanguine⁴⁸¹, et en juin 1983 le Centre National de la Transfusion Sanguine (CNTS) rapporte des cas d'hémophiles ayant des problèmes de système immunitaire. Une première circulaire de la DGS paraît en 1983, recommandant une attention particulière aux donneurs de sang. En mai 1983, le CNTS aurait été informé que la mise en place d'un procédé de chauffage pourrait protéger de la maladie, et l'utilisation de cryoprécipités est recommandée par des experts en attendant la disponibilité de tels procédés. La démonstration de l'inactivation du virus par chauffage est faite en 1984. En parallèle des études retrouvent la contamination de produits transfusionnels (5 donneurs sur 1000 sur une étude de 1985). La disponibilité des tests de dépistage est retardée, et le dépistage obligatoire des dons du sang ne sera mis en place qu'en août 1985. En parallèle, un procès-verbal d'une réunion du CNTS en mai 1985 rapporte que 100% des lots sont contaminés. Les lots non chauffés seront pourtant remboursés jusqu'en juillet 1985, et encouragés d'être utilisés pour les patients séropositifs jusqu'à épuisement des stocks. Ces mêmes patients ne seront pas forcément mis au courant de leur séropositivité. Les associations d'hémophiles ont tout du long des réunions avec le CNTS sans être mise au courant de l'entièreté de la situation, en particulier de la contamination de quasiment tous les lots. Des plaintes sont déposées à partir de 1988. Environ 6.000 personnes auraient été contaminées suite à des transfusions, et plus de 50% des hémophiles français⁴⁸². La France est le pays européen ayant le plus de contaminations suite à une transfusion sanguine.

Le rapport du Sénat rapporte que "la logique industrielle a conduit à oublier certaines règles de déontologie médicale dans un contexte de monopole et de non-contrôle". Quatre griefs principaux sont relevés : la mauvaise application de la circulaire de 1983 sur le filtrage des dons de sang, le retard à la mise en place du dépistage systématique des dons de sang, le retard dans l'obligation de chauffage des produits sanguins et la poursuite d'utilisation de produits sanguins non chauffés jusqu'en 1986⁴⁸³. On peut y ajouter l'absence d'information claire des patients et des

⁴⁸⁰ Sénat, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel français en vue de son éventuelle réforme, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 17 décembre 1991. », 1992.

⁴⁸¹ CDC, « Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, vol. 32, mars 1983.

⁴⁸² « La prévalence de l'infection par le VIH en France en 1989 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1990 / 37, septembre 1990.

⁴⁸³ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 256

associations. Différents procès vont s'enchaîner jusqu'en 2003, aboutissant à plusieurs mesures d'indemnisation et la condamnation de plusieurs responsables du CNTS, des responsables politiques et reconnaissant la responsabilité de l'État. Dans l'ensemble, ce scandale est aussi à l'origine de plusieurs évolutions du système transfusionnel.

G. Les nouvelles thérapies, stabilisation (1995-2000)

Les trithérapies

Le tournant de l'épidémie se trouve aux années 1995-1996 avec l'arrivée de nouvelles associations de médicaments : les trithérapies. Les premières études datent de 1995, et sont communiquées au troisième congrès international sur les rétrovirus et les infections opportunistes à Washington⁴⁸⁴. Une nouvelle méthode d'analyse et de suivi de la maladie se base sur la charge virale, reflet de la réplication du virus. Les nouvelles associations thérapeutiques permettent une disparition quasi-totale, voire totale, de cette charge virale. Ces trithérapies entraînent beaucoup d'espoir, malgré les échecs des essais thérapeutiques précédents.

Se pose cependant une question épineuse : celle de la disponibilité des médicaments. Ils ne sont pas encore produits en quantité suffisante pour l'ensemble des malades de la population française, ni de la population mondiale des autres pays. A cela s'ajoute que les médicaments sont particulièrement coûteux et qu'ils nécessitent normalement de plusieurs mois de procédures avant d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM). Pour la question des stocks nécessaires, plusieurs solutions sont envisagées :

Quatre solutions ont été avancées par les acteurs de la lutte contre le sida pour la mise à disposition des substances les plus nouvelles :

1. Ne pas distribuer les antiprotéases avant la mise à disposition de plusieurs milliers de doses thérapeutiques adaptées à la demande potentielle.
2. Distribuer les antiprotéases disponibles selon des critères sociaux (aux patients exerçant des responsabilités, à ceux ayant des charges de famille, ou selon l'âge ou le sexe).
3. Effectuer un tirage au sort parmi les malades éligibles pour lesquels les critères seraient progressivement élargis en fonction des quantités disponibles.
4. Mettre à disposition, dans les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH), des quantités de traitements proportionnelles aux disponibilités d'une part, à l'activité des centres de soins de l'autre, ce qui transmettrait à chaque équipe la responsabilité du choix, conformément à la tradition médicale.

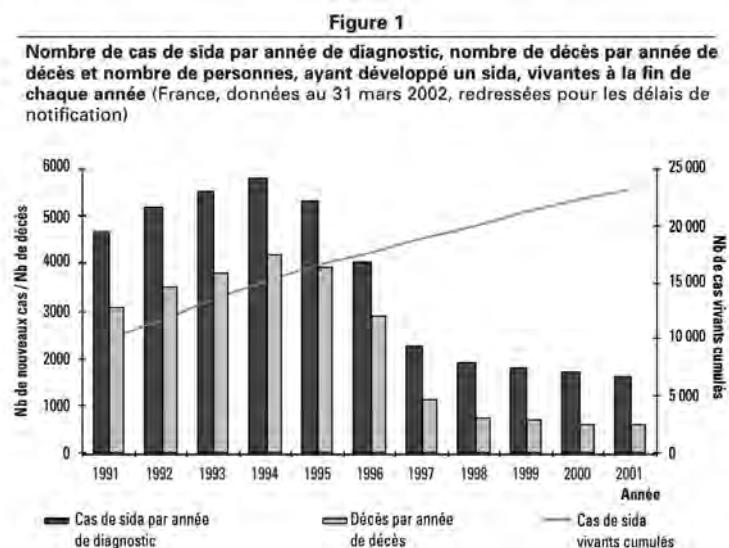
« L'avis du CNS », *Journal du Sida*, mars 1996⁴⁸⁵

⁴⁸⁴ « Une association de trois médicaments améliorerait le traitement du sida », *Le Monde.fr*, 31 janvier 1996.

⁴⁸⁵ « L'avis du CNS », *Journal du Sida*, mars 1996.

Le conseil national du sida encourage le gouvernement à acquérir les traitements nécessaires malgré leurs coûts, et qu'en attendant leur disponibilité un tirage en sort soit mis en place. Cette idée rencontre la vive opposition des associations, puis du gouvernement⁴⁸⁶. La critique se tourne également vers les firmes pharmaceutiques produisant les médicaments, qui ne mettraient pas à disposition les stocks disponibles pour des raisons commerciales. Les militants occuperont l'usine d'Devreux de la firme Abbott, commercialisant l'un des médicaments. Ils iront aussi outre-Atlantique récupérer des médicaments afin de faire face à la pénurie⁴⁸⁷. Les stocks seront finalement suffisants et il n'y aura pas de pénurie, mais l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est lente. Elle nécessite des procédures administratives, mais aussi des nécessités scientifiques pour s'assurer de l'efficacité et des risques des traitements. Ces lenteurs seront contournées par une très large utilisation des autorisations temporaires d'utilisation (ATU)⁴⁸⁸, permettant à plus de 13.000 malades d'accéder au traitement avec des résultats très encourageants⁴⁸⁹, mais une certaine lourdeur et de multiples effets secondaires⁴⁹⁰. L'AMM est finalement obtenue en septembre 1996⁴⁹¹.

Les traitements confirment leur efficacité, et on observe assez rapidement un infléchissement du nombre de cas de Sida ainsi que de la mortalité. Les traitements sont disponibles directement en ville à partir d'octobre 1997⁴⁹². De nouvelles possibilités thérapeutiques continuent d'apparaître les années suivantes, toujours sous forme de trithérapie, avec des chiffres qui se stabilisent après l'infléchissement initial. La surveillance trimestrielle est terminée à partir de 1998.



⁴⁸⁶ « La controverse se poursuit à propos des nouveaux traitements du sida », *Le Monde.fr*, 20 mars 1996.

⁴⁸⁷ *Ibidem*.

⁴⁸⁸ Corinne Taeron, « ATU : une utilité largement démontrée », *Journal du Sida*, janvier 2002.

⁴⁸⁹ « Plus de treize mille personnes bénéficient des nouvelles thérapies du sida », *Le Monde.fr*, 31 août 1996.

⁴⁹⁰ « Sur la ligne de Sida Info Service, un enthousiasme tempéré par la lourdeur du traitement », *Le Monde.fr*, 31 août 1996.

⁴⁹¹ Franck Fontenay, « Avis favorable à l'enregistrement des trois antiprotéases en Europe », *Journal du Sida*, août 1996.

⁴⁹² « SIDA : la trithérapie anti-sida est désormais disponible dans les pharmacies de ville. », *Le Monde.fr*, 31 octobre 1997.

Figure 61. Nombre de cas de sida par année de diagnostic, d'après BEH, 2002, n° 27, 2 juillet 2002⁴⁹³

Les nouvelles problématiques

Avec l'amélioration de l'épidémie, un traitement disponible et remboursé, la problématique devient principalement le diagnostic précoce de la maladie et l'accès aux soins. La répartition épidémiologique de la maladie évolue également et semble atteindre de plus en plus les populations hétérosexuelles, d'autant plus qu'elles sont précaires⁴⁹⁴. On s'inquiète de la banalisation de la maladie, et d'une baisse de l'utilisation du préservatif aussi⁴⁹⁵. En 1997, de nouveaux débats émergent sur la déclaration obligatoire de l'infection à VIH. Celle-ci devient effective en 1998⁴⁹⁶. La même année s'étend la prophylaxie post-exposition (traitement post-exposition TPE) pour les accidents d'exposition sanguine et sexuelle.

Avec l'arrivée des traitements, se pose aussi la question de la solidarité internationale, vers les pays qui n'y ont pas accès. La disponibilité initiale et le prix des médicaments entraîne déjà des tensions entre les pays occidentaux⁴⁹⁷. Les pays d'Afrique, d'Amérique Latine et d'Asie ont encore plus de mal à y avoir accès. Alors que l'épidémie reflue progressivement en occident, les associations se saisissent d'autant plus de cette question (entraînant des éclats lors de la Sidaction de 1996⁴⁹⁸). Cette problématique est mise en avant aussi lors des conférences internationales contre le sida. Un fonds international se met en place en 1999 associant plusieurs pays, l'ONU et l'association ONUSIDA⁴⁹⁹. Cette association est créée en 1995 pour coordonner les politiques internationales. Elle promeut la lutte contre les inégalités et l'accès facilité au traitement.

H. Les dernières évolutions (2000-2023)

Épidémiologie dans le monde

L'arrivée des trithérapies permet la stabilisation de l'épidémie en France, mais cela prendra plus de temps pour la pandémie mondiale. L'accès du traitement est beaucoup plus long en Afrique, Amérique Latine et Asie, avec des traitements très coûteux et des polémiques sur les molécules et génériques disponibles pour ces

⁴⁹³ Institut de veille sanitaire (InVS), « Surveillance du sida en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 2002 / 27, juillet 2002.

⁴⁹⁴ « Le sida, maladie presque ordinaire », *Le Monde.fr*, 16 mai 1997.

⁴⁹⁵ « La mortelle banalisation du sida », *Le Monde.fr*, 30 janvier 1997.

⁴⁹⁶ Hélène Delmotte, « Bernard Kouchner rend effective la déclaration obligatoire de séropositivité », *Journal du Sida*, juin 1998.

⁴⁹⁷ « Sida : désunis dans l'espoir », *Le Monde.fr*, 1 décembre 1996.

⁴⁹⁸ « Résumé du Sidaction, "C'est quoi ce pays de merde ?" | INA », .

⁴⁹⁹ « Sida : la solidarité internationale s'organise », *Le Monde.fr*, 5 mai 1999.

pays⁵⁰⁰. En 2001, trente-neuf firmes pharmaceutiques ont intenté des procès contre l'Afrique du Sud et le Brésil pour importation de médicaments génériques et création de génériques illégaux. En réponse, une très forte mobilisation civile internationale a lieu, amenant au retrait des plaintes et la généralisation des génériques, permettant la baisse de coût de 99% (de 13.000 \$ à 130 \$). Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH traité a ainsi progressivement monté dans ces pays :

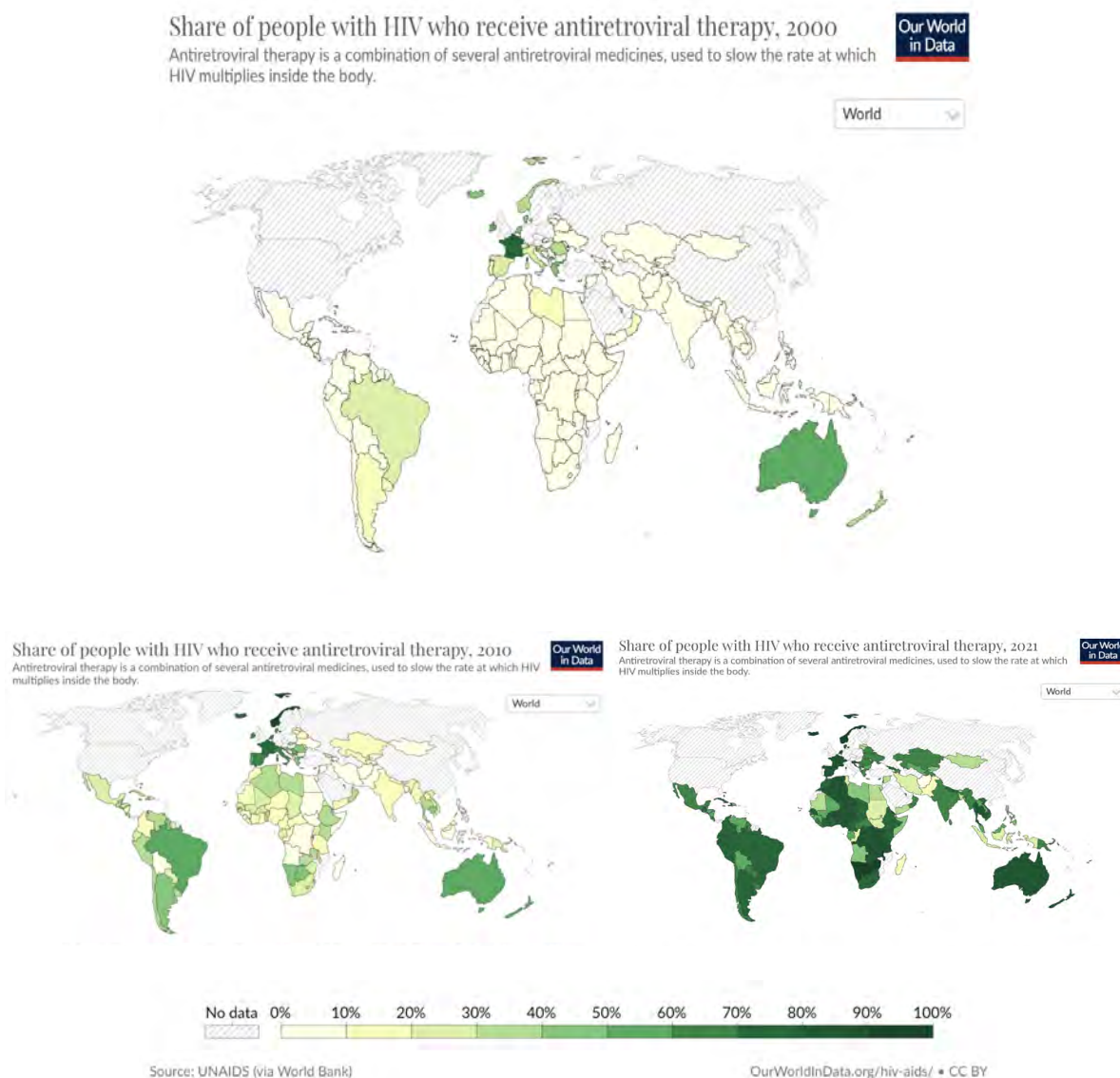


Figure 62 à 64. Carte du pourcentage de personnes ayant accès à la trithérapie, d'après les données d'ONUSIDA (via World Bank), en 2000, 2010 et 2021 ⁵⁰¹

⁵⁰⁰ Fred Eboko, « Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique », *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 186 / 4, Toulouse, Éres, 2005, p. 789-798.

⁵⁰¹ « Share of people with HIV who receive antiretroviral therapy », [En ligne : <https://ourworldindata.org/grapher/antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv>]. Consulté le 11 octobre 2023.

Avec un accès facilité aux traitements, le nombre de cas et de décès lié au VIH se stabilise dans le monde. Il y a tout de même plus de malades et de décès dans les pays ayant eu, ou ayant toujours, des difficultés d'accès aux traitements.

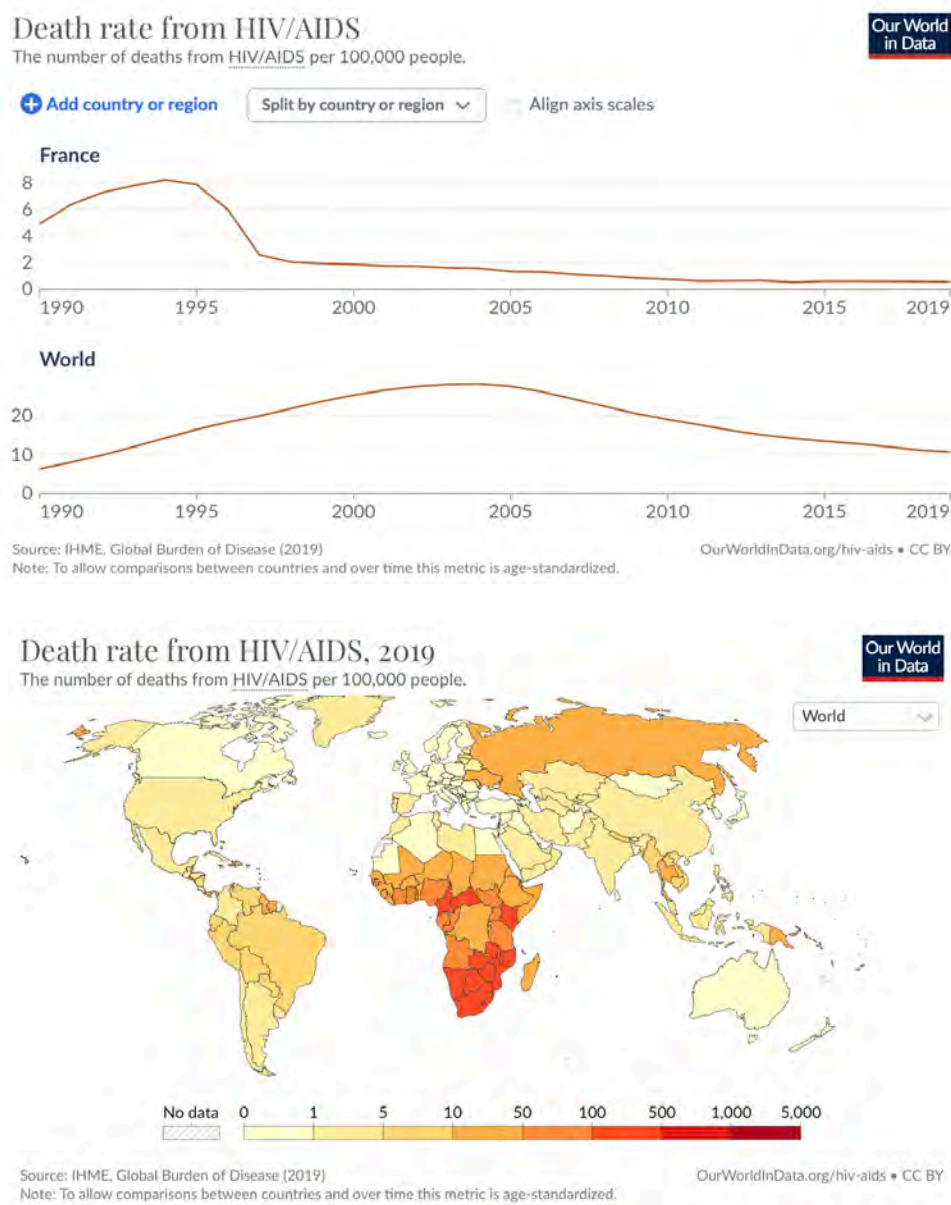


Figure 65 et 66. Taux de décès dû au VIH entre 1990 et 2019 dans le monde, d'après les données d'IHME, sur le site *Our World in Data*⁵⁰²

Les derniers rapports de 2022 de l'ONUSIDA, coordonnant la lutte internationale contre la maladie, notent une ascension des cas dans l'Europe de l'Est,

⁵⁰² « Death rate from HIV/AIDS », [En ligne : <https://ourworldindata.org/grapher/hiv-death-rates>]. Consulté le 11 octobre 2023.

l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Amérique latine⁵⁰³. La répartition des cas diffèrent entre l'Afrique subsaharienne et le reste du monde : un nombre plus important de contamination est liée au travail du sexe dans ces régions, contre plus de cas chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le reste du monde. Les autres populations à risque sont les usagers de drogues intraveineuses et les femmes transgenres.

FIGURE 0.8 Répartition de l'acquisition des nouvelles infections à VIH, par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde, 2021

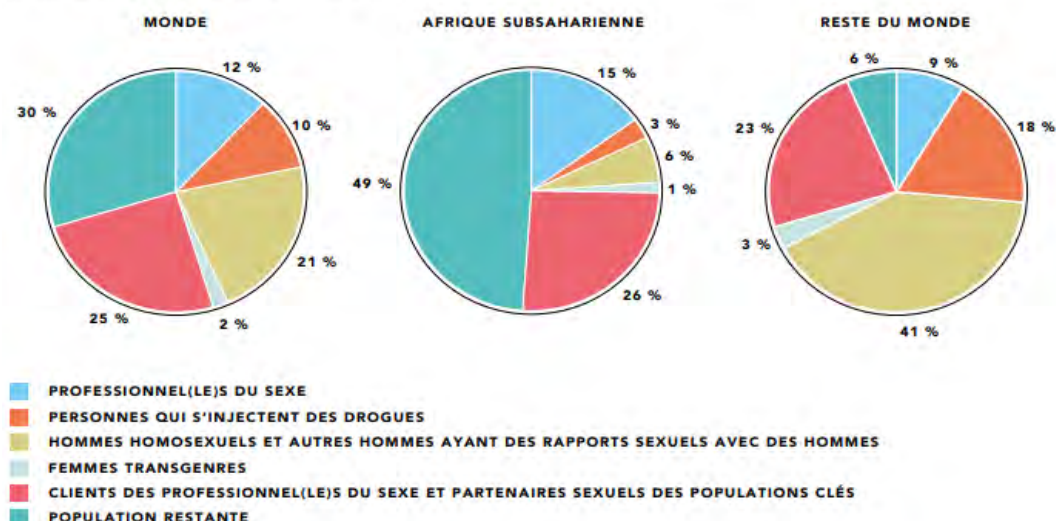


Figure 67. Répartition de l'acquisition des nouvelles infections à VIH par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde, ONUSIDA, « Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 », p. 17, Figure 0.8

Pour l'association ONUSIDA, les inégalités sont au cœur de l'épidémie actuelle et la lutte contre l'épidémie doit passer par la lutte contre les inégalités, et de mener des programmes dirigés par les communautés. La prévention, le dépistage, l'accès aux traitements et aux soins, ainsi que la lutte contre les discriminations doivent également être poursuivies.

Épidémiologie en France

Le nombre de découvertes de séropositivité et de découverte de Sida a eu tendance à baisser, sauf à l'année 2021. L'épidémiologie retrouve principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi un nombre important de femmes et d'hommes hétérosexuels nés à l'étranger. Le nombre de décès reste bas autour de 500/an.

⁵⁰³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 », 2022, p. 8.

Figure 4. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population*, France, 2012-2021

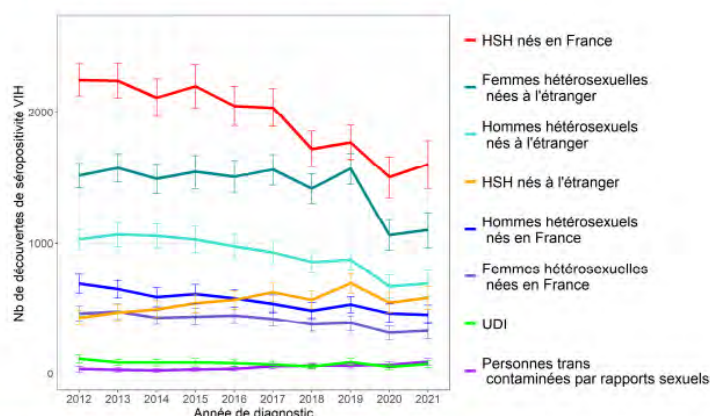


Figure 7. Nombre de nouveaux diagnostics de sida (nombre brut et nombre corrigé), France, 2012-2021

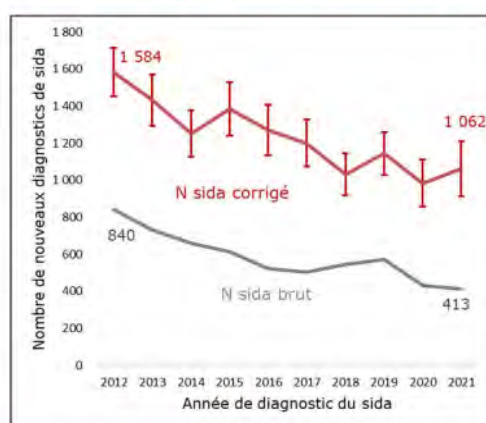


Figure 68 et 69. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population en France, 2012-2021 et nombre de nouveaux diagnostics de sida en France, 2012-2021, d'après Bulletin de Santé Publique, Santé Publique France, Décembre 2022⁵⁰⁴

Des inquiétudes se portent actuellement sur une baisse de l'utilisation des préservatifs chez les jeunes, une baisse du dépistage, une banalisation de l'épidémie et l'augmentation des cas d'infection par le VIH à un stade intermédiaire ou sida d'après Santé Publique France. Les fausses croyances sur la maladie persistent encore, voire réaugmentent : 24 % des jeunes pensent qu'on peut attraper le VIH en embrassant une personne infectée par exemple.⁵⁰⁵

⁵⁰⁴ Santé Publique France, « Surveillance du VIH et des IST bactériennes », *Bulletin de santé publique*, décembre 2022.

⁵⁰⁵ « Les jeunes, l'information et la prévention du sida - Suivi barométrique IFOP pour Sidaction », IFOP, 2023.

Les dernières mesures et perspectives

La trithérapie est toujours la base des modalités de traitements, avec de nombreuses molécules disponibles. Les essais thérapeutiques visent actuellement à rendre les traitements moins contraignants (prise des médicaments 4 jours sur 7⁵⁰⁶ ou une fois tous les six mois par exemple⁵⁰⁷). La mise au point d'un vaccin n'a pas encore beaucoup avancé. En matière de prévention cependant, la PREP (prophylaxie pré-exposition, un traitement pouvant être pris avant des rapports sexuels à risque) montre de très bons résultats, et a tendance à se démocratiser. Elle a été initiée à partir de 2016 en hôpital, et depuis 2021 en ville⁵⁰⁸.

La prévention, la sensibilisation et le dépistage sont toujours au cœur des mesures encouragées par les autorités publiques : la gratuité du préservatif pour les -26ans, les tests de dépistage du VIH gratuits sans avance de frais en laboratoire, des campagnes de locales et nationales pour sensibiliser sur la maladie (*Indétectable = Intransmissible, Faisons de Paris la ville de l'amour sans le sida, Vivre avec le VIH...*).



Figure 70. Affiches de la campagne nationale *Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre*, 2020.

Une politique de réduction des risques s'adresse toujours aux usagers de drogues intraveineuse : programmes d'échanges de seringue, produits de substitution, information sur les pratiques (dont le *chemsex*), salles de consommation à moindre risque (*salles de shoot*) à Paris et Strasbourg depuis 2016...

Au niveau associatif, les différents mouvements qui existent encore continuent leurs actions : communication, prévention, sensibilisation, dépistage, accompagnement et soutien des personnes vivant avec le VIH ou des usagers de

⁵⁰⁶ Pierre de Truchis, Lambert Assoumou, Roland Landman, [et al.], « Four-days-a-week antiretroviral maintenance therapy in virologically controlled HIV-1-infected adults: the ANRS 162-4D trial », *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 73 / 3, mars 2018, p. 738-747.

⁵⁰⁷ Amesika N. Nyaku, Sean G. Kelly et Babafemi O. Taiwo, « Long-Acting Antiretrovirals: Where Are We now? », *Current HIV/AIDS reports*, vol. 14 / 2, avril 2017, p. 63-71.

⁵⁰⁸ « PrEP : la prophylaxie pré-exposition contre le VIH », [En ligne : <https://vih.org/dossier/la-prep-ou-prophylaxie-pre-exposition/>]. Consulté le 12 octobre 2023.

drogues, participation aux projets de recherche... Leurs actions ont tendance à dépasser le cadre du VIH pour s'attaquer aussi aux luttes contre les inégalités, comme on l'a vu avec ONUSIDA. Elles s'adressent de plus en plus à l'ensemble des populations, particulièrement les plus défavorisées et durement touchées par l'épidémie. Des associations spécifiques s'adressent à ces populations, tel *Ikambere* qui s'adresse depuis 1997 aux femmes migrantes vivant avec le VIH.

Sur le plan éthique, des questions sont posées régulièrement sur le dépistage obligatoire des populations à risque, sur la criminalisation de la transmission du sida, et sur un secret médical allégé. Le droit des personnes vivant avec le VIH, mais aussi de l'ensemble des patients et de la société civile, progressent avec la charte des patients hospitalisés (1995) et la loi Kouchner en 2002.

Les réactions face au sida

Les réactions face à l'épidémie de sida ont de nombreuses particularités propres à cette épidémie. On peut rapporter ces spécificités à un mouvement associatif très actif, et son influence sur le monde médical, les acteurs politiques et les différentes institutions.

Sondage, extrapolation et limites

Pour le sida et la covid, il y a une démultiplication de sondages par divers instituts, que nous rapportons. Les données rapportées concernent alors les personnes interrogées, pouvant représenter les opinions d'une partie de la population générale, mais comportent des biais limitant cette transposition. Ceci est à garder en tête dans les chiffres qui sont rapportés.

Réaction des populations

L'épidémie est reçue diversement par les différents pans de la population : des discriminations et des rejets à l'identification, au support, voire au militantisme. Les représentations, à l'origine de ces réactions, sont variées et portent autant sur la maladie que sur les minorités atteintes par celle-ci. La grande spécificité de cette épidémie est le fort mouvement associatif, qui influence l'ensemble de la société et favorise de nombreuses évolutions dans les perceptions et actions autour de l'épidémie.

A. Représentations des populations

Représentations initiales : de l'indifférence à la peur

Pour le sida, plus que toute autre maladie auparavant, les représentations de la maladie sont fortement influencées par les connaissances médicales, mais surtout la manière dont elles sont transmises. Les premières connaissances autour de la maladie font effet d'une maladie touchant principalement des populations à risque, en particulier les homosexuels ou les toxicos, les journaux ne parlant que de la "maladie des homosexuels", de l'utilisation de poppers ou de drogues intraveineuses, et l'épidémiologie mettant en avant l'atteinte de ces "groupes à risques". Pour le sociologue Michel Setbon, "ceci explique aisément l'indifférence du public général"⁵⁰⁹. S'y ajoute qu'elle semble se répandre surtout aux États-Unis : "le sida reste suffisamment « étranger » et étrange pour ne pas avoir à inquiéter le public

⁵⁰⁹ Michel Setbon, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, vol. 41 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2000, p. 61-78.

français”⁵¹⁰. On s’intéresse davantage à la recherche médicale et les perspectives pour soigner les cancers Aux États-Unis, il n’en est pas de même : l’avancée rapide de la maladie et les croyances entourant celles-ci provoquent un “vent de panique” et des discriminations, les personnes atteintes se sentant perçues comme des “pestiférés”.

L’avancée des connaissances scientifiques change progressivement la donne. Les modes de transmissions de la maladie sont clairement établies en 1985, mais on entend encore certains politiques évoquer la transmission par le contact à la télévision en 1987 et les enquêtes montrent la persistance de fausses croyances : un tiers des personnes interrogées en 1988 pensent que le VIH se transmet par la salive⁵¹¹ par exemple. Toutefois, 97 % des personnes ont acquis que la maladie peut se transmettre lors de rapports sexuels non protégés. C’est un risque qui concerne l’ensemble de la population, y compris les hétérosexuels, transformant l’épidémie en problème de santé publique. L’atteinte de personnalités publiques

Qui plus est, la maladie semble toujours être mortelle. On se retrouve donc face à une maladie mortelle, touchant principalement certaines populations, mais pouvant s’étendre aux autres par le sexe, le sang, mais peut-être aussi le contact et la salive. Il n’est pas étonnant de voir apparaître quelques personnes s’inquiétant sur le risque posé par les populations à risques, et demandant à l’État d’agir à leur encontre pour protéger la collectivité⁵¹². La découverte du virus et la mise au point de tests de dépistage ajoutent une action supplémentaire dans l’arsenal des autorités. Mais en même temps, l’existence de personnes séropositives ajoute une crainte supplémentaire : la personne peut être à risque sans être malade et sans que cela soit visible.

Questionnements autour de la morale et de la sexualité

Les modes de transmissions de la maladie amènent aussi la société à se confronter à la question de l’homosexualité. Les sociétés occidentales sont alors dans une période de libéralisation sexuelle et l’homosexualité vient à peine d’être dépénalisée en 1982. Les anciennes discriminations et morales ne sont pas loin. C’est d’autant plus vrai dans la société puritaine américaine : “Comment une maladie qui affecte les homosexuels masculins, les usagers de drogues et les Haïtiens pourrait-elle ne pas être perçue de manière négative dans un pays qui stigmatise l’ensemble de ces groupes ?”⁵¹³. C’est ainsi qu’on voit revenir la rhétorique associant maladie épidémique et punition divine dans certains milieux⁵¹⁴, en particulier religieux, favorisant les discriminations à l’égard des déviants. S’y ajoute la peur de la contamination du péché : des parents américains retirent leurs enfants de l’école où ils ont été en contact avec un enfant atteint, de risque qu’il n’attrape la maladie ou que “sous l’influence du porteur, [il devienne] homosexuel”⁵¹⁵. Les discriminations sont

⁵¹⁰ Michael Pollack, « La construction sociale d’un enjeu », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 144-161.

⁵¹¹ W. Dab, J.P. Moatti, S. Bastide, [et al.], « La perception sociale du sida en région Ile-de-France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1988 / 12, mars 1988.

⁵¹² Michel Setbon, *op. cit.*

⁵¹³ Dennis Altman, « Sida : la politisation d’une épidémie [1984] », *Genre, sexualité & société*, trad. Arnaud Lerch avec la collaboration de Cécile Chartrain, IRIS-EHESS, juin 2013.

⁵¹⁴ « Le châtement des dieux », *Le Monde.fr*, 23 octobre 1985.

⁵¹⁵ *Ibidem*.

renforcées par l'association à un acte immoral, la maladie résultant souvent de rapports sexuels entre hommes. Ce genre de comportement, discriminant plus pour la sexualité que la maladie, est aussi présent en France. Mais il existe aussi des comportements plus neutres, voire parfois solidaires. La France aurait su "éviter le pire" en matière de discrimination grâce à différents "pares-feux". Les médias par exemple semblent développer une sorte de retenue pour justement éviter ces discriminations, refusant de "traiter la santé en termes de mœurs"⁵¹⁶. On y ajoute le rôle des associations dans l'éducation, la sensibilisation et la lutte contre les discriminations.

La morale ne concerne pas seulement le point de vue religieux. Au fur et à mesure qu'on en apprend plus sur la maladie, on comprend ses modes de transmissions et comment s'en protéger. On peut alors être amené à séparer les "mauvais" malades des "bons". Les "mauvais" l'ont mérité, car ils ont cédé à des actes dangereux en toute connaissance de cause⁵¹⁷ : les rapports sexuels non protégés, la toxicomanie, l'échange de seringues... La politique de réduction de risque (distribution de seringues, salles de shoots...) autour de la toxicomanie entraîne aussi son lot de levée de boucliers : c'est immoral d'aider les usagers de drogues à se droguer, même pour sécuriser la pratique. Les "bons" sont ceux l'ayant attrapé à leur insu : les "transfusés" et les "hémophiles", victimes dans cette histoire.

Sexualité et épidémies

Dans les épidémies étudiées, le sida représente une particularité, car fortement associé à des comportements sexuels. On retrouve des réactions similaires lors de l'arrivée de la syphilis au XVI^e siècle, également associée à la sexualité, d'autant plus renforcé par un cadre moral puritain⁵¹⁸. Pour le sida, l'homosexualité représente encore une déviance, voire une tare morale, pour une partie de la population, déterminant probablement de multiples réactions discriminantes à leur égard, ou juste le silence sur un sujet tabou.

Évolutions des représentations

Les actions de sensibilisation, prévention et d'information des autorités et des associations, ainsi que l'arrivée des traitements ont aidé ces représentations à évoluer. Les connaissances autour de la transmission de la maladie n'évoluent pas forcément, ou doucement, cependant les craintes autour de la maladie diminuent⁵¹⁹. Plus de personnes sont prêtes à partir en vacances ou manger avec une personne

⁵¹⁶ Michael Pollack, *op. cit.*

⁵¹⁷ Michael Pollack, « Conclusion prospective », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 193-208.

⁵¹⁸ Peter Stephenson, « Le sida, la syphilis et la stigmatisation. La genèse des politiques et des préjugés », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 / 2-3, Département d'anthropologie de l'Université Laval, 1991, p. 91-104.

⁵¹⁹ Leila Saboni, Nathalie Beltzer et groupe KABP France, « Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS », Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Paris, France, .

séropositive (85 % vs 78 %) ou à laisser leurs enfants en sa compagnie (70 % vs 62 %) en 1994 qu'en 1992; la demande de mesures restrictives diminue légèrement sauf à l'encontre des toxicomanes⁵²⁰.

Graphique 2.2 : Evolution de la valeur moyenne du score d'acceptation selon le sexe et l'âge des répondants—Enquêtes 1992 à 2004 ^(a)

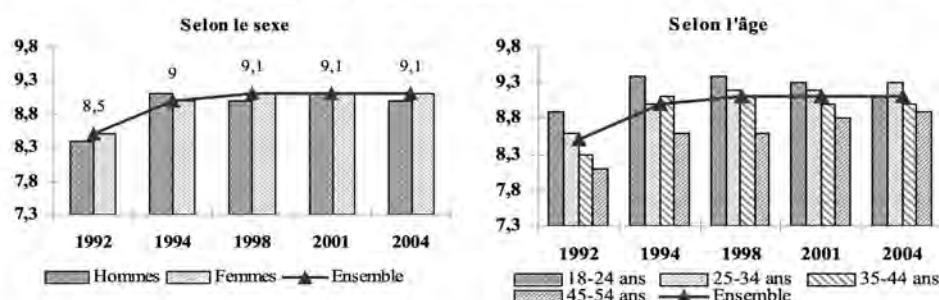


Figure 71. Graphique sur l'évolution du score d'acceptation, Étude ANRS-EN15-KABP 2004, p.59, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005

L'arrivée de traitements efficaces permet aussi d'échapper à la mort inévitable du sida. Au fur et à mesure, la maladie a tendance à se normaliser, voire à se banaliser⁵²¹. Ainsi, les connaissances sur la maladie ont tendance à reculer, ainsi que le risque perçu de la maladie et les comportements préventifs, bien que restants importants⁵²². La maladie ne présente plus le même danger mortel, mais éventuellement une maladie chronique se soignant. Cela n'empêche pas que la maladie porte toujours des stigmates, comme en témoignent les appels reçus par Sida Infos Services : effondrement, peur d'en parler à son entourage et de la stigmatisation, peur de la contamination, peur de la mort... En 2022, Sida Info Service rapporte le témoignage d'une mère s'inquiétant que son fils puisse transmettre la maladie à sa fille par le partage de la vaisselle⁵²³.

Théories complotistes et manque de confiance

Une part de la population, semblant plutôt minoritaire, se méfie des informations officielles et préfère se tourner vers des informations et théories alternatives. Ceci favorise l'émergence de théories du complot. Dès 1986, l'OMS doit démentir que le VIH n'est pas lié aux campagnes de vaccination antivaricelleuse en Afrique⁵²⁴. En 1996, c'est un journaliste américain, Tom Curtis, qui popularise une théorie similaire : le virus serait issu des campagnes de vaccinations antipolio menée

⁵²⁰ Nathalie Beltzer, Mylène Lagarde, Xiaoya Wu-Zhou, [et al.], « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001– 2004 », Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005, chap. 2, p55 à 74.

⁵²¹ Michel Setbon, *op. cit.*

⁵²² Nathalie Beltzer[et al.], *op. cit.*, p. 169.

⁵²³ « Les Français ont-ils encore peur du VIH ? », [En ligne : <https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/1981-Les-Francais-ont-ils-encore-peur-du-VIH->]. Consulté le 19 novembre 2023.

⁵²⁴ « Un démenti formel de l'OMS Les vaccinations antivaricelleuses n'ont pas favorisé la propagation du SIDA », *Le Monde.fr*, 13 mai 1987.

dans le Congo Belge des années 50, et met de nombreuses années à être formellement démentie⁵²⁵. En 2000, c'est le président sud-africain Thabo Mbeki qui demande aux chercheurs de "prouver que le VIH provoque le sida" amenant en réponse la déclaration de Durban de plus de 5000 scientifiques du monde⁵²⁶. De nombreuses théories de ce type continuent d'exister, témoignant d'une persistance de méfiance de certains groupes.

Homosexuels : de l'indifférence à la peur, danger social et lutte politique

Il serait réducteur de réduire les homosexuels à une population homogène, les réactions pouvant être assez diverses. Il existe tout de même de grandes tendances. Les premières apparitions de l'épidémie et d'un "groupe à risque" ont plutôt évoqué le retour de la stigmatisation de cette population. La reconnaissance de ce groupe est toute récente et les discriminations ne sont pas loin. À cela, s'ajoute l'incertitude médicale : il semble bien que les homosexuels masculins soient plus atteints que le reste de la population, mais on n'explique pas pourquoi. Le sida serait alors une excuse pour remédicaliser l'homosexualité : 70 % des homosexuels pensent initialement qu'il s'agit d'une excuse pour condamner les homosexuels⁵²⁷. Les associations (*Association des Médecins Gais, CUARH*) et les médias gais (*Gai Pied Hebdo, Homophonie, Masques...*) refusent initialement de communiquer autour de la maladie, craignant les discriminations⁵²⁸. Le refus de stigmatisation dans les médias français a pu conforter ces attitudes ou l'ignorance de la montée de la maladie⁵²⁹.

L'avancée de l'épidémie fait modifier progressivement les perceptions. Après le rejet initial, la peur gagne rapidement la communauté. Cela commence par les homosexuels des grandes villes et la presse gaie, mais les provinciaux ne sont pas épargnés. La communauté homosexuelle s'approprie aussi rapidement et fortement les connaissances médicales, qui est relayée dans leurs médias. Leurs connaissances sur la maladie dépassent facilement celle de leurs médecins, et ils sont à jour de toutes les dernières avancées⁵³⁰.

La maladie ne représente pas seulement un danger physique pour eux, mais aussi un danger social chez des personnes dont les rapports sociaux pouvaient déjà être difficiles⁵³¹. D'autres constatent des réactions de peur autour d'eux (4/5^e des personnes interrogées en 1988⁵³²). Elle peut amener à révéler leur homosexualité, tendant leurs relations avec leur entourage. Par peur de cette révélation, certains évitent les consultations médicales ou d'évoquer la maladie. L'inquiétude semble d'autant plus grande chez les homosexuels isolés, alors qu'ils sont moins exposés au risque. Ils ont tendance à s'isoler encore plus face à cette angoisse sociale. Au

⁵²⁵ « Le mythe de l'origine du sida liée à un vaccin polio contaminé réfuté », *Le Monde.fr*, 21 avril 2004.

⁵²⁶ « The Durban Declaration », *Nature*, vol. 406 / 6791, Nature Publishing Group, juillet 2000, p. 15-16.

⁵²⁷ Michael Pollack, « Exposition au risque et rapport à la médecine », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 58-86.

⁵²⁸ Eric Favereau, *op. cit.*

⁵²⁹ Michael Pollack, *op. cit.*

⁵³⁰ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 87-120.

⁵³¹ Michael Pollack, « Expositions au risque... », *op. cit.*

⁵³² *Ibidem*.

contraire, ceux qui ont une homosexualité plus affirmée et une sexualité plus libre ont tendance à avoir moins peur, dès fois jusqu'à l'insouciance⁵³³. Les fractions les plus intellectuelles et s'informant le plus ont en revanche tendance à modifier leurs comportements assez rapidement, suivant de très près les connaissances médicales. Enfin, en plus d'être sociale, la maladie est aussi un objet de lutte politique⁵³⁴ : lutte contre les discriminations et pour les droits, lutte contre l'indifférence et le silence, lutte pour l'accès aux traitements... Ces luttes amènent parfois à une construction d'une nouvelle identité autour de la maladie ou de la séropositivité.

Hémophiles : entre fatalité et indignation

Pour les hémophiles, la maladie et les risques ont des représentations différentes. Comme les homosexuels, les personnes atteintes de ces maladies du sang viennent tout juste de gagner une vie sociale, grâce aux avancées des traitements : leur espérance de vie double, et ils ne sont plus "attachés" à l'hôpital pour recevoir des transfusions de sang ou de plasma frais, pouvant voyager avec leurs fractions concentrées, stables dans des glacières⁵³⁵. L'arrivée du sida représente une menace pour ces libertés récemment acquises, ce qui peut expliquer la réticence des hémophiles vis-à-vis des risques autour des nouveaux produits sanguins. Ces produits proviennent en effet de la concentration des transfusions de milliers de personnes. Mais revenir aux anciens produits représentent une perte de liberté, voire d'espérance de vie. Le risque est cependant rapidement assimilé, sans qu'ils puissent forcément y faire quelque chose du fait de leur dépendance à ce système transfusionnel. Ils auraient aussi "intériorisé la lutte contre les discriminations quotidiennes frappant sournoisement toute personne porteuse d'une « anomalie »", expliquant leur "réalisme et leur réaction mesurée face au sida"⁵³⁶.

Ceci n'empêche pas l'indignation, surtout face à l'affaire du sang contaminé qui révèle que nombre de ces contaminations auraient pu être évitées à l'aide du procédé de chauffage des produits sanguins. Les associations poursuivront les responsables médicaux et politiques durant de longues décennies pour obtenir justice. La confiance dans les politiques et le système de soin en est ébranlé⁵³⁷.

Usagers de drogues

Les usagers de drogues sont le dernier groupe à risque du sida. Leur cas a été bien moins considéré et pris en compte, et cela se retrouve dans le silence des chiffres⁵³⁸ mais aussi dans l'absence d'étude sur leurs représentations et vécu de l'épidémie. Il est sûrement plus difficile aussi de questionner cette population marginalisée, dans un contexte juridique et sécuritaire inflexible. Les usagers de

⁵³³ *Ibidem*.

⁵³⁴ François Buton, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, vol. 55 / 5-6, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, p. 787-810.

⁵³⁵ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *op. cit.*, p. 91.

⁵³⁶ Michael Pollack, « Conclusions prospectives », *op. cit.*

⁵³⁷ Emmanuelle Fillion, « Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé », *Politix*, vol. 71 / 3, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2005, p. 191-214.

⁵³⁸ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *op. cit.*, p. 93

drogues profiteront tout de même progressivement de l'expérience des associations de lutte contre le sida, permettant de reconsidérer leurs problématiques sous l'angle de la santé, de l'accès aux droits et de se politiser⁵³⁹. La maladie, quant à elle, représente un risque, une épreuve et une stigmatisation supplémentaire, mais peut aussi leur permettre de "changer d'étiquette"⁵⁴⁰. D'exclus sociaux, ils peuvent être considérés comme des malades du VIH et être pris en soin, tout en restant du côté "mauvais malades".

B. Réactions générales face à l'épidémie

Indifférence et inaction

Comme soulevé précédemment, le début de l'épidémie en France est marqué par un manque de considération de la maladie et de ses risques. Les différentes parties de la société ne se sentent pas concernées par celle-ci, ne les amenant pas particulièrement à agir à son propos. La marche de l'épidémie et les modifications des perceptions amèneront à modifier des comportements et à agir pour nombre de personnes, mais pour nombre d'autres, l'épidémie ne les impacte pas et ne les concerne pas. Ne percevant pas le risque, cela ne les pousse pas à l'action.

Risque et discriminations

C'est lorsque la perception du risque se modifie qu'apparaissent les modifications de comportements, mais aussi les discriminations⁵⁴¹. Dès 1988, une étude francilienne rapporte de nombreuses fausses croyances sur la possibilité de transmission du VIH par la salive, le contact, les toilettes publiques...

⁵³⁹ Christophe Broqua et Marie Jauffret-Roustide, « Les collectifs d'usagers dans les champs du sida et de la toxicomanie », *médecine/sciences*, vol. 20 / 4, EDK, avril 2004, p. 475-479.

⁵⁴⁰ Dominique Pasquio, « 3. Le virus au secours du toxicomane », in *VIH, le virus de l'intégration*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011, (« Politiques et interventions sociales »), p. 117-131.

⁵⁴¹ Michael Pollack, « Conclusions prospectives », op. cit.

Tableau 2. — Connaissances des modes de transmission du virus H.I.V.
(Région parisienne - Population générale - Décembre 1987)

	Pourcentage de répondants qui croient à ce mode de transmission
Lors de rapports sexuels	97,7
Lors d'une injection intraveineuse de drogue	96,2
En recevant du sang	87,6
En utilisant le rasoir d'une personne contaminée	55,3
En donnant du sang	52,4
Au cours de soins dentaires	40,6
Par la salive d'une personne contaminée	36,8
Par une piqûre de moustique	31,2
Dans les toilettes publiques	28
En embrassant une personne contaminée	26,6
En buvant dans le verre d'une personne contaminée	18,7
En étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée	14,6
A la piscine	11
En utilisant le peigne d'une personne contaminée	6,6

Figure 72. Tableau connaissances des modes de transmission du VIH, tiré de *La perception sociale du sida en région Île-de-France*, BEH, 1988⁵⁴²

Il n'est pas alors étonnant de voir se multiplier les discriminations. Celles-ci ont lieu dans tous les aspects de la vie : "Le rejet des structures scolaires d'enfants séropositifs, le refus, après un divorce, du droit de visite des enfants pour le parent contaminé, le refus de soins dentaires ou hospitaliers, la mise à l'écart ou le licenciement de salariés séropositifs constituent des exemples de pratiques courantes."⁵⁴³ On peut y ajouter les demandes de restriction de liberté : dépistage obligatoire, isolement, fermeture des lieux de sociabilisation... Une lettre publiée dans le journal *Libération* en 1986 suggère "[d']ôter leur permis de baiser et de procréer aux dizaines de milliers de personnes qui portent le virus du sida, "saines" ou malades, qui sont dangereuses en permanence"⁵⁴⁴.

Les actions des associations, les campagnes de sensibilisation et d'information ont pu aider à l'amélioration des connaissances, mais de fausses croyances continuent de persister : près de 1/5^e des personnes interrogées continuent de croire que le VIH peut se transmettre par la salive⁵⁴⁵. Ainsi, en 2011, jusqu'à 24 % des personnes séropositives rapportent des discriminations dans les deux années précédentes :

Sphère sociale	Pourcentages	Effectifs
Services de santé	8,4	3 016
Famille	10,8	2 996
Travail	5,8	1 414
Recherche d'emploi	23,9	962

Figure 73. Tableau discriminations rapportées dans plusieurs sphères, tiré de *"Ça se passe aussi en famille", Terrains et Travaux*, 2016⁵⁴⁶

⁵⁴² W. Dab[et al.], *op. cit.*

⁵⁴³ Pierre Lascoumes, « VIH, exclusions et luttes contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994.

⁵⁴⁴ Rapporté dans Michael Pollack, *op. cit.*

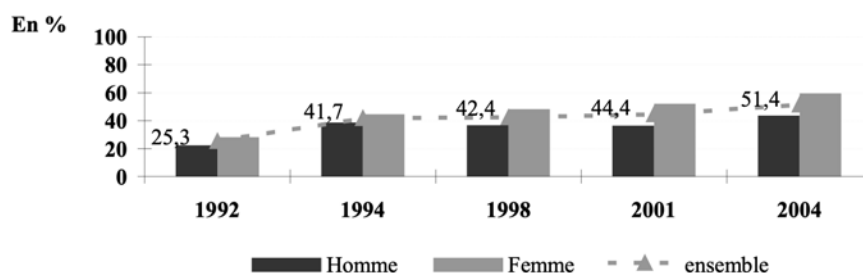
⁵⁴⁵ Leila Saboni, Nathalie Beltzer et groupe KABP France, *op. cit.*

⁵⁴⁶ Élise Marsicano, Christine Hamelin et France Lert, « Ça se passe aussi en famille. Les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH/sida en France », *Terrains & travaux*, vol. 29 / 2, Cachan, ENS Paris-Saclay, 2016, p. 65-84.

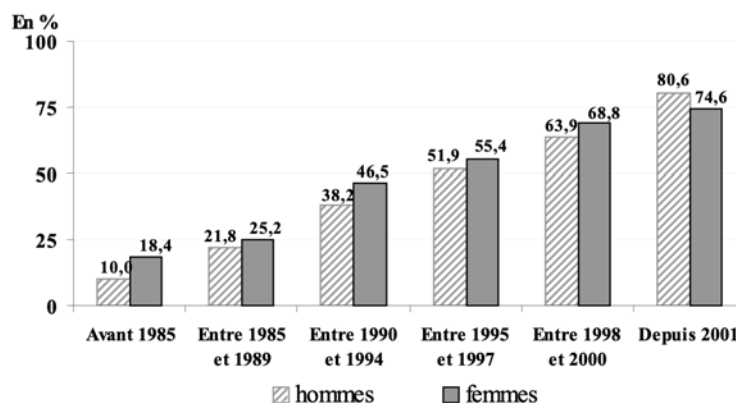
Modification des comportements sexuels

La perception du risque amène aussi à des évolutions des comportements sexuels, à commencer par l'utilisation du préservatif. Ce moyen de protection, très peu utilisé avant 1985 pour les rapports à risque, s'est largement généralisé. Le test de dépistage contre le VIH s'est aussi rapidement répandu. Pour les deux, cette évolution s'est faite en plusieurs années, favorisée par les actions de prévention continue. Les personnes nées dans ces années sont aujourd'hui marquées par une image du préservatif associée à l'activité sexuelle, et en moindre mesure celui du dépistage.

Graphique 5.1. Proportion de personnes interrogées ayant eu fait un test de dépistage au cours de la vie – Enquêtes 1992 à 2004^(a)



Graphique 7.6 : Utilisation du préservatif au cours du premier rapport avec le dernier partenaire sexuel, en fonction de la date de ce rapport – Enquête 2004^(a)



Figures 74 et 75. Graphiques tiré de *Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine*, Observatoire régional de santé d'Île-de-France", p. 105 et p. 158, 2005⁵⁴⁷

Solidarité

L'histoire du sida compte aussi de nombreuses histoires de solidarité. De nombreuses personnalités publiques apportent leur soutien, Line Renaud par exemple, mais ce sont surtout les personnes du quotidien. Michel Bourelly et Olivier

⁵⁴⁷ Leila Saboni, Nathalie Beltzer et groupe KABP France, *op. cit.*

Maurel les appellent “Les Veilleurs”⁵⁴⁸. Il s’agit des compagnes et des compagnons, des familles, des qui se sont impliqués et ont été présents pour eux. Certaines familles ont pu être (partiellement) réconciliées au-delà des questions de sexualité ou d’usages de drogues. Cet entourage suit également de près les actualités et progrès entourant la maladie, et ce sont parfois eux qui interpellent les équipes médicales sur les possibilités thérapeutiques. Ils accompagnent les personnes atteintes dans leur vie quotidienne, dans leur maladie, jusqu’à la mort. Pour certains, leur lutte se prolonge au-delà, via des associations de lutte contre le sida et ses discriminations.

C. Réactions des groupes à risque

Déni, isolement, peur de la stigmatisation

La maladie peut représenter une menace de mort physique, mais aussi une menace de mort sociale pour les hommes homosexuels, pouvant amener à l’isolement et au déni⁵⁴⁹. Malgré la libération sexuelle et la normalisation progressive de l’homosexualité, des discriminations persistent, empêchant toutes les personnes avec ces pratiques de l’assumer. Au vu des modes de transmission, de l’épidémiologie, mais aussi de l’image véhiculée dans la société, avoir le sida peut sous-entendre homosexualité et entraîner les stigmatisations liées à cette sexualité lorsqu’elle n’était pas assumée. En 1986, presque tous les patients traités pour le VIH à la Pitié-Salpêtrière “s’imposent le silence devant leur employeur, leurs collègues de travail et leur propriétaire” et pour les hommes mariés “à leurs amis, leur famille, aux amants et à l’épouse”⁵⁵⁰. Ce silence peut persister dans les cas les plus graves de la maladie, jusqu’au sida pour un tiers d’entre eux, les amenant à un isolement auto-imposé. Ce sentiment d’isolement et de stigmatisation peut être ressenti par les personnes non homosexuelles, tels les transfusés et les hémophiles, les amenant, eux aussi, à réduire leurs relations sociales.

Stigmatisation des “infectés”

La peur d’être stigmatisé par les personnes attrapant la maladie se retrouve fréquemment dans l’histoire des épidémies. Lors de la peste, on peut imaginer que les personnes commençant à développer la maladie, en plus de la peur de la mort, craignent d’être isolés et exclues. Lors de la covid, certaines personnes ont pu éviter de faire des tests ou d’être déclarées “cas contact” pour éviter d’être mis en quarantaine. Pour le sida, c’est d’autant plus évident lorsqu’on retrace les peurs autour du contact ou de la proximité physique d’une personne vivant avec le VIH. Cette peur est influencée par les représentations des maladies, d’autant plus que la maladie est perçue grave, mais peut être amenée à évoluer avec de l’information et de la sensibilisation si on s’en tient à l’exemple du VIH, avec des limites.

⁵⁴⁸ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 117

⁵⁴⁹ Michael Pollack, « L’expérience de la maladie », op. cit.

⁵⁵⁰ *Ibidem*.

Modification des comportements

La sexualité du groupe homosexuel est fortement impactée par l'épidémie. Les rapports sexuels sont empreints de craintes et de peurs pour la plupart d'entre eux, amenant à un arrêt de la fréquentation de certains lieux de sociabilisation, à une utilisation plus fréquente du préservatif, voir à une abstinence totale pour certains. L'utilisation du préservatif s'étend sans forcément rencontrer un succès total. Il représente un frein à une sexualité pleine pour certains, un rappel à l'épidémie pour d'autres, une médicalisation de l'acte sexuel ou encore une énième restriction de liberté⁵⁵¹. Sa non-utilisation, le "barebacking", reste tout de même minoritaire, mais tend à devenir plus important depuis l'arrivée des trithérapies et la réduction des craintes associées à la maladie⁵⁵².

La sexualité est également emplies de crainte, mais aussi de culpabilité pour les personnes vivant avec le VIH vivant avec une "bombe à retardement"⁵⁵³. Cela peut les pousser à diminuer ou renoncer à l'activité sexuelle, ne pas toujours annoncer leur séropositivité avec le risque de contaminer ou le dénier, rechercher des partenaires séropositifs⁵⁵⁴. Cela peut aussi amener au deuil d'un projet de maternité ou de paternité.

La réduction des risques atteint progressivement les usagers de drogues, d'abord via les associations, puis grâce aux politiques mises en place : vente de seringues stériles, seringues en libre accès, l'expérimentation de salles de consommation à moindres risques, la diffusion de traitement de substitutions. Ces mesures produisent leurs effets : "le partage de seringues se raréfie, de 48 % en 1988 à 33 % en 1991 et à 13 % en 1996 (irep, 1988 et 1992)"⁵⁵⁵. Les messages et politiques ont plus de mal à atteindre les usagers de drogues non nés en France, et les chiffres ne s'améliorent plus vraiment actuellement : 14 % d'échange d'au moins un élément de matériel au cours du dernier mois en 2019 contre 9 % en 2012⁵⁵⁶.

Inquiétude, expertise et pratiques alternatives

Face à l'anxiété provoquée par l'épidémie, les personnes de la communauté homosexuelle suivent de très près les informations autour de la maladie : la connaissance du virus, les tests de dépistages, les différents traitements... Ils "observe[nt] scrupuleusement [leur] état de santé en ramenant toute « anomalie » à l'éventualité du sida" : en 1986, c'est 10 % des patients de la Pitié-Salpêtrière qui connaissent leur diagnostic avant le médecin⁵⁵⁷. Ils interrogent leur médecin, ou

⁵⁵¹ Corinne Taeron, « Bareback, en quête de raison et de sens », *Journal du Sida*, mai 2003.

⁵⁵² Gabriel Girard, « VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ? », *Rhizome*, vol. 60 / 2, Presses de Rhizome, 2016, p. 5-6.

⁵⁵³ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », *op. cit.*

⁵⁵⁴ Giovanna Meystre-Agustoni, Ralph Thomas, Michael Häusermann, [et al.], « La sexualité des personnes vivant avec le VIH/SIDA », Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, 1998.

⁵⁵⁵ Marie Jauffret-Roustide, « Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques », in *Villes et toxicomanies*, Toulouse, Érès, 2005, (« Questions vives sur la banlieue »), p. 271-282.

⁵⁵⁶ Laurian Lassara, Françoise Cazein, Florence Lot, [et al.], « Évolutions et caractéristiques des usagers de drogues injectables ayant découvert leur séropositivité au VIH en France entre 2004 et 2019 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 2021 / 20-21, p. 387-394.N

⁵⁵⁷ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », *op. cit.*

demandent à celui-ci de se renseigner et de se former pour se prendre en charge. Les consultations des centres spécialisés et les centres de dépistage sont rapidement pleins face à l'afflux de consultants. En hospitalisation, les spécialistes sont interrogés sur les évolutions de la maladie, le taux de CD4, et la possibilité d'être inclus dans des essais thérapeutiques. Ils se renseignent grâce à des revues généralistes, mais épluchent également les articles scientifiques et sont parmi les premiers au courant des dernières évolutions.

En parallèle de cette médecine officielle, les individus atteints se tournent aussi vers des pratiques alternatives : acupuncture, homéopathie, vitamines, méditation... Ces thérapeutiques alternatives sont plus souvent utilisées en complément des thérapeutiques officielles, espérant limiter la progression de la maladie et améliorer leur qualité de vie⁵⁵⁸.

Solidarité et lutte politique

La dernière réaction que nous avons relevée est l'existence d'une forte solidarité, parfois associée à une forme d'identification et de lutte sociale et politique pour les droits et la place des homosexuels et des usagers de drogues dans la société. Elle s'organise souvent sous la forme associative, et mérite que nous nous y attardions plus longuement dans la prochaine partie.

D. Mouvements associatifs

Les mouvements associatifs sont une des grandes spécificités des réactions face à l'épidémie de sida. Ces mouvements se sont organisés spontanément pour suppléer aux manquements des professionnels et des institutions existantes : "Vous savez toutes les associations ont la même origine. Vous avez un individu qui a été confronté à un drame et des institutions qui ne permettaient pas d'y répondre."⁵⁵⁹, rapportait Daniel Defert, fondateur d'Aides en 1988. Ces associations ont évolué avec la pandémie, offrant support et lutte pour les droits aux groupes à risques, ainsi qu'une prise de conscience et information sur la crise dans la société.

Autosupport, expertise et lutte contre le "pouvoir biomédical"

L'autosupport est l'un des éléments centraux des associations de lutte contre le sida. Il peut être défini "comme une volonté des patients de mettre l'accent sur leur expérience et leur autonomie pour se soigner, s'aider ou défendre leurs droits" avec "une grande autonomie laissée aux patients et une mise à distance, voire une contestation de l'activité des professionnels" qui ne prennent pas suffisamment en compte les besoins des patients⁵⁶⁰.

Les premiers groupes se sont formés pour faire face à l'isolement et la "solitude insupportable" que vivent les personnes atteintes du sida⁵⁶¹. Des premiers groupes se

⁵⁵⁸ Nicole Licht, « Les recours alternatifs », *Journal du Sida*, octobre 1992.

⁵⁵⁹ « Avec Aides, la lutte de Daniel Defert contre le sida | INA », INA, 1988.

⁵⁶⁰ Marie Jauffret-Roustide, *op. cit.*

⁵⁶¹ « Avec Aides, la lutte de Daniel Defert contre le sida | INA », *op. cit.*

forment spontanément dans les hôpitaux, suivis par la création des premières associations Aides et Vaincre le Sida en 1984. De nombreuses autres associations de ce type voient le jour, proposant un espace moral via des espaces de parole, des permanences téléphoniques et l'action de bénévoles accompagnant les personnes à l'hôpital ou chez elles. Ces associations compteront plusieurs milliers de bénévoles, avec une part importante d'homosexuels (séropositifs ou non), mais aussi de très nombreuses femmes⁵⁶², et s'adresse à l'ensemble des personnes atteintes⁵⁶³. L'action de ces groupes s'étend en effet au-delà des groupes à risque : ils sensibilisent, informent et mettent en place des actions de prévention auprès de la population générale, participant à rendre plus visible la crise. Cela se fait avec l'appui de certains médias gays, à commencer par *Gai Pied Hebdo*, et la création de nouveaux médias, *Journal du Sida*, *Remaides*...

Ils deviennent aussi des interlocuteurs privilégiés des institutions et du monde hospitalier, offrant une "expertise du patient" et critiquant le "pouvoir biomédical"⁵⁶⁴ et la médecine moderne privilégiant la "fonction thérapeutique" à la "fonction d'assistance"⁵⁶⁵. L'ambition est une "ouverture" et "transparence" de la science biomédicale vécue comme opaque et dominant l'expérience des patients⁵⁶⁶, pour privilégier "l'autonomie du patient [et] son libre arbitre"⁵⁶⁷. Le président d'Aides rapporte une "violence" de l'institution médicale, "violence spécifique par la discipline de son organisation, ses techniques d'investigations, la limite de ses possibilités relationnelles et thérapeutiques" auxquelles les associations essaient de répondre⁵⁶⁸ : lutte contre le dépistage à l'insu, partage du savoir médical, participation aux décisions, participation à la recherche clinique, écoute du patient. Une expertise et des compétences propres aux usagers du système de santé sont mis en avant, nécessaires à une politique de santé plus globale. Tout ceci affecte grandement la médecine contemporaine, favorisant l'émergence d'une démocratie sanitaire, favorisant la défense des droits et une plus grande participation des patients de manière générale⁵⁶⁹.

Leur action s'étend aux institutions politiques. Elles portent aussi leur message d'autonomie, de défense des droits, et d'expertise auprès d'elles. Les différents services et prestations qu'elles ont produits initialement sont repris et soutenus par l'État⁵⁷⁰. Elles réussissent à s'imposer dans l'agenda politique, rendant plus visible l'épidémie, participant aux décisions politiques et campagnes de prévention, et en s'opposant aux restrictions des libertés. Elles mettent là encore en avant leur propre expertise : étant au plus près des problématiques, elles sont le plus à même de comprendre et d'atteindre les populations concernées. Elles se manifestent aussi à l'échelle supranationale, impliquées dans les conférences internationales sur le sida à partir de 1989 et défendant l'accès aux traitements dans les pays plus défavorisés.

⁵⁶² Patrice Pinell, « Introduction », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 1-23.

⁵⁶³ Christophe Broqua, « Chapitre 1. Du mouvement homosexuel à la lutte contre le sida », in *Agir pour ne pas mourir !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, (« Académique »), p. 25-51.

⁵⁶⁴ François Buton, *op. cit.*

⁵⁶⁵ Daniel Defert, « Daniel Defert ; le malade réformateur », *Journal du Sida*, juin 1989.

⁵⁶⁶ François Buton, *op. cit.*

⁵⁶⁷ Daniel Defert, *op. cit.*

⁵⁶⁸ *Ibidem*.

⁵⁶⁹ Sylvie Malsan, « Démocratie sanitaire : un concept porté par le JDS », *Journal du Sida*, novembre 2007.

⁵⁷⁰ François Buton, *op. cit.*

Usagers de drogues et autosupport

Ces phénomènes d'autosupport s'étendent aux usagers de drogues avec la création des Narcotiques Anonymes (NA) en 1984 et surtout la création de l'association Autosupport des Usagers de Drogues (ASUD) en 1992. Les usagers de drogues mettent également en avant leur expertise de "profanes-experts", avec une connaissance pratique autour de l'injection, leur permettant d'intervenir dans les débats de santé et la politique en direction des usagers de drogues⁵⁷¹. Ils militent en faveur d'une meilleure considération des "toxicos" et contre la criminalisation des pratiques, marginalisant et isolant encore plus des exclus de la société, préférant la réduction des risques : "Vaut-il mieux un héroïnomanie en voie d'abstinence mais séropositif ou un ex-héroïnomanie traité à la méthadone encore séronégatif ?"⁵⁷². Ils agissent aussi auprès des usagers de drogues, leur apportant information, sensibilisation, matériels de prévention, et un soutien "par les pairs". Ceci passe parfois par des brochures, des affiches, voire leur propre journal, *ASUD-Journal*.

Militantisme, violence et visibilité

Parmi les mouvements associatifs autour du sida, certains se sont démarqués par une forme de militantisme à partir de 1988. C'est le cas des associations dites "identitaires", revendiquant leur homosexualité pour certaines, leur séropositivité pour d'autres, voire les deux⁵⁷³ : Act-Up, Séropotes... Les membres de ces associations ressentent un manque de considération encore trop grand de la part de la classe politique et de la société, ainsi qu'une persistance de discriminations. Ils souhaitent donc politiser la lutte et la rendre plus visible. Cela passe par des modes d'actions très visibles. Les manifestations publiques cherchent à visibiliser l'épidémie et interpeller les politiques. Lors des "die-in", les manifestants simulent la mort pour représenter "l'hécatombe" silencieuse. Les actions sur des monuments publics (Concorde, Notre-Dame) participent à cette visibilité et la transmission des messages. C'est une stratégie du "choc visuel" pour ramener sur le devant de la scène un sujet invisibilisé⁵⁷⁴, avec une dimension "violente" (symbolique, verbale, rarement physique) pour s'opposer aux "violences institutionnelles de la part l'administration, des responsables politiques et scientifiques ou des firme pharmaceutique"⁵⁷⁵. L'urgence et le désespoir de la situation la requiert, mais cela peut être au détriment d'autres droits : l'"outing", ou la révélation de l'homosexualité de certaines personnalités publiques, a pu être utilisée à l'étranger afin de visibiliser la crise.

⁵⁷¹ Marie Jauffret-Roustide, *op. cit.*

⁵⁷² Lowenstein 1993, cité dans *Ibidem*.

⁵⁷³ François Buton, *op. cit.*

⁵⁷⁴ Yann Lagarde, « Comment Act Up a utilisé l'art et les chocs visuels pour mobiliser; Podcast Radio France avec Christophe Broqua, socio-anthropologue », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/comment-act-up-a-utilise-l-art-et-les-chocs-visuels-pour-mobiliser-6023673>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁵⁷⁵ François Buton, *op. cit.*

Les associations d'hémophiles et des transfusés

Face aux contaminations par transfusion de produits sanguins, l'Association Française des Hémophiles (AFP) se mobilise et de nouvelles associations voient le jour : l'Association des Polytransfusés (AP) en 1988 et l'Association de Défense des Transfusés (ADT) en 1989. Elles vont jouer un rôle central dans l'affaire du sang contaminé et l'indemnisation des victimes, mais l'AP se distinguera par des positions stigmatisant les homosexuels, responsables des victimes transfusés à cause de leurs "mauvaises mœurs".

E. Médias et sida

La création d'une image

La crise du sida a lieu dans un espace médiatique nouveau avec la présence d'une presse écrite quotidienne très diverse et l'existence de journaux télévisés dont l'audience atteint plusieurs millions de Français. On avait vu qu'au début du XXe siècle, les médias ne faisaient pas que relayer l'information, mais participaient à la créer (épisode de la ruée vers les vaccins en 1906). Ce sera d'autant plus vrai pour le sida, où la presse façonne grandement l'image que l'épidémie prend⁵⁷⁶. Cette construction se fait par "événements" participant à redéfinir et à construire cet "objet social"⁵⁷⁷ : le "cancer gay", la découverte du virus, les tests de dépistage, la montée de l'épidémie, les mesures politiques, les "coups d'éclats" d'Act-Up, les trithérapies... La construction de cette image est aussi fortement liée aux groupes le plus touché par l'épidémie, celui des homosexuels⁵⁷⁸. Ainsi, dans la phase initiale de l'épidémie, les journaux "traditionnels" ont plus de mal à parler de l'épidémie, en particulier ceux de "droite" (*Figaro*...) pratiquant une forme d'autocensure. Des journaux comme *Libération* traiteront plus facilement de la question, journal évoquant souvent les questions de sexualité et de la libéralisation des mœurs. Les journaux "spécialisés", de leur côté, oscillent entre l'information et le risque de stigmatisation des homosexuels.

Le rapport à la connaissance scientifique

Les avancées scientifiques font partie de ces "événements" qui font évoluer l'image de la maladie⁵⁷⁹. Initialement, c'est le "cancer gay" qui est évoqué, car c'est sous cette forme que la maladie se présente dans les hôpitaux. Les journaux télévisés évoquent en premier lieu la "chance" que cette maladie pourrait représenter pour la lutte contre les cancers. Suivent l'image d'un virus, de groupes à risques, et de la contagion possible. La mise en évidence des modes de transmissions possibles et la découverte de "malades sains", les séropositifs, participent grandement à la

⁵⁷⁶ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *op. cit.*

⁵⁷⁷ *Ibidem.*

⁵⁷⁸ Michael Pollack, « La construction sociale... », *op. cit.*

⁵⁷⁹ Claudine Herzlich et Janine Pierret, *op. cit.*

perception d'un risque collectif et la création d'une problématique publique. Les traitements médicaux sont suivis de très près, entraînant espoirs et déceptions, jusqu'à l'arrivée des trithérapies permettant de trouver un nouveau souffle de vie et d'éloigner les craintes.

La science est aussi gageure d'objectivité, et est ainsi mise en scène : utilisation de chiffres, citation d'études scientifiques, multiplication de prise de parole d'experts scientifiques dans les journaux et à la télévision. L'effet recherché est celui de la fiabilité, du "sérieux" et de la "vérité"⁵⁸⁰. Cette science est présentée de manière "trionphaliste" et pleine d'espoir pour lutter la maladie. Cependant, les différentes prises de paroles entre "experts" peuvent ajouter à la confusion et au contraire décrédibiliser le monde de la recherche.

Un espace d'expression et de visibilité

L'espace médiatique permet la diffusion rapide et étendue de messages, ce qui permet d'influencer sur les représentations et les comportements. Les différents acteurs l'ont bien compris. Ainsi, les autorités et les médecins usent de cet espace pour passer des messages d'informations, de sensibilisation et de prévention. Les campagnes du sida marquent durablement les esprits, le rôle du préservatif particulièrement en avant dans celles-ci. La presse est aussi utilisée pour se présenter sous un jour positif : ça peut être le cas des politiques, mais aussi des médecins, des chercheurs et des différents "experts" prenant la parole⁵⁸¹. C'est aussi le cas de la mise en scène de l'essai sur la ciclosporine, présenté de manière commune entre les autorités et les médecins, attirant cependant les interrogations des médias et des critiques des associations⁵⁸².

Ces associations ont très bien intégré le rôle de création d'image que joue la presse et en profite : c'est l'un des autres objectifs de la stratégie du "choc visuel" des groupes militants, en plus d'amener le sujet sur le devant de la scène. L'autre moyen utilisé est la création de leur propre presse : *Le Journal du Sida*, *Remaides*, *ASUD-Journal*... Ces journaux sont cependant spécialisés et serviront principalement à atteindre des populations spécifiques.

⁵⁸⁰ Vincent Coppola et Odile Camus, *op. cit.*

⁵⁸¹ Michael Pollack, « La construction sociale... », *op. cit.*

⁵⁸² Claudine Herzlich et Janine Pierret, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales*, vol. 43 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1988, p. 1109-1134.

F. Religions et sida

Positions officielles

Les positions des autorités religieuses des trois principaux monothéismes (christianisme⁵⁸³, islam et judaïsme) sont globalement similaires : elles apportent leur soutien et compassion à toutes les personnes atteintes, critiquant les discriminations mais s'opposent à l'utilisation du préservatif. Celui-ci encouragerait les rapports en dehors du mariage, et on lui préfère donc l'abstinence. Dans le cas où l'un des partenaires serait séropositif, les dignitaires chrétiens et juifs préconisent la chasteté, alors que les musulmans peuvent utiliser le préservatif⁵⁸⁴. La position de l'Église catholique a évolué dans les dernières années, admettant certains cas où il pourrait être utile⁵⁸⁵.

Dans la pratique : stigmatisation et solidarité

Malgré ces positions officielles, la religion a souvent été à l'origine de stigmatisations des "mauvais malades", ceux aux "mœurs déviantes". C'est surtout le cas à l'étranger, comme les propos de révérends américains qu'on a rapporté précédemment. Cette image existe cependant dans la population commune (sans forcément être liée, mais favorisée par les conceptions religieuses. L'Église de Besançon craint toujours la contamination par le contact et la salive, modifiant son rite de communion en 1991, privilégiant des coupelles individuelles⁵⁸⁶. A cela s'ajoute les oppositions persistantes, en accord avec les discours officiels, à la prévention par le préservatif et la publicité autour risquant d'encourager les "mauvaises mœurs". C'est ce qui provoque certains mouvements militants, comme la manifestation d'Act-Up à Notre-Dame de Paris scandant "'La capote c'est la vie, mais l'Église l'interdit" et "Seropos = innocent ; Église = coupable"⁵⁸⁷

La religion est quand même à l'origine de très nombreuses initiatives plus positives : selon l'OMS, "c'est entre 30 à 70% des soins de santé du VIH en Afrique [qui] sont gérés par des organisations confessionnelles"⁵⁸⁸. La religion joue un rôle important pour certains, ayant un rôle spirituel et permettant de "rompre la solitude et faciliter l'intégration sociale"⁵⁸⁹. Mais elle peut aussi "générer un sentiment d'exclusion lié à la culpabilité"⁵⁹⁰.

⁵⁸³ « L'OPERATION " TOUS CONTRE LE SIDA " SUR L'ENSEMBLE DES CHAINES DE TELEVISION Les Églises réaffirment leur devoir de solidarité à l'égard des malades », *Le Monde.fr*, 8 avril 1994.

⁵⁸⁴ « La journée mondiale sur le SIDA Les autorités juives et musulmanes prônent la prévention par l'abstinence », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1988.

⁵⁸⁵ « Le pape admet l'usage du préservatif contre le VIH », [En ligne : <https://www.lefigaro.fr/international/2010/11/20/01003-20101120ARTFIG00394-le-pape-admet-l-usage-du-preservatif-dans-certains-cas.php>]. Consulté le 19 novembre 2023.

⁵⁸⁶ « Par crainte du sida L'Église réformée de Besançon modifie le rite de la communion », *Le Monde.fr*, 13 septembre 1991.

⁵⁸⁷ « Manif Act up à Notre Dame de Paris | INA », INA, 1991.

⁵⁸⁸ United Nations, « La réponse des communautés religieuses face au VIH/sida | Nations Unies », [En ligne : <https://www.un.org/fr/chronicle/article/la-reponse-des-communautes-religieuses-face-au-vihsida>]. Consulté le 19 novembre 2023.

⁵⁸⁹ Anne-Cécile Bergot, « La religion dans l'expérience du VIH-sida », *La Santé de l'homme*, mars 2010, p. 20-21.

⁵⁹⁰ *Ibidem*.

Réaction des médecins

Le sida a lieu dans un système de soins ayant placé les médecins et la recherche au centre. Ils jouent un rôle clé initial pour s'opposer à l'épidémie à l'aide d'une médecine technique unifiée derrière les hôpitaux et les laboratoires, et une grande confiance dans la population générale. Cela n'empêche pas des divergences dans la profession, et surtout des doutes et des oppositions dans la société civile face à "biopouvoir" médical trop important. L'institution médicale est alors poussée vers une "démocratie sanitaire", qui incluant mieux les patients.

A. Représentations des professionnels de santé

Une position scientifique et éthique officielle

La médecine du XXe siècle a vu le succès et l'instauration d'une médecine scientifique, fondée sur la recherche médicale et de grandes institutions soutenues par l'État. Les premiers signes de la maladie apparaissent dans les hôpitaux, suivis par les centres de veille sanitaire aux États-Unis. La connaissance scientifique se propage rapidement au-delà des frontières, et ce sont les laboratoires de nombreux pays qui se penchent sur la maladie. C'est dans un laboratoire français et un laboratoire américain qu'est découvert le virus. Cette découverte est très peu remise en cause, et vite acceptée. En complément des laboratoires, la recherche clinique se produit sur le terrain en lien avec les firmes pharmaceutiques, recherchant les meilleures possibilités thérapeutiques. Cet ensemble utilise les mêmes canaux de communication : des journaux scientifiques, avec des publications codifiées et cherchant à maximiser une information objective. Certains "experts" sont plus mis en avant, mais globalement ce sont les institutions médicales et scientifiques qui produisent et communiquent les nouvelles connaissances. Les groupes qui jouent ce rôle institutionnel durant l'épidémie du sida sont le Groupe Français de Travail sur le Sida (GFTS) dès 1982, l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS), l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS) et le Conseil National du Sida à partir de 1989. On peut y ajouter les autres institutions classiques : Haute Autorité de la Santé (HAS) et Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Dans une médecine contemporaine basée sur les preuves, l'ensemble du monde médical doit prendre appui sur cette science officielle pour pratiquer la médecine au quotidien. Les avis ne sont toutefois pas toujours scientifiques, et concernent également des questions éthiques autour du dépistage obligatoire et du secret médical.

La science, au cœur des épidémies

L'épidémie du sida illustre bien la place acquise par la science dans les réponses face aux épidémies. Elle est au premier plan pour repérer l'épidémie, chercher à la comprendre et proposer des solutions. Cette démarche se retrouve dans les quelques épidémies qui suivent celle du sida, comme H1N1, mais surtout la covid. Les avancées et les avis des scientifiques ou des médecins ne sont pas toujours suivis à la lettre, mais ils influencent grandement les réactions.

Divergences

Malgré cette codification et unification de la médecine, elle n'atteint pas forcément l'ensemble du corps médical avec l'existence de "nombreux doutes et [...] interrogations qui ne vont pas tous trouver de réponses exclusivement dans le savoir officiel des facultés"⁵⁹¹. Pour l'origine simienne possible de la maladie par exemple, c'est près de 65% des médecins généralistes qui n'adhèrent pas ou ne se prononcent pas sur cette hypothèse officielle⁵⁹². Dans d'autres domaines, les médecins peuvent être "en retard" sur le savoir officiel : c'est presque 70 % des médecins généralistes interrogés en 1993 qui pensent que le lait maternel n'est pas un vecteur possible de transmission du VIH⁵⁹³. En 1995, c'est même 13% des médecins généralistes qui pensent que le VIH peut se transmettre par la salive, et 49% lors de soins dentaires⁵⁹⁴. On peut également retrouver l'existence de théories complotistes parmi les médecins, comme l'hypothèse d'un virus provenant "des expérimentations faites dans un laboratoire américain dans les années 70, un laboratoire hautement secret"⁵⁹⁵. Ces propos ne ressortent cependant que dans certains contextes, et ne sont pas toujours pleinement assumés par ces médecins sous l'œil de leurs confrères scientifiques.

Perception du risque

Être les acteurs de premiers plans face à une épidémie représentent le risque d'être plus exposée à celle-ci. Lors de la peste, cela avait pu amener certains à s'enfuir face au risque. Pour le sida, c'est quasiment un médecin généraliste marseillais sur deux qui est inquiet du risque de contamination en traitant des personnes vivant avec le VIH et qui perçoivent un risque de contamination plus grande⁵⁹⁶. En 1988 aux Etats-Unis, c'est près de 80 % des professionnels dentaires et 60 % des infirmières qui partagent ces craintes⁵⁹⁷.

Connaissances, stigmatisation et proximité

En 1988, M. Pollack rapporte que "l'état connaissances des professions médicales reflète souvent celui véhiculé par la grande presse"⁵⁹⁸. Certains facteurs participent toutefois à une meilleure connaissance de ces professionnels, à commencer par la proximité avec les personnes vivant avec le VIH. Les médecins généralistes en 1993, par exemple, ont des connaissances plus précises et conformes aux recommandations scientifiques chez ceux ayant suivi au moins un patient infecté

⁵⁹¹ Marc Souville, « Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale », *Sociétés*, vol. 77 / 3, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2002, p. 21-36.

⁵⁹² *Ibidem*.

⁵⁹³ *Ibidem*.

⁵⁹⁴ « De nombreux médecins sont encore mal informés sur le sida », *Le Monde.fr*, 14 avril 1995.

⁵⁹⁵ Marc Souville, *op. cit.*

⁵⁹⁶ *Ibidem*.

⁵⁹⁷ Sylvain Fribourg, « Health Care Professionals and Fear of AIDS », *JAMA*, vol. 262 / 19, novembre 1989, p. 2680.

⁵⁹⁸ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », *op. cit.*

par le VIH au cours des 12 derniers mois⁵⁹⁹. C'est d'autant plus vrai lorsqu'ils connaissent ces personnes dans leur vie personnelle ou qu'ils ont un style de vie similaire. On peut aussi y ajouter la sortie de formation récente et la tendance à se tenir informé régulièrement à travers la lecture de revues internationales. Les craintes, quant à elle, sont reliées à ces connaissances, surtout les modes de transmissions, mais aussi les croyances religieuses, des préjugés et une stigmatisation à l'encontre des groupes à risques⁶⁰⁰. Parler de sexualité peut aussi être une difficulté pour plusieurs médecins ressentant pudeur et gêne pour aborder des sujets dont ils n'ont pas l'habitude et entourés de pudeur, mais aussi de leurs propres représentations et préjugés⁶⁰¹.

B. Mesures médicales

Organisation de la réponse : centres spécialisés et médecine de ville

Dès le début, et tout au long de l'épidémie, les hôpitaux sont au cœur des réponses à l'épidémie : mise en place de services d'hospitalisation et de consultation dédiés, développement des centres de dépistage anonyme et gratuits (CDAG), recherche clinique... Le prestige des centres de référence est grand, et ils sont d'autant plus prisés que les personnes concernées ont du mal à trouver les soins nécessaires. Au plus fort de l'épidémie, ces services sont surchargés et ont du mal à trouver de la place pour s'occuper de tous les patients⁶⁰².

Les médecins généralistes sont souvent mal informés sur la maladie, et ne se sentent pas toujours concernés. Ainsi, 37.5 % des médecins français ne se sentent pas concernés par la maladie et n'en éprouvent aucun intérêt selon une étude de 1991 alors qu'une grande partie pourrait être en contact avec des personnes séropositives⁶⁰³. D'autres médecins généralistes s'impliquent bien plus face à l'épidémie, et on voit apparaître à partir de 1985 des réseaux ville-hôpital. En 1994, il y en a cinquante incluant entre 10 à 60 professionnels⁶⁰⁴. D'autres médecins se mobilisent dans les associations de lutte contre le sida. La prise en soin reste principalement hospitalière, mais le dépistage se répand en ville, des centres de santé sexuelle ambulatoire voient le jour et la PREP peut-être prescrite en ville. Cependant, il y a assez peu de médecins s'impliquant actuellement sur cette question : par manque de formation, mais aussi par l'existence persistante de préjugés⁶⁰⁵.

⁵⁹⁹ Marc Souville, *op. cit.*

⁶⁰⁰ Nooshin Zarei, Hassan Joulaei, Elahe Darabi, [et al.], « Stigmatized Attitude of Healthcare Providers: A Barrier for Delivering Health Services to HIV Positive Patients », *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, vol. 3 / 4, octobre 2015, p. 292-300.

⁶⁰¹ Laetitia Darmon, « Médecins Généralistes : savent-ils parler du sida ? », *Journal du Sida*, juin 2008.

⁶⁰² « Selon une enquête dans les hôpitaux franciliens Les services pour malades du sida sont surchargés », *op. cit.*

⁶⁰³ Philippe Edelmann, « Les attitudes et comportements des généralistes », décembre 1992.

⁶⁰⁴ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *op. cit.*, p. 303

⁶⁰⁵ Egora, « VIH : le rôle des généralistes », *Les Généralistes-CSMF*, 2019.

Prévention

Les mesures préconisées par les institutions et experts médicaux concernent essentiellement la prévention. Les connaissances sur la maladie amènent d'abord ceux-ci à conseiller de réduire les risques de transmissions en favorisant l'usage du préservatif. Ce mode de protection, assez peu usité, devient l'une des informations médicales que les médecins cherchent à transmettre. L'arrivée du dépistage représente un outil supplémentaire, qui entraîne des recommandations sur la généralisation de sa proposition, à la fois pour les populations à risques, mais aussi en population générale. La réduction des risques met cependant plus de temps à se mettre en place, surtout impulsée par les associations d'autosupport. Au contraire, elle rencontre initialement l'opposition de professionnels invoquant la "clause de conscience", ne souhaitant pas aider des personnes à se droguer⁶⁰⁶. Mais au fur et à mesure, les opinions des institutions et professionnels se modifient, et en 2001 le CNS publie son premier rapport en faveur d'une politique de réduction des risques⁶⁰⁷.

Se protéger des risques

Par leur proximité et la réalisation de gestes invasifs, les professionnels du soin sont confrontés aux risques de contamination. C'est une préoccupation qui les a rapidement inquiétés, expliquant aussi certaines de leurs réactions. Des directives sont données rapidement par la Direction Générale de la Santé en 1984⁶⁰⁸ pour aider ces professionnels à se protéger, n'empêchant pas divers accidents d'expositions au sang (AES). La procédure de prise en charge de ces AES est rapidement codifiée et encadrée.

Contre le dépistage obligatoire

Le CNS se positionne contre le dépistage obligatoire dès 1991⁶⁰⁹, et conservera cette ligne directrice. Les arguments avancés sont à la fois éthiques, mais aussi pratiques, et ils lui préfèrent une incitation et information adaptée :

Arguments avancés par le CNS contre le dépistage obligatoire :

1. Le caractère obligatoire contrarie l'approche médicale du consultant et entrave le suivi thérapeutique et psychologique.
2. Les tests de dépistage obligatoire du VIH sont contraires à l'esprit de nos engagements internationaux

⁶⁰⁶ « LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET LA VENTE LIBRE DES SERINGUES. Les pharmaciens invoquent la " clause de conscience " », *Le Monde.fr*, 27 février 1987.

⁶⁰⁷ « Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif », Conseil national du sida, 2001.

⁶⁰⁸ « Sida, précautions recommandées pour les personnels hospitaliers et de laboratoires », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, mai 1984.

⁶⁰⁹ « Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH », Conseil national du sida, 1991.

3. Il existe, notamment lors de l'incorporation sous les drapeaux, mais aussi dans les autres occurrences, des risques très nets de dérapage, si la confidentialité n'est pas strictement préservée.
4. Il existe une période de latence entre la contamination et la séroconversion. Un test pratiqué dans cette période et concluant à la séronégativité peut conduire l'individu à un sentiment fallacieux de sécurité, s'il n'est pas informé de ce fait. Il faudrait en conséquence refaire le test périodiquement, si l'on veut maintenir le cap d'une politique fiable de santé publique.
5. Enfin, le rapprochement fait avec d'autres formes de dépistage, notamment la syphilis, lors de l'examen prénuptial, est fallacieux. D'une part, il concerne un mal qui peut être actuellement traité; d'autre part, il n'existe pas de preuve que le dépistage systématique de la syphilis ait limité sa transmission.

“Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH”, CNS, 1991

Malgré cette argumentation, qui n'atteint pas forcément tous les médecins, les opinions des médecins généralistes restent assez proches de celle de la population générale, en étant plutôt contre le dépistage obligatoire des homosexuels et de la population générale, mais plutôt en faveur du dépistage obligatoire des prostituées et usagers de drogues. Cela peut relever d'une stigmatisation de ces populations marginalisées et en dehors de la loi.

Tableau 3

Perception du risque et attitudes des médecins en matière de dépistage obligatoire
(médecins généralistes français, enquête 1996, n=1186)

Accord avec le dépistage obligatoire pour :	En traitant des patients infectés par le VIH, les médecins sont inquiets quant à leur propre risque de contamination			
	Oui (n=539) %	Non (n=646) %	Sign.	Total (n=1186) %
• Les homosexuels	38,8	32,0	0,02	35,1
• Les prostituées	68,1	62,9	0,06	65,3
• Les utilisateurs de drogues intraveineuses	65,3	59,0	0,03	61,9
• Toute la population	17,4	12,5	0,02	14,8

Figure 76. Tableau perception du risque et attitude des médecins, tiré de Michel Souville, *Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale*, Sociétés, 2002

Divergences autour du secret médical

La question de la “notification aux partenaires de la séropositivité au VIH d'une personne” rencontre plus de débats, encore évoqués à ce jour. En 1994, c'est l'Académie Nationale de Médecine qui préconise la possibilité de lever le secret

médical invoquant “humanité” et “non-assistance à personne en danger”⁶¹⁰. Cet avis rencontre immédiatement la vive opposition des associations, mais aussi du CNOM⁶¹¹ et du CNS⁶¹² estimant que “les inconvénients d'accepter pour le sida une rupture du secret médical l'emportaient sur les avantages, et qu'il importait de tout faire pour que les membres du corps médical contribuent à aider les personnes séropositives à assumer leur responsabilité envers leurs partenaires.”.

Cependant, en 2018, ce même CNS émet un nouvel avis en s'inspirant des politiques d'autres pays, recommande la mise œuvre d'une notification formalisée aux partenaires, mettant en avant que cela permettrait de prendre plus en soin le plus rapidement possible les partenaires atteints⁶¹³. Le CNOM y reste opposé, privilégiant la confiance dans la relation médicale⁶¹⁴. À ce jour, il n'y a pas de levée du secret médical à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

C. Comportements et vécus des médecins

Stigmatisations et craintes du corps médical

Le corps soignant n'est pas exempt de discriminations envers les patients vivant avec le VIH. Elles sont le plus nombreuses au début de l'épidémie, lorsque les modes de transmissions de la maladie sont mal connus. On craint alors le contact de ces personnes : plateaux repas glissés sous la porte, tenue “scaphandre”... Les discriminations dans les soins ont reculé avec une meilleure compréhension de la maladie et une information plus répandue chez le personnel soignant. Cette sensibilisation a ses limites, et des études suggèrent que l'information ne permet pas toujours de faire diminuer les craintes et la stigmatisation⁶¹⁵. Les discriminations existent encore aujourd'hui fréquemment dans le domaine du soin, comme le rapporte cette personne ayant essuyé un refus de soin du fait de sa séropositivité : “Il y a quelque chose de brisé en moi.”⁶¹⁶ Le milieu médical est l'un des plus concernés, avec 59 % de personnes séropositives ayant subi une discrimination dans les quatre dernières années en 2019 rapporte Sida Info Service, en particulier les dentistes ⁶¹⁷ :

⁶¹⁰ Roger Henrion, « Secret professionnel et sida », 1994, (« Bulletin de l'Académie nationale de médecine »).

⁶¹¹ L. René, « Rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins », *Le concours médical*, vol. 116 / 23, 1994, p. 2017-2019.

⁶¹² « Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH », Conseil national du sida, 1994.

⁶¹³ « Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires », Conseil national du sida, 2018.

⁶¹⁴ Anne-Marie Travieux, « Le médecin n'a pas à intervenir auprès des partenaires de son patient, Bulletin du CNOM n° 64, nov. 2019, p. 20. », *Bulletin du CNOM*, novembre 2019, p. 20.

⁶¹⁵ Lyne Paquin, Sylvie Lapierre et Colette Jourdan-Ionescu, « Attitudes du personnel soignant à l'égard des personnes atteintes du SIDA : impact d'un programme de sensibilisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 19 / 2, Revue Santé mentale au Québec, 1994, p. 191-209.

⁶¹⁶ « Refus de soigner un séropositif : plainte contre le dentiste de La Rochelle », *Le Point*, 7 septembre 2011.

⁶¹⁷ « Enquête discriminations, 6e édition », Sida Info Service, 2019.

DISCRIMINATIONS RAPPORTEES DANS LE MILIEU MEDICAL (N=127)	
Par un médecin spécialiste	70,9%
Par un médecin généraliste	25,2%
Par un(e) infirmier(e) ou un(e) aide-soignant(e)	33,9%
Par un professionnel du milieu paramédical, un(e) pharmacien(ne) ou un(e) biologiste	6,3 %
Par un(e) employé(e) de l'administration médicale	15,0%
Par au moins l'un des cinq (N=127)	59,1%

Figure 77. Tableau discriminations rapportées dans le milieu médical, tiré d'Enquête *discriminations*, 6e édition, Sida Info Service, 2019

D'autres enquêtes rapportent que les femmes subissent plus de discriminations que les hommes, d'autant plus qu'elles sont jeunes⁶¹⁸.

Implication des soignants, espoirs et burn-out

Au contraire des stigmatisations, le personnel soignant est l'un des plus impliqués pour faire face à la crise. Les services spécialisés permettent d'accueillir les individus dans un climat d'espoir et de confiance : "Et les médecins ici sont formidables. Dehors, j'avais tellement honte de pouvoir avoir ça que je ne pouvais penser qu'au suicide. Mais là, je commence à m'en sortir, on me fait des traitements à la sulfamine et puis, avec le personnel ici, on n'a pas à avoir honte de l'homosexualité."⁶¹⁹. Pour de multiples soignants, les personnes hospitalisées sont des personnes de leur âge et elles se projettent, se rapprochent et partagent des moments de vie. : "Personnellement je me suis énormément attachée aux malades. On a essayé de les aider. C'était de la compassion dans le sens premier du terme. On souffrait avec eux, on vivait avec eux."⁶²⁰. Cette implication peut être pesante pour ces soignants, parfois jusqu'à l'épuisement : ""Je ne supportais plus de voir mourir des gens du même âge que moi, de voir souffrir les familles, témoigne une infirmière en 1995. J'ai craqué et j'ai dû quitter le service pendant trois ans."⁶²¹. Des groupes de paroles se mettent en place, afin que les soignants puissent, eux aussi, partager leurs expériences et leur vécu face à la situation.

⁶¹⁸ Élise Marsicano, Rosemary Dray-Spira, France Lert, [et al.], « Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine », *Population & Sociétés*, vol. 516 / 10, Paris, Ined Éditions, 2014, p. 1-4.

⁶¹⁹ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », *op. cit.*

⁶²⁰ *Une histoire qui n'a pas de fin* (0'53-1'23), film documentaire cité dans Michel Bourrelly et Olivier Maurel, *op. cit.*, p. 119.

⁶²¹ Joëlle Maraschin et Pierre Luton, « Paroles d'infirmières », *Journal du Sida*, novembre 1995.

D. Rapport de pouvoirs et évolution du système de soins : vers la démocratie sanitaire

Le partage de l'information

Les personnes vivant avec le VIH, les associations et les militants vont grandement remettre en cause la place du monde médical et le "biopouvoir" qu'il exerce. Pour commencer, il est demandé une plus grande transparence et partage des informations. Un médecin généraliste qu'à l'époque "en médecine, on cachait tout", "les malades ne demandaient jamais rien, ils n'avaient jamais leur diagnostic"⁶²². Ceci est bien illustré par les tests réalisés à l'insu des patients. Ces tests sont réalisés dans différents cadres : don du sang, bilan systématique, accouchement, opération chirurgicale... Lorsqu'ils reviennent positifs, les individus testés n'en sont pas toujours informés. Quand c'est le cas, ça peut l'être par courrier, ou sèchement, sans explication, occasionnellement avec des remarques moralisatrices⁶²³. Ce type de test sera fortement incriminé, et interdit, mais la pratique se poursuit pendant plusieurs années encore.

Expertise médicale et expertise des patients

La mainmise des médecins sur l'information médicale est contestée. Les patients scrutent les journaux, les périodiques et toutes les informations médicales. Ils sont rapidement plus informés que la plupart des médecins, et quelques-uns accusent les médecins de leur avoir "fait perdre du temps" et d'avoir été "criminels par insouciance"⁶²⁴. Ils leur demandent d'expliquer leurs choix et leur proposent des thérapeutiques, parfois alternatives. Le but est de décroiser la connaissance médicale et de participer à la décision médicale. Comme le dit le scandale Act Up : "Information = Pouvoir". S'opposant à la seule connaissance médicale, ils proposent aussi leur propre expertise de patients. C'est ainsi que les associations s'invitent dans les soins et permettent de combler les failles du système de soins sur l'accompagnement, l'information adaptée, la sensibilisation et le vécu de la maladie. Elles représentent aussi un soutien pour les soignants, comme le rapporte dès 1988 M. Pollack : "les médecins traitants et les hôpitaux comptent sur leurs services d'aide aux malades afin d'alléger leur propre charge de travail et leur stress émotionnel"⁶²⁵.

Le vécu des patients

Des critiques se font aussi sur la déconnexion des médecins à la réalité vécue par les patients. Ils sont concentrés sur des critères techniques, biologiques, ou encore l'imagerie, poussant des thérapeutiques vécues comme inadaptées. La

⁶²² Une histoire qui n'a pas de fin (29'02-29'43), documentaire cité dans Une histoire des luttes contre le sida, chapitre 5, p 299

⁶²³ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 85.

⁶²⁴ Michael Pollack, « L'expérience de la maladie », op. cit.

⁶²⁵ Michael Pollack, « Conclusion prospective », op. cit.

douleur par exemple ne voit une première étude qu'en 1992 et met en avant un constat alarmant : 55 % des personnes ressentent des douleurs, dont 70 % à plus de 5 sur 10 sur l'échelle de la douleur, mais seulement 22 % ont une prescription d'antalgie⁶²⁶. Cette réalité est aussi décrite par les associations, demandant à ce que la qualité de vie restante soit plus prise en compte.

Recherche médicale et recherche éthique

La recherche médicale et l'accès aux traitements sont aussi questionnés, surtout par les associations du groupe TRT-5⁶²⁷. Elles critiquent une recherche clinique, plus absorbée par l'idée de la publication des résultats que de l'action, et dont les traitements ne sont disponibles qu'après de longues années. L'institution scientifique et l'industrie "vivent mal le fait d'être malmenés" par ces associations, ne se rendant pas compte de la "violence symbolique que peut avoir leur posture et leurs discours scientifiques"⁶²⁸ face au désespoir des individus atteints. Cependant, les associations réussiront à imposer leur expertise et l'urgence de la situation, participant aux comités de recherche et aux comités d'éthiques pour éviter que les inclus ne soient juste des "cobayes". Elles ont aussi joué sur les critères d'inclusion, la pratique de l'essai clinique randomisé, les critères d'efficacité (en prenant par exemple en compte la qualité de vie) et la possibilité d'accéder à des médicaments expérimentaux, faisant émerger les autorisations temporaires d'utilisations (ATU). C'est ainsi que les trithérapies se répandent très rapidement sous la forme de plusieurs milliers d'ATU.

Pérennisation réglementaire : la démocratie sanitaire

Les évolutions du système de soins sont fixées dans un cadre réglementaire progressif. Cela débute avec la loi du 31 juillet 1991 qui accueille des usagers au sein des conseils d'administration des hôpitaux. La participation des usagers est perpétuée en 1996-1997, en instaurant les conférences régionales de santé, en 2002 avec les conseils régionaux de santé et en 2009 avec les conférences régionales de santé et de l'autonomie. Les droits des usagers du système de santé sont renforcés par la charte des patients hospitalisés de 1995, composée de manière conjointe entre la Direction Générale de la Santé (DGS) et des associations, et par la suite celle de 2006. Le code de la déontologie médicale est aussi mis à jour en 1995, avec des articles défendant une information loyale et claire (article 35), l'impossibilité d'opposer le secret médical au patient (article 35) et l'obligation du consentement du patient (article 36). Enfin, c'est surtout la loi Kouchner de 2002 qui renforce les droits des usagers.

⁶²⁶ Laurent de Villepin, « Etude sur la douleur », *Journal du Sida*, 1992.

⁶²⁷ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 119

⁶²⁸ Michel Bourrelly et Olivier Maurel, op. cit., p. 379

Démocratie sanitaire

En 2002, la démocratie sanitaire est évoquée officiellement dans la loi Kouchner, et instaure dans un même texte législatif plusieurs éléments de droits :

- les **droits individuels des malades** : droit de choisir librement son médecin, droit à l'information du malade (accès au dossier médical, information sur les traitements et leurs risques, et les frais), consentement aux soins (y compris pour les patients ne pouvant pas exprimer leur volonté comme les mineurs), égal accès aux soins (sans discrimination), respect du secret médical, de la dignité, droit de choisir la personne de confiance, droit d'accès aux soins palliatifs ;
- les **droits collectifs des patients et des usagers du système de santé**. Le représentant des usagers (RU) intervient dans les instances de santé au niveau national, local et territorial. Les associations de patients siègent par exemple dans les conseils d'administration des hôpitaux ;
- la **responsabilité médicale** pour faute et la réparation de l'aléa thérapeutique (événement imprévisible comme une maladie nosocomiale, par exemple).

Plusieurs lois continueront à renforcer ces droits en 2005, 2009, 2011, 2015, 2016 et 2019⁶²⁹.

⁶²⁹ « Loi Kouchner : quel bilan sur les droits des malades 20 ans après ? | vie-publique.fr », [En ligne : <http://www.vie-publique.fr/eclairage/283866-loi-kouchner-quel-bilan-sur-les-droits-des-malades-20-ans-apres>]. Consulté le 19 novembre 2023.

Réaction des autorités

La politique au temps du sida est vivement critiquée pour sa non-mobilisation et son silence face à la maladie. L'épidémie n'arrive que progressivement sur l'agenda politique, encouragé par les mobilisations de la société civile. Pour combattre le virus, les politiques se reposent grandement sur le monde médical et scientifique en tant que conseillers et personnel sur le terrain. Ils sauront aussi entendre et inclure les associations dans l'élaboration de mesures favorisant l'autonomie et la responsabilisation des personnes, malgré quelques propositions de mesures plus coercitives.

A. Du silence à la mobilisation politique

Non-action et silence politique

L'épidémie représente une nouvelle problématique de santé publique, mais reste empreinte d'inconnus au début et ne semble concerner qu'une portion limitée de la population. Elle nécessiterait tout de même des réponses, mais le Gouvernement de gauche, se trouvant face à un dilemme et un jeu d'équilibriste : devoir concilier avec électorat de gauche et les politiques récentes de libéralisation sexuelle, mais aussi avec une ouverture récente sur l'électorat centre droit plus conservateur sur la question de la sexualité⁶³⁰. Les autorités cherchent alors à éviter la stigmatisation de la population homosexuelle, et à "[jouer] "a prudence face à un phénomène jugé (encore) marginal", se traduisant par une politique discrète donnant un "sentiment d'indécision et d'inaction"⁶³¹. Cette inaction n'est pas spécifique du gouvernement français, et Michel Setbon rapporte des similitudes pour la Grande-Bretagne et la Suède⁶³². De ce qu'il relève, la réponse contre le sida se fait en trois temps : la non-décision, la mobilisation et la normalisation. La première étape est plus lente en France comparée aux deux pays, favorisé par le contexte politique, mais aussi une inadaptation du système de santé, ayant des dispositifs datant de la lutte contre la tuberculose et un système de veille sanitaire insuffisant⁶³³. Les lanceurs d'alerte du GFTS n'ont aussi que peu de liens avec les politiques et une renommée insuffisante, principalement composés de jeunes médecins et scientifiques⁶³⁴.

⁶³⁰ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « III. Politique publique I », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 73-106.

⁶³¹ *Ibidem*.

⁶³² Eric Agrikoliansky, « M. Setbon, Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 6 / 24, 1993, p. 210-215.

⁶³³ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « III. Politique publique I », *op. cit.*

⁶³⁴ Eric Agrikoliansky, *op. cit.*

Prise en main progressive avec les associations

Le contexte est plus favorable à une implication de l'État à partir de 1986, l'avancée de l'épidémie et les nouvelles connaissances scientifiques le poussant davantage à l'action. Le nombre de cas atteint les milliers et la découverte de l'existence de porteurs asymptomatiques, les "séropositifs", étend le problème à l'ensemble de la population, et on commence à parler de "fléau social"⁶³⁵. La mobilisation civile appelle de plus en plus le Gouvernement à l'action. Le nouveau gouvernement de coalition de droite, puis celui de gauche avec la réélection de François Mitterrand en 1988, commencent une telle politique. Les positions discriminatoires de l'extrême droite polarisent le paysage politique, favorisant le rangement de la droite traditionnelle du côté d'une action moins dure⁶³⁶. Sur le terrain, les associations sont bien installées et ont initié de nombreuses actions de prévention, d'information et de soutien, sur lesquels l'État va s'appuyer : "De manière relativement classique dans le domaine sanitaire et social, [...] c'est du côté du privé que les réponses au sida sont d'abord élaborées ou retraitées, avant d'être généralisées et étendues par les autorités publiques"⁶³⁷. La ligne directrice est orientée vers la responsabilisation des individus, que dans un système coercitif habituel, tel qu'on a pu le voir durant les épidémies précédentes. Ces politiques s'appuieront sur une "triple alliance des pouvoirs publics, des médecins et des associations".

Société civile en temps d'épidémie

Cette implication de la société civile est une autre spécificité de l'épidémie du sida. On aurait pu se dire que les différentes évolutions du système de santé et les habitudes prises seraient pérennes, mais on n'a pas retrouvé d'implication des civils et des associations lors de la pandémie de covid-19. Par l'atteinte et la stigmatisation d'une population particulièrement militante, les homosexuels à la fin du XXe siècle, cela a pu favoriser l'émergence plus forte de la contestation de la verticalité, ce qu'on n'a pas retrouvé au XXIe siècle à ce jour.

B. Rapport avec les médecins

Expertise

À partir du moment où le Gouvernement s'implique face à l'épidémie, et tout du long depuis, les politiques s'appuient continuellement sur les experts médicaux ou scientifiques et les figures de référence sur l'épidémie. Le corps médical "fort de sa compétence, reste le point de passage obligé dans [le] débat"⁶³⁸. La ministre de la Santé à l'origine des premières politiques actives de santé, Michèle Barzach, parle

⁶³⁵ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « Politique publique I », *op. cit.*

⁶³⁶ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « III. Politique publique I », *op. cit.*

⁶³⁷ François Buton, *op. cit.*

⁶³⁸ Michael Pollack, « Présentation », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 11-21.

fort de son expérience médicale en tant que gynécologue. Le Front National qui propose des mesures répressives, se base de son côté sur l'expertise de leur député oncologue, François Bachelot. Parmi cette multitude d'"experts", on ne privilégie pas toujours ceux travaillant sur la maladie et ceux en contact avec celle-ci, comme on a pu le voir avec GFTS resté initialement à l'écart. Plusieurs rapports orientent la politique gouvernementale : celui du Pr. Rappin en 1986⁶³⁹, et celui du Pr. Got en 1988⁶⁴⁰. Sur les conseils de ce second rapport, ce sont différentes institutions qui sont mises en place et qui continuent de guider la politique gouvernementale : l'ANRS, l'AFLS et le CNS. On compte aussi grandement sur la recherche médicale pour trouver les solutions à l'épidémie. La découverte rapide du virus par des Français donne espoir, et elle continue d'être financée. Parfois ce lien est mis en scène, comme lors de l'essai sur la ciclosporine où une conférence de presse conjointe entre des médecins et le ministère de la Santé a lieu, annonçant un "médicament miracle"⁶⁴¹. L'avis des médecins référents n'est pas toujours suivi non plus, parfois concurrencé par celui des associations : c'est le cas de la politique de réduction des risques, n'ayant pas l'aval des addictologues de l'époque, lui préférant la politique de l'abstention⁶⁴².

Agents sur le terrain

Sur le terrain, les médecins sont des professionnels sur lesquels on se repose. On se repose sur les services spécialisés pour accueillir les patients, proposer des traitements et poursuivre la recherche médicale. Cet appui se fait principalement sur l'hôpital : les directives de la DGS organisent le territoire avec des centres référents, des centres de dépistage et des consultations spécialisées s'ouvrent, et la recherche clinique est encouragée. La médecine de ville n'est que progressivement sollicitée, enjoignant ces médecins à participer aux efforts de dépistage et de sensibilisation auprès des populations.

C. Les politiques publiques

Gestion de l'information : silence, dédramatisation et transparence

L'information est et reste un sujet sensible des politiques face à une épidémie. Comme on l'a soulevé précédemment, le début de la pandémie est caractérisé par un silence ou un évitement sur le sujet. Les autorités seraient prises dans la "peur de la peur"⁶⁴³ et opteraient pour un discours plutôt optimiste, cherchant à dédramatiser la situation. Ils mettent "l'accent sur le caractère limité et surtout évitable du risque",

⁶³⁹ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « Politique publique I », *op. cit.*

⁶⁴⁰ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « V. Politiques publiques II », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 149-206.

⁶⁴¹ « L'ÉQUIPE DE LAENNEC ET LE TRAITEMENT DU SIDA Les surprenants effets de la ciclosporine », *op. cit.*

⁶⁴² Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « Politique publique II », *op. cit.*

⁶⁴³ Michael Pollack, « Penser une nouvelle pathologie », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 125-143.

n'évoquant que quelques situations à risque⁶⁴⁴. Ils se cherchent également rassurants sur les "actes de la vie courante" (toucher, partage de vaisselle...).

Au fur et à mesure de l'appropriation des problématiques par les politiques, la communication devient plus fréquente et plus transparente, en particulier lorsque les associations sont incluses dans les problématiques soulevées. L'épidémie est suivie et discutée régulièrement par les autorités. Cependant, certaines circonstances peuvent faire revenir les langues de bois, l'évitement du sujet ou l'opacité tel les élections présidentielles de 1988 ou l'affaire du sang contaminé, provoquant l'ire des associations.

Organisation de la réponse

Pour répondre à la maladie, le gouvernement se repose sur différentes institutions aux missions diverses qu'il crée au fur et à mesure pour répondre aux problématiques successives : les CISH en 1987, l'ANRS, l'AFLS et le CNS en 1989, les COREVIH en 2007... Le territoire est aussi rapidement organisé entre les différents CHU régionaux pour avoir des centres de référence, complété par des réseaux villes-hôpitaux à partir de 1985. La recherche est fortement favorisée, avec un Programme National de Recherche sur le Sida à partir de 1987, en même temps que le sida devient une grande cause nationale.

Veille épidémiologique

Le suivi de l'épidémie est crucial, et il est plus difficile en France que dans d'autres pays comme les Etats-Unis qui ont un *Center for Disease Controls* efficace⁶⁴⁵. Le GFTS et la DGS mettent en place progressivement un dispositif de veille en France, facilitée par la déclaration obligatoire du sida en 1986 (puis celle du VIH en 2003). Cette veille est publiée trimestriellement par le BEH à partir de janvier 1984, jusqu'à janvier 1998 lorsque l'épidémie reflue.

Accès aux soins

L'accès aux soins est déjà promu par l'existence de la Sécurité Sociale en France, et elle sera renforcée. La situation sociale et financière des personnes vivant avec le sida peut être dégradée du fait de la maladie, de la perte d'emploi, de logement... Le sida est inscrit au tableau des affections longue durée (ALD) fin 1986, avec une prise en charge à 100 % en 1987. L'infection à VIH sans sida est prise en charge à 100 % à partir de 1993. Les personnes vivant avec le sida peuvent avoir accès à l'allocation adulte handicapé (AAH) à partir de 1994. La disposition des médicaments est facilitée en 1992.

⁶⁴⁴ Michael Pollack, « La politisation », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 162-192.

⁶⁴⁵ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « Politique publique I », *op. cit.*

Favoriser la prévention

Le grand axe qui a occupé les politiques gouvernementales, mais aussi celles de nombreuses associations, est la prévention. Celle-ci passe par la promotion du préservatif, dont la publicité est autorisée à partir de janvier 1987 (interdite auparavant, car assimilée à de la “propagande antinataliste”). Des campagnes de prévention nationale promouvant le préservatif ont lieu à la télévision et par divers autres moyens (presse, bande dessinée, films...) à partir d'avril 1987, avec l'appui des associations. Avec le préservatif, c'est aussi l'information à la maladie et la sensibilisation contre les discriminations qui sont promues. Dans ce cadre, des permanences d'information sont organisées avec les associations : première permanence hospitalière d'*Aides* à l'hôpital Saint-Antoine en janvier 1987, permanence téléphonique Sida Info Service en partenariat avec *Aides* à partir de 1990...

En parallèle c'est le dépistage qui s'organise également. En juin 1985, le test de dépistage Pasteur reçoit l'agrément en France (suivi quelques mois après de l'américain, retardé pour des raisons économiques) et sont rapidement remboursés. Les CDAG sont instaurés et effectifs à partir de début 1988, suivis plus tard de la possibilité de faire les tests en ville. En 1993, une loi oblige la proposition d'un test de dépistage du BIH lors de l'examen prénuptial (examen supprimé en 2008).

Réduction des risques

La politique de réduction des risques est plus lente à se mettre en place, et se fait plutôt sous la pression des nouvelles associations d'autosupport autour des usagers de drogues. Un premier effort avait déjà été fait en 1987 avec l'autorisation de la vente libre des seringues pharmacie, au désarroi de certains professionnels de santé. À partir de 1994 se développe la dispensation gratuite de seringues (avec les Stéribox®) et l'accès à des traitements de substitution (Methadone® et Subutex®).

Politique transfusionnelle

Dès juin 1983 paraît la circulaire de la DGS aux centres de transfusion soulevant le risque de contamination des produits transfusionnels, et enjoignant d'informer les donneurs, puis interdisant le don du sang aux homosexuels (jusqu'en 2016). Le dépistage obligatoire des dons de sang a lieu à partir d'août 1985. Les lots non chauffés, pouvant encore transmettre le VIH, sont déremboursés qu'en juillet 1985, mais continué à être utilisé pour un moment. Des logiques économiques ont conduit à la poursuite de leur utilisation, malgré les risques. Ceci est à l'origine de l'affaire du sang contaminé que nous avons détaillé dans l'historique. Des fonds de solidarité sont mis en place et divers procès, avec une reconnaissance de la responsabilité de l'État par le Conseil d'État en avril 1993. Le système transfusionnel est réorganisé en 1995, et en 2000 avec la création de l'Établissement Français du Sang (EFS).

Droits des malades

Les droits des personnes vivant avec le sida et le VIH sont globalement défendus et peu remis en cause, sauf par une part plutôt minoritaire de la classe politique. Le dépistage obligatoire du virus dans certaines populations, l'isolement des "sidaïques", la criminalisation de la transmission du VIH et la levée du secret médical sont discutés, mais jamais appliqués (rencontrant très souvent l'opposition ferme des associations). Les droits sont renforcés à plusieurs reprises, avec notamment tout le cadre réglementaire développé autour du soin : obligation d'informer les donneurs de sang porteur du virus (1985), interdiction des tests à l'insu des patients, partage de l'information et démocratie sanitaire (voir précédemment "Réactions des médecins - D. Rapport de pouvoirs et évolution du système de soins : vers la démocratie sanitaire").

Politique internationale

La coopération internationale est favorisée, avec plusieurs congrès, sommets, conférences du monde associatif, médical, scientifique et politique. L'OMS communique et donne des directives régulièrement sur la situation sanitaire, et des associations internationales voient le jour, surtout ONUSIDA (1995) luttant pour l'accès aux soins et la baisse des discriminations dans le monde. C'est une problématique qui concernera les associations et les politiques des divers pays, comme avec la question de l'interdiction du territoire américain aux personnes séropositives ou l'accès aux traitements générique dans les pays Africains.

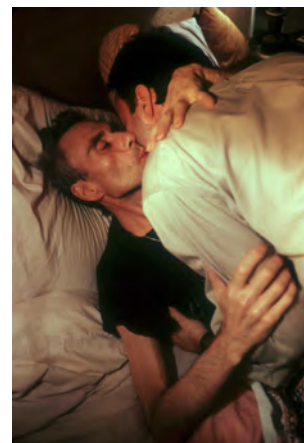
La recherche internationale est également privilégiée, mais aussi source de concurrence. La question de la paternité de la découverte du virus ayant tendu les relations diplomatiques entre la France et les États-Unis, dans une lutte pour le prestige national, mais aussi l'intérêt économique du brevet des tests de dépistage.

Représentations artistiques et littéraires

Dès le début de l'épidémie du sida, l'art et la littérature sont des médiums utilisés par les personnes vivant avec le sida pour raconter leur détresse et isolement face à la maladie, aidant à sensibiliser à la crise et à humaniser les "malades". Une utilisation militante de l'art émerge aussi, afin de visibiliser d'autant plus l'épidémie, l'hécatombe et politiser la lutte, marquant durablement les esprits à l'aide d'une stratégie du "choc visuel". Les utilisations artistiques par les autorités et les médecins persistent par ailleurs, participant à la transmission de messages auprès des populations.

A. Raconter le vécu et donner sens

La photographie est l'un des moyens les plus impactant pour rapporter le vécu difficile derrière les chiffres, et permettre d'humaniser les "malades" du sida. En France, Jane Evelyn Atwood est l'une des premières photographes à documenter le quotidien de l'un d'entre eux.



Figures 78 à 81. Jane Evelyn Atwood; photographies de Jean-Louis à son domicile et à l'hôpital, 1987

L'objet central de ses photographies sont Jean-Louis, un de ces individus cachés derrière les statistiques. Elles le mettent en lumière dans différents moments de sa vie, dévoilant son intimité, sa vulnérabilité, parfois sa solitude, mais aussi l'amour et la présence de certains proches. On le voit s'amaigrir et s'affaiblir au fur et à mesure des photographies, entre août et novembre 1987, jusqu'à son décès. Pour la photographe, "C'était important de donner un visage aux personnes atteintes de la maladie. J'espérais que parler de quelqu'un qui vivait avec le sida aiderait à dépasser les peurs, à changer les idées fausses et préconçues sur ce sujet."⁶⁴⁶ Cette envie était partagée par Jean-Louis, qui, ayant vu le reportage publié dans *Paris Match* en octobre, aurait eu "un sentiment que sa mort ne serait pas complètement vaine"⁶⁴⁷.

En 1993, c'est la marque italienne, Benetton, qui s'illustre par une photographie colorisée de David Kirby, un jeune Américain décédé du sida dans les bras de sa famille :



Figure 82. Publicité de Benetton, Photographie de David Kirby, par Theresa Frare, colorisée par Oliviero Toscani

Cette publicité crée la polémique. Les retouches de la photographie évoquent fortement l'image du Christ souffrant, attirant l'ire de l'Église, mais aussi celles d'associations et institutions diverses reprochant à la marque d'user de la maladie à des fins commerciales. Pourtant, pour la photographe et la famille, l'objectif était "que les gens voient la vérité sur le SIDA, et si Benetton pouvait nous aider à cela, pourquoi pas ?"⁶⁴⁸. Cet objectif est rempli, le "supplice" de David Kirby faisant le tour du monde et montrant la souffrance engendrée par la maladie. Tout le monde peut être concerné

⁶⁴⁶ « Jean-Louis : Vivre et mourir du Sida », *Agence VU*.

⁶⁴⁷ Donnia Ghezlane-Lala, « Quand les photos d'un malade du sida éveillaient les consciences en France », [En ligne : <https://www.konbini.com/arts/quand-les-photos-dun-malade-du-sida-eveillaient-les-consciences-en-france/>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁶⁴⁸ Condé Nast, « Journée mondiale de la photographie : David Kirby et la photo de LIFE qui changea le visage du SIDA », [En ligne : <https://www.vanityfair.fr/actualites/articles/la-photo-de-time-qui-changea-le-visage-du-sida/42027>]. Consulté le 21 novembre 2023.

par cette photographie, et donc la maladie : l'expérience de deuil est commune, et n'importe qui peut s'identifier au chagrin et l'amour de la famille.

Cette volonté de raconter le vécu et sensibiliser se retrouve dans la littérature. En France, *Les Nuits Fauves* de Cyril Collard et la "Trilogie du Sida" de Hervé Guibert font sensation. Avant même sa trilogie, Hervé Guibert fait l'aveu détourné de sa séropositivité dans *Incognito* (1989)⁶⁴⁹. Dans les œuvres suivantes, le rapport au corps de l'auteur est permanent, modifié par la maladie, mais aussi le regard médical : "Le corps est désormais à considérer de manière fragmentaire et morcelée, à l'image du regard médical qui se porte sur les organes, le sang, les cellules, les lymphocytes..."⁶⁵⁰. Le rapport de force avec le corps médical est évoqué à de multiples reprises, trouvant les examens médicaux "déshumanisant" et "dégradant" et attirant son opposition. L'écriture représente alors un moyen de réappropriation de son corps⁶⁵¹. L'œuvre d'Hervé Guibert se poursuit à travers le cinéma. Il réalise un film documentaire, *La pudeur ou L'impudeur* (1991), où il met en scène ses derniers mois entre les examens médicaux et son vécu quotidien, montrant sa dégradation physique. Il met également en scène son suicide.

Le rapport à la mort est un autre sujet difficile auquel sont confrontées les personnes vivant avec le sida : elle est encore inévitable à cette époque, et omniprésente dans la dégradation du corps. L'art et l'écriture peuvent aider à l'aborder sous un autre prisme, non médical, et parfois y chercher un sens. Elles permettent aussi la transmission et le souvenir au-delà de la mort. Le fond "Sida mémoires", à l'Institut Mémoires de l'édition contemporaine (Imec) à Caen, regroupe une multitude de fragments de ces vies et de littérature "ordinaire", représentant un "recours contre l'oubli"⁶⁵².

B. L'art au service de la prévention

Les moyens artistiques sont utilisés comme outils dans la prévention. Ils permettent de mettre en scène les messages de prévention afin de les rendre plus intelligibles et plus accessibles à tous. La bande dessinée est un outil privilégié à ce dessein⁶⁵³, que ce soit par les associations, les médecins ou les autorités. L'idée est d'utiliser un outil simple, facile à comprendre, pour favoriser la transmission des messages. Le préservatif et le virus sont particulièrement représentés, et la connaissance médicale est simplifiée et mise en scène. On peut par exemple voir le virus s'attaquer à des T4 dans une bande dessinée de 1988⁶⁵⁴.

⁶⁴⁹ Arnaud Genon, « Hervé Guibert : fracture autobiographique et écriture du sida », in Claude Burgelin, Isabelle Grell, Roger-Yves Roche, (éds.). *Autofiction(s)*, éds. Claude Burgelin, Isabelle Grell et Roger-Yves Roche, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2019, (« Autofictions, etc. »), p. 187-206.

⁶⁵⁰ *Ibidem*.

⁶⁵¹ Jonathan Nicolas, « La pudeur ou l'impudeur. Le sida, la mort et le regard chez Hervé Guibert », *Études sur la mort*, vol. 154 / 2, Centre International des Etudes sur la Mort (CIEM), 2020, p. 137-151.

⁶⁵² Philippe Artières, « Archives d'une prise de parole. Les écritures du sida », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33 / 4, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 67-71.

⁶⁵³ Yves Girault, « La bande dessinée peut-elle être un outil de prévention du sida ? », *Aster : Recherches en didactique des sciences expérimentales*, vol. 13 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1991, p. 187-207.

⁶⁵⁴ *Ibidem*.

La question des discriminations est aussi fréquemment soulevée. En Belgique, Prévention Sida publie une bande dessinée en 2010, *Vivre avec*, pour sensibiliser les jeunes à la maladie et à lutter contre les discriminations “dans un langage adapté aux ados” et promouvoir la solidarité⁶⁵⁵. Le format de la bande dessinée peut aussi aider à lutter contre la peur, en privilégiant l’humour. La démarche peut être pluridisciplinaire, comme en 1987 à Grenoble. L’académie de Grenoble et la Mutualité Française éditent la bande dessinée *Merlot contre M.S.T-SIDA*, grâce à une équipe composée d’un dessinateur, d’une infirmière, d’un sociologue et de trois médecins⁶⁵⁶. La maladie est mise sous la forme d’une “filière” de M.S.T contre laquelle enquête l’inspecteur Merlot. Des questions réponses plus classiques se trouvent à la fin, pour expliciter ce dont il est question.



Figure 83 et 84. Lamouche, *Merlot contre M.S.T-SIDA*, 1987 et *Vivre avec*, p. 20, Plateforme Prévention Sida, 2010

Cette utilisation est étudiée, réfléchiée, et certains chercheurs proposent même des protocoles pour l’élaboration de bande dessinée didactiques⁶⁵⁷.

D’autres formes artistiques sont utilisées dans ce dessein de sensibilisation, comme des films⁶⁵⁸ ou des photographies. L’utilisation de la photographie et des affiches est régulière par les autorités dans la même optique de sensibiliser. En 2016, de nombreuses affiches gouvernementales mettent en avant des couples

⁶⁵⁵ Prévention Sida, « Vivre avec ! Une BD contre les discriminations | Plate-Forme Prévention Sida », [En ligne : <https://preventionsida.org/fr/ressources/vivre-avec-une-bd-contre-les-discriminations/>]. Consulté le 21 novembre 2023.

⁶⁵⁶ « Parler du SIDA », *Le Monde.fr*, 29 janvier 1987.

⁶⁵⁷ Yves Girault, *op. cit.*

⁶⁵⁸ « Un film sur le SIDA », *Le Monde.fr*, 26 mars 1987.

homosexuels dans leurs messages de prévention. Elles rencontrent toutefois encore des oppositions : une dizaine de villes interdisent leur affichage, car considérées “contraires aux bonnes mœurs et à la moralité” et peuvent “heurter la sensibilité des plus jeunes”⁶⁵⁹. Dans l’autre sens, certains y voient une stigmatisation persistante des homosexuels, toujours rattachés à la maladie.



Figure 85. Campagne d'information *Les situations varient. Les modes de protection aussi*, 2016

C. Art militant : sensibiliser et choquer



Figure 86. Silence = Mort et triangle rose, ACT-UP Paris

De nombreux artistes se sont engagés dans la lutte contre le sida : Keith Harrings avec ses bonhommes si caractéristiques, le ruban rouge du collectif *Visual Aids Artists Caucus*, les artistes d'Ensemble contre le sida... L'art a utilisé de manière politique très rapidement afin de sensibiliser et d'enjoindre la société à l'action face à l'épidémie. L'utilisation de moyens artistiques par les militants est une spécificité du

⁶⁵⁹ « Une dizaine de villes interdisent des affiches de prévention du sida montrant des homosexuels », *Europe 1*, 22 novembre 2016.

sida, en utilisant une stratégie du “choc visuel”, comme l’appelle Christophe Broqua⁶⁶⁰. Ils ont développé un code couleur et une identité visuelle spécifique dans le but d’être plus facilement reconnu : le noir du deuil, le rose du triangle rose des déportés homosexuels des camps de concentration, le rouge du sang. C’est accompagné de messages également simples, détournant les codes de la publicité, tel que “Silence = Mort”, “Action = Vie”. Des produits dérivés, et notamment des t-shirts aident à répandre d’autant plus ces messages.

Les actions sont sous la forme de coups d’éclats éclairs, les *zap*, comme celle de la Concorde ou Notre-Dame, afin d’être le plus médiatique possible. Elles s’inspirent de l’art-performance et du spectacle, avec des mises en scènes des rapports de force et exposition de la violence institutionnelle subie⁶⁶¹. Les militants sont enjoins à rester le plus pacifique possible, et les réponses des forces de l’ordre ou des autorités représentent alors la violence institutionnelle. La pratique du *die-in*, où des militants s’allongent sur le sol plusieurs minutes en public, met en scène leur propre mort et celle de toutes les personnes vivant avec le sida qu’on ne voit pas. Ces corps allongés sont entourés de marques blanches, suggérant le “meurtre” par l’inaction de l’État⁶⁶². C’est d’autant plus visible dans les actions dans lesquelles ce sont des responsables politiques ou médicaux qui sont aspergés de faux sang, notamment après l’affaire du sang contaminé.



Figure 87. Jean-Marc Armani, *Die-in* d’Act Up dans une rue de Paris, 1er décembre 1994, Photo

⁶⁶⁰ Yann Lagarde, *op. cit.*

⁶⁶¹ Christophe Broqua, « 9. Sida et stratégies de représentation : Dialogues entre l’art et l’activisme aux États-Unis », in Justyne Balasinski, Lilian Mathieu, (éds.). *Art et contestation*, éds. Justyne Balasinski et Lilian Mathieu, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015, (« Res publica »), p. 169-186.

⁶⁶² *Ibidem.*

Synthèse

Le sida a été un choc pour nos sociétés contemporaines : l'épidémie a remis en cause une marche triomphante de la médecine et mis un monde médical et politique vertical face à des populations militantes revendiquant leur liberté et leur participation sur ce sujet les concernant directement. Les réactions sont fortement déterminées par deux caractéristiques de cette maladie : sa transmission liée à la sexualité et au sang, entraînant une forte prévalence dans la population ayant une orientation homosexuelle et chez les usagers de drogues. Dans des sociétés vivement marquées par des préjugés moraux à l'encontre de ces groupes, des discriminations se font ressentir, séparant les personnes atteintes en "bons" malades victimes et "mauvais" malades l'ayant mérité du fait de leurs comportements dans un cadre de libération sexuelle. Les homosexuels sont un groupe qui s'est beaucoup soutenu et mobilisé, revendiquant la liberté de leur orientation sexuelle et leurs droits, et qui continuent de militer amplement. Cela se ressent durant la crise, avec des mouvements associatifs forts et très bruyants cherchant à mobiliser la société, les médecins et politiques face à la maladie, tout en revendiquant leur vécu.

Le monde médical est très touché par les revendications de ces patients "experts", remettant en cause leur monopole. À cette époque contemporaine, les médecins ont un large "biopouvoir" et souvent une opacité vis-à-vis des patients, réalisant même des tests à leur insu. Ce monde médical s'organise derrière des institutions arborant des positions officielles, avec toutefois des divergences derrière. Nombre de professionnels sont effrayés face à la maladie, pouvant déboucher sur des comportements discriminatoires. Ils se sont cependant aussi fortement mobilisés, parfois jusqu'au burn-out pour combattre la maladie avec les personnes vivant avec le sida. L'organisation du soin est amenée à évoluer grâce aux mobilisations associatives, débouchant sur une meilleure reconnaissance et participation des usagers du système de soin avec la démocratie sanitaire. La recherche médicale est aussi marquée par une nouvelle éthique, recherchant le consentement éclairé des participants. La recherche a été au centre de la crise, de la découverte du virus à l'arrivée des trithérapies permettant de changer le cours de l'épidémie.

De même, les autorités politiques sont amenées à évoluer face au mouvement militant, du silence initial à la mobilisation politique. Le silence, l'opacité et la primauté de l'économie ont abouti au drame du sang contaminé, responsable de nombreuses contaminations et décès. S'appuyant et s'inspirant sur des associations les interpellant, elles développent progressivement des politiques de prévention, de sensibilisation et de réduction de risques. Des politiques de prévention, de sensibilisation et de réduction de risques se développent, s'inspirant et s'appuyant sur ce que les associations ont pu proposer.

L'Art est un vecteur important tout au long de l'épidémie. On y découvre le vécu des personnes vivant avec le sida, et de celui de leur entourage, la solitude, l'isolement, la souffrance, la déchéance physique, mais aussi le soutien et l'amour. Il sert de médium à de nombreux messages de prévention de la part des associations, des médecins et du politique. Enfin, dans son utilisation militante, il est art performance, avec des coups d'éclats visuels cherchant à choquer, avertir, dénoncer et mobiliser l'ensemble de la société.

V - La Covid

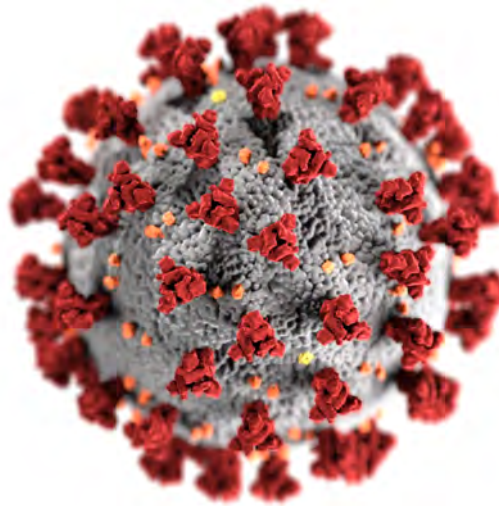


Figure 88. Modélisation du coronavirus, février 2020, Alissa Eckert, MSMI, Dan Higgins, MAMS

Pour finir notre étude historique, nous revenons au point de départ de nos interrogations : la pandémie de la Covid-19. Cette pandémie a occupé une grande partie de nos vies ces trois dernières années, et semblerait pointer vers sa fin (l'OMS déclarant la fin de la pandémie le 5 mai 2023⁶⁶³). La maladie n'a pas entièrement disparue, elle circule toujours, on craint une résurgence de l'épidémie à l'hiver 2023⁶⁶⁴ et on n'est pas à l'abri de nouveaux variants plus dangereux. Néanmoins, les dernières évolutions sont globalement encourageantes, avec un nombre de décès et de complications assez faible comparé à ce qu'on a pu connaître. On est loin de la période initiale qui avait mis le monde "à l'arrêt" avec plus de quatre milliards de personnes confinés⁶⁶⁵. Il s'agit de cette période, exceptionnelle dans nos vies actuelles, qui nous a amené à s'interroger sur l'histoire des épidémies. Nous allons nous pencher dessus, comme nous l'avons fait avec les autres épidémies. Cela nous permettra dans la fin de notre étude d'aborder comparativement les différentes épidémies.

⁶⁶³ « WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency | UN News », [En ligne : <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>]. Consulté le 28 octobre 2023.

⁶⁶⁴ « Covid-19 : la reprise de l'épidémie est bien là en Île-de-France », [En ligne : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/paris-ile-de-france/covid-19-la-reprise-de-l-epidemie-est-bien-la-en-ile-de-france-2842724.html>]. Consulté le 28 octobre 2023.

⁶⁶⁵ « Covid-19: plus de 4 milliards d'humains appelés à se confiner », *Le Figaro*, 7 avril 2020.

Covid-19 : connaissances actuelles⁶⁶⁶

La maladie à coronavirus 2019 (covid-19) est due au virus SARS-CoV-2. La transmission se fait principalement par gouttelettes lors d'un contact rapproché et prolongé avec un individu, par aérosol lors de la présence dans une même pièce non ventilée, ou éventuellement par contact indirect via des surfaces inertes. La contagiosité et létalité du virus dépend du variant considéré. Le virus a une forme essentiellement ORL et respiratoire, souvent légères et pouvant se confondre avec d'autres virus (malgré une perte de goût et d'odorat plus fréquente pour le premier variant), voire asymptomatique. Dans un faible nombre de cas chez les personnes à risques (obésité, personnes âgées, comorbidités), il peut se développer une forme respiratoire ou vasculaire sévère pouvant nécessiter une hospitalisation ou un passage en réanimation, et aboutissant parfois au décès.

La durée d'incubation du virus varie avec le virus, tournant autour de 3 à 5 jours. Le dépistage se fait par test antigénique, ou au mieux par un test PCR plus spécifique et plus sensible, lorsqu'on est cas contact ou qu'on présente des symptômes évocateurs. Il existe un traitement par PAXLOVID, permettant de réduire les risques de cas graves chez les personnes fragiles, mais il a de nombreuses contre-indications limitant son usage. Les vaccins, adaptés aux variants, permettent de protéger de la plupart des formes graves du virus sans forcément éviter quelques symptômes et la contagiosité.

⁶⁶⁶ D'après SPILF, OMS et Institut Pasteur en 2023

Petit historique de la Covid

A. Le début de l'épidémie

L'origine de la pandémie n'est pas tout à fait élucidée, avec de multiples hypothèses, et il n'est pas sûr qu'on en trouve une réponse définitive. Le virus circulerait depuis au moins octobre 2019, avec des possibles cas français en novembre 2019 diagnostiqués rétrospectivement à partir d'échantillons de sérums⁶⁶⁷. L'épidémie commence officiellement en Chine, dans la province de Hubei, en particulier la ville de Wuhan. Les premiers cas datent de décembre 2019, avec un virus rapidement mis en évidence à partir de techniques de biochimie moléculaire⁶⁶⁸ et son génome publié en ligne le 11 janvier 2020⁶⁶⁹. Les autorités chinoises alertent à son propos à partir du 7 janvier 2020.

L'OMS s'empare rapidement du sujet⁶⁷⁰ : un tweet le 4 janvier 2020, des recommandations à partir du 10 janvier, des protocoles de PCR le 13 janvier... Le virus est initialement appelé "2019-nCoV" ("nouveau coronavirus 2019"), avant d'être renommé en février 2020 SARS-CoV-2 (coronavirus du syndrome aigu respiratoire sévère 2) donnant la maladie de la covid⁶⁷¹.

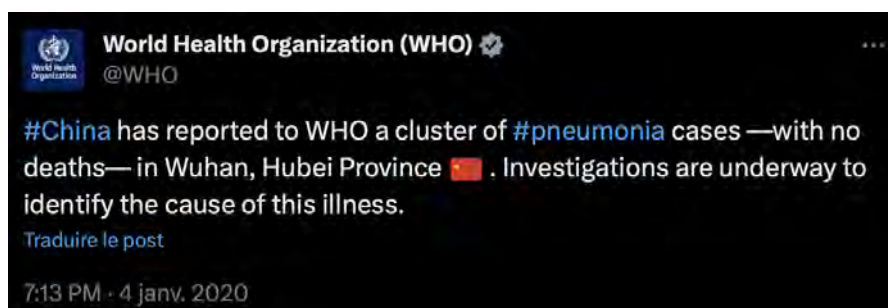


Figure 89. Tweet de l'OMS le 4 janvier 2020, sur la plateforme X (anciennement *Twitter*)

⁶⁶⁷ Fabrice Carrat, Julie Figoni, Joseph Henny, [et al.], « Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort », *European Journal of Epidemiology*, vol. 36 / 2, février 2021, p. 219-222.

⁶⁶⁸ Na Zhu, Dingyu Zhang, Wenling Wang, [et al.], « A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 », *New England Journal of Medicine*, vol. 382 / 8, Massachusetts Medical Society, février 2020, p. 727-733.

⁶⁶⁹ « Novel 2019 coronavirus genome - SARS-CoV-2 coronavirus », [En ligne : <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>]. Consulté le 28 octobre 2023.

⁶⁷⁰ « Listings of WHO's response to COVID-19 », [En ligne : <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>]. Consulté le 28 octobre 2023.

⁶⁷¹ « Appellation de la maladie à coronavirus (COVID-19) et du virus qui la cause », [En ligne : [https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)]. Consulté le 28 octobre 2023.

La maladie se répand rapidement à travers le monde⁶⁷², avec des cas diagnostiqués dans tous les continents : Thaïlande le 13 janvier, Japon le 14 janvier, États-Unis le 20 janvier, France le 24 janvier, Australie le 25 janvier, Émirats Arabes Unis le 29 janvier, Brésil le 26 février, Nigeria le 28 février... En Chine, des mesures d'isolement sont prononcées dans la province de Hubei à partir du 23 janvier⁶⁷³. Ces restrictions sont étendues à d'autres villes et provinces en fonction de l'évolution de l'épidémie, et elles seront de mise jusqu'à décembre 2022⁶⁷⁴ (on parle de "stratégie zéro Covid").

B. L'épidémie arrive en France



Figure 90. Article du journal *Le Parisien* du 15 février 2020

L'épidémie est abordée dans les médias français à partir de janvier 2020. On parle d'abord de "pneumonie d'origine inconnue"⁶⁷⁵. La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, réalise son premier point presse à ce propos le 21 janvier 2020, évoquant un risque "faible" mais "ne pouvant être exclu"⁶⁷⁶. Les liaisons aériennes avec la Chine sont suspendues quelques jours plus tard⁶⁷⁷ et les Français rapatriés sont isolés en quarantaine avec surveillance médicale⁶⁷⁸. Le défilé du Nouvel An Chinois du 26 janvier est annulé par la mairie de Paris, en accord avec les représentants de la communauté chinoise⁶⁷⁹. Divers dispositifs sont déclenchés, du CORUSS début janvier, au déclenchement d'un centre de crise sanitaire et la mise en place d'un plan

⁶⁷² D'après les données d'un tableau disponible sur wikipédia, d'après des données de l'OMS : <https://archive.wikiwix.com/cache/index2.php?url=https%3A%2F%2Fcoronavirus.who.int%2FWHO-COVID-19-global-data.csv>

⁶⁷³ « Trois villes chinoises mises en quarantaine pour « stopper la diffusion du virus » », *Le Monde.fr*, 23 janvier 2020.

⁶⁷⁴ « Du zéro Covid à la brusque levée des restrictions, trois ans de gestion sanitaire abrupte par la Chine », *Le Monde.fr*, 31 décembre 2022.

⁶⁷⁵ « Une pneumonie d'origine inconnue en Chine », *Le Monde.fr*, 9 janvier 2020.

⁶⁷⁶ Florence Méréo, « Coronavirus : «Le risque d'introduction en France est faible mais il ne peut être exclu», selon Agnès Buzyn », *Le Parisien*, 21 janvier 2020.

⁶⁷⁷ « Liaisons aériennes suspendues, frontières fermées... Avec le coronavirus, la Chine en quasi-quarantaine », *Le Monde.fr*, 31 janvier 2020.

⁶⁷⁸ « Coronavirus : 200 Français arrivés de Chine mis en quarantaine près de Marseille », *Le Monde.fr*, 31 janvier 2020.

⁶⁷⁹ G. Ch., « Coronavirus : le défilé du Nouvel An chinois à Paris ce dimanche est annulé », *Le Parisien*, 26 janvier 2020.

de réponse ORSAN-REB en février⁶⁸⁰, avec la désignation d'une dizaine d'établissements de référence pour la prise en soin des personnes atteintes. Les premiers cas sont détectés fin janvier et le premier décès arrive mi-février⁶⁸¹. Un rassemblement dans une Église à Mulhouse le 17 février aurait été à l'origine de milliers de contaminations, entraînant des polémiques et des critiques envers l'Église⁶⁸². Le 25 février, le nouveau ministre de la Santé, Olivier Véran, rapporte au micro de RTL "[qu']il n'y a plus de malade en circulation en France" et qu'il n'y a "aucun argument scientifique et médical" amenant à stopper les rassemblements ou fermer l'espace Schengen⁶⁸³.

C. Le premier confinement

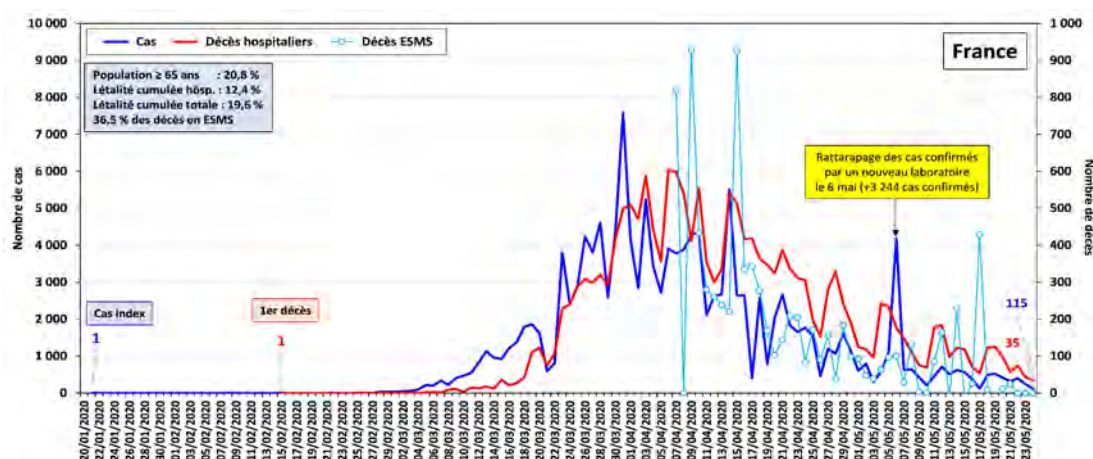


Figure 91. Graphique *Évolution quotidienne des cas et des décès à l'hôpital de Covid-19 déclarés en France entre le 21 janvier et le 24 mai 2020* (Source des données : Santé Publique France), tirée d'un article du 30 mai 2020 sur le site Mesvaccins.net⁶⁸⁴

Outre-Alpes, la situation se dégrade rapidement dans le système hospitalier italien, menant à un confinement du nord de l'Italie fin février, s'étendant à toute la botte italienne le 10 mars 2020 alors qu'on recense près de 10.000 cas⁶⁸⁵ (premier confinement national dans le monde, la Chine n'ayant confiné qu'une partie de la

⁶⁸⁰ Alain Milon, Catherine Deroche, Bernard Jomier, [et al.], « Première partie : Face à une crise sanitaire internationale d'une ampleur inédite, des autorités en alerte précoce mais un pays finalement mal préparé et mal équipé », Senat, 2020.

⁶⁸¹ Aurélie Sipos, « Premier mort du coronavirus en France : «On a fait tout ce qu'on a pu» », *Le Parisien*, 15 février 2020.

⁶⁸² « Deux mille pèlerins, cinq jours de prière et un virus : à Mulhouse, le scénario d'une contagion », *Le Monde.fr*, 27 mars 2020.

⁶⁸³ « Olivier Véran : "Il y a beaucoup d'alertes mais aucun test positif en France" », [En ligne : <https://www.rtl.fr/actu/sante/olivier-veran-sur-rtl-il-y-a-beaucoup-d-alertes-mais-aucun-test-positif-au-coronavirus-7800152816>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁶⁸⁴ René MIGLIANI, « Situation hebdomadaire de la pandémie de Covid-19 n° 7 - 30 mai 2020 », [En ligne : <https://www.mesvaccins.net/web/news/15686-situation-hebdomadaire-de-la-pandemie-de-covid-19-n-7-30-mai-2020>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁶⁸⁵ « Face au coronavirus, l'Italie étend les mesures d'isolement à tout son territoire », *Le Monde.fr*, 10 mars 2020.

population). Cette situation inquiète en France, tandis que le nombre de cas relevés par Santé Publique France augmente de manière exponentielle, atteignant rapidement la centaine puis le millier à la même période avec une saturation des hôpitaux et des services de réanimation à risque de forte tension. Les rassemblements sont limités, d'abord 1.000 personnes, puis 100 personnes, avec fermeture des établissements scolaires et des lieux publics "non-indispensables". Des mesures "barrières" sont recommandées à la population générale⁶⁸⁶. Un Conseil Scientifique Covid-19 est créé le 11 mars pour "éclairer la décision publique dans la gestion de la situation sanitaire liée au coronavirus"⁶⁸⁷. Celui-ci donne un avis le 16 mars, conseillant la mise en place d'un "confinement généralisé strict sur le modèle de l'Italie"⁶⁸⁸. Il est mis en place le 17 mars 2020⁶⁸⁹, accompagné d'une allocution du Président de la République : "Nous sommes en guerre"⁶⁹⁰. Ce confinement limite la circulation des personnes, sauf dérogation, ferme de nombreux établissements, limite de nombreux métiers en dehors de ceux de "première ligne", les frontières sont fermées, les masques réquisitionnés... Il est complété quelques jours après par un État d'Urgence Sanitaire⁶⁹¹, renforçant les pouvoirs de l'exécutif pour faire face à la crise.



Figure 92. Photographie des rues vides de Paris durant le confinement, par Olivier Corsan pour *Le Parisien*, article du 19 mars 2020⁶⁹²

⁶⁸⁶ Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

⁶⁸⁷ Ministère de la Santé et de la Prévention, « Olivier Véran installe un conseil scientifique », [En ligne : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/olivier-veran-installe-un-conseil-scientifique>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁶⁸⁸ « Avis du Conseil scientifique COVID-19 16 mars 2020 », Conseil Scientifique Covid-19, 2020.

⁶⁸⁹ Décret n° 2020-260 du 16 mars 2020 portant réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus covid-19

⁶⁹⁰ Adresse aux Français, par le président Emmanuel Macron, 16 mars 2020

⁶⁹¹ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)

⁶⁹² Par Olivier Corsan Le 19 mars 2020 Corsan, « Coronavirus : des Champs-Élysées à Montmartre, les images d'un Paris désert à l'heure du confinement », *Le Parisien*, 19 mars 2020.

Le nombre de cas continue de grimper, avec un pic épidémique début avril et jusqu'à 6.000 décès par jour (voir graphique précédent). Les hôpitaux sont en forte tension, "submergés de malades"⁶⁹³, amenant même à en transférer dans d'autres régions dans des TGV médicalisés⁶⁹⁴. Le confinement est prolongé et renforcé, plutôt bien respecté dans l'ensemble, jusqu'à une décroissance de l'épidémie amenant à un déconfinement progressif, approuvé par l'Assemblée Nationale fin avril⁶⁹⁵ et acté en mai. Il se poursuit jusqu'à une levée totale des restrictions, et le Gouvernement se félicitant d'une "première victoire contre le virus" en juin⁶⁹⁶.

D. Vagues, variants, vaccins et passe sanitaire

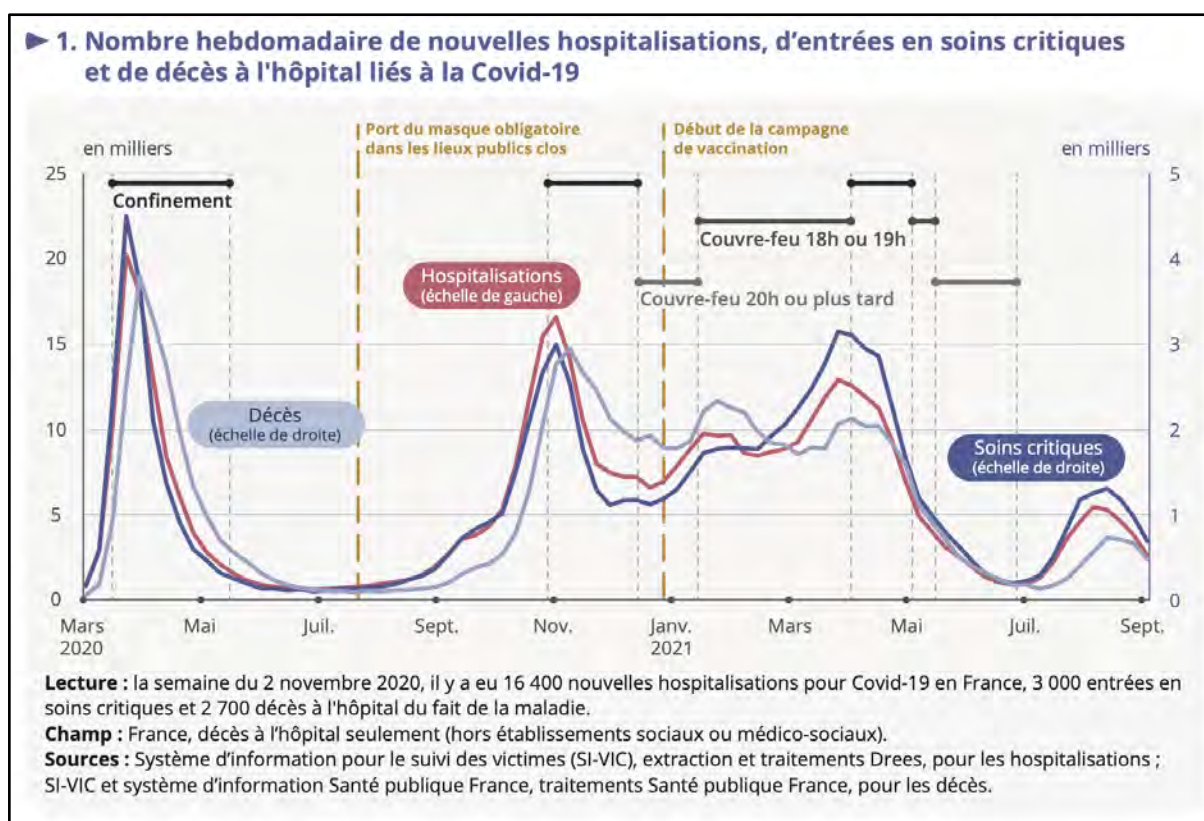


Figure 93. Graphique tiré de l'étude *En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins*, Insee, 2021⁶⁹⁷

⁶⁹³ « Hôpitaux et économie sous haute tension, la France ne baisse pas la garde face au coronavirus », *Courrier picard*, 6 avril 2020.

⁶⁹⁴ « Coronavirus : à bord d'une rame TGV transformée en service de réanimation mobile », *Le Monde.fr*, 15 avril 2020.

⁶⁹⁵ Assemblée nationale, « Déclaration du Gouvernement sur le plan de déconfinement », [En ligne : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/actualites-accueil-hub/declaration-du-gouvernement-sur-le-plan-de-deconfinement>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁶⁹⁶ Adresse aux Français par le Président de la République, Emmanuel Macron, 14 juin 2020,

⁶⁹⁷ Vianney Costemalle, Mathilde Gaini, Jean-Baptiste Hazo, [et al.], « En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 », Insee, 2021.

La vie reprend son cours durant l'été 2020, avec réouverture des lieux culturels, des bars, des écoles, une diminution des mesures de distanciation. La rentrée marque cependant le retour de l'épidémie lors de la "deuxième vague", amenant au retour de mesures restrictives. L'épidémie ne refluera plus tout à fait, avec plusieurs recrudescences qui sont nommées des "vagues". Des variants du virus, avec des caractéristiques de contagiosité et de létalité propres, se disséminent : variant Alpha ("anglais"), variant Bêta ("sud-africain"), variant Delta (indien), variant Omicron⁶⁹⁸... Le variant Alpha est le premier variant détecté et le plus répandu, jusqu'à l'apparition du variant Delta qui prend le dessus en août 2021 en France, avant de céder sa place au variant Omicron en janvier 2022⁶⁹⁹.

La reprise de l'épidémie s'accompagne du retour de diverses mesures restrictives, souvent allégées comparé au premier confinement : confinement, isolement des malades, couvre-feux, port du masque obligatoire... Le dépistage par test antigénique et PCR se démocratise, permettant un meilleur suivi de l'épidémie, ainsi que d'isoler les personnes malades et de surveiller cas contacts. Une application *StopCovid* (devenue *TousAntiCovid*) est promue par le gouvernement pour le traçage des personnes infectées et des contacts potentiels, sans grand succès⁷⁰⁰.

En parallèle, les premiers essais sur les vaccins montrent des résultats concluants. Ceux avec la nouvelle technologie de l'ARNm (Pfizer et Moderna) sont très prometteurs. Ils obtiennent l'autorisation de mise sur le marché à partir de décembre 2020, suivis d'autres vaccins au cours de l'année 2021 : AstraZeneca et Janssen. À l'étranger, on vaccine aussi avec le vaccin russe Spoutnik V et le vaccin chinois Sinovac. La campagne vaccinale débute début 2021, commençant par les personnes les plus âgées (> 75 ans) ou fragiles, ainsi qu'aux soignants, avant de s'étendre au reste de la population⁷⁰¹. Des centres de vaccinations se montent avec les médecins généralistes, infirmiers libéraux et autres soignants, avec l'aide des autorités locales et la forte incitation de l'État. Le rythme de la vaccination est hésitant initialement, mais s'étend progressivement à une bonne part de la population⁷⁰². Un stock limité de vaccins, et des difficultés d'accès à ceux-ci dans certains pays pose la question de la solidarité internationale et des brevets⁷⁰³. La vaccination restera d'accès plus difficile, malgré un programme d'aide international COVAX⁷⁰⁴.

Fin mai, ce n'est que la moitié des adultes qui sont vaccinés, un rythme trop lent pour les autorités publiques et médicales. L'idée d'un pass sanitaire voit le jour, à savoir un allègement des restrictions sur preuve d'une vaccination effective, ou à défaut sur un test covid négatif < 48h, permettant de se déplacer plus librement. Il est

⁶⁹⁸ « Variants du SARS-CoV-2 », *Wikipédia*, 2023.

⁶⁹⁹ « Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde », [En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁷⁰⁰ « « L'application StopCovid retracera l'historique des relations sociales » : les pistes du gouvernement pour le traçage numérique des malades », *Le Monde.fr*, 8 avril 2020.

⁷⁰¹ « Quel est le calendrier de la vaccination contre le Covid-19 en France ? », *Le Monde.fr*, 22 décembre 2020.

⁷⁰² « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 (vague 34) », Santé Publique France, 2022.

⁷⁰³ « Thomas Piketty : « La crise du Covid-19, plus grave crise sanitaire mondiale depuis un siècle, oblige à repenser la notion de solidarité internationale » », *Le Monde.fr*, 10 avril 2021.

⁷⁰⁴ « Covid-19 : la fracture vaccinale perdure avec les pays du Sud », *Le Monde.fr*, 4 octobre 2021.

mis en place début juin 2021⁷⁰⁵, et étendu à de nombreux lieux de la vie quotidienne en août : hôpitaux, bars, restaurants, musées⁷⁰⁶... Un passeport sanitaire est aussi mis en place, permettant de se voyager au-delà des frontières. Le rythme de la vaccination s'accélère, et plus de 50 millions de Français sont vaccinés en septembre 2021. Le pass est restreint, devenant un pass vaccinal début 2022⁷⁰⁷. Ce pass n'est cependant pas bien accueilli par tous, et des manifestations hebdomadaires ont lieu de juillet à janvier, rassemblant plusieurs dizaines à centaine de milliers de personnes,⁷⁰⁸

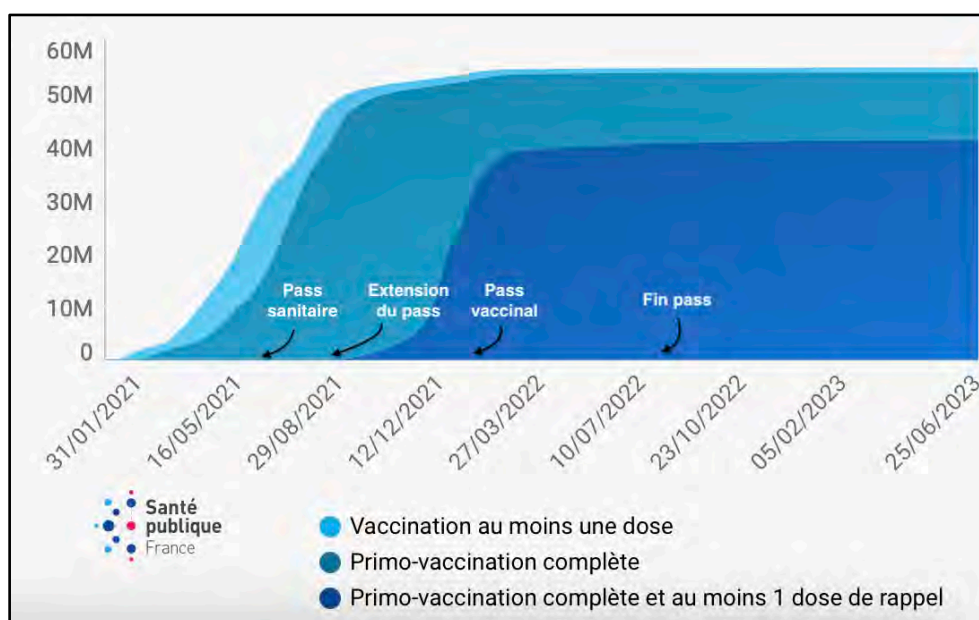


Figure 94. Graphique *Vaccination en France* sur la page “InfoCovidFrance” du site Santé Publique France, consulté le 05/12/2023

La maladie reflue dans les mois suivant les campagnes de vaccinations, avec un nombre de cas pouvant être toujours très élevés, mais un nombre de décès allant en s'amenuisant. Les cas les plus graves concernent principalement les personnes non vaccinées, avec jusqu'à plus de neuf fois plus de cas d'après des chiffres de la DREES⁷⁰⁹. Un traitement est commercialisé début 2022, permettant de limiter les risques pour les personnes infectées les plus à risques⁷¹⁰.

⁷⁰⁵ Décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

⁷⁰⁶ Décret n° 2021-955 du 19 juillet 2021 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

⁷⁰⁷ Décret n° 2022-51 du 22 janvier 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire

⁷⁰⁸ « Manifestations contre les mesures vaccinales de 2021-2022 », *Wikipédia*, 2023.

⁷⁰⁹ « Neuf fois plus d'entrées en soins critiques parmi les personnes non vaccinées que parmi celles qui sont complètement vaccinées de 20 ans et plus », [En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/neuf-fois-plus-dentrees-en-soins-critiques-parmi-les-personnes-non-vaccinees>]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁷¹⁰ « Réponse rapide dans le cadre de la COVID-19 - Traitement par Paxlovid® des patients à risque de forme grave de Covid-19 », HAS, 2022.

E. Fin de la pandémie ?

Les chiffres continuent de s'améliorer dans les mois qui suivent, amenant à un recul des restrictions : fin de l'état d'urgence sanitaire en juillet 2022, fin du pass sanitaire en août, fin du *contact tracking* et de l'isolement des personnes testées positives en février, arrêt du port du masque obligatoire en mars et interruption de la veille sanitaire rapprochée en juin.

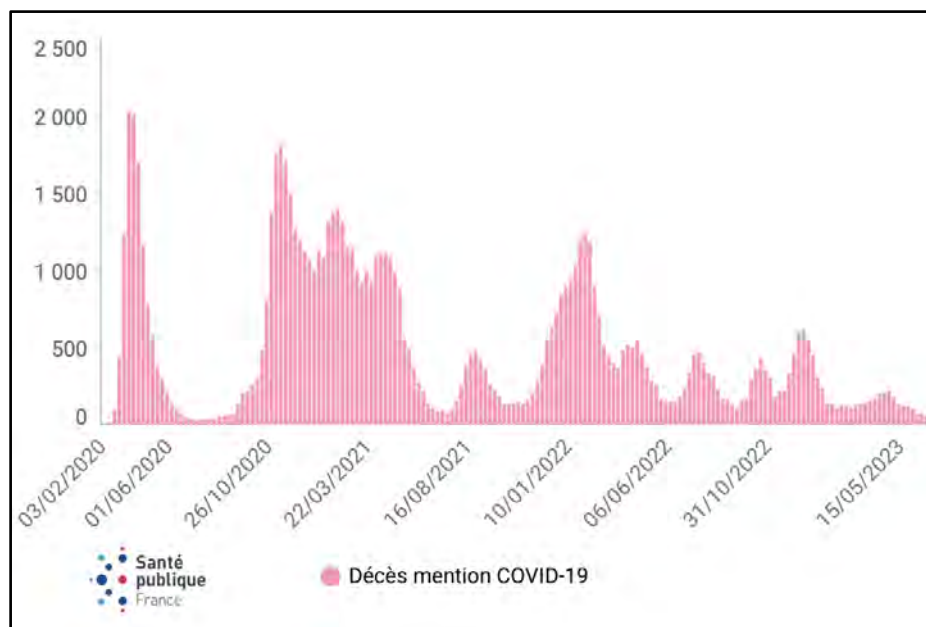


Figure 95. Graphique *Décès Covid-19 certifiés par voie électronique* sur la page "InfoCovidFrance" du site Santé Publique France, consulté le 05/12/2023

La situation s'améliore aussi à l'international et l'OMS déclare la fin de la pandémie le 5 mai 2023, après avoir fait sept millions de décès⁷¹¹. Une recrudescence de la maladie à l'automne 2023 pose des questions sur des récives possibles, mais la situation sanitaire reste légère avec très peu de décès lié à un coronavirus.



Figure 96. Tweet (X) du chef de l'OMS le 5 mai 2023

⁷¹¹ « WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency | UN News », *op. cit.*

Réactions face à la covid

La pandémie de la covid-19 a lieu dans un contexte de mondialisation et d'accélération de l'information, dans une société médicalisée mais méfiante envers certaines institutions. C'est dans cet environnement qu'ont lieu, et sont déterminées, un certain nombre de réactions sur lesquelles nous allons nous pencher.

Rappelons notre remarque du chapitre précédent sur les sondages : ils sont très informatifs, mais à prendre avec les précautions que nécessite l'utilisation de sondage sur échantillon.

Réactions des populations

La société civile a dû faire face à des mesures particulièrement contraignantes et étendues lors de la pandémie. Les réactions face à la maladie et aux mesures sont grandement déterminées par la perception du risque, avec une vision scientifique prédominante, mais aussi par la confiance dans les institutions. L'acceptabilité des mesures est plutôt grande, mais diminue avec le temps. La confiance, déjà fragilisée, est affaiblie par une gestion verticale de la crise.

A. Représentations des populations

Une vision scientifique dominante avec quelques divergences

La manière dont est perçue la maladie est fortement influencée par une vision scientifique, comme en témoigne la prolifération de représentations du virus sous sa forme spiculée. Le virus étant très rapidement mis en évidence, on sait très rapidement que la maladie est due à un nouvel agent infectieux. Les représentations du virus se sont répandues comme une trainée de poudre suite à la publication de l'image microscopique du virus⁷¹², rapidement appropriée par tout un chacun. Les questions de la prise en charge hospitalière, de l'essai de nouveaux traitements, de la découverte du vaccin sont dans tous les esprits et marquent des étapes de la pandémie, impactant aussi les politiques contre l'épidémie.

Comme pour le sida, ce sont des représentations scientifiques qui dominent l'actualité et provoquent débats et questionnements. Cela n'empêche pas quelques perceptions complémentaires, telle la croyance coutumière en temps d'épidémie qu'il s'agit d'une punition divine, pouvant aller jusqu'à la croyance en l'arrivée de l'apocalypse⁷¹³. Cette vision religieuse semble être tout de même restée plutôt en marge dans les sociétés occidentales. Mais la contrepartie est aussi une image scientifique écologique de l'arrivée du virus. De ce point de vue, la covid est une conséquence des activités humaines détruisant des écosystèmes et dérégulant la

⁷¹² L'image en couverture de ce chapitre

⁷¹³ Etienne Jacob, « Apocalypse, punition divine : quand le coronavirus crédite les prophéties fondamentalistes et sectaires », *Le Figaro*, 27 mars 2020.

nature, qui finit par se retourner contre nous⁷¹⁴. Cela peut même prendre la forme punitive : « Les hommes ont détruit les écosystèmes au lieu de vivre avec eux : le coronavirus serait donc une vengeance de la nature »⁷¹⁵. Cette vision amène certains à reconsidérer leur mode de vie et le fonctionnement de la société actuelle, comme d'autres ont pu reconsidérer les comportements sexuels lors du sida.

En marge, il y a aussi des théories qui n'ont pas forcément de fondement objectif : le virus est l'œuvre d'un programme de recherche secret, voire une arme biologique, que la pandémie était programmée et permet de dérégler l'économie, ou encore de vendre des médicaments/vaccins au prix fort; d'autres théories affirment que le virus n'existe pas, et que la pandémie est créée de toute pièce pour instaurer des mesures restrictives globales... Ces théories proviennent de milieux divers et diffusent rapidement via les médias sociaux dans un contexte d'*infodémie*⁷¹⁶. En France, ce serait environ un quart de la population française au début de la pandémie, selon un sondage IFOP, qui donne du crédit à cette théorie⁷¹⁷. On relève que quasiment l'ensemble de ces théories reprend à son compte la représentation scientifique de l'épidémie, avec la participation d'un virus.

Perception du risque

Les comportements face à la maladie sont liés aux représentations de celle-ci et à la perception des risques liés. L'étude *Coconel* lors du premier confinement a relevé quatre profils majeurs de perceptions⁷¹⁸, alors que les connaissances autour du virus ne sont pas entièrement fixées. Dans l'ensemble, les Français interrogés « ont perçu la covid-19 comme une maladie à la fois très contagieuse et très grave »⁷¹⁹.

⁷¹⁴ « Coronavirus : comment le regard de l'homme a évolué face aux grandes épidémies », *Le Monde.fr*, 18 avril 2020.

⁷¹⁵ *Ibidem*.

⁷¹⁶ Cordonnier, « Covid-19 : une pandémie de théories du complot », [En ligne : <https://www.fondationdescartes.org/2020/05/covid-19-une-pandemie-de-theories-du-complot/>]. Consulté le 27 novembre 2023.

⁷¹⁷ « L'origine perçue du Covid19 », IFOP, 2020.

⁷¹⁸ Patrick Peretti-Watel, *Huis-clos avec un virus : comment les Français ont-ils vécu le premier confinement ?*, Presses Universitaires de Septentrion, 2022, (« Le regard sociologique »), p. 117.

⁷¹⁹ *Ibidem*, p. 123.

Tableau 5.1. Profils de perceptions de la Covid-19 (classification ascendante hiérarchique).

Profils de perceptions de la Covid-19 :	Pessimistes inquiets 33 %	Gestionnaires 28 %	Incertains 10 %	Optimistes sereins 19 %	Total
% en colonne					
La Covid-19...					
... est très contagieuse‡	83 %	83 %	60 %	22 %	67 %
... est très grave‡	79 %	78 %	70 %	17 %	66 %
... est très facile à éviter‡	43 %	78 %	35 %	30 %	49 %
Très inquiet à l'idée d'être infecté‡	56 %	31 %	40 %	4 %	36 %
Optimisme comparatif	8 %	30 %	13 %	53 %	23 %
Pessimisme comparatif	72 %	36 %	32 %	10 %	42 %
moyennes					
Létalité perçue	27/100	9/100	10/100	9/100	16/100
Risque personnel d'être infecté	61/100	26/100	41/100	22/100	40/100
Proportion de Français infectés d'ici la fin de l'épidémie	54/100	26/100	45/100	14/100	45/100
Nombre de non réponses (0 à 8)	0,4	0,5	3,7	0,8	1,2

‡ : note 8, 9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10.
 Les nombres en gras sont les plus caractéristiques du profil correspondant en colonne.
 Exemple de lecture : au total, 67 % des enquêtés ont jugé très contagieuse la Covid-19 : 83 % parmi les enquêtés des profils 1 et 2, 60 % pour le profil 3, 22 % pour le profil 4.

Enquêtes Coconel (31 mars-2 avril et 24-26 avril 2020, N=2009).

Figure 97. Tableau profils de perceptions de la covid-19, tiré de *Huis clos avec un virus* (2022), p. 117

Ces conceptions ont évolué avec l'avancée de l'épidémie, la crainte ayant tendance à refluer lorsque l'épidémie est contrôlée et à remonter avec les retours du virus. Les vagues les plus récentes n'ont pas entraîné autant de crainte, en grande partie grâce à l'arrivée des vaccins, une évolution favorable de l'épidémie et des services hospitaliers moins saturés. Ainsi, au printemps 2023, 40 % des Français déclarent ne plus être préoccupés par le virus et un quart des personnes considère que la maladie est bénigne⁷²⁰.

Confiance dans les acteurs et questions d'expertise

La confiance dans le monde scientifique est globalement élevée en occident avant le début de la pandémie, en incluant la France. Il y a tout de même eu plusieurs scandales qui ont pu l'affaiblir : le sang contaminé, la vache folle, le Mediator... Malgré cela, la confiance reste élevée : 85 % de confiance en 2020, notamment dans la médecine⁷²¹. Les médecins ont, et gardent globalement, une grande confiance tout au long de l'épidémie avec 9 personnes sur 10 leur faisant confiance⁷²².

⁷²⁰ Enquête sur l'évolution des comportements des Français face à la recrudescence de l'épidémie de COVID-19 par Ipsos pour Pfizer auprès de 4000 Français âgés de 18 ans et plus du 30/11/2022 au 6/12/2022, rapporté sur <https://www.pfizer.fr/actualites/communiqués-de-presse/covid-19-quelles-evolutions-de-la-perception-des-français>, consulté le 27 novembre 2023

⁷²¹ « Les Français et la science 2021. Représentations sociales de la science 1972 - 2020 », Science&You, 2021.

⁷²² *Ibidem*.

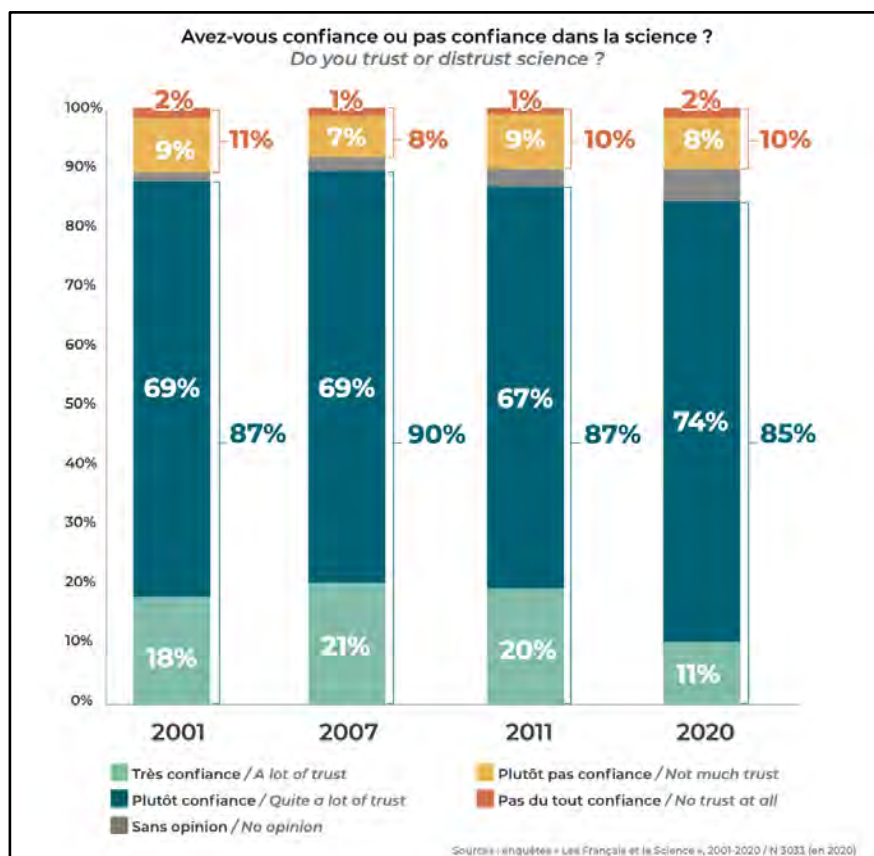


Figure 98. Graphique confiance dans la science, tiré du rapport *Les Français et la science 2021*, Science&You, 2021

Cependant, la covid-19 a vu une multiplication d'experts scientifiques et médicaux s'exprimant publiquement et pouvant tenir des discours contradictoires. Qui est alors le plus crédible et à qui se fier pour s'informer ? Cette multitude de prises de parole peut perturber, et on ne sait plus vers qui se tourner : "Nous ne savons plus trop qui dit la vérité, nous ne savons plus à qui faire confiance"⁷²³. Elle peut aussi amener à décrédibiliser l'ensemble des experts, puisqu'ils ne sont pas capables de se mettre d'accord entre eux. Peut-on vraiment alors faire confiance à la science ? Ainsi, la confiance aurait diminué de 15 % lors des premiers mois de pandémie en France, encore plus que dans d'autres pays européens. Une part non négligeable de la population est particulièrement sensible à l'incohérence entre ces différents acteurs, entraînant telle une défiance⁷²⁴. La confiance reste élevée à plus de 70 %, mais elle est fragilisée.

Cet ensemble scientifique est diversifié, ce qui permet en période de controverse à "chacun [de] trouver un savoir scientifique sur lequel s'appuyer, qui pourra sembler aussi légitime que les savoirs concurrents"⁷²⁵. Certains défendent un "savoir par la pratique clinique", voire la "médecine du peuple", opposée à la recherche menée par des experts "déconnectés de la réalité pratique", pouvant être en collusion

⁷²³ Marion Maudet et Alexis Spire, « Les représentations de l'épidémie de Covid-19 à l'épreuve des différences sociales et du temps », *Revue française de sociologie*, vol. 62 / 3-4, Paris, Presses de Sciences Po, 2021, p. 413-450.

⁷²⁴ *Ibidem*.

⁷²⁵ Patrick Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 222.

avec l'industrie pharmaceutique. C'est ce genre de discours qui parcourt la controverse de l'hydroxychloroquine⁷²⁶.

Médecine du peuple vs médecine des élites

Ce thème d'une médecine du peuple et venant d'en-bas rappelle la défiance qui pouvait exister contre le corps médical au temps de la peste, ou dans les campagnes lors de la vaccination au temps de la variole. Les guérisseurs de tout bord sont alors préférés à la "médecine officielle" des élites, ne considérant pas forcément correctement les petites gens. On aurait pu penser que de telles conceptions disparaîtraient ou deviendrait minoritaire avec les succès de la science, mais la défiance persiste en prenant des formes différentes. De même avec l'élitisme, mais on peut toujours tenter de mieux prendre en compte le vécu et les perceptions des plus réfractaires. La multitude de discours de personnes se déclarant experts n'aide en revanche pas à cela.

Lorsqu'on se tourne vers les autorités sanitaires et les autorités publiques, la défiance est encore plus grande : 74 % de méfiance à l'égard des leaders politiques, 68 % pour les politiciens, mais seulement 32 % pour le Ministère de la Santé⁷²⁷. Cette confiance dans le gouvernement a eu tendance à s'étioler au fur et à mesure de l'épidémie, représentant un frein à l'adhésion aux mesures proposées par celui-ci⁷²⁸. Cette défiance peut provenir des incohérences multiples et du manque de transparence. On reproche aussi qu'après le premier confinement, les politiques ont fait primer l'économie sur la santé⁷²⁹.

Enfin, la défiance envers les journalistes est parmi les plus grandes (55% de méfiance), dans un contexte de crise de confiance dans le monde journalistique et d'*infodémie* (qu'on développe prochainement dans *G. Médias Sociaux*). Dans une société où la religion est une affaire privée et nombreux sont ceux qui se sont détournés d'elle, on se tourne peu vers ses représentants pour s'informer la crise (15% de confiance).

⁷²⁶ *Ibidem*, p. 210.

⁷²⁷ « Les Français et la science 2021. Représentations sociales de la science 1972 - 2020 », *op. cit.*

⁷²⁸ M. Guillon et P. Kergall, « Attitudes and opinions on quarantine and support for a contact-tracing application in France during the COVID-19 outbreak », *Public Health*, vol. 188, novembre 2020, p. 21-31.

⁷²⁹ Marion Maudet et Alexis Spire, *op. cit.*

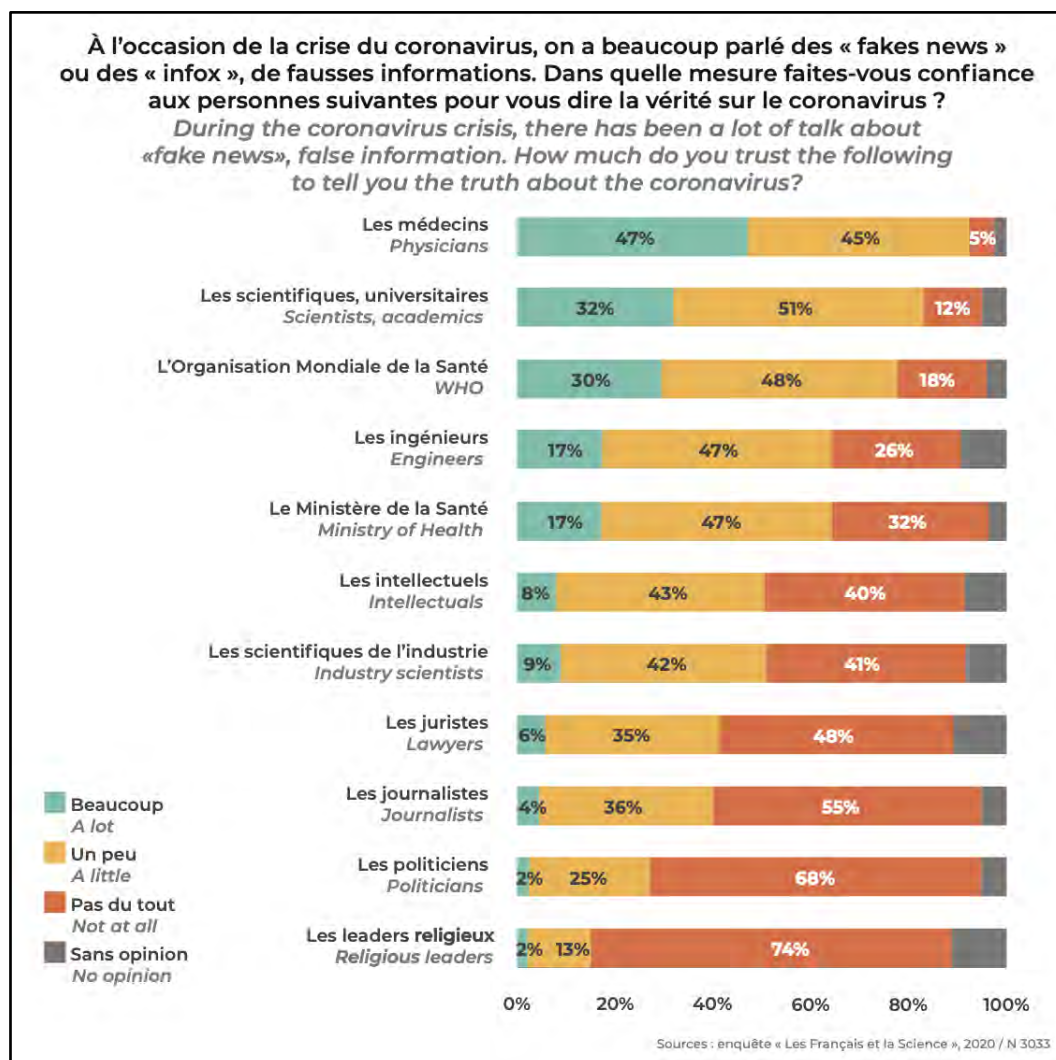


Figure 99. Infographie confiance de la population pour dire la vérité sur le coronavirus, tirée du rapport *Les Français et la science 2021*, Science&You, 2021

Acceptabilité des mesures et solidarité

Les réponses à l'épidémie ont été très verticales, laissant peu de marge de manœuvre aux individus et incluant peu la participation citoyenne. Pourtant, malgré cela, l'acceptabilité aux mesures a été forte⁷³⁰. L'une des raisons avancées est la perception du risque, qu'on a évoquée plus haut, ayant sûrement fortement poussé les citoyens à rechercher protection grâce aux mesures restrictives. Mais ce n'est pas tout. On peut y ajouter les relations avec autrui : d'un côté, elle peut pousser à ne pas respecter les mesures restrictives pour conserver ce lien, mais de l'autre, elle peut pousser à les suivre scrupuleusement en raison d'une "solidarité épidémique" pour protéger ses proches ou les personnes plus fragiles et à risque⁷³¹. En milieu populaire,

⁷³⁰ Alfonsina Faya Robles, Laurence Boulaghaf, Annalisa Lendaro, [et al.], « L'acceptabilité sociale en temps d'exception », in *L'acceptabilité sociale. Enjeux de société et controverses scientifiques*, 2023.

⁷³¹ *Ibidem*.

parfois, c'est une forme de "différenciation" envers les "déviant" ne respectant pas les règles qui peuvent pousser à l'acceptabilité. La présence policière peut aussi freiner, avec une présence perçue plus importante encore une fois dans les quartiers défavorisés⁷³². La confiance dans les institutions joue aussi dans cette acceptabilité, les personnes plus confiantes ayant plus tendance à suivre les consignes⁷³³.

Santé mentale

La santé mentale a été un objet de préoccupation et d'étude nouveau durant la crise, avec même la mise en place d'un "bulletin surveillance syndromique santé mentale" par Santé Publique France. Elle n'a pas été prise en compte de manière aussi explicite auparavant, c'est un concept relativement récent (milieu du XXe siècle⁷³⁴). Les chiffres sont rapportés dans un rapport sénatorial de 2023⁷³⁵. Ce rapport met en avant une augmentation des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des pensées suicidaires. Ceci concerne en particulier les femmes, les adolescents et les étudiants. Un cinquième de la population présenterait aussi des signes de stress post-traumatique après le premier déconfinement, davantage chez ceux ayant vu le virus à l'œuvre ou chez les plus pauvres et les plus démunis⁷³⁶.



⁷³² *Ibidem*.

⁷³³ Patrick Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 240.

⁷³⁴ Claude-Olivier Doron, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, 61e année, Nîmes, Champ social, 2015, p. 3-16.

⁷³⁵ « Rapport d'information : Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale », Commission des Affaires Sociales, 2021.

⁷³⁶ Patrick Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 182.



Figure 100, Symptômes psychologiques suite au premier confinement, tirée de *Rapport d'information : Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale*, Commission des Affaires Sociales, décembre 2021

B. Limitation de circuler : confinement, couvre-feux

Acceptation initiale forte

Le premier confinement reçoit un fort soutien, 88 % des personnes interrogées à dix jours de son début estimant qu'il s'agit du seul moyen efficace de lutter contre l'épidémie⁷³⁷. Ce soutien peut être divisé en tiers selon le degré de confiance. Le premier tiers est un "soutien fort" et confiant, admettant que le confinement est une nécessité, voire qu'il devrait être renforcé. Le soutien peut aussi être "fort mais critique" s'inquiétant des effets délétères pour l'économie, pour les libertés, pour la santé mentale, pour les relations interindividuelles et critiquant le manque de préparation ainsi que le manque de moyen du système de santé pour y faire face. Enfin, le dernier tiers trouve le confinement nécessaire mais excessif, restreignant trop les libertés individuelles et qu'il mériterait d'être allégé. Le soutien au confinement persiste durant celui-ci, mais il est progressivement perçu comme trop restrictif, avec la moitié des personnes souhaitant qu'il soit assoupli. Pourtant, à la fin de celui-ci, c'est aussi la moitié qui pense qu'il serait nécessaire de le maintenir plus longtemps⁷³⁸.

Durant ce premier confinement, la durée de sortie du domicile était variable et liée à la perception du risque de l'épidémie. Ainsi, les personnes les plus inquiètes avaient tendance sortir moins (<30 min), alors que les plus optimistes sortent plus longtemps (> 1 heure)⁷³⁹. Ce sont aussi les personnes craignant une seconde vague épidémique qui appliquent le plus soigneusement les mesures barrières et qui souhaitent la prolongation du confinement (70-80%), alors que ceux n'y croyant pas appliquaient moins les mesures barrières (28%) et ne souhaitent pas le prolongement du confinement (93%)⁷⁴⁰.

⁷³⁷ *Ibidem*, p. 202.

⁷³⁸ *Ibidem*, p. 194.

⁷³⁹ *Ibidem*, p. 122.

⁷⁴⁰ *Ibidem*, p. 138.

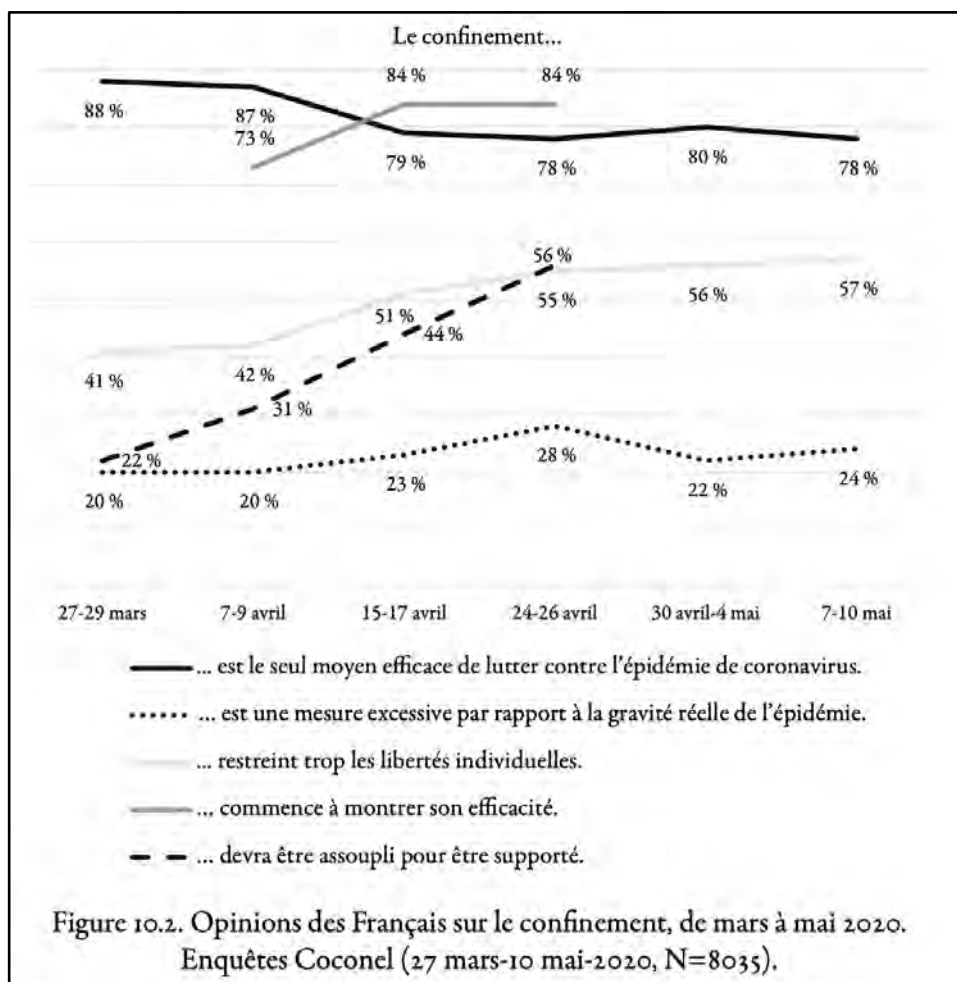


Figure 101. Graphique opinion des Français sur le confinement, tiré de *Huis-clos avec un virus* (2022), p. 193

Une acceptation déclinante

Le soutien aux mesures restrictives a tendance à diminuer au fur et à mesure de l'épidémie et des différentes mesures (deuxième confinement, troisième confinement, couvre-feux...). Ainsi, le deuxième confinement ne reçoit l'approbation que de 67 % de la population et le troisième que 52 % (le couvre-feu en recevant 57 %) ⁷⁴¹. L'acceptabilité reste cependant forte, neuf personnes sur dix rapportant qu'ils suivront un éventuel nouveau confinement ⁷⁴². Les transgressions aux consignes progressent tout du moins : de 33 % de transgressions au premier confinement, cela monte à 60 % lors du second confinement ⁷⁴³.

Les mesures barrières sont largement appliquées durant les deux premières années de la pandémie, particulièrement lors du premier confinement (en dehors du

⁷⁴¹ « Les Français, le confinement et le vaccin contre la Covid-19 », Elabe, 2021.

⁷⁴² *Ibidem*.

⁷⁴³ « Les Français et le reconfinement : entre dépression et transgression », Consolab, 2020.

port du masque), puis régressant rapidement après février 2022⁷⁴⁴. L'envie et la nécessité de relations sociales sont majeures et la perception du risque liée à l'épidémie va en diminuant. Le regroupement de personnes et la sociabilisation sont les comportements à revenir le plus vite, refluant tout de même avec la remontée épidémique autour du second confinement.

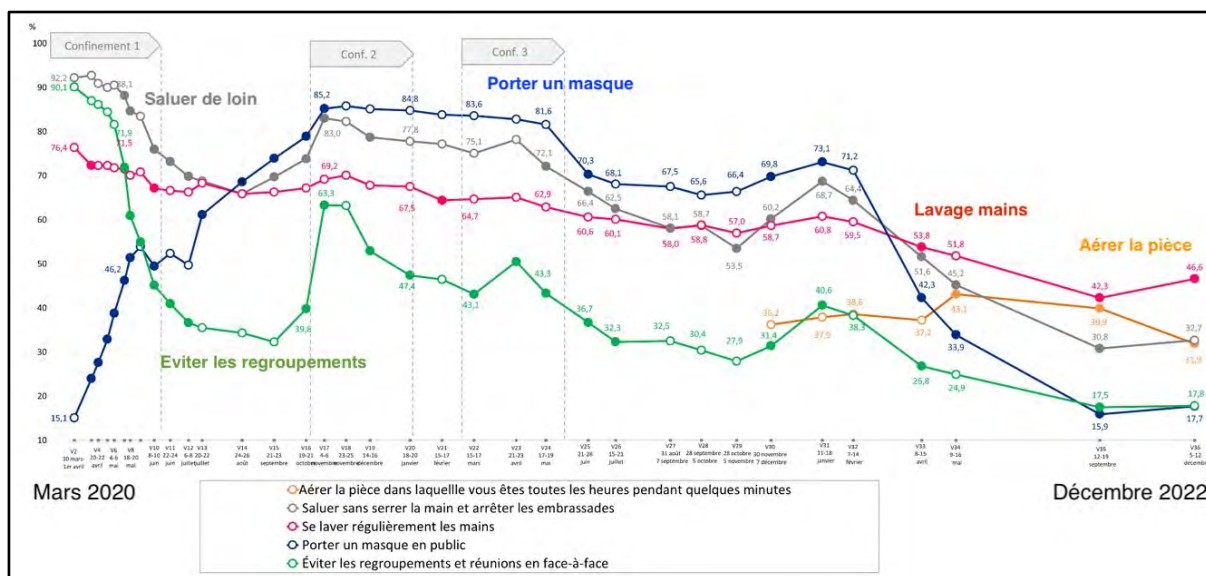


Figure 102. Graphique *Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés)*, tirée de l'enquête CoviPrev (vague 36, 5-12 décembre 2022), France métropolitaine

C. Dépistage, déclaration obligatoire, suivi et isolement

Le dépistage se développe et se répand surtout après le premier confinement en France. Les différents modes de dépistage ne sont pas toujours très bien appréciés, il est perçu comme désagréable et rencontre quelques oppositions (notamment pour son utilisation chez les enfants). Il est quand même effectué de manière assez large dans la population en 2021 et début 2022. Mais c'est aussi qu'il peut permettre d'accéder à de nombreux lieux ou voyager sans se vacciner⁷⁴⁵. Son utilisation recule alors lorsqu'il ne permet plus d'accéder au pass sanitaire. La déclaration obligatoire et la levée du secret médical n'entraîne pas de grandes contestations dans la population, bien que différentes institutions émettent des réticences. L'utilisation des données et le suivi des personnes autour de l'application *StopCovid* entraîne des critiques bien plus nombreuses, en particulier concernant le traçage des personnes et des données⁷⁴⁶. L'application est un échec, mais

⁷⁴⁴ « Comment évolue la santé mentale des Français depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ? - Enquête Coviprev », 2023.

⁷⁴⁵ « Bilan 2022 du dépistage du Covid-19 : 17 % de tests en moins qu'en 2021 mais trois fois plus de cas de Covid-19 détectés », DREES, 2023.

⁷⁴⁶ « Faut-il ou non installer « StopCovid » ? Le débat résumé en une conversation SMS », *Le Monde.fr*, 1 juin 2020.

TousAntiCovid permettant de stocker le pass sanitaire rencontre plus de succès, avec toutefois les mêmes réticences sur l'utilisation des données⁷⁴⁷.

La quarantaine des personnes positives est globalement bien acceptée, mais assez mal vécue par nombre de ces personnes isolées. À l'angoisse de la maladie, s'ajoute l'exclusion sociale et la stigmatisation avec l'impression d'être des "pestiférés"⁷⁴⁸. Ces quarantaines sont l'occasion de soutien interpersonnel, mais aussi de tensions intrafamiliales, de peur et d'angoisses. Cela participe à la majoration des troubles de la santé mentale. En EHPAD et autres résidences pour personnes âgées, cela peut mener à une "profonde détresse, au point de vouloir se blesser ou de se donner la mort"⁷⁴⁹. Il y a également la culpabilité d'avoir attrapé ou répandu la maladie ou encore la peur d'être fiché, amenant des personnes à ne pas déclarer leur maladie.

D. Vaccination et pass sanitaire

Des doutes, des précautions et une acceptation progressive

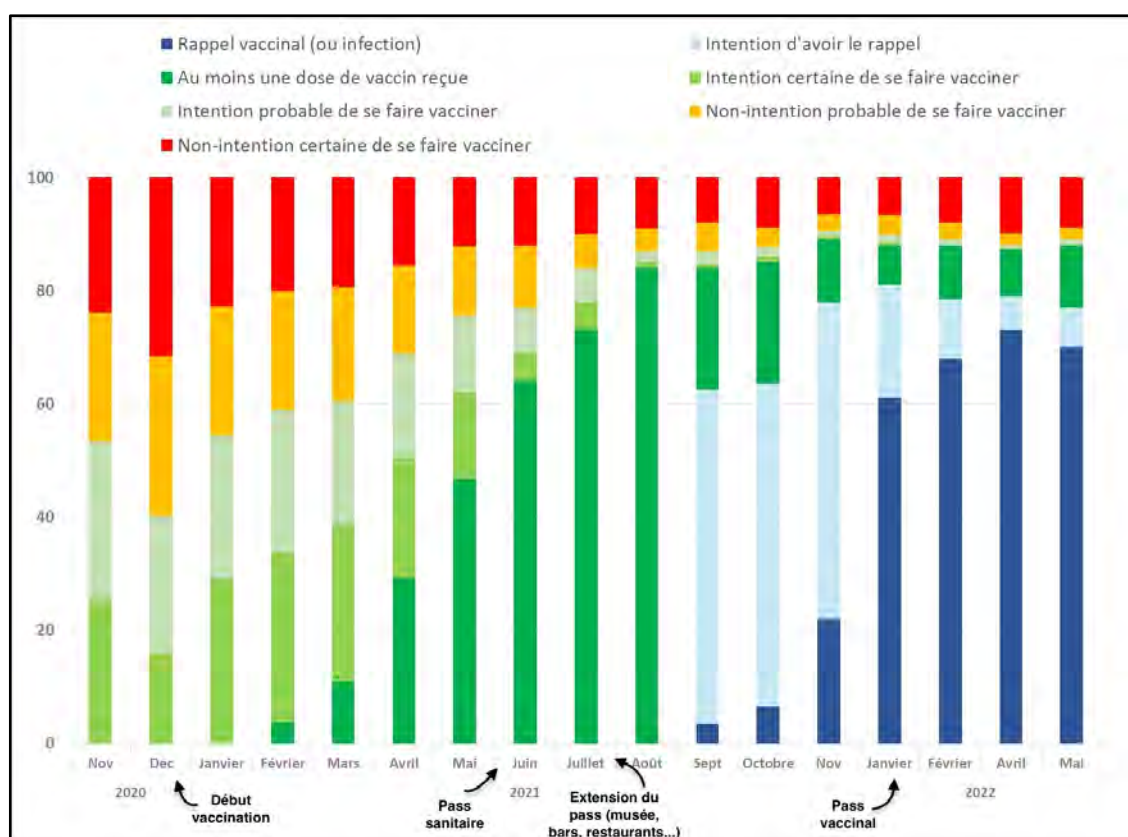


Figure 103. Graphique *Évolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés) entre novembre 2020 et mai 2022.*
Enquête CoviPrev (vague 34), Santé Publique France

⁷⁴⁷ « La CNIL avertit sur une possible exposition de données médicales lors du contrôle du passe sanitaire », *Le Monde.fr*, 9 juin 2021.

⁷⁴⁸ « Coronavirus. Le sentiment d'être des pestiférés », *L'Alsace*, 24 janvier 2022.

⁷⁴⁹ « Journal de crise des blouses blanches : « Il faut à tout prix éviter les "vaccinodromes" » », *op. cit.*

Avant même l'arrivée des vaccins, ceux-ci sont sources de multiples débats portant sur leur efficacité, sur les risques, sur sa disponibilité, sur les intérêts financiers, sur l'obligation vaccinale⁷⁵⁰... Parmi ces propos, on peut trouver des théories complotistes : surveillance grâce à des puces par *Big Brother* ou enrichissement de *Big Pharma* et les risques physiques de la vaccination sont des thématiques récurrentes⁷⁵¹. Pour l'historien Laurent Henri-Vignaud cependant, "le mouvement antivax reste marginal"⁷⁵², et ce sont des interrogations plus légitimes qui entourent le scepticisme français : "les 40 % de Français qui se disent incertains de la sûreté des vaccins ne sont pas dans une démarche radicale du refus, mais plutôt dans celle de questions posées à l'autorité politique et à l'industrie pharmaceutique"⁷⁵³. La méfiance envers les vaccins est à la hauteur de la méfiance que ces populations peuvent avoir dans les institutions politiques, pharmaceutiques et médicales. En novembre 2020, c'est près d'un Français sur deux qui refuserait un éventuel vaccin, et en décembre, c'est six personnes sur dix (voir figure ci-dessus⁷⁵⁴).

Lorsque les vaccins arrivent fin décembre 2020, divers doutes retardent l'adhésion vaccinale : les vaccins sont arrivés trop vite, on n'a pas assez de recul, il y a des risques d'effets secondaires... "Faut arrêter les conneries, le sida, ça fait plus de trente ans qu'on cherche un vaccin et là, en quelques mois, on trouve. On ne sait pas ce qu'on nous injecte dans le sang. Qu'est-ce qui vous dit que dans six mois les gens ne tomberont pas malades ?" rapporte par exemple un habitant de Seine-et-Marne en juillet 2021⁷⁵⁵. D'autres ne se sentent pas concernés, en particulier les jeunes moins à risque de formes graves. Les effets indésirables autour du vaccin AstraZeneca en mars 2021 ont effrayé quant à l'utilisation de ce vaccin, sans forcément provoquer de recul de la vaccination globale⁷⁵⁶. La réticence est d'autant plus importante que l'on se trouve dans des milieux pauvres (sans forcément être lié à l'éducation), ainsi que chez les abstentionnistes méfiants des institutions : "Ne pas participer à la vie politique et ne pas adhérer à la politique de vaccination sont deux versants d'une même question" note le Conseil d'Analyse Économique⁷⁵⁷. Il y a aussi un "gradient de couverture vaccinale pouvant être considéré comme parallèle au gradient d'insertion sociale", avec une couverture bien moins importante dans les zones défavorisées d'Île-de-France et de Marseille⁷⁵⁸. L'acceptabilité du vaccin est

⁷⁵⁰ « Vaccination obligatoire contre le Covid-19 : pourquoi le débat est prématuré », *Le Monde.fr*, 17 novembre 2020.

⁷⁵¹ « Les discours antivaccin, bien implantés en France, ont redoublé de vigueur avec la crise sanitaire », *Le Monde.fr*, 10 juin 2020.

⁷⁵² *Ibidem*.

⁷⁵³ « Covid-19 : « L'antivaccinisme contemporain est principalement "économique" et "politique" » », *Le Monde.fr*, 13 novembre 2020.

⁷⁵⁴ « CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 (vague 34) », *op. cit.*

⁷⁵⁵ « « Ça ne sert à rien », « je préfère attendre » : plongée dans la France récalcitrante au vaccin contre le Covid-19 », *Le Monde.fr*, 9 juillet 2021.

⁷⁵⁶ « La confiance des Européens dans le vaccin d'AstraZeneca en chute », *Libération*, 22 mars 2021.

⁷⁵⁷ Yann Algan et Daniel Cohen, « Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 66 / 6, Paris, Conseil d'analyse économique, 2021, p. 1-12.

⁷⁵⁸ Thomas Roederer, Bastien Mollo, Charline Vincent, [et al.], « PREVAC : Estimation de la couverture vaccinale et des facteurs associés à la vaccination contre le COVID-19 auprès des

améliorée par les mesures “d’aller vers” et la présence de médiateurs. Dans la même optique, les personnes préfèrent la vaccination chez le médecin traitant en premier lieu plutôt que dans les nouveaux centres de vaccination⁷⁵⁹.

D’autres regrettent au contraire de n’avoir pas immédiatement accès au vaccin, et de devoir “continuer cette vie de reclus(e) quand toute sortie est un risque”⁷⁶⁰. C’est près de 68 % des sondés qui estiment que la vaccination est trop lente en janvier 2021⁷⁶¹. Avec la progression de la vaccination et le recul sur les risques, nombreux sont ceux qui se laissent convaincre. En mai 2021, c’est près d’un Français sur deux qui est vacciné. Avec l’annonce du pass sanitaire, puis son extension à la vie quotidienne, le mouvement s’accélère jusqu’à 80 % de vaccinés dès août.

Pass sanitaire : entre liberté et devoir citoyen

Suite à l’arrivée du pass sanitaire, l’écart entre les personnes souhaitant se faire vacciner et les personnes effectivement vaccinées se réduit considérablement. En octobre 2021, c’est 30 % des personnes nouvellement vaccinées qui l’ont fait en raison de ce pass⁷⁶². La perception de ce dispositif est mitigée. En mars, c’est 67 % des 110.000 répondants à une enquête du Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) qui y sont très défavorables et à peine 5 % en faveur⁷⁶³. On craint les “atteintes aux libertés publiques” et “une discrimination entre les citoyens” alors que “l’efficacité et la sûreté du vaccin [...] n’ont pas été prouvées”. Cela évolue rapidement avec la progression de la vaccination, atteignant 60 % d’adhésion au dispositif en octobre. Pour eux, c’est “une façon responsabiliser ceux qui ne veulent pas être vaccinés (60 %) et qu’il s’agit du seul moyen de limiter les contaminations sans imposer le vaccin à ceux qui le refusent (58 %)”⁷⁶⁴, ainsi qu’une possibilité de “retrouver sa liberté” préférable aux confinements⁷⁶⁵. Pour les réfractaires, cela représente une obligation déguisée, “une restriction des libertés individuelles” et “ça exclut et stigmatise les personnes ne voulant pas se faire vacciner contre la Covid-19”⁷⁶⁶. Le mécontentement à l’encontre de ce dispositif devient minoritaire mais très bruyant avec de nombreuses manifestations pendant six mois et gagnant la sympathie du tiers des Français⁷⁶⁷ (moitié moins que le soutien manifesté aux gilets jaunes en

populations en situation de grande précarité Ile-de-France et Marseille, juin-décembre 2021 », Epicentre, 2022.

⁷⁵⁹ « Enquête COVIREIVAC : les français et la vaccination », COVIREIVAC, INSERM, ORS PACA, 2021.

⁷⁶⁰ « « Paroles de lecteurs » - Vaccin contre le Covid-19 : question de priorité », *Le Monde.fr*, 12 janvier 2021.

⁷⁶¹ « Les Français, le confinement et le vaccin contre la Covid-19 », *op. cit.*

⁷⁶² « Comment évolue l’adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? (résultats de la vague 28 - CoviPrev) », Santé Publique France, 2021.

⁷⁶³ « Résultats de la consultation sur le passeport vaccinal », [En ligne : <https://participez.lecese.fr/pages/resultats-de-la-consultation-sur-le-passeport-vaccinal>]. Consulté le 28 novembre 2023.

⁷⁶⁴ Jérôme Fourquet et Dubrulle, « Les Français et la mobilisation contre le pass sanitaire », IFOP, *Le Journal du Dimanche*, 2021.

⁷⁶⁵ « Résultats de la consultation sur le passeport vaccinal », *op. cit.*

⁷⁶⁶ « Comment évolue l’adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? (résultats de la vague 28 - CoviPrev) », *op. cit.*

⁷⁶⁷ Jérôme Fourquet et Dubrulle, *op. cit.*

2019). Cette défiance persiste après la levée du pass sanitaire, avec quelques manifestations et les mêmes critiques des institutions⁷⁶⁸.

E. Soutien et discriminations

Discriminations

La covid ne fait pas exception aux phénomènes de discrimination en temps épidémique. *Human Rights Watch* rapporte une stigmatisation des populations asiatiques dans le monde entier durant les premiers mois de la pandémie. Les personnes d'origine asiatique sont montrées du doigt, mise à l'écart et elles sont cibles de propos violents ("Garde ton virus, sale Chinoise ! T'es pas la bienvenue en France"⁷⁶⁹), pouvant aller jusqu'à la violence physique. Le personnel soignant peut aussi être victime de la coronaphobie et des discriminations, même lorsqu'ils ne sont pas directement en contact avec le virus. Ce climat de peur s'étend au-delà et des tensions se créent autour des mesures de distanciation. C'est un chauffeur de bus à Bayonne qui en fait les frais et décède des suites d'une agression par des individus à qui il a demandé de porter leur masque⁷⁷⁰. Avec l'arrivée du vaccin et du pass sanitaire, la tension se transpose entre les vaccinés et les non-vaccinés. L'Académie Nationale de Médecine plusieurs communiqués invitant à prendre en compte les discriminations liées à l'âge, pouvant être favorisé par des idées de sacrifice des jeunes générations sur l'autel de la solidarité⁷⁷¹. Les personnes ayant la maladie, les "covidés" sont évités et tenus à l'écart, risquant de contaminer les autres. Elles peuvent être accusées d'avoir été "imprudentes", causant la maladie et mettant en danger le groupe. On ne voit pas de phénomène collectif, comme cela a pu être le cas pendant la peste, mais les actes individuels se sont démultipliés. En mai 2020, le secrétaire général de l'ONU appelle à agir contre le "raz-de-marée de haine et de xénophobie, de recherche de boucs émissaires et d'alarmisme"⁷⁷².

Soutien

La solidarité ne fait pas non plus exception en temps de covid, et ne s'éteint pas dans la crainte de l'autre. Le sociologue P. Peretti-Watel étaye que les échanges de service entre voisins n'ont pas vraiment augmenté durant le confinement⁷⁷³, mais ils n'ont donc pas non plus reculé. Face aux mesures de distanciation physique, la solidarité traditionnelle (solidarité familiale, entraide de voisinage) persiste, et s'y

⁷⁶⁸ Dominique Crié et Christelle Quero, « Défiance, désinformation... Pourquoi l'opposition au vaccin anti-Covid continue malgré la levée du passe », *lejdd.fr*, Le Journal du Dimanche, 2 mai 2022.

⁷⁶⁹ « « Garde ton virus, sale Chinoise ! » : avec le coronavirus, le racisme antiasiatique se propage en France », *Le Monde.fr*, 29 janvier 2020.

⁷⁷⁰ « Les anti-masques, ces Français qui veulent rester « libres » », *La Croix*, 7 août 2020.

⁷⁷¹ « Discrimination liée à l'âge ou âgisme, un fléau mondial en progression ! », Académie Nationale de Médecine, 2021.

⁷⁷² « Le Covid-19 attise le racisme anti-asiatique et la xénophobie dans le monde entier | Human Rights Watch », 2020.

⁷⁷³ Patrick Peretti-Watel, *op. cit.*, p. 74.

ajoute des solidarités numériques⁷⁷⁴ aidant à maintenir les liens sociaux et à lutter contre l'isolement (excluant tout de même les générations moins à l'aise avec le numérique). À cela s'ajoute l'action des associations. Celles-ci sont fortement touchées par la crise⁷⁷⁵, mais se montrent résilientes et présentes dans la vie locale. Elles apportent leur soutien physique et numérique (maintien du lien, lutte contre l'isolement, lutte contre la précarité et pour l'accès aux soins...) et elles jouent un rôle de médiateur contribuant à l'acceptation des mesures⁷⁷⁶.

F. Contestations

Contestation politique, critique de la verticalité

L'épidémie de covid-19 est la première du XXI^e siècle à entraîner, en France, de telles mesures restrictives (limitations de circuler, isolement, confinement, mesures de distanciation) et une incitation vaccinale forte avec le pass vaccinal. En réponse, se créent de nombreuses oppositions, qui ont pu être individuelles ou collectives. Les premières ont une tendance plutôt personnelle : refus de respecter les mesures de distanciation, surtout le masque, transgression du confinement ou du couvre-feu. Quelquefois, ce sont des collectifs qui se plaignent, comme le collectif *Parents atterrés* qui dépose un recours devant le Conseil d'État contre l'obligation du port de masque pour les enfants. L'introduction du pass sanitaire cristallise les oppositions à partir de mi-2021, avec la présence de dizaines - parfois centaines - de milliers de manifestations dans les rues pour le dénoncer. Les mouvements sont l'œuvre d'une minorité, la majorité concédant aux diverses mesures, mais gagnent tout de même la sympathie d'un certain nombre. Sans aller jusqu'à la contestation, de nombreuses interrogations sont soulevées. L'utilisation d'une étoile jaune, à l'image des stigmates contre les juifs lors des temps sombres de la Seconde Guerre Mondiale, est en revanche source de nombreuses indignations⁷⁷⁷.

Les masques sont qualifiés de "muselières"⁷⁷⁸ dans un ensemble politique cherchant à restreindre les libertés. La qualification de "dictature sanitaire" n'est d'ailleurs pas rare. Pour d'autres, c'est l'incompréhension face aux multiples renversements de politiques, de l'inutilité du masque (voire de sa contre-productivité si mal utilisé d'après la porte-parole du gouvernement) dans un contexte de pénurie, à sa nécessité quotidienne. Se pose la question entre l'incompétence des politiques ou de leur manque de transparence sur la question. On s'interroge aussi sur la pertinence de mesures aussi restrictives pour protéger une minorité de personnes plus fragiles alors que la plupart en sort indemne, en particulier les plus jeunes. Ce sacrifice est-il nécessaire : le sacrifice des libertés, mais aussi le sacrifice de la santé mentale

⁷⁷⁴ « Coronavirus et nouvelles formes de solidarité | Melchior », [En ligne : <https://www.melchior.fr/synthese/coronavirus-et-nouvelles-formes-de-solidarite>]. Consulté le 1 décembre 2023.

⁷⁷⁵ « #Covid-19 : où en sont les associations un an après ? », Mouvement associatif, 2021.

⁷⁷⁶ Alfonsina Faya Robles[et al.], *op. cit.*

⁷⁷⁷ « Le port de l'étoile jaune lors des manifestations contre le passe sanitaire suscite l'indignation », *Le Monde.fr*, 19 juillet 2021.

⁷⁷⁸ « France: sur fond de théories complotistes, le mouvement «anti-masque» se propage », [En ligne : <https://www.rfi.fr/fr/france/20200806-fond-th%C3%A9ories-complotistes-antimasques-font-entendre-port-obligatoire>]. Consulté le 30 novembre 2023.

et de certaines formes de relations sociales ? Même les personnes les plus à risque en souffrent, d'autant plus en EHPAD où on ne leur laisse pas toujours le choix sur la question, certains en venant à délaisser leur santé physique qu'on tentait pourtant de protéger⁷⁷⁹. Pour les plus réfractaires à ces mesures, le sociologue David Breton y voit aussi "le produit d'un désengagement civique, qui est l'un des marqueurs de l'individualisme contemporain"⁷⁸⁰.

En même temps, selon Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, le refus du port du masque est un "acte politique" contestant la "gouvernance de la crise sanitaire et donc l'autorité de l'État"⁷⁸¹. C'est une thématique centrale, qu'on retrouve dans la contestation du pass sanitaire. On y retrouve d'ailleurs plusieurs figures du mouvement des gilets jaunes de 2019, qui mettait en avant avec force ce manque d'horizontalité et d'écoute des autorités⁷⁸². En novembre 2021, l'île de la Guadeloupe est en "crise sociale" et paralysée par une grève générale et des contestations contre le pass sanitaire et la suspension des soignants non-vaccinés⁷⁸³.

Les opposants au pass sanitaire comptent également de nombreuses personnes vaccinées, mais s'inquiétant pour leurs libertés. Ils sont aussi rejoints par des intellectuels de tous bords (médecins, avocats, sociologues, chercheurs...) et des politiques, allant de l'interrogation à la contestation dans la rue⁷⁸⁴. Dans leurs livres *Une Démocratie Confinée* (2021) et *Une Démocratie Endeuillée* (2021), le philosophe Emmanuel Hirsch et le médecin Gilles Pialoux dénoncent cette dérive qui met la "démocratie en parenthèse" et appellent à une concertation avec les citoyens pour rester dans l'esprit de la démocratie sanitaire léguée par le combat associatif des années sida.

Complotisme

On retiendra de l'épidémie covid de nombreuses théories qualifiées de "complotistes", allant au-delà des interrogations que l'on vient d'évoquer. D'après Conspiracy Watch, "le conspirationnisme désigne l'attitude consistant à remettre en cause abusivement l'explication communément admise de certains phénomènes sociaux ou événements marquants au profit d'un récit explicatif alternatif qui postule l'existence d'une conspiration et dénonce les individus ou les groupes qui y auraient pris part"⁷⁸⁵. Les théories autour de la covid commencent par celles autour d'un virus inventé, d'un complot des gouvernements pour restreindre les libertés ou favoriser

⁷⁷⁹ « Journal de crise des blouses blanches : « Il faut à tout prix éviter les "vaccinodromes" » », *Le Monde.fr*, 28 novembre 2020.

⁷⁸⁰ « Les anti-masques, ces Français qui veulent rester « libres » », *op. cit.*

⁷⁸¹ Emmanuel Hirsch, « Le refus du port du masque, une défaite politique », *Libération*, 7 août 2020.

⁷⁸² « Les anti-passe sanitaire, un mouvement d'opposition aux multiples visages », *Le Monde.fr*, 4 septembre 2021.

⁷⁸³ « Crise sociale en Guadeloupe : le couvre-feu sera prolongé jusqu'au 28 novembre dans le département, annonce le préfet », [En ligne : https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/direct-greve-generale-en-martinique-des-forces-de-l-ordre-et-des-pompiers-vises-par-des-tirs-d-armes-a-feu_4855927.html]. Consulté le 5 décembre 2023.

⁷⁸⁴ « Les anti-passe sanitaire, un mouvement d'opposition aux multiples visages », *op. cit.*

⁷⁸⁵ La Rédaction, « Qu'est-ce que le conspirationnisme ? », [En ligne : https://www.conspiracywatch.info/qu-est-ce-que-le-conspirationnisme_a317.html]. Consulté le 1 décembre 2023.

l'économie de *Big Pharma*. L'arrivée des vaccins fait réémerger les conceptions d'altération du naturel par l'artificiel, les vaccins introduisant des substances étrangères pouvant altérer le bon fonctionnement du corps humain. Le thème de la surveillance des individus s'y associe, avec l'idée d'introduction de neurotransmetteurs et de puces 5G. La figure de Bill Gates cristallise nombre de ces théories, étant à la rencontre de plusieurs discours : un empire financier, une entreprise technologique avancée (Microsoft) et une fondation promouvant la vaccination (Fondation Bill-et-Melinda Gates)⁷⁸⁶. Les nouveaux médias et les nouveautés de l'information à l'époque contemporaine privilégient la diffusion de ces discours, comme avec le documentaire en libre accès *Hold-Up* (2020) offrant une "analyse en dehors des versions officielles". Les controverses entre "experts" leur profitent, utilisant l'argument d'autorité (ou de marginalisation des "vrais" experts). Ces propos complotistes préexistaient à notre époque, comme on l'a vu pour la variole, mais étaient plutôt l'apanage d'intellectuels. L'information, qu'elle soit vraie, douteuse ou fausse, est plus facilement accessible à tous de nos jours, avec des algorithmes confortant les préjugés de chacun. Le complotisme a alors tendance à se "populariser" et se répandre plus facilement⁷⁸⁷.

G.Médias sociaux : s'informer, sociabiliser et contester au temps de la covid

L'arrivée des médias sociaux

Le début du XXI^e siècle a vu l'arrivée de nouveaux modes de communication : les réseaux sociaux. Selon "L'internaute", un réseau social est un "site internet qui permet aux internautes de se créer une page personnelle afin de partager et d'échanger des informations, des photos ou des vidéos avec leur communauté d'amis et leur réseau de connaissances"⁷⁸⁸. Il s'agit de plateformes comme Facebook, X (anciennement Twitter), Instagram, Snapchat, TikTok... En avril 2020, on compte 7.79 milliards d'habitants sur la planète : 5,15 milliards de mobinautes (66 %), 4.57 milliards d'internautes (59 %), 3.96 milliards d'utilisateurs des réseaux sociaux (51 %)⁷⁸⁹. Pour être plus global, certains parlent de médias sociaux : "des plateformes ou applications Web 2.0 qui permettent à leurs utilisateurs de créer du contenu en ligne, de l'échanger,

⁷⁸⁶ « France: sur fond de théories complotistes, le mouvement «anti-masque» se propage », *op. cit.*

⁷⁸⁷ « Covid-19 : « L'antivaccinisme contemporain est principalement "économique" et "politique" », *op. cit.*

⁷⁸⁸ «  Réseau social : Définition simple et facile du dictionnaire », [En ligne : <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/reseau-social/>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁷⁸⁹ Hootsuite, We are social, « Digital 2020 : Global Digital Overview ».

de le consommer et d'interagir avec d'autres utilisateurs ou leur environnement en temps réel"⁷⁹⁰. On peut les distinguer en quatre types⁷⁹¹ :

- les wikis : réalisant, collecte et créations de connaissances dans une logique collaborative;
- les blogs et microblogs (dont X/Twitter) : pour la publication d'informations et l'expression de soi;
- les sites de réseaux sociaux (dont Facebook) : pour la gestion des relations, l'expression de soi et la communication, ainsi que la collecte d'informations;
- les systèmes de partage et d'indexation de contenu (dont Instagram, Youtube) : pour la création et l'échange d'informations multimédia (photos, vidéos).

Ces médias ont été largement présents tout au long de l'épidémie, et permis de s'informer, de communiquer, de sociabiliser, de s'exprimer. Ils ont joué de multiples rôles et influencé les réactions des personnes et des institutions.

Infodémie, comment s'informer en temps d'épidémie ?

L'utilisation des médias sociaux est associée à une accélération de l'information, en particulier en période de crise. Ceci est déjà favorisé à la télévision par l'apparition de chaînes d'informations en continu, qui sont souvent critiquées d'être à la course au "scoop" et à l'immédiateté, responsable d'une surconsommation de l'information et d'un "emballement médiatique" (voire "d'infobésité")⁷⁹². Sur les médias sociaux, il est très facile de publier des informations, plus ou moins anonymement, et sans nécessité de prouver la véracité de ses dires. Ces informations peuvent toucher jusqu'à plusieurs millions de personnes. La télévision et réseaux sociaux représentent en plus une part importante des sources d'information pour les Français, plus de 75 % pour l'un et plus de 40 % de la population :

⁷⁹⁰ Camozzi Marie-Lys, Thubert Nathan, Julien Coche, [et al.], « Les media sociaux lors de la crise sanitaire de Covid-19 Circulation de l'information et initiatives citoyennes », SID - Sociologie Information-Communication Design ; SES - Département Sciences Economiques et Sociales ; IMT Mines Albi, 2020, p. 23.

⁷⁹¹ *Ibidem*.

et Christian Reuter, Alexandra Marx et Volkmar Pipek, « Crisis Management 2.0: Towards a Systematization of Social Software Use in Crisis Situations », *International Journal of Information Systems for Crisis Response and Management (IJISCRAM)*, vol. 4 / 1, IGI Global, 2012, p. 1-16.

⁷⁹² Isabelle Dumez, « Le traitement médiatique d'évènements phares de l'actualité », [En ligne : <https://www.reseau-canope.fr/je-dessine/le-traitement-mediatique-devenements-phaire-de-lactualite.html>]. Consulté le 4 novembre 2023.

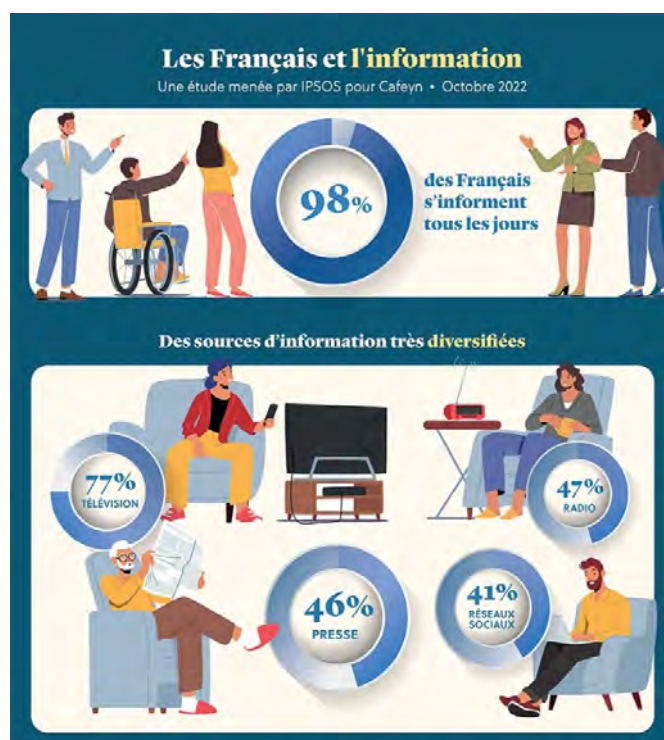


Figure 104. Infographie “Les Français et l’Information” d’après une étude IPSOS de 2022⁷⁹³

Les crises ont un caractère inattendu, génèrent de l’incertitude et de l’anxiété, aggravé par un “vide informationnel” initial⁷⁹⁴. La recherche de sens pour combler ce vide va d’autant plus accélérer la création d’informations, multipliant aussi les rumeurs et fausses informations. Cet ensemble est à l’origine d’une “infodémie”, terme notamment utilisé par le secrétaire général des Nations Unies en mars 2020 :

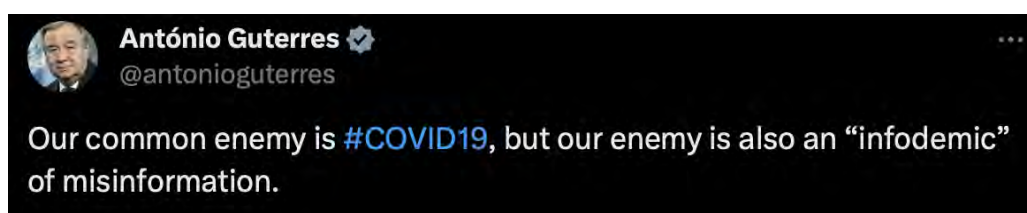


Figure 105. Tweet (X) publié le 28 mars 2020

L’infodémie, d’après l’OMS⁷⁹⁵, est “constituée d’un trop grand nombre d’informations, y compris d’informations fausses ou trompeuses, présentes dans des environnements numériques et physiques lors d’une épidémie. Cela provoque de la confusion et des comportements à risque qui peuvent nuire à la santé. Cela entraîne également une méfiance à l’égard des autorités sanitaires et compromet la réponse de santé publique”. On trouve énormément d’informations, “d’experts” et de “non-

⁷⁹³ « Les Français et l’information en 2022 », [En ligne : <https://communities.cafeyn.co/press/les-francais-et-linformation-2022>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁷⁹⁴ Camozzi Marie-Lys[et al.], *op. cit.*, p. 54.

⁷⁹⁵ « Infodemic », [En ligne : <https://www.who.int/health-topics/infodemic>]. Consulté le 4 novembre 2023.

experts”, d’anonymes et d’institutions, sans hiérarchie claire et pouvant se contredire. Il n’est pas alors pas aisé de naviguer au milieu de cette masse, et de savoir déterminer la fiabilité de l’information. N’est-ce pas le Président américain, Donald Trump, qui suggère en avril 2020 d’ingérer du désinfectant afin de traiter l’infection à coronavirus⁷⁹⁶ ? Plusieurs décès seront constatés aux États-Unis suite à cela, et en août, la BBC rapporte que ce serait près de huit cents décès dans le monde “liés à la désinformation”⁷⁹⁷. À l’opposé, cette recherche de sens est aussi à l’origine d’initiatives citoyennes plus utiles : la plateforme Covid-Tracker par un individu unique, Guillaume Rozier⁷⁹⁸, ou le travail de synthèse réalisé par la communauté Wikipédia⁷⁹⁹.

Face à cet amas de données de tous bords, les personnes sont amenées à faire un tri et privilégier les sources qui leur paraissent le plus fiable. On pourrait croire que cette surutilisation des médias sociaux ferait privilégier l’information via les réseaux sociaux et leur proche, mais ce n’est pas le cas d’après une étude de Via Voice en 2020⁸⁰⁰ : à peine 20 % se tournent vers l’information trouvée sur les réseaux, et 92 % ne font pas confiance à l’information communiquée par leur entourage. Les Français sondés préfèrent se tourner vers les journaux télévisés (61 %), les chaînes d’informations en continu (35 %), la presse écrite (32 %). Ils accordent plus de confiance à l’information qu’ils ont trouvé par eux-mêmes (77 %). Le baromètre Kantar-Lacroix de 2020 complète ces données⁸⁰¹ : la plus grande crédibilité est accordée à la radio (50 %), suivie de la presse écrite (46 %), de la télévision (40 %) et en dernier les réseaux sociaux (23 %). Ainsi, les réseaux sociaux ne sont pas forcément à mettre en cause dans le phénomène de l’*infodémie* : il s’agit d’une accélération globale de l’information à l’ère du numérique, favorisée d’autant plus par la crise.

Réseaux sociaux : un espace de sociabilisation et de contestation

Bien que les réseaux puissent être source d’anxiété, de “surcharge d’information”, et avoir un impact négatif sur le bien-être, ils ont aussi pu soutenir les liens sociaux, en particulier lors des périodes de confinement⁸⁰². Selon une étude

⁷⁹⁶ « Les élucubrations du « docteur » Trump : rayons UV et désinfectant injecté dans les poumons pour lutter contre le coronavirus », *Le Monde.fr*, 24 avril 2020.

⁷⁹⁷ « “Hundreds dead” because of Covid-19 misinformation », *BBC News*, 12 août 2020.

⁷⁹⁸ « Guillaume Rozier, prodige des data sur la piste du Covid-19 », *Le Monde.fr*, 22 janvier 2021.

⁷⁹⁹ Sandrine Bubendorff et Caroline Rizza, « Produire collectivement du sens en temps de crise : l’utilisation de Wikipédia lors de la pandémie de COVID-19 », *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, septembre 2021, p. 83-102.

⁸⁰⁰ Viavoice Paris, « Les attentes des Français sur « l’utilité du journalisme » et le traitement éditorial de la crise sanitaire. Etude réalisée pour les Assises internationales du journalisme, en partenariat avec France Télévisions, France Médias Monde, Le Journal du Dimanche et Radio France. », 2020.

⁸⁰¹ « Baromètre Kantar-Lacroix - La confiance des Français dans les media, Résultats d’étude 2020 ».

⁸⁰² Gaia Sampogna, Matteo Di Vincenzo, Mario Luciano, [et al.], « The effect of social media and infodemic on mental health during the COVID-19 pandemic: results from the COMET multicentric trial », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 2023.

d'avril 2020⁸⁰³, lors du premier confinement, 55 % des personnes ressentent qu'ils les ont aidés à mieux vivre le confinement, avec une utilisation accrue pour plus de 40 % des personnes. Les réseaux sont principalement utilisés pour garder contact avec des proches et se distraire, puis pour des utilisations professionnelles. Ils ont donc aidé à maintenir un certain tissu social durant une période où les interactions sociales étaient limitées. Ils ont même pu être utilisés à l'hôpital, pour que les malades et leurs familles puissent interagir ensemble. Ils participent à la résilience de la communauté⁸⁰⁴. On peut se demander si ce maintien du lien a permis une meilleure acceptation du confinement et moins de mouvement d'opposition au confinement.

D'un autre côté, ils permettent aussi de se mobiliser conjointement et peuvent favoriser l'émergence de contestations. On leur attribue un rôle dans le mouvement des Printemps Arabes, les Gilets Jaunes, les mouvements antivax⁸⁰⁵... L'information est directement accessible, "sans passer par des médias traditionnels et dominants" et elle "se diffuse par le bas"⁸⁰⁶. Les utilisateurs mettent en avant l'horizontalité (contre la verticalité habituelle du pouvoir) ouvrant un "espace d'émancipation, mais également de contestation"⁸⁰⁷. Ils sont du côté de la liberté d'expression et de l'expression démocratique, et joueraient un rôle de contre-pouvoir contre une "idéologie dominante"⁸⁰⁸.

H. Religion et covid

La religion n'a pas occupé une grande place au temps du coronavirus, ou pas d'un point de vue global. Elle a gardé une place importante dans la vie et la pratique quotidienne des croyants - quoiqu'entravée en partie par les conséquences de la pandémie et des restrictions associées⁸⁰⁹. Il y a pu y avoir, à la marge, quelques conceptions de punition divine, cédant le pas à l'image d'un virus s'attaquant à tous indifféremment. Elle a pu être un réconfort dans les temps difficiles du confinement, permettant une ouverture spirituelle à l'extérieur des murs du domicile et de garder un certain lien de communauté. Elle a aussi pu pousser à des transgressions des règles

⁸⁰³ « Les réseaux sociaux créateurs de liens pendant le confinement », [En ligne : <https://fr.linkedin.com/pulse/les-r%C3%A9seaux-sociaux-cr%C3%A9ateurs-de-liens-pendant-le-r%C3%A9my-teston>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁸⁰⁴ Lola Xie, Juliet Pinto et Bu Zhong, « Building community resilience on social media to help recover from the COVID-19 pandemic », *Computers in Human Behavior*, vol. 134, septembre 2022, p. 107294.

⁸⁰⁵ Julien Nocetti, « Réseaux sociaux et révoltes sociétales. Les réseaux de la colère », in *Ramses 2021*, Paris, Institut français des relations internationales, 2020, (« Ramses »), p. 216-219.

⁸⁰⁶ Cyndie Mortreuil, Louise Dugas et Pierre-Adrien Carton, « Influence des réseaux sociaux sur les mouvements sociaux », *Les Mondes Numériques - Blog des Masters en Sciences Sociales de l'Université Gustave Eiffel*, 2018.

⁸⁰⁷ Coralie Richaud, « "Les réseaux sociaux : nouveaux espaces de contestation et de reconstruction de la politique ?" », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, vol. 57 / 4, Paris, Lextenso, 2017, p. 29-44.

⁸⁰⁸ Paul Soriano, « Sens commun et réseaux sociaux, dans », in *La responsabilité des réseaux sociaux. Dossier #4 : le virus du faux ? (Institut des relations internationales et stratégiques)*, 2021.

⁸⁰⁹ « Les atteintes à la liberté religieuse aggravées par la pandémie de Covid-19 », *La Croix*, 20 avril 2021.

afin d'exercer son culte, privilégiant sa santé spirituelle à sa santé physique, mais le confinement a quand même été globalement respecté⁸¹⁰.

Les cultes sont très touchés par les mesures de distanciation et par le confinement, mais au plus fort de la crise ils ont suivi les directives des autorités publiques, le “dénier scientifique” restant “anecdotique en France”⁸¹¹. La même note sénatoriale rapporte que les cultes ont été pragmatiques, qu’ils “ont fait le choix [...] de la loyauté” et ont rigoureusement appliqué les mesures barrière ainsi que le confinement, amenant à l’annulation de plusieurs cérémonies religieuses (messes, pâques, pèlerinage à la Mecque...). Les mosquées et les synagogues ont entièrement fermé, en raison d’un “principe fondamental de préservation de la vie”, alors qu’il ne leur avait pas été demandé d’aller aussi loin⁸¹². Elles ont toutes cherché à assurer un soutien psychologique, à maintenir le lien et à promouvoir la solidarité. Les religieux se sont portés auprès des mourants pour les accompagner. Ils se sont adaptés aux contraintes par une approche moderne : visio, bénédiction à distance, *streaming* de la messe⁸¹³... Les rapports avec les autorités locales sont salués, ayant permis une adaptation au plus proche pour ces questions cruciales pour plusieurs millions de Français⁸¹⁴.

⁸¹⁰ Jean-Louis Schlegel, « La religion au temps du coronavirus », *Esprit*, mai 2020.

⁸¹¹ Pierre Ouzoulias, « Note à l’attention des membres de l’Office - Les cultes religieux face à l’épidémie de Covid-19 en France », Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2020, p. 6.

⁸¹² *Ibidem*, p. 7.

⁸¹³ Jean-Louis Schlegel, *op. cit.*

⁸¹⁴ Pierre Ouzoulias, *op. cit.*, p. 14.

Réactions des médecins

Le monde soignant et scientifique a eu une place centrale durant cette épidémie, à la fois “au front” à l’hôpital et en ville, à la fois conseillers des autorités. Le vécu en première ligne est mitigé, entre devoir professionnel et peur de la maladie. Sur le terrain, les médecins gardent une forte confiance de la population, dont profitent les actions de prévention. Dans le fond, les divergences entre “experts” se font plus vivaces, embrouillant les perceptions des “profanes”.

A. Représentations des professionnels de santé

Vision microbiologique

La question ne se pose plus trop sur les représentations médicales de la maladie. La vision scientifique microbiologique est la seule considérée, et ce, d’autant plus avec les outils contemporains. Il ne faut que quelques mois pour mettre en évidence le virus et les tests de dépistage se démocratisent très rapidement ensuite. De même que la société civile ne remet (quasiment) pas en cause cette vision microbiologique, elle est admise par l’ensemble de la communauté scientifique.

Positions officielles et divergences

Diverses institutions sont sources des connaissances et des recommandations médicales autour du coronavirus : l’OMS, la HAS, la DGS, le Conseil Scientifique Covid-19, la Société française d’infectiologie entre autres. D’autres institutions apportent parfois leur opinion, comme l’Institut Pasteur ou l’Académie Nationale de Médecine. La majorité des médecins se réfèrent à leurs recommandations, mais la pandémie est parsemée de nombreuses personnalités et collectifs allant à contre-courant. Le plus connu est le professeur Didier Raoult de l’IHU à Marseille, déclarant qu’il n’y a rien de scientifiquement fiable dans les positions officielles⁸¹⁵. Des collectifs représentant jusqu’à un millier de médecins font également part de leur opposition : *Laissons les médecins prescrire, Coordination Santé Libre*... Ces collectifs regroupent souvent des professionnels portés sur les médecines alternatives⁸¹⁶. Ils forment même leur propre Conseil Scientifique Indépendant, donnant des avis généralement divergents du Conseil Scientifique officiel⁸¹⁷. Ils revendiquent une approche différente de la recherche, indépendante, plus pragmatique et adaptée à l’urgence par comparaison aux protocoles codifiés classiques (absence de groupe contrôle par exemple)⁸¹⁸. Les sujets de discorde portent sur la thérapeutique (hydroxychloroquine

⁸¹⁵ « Chloroquine, conseil scientifique, vaccin... Didier Raoult se lâche dans “Paris Match” », [En ligne : <https://www.midilibre.fr/2020/04/30/chloroquine-conseil-scientifique-vaccin-didier-raoult-se-lache-dans-paris-match,8869197.php>]. Consulté le 1 décembre 2023.

⁸¹⁶ « Covid-19 : derrière les « 30 000 médecins » de Coordination santé libre, une galaxie de rassuristes, naturopathes et citoyens en colère », *Le Monde.fr*, 25 février 2021.

⁸¹⁷ « Conseil scientifique indépendant (CSI) », [En ligne : <https://www.conspiracywatch.info/notice/conseil-scientifique-independant-csi>]. Consulté le 1 décembre 2023.

⁸¹⁸ J. Galtier et E. Rivière, « Crise sanitaire et crise réflexive : le regard médical en temps d’épidémie », *La Revue De Medecine Interne*, vol. 41 / 8, août 2020, p. 507-509.

et azithromycine notamment), mais aussi sur les vaccins qui comporteraient de nombreux risques. Il leur est opposé que ces résultats ne peuvent être pris en compte du fait de biais méthodologique limitant leur validité.

Liberté de prescrire

La liberté de prescrire est une thématique récurrente des revendications des professionnels de soins. C'était déjà le cas à l'époque de la variole et durant la médecine du XIX^e siècle. Ils mettent en avant une expérience personnelle et clinique dépassant le cadre de protocoles codifiés. C'est ce qu'on retrouve dans les revendications de ces collectifs, recoupant aussi la défense de leur conception d'une profession médicale libre et indépendante dans sa compétence. Il leur est tout de même opposé que les prescriptions doivent se faire dans le cadre des connaissances acquises et validées par la science, en excluant les éventuels biais méthodologiques⁸¹⁹.

Connaissances sur la maladie

Les connaissances entourant le virus sont plutôt floues dans les premiers mois, avec une multitude d'informations pouvant être contradictoires à travers des canaux très divers. Les médecins se renseignent surtout par des recherches personnelles, puis via leurs pairs, mais aussi par la télévision et internet comme les autres citoyens⁸²⁰. Cette étude sur l'année 2020 retrouve une bonne connaissance clinique des médecins (autour de 70 % de bonnes réponses), mais moins bonnes sur la virologie (dans les 50 % de bonnes réponses). Les médecins ont aussi été influencés par la polémique de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine, puisque plus d'un tiers d'entre eux la prescriraient. Ce niveau de connaissance persiste et reste plutôt stable durant l'année 2021⁸²¹.

Perception du risque

Les soignants sont en "première ligne" face à la maladie, luttant contre elle et donc à risque plus important de la contracter. Dans les premiers temps de la pandémie, on entend parler d'une "sorte de grippe", voire de "grippette", avant que les propos ne se fassent plus prudents ou plus alarmés⁸²². En avril 2020, c'est 4 médecins

⁸¹⁹ « Hydroxychloroquine dans le Covid et liberté de prescription », [En ligne : <https://www.larevuedupraticien.fr/article/hydroxychloroquine-dans-le-covid-et-liberte-de-prescription>]. Consulté le 1 décembre 2023.

⁸²⁰ Arnaud Huber, « État des connaissances et des moyens d'information relatifs à la COVID-19 des médecins hospitaliers du CHI Fréjus-Saint Raphaël et des médecins généralistes de son bassin de population », octobre 2021, p. 85.

⁸²¹ S. Boujamline, W. Marrakchi, I. Kooli, [et al.], « Maladie à Coronavirus (COVID-19) : connaissance, attitude et pratiques du personnel de santé », *Infectious Diseases Now*, vol. 51 / 5, août 2021, p. S68.

⁸²² Nathalie Raulin, « Le coronavirus n'est pas une grippette », *Libération*, 10 mars 2020.

généralistes sur 10 qui jugent l'épidémie grave⁸²³. Voir les nombreux malades, parfois jeunes et "sans risque", en ébranle certains. L'état de saturation des hôpitaux et les difficultés logistiques ajoutent à la charge que traînent les soignants, majorant les risques d'épuisement physique, moral, d'anxiété et de stress post-traumatique⁸²⁴. Les soignants craignent pour leur santé personnelle et celle de leur proche avec la peur de rapporter le virus à leur domicile. Après le premier confinement, le recul et une organisation améliorée, les perceptions du risque reculent, avec seulement 2 médecins sur 10 estimant la pandémie grave lors du second confinement⁸²⁵.

B. Mesures médicales préconisées

Nous rapportons ici les préconisations médicales des principales institutions médicales, sans prendre en compte les éventuelles divergences de médecins n'en faisant pas partie.

Organisation de la réponse

La réponse à la pandémie s'est faite à travers la voix du Conseil Scientifique de la Covid-19, mis en place le 10 mars 2020, associé aux institutions organisant la médecine et la mise en pratique des connaissances : la DGS, la HAS, le HCSP, l'ANSM, Santé Publique France, les Sociétés Françaises SPILF, SF2H, SFMU.... Le Conseil Scientifique a joué un rôle d'expertise, conseillant les autorités à l'aide des dernières connaissances scientifiques. La HAS et le HCSP ont codifié ces connaissances dans le but de les rendre claires, accessibles et adaptées. L'ANSM se prononce sur l'utilisation de certains médicaments. Les diverses sociétés ont apporté des recommandations plus précises dans leur domaine, de manière coordonnée pour éviter les messages contradictoires. Le Ministère de la Santé et la DGS ont organisé la réponse territoriale, avec l'appui des Agences Régionales de Santé. Sur le terrain, les hôpitaux, le personnel soignant et les médecins de ville ont aussi été amenés à s'adapter, souvent sous formes d'initiatives locales (parfois pour pallier les manquements perçus des autorités).



Figure 106. Guide méthodologique *Préparation au risque épidémique Covid-19*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020

⁸²³ Pierre Verger, Dimitri Scronias, Martin Monziols, [et al.], « Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 », DREES, 2020.

⁸²⁴ A. Tagne Nossi, B. Tachom Waffo, H.C. Ngah Essomba, [et al.], « Perception du risque lié au COVID-19, intelligence émotionnelle et santé psychologique des soignants », *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 5 / 2, mai 2021, p. 100212.

⁸²⁵ Maxime Bergeat, Hélène Chaput, Pierre Verger, [et al.], « Risques encourus, gestion de l'épidémie, suivi des patients : opinions des médecins généralistes pendant le confinement de l'automne 2020 », DREES, 2021.

Le 20 février 2020, le Ministère de la Santé publie un guide méthodologique “Préparation au risque épidémique Covid-19”, préparant cette réponse en 3 stades selon le plan ORSAN REB :

- Stratégie d’endiguement (stade 1 et 2) : objectif de limitation de l’introduction et de la propagation du virus sur le territoire en mobilisant des établissements de “première ligne” dédiés, puis des établissements de “seconde ligne” si nécessaire ; les personnes atteintes doivent alors être repérées et isolées dans ces établissements ;
- Stratégie d’atténuation (stade 3) : réponse à une extension épidémique de la covid-19, en mobilisant l’ensemble du système de soins (réserve sanitaire et étudiants compris, avec volontariat ou réquisition si nécessaire) et en prenant en soin les personnes les moins graves en ambulatoire.

Ce stade 3 est rapidement acté, le 14 mars 2020, mobilisant tous ces acteurs. Un nouveau guide est publié “Préparation à la phase épidémique de Covid-19” le 16 mars. Une participation citoyenne et la mise en place d’un comité mixte scientifique et civil est suggéré par le Comité Consultatif National d’Éthique (CCNE) le 13 mars 2020⁸²⁶, idée appuyée secondairement par le Conseil Scientifique et la HAS. Un conseil pour l’Engagement des Usagers donne aussi plusieurs avis en ce sens, le premier en mai 2020⁸²⁷. Ces idées ne sont pas reprises par les autorités.

Information et responsabilisation

Les différentes institutions ont donné des avis sur l’information, la sensibilisation et la prévention auprès des populations. Le Conseil Scientifique, la HAS et l’Académie Nationale incitent notamment à des campagnes d’informations, d’éducation et de faire preuve de pédagogie pour convaincre au suivi du confinement et des gestes barrières, puis au dépistage et à la vaccination. La HAS réalise des fiches d’informations pour informer sur l’intérêt de la vaccination, entre autres:



Figure 107. Figure sur la vaccination à vaccin ARNm, tirée de “Se vacciner ? Décider avec son médecin”, HAS, Mars 2021

Ces institutions appellent aussi au gouvernement à faire preuve de transparence : le CCNE par exemple, à la veille du premier confinement, appelle à une “communication transparente et responsable s’appuyant davantage sur le corps

⁸²⁶ « Enjeux éthiques face à une pandémie », Comité consultatif national d’éthique, 2020.

⁸²⁷ Avis du Conseil pour l’engagement des usagers, HAS, 5 mai 2020

social⁸²⁸. À de multiples reprises, elles conseillent de privilégier la responsabilité citoyenne à la coercition, “souvent mal comprise”⁸²⁹. C’est le cas pour les masques, avec l’Académie Nationale de Médecine appelant au principe d’altruisme : “Un pour tous, tous pour un”⁸³⁰. On appelle à ces mêmes principes et au devoir citoyen pour les mesures barrières, l’isolement, la vaccination. Cependant, ces mêmes institutions peuvent en même temps appeler à une obligation, tel le masque⁸³¹ ou la vaccination⁸³² défendus par l’Académie Nationale.

Limitation de la circulation du virus

Toutes les mesures pour limiter la propagation du virus sont recommandées : les “mesures barrières”, l’isolement des personnes contaminées, et au plus le confinement. Les mesures de distanciation (dites « barrières ») sont préconisées depuis le XIXe siècle, et sont adaptées aux nouvelles connaissances. On invite l’ensemble de la population à l’appliquer, en particulier le lavage des mains et le port du masque (une fois passé les hésitations initiales). Le port du masque sera rappelé à de multiples reprises par l’Académie Nationale, appelons à la responsabilité civile : « Aux masques citoyens ! »⁸³³.

L’isolement fait partie du plan de réponse à une menace épidémique et il est recommandé par la plupart des infectiologues. Il est repris par le Conseil Scientifique et parfois étendu aux cas contacts sur certaines périodes. Le confinement est une nouveauté. Il n’avait jamais été mis en place au niveau national (voire international) auparavant. Ce confinement est conseillé par le Conseil Scientifique le 16 mars 2020, en s’inspirant de ce qui est fait de l’autre côté des Alpes, en Italie. La justification est “l’échec des recommandations de distanciation sociale” et une épidémie “grave et non contrôlée” avec un système de santé sur le point de craquer. Lors des recrudescences épidémiques, il est à nouveau mis en avant comme la seule solution nécessaire pour endiguer l’épidémie et ses conséquences néfastes pour sauver un hôpital saturé. À défaut d’un confinement, un couvre-feu strict est le minimum nécessaire face aux flambées de début 2021⁸³⁴. La promotion du télétravail, la fermeture des écoles, la diminution de la circulation du virus par tout type de méthode sont également mises en avant.

Avec le déconfinement, c’est le dépistage qui est prêché. Celui-ci permet de suivre l’épidémie, mais surtout d’isoler les malades pour éviter qu’ils la pérennisent. Les cas contacts sont aussi visés, et des recommandations spécifiques leur sont

⁸²⁸ « Enjeux éthiques face à une pandémie », Comité consultatif national d’éthique (CCNE), 2020.

⁸²⁹ « Déconfinons avec prudence pour ne pas avoir à reconfiner dans l’urgence », Académie Nationale de Médecine, 2020

⁸³⁰ « Aux masques citoyens ! », Académie Nationale de Médecine, 2020.

⁸³¹ « Port du masque contre la Covid-19 : un geste obligatoire et non aléatoire », Académie Nationale de Médecine, 2020.

⁸³² « Obligation vaccinale contre la Covid-19, un devoir de santé publique et un engagement démocratique », Académie Nationale de Médecine, 2021.

⁸³³ « Aux masques citoyens ! », *op. cit.*

⁸³⁴ « Couvre-feu. L’option choisie par le gouvernement n’était pas celle du Conseil scientifique », *Ouest France*, 15 janvier 2021.

adressées. Ils reprennent ainsi les préconisations de l'OMS, avec la politique "trouver, isoler, tester et traiter chaque cas, et rechercher chaque contact"⁸³⁵.

Personnes fragiles et santé mentale

Les institutions prennent conscience progressivement des difficultés qu'entraîne le confinement, particulièrement sur la santé mentale. Leurs recommandations tentent de considérer cette problématique au fur et à mesure, en ajoutant des adaptations ou des préconisations particulières pour la santé mentale : dispositif d'écoute, soutien aux jeunes, accès aux dispositifs de santé mentale. La situation des personnes âgées en EHPAD est une difficulté qui est abordée également. Les mesures de distanciation, l'isolement et le confinement isolent davantage des personnes pouvant déjà l'être et on se retrouve face à des seniors perdant le goût à la vie : "le dilemme s'est vite imposé de savoir s'il valait mieux mourir de la Covid-19 ou de solitude"⁸³⁶. Une attention particulière est aussi portée aux inégalités de santé, aux inégalités d'accès aux soins et à la précarité. Le confinement et les mesures ajoutent des difficultés supplémentaires à des vies déjà compliquées, amenant à des adaptations pour tenter de prendre en compte les cas particuliers, tout en limitant la propagation du virus⁸³⁷.

Prise en charge de la maladie

La prise en charge de la maladie voit des recommandations de la HAS, des sociétés savantes d'infectiologie, d'urgence, de réanimation, de pneumologie... Ces préconisations sont principalement symptomatiques, à défaut de traitement spécifique. Le HCSP appelle le 23 mars à favoriser la recherche en incluant des patients dans les essais cliniques, et en évitant les prescriptions hors AMM qui engagent la responsabilité des praticiens alors que l'état des connaissances est limité⁸³⁸. Le PAXLOVID est disponible depuis 2022, avec cependant de nombreuses restrictions d'utilisation.

Vaccination et pass sanitaire

Dès les premières études concluantes sur la vaccination, les institutions parlent d'un espoir de sortie de la crise. L'autorisation de l'agence européenne du médicament est reprise par les organismes français et la vaccination rapidement organisée. Elle est initialement incitée sous forme de volontariat, surtout en attendant le recul sur celle-ci. La HAS dit dans ses recommandations de décembre 2020, qu'il

⁸³⁵ Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19, 11 mars 2020

⁸³⁶ J.-F. Mattei, Y. Buisson et J.-F. Allilaire, « Crise de la Covid-19 et Académie nationale de médecine », *Bulletin De L'Académie Nationale De Médecine*, vol. 204 / 9, décembre 2020, p. 915-920.

⁸³⁷ *Ibidem*.

⁸³⁸ « Avis du 23 mars 2020 relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du covid-19 », HCSP, 2020.

serait inopportun de rendre la vaccination obligatoire⁸³⁹. Toutefois, avec l'avancée des signes favorables autour d'elle (malgré quelques incidents autour du vaccin AstraZeneca), et une stagnation de la vaccination, les avis se portent en faveur d'une obligation vaccinale ou d'une incitation forte avec l'aide d'un pass vaccinal : le comité scientifique trouve qu'il s'agit d'une réponse adaptée (...), l'Académie Nationale de Médecine se positionne pour la vaccination obligatoire, et la HAS ainsi que l'Institut Pasteur publient des avis similaires⁸⁴⁰. L'Institut Pasteur et plusieurs médecins, dont le professeur Pialoux, émettent toutefois des réserves et des questionnements éthiques sur une telle obligation, bien qu'il leur paraisse que ce soit le moyen le plus efficace d'enrayer l'épidémie⁸⁴¹.

C. Rôle et vécu de la pandémie

En première ligne, entre reconnaissance et souffrance

Les médecins ont pris à cœur leur rôle au sein de l'épidémie : "malgré les conditions de travail dégradées, les médecins ont continué à exercer et pris le risque de se contaminer"⁸⁴². C'est le cas, que ce soit à l'hôpital ou en ville, les soignants ayant "le sentiment de se trouver à sa place ou la satisfaction du devoir accompli"⁸⁴³. Ils jouent un rôle pour faire face à l'épidémie à l'hôpital, faire tenir le système de santé et tenter de guérir le plus de monde. En ville, les soignants agissent dans le même but de limiter l'épidémie, et de prendre en soin de leurs patients. Ils jouent aussi un rôle d'information, de prévention, d'éducation, ainsi que de soutien face aux angoisses de l'épidémie.

C'est cependant accompagné "de la colère, de la sidération, de l'étonnement, de la gêne et de l'embarras"⁸⁴⁴. Ils ont pu être reconnaissants des applaudissements, mais cette "héroïsation" leur inspire aussi "colère et malaise" car on ne reconnaît pas nécessairement les conditions dégradées dans lesquelles ils travaillent et que leur vocation ne justifie pas tous les risques auxquels ils sont soumis⁸⁴⁵. Ils ont un risque accru d'anxiété, de troubles du sommeil, de stress post-traumatique⁸⁴⁶. "On ne lâchera rien, nous irons jusqu'aux limites du possible, mais nous craignons que nos possibles

⁸³⁹ « Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 », HAS, 2020.

⁸⁴⁰ Gilles Pialoux, « 23. La vaccination, entre devoir démocratique et obligation légale », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 271-283.

⁸⁴¹ *Ibidem*.

⁸⁴² Franziska Fiedler, *Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne*, 2022, p. 103.

⁸⁴³ Anne-Caroline Clause-Verdeau et Paul-Louis Weil-Dubuc, « Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement. Enquête sur la première vague de la Covid-19 », Espace Ethique, Région Île de France, 2022, p. 5.

⁸⁴⁴ *Ibidem*.

⁸⁴⁵ *Ibidem*, p. 6.

⁸⁴⁶ Sofia Pappa, Vasiliki Ntella, Timoleon Giannakas, [et al.], « Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis », *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 88, août 2020, p. 901-907.

aient leurs limites” rapporte un médecin réanimateur⁸⁴⁷. Dans les difficultés rencontrées, le manque de reconnaissance politique, le manque de matériel et les messages contradictoires ont été particulièrement pesants⁸⁴⁸. Presque la moitié des médecins ont été soumis à des choix éthiques difficiles⁸⁴⁹. Les médecins généralistes rapportent que la crise leur empêchait une prise en charge globale des patients. Ils regrettent aussi de ne pas avoir été suffisamment pris en compte. À défaut de quoi, ils se sont mobilisés de leur côté sur le territoire avec les autres professionnels de santé⁸⁵⁰. La confiance dans les autorités est ainsi mitigée, mais stable d’après une enquête de la DREES⁸⁵¹.

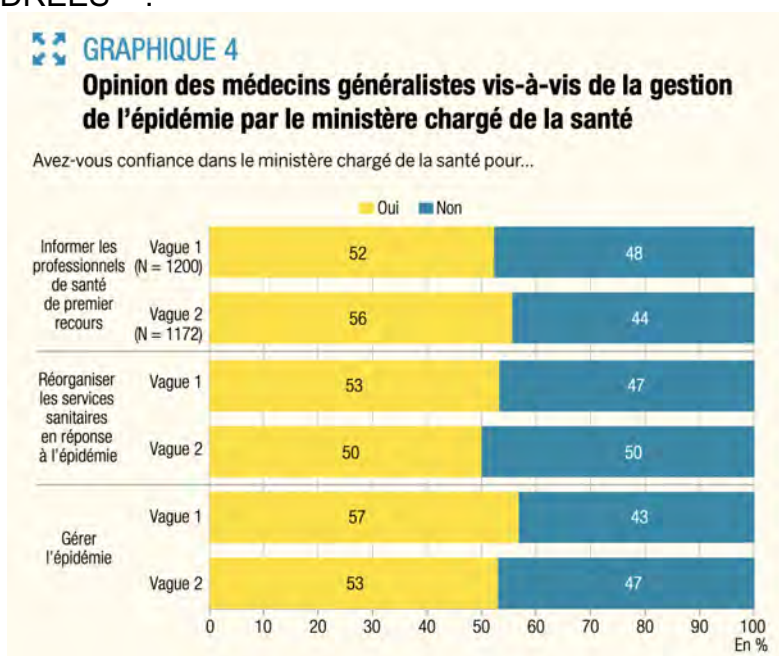


Figure 108. Graphique opinion des médecins généralistes vis-à-vis de l'épidémie, tiré de *Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement*, DREES, septembre 2020

Pratique médicale en dehors des recommandations

De nombreux médecins ont eu des pratiques non conformes aux recommandations médicales et à l'état des connaissances aux différents moments de l'épidémie. C'est par exemple le collectif *COVID19 - laissons les médecins prescrire* qui publie une enquête sur 1.200 praticiens français utilisant l'azithromycine et l'hydroxychloroquine⁸⁵². Sans s'opposer aux recommandations ou aux institutions, de

⁸⁴⁷ Gilles Pialoux, « 13. À l'hôpital, entre rhétorique politique et vérité de l'engagement humain », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 154-169.

⁸⁴⁸ Franziska Fiedler, *op. cit.*, p. 106.

⁸⁴⁹ « Impact de la crise du Covid sur l'éthique médicale », Medscape, 2020.

⁸⁵⁰ Franziska Fiedler, *op. cit.*, p. 112.

⁸⁵¹ Pierre Verger, Dimitri Scronias, Martin Monziols, [et al.], « Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement », DREES, 2020.

⁸⁵² Damien Coulomb, « Étude à l'appui, un collectif de médecins plaide pour la liberté de prescrire en ville », *Le Quotidien du Médecin*, 30 avril 2022.

nombreux médecins se sont laissé tenter par cette prescription⁸⁵³. Diverses prescriptions alternatives sont tentées, les médecins ne souhaitant pas rester oisifs face à la maladie et juste prescrire du Paracétamol.

Bataille d'experts, médias sociaux et discrédits

La pandémie a été l'occasion pour de nombreux médecins, chercheurs, scientifiques et diverses personnalités de s'illustrer dans la société. Ils l'ont fait via différents canaux, parfois officiels (Conseil Scientifique et autres institutions), mais le plus souvent à travers les médias. Les médias sociaux ont été un espace dans lequel le corps médical s'est largement exprimé au cours de la pandémie. Ces médias sont un moyen de partager son avis ou son opinion au plus grand nombre, à commencer par les institutions médicales, comme les hôpitaux, l'Académie de Médecine ou encore la HAS. Des experts médicaux s'expriment aussi fréquemment sur les réseaux, partageant des avis, des opinions, leur vécu et polémiquant entre eux (les débats autour de l'hydroxychloroquine entre autres).



Figures 109 à 112. Exemples de tweets (X) d'institutions (AP-HP et Académie de Médecine) ou de professionnels de santé (Didier Raoult, PU-PH à l'IHU Marseille et Karine Lacombe, PU-PH à l'hôpital Saint-Antoine Paris)

⁸⁵³ S. Boujamline[et al.], *op. cit.*

En dehors des institutions et des figures médiatiques, de nombreux soignants communiquent sur les réseaux. Environ la moitié des médecins sont présents sur les différentes plateformes, avec environ 30 % ayant un compte professionnel⁸⁵⁴. Ils communiquent sur la pandémie, les dernières informations médicales, les dernières recommandations, mais aussi leur vécu. Ils y font part de leurs difficultés, de leur mécontentement (avec des *hashtags* comme #doctoc ou #rendezlesmasques)⁸⁵⁵. Ils s'interpellent aussi les uns avec les autres, se répondent et se conseillent face à l'incertitude. Face à la multiplication de l'expression médicale sur internet, des questions se posent sur leur légitimité à le faire, voire de leur droit lorsqu'il s'agit de "fausses informations" : la liberté d'expression peut-elle encore valoir chez des médecins devant pratiquer une médecine basée sur les faits⁸⁵⁶ ? Cet ensemble est à l'origine d'un discrédit d'une part du corps scientifique, comme on a déjà pu l'évoquer précédemment.

L'évolution de l'épidémie, le confinement et les nouvelles technologies amènent à pratiquer de plus en plus la téléconsultation, concernant jusqu'à trois médecins généralistes sur quatre⁸⁵⁷.

⁸⁵⁴ Duquerois, « Enquête : comportement des médecins sur les réseaux sociaux », [En ligne : <https://francais.medscape.com/diaporama/33000244>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁸⁵⁵ Lorélie Carrive, « Coronavirus : quand les médecins racontent leur quotidien et s'échangent des conseils sur les réseaux sociaux », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/coronavirus-quand-les-medecins-racontent-leur-quotidien-et-s-echangent-des-conseils-sur-les-reseaux-sociaux-7049364>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁸⁵⁶ Richard J. Baron et Yul D. Ejnes, « Physicians Spreading Misinformation on Social Media - Do Right and Wrong Answers Still Exist in Medicine? », *The New England Journal of Medicine*, vol. 387 / 1, juillet 2022, p. 1-3.

⁸⁵⁷ Martin Monziols, Hélène Chaput, Pierre Verger, [et al.], « Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 », *Drees - Etudes et résultats*, septembre 2020.

Réaction des autorités

La réponse des autorités s'est basée tout du long sur les recommandations médicales, sans forcément les suivre. Elle a connu plusieurs temps, privilégiant d'abord la santé, et intégrant progressivement l'impact sur l'économie et la santé mentale. Les réponses ont pu être particulièrement restrictives, amenant des critiques pour leur verticalité et pour leur manque de transparence.

A. Rapport avec les médecins

Le rapport des autorités avec le corps médical lors de la covid reprend la même dynamique que celle engagée lors de l'épidémie du sida (et des épidémies récentes) : expertise de la part de certaines personnalités et d'institutions médicales d'un côté et appui sur le corps médical en tant qu'agents de la politique nationale sur le terrain de l'autre côté.

Expertise

Ce sont d'abord des institutions préexistantes qui sont sollicitées pour leur expertise médicale et scientifique sur le virus et l'épidémie : HAS, HCSP, Santé Publique France, Sociétés d'infectiologie... Rapidement, la montée de l'épidémie incite à la mise en place d'un organisme dédié au rôle de conseil : le Conseil Scientifique Covid-19. Il est composé de médecins (immunologue, interniste, réanimateur, infectiologue), ainsi que de sociologue, d'anthropologue, d'épidémiologiste. S'y ajoutent notamment un gériatre, un pédiatre, un pédopsychiatre pour répondre aux nouvelles problématiques (santé mentale, EHPAD...). Les premiers temps de la crise voient le Gouvernement suivre plutôt soigneusement les recommandations de ce Conseil, menant au premier confinement. Après avoir privilégié la santé, d'autres considérations rattrapent les politiques (l'économie, la santé mentale...) amenant à dévier de ces recommandations, surtout à partir de début 2021.

Agents sur le terrain

Dans la pratique sur le terrain, le politique se repose fortement sur le personnel "de première ligne" pour combattre la maladie. Les hôpitaux sont sollicités et organisés, et les médecins de ville sont intégrés dans les réponses (bien que pas toujours assez ou de manière inadéquate à leur goût). Ils ont eu le rôle de détecter les malades, de les prendre en soin, de les informer et de les inciter à l'isolement. Ils devaient aussi informer et inciter le reste de la population aux mesures de distanciation et de confinement, au dépistage puis à la vaccination. Il est arrivé à l'État de rappeler à l'ordre les médecins déviants, dont certains prescrivant de l'hydroxychloroquine⁸⁵⁸

⁸⁵⁸ Jurisprudence du Conseil d'État du 28 janvier 2021, n° 439936, par exemple

ou délivrant de faux pass sanitaire⁸⁵⁹. Les autorités encouragent fortement la recherche médicale, espérons d'elle des solutions pour sortir de la crise (traitements, vaccins...).

B. Mesures mises en place

Organisation de la réponse

Une veille sanitaire est mise en place à partir de début janvier avec le CORUSS de niveau 1. Des messages à destination des professionnels de santé via la DGS sont envoyés à partir de mi-janvier⁸⁶⁰. Les niveaux de réponses augmentent jusqu'à l'activation du centre de crise sanitaire le 27 janvier 2020. La réponse à la covid-19 s'est ensuite faite selon le plan ORSAN-REB, que l'on a rapporté plus haut dans l'organisation médicale. La stratégie s'adapte en fonction de la cinétique de la maladie et du nombre de malades en fonction du temps, mobilisant plus ou moins différents secteurs d'activité, jusqu'à la mobilisation de l'ensemble du système de soins.

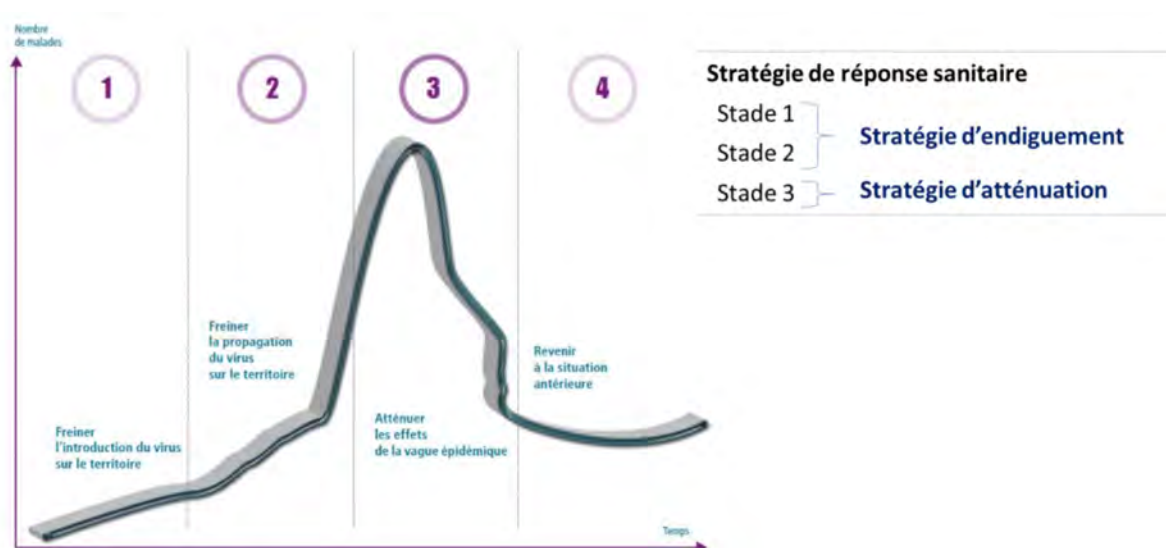


Figure 113. Figure tirée du guide méthodologique *Préparation au risque épidémique Covid-19*, Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020

⁸⁵⁹ « Un médecin écope de six mois de prison avec sursis pour avoir délivré de faux passes sanitaires pendant la crise du Covid », *Le Quotidien du Médecin*, 29 juin 2023.

⁸⁶⁰ Alain Milon[et al.], *op. cit.*

La menace épidémique a été jugée assez importante pour acter un état d'urgence sanitaire le 23 mars 2020⁸⁶¹. Celui-ci sera en place jusqu'en juillet 2022⁸⁶², entrecoupé de "régimes de sortie". Ce régime permet de nombreuses restrictions de libertés pour lutter contre la maladie : restreindre la circulation des personnes, interdire aux personnes de sortir de leur domicile, ordonner des mesures d'isolement ou de quarantaine, ordonner la fermeture d'établissements, interdire les rassemblements, contrôler les prix et la mise à disposition des médicaments⁸⁶³. Le ton est martial lors de sa mise en œuvre, la nation faisant face à un grave péril et étant "en guerre" d'après l'allocution du Président de La République⁸⁶⁴. Cette urgence sanitaire a été actée par un "consensus scientifique et politique", avec appui de l'avis du Conseil Scientifique. La santé collective prend le pas sur la marche du pays, et elle sera protégée "quoi qu'il en coûte". Cette priorité ne sera pas conservée tout du long de l'épidémie, et s'adaptera. Le Conseil d'Analyse Économique note trois temps de la réponse initiale à la pandémie :

1. Le premier temps a été celui autour du premier confinement, centré sur la protection de la santé collective, avec pour but de protéger le plus de personnes du risque sanitaire et de réduire la charge d'hôpitaux en tensions ;
2. Le second temps à l'automne 2020, autour du second confinement, a cherché à réduire l'impact économique du confinement, en ayant des mesures un peu moins contraignantes et préservant davantage le travail ;
3. Autour du troisième confinement, la santé mentale a été un enjeu central, en cherchant notamment à préserver les plus jeunes et les plus âgés des effets délétères de l'isolement, tout en continuant à préserver l'économie. Ainsi, on alterne entre confinement et couvre-feux, avec des reprises partielles de la vie.

Par la suite, nous pouvons ajouter de nouvelles priorités pour le gouvernement :

4. L'arrivée des vaccins, leur efficacité et leur sûreté, invitent le gouvernement à les répandre le plus possible en espérant avoir un effet direct sur la pandémie. L'heure est d'abord à l'incitation progressive, et à la protection des plus fragiles ;
5. Cette incitation se renforce progressivement vers une coercition et une obligation déguisée avec l'arrivée du pass sanitaire, excluant les personnes ne jouant pas le jeu de la société des lieux de sociabilisation ;
6. Enfin, le recul de l'épidémie fait diminuer les diverses mesures restrictives, faisant passer la pandémie en arrière-plan, jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire national et mondial.

⁸⁶¹ LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)

⁸⁶² LOI n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid-19 (1)

⁸⁶³ Article L3131-15 du Code de la Santé Publique

⁸⁶⁴ « « Nous sommes en guerre » : le verbatim du discours d'Emmanuel Macron », *Le Monde.fr*, 16 mars 2020.

Dans l'ensemble, et cela est souligné par de multiples personnes et institutions (médecins, politiques, *think tank*⁸⁶⁵, chercheurs, éthiciens⁸⁶⁶, l'Assemblée Nationale, le Sénat, journalistes⁸⁶⁷, citoyens⁸⁶⁸...), la réponse à la pandémie a été verticale et descendante, dans le cadre de l'urgence sanitaire, et en incluant très peu la société civile. Les autorités ont aussi tardé à prendre en considération l'acceptabilité des mesures (dépendante de la confiance dans le gouvernement), mieux considérées durant la seconde année de la pandémie d'après Michel Le Clainche dans la revue française d'administration publique⁸⁶⁹.

Gestion information et médias sociaux

La communication en temps de crise représente un enjeu majeur, pour favoriser la confiance, l'acceptabilité des mesures et éviter les mouvements de panique. Les nouveautés des médias sociaux et de l'accélération de l'information amènent à modifier les manières de communiquer, en évitant le secret habituel des autorités publiques lors de crises précédentes, car le "secret n'est plus tenable dans aucun domaine"⁸⁷⁰. La communication a donc dû s'adapter et elle a été très "évolutive et multiforme". Elle s'est faite à travers des discours officiels du Président de la République, du Gouvernement, mais également des interventions de politiques dans divers médias. De messages rassurants, puis hésitants, le ton devient vite très sérieux. Il alterne ensuite entre la gravité de la situation, la pédagogie, la réassurance par moments, mais aussi une bonne partie dédiée à la défense des décisions gouvernementales. De nombreuses critiques sont formulées à l'encontre de ces autorités : "[sur] les messages erronés ou contradictoires du début de crise, sur la verticalité et le centralisme de la communication, sur le caractère « infantile » et déresponsabilisant des messages et sur le manque de transparence"⁸⁷¹. De nombreuses incohérences pointent en effet dans les propos du Gouvernement, renforcée par des prises de positions péremptoires, pouvant évoluer assez rapidement. Malgré ces incohérences, le gouvernement a tout de même, en partie, bien réussi sa mission, au vu du bon suivi des mesures par la majorité de la population, mais au prix d'une perte de confiance⁸⁷².

Concernant les médias sociaux, les autorités ne sont pas en reste quant à leur utilisation. On trouve des comptes officiels du gouvernement, du ministère de la Santé, ainsi que ceux des personnalités politiques associés. Les médias sont globalement utilisés de la même manière que dans la communauté médicale : transmettre des informations via un nouveau canal d'information, partager son opinion et raconter son vécu. Ils servent aussi à une propagande en faveur des mesures sanitaires, comme

⁸⁶⁵ Institut Montaigne entre autres

⁸⁶⁶ Les deux ouvrages du Pr. Hirsch et Pr. Pialoux par exemple : *Une Démocratie Confinée* (2020) et *Une Démocratie Endeuillée* (2020)

⁸⁶⁷ On peut retrouver de très nombreux articles en ce sens dans des quotidiens divers et de toute sensibilité, *L'Humanité*, *Le Figaro*, *Le Monde*, *Les Echos*, *La Croix*...

⁸⁶⁸ Les diverses manifestations et contestations ayant parsemé la pandémie

⁸⁶⁹ Michel Le Clainche, « Covid-19 : les défis de la communication de crise (mars 2020 – Mars 2021) », *Revue française d'administration publique*, vol. 178 / 2, Strasbourg, Institut national du service public, 2021, p. 433-447.

⁸⁷⁰ *Ibidem*.

⁸⁷¹ Michel Le Clainche, *op. cit.*

⁸⁷² Michel Le Clainche, *op. cit.*

ce tweet du ministre de la Santé donnant l'exemple pour la vaccination (tel Louis XVI pour l'inoculation ou Napoléon Ier pour la vaccination en leur temps) :

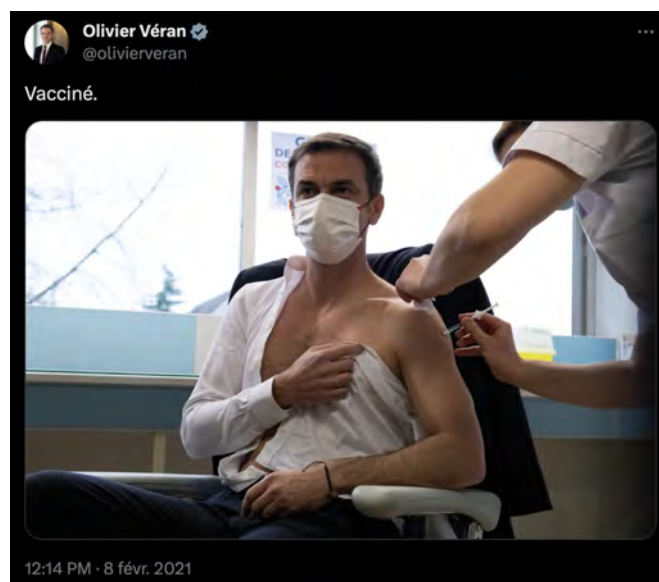


Figure 114. Tweet (X) d'Olivier Véran le 8 février 2021, accompagné d'une photo de sa première vaccination anti-covid

On a vu que les médias sociaux permettent également l'expression d'une partie de la population qui n'a pas souvent accès aux médias habituellement. C'est aussi un atout pour les autorités : ils peuvent prendre le pouls de l'opinion, constater comment est perçue la politique mise en place et s'adapter en fonction⁸⁷³. Les réseaux ont permis une interaction plus horizontale dans la population, mais ils n'ont l'air d'avoir renforcé le lien entre les politiques et les citoyens. Au contraire, ils "ont plutôt reproduit les modes de communication traditionnels qui limitent la participation des citoyens et privilégient la diffusion de l'information partisane"⁸⁷⁴.

Limitier la propagation du virus

L'essentiel des mesures à destination du grand public concernent la limitation de la circulation du virus. Nous ne nous étendrons pas particulièrement sur celles-ci (isolement, mesures de distanciation, confinement), les ayant déjà détaillées dans les parties précédentes. Les autorités ont eu tendance à suivre en bonne partie ces recommandations médicales au plus fort des débuts l'épidémie, mais moins secondairement. L'acceptabilité de ces mesures diminuant, ajoutée à des considérations économiques, les restrictions de circulation sont limitées et des mesures plus légères sont préférées, couvre-feux aux confinements. Des tentatives d'utiliser les nouvelles technologies, avec les applications *StopCovid* et *TousAntiCovid*, sont essayées, avec plus ou moins de succès et de critiques.

⁸⁷³ Stéphanie Chevrel et Anne Éveillard, « Covid-19 : une crise sous l'emprise des réseaux sociaux », *Les Tribunes de la santé*, vol. 68 / 2, Global Média Santé, 2021, p. 95-103.

⁸⁷⁴ Bader Ben Mansour, « Le rôle des médias sociaux en politique: une revue de la littérature », *Regards politiques*, vol. 1 / 1, 2017, p. 3-17.

Mesures de soutien et adaptation des restrictions

Plusieurs propositions se sont attelées à apporter un soutien aux populations en difficulté. De nombreuses aides sont mises en place tout du long : chômage partiel, prévention des licenciements, assurance vieillesse, aides financières⁸⁷⁵... Un plan d'aide aux entreprises et pour l'économie, nommé *France Relance* est aussi impulsée. Une attention est portée progressivement à la santé mentale, suite aux constatations néfastes de la pandémie et des mesures restrictives. Le Sénat publie fin 2021 une note sur l'état de la santé mentale, et des recommandations pour développer l'offre autour⁸⁷⁶. Plusieurs dispositifs sont mis en place : numéro vert, fiches santé mentale, séances de psychologie remboursées pour les jeunes *MonPsy* (puis étendu à l'ensemble de la population). Des adaptations sont également apportées afin de rendre les mesures moins contraignantes, en particulier en EHPAD où l'isolement a des effets parfois équivalents à ceux de la maladie.



Figure 115. Communiqué du Ministère des Solidarités et de la Santé, “Covid-19 en EHPAD : 10 repères pour protéger les aînés sans les isoler”, 30 octobre 2020

Vaccination et pass sanitaire

La vaccination est précocement soutenue et promue par le Gouvernement. La confiance est rapide dans les résultats des essais cliniques et les recommandations des agences du médicament. La quantité limitée des doses, et une certaine prudence initiale, invitent le politique à l'étendre graduellement, et plutôt sous la forme d'une incitation. Les effets positifs de ces vaccinations et les avis médicaux favorables incitent à une campagne de vaccination plus étendue et rapide. Les courbes de vaccinations stagnent cependant vite, et une partie de la population semble réfractaire. Pour diverses raisons (respect d'une certaine liberté, acceptabilité de la mesure, recul insuffisant), ce n'est pas vers une obligation totale que les autorités se tournent, mais partielle avec la mise en place d'un pass sanitaire puis vaccinal. Ce pass exclut en quelque sorte les réfractaires de la société, abandonnant peut-être leur

⁸⁷⁵ « La lutte contre la pauvreté au temps du Coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté », France Stratégie, 2021.

⁸⁷⁶ « Rapport d'information : Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale », *op. cit.*

confiance, au profit d'une immunité collective. Les résultats de ces mesures sont plutôt encourageants, avec une baisse de l'écart entre l'intention de se vacciner et la vaccination effective. Il y a cependant des oppositions plus visibles et organisées au pass sanitaire, la question des libertés étant au centre du débat.

C. Politique internationale

La question internationale a été partie prenante des questionnements au cours de la crise. Un premier élément pris en compte est la circulation du virus entre pays, depuis la Chine initialement, puis des autres pays touchés secondairement, en particulier l'Italie lorsqu'elle a fait face à sa première vague de coronavirus. Les libertés de mobilité sont restreintes, les frontières fermées avec un contrôle aux frontières, rappelant ce qui a pu être fait lors de pandémies précédentes, notamment la peste. Le passeport vaccinal s'y ajoute avec l'arrivée des vaccins, reprenant aussi des modes de fonctionnement similaires à la bulette de santé de la peste et au passeport vaccinal antivariolique.

Les réponses des différents pays se sont inspirées des uns et des autres. On peut se demander si le confinement se serait autant répandu si la Chine ne s'y était risquée en première, profitant d'un cadre gouvernemental permettant plus facilement la restriction des libertés. Les diverses recommandations de l'OMS ont aussi été sources d'inspiration pour mener des politiques. De nombreux pays optent aussi pour l'utilisation de l'hydroxychloroquine et de l'azithromycine selon le "protocole Raoult"⁸⁷⁷.

Comme pour les traitements du sida, le vaccin a mis en avant la problématique de solidarité internationale. Face à la pandémie, les sociétés ont eu tendance à faire preuve d'un "nationalisme vaccinal"⁸⁷⁸. Les pays les plus pauvres sont ceux qui en pâtissent, ayant l'accès le plus tardif à ceux-ci, malgré la mise en place d'un fonds de solidarité COVAX. Les infrastructures de ces pays ne permettent d'ailleurs pas toujours de pouvoir conserver ces vaccins en bonnes conditions.

⁸⁷⁷ Falila Gbadamassi, « Ces pays africains qui ont décidé de continuer à soigner le Covid-19 avec l'hydroxychloroquine », *Franceinfo*, 28 mai 2020.

⁸⁷⁸ Gilles Pialoux, « 7. « Passeport vaccinal » : comment nos sociétés sont-elles parvenues à une immunité morale ? », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 87-96.

Représentations artistiques

L'art n'a pas vraiment innové durant les temps de la covid dans ses fonctions. Il joue à nouveau un rôle documentaire, rapportant le vécu des personnes. Nombre de messages passent à travers lui : soutien aux soignants et travailleurs de la première ligne, contestations contre les restrictions et utilisation pour passer des messages de prévention.

A. Vécu de la pandémie

L'art de la covid nous rapporte une vision très médicalisée de l'épidémie. Les nouveaux outils sont mis à disposition de la représentation du virus, tel que le *beauty shot* du virus, reproduit en introduction de ce chapitre. Cette représentation microbiologique de la maladie est reproduite à profusion, comme cette autre image dans le journal *Le Monde* :

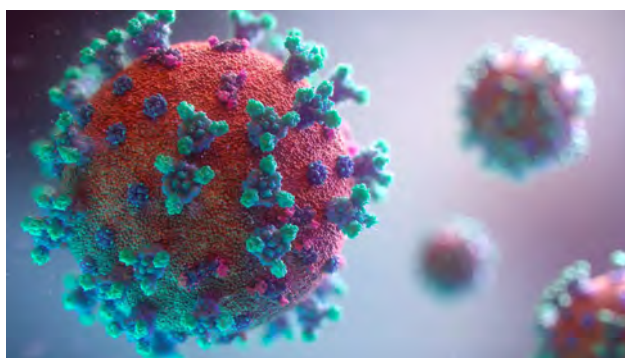


Figure 116. Représentation artistique du coronavirus SARS-CoV-2, par Fusion Medical Animation on Unsplash, reproduit dans l'édition du *Monde* du 26 avril 2020

Le virus spiculé est repris dans différentes œuvres graphiques, comme dans cette œuvre de *street art* à Dublin :



Figure 117. Représentation du virus par le collectif Subset à Dublin (Irlande), photographie par Aidan Crawley/EPA, 2020

Le *street art* est très riche en représentations du quotidien en temps de pandémie : masques et mesures barrières, gel hydroalcoolique, denrées de première nécessité, isolement, solitude, angoisse mais aussi soutien en ces temps difficile. L'art permet ici de rapporter le vécu, les éléments marquants, mais aussi chercher du sens et rapporter le positif dans les petits gestes de soutien qui ont essaimé la pandémie. Une autre manière de raconter ce vécu, très répandue, est celle du "journal intime", parfois publié sur les réseaux sociaux. On retrouve de nombreux récits, que ce soient des personnes isolées à Wuhan, celles dans le confinement ou de la quarantaine, des soignants à l'hôpital, des patients hospitalisés, d'autres juste isolés chez eux... Ces journaux nous permettent de nous remémorer et d'avoir accès aux expériences des autres en ces temps. De l'angoisse à l'espoir, de l'individualité à la solidarité, les sujets autour de la pandémie sont nombreux.



Famille Humaine en 2020,
par Harry Greb, Rome (Italie), 2020



Indiana Jones contemplant un rouleau de
papier toilette, par Jérémie Syro, Metz
(France), 2020



"Unis... En ces temps troublés", par
Gnasher, Royston (UK) 2020

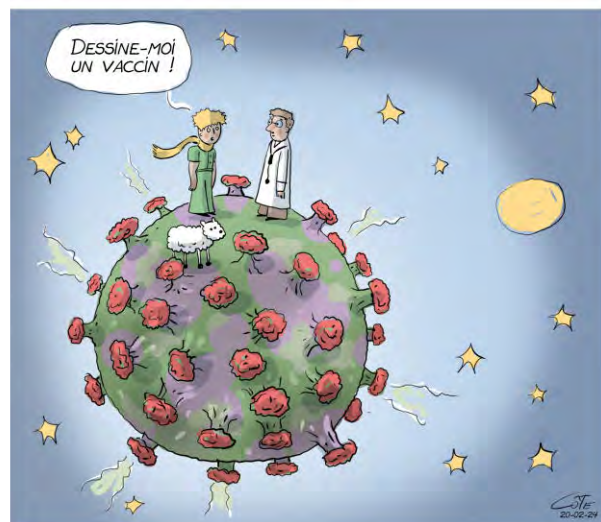


Soldats armés de mesures barrières,
par Hijack, Los Angeles (USA), 2020

Figures 118 à 121. Art mural et représentations durant le premier confinement

B. Art porteur de discours

La reconnaissance et le soutien aux soignants, caissiers, éboueurs... est évidente dans nombre d'œuvres les dépeignant tel des super héros. La confiance dans le monde médical et scientifique reste grande. Dans les dessins de Plantu, on les retrouve au chevet de la France allégorisée sous les traits de Marianne, perfusée et sous oxygène. Un autre dessin de Côté reprend le Petit Prince, demandant à un scientifique de lui "dessiner un vaccin" sur la planète du coronavirus.



Figures 122 à 124. Dessins de Banksy (*Painting for Saint*, mai 2020), Plantu (mars 2020) et de Côté (février 2020) autour de la covid et des soignants

L'art est un médium toujours plébiscité par les autorités pour transmettre des messages de prévention auprès des populations, comme en attestent les pictogrammes qui ont rythmé les politiques autour des mesures des gestes barrières ou de la vaccination.



Figure 125. Affiche de Santé Publique France sur les gestes barrières (2020)

Cet art est aussi l'occasion de la critique des politiques gouvernementales, parfois jugées trop restrictives ou incohérentes. Le primat de l'économie sur la santé est dénoncé par le dessinateur Aurel en mars 2020 et le président américain est caricaturé sous les traits du personnage *Shrek* et du virus dans l'art mural d'Andréas Welin à Copenhague :

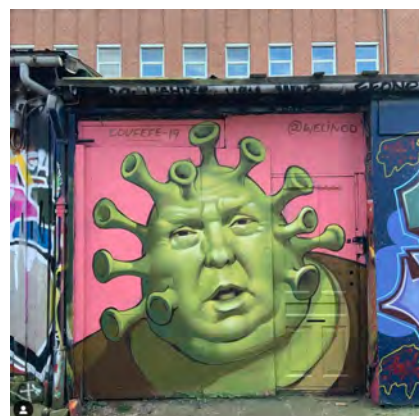


Figure 126 et 127. Dessin d'Aurel (mars 2020) et *street-art* d'Andréas Welin (mars 2020, Copenhague, Pays-Bas) critiquant les politiques

La France voit aussi sortir un documentaire à charge, *Hold Up* (novembre 2020). Ce documentaire dénonce que le virus n'est qu'une "grippette", et qu'un vaste complot a été mis en place pour restreindre les libertés⁸⁷⁹. Ce documentaire de plus de deux heures transmet de nombreux messages qualifiés de complotistes et de

⁸⁷⁹ « Les contre-vérités de « Hold-up », documentaire à succès qui prétend dévoiler la face cachée de l'épidémie », *Le Monde.fr*, 12 novembre 2020.

critiques des gouvernements, des scientifiques et des médias. Le format du documentaire est un format très apprécié et plébiscité pour la critique, d'autant plus pour des théories du complot (comme le documentaire *Loose Change* (2005) sur l'attentat du 11 septembre). Ce format permet de se parer d'une aura d'objectivité, invitant de très nombreuses personnalités scientifiques ou associées. Il rend aussi le message plus accessible au grand nombre, tout en profitant de l'effet accélérateur des médias sociaux. *Hold-Up* comptabilise ainsi plus de deux millions de vues en une semaine⁸⁸⁰.



Figure 128. Affiche du film documentaire "Hold-Up, retour sur un chaos", novembre 2020

⁸⁸⁰ Julien Baldacchino, « Le documentaire "Hold-Up" a été vu (au moins) plus de deux millions et demi de fois sur Internet », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceinter/le-documentaire-hold-up-a-ete-vu-au-moins-plus-de-deux-millions-et-demi-de-fois-sur-internet-6085129>]. Consulté le 3 décembre 2023.

Synthèse

La covid est la dernière “grande” épidémie à laquelle nous avons été confrontés de manière collective, et les réponses à celle-ci se recoupent grandement avec différents points que nous avons vus précédemment : peur de l'autre, discriminations, soutien, place importante de la médecine et la science à l'époque contemporaine, gestion opaque et verticale des autorités, limitation de circulation, dépistage, semi-obligation vaccinale... Il y a cependant des particularités, à commencer par l'ampleur des mesures de restriction, avec des confinements nationaux amenant à limiter la liberté de plus de la moitié de la population mondiale. Ces restrictions ont été bien respectées dans les premiers temps incertains et anxiogènes de la pandémie, avec toutefois des contestations progressives. Les plus fortes oppositions ont surtout concerné la mise en place d'un pass sanitaire, puis vaccinal, provenant de personnes soucieuses pour leur liberté ou réfractaires aux vaccins (avec une progression de théories complotistes dans un contexte d'*infodémie*), n'empêchant pas une large vaccination des Français. Les restrictions, en particulier le confinement, ont aussi eu un impact majeur sur la santé mentale de la population, notamment les adolescents et les seniors. La société civile s'est mobilisée, les associations en première, pour se soutenir, bien qu'il y ait toujours eu diverses stigmatisations.

Les soignants se sont retrouvés en “première ligne” de la pandémie, avec un système hospitalier sous tension lors des vagues de la maladie. Les soignants se sont mobilisés à l'hôpital et en ville pour lutter contre la maladie, mais ils ont aussi été exposés aux risques du coronavirus et aux risques pour leur santé mentale. Les plaintes sur une mauvaise gestion par le politique et un manque de soutien sont multiples, avec des soignants épuisés. Les institutions médicales chapeautent la réponse à l'épidémie, avec une vision centrale conseillant de limiter le plus possible la propagation par des mesures restrictives et favorisant la vaccination obligatoire, mais s'interrogeant sur les dérives possibles. Sur le terrain des divergences existent, avec des batailles “d'experts” et positions contradictoires, embrouillant certains dans la population et pouvant pousser à une certaine défiance. La confiance reste pourtant importante, en particulier dans les acteurs de soins locaux, la population préférant par exemple la vaccination chez leur médecin traitant.

Les réponses du Gouvernement se sont largement appuyées sur les institutions médicales, dont le Conseil Scientifique créé spécialement pour la crise, et sur les soignants individuellement pour lutter contre la maladie et appliquer les mesures. La santé physique collective a primé dans les premiers temps d'incertitude avec un système de santé saturé, cédant doucement le pas à des considérations plus pragmatiques considérant l'économie mais aussi la santé mentale. La gestion de la crise a été verticale dans un contexte d'état d'urgence sanitaire, incluant peu la société civile, ce qui a occasionné de nombreuses critiques. Les mesures restrictives ont globalement été bien respectées avec peu de contestation, sauf pour le pass sanitaire, mais la confiance en est ressortie fragilisée.

L'Art permet à nouveau l'expression des vécus, de la vision scientifique du virus spiculé à l'isolement, l'angoisse, la reconnaissance dans le corps médical et le soutien entre personnes. Il véhicule des messages préventifs, partisans en faveur des mesures barrières et restrictives ou dissident, contestant la gestion de la politique, pouvant aller jusqu'au complotisme.

Résultats

Nous avons traversé les époques et les épidémies, en nous intéressant à la place du médecin et aux réactions des différents pans des sociétés. Nous rapportons ici les similitudes et spécificités des épidémies étudiées pour nous permettre de pousser une réflexion plus globale dans la discussion. À noter que certaines similarités sont générales, avec des particularités que nous soulignerons. Nous reprenons notre séparation artificielle en trois catégories, toujours pour tenter de mieux faire ressortir les différents éléments qui nous intéressent. Nous avons opté pour une présentation synthétique sous la forme de tableaux, avant de nous y pencher plus longuement dans la discussion.

I - Les populations

A. Similitudes

Similitudes	Épidémies concernées	
Peur	Peste, sida, covid Variole en moindre mesure	De multiples récits de peur se retrouvent à chaque épidémie. Ils sont moins nombreux pour la variole, sauf lors de quelques poussées épidémiques. Il s'agit de la peur de la mort, la peur de la maladie et la peur de la contagion.
Punition divine	Peste, sida	Dans la peste et le sida, des discours rejettent la faute de la maladie sur les péchés des malades, voire de la société dans son ensemble. La maladie est alors une punition divine pour châtier les pécheurs.

Similitudes	Épidémies concernées	
Contagion	Peste, variole, sida, covid	Les populations soupçonnent une contagion pour l'ensemble des épidémies. Pour le sida et la covid, elle est établie par la théorie microbienne. Les réactions face à la peste suggèrent que les personnes ont acquis l'idée de cette contagion. La possibilité d'une contagion est moins considérée pour la variole jusqu'au XIXe siècle.
Empoisonnement, complot	Peste, sida, covid	Les thématiques de l'empoisonnement et du complot sont récurrentes. Il s'agit des semeurs de peste et les empoisonnements de puits pour la peste. Lors du sida, on sépare les "mauvais malades" qui l'ont "mérité" contre les "bons malades" qui ont été "empoisonnés" à cause de transfusions. Et la covid voit de nombreuses théories de ce type : un virus échappé d'un laboratoire, un complot mondial ou un complot des sociétés pharmaceutiques...
Conception médicale	Variole, sida, covid	La population adhère aux idées médicales sur la maladie surtout à partir du XVIIIe et XIXe siècle. C'est d'abord la théorie miasmatique pour la variole, suivie de la théorie contagieuse et enfin la théorie microbienne. Le sida et la covid voient une adhésion forte et rapide pour la conception microbienne.
Rôle limité de la religion	Variole, sida, covid	En France, la religion n'a pas joué un rôle majeur dans la réaction globale des populations pour ces trois épidémies, mais a pu jouer un rôle plus local : les acteurs religieux locaux ont pu jouer en faveur ou en défaveur de la prévention pour la variole (inoculation, vaccination), le sida (préservatif) et la covid (mesures de distanciation et d'isolement).
Rôle majeur des médias	Variole, sida, covid	Les médias prennent une place centrale dans la propagation de l'information à partir du XIXe siècle, mais aussi l'accélération de l'information, et parfois la création de l'information.

Similitudes	Épidémies concernées	
Fuite	Peste, covid Variole en moindre mesure	Dans les récits et témoignages retrouvés, nombreux sont ceux qui fuient face à la maladie pour la peste et la covid, et de manière moindre pour la variole. Dans la plupart des cas, cela concerne surtout les personnes les plus aisées.
Discriminations	Peste, variole, sida, covid	Chacune des épidémies voit son lot de discriminations : les juifs et semeurs de peste, les pauvres et la classe ouvrière pour la variole, les 4H pour le sida et les asiatiques pour la covid. Ces réactions peuvent même être violentes, particulièrement pour la peste.
Solidarité, initiatives civiles	Peste, variole, sida, covid	Chaque épidémie voit aussi des actes de solidarité et de soutien entre personnes, ainsi que des initiatives spontanées pour lutter contre la maladie : les vaccinateurs profanes, les associations de lutte contre le sida et la mobilisation des associations civiles dans la lutte contre la covid.
Acceptation des préconisations médicales	Variole, sida, covid	Les propositions médicales sont globalement admises et suivies par les populations : la vaccine concerne des millions de personnes en quelques années, avant toute obligation; l'utilisation du préservatif progresse rapidement face au sida; les mesures de distanciation anti-covid sont largement appliquées (mais aussi soutenues par la loi); la vaccination anti-covid concerne aussi plusieurs millions de personnes avant les mesures d'incitations du gouvernement.

Similitudes	Épidémies concernées	
Mouvements d'opposition	Peste, variole, sida, covid	Les mesures restrictives entraînent des oppositions. Bien que la vaccination soit amplement acceptée, l'obligation vaccinale antivariolique et le pass vaccinal covid entraînent en réponse des mouvements antivaccinations. Les restrictions de circuler pendant la covid voient progressivement des contestations. La peste en voit aussi, mais c'est bien moins documenté. Plusieurs mesures restrictives durant la crise du sida entraînent de fortes oppositions : dépistage obligatoire, déclaration obligatoire de la maladie... Le sida voit des mouvements d'opposition spécifique aussi, concernant la place des patients et des associations dans la réponse à l'épidémie.
Art : vécu et discours	Peste, variole, sida, covid	L'art est présent à chaque épidémie et à chaque époque. Il permet aux populations d'exprimer leur vécu et de produire des discours et des messages, parfois dissidents.

B. Spécificités

La Peste	Représentations et réactions religieuses	Bien que la religion ne soit pas inexistante dans les autres épidémies, elle a une place bien plus importante durant la peste. On le voit dans les nombreuses processions religieuses, pèlerinages, messes, offrandes et le culte des saints, ainsi que l'art religieux.
	Terreur	Les récits entourant la peste font état d'une terreur qui semble bien plus grande que ce qu'on a pu voir dans les trois autres épidémies. Les réactions de fuite associées ont l'air plus nombreuses.
	Discriminations et violences	Les discriminations et violences contre les "semeurs de peste" sont plus nombreuses et plus intenses, avec des récits de massacres de juifs dans de multiples endroits d'Europe. Des chasses sont aussi lancées contre des animaux de toute sorte : chats, chiens, cochons... mais les rats seraient épargnés.
	Défiance dans les médecins	Tout le long de l'épidémie, de nombreux textes décrivent les médecins négativement, risquant de plus aggraver la santé qu'autre chose. Les écrits en faveur des médecins sont moins nombreux.
La Variole	Germe inné	Certains groupes adhèrent à la théorie médicale du germe inné : la variole est une expression inévitable des humeurs, une sorte de rite de passage entre l'enfance et l'âge adulte.
	Moindre crainte	La variole paraît avoir entraîné moins de craintes que les autres maladies, ou tout du moins des réactions moins intenses. La maladie est endémique, présente de manière continuellement, moins létale et moins intense (sauf quelques poussées épidémiques) permettant probablement une certaine habitude à cette maladie. La théorie du germe inné, la maladie étant inévitable, a aussi pu jouer en ce sens.
	Figure grêlée	La petite vérole n'est pas mortelle, le plus souvent, mais laisse des cicatrices de son passage. Le risque est alors d'être atteint au niveau du visage, et de risquer une "mort sociale".

Le Sida	Mouvements associatifs, expertise du patient, art militant	Le sida est l'épidémie qui a la particularité de voir, dès le début, un très fort mouvement associatif. Ce mouvement œuvre pour les droits des personnes vivant avec le sida, et une meilleure intégration de la société civile et de patients dans les processus décisionnels, avec l'émergence du rôle de patient expert. Certaines associations ont aussi une action militante très forte et très visible (on parlera aussi d'art militant).
	Scandale sanitaire	Le scandale du sang contaminé a fortement mobilisé les associations et la société civile, et participé à une défiance et remise en cause du fonctionnement des institutions médicales et politiques.
La Covid	Nouveaux médias	Les médias sociaux ont émergé et amené de nouvelles problématiques, notamment celle de l'infodémie et des <i>fake news</i> .
	Reconnaissance des travailleurs de la "première ligne"	La confiance et la reconnaissance envers l'ensemble du personnel soignant est très forte durant l'épidémie de covid. À ceci s'ajoute la reconnaissance des autres métiers de première nécessité : caissier-vendeur, éboueur, aide à domicile, livreurs...

II - Les médecins

A. Similitudes

Similitudes	Épidémies concernées	
Théories dominantes et divergentes, controverses	Peste, variole, covid	Les quatre épidémies connaissent des théories médicales dominantes : Théorie miasmatique pour la peste et initialement pour la variole, suivi d'une théorie contagieuse; ensuite théorie microbienne pour l'ensemble des maladies épidémiques à partir du XXe siècle. La peste, la variole et la covid ont eu des controverses médicales : sur l'origine et le traitement de la peste et de la variole, sur l'inoculation et la vaccine; la covid a vu son lot de polémiques autour de l'hydroxychloroquine et d'autres traitements. Le sida est globalement épargné de ce type de controverse, la principale à noter étant celle de la paternité de la découverte du virus.
Médecine basée sur les preuves	Variole, covid, sida	Avec l'arrivée des statistiques au XIXe siècle, la médecine se veut de plus en plus objective et basée sur des données chiffrées. Ceci aboutit à la médecine basée sur les preuves, qui est le paradigme médical dominant durant le sida et la covid.
Recherche médicale	Sida, covid	La recherche médicale joue un rôle crucial au cœur des nouvelles épidémies. On compte sur elle pour identifier la maladie et développer des traitements et des vaccins pour y faire face.

Similitudes	Épidémies concernées	
Mesures anti-contagion	Variole, sida, covid	Le XIXe siècle apporte les techniques d'asepsie et d'antisepsie, qui se répandent rapidement contre la variole. Elles sont initialement à visée plutôt anti-miasmatique, puis anti-germes avec la théorie microbienne. Elles ne quitteront plus la société, notamment en temps d'épidémie se répandant par le contact, comme pour la covid qui voit les mesures de distanciation. Pour le sida, la transmission étant principalement sexuelle et sanguine, la prévention se fait autour de ces modes de transmission : préservatifs, dépistage du sang, prévention des AES...
Inoculation, vaccination	Variole, covid	La variole et la covid sont les seules maladies étudiées qui ont un moyen de prévention immunologique : la vaccination (et l'inoculation contre la variole auparavant). Ces mesures sont rapidement soutenues par nombre de médecins, et mises en place en pratique. Certains médecins militent en faveur de la vaccination obligatoire.
Séparation des malades	Variole, sida, covid	À l'hôpital, des secteurs sont créés en temps d'épidémie pour accueillir les personnes atteintes par la maladie : la structure pavillonnaire de l'hôpital va en ce sens au XIXe siècle, et au XXe-XXIe siècle, les services sont séparés en différents secteurs. Il peut exister des peurs et des discriminations envers les professionnels de ces secteurs.
Utilisation des médias et de l'art	Variole, sida, covid	À partir du XIXe siècle, les médecins et les autorités utilisent les médias pour faire passer des messages, communiquer des informations et influencer les populations. L'art est également un vecteur utilisé en ce sens.

Similitudes	Épidémies concernées	
Expertise	Peste, variole, sida, covid	Les médecins sont souvent amenés à conseiller les autorités : la faculté de médecine est interrogée dès le début de la peste et l'avis des médecins est sollicitée tout du long. La politique de la vaccine est décidée avec le Comité de la Vaccine. Pendant le sida et la covid, on a des Conseils chargés de conseiller la politique de l'État. Certains médecins considèrent qu'il s'agit du rôle du corps médical de guider, voire de décider des politiques de santé publique, et militent en ce sens.
Acteurs sur le terrain	Peste, variole, sida, covid	Sur le terrain, les médecins sont couramment au premier plan : les médecins de peste figurent parmi les victimes de la peste, la plupart des inoculateurs et vaccinateurs sont des médecins, l'hôpital fait face à la crise du sida et de la covid, et les médecins généralistes sont fortement sollicités pendant la covid.
Recherche médicale	Sida, covid	La recherche médicale joue un rôle crucial au cœur des nouvelles épidémies. On compte sur elle pour identifier la maladie et développer des traitements et des vaccins pour y faire face.
Un rôle croissant dans la société	Variole, sida, covid	Durant le XIXe siècle, les médecins acquièrent une place centrale dans le soin qui a perduré jusqu'à nos jours, y compris durant le sida et la covid. La confiance de la population et des autorités est croissante, et l'hôpital joue un rôle majeur dans les deux dernières épidémies. Des médecins s'impliquent aussi en politique, et y amènent les idées du monde médical.

B. Spécificités

La Peste	Conception de la maladie	La conception principale de la maladie est miasmatique, en y ajoutant parfois des particularités. On pense par exemple que les miasmes de la première épidémie de peste sont dus à une conjonction des astres. La conception chrétienne du pêché est aussi présente chez certains médecins.
	Mesures anti-miasmes	Les mesures anti-miasmes sont surtout préconisées contre la peste (bien qu'un peu pour la variole, mais c'était plutôt la théorie du germe inné qui prédomine) et visent à purifier l'air.
	Place médicale moindre	Les médecins jouent un rôle moindre durant la peste. Ils sont occasionnellement conseillers, mais plus fréquemment agents des autorités. Ils sont mal considérés par la population. Ces médecins peuvent aussi fuir face à l'épidémie, conscients d'en être des victimes potentielles, voire privilégiées.
La Variole	Expérimentation humaine	La variole a été l'un des premiers terrains de jeu d'expérimentation humaine, visant des personnes en marge de la société : des prisonniers, des orphelins, des mendiants. En ce qui concerne les enfants, le consentement n'a pas été demandé : ces enfants de la nation ont été mis à disposition de la science.
	Hygiénisme et dégénérescence	Dans les théories divergentes, on retrouve des théories de dégénérescence de la race. La variole est la seule maladie épidémique étudiée ayant entraîné la publication d'autant de traités de ce type.
Le Sida	Implication de la société civile, démocratie sanitaire	Sous l'action des associations, les médecins se retrouvent à plus inclure les associations et les patients, et modifient certaines organisations du soin. Ceci est entériné par la loi Kouchner de 2004, et promeut la démocratie sanitaire.
	Affaire du sang contaminé	L'affaire du sang contaminé amène des responsables médicaux et politiques à être incriminés et condamnés. C'est l'un des premiers scandales sanitaires.

La Covid	Levée du secret médical	La covid n'est pas la seule maladie à déclaration obligatoire, mais s'y ajoute la déclaration des cas contacts, qui ne sont pas malades, ce qui pose de nouvelles problématiques de gestion des données personnelles.
-----------------	--------------------------------	---

III - Les autorités

A. Similitudes

Similitudes	Épidémies concernées	
Lien avec les médecins : expertise et agents des autorités	Peste, variole, sida, covid	Les médecins ont globalement deux rôles en lien avec les autorités pour chaque épidémie. Ils sont d'abord des conseillers sollicités pour leur expertise : la faculté de médecine au XIVe siècle, les comités de vaccine au XIXe, le conseil national du sida fin XXe, le conseil scientifique covid début XXIe... Les scientifiques et la recherche sont aussi mis à contribution pour le sida et la covid. On compte sur eux pour trouver la maladie, des traitements et un vaccin. Leurs avancées sont suivies de près et on voit parfois les politiques s'afficher avec eux. Les médecins sont aussi des agents sur le terrain. Les villes s'attachent les services de médecins de peste, et des médecins sont réquisitionnés en temps d'épidémie. On demande aux médecins de répandre la vaccine et la vaccination anti-covid, contre une récompense financière. Les hôpitaux et le personnel soignant sont fortement sollicités pendant le sida et la covid. Les médecins généralistes sont aussi au premier plan face à la covid.

Similitudes	Épidémies concernées	
Gestion de l'information	Peste, variole, covid	L'information transmise par les autorités n'est pas entièrement transparente, principalement pour éviter la panique. On tait la peste quand elle est là, on interdit de porter de noir ou de sonner les cloches. Les difficultés initiales de la vaccine sont tues. La gestion initiale de la pandémie covid est assez opaque. L'affaire du sang contaminé est l'une des plus emblématiques de cette Le sida voit d'abord une absence d'information à son sujet, et ne vient sur le devant de la scène politique que progressivement, avec l'action des associations. Par ailleurs, il y a l'affaire du sang contaminé qui est occultée pendant plusieurs années.
Organisation du territoire	Peste, variole, sida, covid	À partir de la variole, la gestion oscille entre une part décentralisée et une part centralisée. La vaccine est gérée par les comités de vaccine locaux, sous l'égide du comité central et de l'État. À l'époque contemporaine, la gestion est partagée entre les dispositifs locaux (ARS pour la covid) et au niveau national la Direction Générale de la Santé et le Ministère de la Santé. Pour la peste, cela oscille du désordre à l'organisation en bureaux de santé. L'État s'implique tout de même progressivement, surtout à partir de la peste de Marseille. La peste et la variole voient aussi se mettre en place des règlements locaux, propres à chaque localité.
Politiques internationales	Peste, sida, covid	Des politiques internationales se sont développées pour ces trois épidémies. Pour la peste, cela concerne principalement le commerce maritime avec le système de quarantaine et de patentes. Les politiques et la coopération internationale sont bien plus importantes pour le sida et la covid, concernant la recherche, le transport de personnes et de marchandises, l'accès aux traitements...
Mesures anti-contageuses	Variole, covid	Les autorités suivent globalement l'avis des médecins sur ces questions, et préconisent l'asepsie et l'antisepsie, les mesures de distanciation pour la covid, et la prévention de la transmission sexuelle (préservatifs) et sanguine (dépistage du sang, prévention des AES...).

Similitudes	Épidémies concernées	
Limitation de circuler	Peste, covid Variole en moindre mesure Évoqué pour le sida	La peste et la covid ont connu quarantaines, isolements, couvre-feux, limitation de circuler (avec des bulletins de santé, des autorisations dérogatoires, puis le pass vaccinal). L'isolement est discuté et appliqué de manière sporadique pour la variole. Des mesures similaires sont évoquées pour le sida, mais rencontrent de vives oppositions.
Secret médical	Peste, variole, covid Évoqué pour le sida	Les malades n'ont pas pu garder le secret de leur maladie, sauf pour le sida : les pestiférés et varioleux sont reconnus aux marques physiques, et parfois leurs demeures sont marquées d'un signe distinctif. Pour la covid, chaque test est nominatif, éventuellement associé à un numéro de sécurité sociale, et le résultat est connu des autorités. Encore une fois, la levée du secret médical est discutée pour le sida, mais rencontre de vives réactions en France.
Obligation vaccinale	Variole, covid	Les deux maladies ont leurs débats sur l'obligation vaccinale, opposant la santé collective à la liberté individuelle. Des mesures d'incitation ou d'obligation partielle sont mises en place pour les deux, avec un certificat de vaccine et un pass vaccinal pour accéder à certains lieux : écoles, armée, profession soignante, bars, cinémas, profession soignante... Des personnalités publiques se font vacciner publiquement pour encourager la méthode : le fils de Napoléon Ier ou le ministre de la Santé, Olivier Véran. La vaccination antivariolique devient obligatoire pour la variole en 1902, celle de la covid ne l'est pas à ce jour.

Similitudes	Épidémies concernées	
Mesures d'assistance	Peste, sida, covid	Des mesures d'assurances se mettent en place pour secourir les plus démunis : stocks de nourriture et de médicaments lors de la peste, allocation adulte handicapé et remboursement à 100 % des soins pour le sida, et chômage partiel durant la covid.
Utilisation des médias et de l'art	Variole, sida, covid	Les autorités utilisent les médias et l'art de concert avec les médecins pour faire parvenir leurs messages.

B. Spécificités

La Peste	Désorganisation	Les premières épidémies de peste prennent les autorités par surprise, sans compter les multiples décès. La réponse, dans ces circonstances, est alors très désorganisée.
	Implication tardive de l'État	L'État ne s'implique dans la gestion des épidémies qu'à partir du XVIIIe siècle, surtout après la peste de Marseille.
	Mesures anti-miasmes	Des mesures anti-miasmatiques sont prises durant la peste : fumigations, encens, enterrement des corps dans de la chaux...
	Autorités religieuses	Les différents clercs et figures religieuses jouent un rôle important à cette époque : dans les petites communautés, ils sont parfois la figure d'autorité; dans les plus grandes, dans une société imprégnée de culture religieuse, leur avis compte énormément. C'est à leur initiative que nombreuses processions, pèlerinages, offrandes ont lieu. C'est aussi le pape Clement VI qui écrit une lettre intimant de protéger les juifs.

La Variole	Expérimentation humaine	Les autorités ont autorisé et aidé à l'expérimentation humaine sur les personnes en marge de la société.
Le Sida	Manque d'information	Le sida voit d'abord une absence d'information à son sujet, et ne vient sur le devant de la scène politique que progressivement, avec l'action des associations.
	Implication de la société civile	Le sida est la seule épidémie où un comité consultatif civil, composé d'associations, donner son avis sur les politiques de santé.
	Opposition aux mesures restrictives	Les politiques ont globalement été opposés aux restrictions des libertés des personnes vivant avec le sida, au dépistage obligatoire et contre des lois générales de criminalisation de la transmission du VIH.
	Affaire du sang contaminé	Ce n'est qu'au cours du sida qu'on voit des politiques et des responsables médicaux être incriminés et condamnés.
La Covid	Confinement national et international	La covid a vu le premier confinement de l'ensemble de la France, mais aussi d'une grande partie du monde, avec plus de quatre milliards de personnes confinés en 2020.
	État d'urgence sanitaire	De la même manière, c'est la première fois qu'est prononcé un état d'urgence sanitaire, avec un rôle majeur de l'autorité nationale dans la gestion de l'épidémie.

Discussion

Quand le passé n'éclaire plus l'avenir, l'esprit marche dans les ténèbres.

Alexis de Tocqueville, 1835

Les similitudes et spécificités relevées nous amènent à nous interroger sur plusieurs éléments récurrents aux épidémies et sur des éléments qui nous ont interpellé. L'analyse de ces différents éléments nous permettra de revenir à notre questionnement initial : qu'est-ce que l'histoire des épidémies peut nous apprendre afin de mieux réagir aux futures épidémies ?

I - La peur d'autrui

Les similitudes que l'on retrouve entre les différentes épidémies suggèrent l'existence d'invariants aux épidémies. Un invariant principal permet de rattacher une grande part de ces réactions sociétales et constitue un élément explicatif : la peur de l'autre.

Contagion et gravité de la maladie

Une maladie épidémique est de fait contagieuse. Cette contagion peut se faire de diverses manières : par le contact direct, le contact indirect (via des objets, des tissus...), des gouttelettes de sécrétions ORL, via l'air même ou encore par voie sanguine et sexuelle. Ces mécanismes de contagiosité n'ont été élucidés qu'assez récemment (fin XIXe siècle - début XXe siècle), permettant de mieux comprendre la marche d'une épidémie. L'ignorance de ces mécanismes n'a pas empêché les personnes de se rendre compte du caractère contagieux des épidémies de peste, de variole, de choléra, de syphilis... Différents modes sont imaginés : à travers des miasmes de l'air s'attachant aux personnes ou aux objets, la contagion du péché et des mauvaises mœurs provoquant l'ire divine, ou encore via des empoisonnements. Dans tous les cas, il est toujours question d'une tierce personne. L'autre élément déterminant, au niveau des maladies étudiées, est leur caractère invalidant, voire mortel, à l'origine de la peur. Pour la peste et la covid, c'est évidemment la mortalité qui est crainte. Mais pour la variole, ce sont aussi les séquelles physiques et la laideur des "figures grêlées", entraînant une sorte de mort sociale. Pour la variole et le sida, on trouve aussi la problématique de la contagion, des "mauvaises mœurs" et du "mauvais sang". La crainte peut donc être pour sa santé physique, mais également pour sa santé "sociale" et "morale".

La contagion et la peur pour sa santé sont les deux éléments provoquant la peur de l'autre. Sans eux, on ne retrouve pas les réactions que l'on a étudiées. Si on regarde les réactions qu'entraînent les épidémies de rhinopharyngite et autres viroses de l'hiver, on peut bien trouver quelques personnes qui évitent le contact de l'autre, des parents qui retirent leurs enfants des crèches et autres mesures de ce type. Ces attitudes n'ont cependant pas la violence de ce qu'on a pu étudier, et ces comportements sont plus souvent individuels sans mouvement collectif généralisé. Concernant la contagiosité, prenons l'exemple "d'épidémies" de maladie non contagieuse : épidémie d'obésité et de diabète⁸⁸¹ par exemple. Il s'agit d'un abus de langage, mais qui est bien ancré. L'une des définitions de l'épidémie du CNTRL (centre national de ressources textuelles et lexicales) rapporte bien "Multiplication considérable de cas de toute maladie (transmissible, carentielle ou autre; intoxication) ou de tout autre phénomène biologique ou social (accident, divorce, suicide, etc.)". Cette épidémie a bien un caractère de gravité, voire de mortalité. On ne voit pourtant pas de phénomène de peur d'autrui associée aux épidémies classiques, du fait de l'absence de contagiosité.

⁸⁸¹ Sénat, « Surpoids et obésité, l'autre pandémie - Rapport d'information n° 744 (2021-2022), déposé le 29 juin 2022 ».

Peur de qui ?

Dans toutes les épidémies étudiées, on retrouve cette peur de l'autre. Il s'agit de la peur des malades principalement, mais pas seulement. Pour la peste, on craint les pestiférés, mais aussi les juifs, les étrangers, et parfois des animaux. On redoute également les marchandises, et l'air empli de miasmes que l'on cherche à purifier. La variole voit une moindre frayeur initialement à l'encontre des varioleux, lorsqu'on considère encore qu'il s'agit d'une étape essentielle de la vie. Avec la variolisation et la vaccination, la maladie effraie plus, avec une peur de la transmission de tares morales et sociales via le mélange du sang associées aux techniques. Le sida connaît la peur des malades, dénommés initialement "sidéen", ainsi que des groupes sociaux les plus touchés : les homosexuels, les Haïtiens, les usagers de drogues intraveineuses (héroïnomanes) et les hémophiles (les "4 H"). La crainte morale est particulièrement forte au début de l'épidémie. Enfin, la covid a vu des phénomènes de peur autour de la population asiatique, puis à l'encontre des personnes non-vaccinées. Cette peur concerne donc à la fois les malades et les potentielles sources de la maladie (les juifs, les animaux, les Haïtiens, les asiatiques, les non-vaccinés...). À cela peut s'ajouter une peur de la transmission de tares morales selon le contexte.

Des réactions déterminées par la peur : discrimination et remise en cause des libertés

Les réactions étudiées nous apparaissent évidemment liées à la peur d'autrui. Le plus évident pour commencer concerne les réactions de discrimination associées. La peste a connu les massacres des juifs, notamment le Pogrom de Strasbourg de 1349, ainsi que de toutes personnes pouvant être un semeur de peste. Pour la variole, il existe toute une discrimination institutionnelle contre les non-vaccinés : interdiction progressive d'accès à certaines professions, à certaines écoles. On refuse la variolisation ou la vaccination lorsqu'on n'est pas sûr de sa provenance, ou qu'elle provient d'enfants de familles réputées immorales. Les classes bourgeoises et aisées évitent le contact des classes plus pauvres, à la fois pour éviter les maladies, mais aussi leurs défauts moraux : on peut évoquer la scène de la maison d'Âpre-Vent (1853) écrit par Dickens où *une veuve bourgeoise, couverte de la tête au pied, voilée, avec des gants, esquivé le contact de la basse populace*. Les "4H" sont particulièrement discriminées lors de la période sida : on évite leur contact physique, de toucher les mêmes objets, voire de s'approcher à plusieurs mètres, et ce même à l'hôpital. On reproche leur déviance aux homosexuels et aux usagers de drogues intraveineuses, "méritant leur sort", contrairement aux "victimes" que sont les transfusés. Pour la covid, on retrouve les discriminations institutionnelles et individuelles entre vaccinés et non-vaccinés, ainsi qu'une agressivité physique, verbale, et sur les réseaux sociaux à l'encontre des personnes asiatiques. Les "covidés" sont aussi craints pendant cette période, de même que les personnes en contact avec les malades covid. À l'hôpital par exemple, il y eût une distanciation du personnel "non-covid" à l'encontre du personnel "covid".

Au niveau collectif, il s'agit de tout le questionnement sur la restriction des libertés individuelles. Ces restrictions concernent les individus qui nous effraient : les malades, ou les potentiellement malades. Cela commence par les mesures d'isolement : les lazarets et la quarantaine maritime pour les pestiférés, l'isolement

des inoculés de la variole et des varioleux, et les isolements de 7-14 jours pour les covidés. La peste et la covid voient des limitations de circulation plus globale : les cordons sanitaires pour la peste, les quarantaines nationales ou locales pour la covid, et des couvre-feux pour les deux. Les déplacements peuvent même nécessiter des autorisations de sorties temporaires : les bulettes de santé pour la peste, les attestations de déplacement dérogatoire pour la covid. Il peut y avoir des limitations différentielles selon le statut vaccinal : les vaccinés et non-vaccinés contre la variole ou la covid n'ont pas eu les mêmes accès aux écoles, aux cafés, aux théâtres, à certaines professions... Pour le sida se sont posées (et se posent toujours) les questions de la criminalisation de la transmission du virus et du secret médical vis-à-vis des partenaires. La covid n'a pas eu les mêmes débats : la déclaration de la maladie par les professionnels de santé, et l'information des cas contacts ont rapidement été obligatoires. Face à la peur de l'autre et de la contagion, les libertés individuelles ont toujours été remises en cause (plus ou moins fortement) au bénéfice de l'intérêt collectif.

Des moyens de contrebalancer cette peur

La peur peut, en partie, être atténuée à travers différents moyens et faire diminuer les discriminations. Cela commence par l'éducation et la sensibilisation des populations. L'exemple est particulièrement criant pour le sida. Grâce aux campagnes de sensibilisation menées durant de longues années par les associations, l'opinion a pu changer progressivement : on observe une solidarité plus grande en 1994 par rapport 1992 à l'égard des personnes vivant avec le VIH, mais avec tout de même une demande stable de contrôle social (dépistage obligatoire, entorse au secret médical...) ⁸⁸². Le baiser que reçoit une personne vivant avec le sida lors de la première édition de "Tous Ensemble Contre le Sida" à la télévision marque durablement les esprits sur l'absence de risque du baiser. Pour la Covid, la sensibilisation sur les modes de transmissions a aussi permis de mieux s'adapter, et de trouver des alternatives aux mesures d'isolement : les mesures de distanciation, le port du masque, le lavage des mains... Cela nécessite toutefois d'avoir les connaissances scientifiques pour pouvoir sensibiliser. Cela a pris de nombreuses années pour le sida, et pour la peste et la variole, ces connaissances n'étaient pas forcément disponibles. Pour ces deux dernières cependant, l'idée d'une transmission par des miasmes a peut-être pu limiter certaines des discriminations associées à la peur de la contagion par l'autre.

Lorsque des discriminations persistent et que la sensibilisation ne suffit pas (ou n'existe pas), le cadre légal peut y aider. Ainsi, pendant la peste, les autorités laïques et religieuses prennent la défense des juifs (lettre du pape Clément VI, protection du duc d'Autriche...), et punissent leurs persécuteurs. Pour le sida et la covid, les discriminations sont également punies par la loi. Les divers procès qui ont lieu aident aussi, à travers la jurisprudence créée ⁸⁸³.

⁸⁸² J.P Moatti, I Grémy, Y Obadia, [et al.], « L'évolution des connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population française sur le sida – Enquête 1994 KABP/ACSF », *Le Journal du Sida*, décembre 1995.

⁸⁸³ Voir par exemple la jurisprudence faisant suite à la crise covid-19 sur le site du défenseur des droits :

https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=etagere_see&id=114&page=2&nbr_lignes=23

Des mouvements de solidarité

Au-delà des discriminations, de la peur et de l'anxiété provoquée par l'épidémie, il faut noter qu'il existe de nombreux moments de solidarité au cœur des épidémies. On retrouve dans les archives judiciaires de Marseille, en temps de peste, des procès de personnes ayant bravé les mesures d'isolement afin d'être présents les uns pour les autres⁸⁸⁴. Les témoignages rapportent des familles ou des amis restant au chevet des malades, parfois jusqu'à la mort. On retrouve des témoignages similaires pour la pandémie de covid : des familles et amis se portant assistance lors de la maladie, des voisins faisant les courses pour une personne fragile ou prenant de ses nouvelles, et de multiples autres réseaux d'entraides⁸⁸⁵. C'est aussi le mouvement associatif qui a été particulièrement actif et présent, que ce soit en France ou à l'international⁸⁸⁶. Les associations brillent particulièrement durant la période sida : des bénévoles se rendent à l'hôpital ou au domicile des personnes atteintes du sida, des appartements thérapeutiques sont mis en place, des permanences téléphoniques sont ouvertes, des médicaments de contrebande sont proposés... Les personnels soignants sont aussi des acteurs majeurs de la solidarité : les religieuses et les médecins n'ayant pas fui en temps de peste, les vacinateurs (médecins, officiers de santé, sage-femmes...) luttant pour répandre la vaccination, le personnel hospitalier au chevet des malades pour le sida et la covid. La solidarité est aussi une constante de l'histoire des épidémies, se présentant de manière spontanée et à toutes époques.

II - Évolution des représentations de la maladie

Les réactions nous semblent liées aux représentations des maladies de manière évidente. On a pu voir que pour les réactions de peur, elles ne sont pas les mêmes selon la représentation que l'on se fait de la contagion. Si l'on évoque des miasmes, on mettra plutôt en place des mesures pour les éliminer. Si c'est la responsabilité des autres qui est mise en cause, les mesures se porteront sur ces autres. L'idée d'une contagion directe entraîne des mesures d'isolement, et la pensée d'un empoisonnement dû aux juifs pousse à des violences à leur rencontre. La contagion aussi entraîne des réactions violentes, même lorsque ces mécanismes sont mieux compris, comme ce fut le cas des discriminations à l'encontre des personnes asiatiques pendant la covid. On veut se pencher dans cette partie sur d'autres évolutions des représentations de la maladie, et en quoi elles peuvent modifier les réactions de la société.

⁸⁸⁴ Fleur Beauvieux, « « [...] l'ayant secouru jusque a la mort ». Les relations sociales à Marseille en temps de peste (1720-1722) », *Histoire Sociale - Social History*, LIV, novembre 2021, p. 529-550.

⁸⁸⁵ « « Jamais on n'avait vu un tel engagement » : le confinement provoque un élan de solidarité », *Le Monde.fr*, 17 avril 2020.

⁸⁸⁶ Geoffrey Pleyers, « Entraide et solidarité en temps de pandémie : une actualité internationale », in *Quel monde associatif demain ?*, Toulouse, Érès, 2021, (« L'innovation sociale en pratiques »), p. 93-102.

L'évolution de la représentation religieuse

La religion a joué un rôle central dans les réactions face à la peste. Dans une société dominée par une vision religieuse de la maladie, avec une primauté donnée aux soins de l'âme sur ceux du corps, il n'est pas étonnant de voir cette place essentielle de la religion. Face à une épidémie aussi injuste que la peste, évoquer les de la population semble une évidence, éloignant parfois les soupçons de la contagion. Les activités religieuses de groupe sont pléthores : processions religieuses, prières de groupe, pèlerinages, offrandes, culte des saints... Le mouvement des flagellants est particulièrement représentatif : des processions de personnes de ville en ville, se flagellant pour expier de leurs péchés, répandant sûrement la maladie, et se lançant dans des chasses aux pêcheurs et aux juifs.

Cette place de la religion se réduit assez rapidement à partir du XVIII^e siècle. Il reste bien des critiques morales religieuses entourant les maladies, telle la syphilis, mais elles sont en réduction⁸⁸⁷. Les nouvelles techniques autour de la variole ont bien produit quelques réactions religieuses, évoquant l'œuvre du Malin ou au contraire un don de Dieu, mais elles sont plutôt à la marge. Cette image du choléra de 1832, en pleine épidémie, rejette par exemple la faute sur la vague démocratique qui se répand en Europe⁸⁸⁸. Les blâmes se portent plutôt sur des déviances sociales, dans un contexte d'hygiénisme grandissant supporté par le corps médical et politique.



Figure 129. Jean-Baptiste Marie, *Le Choléra*, feuillet de 1832

⁸⁸⁷ Gérard Fabre, « Chapitre 5 - De la peste à la syphilis : la question des mœurs sous l'emprise religieuse », in *Épidémies et contagions*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 1998, (« Sociologie d'aujourd'hui »), p. 59-68, p. 5.

⁸⁸⁸ « Le choléra - Histoire analysée en images et œuvres d'art | <https://histoire-image.org/> », [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/cholera>]. Consulté le 12 novembre 2023.

La religion va ainsi diminuant, et l'on entend assez peu en France dans la pandémie de la covid. Le rassemblement évangélique de Mulhouse fait parler de lui, et quelques opposants aux mesures de confinement, mais les religions ont plutôt tendance à se conformer à la politique de santé publique sans faire de vagues⁸⁸⁹. Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres pays où la religion a une place différente : "intégristes catholiques, évangéliques protestants aux États-Unis (soutenus d'abord par Donald Trump), au Brésil (avec l'approbation bruyante de Jair Bolsonaro), en Afrique, à Singapour, en Corée du Sud ; ultra-orthodoxes juifs en Israël (sans l'aval du gouvernement Netanyahu) et ailleurs ; chiites iraniens à Qom, la ville sainte (avec le soutien des autorités civiles et religieuses) ; musulmans sunnites en Inde (contre l'interdiction du gouvernement hindouiste qui les opprime)"⁸⁹⁰. Une note d'un sénateur français⁸⁹¹ rapporte que "cette crise permet-elle de prendre la mesure d'une rupture historique majeure : la perte du rôle de premier plan tenu par la religion dans la réponse aux épidémies". Les religions se sont ainsi montrées plutôt pragmatiques, et dans un rôle de soutien, délaissant le rôle d'explication et de lutte contre la maladie, avec "l'adoption d'une lecture d'abord scientifique et technique des événements, au détriment de la lecture théologique"⁸⁹². Même face à la crise du sida, qui a vu des critiques évoquant le blâme moral autour de la syphilis, n'a pas vu d'attaque morale si importante que cela en France. La prévention n'a pas été forcément mise en avant pour diverses raisons de culte (préférant l'abstention sexuelle au préservatif⁸⁹³), mais les religieux ont continué à jouer un rôle d'accompagnement⁸⁹⁴.

Une vision médicale grandissante

La vision médicale n'était pas prégnante dans la population au Moyen Âge et à la Renaissance. Durant la peste, c'était la vision religieuse ou des croyances locales qui avaient la prédominance, avec des médecins mal considérés. À partir de la fin du XVIII^e siècle, les idées médicales se répandent progressivement dans la population, à commencer par la population urbaine. Les élites participent d'elles-mêmes aux débats entourant l'inoculation et la vaccination. La population urbaine et l'aristocratie sont plus enclines à se faire vacciner que la population rurale, et certains réalisent ces opérations eux-mêmes sans recourir à l'aide des médecins. La vision médicale de la santé individuelle, mais aussi collective, se fait plus prégnante. Malgré quelques débats initiaux autour des bienfaits et risques de la vaccination, les polémiques de la fin du XIX^e siècle se tournent plutôt autour de la question de l'obligation vaccinale et des libertés. On peut y ajouter que l'hôpital prend également une place grandissante et nombreux sont ceux qui s'y rendent pour accéder à des soins.

La place réduite de la religion n'empêche pas des jugements moraux autour des problématiques de santé, d'autant plus dans un contexte d'hygiénisme. On ne

⁸⁸⁹ Jean-Louis Schlegel, « La religion au temps du coronavirus », *Esprit*, mai 2020.

⁸⁹⁰ *Ibidem*.

⁸⁹¹ Pierre Ouzoulias, « Note à l'attention des membres de l'Office - Les cultes religieux face à l'épidémie de Covid-19 en France », Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2020.

⁸⁹² Pierre Ouzoulias, *op. cit.*, p. 24.

⁸⁹³ « La journée mondiale sur le SIDA Les autorités juives et musulmanes prônent la prévention par l'abstinence », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1988.

⁸⁹⁴ Vlady Nicolov, « Religion et VIH », *Journal du Sida*, mai 2001.

condamne plus les pêchés, mais les tares sociales, parlant parfois de maladie sociale. Les classes pauvres, les ouvriers et les étrangers sont accusés de répandre le choléra et la petite vérole. Les ruraux sont blâmés d'entretenir la variole par un refus plus grand de la vaccination. La syphilis est, elle, sous la condamnation des déviances sexuelles et de la prostitution. C'est un contrôle de la population sous une lentille médicale qui se développe. On voit d'ailleurs des thèses natalistes, raciales et eugénistes de plus en plus fréquentes.

La médecine triomphe d'autant plus au XXe siècle, avec l'avènement de nombreuses théories médicales (la microbiologie, la génétique...) et surtout les progrès de la thérapeutique (les anti-infectieux, la chirurgie, la réanimation...). La médecine pénètre la vie des gens à chaque étape, et l'hôpital n'est pas bien loin : la naissance, le bon développement de l'enfant, le travail, la sexualité, la maladie, la vieillesse, la mort, entre autres. Certains penseurs contemporains parlent de médicalisation de la société (Foucault, Canguilhem...). Dans ce contexte, c'est vers les médecins et les chercheurs qu'on se tourne en premiers pour faire face aux nouvelles crises sanitaires que sont le sida et la covid. C'est à l'hôpital que sont repérées ces maladies. On attend ensuite leurs explications, leurs réponses face à l'inconnu et chaque étape de la recherche médicale est suivie de près par les médias⁸⁹⁵. On ne parle rapidement que de virus, de traitement et de vaccins. Les malades du sida se pressent dans les centres spécialisés et les médecins sont interpellés par les associations pour demander de se former et de mieux les prendre en soin. Il faut cependant noter de nombreuses défiances et critiques, surtout pour le sida, notamment sur une médecine technique, déshumanisante, ayant trop de pouvoirs, et délaissant les autres problématiques posées par les épidémies. On reviendra plus longuement sur ces questions de critiques, de défiance et de la place du médecin, mais on note tout de même une place prédominante de la médecine et de la recherche comparée aux époques précédentes.

Il faut aussi souligner que cette vision médicale n'imprègne pas l'entièreté de la société. Il reste toujours des pratiques de soins parallèles et alternatives, dénommées "pratiques de soins non conventionnelles"⁸⁹⁶ très populaires dans certaines populations, en particulier les plus défiantes de la "médecine conventionnelle", mais aussi globalement : 80% de la population mondiale a recours à la médecine traditionnelle et 71% des Français ont déjà eu recours à une pratique de soins non conventionnelle⁸⁹⁷. Il existe aussi des divergences au sein de la profession médicale, comme en témoigne les diverses controverses médicales, dont celles entre "experts" durant la pandémie de covid.

Une rhétorique martiale

La lutte contre les maladies et les épidémies s'accompagne souvent d'une rhétorique martiale depuis le XIXe siècle. Déjà, avec l'hygiénisme, on cherche à combattre la maladie physique, la maladie sociale et les déviances. On peut rappeler

⁸⁹⁵ Claudine Herzlich et Janine Pierret, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales*, vol. 43 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1988, p. 1109-1134.

⁸⁹⁶ Conseil national de l'ordre des médecins, « Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérivés : état des lieux et propositions d'actions », Conseil national de l'ordre des médecins, 2023.

⁸⁹⁷ *Ibidem*.

le tableau d'anti-alcoolisme du début du XXe siècle, désignant l'alcool comme un "ennemi":



Figure 130. Collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 6, *L'Alcool, voilà l'ennemi*, 1900

C'est d'autant plus encouragé pour les maladies contagieuses par l'avènement de la microbiologie : l'existence d'un micro-organisme responsable de la maladie est l'existence d'un "ennemi" qu'on doit combattre. Cette image est largement utilisée par les médecins, et elle se répand vite dans la société. On peut voir le "microbe" dépeint comme un diabolin dans cette bande dessinée de 1913 par exemple, ou une armée de soldats recouvrant un virus sur cette sculpture de 2018 :



Figure 131. Little Mouse, « Le microbe », Ma Récréation, 4e année, n°22, 19 juillet 1913



Figure 132. Plus d'un millier de petits soldats de plastique, toutes armées confondues, recouvrent ce « Virus ». Photo Anthony PICORE. Républicain Lorrain, mars 2018⁸⁹⁸

Au temps de la première guerre mondiale, cette rhétorique est largement utilisée comparant les maladies (dont la grippe espagnole) aux “boches”⁸⁹⁹. Lors du premier confinement anti-covid, le Président de la République annonce que “nous sommes en guerre” et que cela nécessite des mesures en conséquence contre cet “ennemi invisible”. Les professionnels de santé et les travailleurs de première nécessité sont des “héros” qui sont “au front” et “en première ligne”⁹⁰⁰.



Figure 133. « *Nous sommes en guerre* » : le discours de Macron face au coronavirus (extraits), Vidéo Youtube publiée le 16 mars 2020, Le Monde

Ces métaphores guerrières aident à “faire corps” pour lutter ensemble vers le “même objectif : limiter le nombre de contaminés et le nombre de morts, permettre à notre système de santé de ne pas s’effondrer sous la charge des malades, maîtriser

⁸⁹⁸ « Culture. Les petits papiers de Denis reviennent », [En ligne : <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2018/03/05/les-petits-papiers-de-denis-reviennent>]. Consulté le 12 novembre 2023.

⁸⁹⁹ « Microbes et virus dans la « première bande dessinée » – et leur postérité | Cité internationale de la bande dessinée et de l’image », [En ligne : <https://www.citebd.org/neuvieme-art/microbes-et-virus-dans-la-premiere-bande-dessinee-et-leur-posterite>]. Consulté le 12 novembre 2023.

⁹⁰⁰ Gaëlle Pradillon, « Ce que la rhétorique guerrière fait à la capacité de penser (des psychologues) », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 75 / 2, Toulouse, Érès, 2020, p. 157-160.

au mieux l'épidémie"⁹⁰¹. Des médecins reprennent cette rhétorique, tel le livre *Carnets de Guerre* (2021) du professeur Didier Raoult. Elle a cependant tendance à faire oublier le reste, ce qui ne concerne pas la santé, et peut participer au recul des libertés. Pour le sida, le premier décembre est la "Journée Mondiale de lutte contre le Sida" : lutte contre la maladie, mais aussi lutte pour les droits des personnes vivant avec le VIH. Cette rhétorique peut aussi être clivante au lieu de rassembler : "on est l'ennemi ou on n'est pas l'ennemi. On fait bien ou on ne fait pas bien."⁹⁰². Elle peut alors servir à "disqualifier le débat", participer et "gommer les raisons de la crise sanitaire"⁹⁰³, ce qui amène de nombreuses critiques⁹⁰⁴, dont certaines de la part de membres du corps médical.

III - L'information en temps épidémique

L'information est déterminante pour les réactions. Selon l'état des connaissances, mais aussi l'information disponible, l'information tronquée, l'information déformée, ou encore les fausses informations, on ne réagit pas de la même manière.

Gestion de l'information par les autorités

Un premier élément à considérer est la gestion de l'information par les autorités. Au cours des épidémies, les autorités connaissaient souvent la marche de l'épidémie avant le reste de la population. La question se pose alors de l'informer ou non, et si oui jusqu'à quel point. En effet, on peut craindre des mouvements de paniques à la suite de l'annonce d'une épidémie. Afin de les éviter, les autorités décident parfois de garder les nouvelles pour eux, ou d'en occulter une partie. Pour la peste, on tait l'information que des villes adjacentes sont atteintes de la maladie. Dans certaines localités, on interdit de sonner les cloches pour les funérailles, et de porter le noir pour le deuil. Taire l'information permet aussi de tenter de garder la confiance de la population. Les difficultés initiales de la vaccination antivarioliques sont tues par les autorités afin de ne pas perdre confiance dans la nouvelle technique. Lors du sida, les autorités essaient initialement de rassurer la population générale, arguant qu'elle ne touche que les groupes à risque. L'affaire du sang contaminé est également longtemps occultée, avant de refaire surface dans les années 1990. Pour la covid, il n'y a initialement pas besoin de masques, jusqu'à un revirement quelques semaines plus tard les rendant obligatoires, possiblement une fois qu'il y avait moins de pénurie. Bien que les autorités tentent d'éviter la panique, et de favoriser la confiance dans leur action, cela a un effet inverse lorsqu'on se rend compte des omissions. L'on remarque

⁹⁰¹ *Ibidem*.

⁹⁰² *Ibidem*.

⁹⁰³ Eric Aeschmann, « Rony Brauman répond à Macron : « La métaphore de la guerre sert à disqualifier tout débat » », *L'Obs*, 27 mars 2020.

⁹⁰⁴ Sevan Minassian, « Où est la guerre ? », *L'Autre*, vol. 21 / 2, Grenoble, La Pensée sauvage, 2020, p. 122-125, ainsi que de nombreuses tribunes et articles de journaux.

vite la baisse d'efficacité de la vaccine au XIXe siècle, et l'affaire du sang contaminé ou la volte-face de l'État sur les masques ont fragilisé la confiance publique.

Les médias "classiques" en temps d'épidémie

La multiplication des médias à partir du XVIIIe siècle démultiplie également l'information, et pose de nouvelles problématiques. Quelle est l'objectivité de l'information rapportée ? On peut d'ores et déjà dire que l'information n'est pas neutre, que le média affiche ou non une couleur politique : selon ce que l'on décide de rapporter et la manière dont on le rapporte, le message n'est pas le même. Les médias sont alors le relais de tout un ensemble de messages pouvant se contredire. Les médias du XIXe siècle rapportent des faits autour de la vaccination, relaient des messages de partisans et opposants à la vaccination, et prennent eux-mêmes position. Ils peuvent aussi rapporter des faits que les autorités occultent, comme sur les difficultés de la vaccine. Ils seront aussi à l'origine de l'un des premiers mouvements de panique : la crainte d'une épidémie de variole noire, entraînant une "ruée vers les vaccins" en 1906⁹⁰⁵. Cet épisode montre que les médias ne font pas que rapporter l'information, mais participent également à la créer.

Les médias s'interrogent sur leur rôle lors des épidémies de sida⁹⁰⁶ et de la covid⁹⁰⁷ : ils contribuent à créer une certaine image des maladies, doivent s'interroger sur la véracité des informations rapportées ou la crédibilité des "experts" qui sont invités. Ils se demandent également s'ils ne se retrouvent pas à être le relais de ces experts, des autorités médicales, ou encore du gouvernement. Ils auraient permis de faire sortir le sida de la sphère biomédical et accéléré sa "pénétration dans l'espace public", mais ont pu participer à la création d'une image plus "dramatisée"⁹⁰⁸. Il y a aussi une accélération de l'information, à vouloir informer sans arrêt des dernières nouvelles, sans toujours prendre le temps de la vérification⁹⁰⁹. Le temps d'antenne consacrée à la crise Covid-19 a parfois occulté le reste des informations, en particulier après lors de la première quarantaine. Cette omniprésence du sujet a pu favoriser une anxiété inadaptée chez certains⁹¹⁰.

⁹⁰⁵ Agnès Sandras, « Vaincre les épidémies entre 1900 et 1929 : isolement, masques, sérums ou vaccins – Partie IV. La ruée vers les vaccins lors d'une épidémie de variole (1907) », *L'Histoire à la BnF*, 2021.

⁹⁰⁶ Claudine Herzlich et Janine Pierret, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales*, vol. 43 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1988, p. 1109-1134.

⁹⁰⁷ Caroline Lacroix et Marie-Eve Carignan, « Une crise dans la crise : comment les journalistes perçoivent-ils leurs rôles et leur avenir en temps de pandémie? », *Les cahiers du journalisme et de l'information*, t 2020.

⁹⁰⁸ Vincent Coppola et Odile Camus, « La médiatisation du sida : quelques faits et effets », *Bulletin de psychologie*, Numéro 493, Paris, Groupe d'études de psychologie, 2008, p. 71-82.

⁹⁰⁹ « Médias et journalistes tirent les leçons de la couverture de la crise sanitaire », *Le Monde.fr*, 10 juillet 2020.

⁹¹⁰ *Ibidem*.

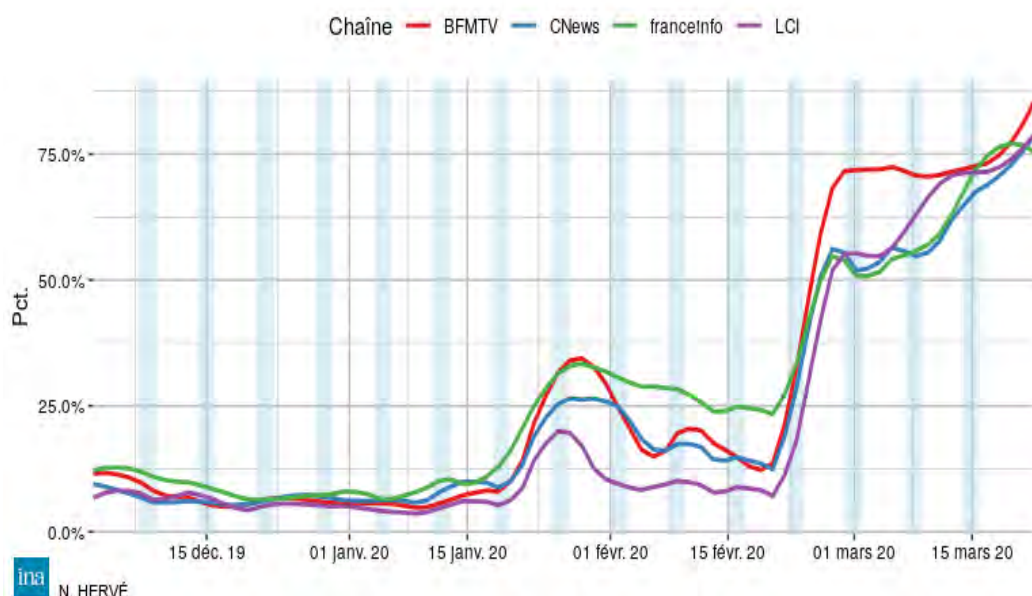


Figure 134. Graphique part du temps d'antenne consacré à la couverture du Covid-19 sur les chaînes d'information en continu entre le 1^{er} décembre février et le 22 mars, INA, mars 2020⁹¹¹

La course à l'information, associée aux erreurs qui en résultent, participe à la "crise de confiance" actuelle des médias. Mais les médias participent également à lutter contre la désinformation, la sensibilisation et la prévention. On voit arriver de nombreuses rubriques et émissions de décryptage des "fake news". Ils permettent aussi de sortir des informations non communiquées : le drame du sang contaminé, les pénuries de masques, de respirateurs artificiels, les discriminations, les conditions de quarantaine...

Les nouveaux moyens de communication sont aussi des relais plébiscités par les autorités publiques et les médecins. Les journaux voient de nombreux articles écrits par des médecins, dès la variole, et la télévision qui touche plusieurs millions de téléspectateurs permet de faire passer des messages à une grande part de la population française. On y voit défilier des experts médicaux, des scientifiques, des politiques et le chef de l'État, Emmanuel Macron, prononce plusieurs allocutions télévisées lors de la crise covid.

Un nouvel élément : médias sociaux et *infodémie*

Une dernière évolution, probablement ancrée pour un temps long, est l'apparition des médias sociaux. Ce sont de nouveaux outils de communication,

⁹¹¹ « ÉTUDE. Information à la télé et coronavirus : l'INA a mesuré le temps d'antenne historique consacré au Covid-19 », [En ligne : <https://larevuedesmedias.ina.fr/etude-coronavirus-covid19-temps-antenne-information>]. Consulté le 3 novembre 2023.

d'information et d'interaction en temps réel développés avec le Web 2.0⁹¹². Il en existe différents types : réseaux sociaux comme Facebook, microblog comme X, Wikis, plateformes multimédias comme Instagram et YouTube. Ils participent à l'accélération de l'information et sa mondialisation. L'information est disponible immédiatement, anonyme, sans preuve de sa véracité, et non hiérarchisée. C'est à l'utilisateur de faire le tri, posant le souci de son possible manque de compétence pour cela. Des utilisateurs en profitent également pour répandre de manière intentionnée de fausses informations, problématique essentielle des nouveaux modes de communication du XXI^e siècle. Au point qu'on a commencé à parler d'infodémie : un trop grand nombre d'informations en temps d'épidémie, incluant les fausses informations, provoquant confusion, méfiance, et entraînant des comportements risqués pour la santé⁹¹³.

Les populations se saisissent de ces nouveaux outils : il leur permet de s'informer, de sociabiliser, d'être résilients et parfois d'organiser des mouvements de contestation. Ces modes de communication ont aussi l'avantage de permettre à tous d'accéder aux médias et de créer soi-même l'information, même ceux qui ne l'avaient pas trop auparavant, et représentant aussi une chance pour plus d'horizontalité et de démocratie⁹¹⁴. Les politiques ne se sont pas forcément saisis de cette opportunité, gardant un rapport encore très vertical aux populations⁹¹⁵, l'utilisant pour communiquer de la même manière, mais via de nouveaux canaux, ou surveiller l'opinion publique. Les médecins, de leur côté, en usent pour informer, sensibiliser, donner leur opinion, mais aussi poursuivre les querelles médicales. Cela ne change pas forcément des époques précédentes, mis à part que ces polémiques sont peut-être encore plus visibles. Ils partagent aussi leur vécu et leur mécontentement, rejoignant parfois celui de la population générale, et pouvant donner un autre regard sur les acteurs de la santé.

Ces nouveaux modes de communication ne changent pas fondamentalement les relations entre les différents acteurs, mais en modifient certaines modalités, et pourraient aider à plus d'horizontalité. La problématique de l'infodémie est, elle, nouvelle et nécessite de réfléchir et d'étudier les meilleurs moyens d'y réagir et de limiter l'épidémie de "fake news". Afin d'y répondre, il faut aussi affronter la crise de confiance des médias actuelle.

⁹¹² Camozzi Marie-Lys, Thubert Nathan, Julien Coche, [et al.], « Les media sociaux lors de la crise sanitaire de Covid-19 Circulation de l'information et initiatives citoyennes », SID - Sociologie Information-Communication Design ; SES - Département Sciences Economiques et Sociales ; IMT Mines Albi, 2020, p. 23.

⁹¹³ « Infodemic », [En ligne : <https://www.who.int/health-topics/infodemic>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁹¹⁴ Coralie Richaud, « "Les réseaux sociaux : nouveaux espaces de contestation et de reconstruction de la politique ?" », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, vol. 57 / 4, Paris, Lextenso, 2017, p. 29-44.

⁹¹⁵ Bader Ben Mansour, « Le rôle des médias sociaux en politique: une revue de la littérature », *Regards politiques*, vol. 1 / 1, 2017, p. 3-17.

IV - Des spécificités liées à la maladie

La nature des maladies joue un rôle certain dans certaines caractéristiques des épidémies. Les caractéristiques qui ont le plus joué sont sûrement la létalité, la contagiosité et l'existence de traitements ou moyens de prévention.

Létalité

La nature des maladies joue un rôle certain dans certaines caractéristiques des épidémies. La létalité de la maladie entraîne un vécu différent. Les hécatombes de la peste participent à la terreur qu'elle a entraînée, alors que la variole s'est imprégnée dans la vie des gens. Le sida a aussi entraîné de nombreuses peurs lorsque sa létalité était proche de 100 % et qu'aucun traitement efficace n'était disponible. La létalité des premières vagues de Covid a entraîné des mesures plus drastiques que les vagues suivantes, malgré un nombre de cas plus faible : le pic de contamination est atteint en janvier 2022 avec 365.000 cas par jour, avec une létalité de 0.07%⁹¹⁶ et peu de mesures très contraignantes.

Contagiosité

La contagiosité et les modes de transmissions jouent également : le sida était quasiment toujours mortel à ses débuts, mais n'a pas entraîné de mesures d'isolement strictes. La contamination étant principalement sexuelle et sanguine, il y aurait eu peu d'intérêt à de telles mesures. Il y a cependant eu de nombreuses mesures concernant la prévention sexuelle et sanguine : la promotion du préservatif, le dépistage des donneurs de sang, le chauffage des produits sanguins... Des mesures ont aussi été prises en fonction des croyances sur les maladies : pour la peste et la variole, on cherche à assainir un air qu'on imagine pleins de miasmes. La cinétique de l'épidémie, en lien avec sa contagiosité, a pu entraîner des réactions de peur et de fuite. La peste et la covid sont les deux maladies qui ont vu le plus de réactions de fuite, en particulier parmi la population plus aisée. Ces épidémies se sont répandues très vite, très fort, pouvant se répandre à travers des contacts rapprochés. La covid a une létalité moindre, mais elle a mis en très grande tension le système de santé.

Traitements, prévention

L'existence de traitements ou de moyens de prévention, telle que la vaccination, agissent sur l'épidémiologie de la maladie et limitent donc les réactions liées. La rougeole ou la varicelle sont bien plus contagieuses que la covid, mais des vaccins permettent de s'en prémunir. Le choléra est aussi très contagieux, avec une létalité élevée, mais on peut en traiter les symptômes pour éviter la déshydratation. On peut également l'éviter par le traitement des eaux contaminées. L'arrivée des

⁹¹⁶ Dernière donnée : 31 / 03 / 2023 • Source : Santé publique France; disponible sur <https://covidtracker.fr/france/>

trithérapies antirétrovirales a permis de modifier la face de l'épidémie de sida, et la vaccination celle de la variole et de la covid-19.

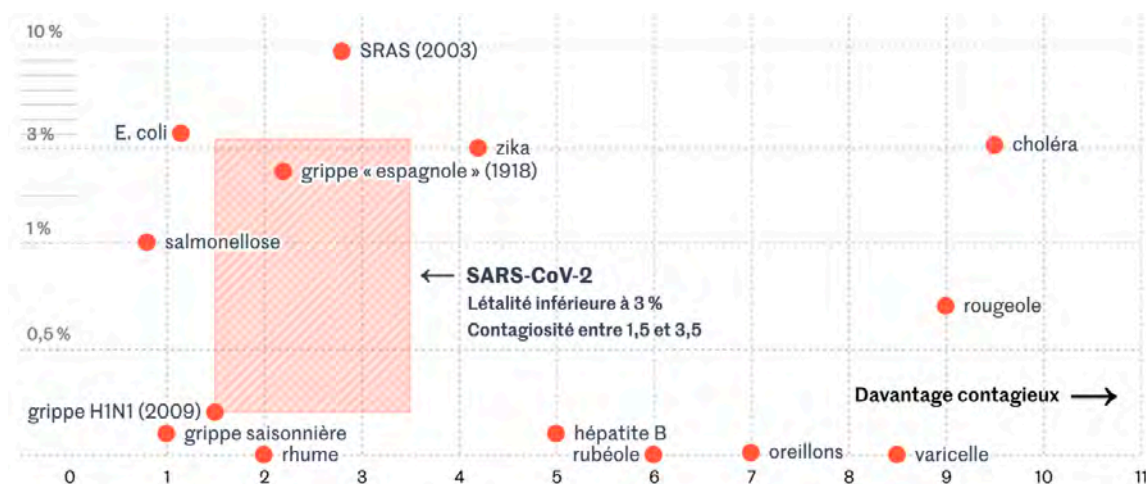


Figure 135. Graphique contagiosité et létalité de maladies infectieuses, tiré de l'article *Coronavirus : quelles sont la contagiosité et la létalité du virus ? Le Monde*, 20 février 2020

V - La place du médecin

Le cours de l'épidémie peut varier selon la place que les médecins ont dans la société où se répand l'épidémie, et la confiance qu'on leur accorde.

Rôles durant l'épidémie

Au cours d'une épidémie, les médecins sont amenés à jouer différents rôles. Ils sont d'abord au chevet des malades. Que ce soit pour la peste, la variole, le sida ou la covid, on retrouve des médecins auprès des personnes atteintes. Les médecins se rendent au domicile, dans les hospices et les lazarets afin de proposer leurs remèdes et tenter de guérir les pestiférés. Lors de la peste de Marseille, sur les 9 médecins restés, 3 décèdent, et parmi les 30 chirurgiens de la ville, 25 succombent⁹¹⁷. Cela n'empêchera pas de nouveaux chirurgiens et médecins de se rendre dans la région, parfois engagés par la ville, parfois de manière volontaire. Pour la variole, les médecins continuent de se rendre auprès des varioleux, mais aussi auprès des personnes saines cherchant à répandre l'inoculation puis la vaccination. Pendant la période sida et covid, ils sont présents à l'hôpital et en ville, pour diagnostiquer et traiter au mieux les personnes atteintes, les personnes à risque, les personnes fragiles et les autres personnes nécessitant des soins. Il y a bien quelques cas de discrimination, voire de fuite (surtout pour la peste), mais les médecins restent globalement présents en temps d'épidémie.

⁹¹⁷ Michel Signoli et Stéfan Tzortzis, « La peste à Marseille et dans le sud-est de la France en 1720-1722 : les épidémies d'Orient de retour en Europe », *Cahiers de la Méditerranée*, Centre de la Méditerranée moderne et contemporaine, juin 2018, p. 217-230.

Ils jouent aussi un rôle dans la recherche scientifique, la compréhension de la maladie et la recherche de remèdes et moyens de prévention. Pour la peste, c'est sur le mode empirique qu'ils recherchent : en testant différents remèdes, et en observant leurs résultats. Cela n'est pas couronné de succès. L'inoculation et la vaccination voient l'apport des statistiques et de l'expérimentation, avec des études plus proches de ce que l'on connaît aujourd'hui. Partisans et opposants de ces méthodes useront de chiffres pour soutenir leur position. Les méthodes sont testées et expérimentées sur des prisonniers, des enfants trouvés, et autres miséreux afin de prouver leur efficacité, et le suivi des chiffres argue en faveur des méthodes. L'avancée des connaissances et des méthodes de recherche en microbiologie verront l'avènement du laboratoire : le sida et la covid seront rapidement découverts dans des laboratoires de virologie, avec l'appui de médecins. Les différentes caractéristiques de la maladie, des traitements et de la vaccination sont ensuite déterminées sur le terrain par les études statistiques.

Enfin, le corps médical prodigue ses conseils aux autorités. La royauté interroge les médecins de la Sorbonne face à l'arrivée de la peste en Europe en 1347, des villes s'attachent le service de médecins de peste, et les échevins de Marseille suivent les conseils des médecins locaux afin de purifier l'air (désinfection, encens, grands feux...). La royauté se laisse tenter à l'inoculation au XVIIIe siècle, et l'Empire mène une politique vaccinale de concert avec les comités de la vaccine. À l'époque contemporaine, l'État crée des institutions dédiées pour le conseiller : le conseil national du sida (CNS) et le conseil scientifique Covid-19. Ces conseils, composés de médecins et d'autres scientifiques, font des propositions, qui n'ont pas de valeur contraignante, et participent à la réflexion des politiques de santé en période épidémique.

Confiance et méfiance

L'impact des médecins sur les épidémies n'est pas la même selon l'épidémie et la période considérée. La Peste Noire a lieu sur une période où le corps médical n'a pas acquis une grande confiance dans la population générale. Les médecins sont perçus comme une caste s'enrichissant sur le dos des malades, des naïfs et inquiets (*Le Malade Imaginaire* de Molière), sans proposer de remèdes réellement efficaces. On ne fait que peu la différence entre les médecins et les charlatans. Pourtant, les médecins s'organisent et défendent leurs prérogatives, notamment grâce aux Universités. Ils réussissent parfois à toucher les classes les plus aisées, mais n'ont que peu de propositions thérapeutiques efficaces. Ce n'est pas étonnant alors que les préconisations médicales ne sont pas bien suivies dans les temps épidémiques, et qu'on préfère se tourner vers des guérisseurs, sage-femmes, rebouteux et autres figures locales qui ont réussi à gagner leur confiance. Il faut aussi compter avec la "concurrence" de l'Église catholique, qui privilégie les soins de l'âme à ceux du corps. Les plus puissants accordent tout de même un certain intérêt à l'expertise des médecins, leur demandant de multiples fois conseil : de la consultation publique des médecins de la Sorbonne en 1347 aux recommandations des médecins de peste à Marseille en 1720.

Sans forcément avoir plus de succès thérapeutiques, la profession médicale tire son épingle du jeu au XVIIIe et XIXe siècle. Les médecins gagnent en prestige et confiance dans la société, à commencer par les classes supérieures. Les idées des

hygiénistes se répandent progressivement dans une société qui commence à être de plus en plus lettrée, et qui a plus facilement accès aux idées médicales. Les inoculateurs sont particulièrement appréciés dans la classe aristocratique, et la bourgeoisie se laisse plus volontiers vacciner que les classes moins aisées. À la fois le Duc d'Orléans en 1756, Louis XVI en 1776, et Napoléon I^{er} en 1811, font inoculer ou vacciner leurs proches. Les débats médicaux sont suivis de près par les élites lettrées et nombreux sont ceux qui ont leur opinion au sujet de l'inoculation, puis de la vaccination. La Royauté, les Empires, la Restauration et les Républiques écoutent l'avis des élites médicales sur la prévention de la variole. Les Comités de Vaccine et l'Académie de Médecine chapeautent les campagnes de vaccination. Le milieu urbain est particulièrement enclin à suivre les propositions médicales, que ce soit l'hygiénisme ou la vaccination. Le médecin n'est plus ce charlatan jouant avec la vie des gens, mais une figure salvatrice et réconfortante. En même temps, c'est aussi une nouvelle figure bourgeoise associée à la ville. Les campagnes, méfiantes de la ville, sont plus réfractaires aux propositions de cette nouvelle élite, freinant l'avancée triomphante de la vaccination. Des critiques voient aussi progressivement le jour sur une médecine ne prenant plus en compte le vécu des malades.

Ce mouvement se poursuit au XX^e siècle : la médecine continue à pénétrer la vie de tout un chacun, avec des critiques grandissantes sur son côté technique et déshumanisant. C'est à l'hôpital que l'épidémie du sida est repérée. Dans un contexte de stigmatisation de la population homosexuelle, et de médicalisation encore récente de l'homosexualité, la nouvelle épidémie est accueillie avec défiance, une nouvelle invention médicale pour enfermer les homosexuels. Au fur et à mesure de l'avancée de la maladie, et du risque couru par la population homosexuelle, ils sollicitent avec de plus en plus de vigueur le corps médical et les chercheurs. Devant un accompagnement jugé insuffisant, des mouvements associatifs interpellent le monde médical pour qu'il s'améliore, et décident de combler ses lacunes. En parallèle, face à une politique jugée trop timide, d'autres associations mènent un combat politique afin de sensibiliser la population et débloquent plus de moyens de faire face à l'épidémie. Le scandale du sang contaminé a participé d'une défiance dans la médecine et la politique. Cet ensemble aboutit à une meilleure prise en compte du vécu des patients, à l'émergence de l'expertise des patients, et à s'associer aux patients et aux associations dans la prise de décision médicale et politique, aboutissant à une "démocratie sanitaire".

Cette démarche ne perdure pas durant la crise de la covid, et des acteurs de l'épidémie du sida regrettent que "les leçons du sida n'aient pas été apprises"⁹¹⁸. Elle a pourtant lieu dans un contexte de persistance de la fragilisation de la confiance dans le monde médical suite à différents scandales sanitaires (sang contaminé, médiateur...) ou polémiques (vaccination et autisme ou maladies inflammatoires...). Pourtant, la déclaration obligatoire de la maladie et l'isolement des malades n'ont pas été aussi contestées que pour le sida. Les mesures de distanciation ont été critiquées, mais globalement suivies. Les associations de patients, et les malades n'ont pas été entendus dans la prise des décisions politiques. Cela peut être lié aux spécificités des groupes atteints : le sida a plus atteint un milieu homosexuel qui militait déjà pour ses droits, et proche des sphères journalistiques et intellectuelles, alors que la covid a atteint l'ensemble de la population. La méfiance s'est surtout portée sur les grands

⁹¹⁸ Anne-Marie Moulin et Damiano de Facci, « Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19? », *Questions de santé publique*, 2021.

groupes pharmaceutiques, les politiques et les élites médicales, comme on l'a vu avec les polémiques autour de la vaccination anti-covid ou encore de l'hydroxychloroquine. On a plutôt ressenti confiance et reconnaissance pour le personnel soignant, à commencer par les applaudissements aux fenêtres le soir et un assez bon suivi des recommandations médicales de distanciation. La vaccination fut assez bien acceptée par la globalité de la population, bien qu'avec un peu de temps et des mesures de coercition associées.

L'hôpital et les médecins de ville

Au cours de l'histoire des épidémies, l'hôpital prend une place prééminente. Autant en temps de peste, il s'agit principalement d'hospices, gérés par des religieuses, accueillant les plus pauvres et les exclus sociaux, autant à partir du XIXe siècle, il s'agit d'un lieu dédié aux soins physiques ou psychiatriques, et à la recherche médicale. Les malades sont accueillis et pris en charge dans ces lieux de soins, en échange de quoi ils participent à la recherche médicale et à l'éducation des nouveaux médecins. L'hôpital prend une forme pavillonnaire, dans un contexte multiépidémique (variole, choléra, tuberculose...) et hygiéniste. Des règlements sont mis en place afin d'isoler les malades contagieux dans les ailes dédiées, et d'appliquer des mesures d'asepsie et d'antisepsie. Quelques varioleux sont ainsi pris en charge à l'hôpital, mais une grande partie continue d'être vus en ville, ou soignés seulement par leur famille. Le mode hospitalier se répand aussi dans les plus petites villes, et parfois les campagnes. Il continuera de se répandre ainsi, jusqu'à mailler le territoire français et devenir un incontournable dans le soin des maladies. C'est dans ces hôpitaux que sont repérés, et pris en charge initialement, les épidémies de sida et de covid-19. Les malades, une fois dépistés, sont hospitalisés et isolés dans des services dédiés lorsque leur état de santé le nécessite. On surveille leur état de santé, l'évolution de la maladie, et on leur administre les soins disponibles. Bien des patients finissent ainsi leurs jours, isolés dans une chambre d'hôpital.

Pour autant, les médecins de ville (et de campagne) ont aussi leur rôle à jouer lors des épidémies. Ils ont organisé ou participé à des actions de sensibilisation, d'information et de prévention lors des épidémies depuis la variole. Des médecins entretiennent la vaccination antivariolique, et informent les citadins et les ruraux sur cette nouvelle méthode. Lors de l'épidémie de sida, ils informent sur les modalités de transmission et de protection de la maladie. On trouve une illustration cinématographique de ce rôle dès 1993 dans le film *Philadelphia* : l'avocat Joe Miller consulte son médecin de famille, qui le connaît "depuis toujours", afin de savoir comment se transmet le virus et s'il risque de le transmettre à sa fille. Les médecins généralistes participent au dépistage de la maladie. Cela prend de nombreuses années, les jeunes médecins se sentant plus rapidement concernés, mais la pratique se répand globalement. Aux temps de pandémie de covid, les médecins poursuivent ce rôle d'information, de prévention et de suivi : ils informent leurs patients sur l'état des connaissances sur la maladie, participent activement à la vaccination anti-covid, et suivent les personnes atteintes de la covid-19, les redirigeant vers l'hôpital si nécessaire.

VI - Libertés individuelles et santé collective

À chaque époque et chaque épidémie considérée, les libertés ont été remises en cause au profit de la santé collective.

Mesures d'isolement, limitation de circuler

Les mesures d'isolement sont un thème récurrent dans l'histoire des épidémies : exclure physiquement les personnes malades ou à risque afin d'éviter qu'ils ne transmettent la maladie, et protéger les personnes saines. La lèpre a eu ses léproseries et autres maisons de lépreux. La peste a vu les lazarets, mais aussi tout un ensemble de diverses structures (cabanes, loges, chabotes...) remplissant la même fonction d'isolement des pestiférés. Ces structures se sont très vite mises en place, et on en trouve des traces dès les premières épidémies de peste au XIV^e siècle. La covid a, elle aussi, rapidement vues apparaître ces mesures. Isolement des "covidés", dès le début de l'état d'urgence sanitaire, selon l'alinéa 4 de l'article 2 de la loi d'urgence du 23 mars 2020 : "« 4° [le Premier ministre peut] Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1^{er}, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ;" ⁹¹⁹. La variole n'a pas eu des mesures aussi importantes, mais on voit tout de même quelques lieux d'isolement des malades (en particulier à l'hôpital) à la fin du XIX^e siècle. Le sida y aura échappé, mais pas aux débats associés, le Front National proposant la création de "sidatorium" pour accueillir les "sidaïques" comme au temps des lépreux ⁹²⁰.

Des limitations de circuler plus globales sont aussi prononcées : elles ont aussi pour rôle de diminuer la transmission de la maladie, mais en limitant les personnes saines à risque. Ainsi la quarantaine est présente dès le XIV^e siècle pour bloquer les bateaux à risque, jusqu'à qu'on soit assuré qu'ils sont exempts de la peste. Des villes et des régions à risque sont aussi isolées et coupées du reste du pays : c'est le cas de Marseille et de la Provence en 1720. La covid a d'abord vu une limitation concernant les frontières et les étrangers, avant de concerner le pays entier. Cette quarantaine est la première pour le pays entier, mettant "La France à l'arrêt", ses rues vides donnant "un sentiment de vide, qui donne un peu le vertige" ⁹²¹. Lorsque ce n'est pas la quarantaine, ce sont les couvre-feux : on limite les moments de contact et de sociabilité, en dehors du travail. La limitation de circuler peut aussi être différentielle : selon que l'on possède des *bulettes de santé* ou un passeport vaccinal, on a plus ou moins le droit de circuler et de participer à la vie "normale". Seules les personnes saines et qui ne sont pas à risque ont ce privilège, les autres subissant toujours la restriction de leur liberté de circuler. Cette restriction peut être plus partielle : les non-vaccinés de la variole et de la covid se voient restreindre l'accès à certains lieux de vie et de sociabilisation (cafés, théâtre, trains...). Encore une fois, le sida ne voit pas autant de telles restrictions (surtout des restrictions de voyage), mais ce n'est pas

⁹¹⁹ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)

⁹²⁰ « Jean Marie Le Pen sur le Sida : le sidaïque est une espèce de lépreux | INA », INA, 1987.

⁹²¹ « Covid-19 : la France à l'arrêt, France 3 19-20, édition du 17 mars 2020 », INA, 2020.

faute que la question soit soulevée et débattue. Le combat des associations a pu jouer dans le maintien des libertés des personnes vivant avec le sida.

Enfin, on peut parler d'un cas particulier qui mérite d'être soulevé. Il concerne la lèpre au Moyen Âge. Les lépreux subissent alors, non seulement une exclusion physique de la communauté, isolés dans des léproseries dès le XIII^e siècle, mais aussi une exclusion morale : on retrouve divers rituels de "mort symbolique" et de simulacre de funérailles dans l'histoire de la lèpre, les excluant également de la religion pour éviter la contagion de leurs péchés⁹²². Les lépreux subissent ainsi une restriction de leurs droits moraux, en plus des autres restrictions.

Obligation vaccinale, dépistage obligatoire...

Lorsqu'une méthode de prévention existe, la question de son application systématique est constante. Faut-il privilégier la liberté des individus ou la protection du plus grand nombre ? Lorsque la méthode a des risques, s'ajoute l'opposition de la balance bénéfice/risque individuelle et collective.

L'inoculation a moins vu de débat sur son application systématique, bien que des médecins, des aristocrates, divers lettrés l'aient soutenu. La vaccination rencontre un succès encore plus important, et elle est très soutenue par les différents régimes du XIX^e siècle. Des débats parlementaires et médicaux multiples opposent les partisans et opposants à la vaccination. Ce débat s'étend dans la société, par l'intermédiaire notamment des journaux. Les opposants mettent particulièrement en avant la liberté du *paterfamilias*, le père de famille qui a l'autorité sur son cercle familial. C'est un questionnement qui traverse la société et interroge les gouvernements : à quel point peut-on imposer des lois aux individus, et quand est-ce qu'on outrepassé les prérogatives du père de famille. En attendant l'obligation obligatoire en 1902, il y aura des obligations détournées à travers l'école, l'armée et certains corps de métier.

Le dépistage du VIH n'est pas vraiment une méthode de prévention, et son application systématique ne permet pas de vraiment repérer les personnes malades du fait des caractéristiques du virus. Cela n'a pas empêché de nombreuses polémiques autour de projets de dépistage obligatoire⁹²³.

Afficher publiquement les malades, secret médical

Les malades n'ont souvent pas le droit de garder le secret sur leur maladie. En temps d'épidémie, la tentation est grande de les repérer et de les désigner afin de pouvoir les éviter. Les pestiférés et les varioleux voient leurs maisons marquées d'un symbole pour pouvoir les repérer et procéder à des mesures de désinfection pour celles des varioleux. De plus, les marques physiques de ces maladies les empêchent de passer inaperçu. Les individus et les maisons n'ont pas eu de distinction physique

⁹²² Virginie Portes, « Communiquer la mort : un rituel de séparation des lépreux du xve siècle », in Claire Boudreau, Kouky Fianu, Claude Gauvard, Michel Hébert, (éds.). *Information et société en Occident à la fin du Moyen Âge*, éds. Claire Boudreau, Kouky Fianu, Claude Gauvard et Michel Hébert, Paris, Éditions de la Sorbonne, 2019, (« Histoire ancienne et médiévale »), p. 99-111.

⁹²³ « DEBATS SANTE Sida : les dangers du dépistage obligatoire », *Le Monde.fr*, 18 mars 1992.

pendant la covid, mais le moindre test positif était connu par les autorités et ils devaient informer les cas contacts. Il leur était alors sommé de s'isoler, au risque de se prendre une amende ou de se faire licencier du travail. Les cas contact ont également dû s'isoler durant une certaine période. Les "covidés" n'étaient pas affichés publiquement, mais leur maladie était rapidement connue. Le secret médical ne leur était pas entièrement appliqué. Les personnes vivant avec le sida n'ont pas à être affichés publiquement à ce jour en France, bien que la question ait largement été débattue. Dans d'autres pays, le secret médical ne s'applique pas entièrement et une notification doit être faite aux partenaires :

Tableau 2. Comparaison du cadre juridique et des pratiques associés à la NP d'après l'*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2013 (4)

Pays	NP obligatoire selon la loi	Possibilité d'exception au secret médical	Dispositif encourageant la NP sur une base volontaire	Soignants spécifique-ment formés	Remarques, exemples spécifiques
Suède	Oui	Oui	Oui	Oui	Loi coercitive, obligation juridique de la NP et du dépistage du partenaire
États-Unis	(Oui)[a]	Oui	Oui	Oui	Notion holistique de « Partner services » qui comprend la NP
Canada	(Oui)[a]	(Oui)[b]	Oui		Obligation juridique de procéder à la divulgation
Grande Bretagne	Non	Oui	Oui	Oui	Expérience de NP, notamment avec l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> ; existence de guides de bonnes pratiques
Danemark	Non	Non	Oui	(Oui)[c]	Loi sur la NP des IST abrogée en 1987, depuis obligation de proposer la NP
Belgique	Non	Oui	Non	Non	Réflexions informelles sur une NP à dimension coercitive
Pays Bas	Non	(Oui)[d]	Oui	(Oui)[e]	Recherches et essais innovants sur les pratiques de NP
Allemagne	Non	Non	Non	Non	Focus très récent de la société allemande des IST (DISTG) sur le traitement du partenaire
France	Non	Non	Non	Non	

Figure 136. Tableau *Comparaison du cadre juridique et des pratiques associées à la notification des partenaires*, disponible p. 35 dans les recommandations de bonne pratique *La notification au(x) partenaire(s)*, HAS, 2023⁹²⁴

⁹²⁴ HAS, « La notification au(x) partenaire(s) - Recommandations de bonne pratique », 2023, p. 35.

Une gestion verticale

Que ce soit pour les restrictions de liberté, ou la gestion globale des épidémies, les décisions ont eu tendance à être verticale, sauf quelques exceptions pour le sida sous l'action des associations.

Les décisions restrictives autour de la peste sont du ressort des autorités, se codifiant progressivement sous la forme de règlements de peste. Lors des épidémies, la vie est régulée au niveau local de manière rapprochée par les bureaux de peste, et surveillée par les différents représentants de l'ordre. Hugo Stahl, docteur en droit, rapporte un ressentiment persistant contre les élites dans un pamphlet de 1764 évoquant "l'arrogante autorité du temps de la peste"⁹²⁵. Avec l'avènement de la monarchie absolue des Bourbons, l'État prend une part grandissante dans les décisions. Différents arrêts sont émis à la fin du XVIIIe siècle, et lors la peste de Marseille, leurs pouvoirs sont retirés aux parlements locaux au profit des décisions de la royauté⁹²⁶ : ainsi le cordon sanitaire autour de la Provence en 1720 est une décision royale.

Malgré des changements de régime, le rôle de l'État et la gestion verticale se confirme au XIXe siècle. Les nouvelles institutions viennent appuyer la mainmise des gouvernements sur les individus, comme l'illustre Michel Foucault dans son *Histoire de la folie* (1961) à propos d'un hôpital psychiatrique médicalisant et enfermant des exclus de la société. Pour la variole, c'est l'État et le Comité Central de la Vaccine qui dirigent les campagnes de vaccination, donnent les directives, fournissent la vaccine si nécessaire, et distribuent les récompenses. Il existe tout de même une certaine décentralisation avec des comités de vaccine locaux qui auront une certaine latitude pour s'adapter à leur échelle, tout en gardant une hiérarchisation. Les vaccinateurs sont soumis à ces comités locaux, et doivent leur rendre des comptes. Ce sont aussi ces comités qui dialoguent principalement avec le Comité Central ou l'État, bien que certains médecins les contournent. Les initiatives personnelles sont parfois soutenues de loin par les comités, mais aussi souvent critiquées : par exemple les critiques des "non professionnels" se lançant dans la vaccination.

Cette verticalité persiste au XXe siècle, renforcée durant les guerres mondiales. La pandémie de grippe est "espagnole" car seuls les médias espagnols en font référence, les médias des autres pays étant censurés⁹²⁷. Fin XXe siècle, ce ne sera pas vraiment une gestion verticale, mais l'absence de gestion qui va être pointée lors du sida. Lorsque celle-ci commence à s'organiser progressivement, les associations font pression tout du long sur les différents acteurs, et notamment les gouvernements pour être inclus dans les processus décisionnels. Cela porte ses fruits, et on voit de multiples actions portées de manière conjointe par les autorités, les médecins et ces associations : les campagnes de prévention et de dépistage, le support aux malades en ville et à l'hôpital, la formation des différents acteurs...

⁹²⁵ Hugo Stahl, « Le Droit face aux circonstances sanitaires exceptionnelles », *Revue des droits et libertés fondamentaux*, RDLF 2020, Centre de recherches juridiques de Grenoble [2011-....], 2020, (« [Colloque virtuel] Droit et Coronavirus. Le droit face aux circonstances sanitaires exceptionnelles »), p. chron. n°26.

⁹²⁶ Françoise Hildesheimer, « La monarchie administrative face à la peste », *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, vol. 32 / 2, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1985, p. 302-310.

⁹²⁷ Noé Jean-Baptiste, « Épidémie de grippe espagnole », [En ligne : https://francearchives.gouv.fr/fr/pages_histoire/82611687]. Consulté le 8 novembre 2023.

La dernière crise épidémique en date, la covid, voit le retour à la verticalité dans le cadre de l'état d'urgence : mesures d'isolement, mesures de distanciation, dépistages, contrôle des frontières, isolement, quarantaine, confinement, passeport vaccinal... Nombreux sont ceux qui déplorent cette gestion révélant " un excès de zèle de l'État, sacrifiant des libertés individuelles, telles que la liberté d'aller et venir et la liberté d'entreprendre, sur l'autel de la protection de la santé publique"⁹²⁸. Comme le souligne un rapport de l'institut Montaigne : "le système a tenu"⁹²⁹, mais pas sans avoir creusé la fracture entre les gouvernants et les gouvernés.

Balance bénéfice/risque, statistiques

L'idée sous-jacente aux mesures globales est de pouvoir protéger la collectivité, parfois aux dépens d'une partie d'entre elle : c'est le cas des mesures d'isolement, de restriction de liberté, de l'inoculation ou des vaccinations. Elles représentent, *a priori*, des méthodes pour protéger les communautés, mais comportent éventuellement quelques risques. Les mesures d'isolement écartent les personnes à risque, qui ont plus de mal à avoir accès à certains soins physiques. La limitation de leur liberté de mouvement et de sociabilité peut aussi fortement impacter leur santé mentale (voir les résultats de l'enquête COVIPREV⁹³⁰ entre autres). Il est cependant certain que limiter les contacts entre personnes permet de freiner l'épidémie, du fait de la nature contagieuse des maladies. Pour l'inoculation et les vaccinations, les risques sont principalement physiques : risque de variole grave, effets cutanés divers, allergie, thrombose, péricardite... Ils sont bien moindres pour les vaccinations que l'inoculation, mais pas inexistantes. Leur impact sur les maladies est en revanche indéniable : la variole a pu être éradiquée, et le nombre de cas covid grave a grandement diminué.

Cette balance bénéfice collectif / risque individuel est soutenue par l'apport des chiffres depuis le XVIII^e siècle. Cette nouvelle discipline permet de poser en terme objectif et chiffrée ce que l'on soupçonnait à l'époque de la peste, que des mesures globales permettent de protéger la collectivité. Pouvoir chiffrer les risques et l'apport des mesures proposées représente aujourd'hui une aide indispensable à la décision, pour choisir ce qui semble le plus approprié, voire le plus "éthique", à un moment donné. Il faut toutefois rappeler les dérives possibles : les chiffres ont beau être "objectifs", on peut leur faire dire beaucoup de choses différentes. Il est aussi possible de les manipuler, et il est nécessaire de garder un œil vigilant sur les processus de production des résultats et de leur interprétation. C'est aussi pourquoi, malgré leur "objectivité", toutes les autorités n'accordent pas la même confiance aux résultats et propositions des scientifiques. Parfois, c'est un manque de confiance plus général : c'est la méthode et le monde scientifique qui est globalement remis en cause. Cette méfiance est aussi présente dans une bonne part de la population.

⁹²⁸ Alain Laquière, « L'État français face au coronavirus : réflexions sur l'état d'urgence sanitaire », *Cités*, vol. 84 / 4, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2020, p. 37-52.

⁹²⁹ Institut Montaigne, « L'action publique face à la crise du Covid-19 », 2020, p. 51.

⁹³⁰ « Comment évolue la santé mentale des Français depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ? - Enquête Coviprev », 2023.

VII - Mouvements d'opposition

En réponse aux restrictions de libertés et à la gestion verticale des épidémies, les mouvements d'opposition se forment. Ils revendiquent leurs droits et leur autonomie, *leur expertise, et la possibilité de gérer eux-mêmes leur santé*. À cela s'ajoute aussi les questionnements sur la gestion de l'information qu'on a évoqué, les omissions, les dissimulations, voire les entorses à la vérité, qui favorise la méfiance.

Défense des libertés

La première et principale opposition est celle aux restrictions des libertés. Au XIXe siècle apparaissent les mouvements anti-vaccinaux s'opposant à la vaccination obligatoire, et aux différentes restrictions imposées aux non-vaccinés. Ils s'organisent et s'internationalisent à la fin du siècle avec la Ligue Internationale des Anti-Vaccinateurs. Ils pratiquent un lobbying politique intense, cherchent à sensibiliser la population et publient même une revue intitulée *Le Réveil*. Certains pays voient des manifestations, parfois ponctuées de violence (Montréal en 1885⁹³¹ ou Rio en 1904⁹³²). Le XXe siècle voit une remontée des mouvements anti-vaccinaux, dans un contexte de défiance des institutions et "Big Pharma" suite à de multiples scandales sanitaires (sang contaminé, Mediator, chlordécone...). Ces mouvements ont pu retarder l'obligation de la vaccination antivariolique, mais ce n'est pas forcément si clair. Pour la covid, les politiques ont dû prendre en compte les oppositions, mais elles ont aussi pu pousser à être plus coercitif avec une restriction des libertés des non-vaccinés. C'est une sorte d'exclusion de la vie sociale des personnes ne "jouant pas le jeu de la société". In fine, la couverture vaccinale a globalement été bonne pour les deux épidémies : la variole disparaît de France en 1936 et elle est éradiquée en 1980; la couverture vaccinale de la covid atteint rapidement les 80%. La confiance dans la vaccination n'en est pas forcément ressortie gagnante, d'après un rapport de l'UNICEF⁹³³. Tendance à confirmer car "la confiance dans les vaccins est volatile", et il faut aussi considérer le reste de la prise en charge de la pandémie qui a aussi pu fragiliser la confiance dans les institutions : "l'incertitude relative à la réponse contre la pandémie, l'accès plus généralisé aux fausses informations, la perte de confiance à l'égard des experts et la polarisation politique"⁹³⁴.

Les restrictions de circulation (isolement, quarantaine, couvre-feux, certificat de vaccine, pass vaccinal...) ont aussi fait réagir. De multiples manifestations parsèment la crise de la covid, en particulier en réaction au pass sanitaire (des dizaines de milliers de personnes manifestent chaque semaine pendant plus de vingt semaines entre

⁹³¹ Michael Bliss, *Montréal au temps du grand fléau: l'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre expression, 1993, 351 p.

⁹³² Jeffrey D. Needell, « The Revolta Contra Vacina of 1904: The Revolt against "Modernization" in Belle-Époque Rio de Janeiro », *The Hispanic American Historical Review*, vol. 67 / 2, Duke University Press, 1987, p. 233-269.

⁹³³ Estelle FLABAT, « En France, la confiance à l'égard de la vaccination infantile en baisse de 11,5 % », [En ligne : <https://www.unicef.fr/article/en-france-la-confiance-a-legard-de-la-vaccination-infantile-en-baisse-de-115/>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁹³⁴ *Ibidem*.

juillet et décembre 2021⁹³⁵). Pour la peste, la documentation clairsemée n'a pas fait remonter de tels mouvements. Les quelques propositions de restrictions de libertés des personnes vivant avec le sida ont provoqué des levées de boucliers de toutes parts, que ce soient des associations, mais aussi de la société civile et d'une bonne part des politiques.

Critique de la verticalité

Le sida voit à la fois des critiques de l'inaction politique, mais aussi des revendications en matière de participation : participation aux soins, participation aux décisions politiques, prise en compte du vécu des personnes vivant avec le VIH. Le corps médical et le corps politique sont interpellés à de très nombreuses reprises tout du long : par un dialogue direct, mais aussi des manifestations, des "actions coup de poing" (comme les nombreuses irrptions dans des congrès médicaux et politiques). Pas d'action ni de mobilisation aussi éclatante durant la covid, mais de nombreuses critiques sur une gestion verticale de l'état et des interrogations sur le recul des libertés pendant la crise : des articles de journaux⁹³⁶, des rapports d'institution⁹³⁷, des articles scientifiques⁹³⁸, des médecins⁹³⁹, et même le Conseil d'État⁹⁴⁰ alertent sur les dérives potentielles de l'état d'urgence et des restrictions. Les mesures, initialement bien suivies, sont progressivement de moins en moins acceptées et provoquent "lassitude et colère"⁹⁴¹. À cela s'ajoute les griefs sur un manque de transparence dans les communications : on peut simplement rappeler les polémiques autour des masques⁹⁴². Les différents acteurs et le vécu sur le terrain n'ont pas été assez intégrés non plus : les décisions ont été unilatéralement décidées par le gouvernement, avec appui du conseil scientifique. Le président du conseil scientifique regrettera que l'idée d'un "Comité de Citoyens" pour recueillir l'avis des Français n'ait pas été suivi par le gouvernement⁹⁴³.

Pour les deux épidémies plus anciennes, peste et variole, nous n'avons pas retrouvé de telles revendications de participation aux soins et à l'action publique dans

⁹³⁵ Les traces de ces manifestations hebdomadaires peuvent être retrouvées dans les archives des différents journaux, ou encore l'article « Chronologie de la pandémie de Covid-19 en France », *Wikipédia*, 2023.

⁹³⁶ « Les libertés publiques à l'épreuve du coronavirus », *Le Monde.fr*, 20 mars 2020.

⁹³⁷ Institut Montaigne, *op. cit.*

⁹³⁸ Clémence Thébaud, « Protéger l'état de santé de la population ou respecter les libertés individuelles en contexte épidémique - Quelles contributions des économistes ? », *médecine/sciences*, vol. 38 / 4, EDP Sciences, avril 2022, p. 387-390.

⁹³⁹ Valérie Lehoux, « Covid-19 : "On n'a pas su tirer les leçons du VIH" », *Télérama*, 15 avril 2020.

⁹⁴⁰ Le Conseil d'État, « Les états d'urgence : la démocratie sous contraintes », [En ligne : <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/etudes/les-etats-d-urgence-la-democratie-sous-contraintes>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁹⁴¹ Sylvain Brouard, Martial Foucault et Eric Kerrouche, « Pandémie et mesures limitant les libertés publiques, vers la fin de l'assentiment ? », SciencesPo Cevipof, 2020.

⁹⁴² La rédaction de Mediapart, « Le fiasco des masques face au Covid-19 », [En ligne : <https://www.mediapart.fr/journal/france/dossier/le-fiasco-des-masques-face-au-covid-19>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁹⁴³ Elodie Falco, « Dissolution du Conseil scientifique : les deux regrets de Jean-François Delfraissy sur la crise sanitaire », *Le Journal du Dimanche*, 30 juillet 2022.

notre bibliographie. On retient quand même les nombreuses critiques d'un État trop envahissant à l'époque de la petite vérole.

Et maintenant : quelle confiance et quelle défiance ?

À ce jour, la défiance persiste. L'état d'urgence contre la covid a été levé cette année, la maladie et ses conséquences sont encore là. Nous reprenons là quelques indicateurs, baromètres et sondages. Ils sont cependant à prendre avec précaution, car ils peuvent rapporter des résultats contradictoires en fonction de la méthodologie et de la population interrogée.

Selon une étude d'IPSOS sur la confiance en 2023⁹⁴⁴, la défiance est particulièrement importante dans les politiques et les médias : respectivement 13 % et 22 % de confiance en 2023. Les membres du gouvernement, eux, sont à 15 % de confiance, avec une autre étude indiquant qu'une personne sur deux ne fait pas confiance au gouvernement pour gérer la crise⁹⁴⁵. L'industrie pharmaceutique ne gagne la confiance que d'un tiers des Français. Les scientifiques s'en sortent mieux : 59 % de confiance. Cependant, un autre sondage rapporte qu'un Français sur deux pense que les scientifiques ne disent pas toute la vérité, y compris sur les vaccins; ils auraient aussi plus confiance dans l'avis de leurs proches qu'en une démonstration scientifique⁹⁴⁶. Les acteurs locaux sont ceux qui remportent la palme : environ 60 % de confiance dans les médecins et pharmaciens, qui sont plus fiables pour s'informer sur la santé (80-85 %) que la Haute Autorité de Santé (60%), que le gouvernement (38 %) ou encore que les médias (33 %) ⁹⁴⁷. Les infirmières, les sage-femmes et le personnel hospitalier gagnent aussi largement la confiance : plus de 90% de confiance d'après le baromètre 360 santé d'Odoxa-MNH⁹⁴⁸.

On retrouve plusieurs autres sondages, enquêtes, baromètres (Edelmann, Ipsos, Harris, ...) de ce type, mais globalement la tendance est la même : forte confiance dans les acteurs de soins locaux et le personnel hospitalier, et défiance envers les institutions, les entreprises pharmaceutiques, les politiques, et les médias.

VIII - L'Art en temps d'épidémie

Dans notre étude historique, nous nous sommes aussi attardés sur l'Art à chacune des époques et des épidémies considérées. L'intérêt d'une telle démarche est de pouvoir accéder à une autre vision de l'épidémie. On retrouve que l'art a joué trois rôles principaux : la description du vécu des contemporains, un outil de

⁹⁴⁴ Ipsos, « Global Trustworthiness Index 2023 : who does the world trust ? », Ipsos, 2023.

⁹⁴⁵ Grégoire Poussielgue, « SONDAGE EXCLUSIF - Covid : la confiance dans l'exécutif redevient minoritaire », *Les Echos*, 14 janvier 2022.

⁹⁴⁶ Etienne Mercier, Alice Tetaz et Pierre Latrille, « Baromètre « Science et Société » - Institut Sapiens », Ipsos, 2022.

⁹⁴⁷ Jean-Daniel Lévy et Magalie Gérard, « Regard des Français sur le système et les enjeux de santé dans la perspective de l'élection présidentielle - Harris Interactive », 2022.

⁹⁴⁸ « Baromètre santé 360 - Odoxa-MNH », 2020.

communication utilisé par les médecins et les autorités et un moyen d'expression de discours dissidents.

Raconter la vie, la maladie et la mort

À travers les différentes époques et société, l'art a pu être un médium pour raconter le vécu des populations lors des épidémies. C'est d'abord un rôle documentaire, ce que l'on voit bien avec la photographie et les films : la photographie de la séance publique de vaccination antivariolique, les photographies des malades, les photographies de la crise sanitaire, et les films documentaires sur le sida et la covid sont tous des traces visuelles de ces épidémies. On aurait plus de mal à imaginer ce qu'était la variole sans ces traces par exemple. Les tableaux de la peste de Marseille par Marcel Serre (voir figure 11) document aussi l'époque : ils nous font ressentir la scène comme si on y était, au milieu du charnier et de la mort, dans une cité désorganisée, avec tout de même des personnes se portant secours. Ce sentiment de vivre la scène dépeinte est le deuxième élément documentaire de ces œuvres, à savoir nous raconter le vécu, les perceptions et les sentiments des personnes vivant les épidémies. Nombre de tableaux de peste reprennent ainsi les mêmes éléments que ceux de Marcel Serre : désorganisation des foules, des cadavres et des malades partout où porte le regard, quelques processions religieuses, parfois des allégories de la mort ou du salut. Ils nous font ainsi globalement ressentir ce qu'ont pu ressentir la population : terreur, incrédulité, omniprésence de la mort. Cette thématique du macabre sera récurrente dans les œuvres de l'époque, qu'elles traitent ou non de la peste, témoignant de la trace profonde qu'elle a laissée dans les esprits. Trace ancrée dans les esprits encore de nos jours puisque la peste évoque toujours ces images dans nos imaginaires actuels.



Figure 137. De Micco Spadaro, *Largo Mercatello durant la peste à Naples*, 1656

De la variole, on retient les figures grêlées et le “triomphe” de la médecine avec la vaccination, comme en témoignent les nombreuses œuvres autour de la vaccination : tableau d’Edward Jenner, pièce de théâtre, médailles, photographies... Les personnes vivant avec le VIH laisseront leurs traces et leurs témoignages à travers de multiples médias également : les photographies de Jean-Louis par la photographe Atwood, les romans d’Hervé Guibert, le film autobiographique *Les Nuits Fauves* de Cyril Collard entre autres. Ils témoignent de l’incrédulité, de l’angoisse, de la solitude, et de la lutte menée quotidiennement par ces personnes face à la maladie. Les vidéos tournées par des drones lors des confinements nous font ressentir le vide des rues, et mise à l’arrêt des vies des confinés, et du pays, racontant une période “bizarre” de la vie de la France (et des quatre milliards de personnes confinés en 2020).

Un outil de communication et d’influence

À partir de la fin du XVIIIe et au XIXe siècle, l’art et la littérature sont aussi mis au service de la science, de la médecine et des autorités, d’autant plus dans un contexte de montée de l’hygiénisme et du souci de la santé publique (voire partie III.A. et A. Opinel⁹⁴⁹ notamment). Ils sont des intermédiaires supplémentaires pour communiquer auprès des populations et les influencer. On avait évoqué les médailles décernées au vaccinateur, les photographies de séances vaccinales ou encore les dessins d’une “bonne vaccine”. Les moyens artistiques sont utilisés pour informer, éduquer et sensibiliser la population face au sida et à la covid. La bande dessinée et la photographie sont des outils largement utilisés dans les brochures, affiches, publications autour du sida et des MST, pour promouvoir la prévention, mais aussi normaliser la maladie :



Figures 138 et 139. Affiche du Sida Info Service (2015) et affiche Santé Publique France (2022) à l’occasion de la Journée Mondiale de la Lutte contre le Sida

⁹⁴⁹ Anick Opinel, *Le peintre et le mal*, PUF, 2005.

Et la covid voit toute une iconographie promouvoir les gestes barrières :



Figure 140. Santé Publique France, *Coronavirus : outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public*, 2021

Les différents acteurs de la pandémie de Covid-19 et les décisions gouvernementales sont généreusement mis en avant sur les médias sociaux : publication de photos et vidéos de soignants en action, des visites des membres du Gouvernement dans des lieux de soins, de la vaccination de personnalités publiques...

Faire entendre sa voix

La dernière utilité de l'Art en temps d'épidémie est de permettre l'expression de certaines minorités et de discours dissidents. Certains legs artistiques proviennent de personnes ou de communautés qui n'ont pas laissé de traces écrites, les gravures et sculptures dans les petites églises par exemple (voir la Fresque de la chapelle Saint-Sébastien dans la partie II). Le street art autour du sida et de la covid permet de faire entendre les représentations plus populaires des épidémies. Les photographies des malades du sida sont une autre trace de personnes qui n'ont pas forcément laissé de récit. Les photographies de Jean-Louis, une personne vivant avec le VIH, sont publiées dans *Paris Match* en 1987 et aident à l'alerte de la population sur l'épidémie et le vécu très difficile des personnes atteintes⁹⁵⁰. Certains discours d'opposition s'entendent principalement par le biais artistique. Les caricatures de la vaccine, des médecins et du bulletin de vaccine font ressortir des interrogations d'une partie de la population, qui n'est pas seulement rurale. La caricature autour de la gestion de la crise sanitaire, de l'hydroxychloroquine ou de la vaccination mettent en avant un contre-discours au discours portés par les autorités politiques et médicales, très favorable dans les populations défiantes envers les institutions.

⁹⁵⁰ Donnia Ghezlane-Lala, « Quand les photos d'un malade du sida éveillaient les consciences en France », [En ligne : <https://www.konbini.com/arts/quand-les-photos-dun-malade-du-sida-eveillaient-les-consciences-en-france/>]. Consulté le 9 novembre 2023.

Dans l'expression de discours contestataire à travers l'art, le sida a une place spéciale dans l'histoire des épidémies. L'art a également représenté un contre-discours, mais il a aussi eu une utilisation militante qui ne se retrouve pas dans les autres épidémies. Le mouvement associatif a profité d'un "activisme culturel"⁹⁵¹ précoce, avec la participation d'artistes. Cela se traduit par une identité visuelle forte (le triangle rose inversé des déportés, le ruban rouge...) et des slogans inspirés de la publicité ("Silence = Death"). Ils ont également maîtrisé l'art choc et l'art performance avec les *die-in*, la projection de sang sur des personnalités publiques, l'encapotage de la Concorde... Le but de ces actions étant de rendre visible ce qui ne l'est pas, de donner voix à ceux qui ne l'ont pas, et de modifier les perceptions en atteignant le plus public le plus large possible⁹⁵².



Figure 141. Jean-Marc Armani, Un "die-in" d'Act-Up en 1993, Picture Tank, tiré d'un article de *Libération* du 20 août 2017⁹⁵³

⁹⁵¹ Yann Lagarde, « Comment Act Up a utilisé l'art et les chocs visuels pour mobiliser; Podcast Radio France avec Christophe Broqua, socio-anthropologue », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/comment-act-up-a-utilise-l-art-et-les-chocs-visuels-pour-mobiliser-6023673>]. Consulté le 9 novembre 2023.

⁹⁵² Christophe Broqua, « 9. Sida et stratégies de représentation : Dialogues entre l'art et l'activisme aux États-Unis », in Justyne Balasinski, Lilian Mathieu, (éds.). *Art et contestation*, éds. Justyne Balasinski et Lilian Mathieu, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015, (« Res publica »), p. 169-186.

⁹⁵³ Florian Bardou, « Que reste-t-il d'Act Up ? », *Libération*, 20 août 2017.

Conclusion : quelles leçons en tirer ?

Au bout de ce périple chronologique, on revient à l'intérêt de se pencher sur notre Histoire : quelles leçons peut-on tirer de l'histoire des épidémies pour se préparer aux futures épidémies ? L'idée n'est pas de dire qu'on aurait pu faire mieux ou différemment, mais de réfléchir sur les meilleures manières de faire face aux prochaines crises. Il faut aussi avoir en tête que les futures épidémies apporteront leur lot de problématiques spécifiques, devant amener à réévaluer ce que nous pensions savoir sur la gestion des épidémies. De même, la poursuite des recherches historiques peut nous amener à reconsidérer le passé, notamment grâce aux travaux sur les "marges" de la société et les personnes du quotidien qui ont laissé très peu de traces. Les leçons que nous tirons de notre étude concernent l'inclusion de la société civile et la place du médecin en temps d'épidémie.

La tentation de la coercition : un choix de société

La restriction des libertés a des avantages indéniables pour la santé collective lorsqu'elle concerne des maladies contagieuses. Les restrictions de circuler empêchent pareillement la circulation de l'agent contagieux. Ces limitations sont très contraignantes, mais peuvent aussi être très efficace : "si l'on avait appliqué les règlements sanitaires, [...] l'épidémie de Marseille n'aurait probablement pas eu lieu" soulignent par exemple les auteurs d'un article sur les leçons de l'Histoire⁹⁵⁴. Les confinements successifs autour de la covid ont pu permettre de freiner l'avancée de l'épidémie et soulager un système de santé en très forte tension. La coercition est aussi utile lorsqu'on parle de vaccination. Lorsqu'on compare les décès de l'épidémie de variole de 1870-1871 entre l'Allemagne et la France, on voit que celle qui appliqué l'obligation vaccinale en subit moins les répercussions : près de cent fois plus de décès du côté français. En s'appliquant à tout le monde, les mesures permettent aussi de protéger les personnes les plus fragiles.

D'un autre côté, ces restrictions peuvent également avoir des effets très délétères. Les confinements ont retardé la prise en soin de nombreuses personnes avec des maladies chroniques, des chirurgies et entraîné des retards diagnostics de cancer⁹⁵⁵. L'impact psychologique a été majeur, en particulier chez les adolescents, jeunes adultes⁹⁵⁶, et les personnes âgées⁹⁵⁷. D'autres mesures proposées n'auraient pas d'intérêt sur la santé publique, tel le dépistage obligatoire du VIH. Et bien que la vaccination ait actuellement un rapport bénéfice/risque jugé globalement favorable, les risques ne sont pas inexistantes. Sans compter les potentiels effets délétères sur la santé, ces restrictions portent atteinte à un concept fondamental et essentiel de nos vies, notre liberté. Une telle politique n'empêche pas les mouvements de protestation,

⁹⁵⁴ Anne-Marie Moulin et Damiano de Facci, *op. cit.*

⁹⁵⁵ Guillaume Bagein, Costemalle Vianney, Thomas Deroyon, [et al.], « L'état de santé de la population en France, Septembre 2022 », Les dossiers de la DREES, 2022.

⁹⁵⁶ *Ibidem*.

⁹⁵⁷ « Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées », Nations Unies, 2020.

comme le montre les contestations en réponse à la politique “Zéro Covid” de la Chine⁹⁵⁸.

De bons arguments peuvent être trouvés de chaque côté du prisme, et l’un ne prévaut pas forcément sur l’autre selon ses sensibilités propres. On peut être plus sensible à la santé des plus fragiles, et militer en faveur des restrictions de circulation, ou au contraire tenir plus à ses libertés et à la santé mentale de la population, poussant à s’opposer aux restrictions. On ne peut pas dire qu’il y ait un bon choix. Cela relève plutôt d’un choix de société, quel type de société et quelles valeurs (solidarité, liberté...) souhaite-t-on défendre ? Le champ est large, de la société libertarienne à la tyrannie sanitaire des Morticoles⁹⁵⁹, en passant par les régimes anarchiques.

Contre la verticalité, inclure la société civile

La question qui se pose alors est : qui devrait décider ? En premier lieu, il faut se garder de la tentation de simplement “suivre l’avis des scientifiques” : les données peuvent être objectives, mais ce qu’on en dit ne l’est pas. Le choix des données trahit déjà un positionnement : selon qu’on met en avant la santé physique ou la santé mentale, le point de vue sur le confinement sera nécessairement biaisé dans un sens ou l’autre. De plus, les données ne prennent pas non plus en compte les débats éthiques de société. On peut tout à fait souhaiter un régime qui chercherait à maximiser la santé (quelle définition de santé d’ailleurs ?), mais cela revient à ce qu’on a dit : un choix de société. Dans un régime démocratique, il nous semble que les citoyens ont voix à ce débat de société. La crise nécessite une action rapide et efficace, et on ne peut pas forcément prendre le temps de la délibération et de la réflexion au milieu de celle-ci. Ce sont des questions à réfléchir collectivement en amont des crises. Il y a aussi des avantages certains à un avoir un pouvoir réactif, capable d’agir rapidement sous couvert de l’état d’urgence, mais cette verticalité sape le fonctionnement démocratique de notre société. Un rapport de l’Institut Montaigne souligne que “cette pratique verticale de «l’exercice de l’État» apparaît en décalage de plus en plus complet à la fois avec les attentes des acteurs de la société, et avec les défis qui se présentent à nous”⁹⁶⁰. Il serait bien de mieux intégrer la société civile dans les réflexions et les processus décisionnels, comme l’avait suggéré le Conseil Scientifique, et comme ce fut davantage le cas lors du sida. Les associations et les collectifs citoyens peuvent être un maillon clé de cette démarche, comme le suggère Anne Marie Moulin et Damiano De Facci :

⁹⁵⁸ « La politique « zéro Covid » de Pékin menace-t-elle le régime ? », [En ligne : <https://www.iris-france.org/171910-la-politique-zero-covid-de-pek-in-menace-t-elle-le-regime/>]. Consulté le 8 novembre 2023.

⁹⁵⁹ Société dystopique fictionnelle dans *Les Morticoles* par Léon Daudet

⁹⁶⁰ Institut Montaigne, *op. cit.*

“Associations et collectifs citoyens sont les meilleurs connaisseurs de la diversité des milieux sociaux, notamment des catégories de la population qui échappent aux statistiques publiques et à l'action de l'État. D'un côté, ils peuvent comprendre, interpréter et faire remonter les problèmes et les attentes du terrain; de l'autre, ils organisent les réponses locales aux situations de crise sanitaire, élaborent des initiatives innovantes, notamment envers les catégories les plus démunies de la population.”

*Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19?, Mars 2021*⁹⁶¹

L'association ONUSIDA va dans le même sens, en proposant 7 leçons inspirées de la crise du sida :

Les leçons du VIH pour une réponse efficace, et dirigée par la communauté.

Sept points à retenir :

1 LES COMMUNAUTÉS AU CENTRE

Impliquer les communautés touchées dès le début dans TOUTES les mesures de réponse—pour instaurer la confiance, assurer la pertinence et l'efficacité, et pour éviter les préjudices indirects ou imprévus et garantir le partage fréquent d'informations.



2 PAS DE STIGMATISATION NI DE DISCRIMINATION

Lutter contre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, y compris celles basées sur la race, les contacts sociaux, la profession (personnels soignants), et celles dirigées contre des groupes marginalisés qui les empêchent d'avoir accès aux soins.



3 SOUTENIR LES PLUS VULNÉRABLES

Garantir l'accès à un dépistage gratuit ou abordable, tester et s'occuper des personnes les plus vulnérables et difficiles d'accès.



4 SUPPRIMER LES OBSTACLES À L'ACTION

Éliminer les obstacles empêchant les personnes de protéger leur propre santé et celle de leurs communautés : peur du chômage, coûts des soins de santé, présence de « fake news » ou de désinformation, manque d'infrastructures sanitaires et ainsi de suite.



5 PAS DE SANCTIONS PÉNALES

Les restrictions pour protéger la santé publique doivent être d'une durée limitée, équilibrées, nécessaires, basées sur des données probantes et révisables par un tribunal. Mettre en place des exceptions le cas échéant pour les groupes vulnérables et pour atténuer les conséquences de ces restrictions. Les interdictions obligatoires globales sont rarement efficaces ou nécessaires. Les personnes ne devraient pas faire l'objet d'une sanction pénale pour avoir enfreint les restrictions.



6 COOPÉRATION INTERNATIONALE

Les pays doivent s'efforcer de s'entraider afin de s'assurer qu'aucun pays ne soit laissé pour compte, en partageant les informations, les connaissances, les ressources et l'expertise technique.



7 SOYEZ AIMABLE

Soutenir et protéger les personnels soignants. Faire preuve de gentillesse les uns envers les autres. S'unir et soutenir les efforts qui instaurent la confiance et amplifient la solidarité, et non pas les sanctions.



ONUSIDA

Figure 142. Infographie *Les leçons du VIH...*, ONUSIDA, 2020⁹⁶²

⁹⁶¹ Anne-Marie Moulin et Damiano de Facci, *op. cit.*

⁹⁶² ONUSIDA, « Les droits humains aux temps du COVID-19 Les leçons du VIH pour une réponse efficace, et dirigée par la communauté. », 2020.

Crise de confiance

La question de la confiance est d'autant plus importante dans le contexte actuel de défiance globale : crise de confiance dans les médias⁹⁶³ et crise de confiance dans les politiques⁹⁶⁴, voire crise démocratique. Ces défiances recoupent des éléments communs, en particulier le manque d'horizontalité, d'écoute et de transparence. Les solutions de ces problématiques devront s'inspirer les unes avec les autres.

Dans le cadre de l'épidémie, pouvoir accroître la confiance de la population peut être un bon élément de la gestion : il est plus simple d'agir et de prendre des décisions sans provoquer des contestations lorsque le peuple a foi dans l'action des gouvernants. Il est aussi intéressant de plus inclure les populations dans les décisions : au-delà des enjeux de démocratie, une gestion verticale dessert la confiance dans les institutions, comme on l'a vu précédemment.

L'information et la sensibilisation sont essentielles tout du long pour répondre aux questionnements et aux craintes de la population. Les réactions sont fortement déterminées par les croyances sur la maladie. La compréhension de la maladie peut aider à réduire les peurs et les comportements discriminatoires, comme ce fut progressivement le cas lors du sida. Dans un exercice démocratique, cela permet aux personnes de prendre des décisions éclairées pour leur santé. Cela soutient aussi leur santé mentale, en les rendant acteurs de leur santé plutôt que simples spectateurs isolés dans un confinement. Avoir une communication plus transparente est aussi un atout pour la confiance. On craint les mouvements de panique des foules suite aux mauvaises nouvelles, cependant les errements du gouvernement en matière des masques n'a pas aidé à apaiser les esprits au début de la covid. L'utilisation d'une rhétorique martiale est aussi à questionner : elle peut participer à unir "ensemble contre un ennemi", mais peut participer à "disqualifier le débat" favorisant les restrictions de liberté en évitant des questions problématiques⁹⁶⁵.

Éduquer les esprits à la rigueur scientifique pourrait permettre de réduire certaines défiances envers la science⁹⁶⁶. Lorsqu'on est plus habitué à la démarche scientifique, on comprend bien que le temps de la recherche est bien plus long que celui de l'urgence sanitaire. Il faut lui laisser le temps nécessaire, sans quoi on risque de céder aux tentations de remèdes miracles (tel l'hydroxychloroquine), et de vilipender la lenteur des chercheurs. Cette éducation doit se faire et se poursuivre entre les crises.

⁹⁶³ Audrey Dumain, « Les Français et les médias : entre confiance et méfiance depuis trente ans », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/les-francais-et-les-medias-entre-confiance-et-mefiance-depuis-trente-ans-9949019>]. Consulté le 10 novembre 2023.

⁹⁶⁴ Bruno Cautrès, « Moins de pessimisme mais plus de défiance politique : les singularités françaises à la loupe », [En ligne : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/moins-de-pessimisme-mais-plus-de-defiance-politique-les-singularites-francaises-la-loupe>]. Consulté le 10 novembre 2023.

⁹⁶⁵ Eric Aeschmann, *op. cit.*

⁹⁶⁶ Sylvestre Huet et Michèle Leduc, « Experts, médias, crise sanitaire », *Le Monde*, 1 mars 2021.

En ce sens, plus une crise sanitaire est grave et durable, plus les autorités qui la gèrent ont le devoir de ne pas se couper de la société civile : « Plus l'incertitude est grande et plus le processus décisionnel doit être formalisé, consigné et débattu publiquement (...). Le plus inacceptable n'est pas que le décideur se trompe alors qu'il fait face à l'incertain, mais que sa démarche ne soit ni transparente, ni cohérente, ni explicite. »⁹⁶⁷

Patrick Peretti-Watel (Dir.). Huis-clos avec un virus. Comment les Français ont-ils vécu le premier confinement ?. Presses universitaires du Septentrion., 2022, p247

Quelle place du médecin ?

La place du médecin a bien évolué ces derniers siècles, de charlatans mal vus de la société, à acteurs de premier plan du soin et de la réponse aux épidémies. Il faut cependant être humble sur notre place actuelle, cible de critiques d'un système patriarcal et déshumanisant. La médecine est aussi triomphante de ses connaissances acquises sur la santé et la maladie, mais on peut se rappeler les écueils des conceptions médicales précédentes (théorie humorale, miasmes...). Peut-être que de nouveaux paradigmes nous amèneront à reconsidérer notre vision actuelle de la santé ou de la réponse à apporter aux épidémies. Les médecins gagneraient à s'intéresser à l'histoire de leur profession médicale, et à la manière dont le système actuel s'est formé pour mieux comprendre leur place en son sein. Mais aussi imaginer un fonctionnement différent, incluant plus les patients dans un exercice de démocratie sanitaire. On peut déjà s'appuyer sur les patients experts, mais aussi l'implication de sciences humaines : anthropologues et sociologues⁹⁶⁸, ou littéraires grâce à la médecine narrative⁹⁶⁹.

Concernant les rôles que les médecins ont joué au sein des épidémies, ils ont été divers : conseillers des autorités, recherche médicale, acteurs sur le terrain, et parfois implication en politique pour promouvoir leur vision de la santé. Le rôle d'expertise médicale des médecins et scientifiques nous apparaît crucial. Ils peuvent apporter leurs connaissances pour donner un avis sur le plan médical et partager leur expérience sur le terrain. Comme dit précédemment, les décisions ne devraient être basées sur une seule vision "médicale", "objective" ou "scientifique". Il est illusoire de penser qu'on puisse considérer de tels sujets de société sous la seule lentille de "l'objectivité". Il faut aussi pouvoir s'adapter au vécu sur le terrain. D'où l'intérêt d'inclure d'autres acteurs locaux dans ce rôle de conseillers des autorités, ainsi qu'une partie civile. Si l'on s'était contenté de l'avis des médecins référents sur la question à l'époque du sida, la politique de réduction de risques (qui a secondairement fait ses

⁹⁶⁷ William Dab, « Crises de santé publique et santé publique en crise », *Revue française des affaires sociales*, vol. 51 / 3-4, 1997, p. 193-200.

⁹⁶⁸ Voir le projet CoMeScov à Marseille par exemple

⁹⁶⁹ Alexandre Wenger, « Littérature, écriture, médecine », *Revue Médecine et Philosophie*, 2021.

preuves) n'aurait pas vu le jour : les médecins référents de la "toxicomanie" étant majoritairement opposés à ces mesures, et partisans de l'abstinence.⁹⁷⁰

Pour leur rôle sur le terrain, les médecins sont sous le coup d'injonctions multiples. Ils se retrouvent à la fois à être agents des autorités pour appliquer les politiques de santé, et aussi à l'écoute directe de la population. Il faut compter en plus leur sensibilité personnelle. Ces éléments peuvent être conflictuels entre eux, et il devient alors plus difficile de concilier l'intérêt de la collectivité et la santé de l'individu en face de nous. En tant que médecins généralistes par exemple, on s'est retrouvé face aux hésitations, voire oppositions vaccinales des patients, et en même temps soumis aux directives des autorités publiques et sanitaires promouvant la vaccination (supportée par la médecine fondée par les preuves). Quel rôle alors privilégier ? Celui d'agent des autorités promouvant avec force la santé collective, au risque de compromettre la relation individuelle avec certaines personnes ? Cela ne nous semble pas une bonne réponse. Un médecin ne peut se contenter d'être simple agent exécutant des politiques sanitaires. La santé est plus complexe et plus globale que cela. Le médecin est un interlocuteur privilégié, comme le montre les échelles de confiance : plus de 80 % de confiance pour les professions médicales⁹⁷¹. S'il met toutes ses forces à la convaincre de suivre les recommandations, il n'y arrivera pas forcément et risque d'éloigner cette personne des structures classiques du soin. Cela pourrait être délétère pour sa santé sur d'autres points, la crise sanitaire faisant oublier d'autres problématiques de santé, qui peuvent être tout aussi dangereuses. Être à l'écoute de la personne permet de lui délivrer une information claire et adaptée pour l'aider à prendre une décision "éclairée". Le médecin est là pour accompagner la santé de la personne, et non pour prendre la décision à sa place. La position privilégiée du professionnel de soin peut aussi lui permettre de faire remonter le vécu des personnes, en particulier des minorités et des oubliés des politiques globales.

Les évolutions du numérique

Les nouveaux médias sociaux sont accusés de nombreux maux : ils aggravent la crise de confiance, ils participent à la propagation de "fake news" et favorisent les mouvements de contestation. Et pourtant, c'est une composante avec laquelle nous allons devoir continuer de fonctionner. Ces médias n'ont pas que des mauvais côtés. Ils ont pu aider au maintien du lien social au plus fort des confinements, et porter des discours dissidents. L'institut Montaigne préconise de "faire du numérique le levier décisif pour casser les verticalités administratives, développer une culture de la donnée partagée"⁹⁷². Le Dr. Briand, directrice de la gestion des risques infectieux à l'OMS, souligne de son côté que "l'information ne doit pas être un frein, mais bien une solution face à une épidémie"⁹⁷³. Elle soutient le développement d'une science de

⁹⁷⁰ Claude Thiaudière et Patrice Pinell, « V. Politiques publiques II », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 149-206.

⁹⁷¹ Ipsos, « Global Trustworthiness Index 2023 : who does the world trust ? », Ipsos, 2023.

⁹⁷² Institut Montaigne, *op. cit.*

⁹⁷³ Stéphanie Chevrel et Anne Éveillard, « Covid-19 : une crise sous l'emprise des réseaux sociaux », *Les Tribunes de la santé*, vol. 68 / 2, Global Média Santé, 2021, p. 95-103.

l'infodémie, une capacité de *fact-checking* et préconise d'instaurer des "bonnes pratiques". L'OMS de son côté suggère 4 axes de gestion de l'infodémie :

Axes de gestion de l'infodémie (OMS)⁹⁷⁴ :

1. Écouter les préoccupations et les questions de la communauté
2. Promouvoir la compréhension des risques et les conseils d'experts en santé
3. Renforcer la résilience face à la désinformation
4. Engager et responsabiliser les communautés pour qu'elles prennent des mesures positives

Les dernières avancées de l'intelligence artificielle permettent aussi l'ouverture d'autres pistes pour faire face aux crises, ou exploiter les données disponibles⁹⁷⁵ : analyse de l'infodémie, repérer les nouvelles maladies, discriminer les images radiographiques... Mais elles apportent également leur lot de questionnement, en particulier sur la protection des données, ou encore son utilisation pour le contrôle des populations (exemple de Singapour ou de la Chine).⁹⁷⁶

L'Art comme vecteur de message

Pour finir, nous en revenons à l'art, et surtout à sa fonction discursive. Les productions artistiques sont très souvent porteuses de sens. Il est intéressant, que ce soit pour les autorités, ou les médecins, de s'intéresser aux productions artistiques autour des épidémies. Comme on l'a déjà dit, il est primordial d'être à l'écoute, permettant de mieux comprendre ce que traversent les gens, de mieux s'adapter et plus les inclure. L'art représente un autre canal d'expression : les œuvres traduisent le vécu des personnes au cours de l'épidémie et permettent d'avoir un autre aperçu de leurs représentations. Elles sont aussi une voix pour certaines minorités. Les messages ne sont pas toujours exprimés de manière aussi visible et impactante que durant le sida, d'où la nécessité d'être d'autant plus attentifs aux réalisations artistiques. L'art peut aussi être un vecteur utilisé par les médecins et les autorités pour passer des messages. Cette utilisation est déjà connue et utilisée, et il est bien de poursuivre son utilisation respectueuse. Les dérives mettant l'art au service d'une propagande médicale, sans écoute en retour, ne sont pas loin.

⁹⁷⁴ « Infodemic », [En ligne : <https://www.who.int/health-topics/infodemic>]. Consulté le 4 novembre 2023.

⁹⁷⁵ Comité ad hoc sur l'intelligence artificielle (CAHAI), « IA et lutte contre le coronavirus Covid-19 », [En ligne : <https://www.coe.int/fr/web/artificial-intelligence/ai-and-control-of-covid-19-coronavirus>]. Consulté le 11 novembre 2023.

⁹⁷⁶ *Ibidem*.

Abréviations, annexes, figures, bibliographie

Liste des abréviations

AAH : Allocation adulte handicap

ACT-UP : Aids coalition to unleash

ADT : Association de défense des transfusés

AES : Accident d'exposition au sang / sexuel

AFH : Association français des hémophiles

AFLS : Agence française de lutte contre le sida

AFP : Agence France-Presse

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANRS : Agence nationale de recherches sur le

ASUD : Autosupport des usagers de drogues

ATU : Autorisation temporaire de mise sur le marché

AZT : Azithromycine

BBC : British Broadcasting Corporation

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

BIU : Bibliothèque interuniversitaire

BNF / BnF : Bibliothèque nationale de France

CCNE : Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

CDC : Center for diseases control

CESE : Conseil Économique Social et Environnemental

CHU : Centre hospitalier universitaire

CISIH : Centres d'informations et de soins de l'immunodéficience humaine

CMV : Cytomegalovirus

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNS : Conseil national du sida

CNTRL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

CNTS : Centre national de la transfusion sanguine

COREVIH : Coordination Régionale de Lutte contre le VIH

CORRUSS : Centre opérationnel de régulation et de réponses aux urgences
sanitaires et sociales

COVAX : COVID-19 Vaccines Global Access

COVID : Coronavirus (disease)

CUARH : Comité d'urgence anti-répression homosexuelle

DGS : Direction Générale de la santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EFS : Établissement français du sang

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GFTS : Groupe français de travail sur le sida

GIPA : Greater involvement of people livings with aids

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HTLV : Human T-lymphotropic virus

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INA : Institut national de l'audiovisuel

IRM : Imagerie par résonance magnétique

JC : Jésus-Christ

JT : Journal télévisé

LAV : Lymphadenopathy Associated Virus

MLA : Modern language association

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

MST : Maladie sexuellement transmissible

OAP : Œdème aigu pulmonaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

ORSAN-REB : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles - risque épidémique et biologique

PCR : Polymerase chain reaction

PH : Praticien hospitalier

PREP : Prophylaxie pré-exposition

SARS : Severe acute respiratory syndrome

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SIDA (AIDS) : Syndrome de l'immunodéficience acquise (Acquired immunodeficiency syndrom)

SPILF : Société de pathologie infectieuse de langue française

TGV : Train grande vitesse

TPE : Traitement post-exposition

TRT-5 : Traitements et recherche thérapeutique - 5

URSS : Union des républiques socialistes soviétiques

VIH (HIV) : Virus de l'immunodéficience humaine (Human immunodeficiency virus)

VIS (SIV) : Virus de l'immunodéficience simienne (Simian immunodeficiency virus)

VLS : Vaincre le sida

Annexes

Annexe 1. Quelques pages du journal de bord tenu le long de la thèse.

1. des premiers bêtisiers : une thèse de médecine
ça doit être de la science ! (1/11/19)

Un médecin peut être appelé "Docteur" car il a réalisé une thèse et passé un doctorat.
De par mon bagage scientifique, je me disais que pour faire une belle thèse il fallait faire de la "science dure" et des calculs. Je me re-jouissais même à l'idée de ces calculs, moi qui aime bien les mathématiques et l'informatique.

11. Réunion de thèse : 26/11/2021

A. Problématique générale

1. Titre Court : Que nous apprennent les épidémies sur la pandémie actuelle de la Covid-19

2. Titre Court : Implications et conséquences de 3 grandes épidémies à travers l'Histoire

Sous-titre : Étude sociologique / historique / philosophique / théorique, éthique, esthétique et médicale / historique de la peste, de la peste noire et de la peste blanche

3. Précision : pas forcément exhaustive mais attention à l'exhaustivité dans la thèse

4. C. Événement d'état très particulier, se référer le savoir de détail au site, mais dans le cadre de la thèse

B. Méthodologie de recherche

Traiter d'histoire médicale : travail de terrain, à l'écoute des érudits, à l'écoute des plus experts possible pour répondre

P.C. : lecture d'archives et d'ouvrages sur les sources primaires

P.C. : Recherche épidémiologique, en partant de la région géographique

- la représentation

- la dimension politique

Bon coup d'oeil "nécessaire" de ne pas se perdre

On voit voir s'il y a quelque chose de commun que doit admettre au-delà de l'époque

= comprendre et quantifier

des implications à la recherche sur les 3 parties

et comment est-ce qu'on répond une partie de la population les peuples, qu'on s'en va tous les maux sociaux / philosophiques

Maladies ÉPIDEMIQUES vs MALADIES ZOONOTIQUES (responsables)

des groupes sociaux, toujours une recherche, l'identité, qui sont un départ d'histoire

Bonne idée de se concentrer sur une maladie (la peste)

Réunion de thèse n°3 : 05/01/2022

Pour cette 3^e réunion de thèse, je m'y suis pris assez tard pour sa préparation. J'ai eu moins réussi à avancer des idées de bibliographie, mais il va me falloir apprendre à lire la bibliographie (cf bibliographie future etc.).

Je vais également tenter de rassembler mes notes sur gdoc, et on va en faire une synthèse.

A. Fiche de thèse

La fiche de thèse va être à l'écoute et puis à l'écoute des autres de l'école.

Je n'ai également pas assez détaillé les différentes approches qu'on envisage pour cette thèse → à explorer. Trop vague, surtout de dire qu'il y a des approches.

B. Quel intérêt de l'ont pour cette thèse ? D.C. l'épidémie m'a expliqué l'intérêt de l'ont, et les approches qu'on peut avoir :

1. Rôle de la société, comment était vécu l'épidémie ? Production d'un discours et d'une représentation de la maladie ;

c'est notamment cette notion qui va faire la thèse à la fin de l'épidémie, et changer le regard futur à l'épidémie

c'est également un discours propagandiste médical dissident

L'ont expose des éléments, des idées, des représentations des siècles de pouvoir (et médical)

Les autorités ont aussi pu faire quelque chose

Il va être essentiel de poser la question de l'ont de manière solide dans l'introduction

→ l'ont est un discours qui apporte un autre point de vue, permet d'aborder la notion d'une épidémie et sa réappropriation

→ dimension esthétique, mais aussi symbolique

→ l'ont à la réinterpréter à posteriori des connaissances

C. Quel intérêt de cette thèse pour la Med G ?

Philippe a aussi noté qu'on avait pas abordé quel pouvait être l'intérêt de cette thèse pour la MG.

Philippe (présent) discutait l'approche sur la

Table des figures

Figure 1. Vase Aryballe Peytel, aryballe attique à figures rouges : médecin pratiquant la saignée, vers 480-470 avant J-C. Musée du Louvre.....	21
Figure 2. <i>Moines copistes dans un scriptorium</i> , extrait du livre des jeux, XIIIe siècle, Bibliothèque de l'Escurial, Madrid, Wikimedia Commons	28
Figure 3. La plus ancienne thèse de médecine conservée à la BIU Santé, Paris Cité	31
Figure 4. Pieter Brueghel l'Ancien, <i>Le Triomphe de la Mort</i> , 1562-1563, Madrid, Musée du Prado	35
Figure 5. <i>Le malade imaginaire</i> [estampe], XVIIe siècle, Gallica BNF	40
Figure 6. <i>La peste dans le monde</i> , Le Parisien, article du 15 novembre 2019	42
Figure 7. L'étendue de la Mort Noire en Europe de 1347 à 1351, Encyclopædia Britannica.....	44
Figure 8. <i>Marseille en Quarantaine</i> , L'Histoire, 17 avril 2020.....	47
Figure 9. Fresque de la chapelle Saint-Sébastien de Lanslevillard-Val Cenis Lanslebourg, fin du XVe siècle, Fondation FACIM.....	53
Figure 10. Certificat de santé, tiré de <i>La peste à Grenoble</i> (1903)	63
Figure 11. Michel Serre, <i>Vue du Cours pendant la peste de 1720</i> , 1721, Marseille, musée des beaux-arts.....	66
Figure 12. Domenico Fiasella, <i>La peste de 1656 à Gênes</i> , 1658, Palazzo Giustiniani Franzoni, catalogo dei Beni Culturali	68
Figure 13. <i>Danse Macabre</i> , Abbaye de la Chaise-Dieu, Haute-Loire, fin XVe siècle, ©fje..	69
Figure 14. Paul Fürst, Caricature d'un médecin durant une épidémie de peste à Rome au XVIIe siècle à gauche, 1656	70
Figure 15. Johann Melchior Füssli, Caricature d'un médecin de peste de Marseille à droite, 1721.....	70
Figure 16. Une séance de vaccination publique à la Mairie pendant l'épidémie de variole, Carte Postale 1898, MuCEM.....	72
Figure 17. Tony Robert-Fleury, <i>Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795</i> , 1876	77
Figure 18. <i>De l'eau, de l'air, de la lumière</i> , collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 14 bis, 1900, Gallica BNF	80
Figure 19. <i>Ni alcool, ni air confiné</i> , collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 14 bis, 1900, Gallica BNF.....	82
Figure 20. Daumier, <i>Clinique du Docteur Robert Macaire</i> , Charivari, 1837	84
Figure 21. Carte de la répartition des cas de variole du singe : 87.087 cas dans un total de 113 pays (26/04/2023)	86

Figure 22. Les causes de mortalité au XXe siècle mises en forme par <i>Information is beautiful</i> , 2012	87
Figure 23. Gaston Melingue, <i>Edward Jenner (1749-1823) pratiquant la première vaccination contre la variole en 1796</i> , 1879	91
Figure 24. Fréquence des termes "vaccine", "certificat vaccination", "vaccination obligatoire" dans les journaux (1750-1940..) numérisés par Retronews. Requête du 4 mai 2023.....	97
Figure 25. Assemblée mondiale de la Santé, 33. (1980). <i>Proclamation de l'éradication de la variole dans le monde entier</i> , Organisation mondiale de la Santé	98
Figure 26. Bulletin de santé de l'inoculation de Louis XVI, du comte de Provence, du comte d'artois et de la comtesse d'artois, 1774, RMN - Grand Palais (château de Versailles) / Gérard Blot.....	101
Figure 27. <i>La vaccination à l'Académie de médecine – La foule faisant la queue</i> , L'Écho de Paris, 20 mars 1907, Gallica BnF.....	104
Figure 28. P. Darmon, Carte des proportions des vaccinations par rapport aux naissances, 1811-1815, L'odyssée pionnière des premières vaccinations françaises au XIXe siècle.	130
Figure 29. Désiré Langlumé, <i>Résultat de la petite vérole</i> , Lithographie dans Manuel pratique de vaccine à l'usage des jeunes médecins, Paris, 1821.....	134
Figure 30. Figure allégorique de la variole dans le frontispice du poème <i>L'Inoculation</i> (1773) de l'abbé Roman à gauche	135
Figure 31. Estampe <i>Triomphe de la Petite Vérole</i> à droite, Paris, 1801	135
Figure 32. Frontispice du poème <i>L'Inoculation</i> de L'Abbé Roman (1773).....	137
Figure 33. <i>Les Oeuvres Philanthropiques du Petit Journal</i> , Le Petit Journal, 20 Août 1905	137
Figures 35 à 39. Estampes, Collection de Vinck (histoire de France, 1770-1871) :	140
Figure 40. J. Gillray; <i>La variole ou les merveilleux effets de la nouvelle inoculation</i> , 1802	141
Figure 41. C. Williams, <i>Vaccination</i> , 1802	141
Figure 42. J. Keppler, <i>Mieux vaut ne pas vacciner que vacciner avec un virus impur</i> , 1880	142
Figure 43. Le Vélo, 9 septembre 1904, p.2, Retronews	142
Figure 44. Désiré Langlumé, <i>Résultat de la vaccine</i> , Lithographie in Manuel pratique de vaccine à l'usage des jeunes médecins, Paris, 1821.....	143
Figure 44. Images tirées de <i>Cow-pox Inoculation</i> (1805), Docteur Rowley	143
Figure 46 et 47. Andrieu, Bertrand [sous la direction de Denon, Dominique Vivant], <i>La vaccine</i> . Médaille de la Société centrale de la vaccine, 1804. Musée du Louvre, OAP 2462	144

Figure 48 et 49. Recueil périodique de la société de médecine de Paris, vol. 11, 1801. et Henri-Marie Husson, Recherches historiques et médicales sur la vaccine, Paris, Gabon, 1801.	145
Figure 50. <i>Vaccines ulcéreuses</i> (vers 1880), cires de l'hôpital Saint-Louis.....	145
Figure 51. Keith Haring, <i>Ignorance = Fear</i> , 1989	147
Figure 52. <i>Cancer des gays : l'apparition du Sida</i> , Journal A2 Edition 20H - 27 mars 1982, INA	157
Figure 53. <i>The Denver Principles</i> , 1983	159
Figures 54 à 56. Épidémiologie du sida d'après BEH, 1996, N° 10, mars 1996.....	162
Figure 57. <i>Sida : campagne nationale</i> , A2 Le Journal 20H - 15.10.1987	164
Figure 58. Carte de la prévalence du VIH dans le monde en 1990, d'après les chiffre d'IHME sur le site Our World in Data.....	165
Figure 59. Répartition des cas de Sida par groupe de transmission, année de diagnostic et sexe, d'après BEH, 1996, N° 10, mars 1996	166
Figure 60. Vue générale sur le préservatif rose géant placé par Act Up sur l'obélisque de la Concorde, à Paris, 1er décembre 1993, Gérard Julien	168
Figure 57. <i>The Paris Declaration</i> , point III, OMS, 1e décembre 1994.....	170
Figure 61. Nombre de cas de sida par année de diagnostic, d'après BEH, 2002, n° 27, 2 juillet 2002	173
Figure 62 à 64. Carte du pourcentage de personnes ayant accès à la trithérapie, d'après les données d'ONUSIDA (via World Bank), en 2000, 2010 et 2021	174
Figure 65 et 66. Taux de décès dû au VIH entre 1990 et 2019 dans le monde, d'après les données d'IHME, sur le site <i>Our World in Data</i>	175
Figure 67. Répartition de l'acquisition des nouvelles infections à VIH par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde, ONUSIDA, « Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 », p. 17, Figure 0.8.....	176
Figure 68 et 69. Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population en France, 2012-2021 et nombre de nouveaux diagnostics de sida en France, 2012-2021 d'après Bulletin de Santé Publique, Santé Publique France, Décembre 2022	177
Figure 70. Affiches de la campagne nationale <i>Vivre avec le VIH, c'est d'abord vivre</i> , 2020.	178
Figure 71. Graphique sur l'évolution du score d'acceptation, Etude ANRS-EN15-KABP 2004, p.59, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2005	183
Figure 72. Tableau connaissances des modes de transmission du VIH, tiré de <i>La perception sociale du sida en région Île-de-France</i> , BEH, 1988.....	187
Figure 73. Tableau discriminations rapportées dans plusieurs sphères, tiré de <i>Ça se passe aussi en famille</i> , Terrains et Travaux, 2016	187

Figures 74 et 75. Graphiques tiré de <i>Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine</i> , Observatoire régional de santé d'Île-de-France", p. 105 et p. 158, 2005	188
Figure 76. Tableau perception du risque et attitude des médecins, tiré de Michel Souville, <i>Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale</i> , Sociétés, 2002	201
Figure 77. Tableau discriminations rapportées dans le milieu médical, tiré de <i>Enquête discriminations</i> , 6e édition, Sida Info Service, 2019	203
Figures 78 à 81. Jane Evelyn Atwood; photographies de Jean-Louis à son domicile et à l'hôpital, 1987	213
Figure 82. Publicité de Benetton, Photographie de David Kirby, par Theresa Frare, colorisée par Oliviero Toscani.....	214
Figure 83 et 84. Lamouche, <i>Merlot contre M.S.T-SIDA</i> , 1987 et <i>Vivre avec</i> , p. 20, Plateforme Prévention Sida, 2010.....	216
Figure 85. Campagne d'information <i>Les situations varient. Les modes de protection aussi</i> , 2016	217
Figure 86. Silence = Mort et triangle rose, ACT-UP Paris.....	217
Figure 87. Jean-Marc Armani, <i>Die-in</i> d'Act Up dans une rue de Paris, 1er décembre 1994, Photo	218
Figure 88. Modélisation du coronavirus, février 2020, Alissa Eckert, MSMI, Dan Higgins, MAMS.....	220
Figure 89. Tweet de l'OMS le 4 janvier 2023, sur la plateforme X (anciennement Twitter)	222
Figure 90. Article du journal <i>Le Parisien</i> du 15 février 2020.....	223
Figure 91. Graphique <i>Évolution quotidienne des cas et des décès à l'hôpital de Covid-19 déclarés en France entre le 21 janvier et le 24 mai 2020</i> (Source des données : Santé Publique France), tirée d'un article du 30 mai 2020 sur le site <i>Mesvaccins.net</i>	224
Figure 92. Photographie des rues vides de Paris durant le confinement, par Olivier Corsan pour <i>Le Parisien</i> , article du 19 mars 2020	225
Figure 93. Graphique tiré de l'étude <i>En quatre vagues, l'épidémie de Covid-19 a causé 116 000 décès et lourdement affecté le système de soins</i> , Insee, 2021	226
Figure 94. Graphique <i>Vaccination en France</i> sur la page "InfoCovidFrance" du site Santé Publique France, consulté le 05/12/2023.....	228
Figure 95. Graphique <i>Décès Covid-19 certifiés par voie électronique</i> sur la page "InfoCovidFrance" du site Santé Publique France, consulté le 05/12/2023	229
Figure 96. Tweet (X) du chef de l'OMS le 5 mai 2023	229
Figure 97. Tableau profils de perceptions de la covid-19, tiré de <i>Huis clos avec un virus</i> (2022), p. 117	232

Figure 98. Graphique confiance dans la science, tiré du rapport <i>Les Français et la science 2021</i> , Science&You, 2021	233
Figure 99. Infographie confiance de la population pour dire la vérité sur le coronavirus, tirée du rapport <i>Les Français et la science 2021</i> , Science&You, 2021	235
Figure 100. Symptômes psychologiques suite au premier confinement, tirée de <i>Rapport d'information : Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale</i> , Commission des Affaires Sociales, décembre 2021.....	237
Figure 101. Graphique opinion des Français sur le confinement, tiré de <i>Huis-clos avec un virus</i> (2022), p. 193.....	238
Figure 102. Graphique <i>Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés)</i> , tirée de l'enquête CoviPrev (vague 36, 5-12 décembre 2022), France métropolitaine.....	239
Figure 103. Graphique <i>Évolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés) entre novembre 2020 et mai 2022</i> . Enquête CoviPrev (vague 34), Santé Publique France	240
Figure 104. Infographie “Les Français et l’Information” d’après une étude IPSOS de 2022	248
Figure 105. Tweet (X) publié le 28 mars 2020	248
Figure 106. Guide méthodologique <i>Préparation au risque épidémique Covid-19</i> , Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020.....	254
Figure 107. Figure sur la vaccination à vaccin ARNm, tirée de “Se vacciner ? Décider avec son médecin”, HAS, Mars 2021.....	255
Figure 108. Graphique opinion des médecins généralistes vis-à-vis de l'épidémie, tiré de <i>Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement</i> , DREES, septembre 2020	259
Figures 109 à 112. Exemples de tweets (X) d'institutions (AP-HP et Académie de Médecine) ou de professionnels de santé (Didier Raoult, PU-PH à l'IHU Marseille et Karine Lacombe, PU-PH à l'hôpital Saint-Antoine Paris)	260
Figure 113. Figure tirée du guide méthodologique <i>Préparation au risque épidémique Covid-19</i> , Ministère des Solidarités et de la Santé, 20 février 2020	263
Figure 114. Tweet (X) d'Olivier Véran le 8 février 2020, accompagné d'une photo de sa première vaccination anti-covid	266
Figure 115. Communiqué du Ministère des Solidarités et de la Santé, “Covid-19 en EHPAD : 10 repères pour protéger les aînés sans les isoler ”, 30 octobre 2020.....	267
Figure 116. Représentation artistique du coronavirus SARS-CoV-2, par Fusion Medical Animation on Unsplash, reproduit dans l'édition du <i>Monde</i> du 26 avril 2020.....	269
Figure 117. Représentation du virus par le collectif Subset à Dublin (Irlande), photographie par Aidan Crawley/EPA, 2020	269
Figures 118 à 121. Art mural et représentations durant le premier confinement	270

Figures 122 à 124. Dessins de Banksy (<i>Painting for Saint</i> , mai 2020), Plantu (mars 2020) et de Côté (février 2020) autour de la covid et des soignants	271
Figure 125. Affiche de Santé Publique France sur les gestes barrières (2020).....	272
Figure 126 et 127. Dessin d'Aurel (mars 2020) et <i>street-art</i> d'Andréas Welin (mars 2020, Copenhague, Parys-Bas) critiquant les politiques	272
Figure 128. Affiche du film documentaire "Hold-Up, retour sur un chaos", novembre 2020	273
Figure 129. Jean-Baptiste Marie, <i>Le Choléra</i> , feuillet de 1832	295
Figure 130. Collection de tableaux muraux Armand Colin, Tableau 6, <i>L'Alcool, voilà l'ennemi</i> , 1900	298
Figure 131. Little Mouse, « Le microbe », <i>Ma Récréation</i> , 4e année, n°22, 19 juillet 1913	298
Figure 132. Plus d'un millier de petits soldats de plastique, toutes armées confondues, recouvrent ce « Virus ». Photo Anthony PICORE. Républicain Lorrain, mars 2018	299
Figure 133. « <i>Nous sommes en guerre</i> » : le discours de Macron face au coronavirus (extraits), Vidéo Youtube publiée le 16 mars 2020, Le Monde	299
Figure 135. Graphique contagiosité et létalité de maladies infectieuses, tiré de l'article <i>Coronavirus : quelles sont la contagiosité et la létalité du virus ?</i> , <i>Le Monde</i> , 20 février 2020	305
Figure 136. Tableau <i>Comparaison du cadre juridique et des pratiques associés à la notification des partenaires</i> , disponible p. 35 dans les recommandations de bonne pratique <i>La notification au(x) partenaire(s)</i> , HAS, 2023.....	311
Figure 137. De Micco Spadaro, <i>Largo Mercatello durant la peste à Naples</i> , 1656.....	317
Figures 138 et 139. Affiche du Sida Info Service (2015) et affiche Santé Publique France (2022) à l'occasion de la Journée Mondiale de la Lutte contre le Sida.....	318
Figure 140. Santé Publique France, <i>Coronavirus : outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public</i> , 2021	319
Figure 141. Jean-Marc Armani, Un "die-in" d'Act-Up en 1993, Picture Tank, tiré d'un article de <i>Libération</i> du 20 août 2017	320
Figure 142. Infographie <i>Les leçons du VIH...</i> , ONUSIDA, 2020	323

Table des annexes

Annexe 1. Quelques pages du journal de bord tenu le long de la thèse.	331
--	-----

Bibliographie

Notre sujet se rapportant à une étude des sciences humaines, nous avons opté pour le style bibliographique associé, à savoir le *Modern Language Association* (MLA). La bibliographie est présentée par chapitre pour faciliter la recherche des sources bibliographiques.

Introduction

« Covid-19 : « Les épidémies ne se réduisent jamais à des causes biologiques » », *Le Monde.fr*, 25 janvier 2022

DUMONT, Gérard-François, « Chapitre 1. Populations, peuplement et territoires : des termes à préciser », in *Populations, peuplement et territoires en France*, Paris, Armand Colin, 2022, (« Horizon »), p. 5-21

PLANTAZ, Fanny, *Histoire des freins et des leviers à la diffusion de la vaccination antivariolique en Seine-Inférieure au XIX^e siècle*, 2020

SAMAMA, Laurent-David, « La notion de progrès à travers l'histoire », *Administration*, vol. 273 / 1, L'Association du Corps Préfectoral et des Hauts Fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur, 2022, p. 10-12.

I - Synthèse de la pensée médicale antique-médiévale

BOULLAY, Séverine, « Le Moyen Âge : temps obscurs ou siècles d'innovations ? », *L'Histoire à la BnF*, 2017, [En ligne : <https://histoirebnf.hypotheses.org/1378>].

EPICTÈTE, « Entretiens, livre II », [En ligne : [Traduction disponible sur : http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/epictete/entretiens2.htm](http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/epictete/entretiens2.htm)]. Consulté le 26 février 2023.

GRMEK, Mirko Drazen, *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Seuil, 1995.

HECKEL, Audrey, *Emergence de la médecine en Mésopotamie*, other, UHP - Université Henri Poincaré, 2003

HÉRACLITE, « Fragments d'Héraclite », [En ligne : https://fr.wikisource.org/wiki/Fragments_d%E2%80%99H%C3%A9raclite]. Consulté le 26 février 2023.

HIPPOCRATE, « Epidémies, livre III (bilingue) », [En ligne : [Traduction disponible sur : https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies3.htm](https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies3.htm)]. Consulté le 26 février 2023.

HIPPOCRATE, « Epidémies, livre VI (bilingue) », [En ligne : [Traduction disponible sur : https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies6.htm](https://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/epidemies6.htm)]. Consulté le 26 février 2023.

ISAMBERT, François-André, *Recueil général des anciennes lois françaises [...]*, Paris, Plon, 1821.

« Les thèses d'Ancien Régime sortent des combles – Le blog actualités de la BIU Santé », 2018, [En ligne : <https://www.biusante.parisdescartes.fr/blog/index.php/les-theses-dancien-regime-sortent-des-combles/>].

PORTER, Roy, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, New York, W. W. Norton & Company, 1999, 872 p.

VITRY, Jacques DE, *Histoire occidentale*, Guizot, 1825.

II - La peste

● Articles de revue, thèse

BEAUVIEUX, Fleur, « « [...] l'ayant secouru jusque a la mort ». Les relations sociales à Marseille en temps de peste (1720-1722) », *Histoire Sociale - Social History*, LIV, novembre 2021, p. 529-550.

CAPLET, Emile-Arthur, *La Peste à Lille au XVIIIe siècle*, Lille 1898.

CARPENTIER, Élisabeth, « Autour de la peste noire : famines et épidémies dans l'histoire du XIVe siècle », *Annales*, vol. 17 / 6, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1962, p. 1062-1092.

CHARTERS, Erica et HEITMAN, Kristin, « How epidemics end », *Centaurus*, vol. 63 / 1, 2021, p. 210-224.

DAVID, Henri, *La Peste à Angers*, Paris 1908.

IZDEBSKI, A., GUZOWSKI, P., PONIAT, R., [et al.], « Palaeoecological data indicates land-use changes across Europe linked to spatial heterogeneity in mortality during the Black Death pandemic », *Nature Ecology & Evolution*, vol. 6 / 3, Nature Publishing Group, mars 2022, p. 297-306.

JOUTARD, Philippe, « Marseille en quarantaine : la peste de 1720 », *L'Histoire*, 17 avril 2020.

PENNANEC'H, Laura, *L'oeil du médecin et la main du peintre. : peindre le soin à Leyde au XVIIe siècle, une circulation des savoirs médicaux et picturaux*, These de doctorat, Paris, EHESS, 2022.

- **Articles de journaux**

TENAGLIA, Adélaïde, « Faut-il s'inquiéter des deux cas de peste diagnostiqués en Chine ? », *leparisien.fr*, 15 novembre 2019.

- **Livres**

BEAUNE, Colette, *Chronique dite de Jean de Venette*, Paris, Le Livre de poche, 2011, 1 vol. (500 p.) p., (« Lettres gothiques »).

BERTRAND, Jean-Baptiste (1670-1752) Auteur du texte et TEXTE, Michel Auteur du, *Observations faites sur la peste qui regne a present a Marseille et dans la Provence . Avec un avertissement*, 1721.

BIRABEN, Jean-Noël, « Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens », Paris, France, Pays-Bas, 1975. 2 vol.

BOCCACE, « Le Décaméron (1350-1354) Traduction par Francisque Reynard. », Paris, G. Charpentier et Cie, Éditeurs, 1884, p. 5-57.

CHAVANT, Ferdinand, *La peste à Grenoble, 1410-1643*, 1903.

GAFFAREL, Paul et DURANTY, Marquis de, *La peste de 1720 à Marseille et en France : d'après des documents inédits...*, 1911.

JOUBERT, Laurent et CABROL, Barthélemy, *La Première et seconde partie des erreurs populaires, touchant la médecine et le régime de santé par M. Laur. Joubert...* Avec plusieurs autres petits traitez, lesquels sont specifiez en la page suivante, A Rouen, France, chez Theodore Reinsart, 1600, 16; 12 p.

LA MARE, Nicolas de, *Traité de la police , où l'on trouvera l'histoire de son établissement, les fonctions et les prerogatives de ses magistrats; toutes les loix et tous les reglemens qui la concernent... Tome premier*, 1705.

LABADIE, Emanuel, *Traicté de la peste divisé en dianostic, pronostic, et curation. Avec des observations notables*, Par Dominique et Pierre Bosc, Toulouse, 1620.

LAMBERT, Jean, *La médecine à l'époque de la Révolution française : contribution à l'étude de son état et de son évolution dans la deuxième moitié du XVIII e siècle*, La Brèche-PEC, Montreuil, 1989.

LEGRAND, Noé, *La collection des thèses de l'ancienne Faculté de médecine de Paris depuis 1539 et son catalogue inédit jusqu'en 1793 : documents sur l'histoire de la Faculté pendant la Révolution*, 1913.

MOLLARET, Henri Hubert et BROSSOLLET, Jacqueline, *La peste, source méconnue d'inspiration artistique, Jaarboek van het Koninklijk Museum voor Schone Kunsten Antwerpen*, Antwerpen, Belgique, Koninklijk Museum voor schone Kunsten, 1965, 112 p.

NAPHY, William G., SPICER, Andrew et LE ROY LADURIE, Emmanuel, *La peste noire, 1345-1730, Collection Mémoires (Paris. 2002)*, trad. Arlette Sancery, Paris, France, Editions Autrement, 2003, 187 p., (« Collection Mémoires »).

PEREZ, Stanis, *Histoire des médecins. Artisans et artistes de la santé de l'Antiquité à nos jours*, Perrin, 2015.

PÉRY, G. Auteur du texte, *Les épidémies de Bordeaux pendant les XVe, XVIe et XVIIe siècles*, 1867.

PÉTRARQUE, *Lettres familières*, XVI, 1353.

RANCHIN, François, *Traité politique et médical de la peste, réédition*, Liège, 1721.

SPIELF, E. *Pilly 2020*, Alinéa Plus.

Sur la Peste de Marseille, en 1720, Chez Hardouin et Gattey, Londres, 1786.

- **Site web**

HORGAN, John, « The Plague at Athens, 430-427 BCE », [En ligne : <https://www.worldhistory.org/article/939/the-plague-at-athens-430-427-bce/>]. Consulté le 26 février 2023.

« La Grande peste, l'empreinte d'une tueuse : un podcast à écouter en ligne » [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-la-grande-peste-l-empreinte-d-une-tueuse>]. Consulté le 21 février 2023.

« Le malade imaginaire : [estampe] » [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b8438362h>]. Consulté le 21 février 2023.

III - La variole

- **Articles de revue, thèse**

BAZIN, Hervé, « Histoire des refus vaccinaux », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 194 / 4-5, avril 2010, p. 705-718.

BAZIN, Hervé, « Les membres du Comité Central de Vaccine, une poignée d'hommes qui ont bien mérité de leur patrie, et même de l'humanité », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 185 / 4, avril 2001, p. 749-765.

BERCÉ, Yves-Marie, « Le clergé et la diffusion de la vaccination », *Revue d'histoire de l'Église de France*, vol. 69 / 182, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1983, p. 87-106.

BERCHE, P., « Vie et mort de la variole », *Revue de biologie Médicale*, avril 2022, p. 49-62.

BIRABEN, Jean-Noël, « La diffusion de la vaccination en France au XIXe siècle », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 86 / 2, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1979, p. 265-276.

BOURDELAIS, Patrice, « L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 14 / 1, Paris, Presses de Sciences Po, 2007, p. 45-52.

BROWN, Thomas H., « The African Connection: Cotton Mather and the Boston Smallpox Epidemic of 1721-1722 », *JAMA*, vol. 260 / 15, octobre 1988, p. 2247-2249.

CAMOUS, Laurence et BINET, Jacques-Louis, « Quarante-quatre ans avant l'Académie Royale de Médecine, la Société Royale de Médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 193 / 9, décembre 2009, p. 2131-2135.

DARMON, Pierre, « Les débuts de la diffusion de la vaccine en France (1800-1850) », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 185 / 4, 2001, (« Chronique historique »), p. 767-776.

DARMON, Pierre, « Les premiers vaccinophobes », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 2 / 3, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1984, p. 127-134.

DARMON, Pierre, « L'odyssée pionnière des premières vaccinations françaises au XIXe siècle », *Histoire, économie & société*, vol. 1 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1982, p. 105-144.

DUCCINI, Hélène et DUETTO, Article, « Médecins et malades dans la caricature (1830-1944) », *Le Temps des médias*, vol. 23 / 2, Paris, Nouveau Monde éditions, 2014, p. 41-45.

FELTGEN, Karl, « Les maladies contagieuses et leur impact sur l'architecture hospitalière rouennaise », *Revue de la Société française d'Histoire des Hôpitaux*, 2015, p. 38-46.

FINSEN, Niels R., « The Red Light Treatment of Small-Pox », *British Medical Journal*, vol. 2 / 1823, décembre 1895, p. 1412-1414.

FITZPATRICK, Michael, « The Anti-Vaccination Movement in England, 1853-1907 », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 98 / 8, août 2005, p. 384-385.

FRESSOZ, Jean-Baptiste, « La médecine et le "tribunal du public" au xviiiè siècle », *Hermès, La Revue*, vol. 73 / 3, Paris, CNRS Éditions, 2015, p. 21-30.

FRESSOZ, Jean-Baptiste, « Le vaccin et ses simulacres : instaurer un être pour gérer une population, 1800-1865 », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, ENS Éditions, novembre 2011, p. 77-108.

FRESSOZ, Jean-Baptiste, « Les « bébés éprouvettes » de 1800 - Enfants trouvés et expérimentation humaine aux débuts de la vaccination en France »,

médecine/sciences, vol. 32 / 5, Éditions EDK, Groupe EDP Sciences, mai 2016, p. 509-514.

GENDRON, Corinne, YATES, Stéphanie et MOTULSKY, Bernard, « L'acceptabilité sociale, les décideurs publics et l'environnement », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, Les éditions en environnements VertigO, avril 2016

GURNEY, Michael S., « Disease as Device: The Role of Smallpox in Bleak House », *Literature and Medicine*, vol. 9 / 1, Johns Hopkins University Press, 1990, p. 79-92.

LORANDI, Giacomo, « Les dynamiques d'une célébrité transnationale: Théodore Tronchin et l'inoculation de l'infant Ferdinand de Parme en 1764 », *Gesnerus - Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences*, vol. 74, janvier 2017, p. 240-267.

MARCIL, Yasmine, « Les périodiques littéraires et la campagne de La Condamine en faveur de l'inoculation contre la petite vérole », *Le Temps des médias*, vol. 23 / 2, Paris, Nouveau Monde éditions, 2014, p. 66-77.

NEEDELL, Jeffrey D., « The Revolta Contra Vacina of 1904: The Revolt against "Modernization" in Belle-Époque Rio de Janeiro », *The Hispanic American Historical Review*, vol. 67 / 2, Duke University Press, 1987, p. 233-269.

PLANTAZ, Fanny, *Histoire des freins et des leviers à la diffusion de la vaccination antivariolique en Seine-Inférieure au XIX^e siècle*, Rouen 2020.

SETH, Catriona, « L'inoculation contre la variole : un révélateur des liens sociaux », *Dix-huitième siècle*, vol. 41 / 1, Société Française d'Étude du Dix-Huitième Siècle, 2009, p. 137-153.

SZARKE, Margot, « Textual "Piqûres": Vaccination in the Hands of Nineteenth-Century French Writers », *Nineteenth-Century French Studies*, vol. 51 / 1, University of Nebraska Press, 2022, p. 1-19.

THÈVES, C., BIAGINI, P. et CRUBÉZY, E., « The rediscovery of smallpox », *Clinical Microbiology and Infection*, vol. 20 / 3, Elsevier, mars 2014, p. 210-218.

THÈVES, Catherine, CRUBÉZY, Eric et BIAGINI, Philippe, « History of Smallpox and Its Spread in Human Populations », *Microbiology Spectrum*, vol. 4 / 4, American Society for Microbiology, juillet 2016, p. 4.4.05.

● Articles de journaux

« 1804, la première campagne de vaccination », *Le Monde.fr*, 12 janvier 2021

« Aurélie Palud : « La littérature devrait nous aider à ne pas céder à des pulsions qui risquent de faire le jeu de l'épidémie » », *Le Monde.fr*, 21 mars 2020

- Livres

ALEMBERT, D', *Onzième mémoire. Sur l'application du calcul des probabilités à l'inoculation de la petite vérole*, 1761.

ANCELON, Étienne-Auguste, *Philosophie mathématique et médicale de la vaccine*, 1859.

Arrêt de la Cour de Parlement sur le fait de l'inoculation, du 8 juin 1763, P. Valfray, 1763.

BARBEU DU BOURG, Jacques, *Opinion d'un médecin de la Faculté de Paris sur l'inoculation de la petite vérole*, Paris, Quillaud l'aîné, 1768, 24 p.

BAYARD, Armand, BRICHETEAU, Isidore et ROCHE, Louis-Charles, *Influence de la vaccine sur la population, ou De la gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine*, 1855.

BERNOULLI, *Essai d'une nouvelle analyse de la mortalité causée par la petite vérole et des avantages de l'inoculation pour la prévenir.*, Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, Paris, 1760.

BERTILLON, Louis-Adolphe, *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, 1857.

BESSIÈRES, Émile, *Épidémie variolique de la commune d'Égreville en 1870, Seine-et-Marne : rapport médical présenté à l'Académie de médecine, et honoré d'une médaille d'argent*, 1875.

BIENVILLE, *Traité des erreurs populaires sur la santé*, 1775.

BLISS, Michael, *Montréal au temps du grand fléau: l'histoire de l'épidémie de 1885*, Montréal, Libre expression, 1993, 351 p.

BONNE, Félix, *La Variole à Lyon en 1899-1900, statistique de l'Hôpital d'isolement*, 1901.

BROSSARD, A. de, *Rapport adressé à monsieur le ministre de l'agriculture et du commerce sur l'épidémie de variole et de suette miliaire qui a sévi à Aubergenville & Flins, Seine-et-Oise, en 1880-1881*, 1881.

BROSSARD, A. de, *Rapport adressé à Son Excellence Monsieur le ministre de l'Agriculture et du commerce, sur l'épidémie de variole qui a sévi à Épône (Seine-et-Oise), en 1865-66*, 1867.

BRUNTON, Deborah, *Pox Britannica: Smallpox Inoculation in Britain, 1721-1830*, Publicly Accessible Penn Dissertations. 999, 1990, 610 p.

BULLOZ, Michel Marie Antoine, *Rapport sur l'épidémie de petite vérole qui a régné à Besançon et dans plusieurs communes du département pendant l'année 1840*, 1841.

BULLOZ, Michel Marie Antoine (Dr) Auteur du texte, *Rapport sur l'épidémie de petite vérole qui a régné à Besançon et dans plusieurs communes du département pendant l'année 1840* / par M. le Dr Bulloz, 1841.

BURY, Comte de, *L'Inoculation de la petite verole déferée à l'Église et aux magistrats*, 1756.

CARNOT, Hector, *Analyse de l'influence exercée par la variole ainsi que par la réaction vaccinale sur les mariages et les naissances, sur la mortalité et la population de chaque âge en France*, 1851.

CHAPPON, Pierre, *Traité historique des dangers de la vaccine*, 1803.

CHAUDON, Louis Mayeul, *Dictionnaire universel, historique, critique et bibliographique*, t. 5, chez Bruyset aîné et Comp., 1804, 648 p.

CHEVALIER, Joseph Philippe, *La Médecine au XIXe siècle; considérations générales sur ses erreurs physiologiques, et les conséquences funestes de la vaccine*, E. Dentu, 1861, 54 p.

CLADE, Jean-Louis, *Médecines et superstitions en Franche-Comté autrefois et dans le Pays de Montbéliard*, Ed. Cabédita, 2003, 218 p.

CLAUZURE, A., *De la vaccine et de la nécessité des revaccinations* / par M. A. Clauzure,..., Gallica BnF, 1853.

COMBEMALE, Frédéric, *Rapport à M. le Président et à MM. les membres de la Commission administrative des hospices civils de Lille sur l'épidémie de variole de 1891-1892 (ambulance des contagieux de la rue Racine)*, 1893.

DARMON, Pierre, *La longue traque de la variole : les pionniers de la médecine preventive*, Paris, Perrin, 1986.

DELPECH, Auguste (1818-1880) Auteur du texte, *Rapport sur les épidémies pour les années 1870, 1871, 1872, 1875*.

DUBREUILH, Charles, *Épidémie de variole survenue à Bordeaux et dans le département de la Gironde pendant l'année 1862 : rapport fait à la Société impériale de médecine de Bordeaux*, 1863.

FAURE, Olivier, *Aux marges de la médecine : santé et souci de soi, France XIXe siècle*, Presses de l'Université de Provence, Aix, 2015.

FAURE, Olivier, « Chapitre V. Splendeur et misère des petits hôpitaux », in *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (xixe siècle)*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2021, (« Corps et âmes »), p. 139-153.

FAURE, Olivier, « Chapitre XIV. La vaccination dans la région lyonnaise au début du xixe siècle : Résistances ou revendications populaires ? », in *Aux marges de la médecine : Santé et souci de soi, France (xixe siècle)*, Aix-en-Provence, Presses universitaires de Provence, 2021, (« Corps et âmes »), p. 297-313.

FENNER, Frank, HENDERSON, Donald A., ARITA, Isao, [et al.], *Smallpox and its eradication.*, History of International Public Health. OMS, Genève, 1988.

FINSEN, *Traitement de la variole dans la lumière rouge, photothérapie, bains de lumière*, 1901.

FRESSOZ, Jean-Baptiste, « Comment sommes-nous devenus modernes ? Petite histoire philosophique du risque et de l'expertise à propos de l'inoculation et de la vaccine, 1750-1800. », in *Savoirs en débat : perspectives franco-allemandes*, Paris, L'Harmattan, , p. 197-225.

GATTI, Angelo, *Observations critiques sur la Lettre de M. Gatty, à M. Roux: avec une lettre à M. Jérôme Carré*, 1764, 70 p.

GRANDMAISON DE BRUNO, *La variole*, 1894.

HECQUET, Philippe, *Lettre en forme de dissertation pour servir de réponse aux difficultez qui ont été faites contre le livre des « Observations sur la saignée du pied et sur la purgation au commencement de la petite vérole »*, 1725.

HOPKINS, Donald, *Princes and Peasants : smallpox in history*, Chicago, 1983.

HUSSON, Henri-Marie, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, 1801.

JENNER, Edward, *An Inquiry Into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae: A Disease Discovered in Some of the Western Counties of England, Particularly Gloucestershire, and Known by the Name of the Cow Pox*, 1798, 104 p.

JENNER, Edward, *Recherches sur les causes et les effets de la variolae vaccinae, maladie découverte dans plusieurs comtés de l'ouest de l'Angleterre, notamment dans le comté de Gloucester, et connue aujourd'hui sous le nom de vérole de vache*, 1800.

LA CONDAMINE, Charles-Marie, *Histoire de l'inoculation*, Amsterdam, 1773.

LA CONDAMINE, Charles-Marie de, *Mémoires sur l'inoculation de la petite vérole, lus aux assemblées publiques de l'Académie des sciences, les 24 avril 1754 et 15 novembre 1758*, 1763.

LA COSTE, De, *Lettre sur l'inoculation de la petite verole, comme elle se pratique en Turquie & en Angleterre .*, 1723.

LASSONE, Joseph-Marie-François de, *Rapport des inoculations faites dans la famille royale, au château de Marli. Lû à l'Académie royale des sciences, le 20 juillet 1774*, 1774.

LATOUR, Dominique, *Réfutation de quelques préjugés qui se sont répandus contre la vaccine, et moyens de pratiquer la vaccination avec succès*, 1823.

LE HOC, Louis-Pierre, *Avis sur l'inoculation de la petite vérole*, 1763.

LEGÉE, Émile, *Rapport sur l'épidémie de variole, qui a régné en 1870-71 dans l'arrondissement d'Abbeville*, 1872.

LENOËL, Jules Jean Baptiste et HERBET, Henry, *Recherches historiques sur la petite vérole et sur la vaccine*, 1863.

Lettre à un journaliste à l'occasion du procès-verbal de la Faculté sur la vaccine, 1825.

MAREC, Yannick, *Accueillir ou soigner? L'hôpital et ses alternatives du Moyen âge à nos jours*, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2007, p. 453 p.

MARET, Hugues, *Mémoire sur les moyens à employer pour s'opposer aux ravages de la variole*, 1780.

MASSEY, Edmund, *A sermon against the dangerous and sinful practice of inoculation. Preach'd at St. Andrew's Holborn, on Sunday, July the 8th, 1722*, London : Printed for W. Meadows, 1722, 36 p.

MAURICET, Alphonse, *Inoculation de la petite vérole, épisode de la fin du XVIIIe siècle : Études historiques sur les épidémies dans le Morbihan*, 1883.

PAULET, Jean-Jacques, *Avis au public sur son plus grand intérêt, ou L'art de se préserver de la petite vérole , réduit en principe et démontré par l'expérience*, 1769.

PAULET, Jean-Jacques, *Histoire de la petite vérole, avec les moyens d'en préserver les enfans et d'en arrêter la contagion en France ; Tome 1*, 1768.

PEYSSON, Anthelme, *La Vaccine, poème*, 1820, [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6228389h>].

POINSINET, Antoine, *L'inoculation. Poème. A monseigneur le duc d'Orleans*, 1756.

REGIMBEAU, Fernand, *De la transmission de la variole à Paris en 1891*, 1892.

RODET, Alexandre et DIDAY, Paul, *Mesures prophylactiques de la variole : proposées par la Société de médecine de Lyon*, 1876.

ROWLEY, William, *La vaccine combattue dans le pays ou elle a pris naissance*, Giguet et Michaud, 1807, 298 p.

SETH, Catriona, *Les rois aussi en mouraient*, Desjonquères, 2008.

« The Limits of Calculation: French Debates over Inoculation in the 1760s », in Andrea A. Rusnock, (éd.). *Vital Accounts: Quantifying Health and Population in Eighteenth-Century England and France*, éd. Andrea A. Rusnock, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 71-91.

TRONCHIN, « Inoculation », in *L'Encyclopédie*, 1re éd., tome 8, 1766, p. 755-771.

VERDÉ DELISLE, Henri, *De la dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine, déterminée par le vaccin*, 1855.

WILLIAMS, John, *Several arguments, proving, that inoculating the small pox is not contained in the law of physick, either natural or Divine, and therefore unlawful. Together with a reply to two short pieces, one by the Rev. Dr. Increase Mather, and another by an anonymous author, intituled, Sentiments on the small pox inoculated. : And also, a short answer to a late letter in the New-England courant.*, J. Franklin, Boston, 1721.

- **Rapports, sondages**

FENNER, Frank, HENDERSON, Donald A., ARITA, Isao, [et al.], « Smallpox and its eradication », World Health Organization, 1988, 1460 p.

- **Site web**

« 1786 - Campagne d'inoculation contre la variole des enfants trouvés (...) - Histoire Passion - Saintonge Aunis Angoumois » [En ligne : <http://www.histoirepassion.eu/?1786-Campagne-d-inoculation-contre-la-variole-des-enfants-trouves-et-des>]. Consulté le 8 mai 2023.

« An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae: a disease discovered in some of the western counties of England, particularly Gloucestershire, and known by the name of the cow pox - Digital Collections - National Library of Medicine » [En ligne : <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-2559001R-bk>]. Consulté le 20 août 2023.

« Assainir, moderniser, moraliser : les joies de l'hygiénisme à Lyon, Podcast Radio France, 2011 » [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/la-fabrique-de-l-histoire/assainir-moderniser-moraliser-les-joies-de-l-hygienisme-a-lyon-7121225>].

« C'est du propre ! La salubrité publique à Paris au XIXe siècle | Le blog de Gallica » [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/blog/25012014/cest-du-propre-la-salubrite-publique-paris-au-xixe-siecle?mode=desktop>]. Consulté le 14 août 2023.

CHARLES-ALEXANDRE DE CALONNE, « Campagne d'inoculation contre la variole des enfants trouvés - 1786 », [En ligne : <http://www.histoirepassion.eu/?1786-Campagne-d-inoculation-contre-la-variole-des-enfants-trouves-et-des>]. Consulté le 8 mai 2023.

« Delphine Cadwallader : “Le Londres de Dickens qu'on appelait « The Great Stink » (la grande puanteur) est un lieu de contagion, de contamination, de grandes épidémies” : épisode • 8/13 du podcast Nuit Dickens 2/2 » [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-nuits-de-france-culture/delphine-cadwallader-le-londres-de-dickens-qu-on-appelait-the-great-stink-la-grande-puanteur-est-un-lieu-de-contagion-de-contamination-de-grandes-epidemies-9899281>]. Consulté le 18 août 2023.

DUNOUHAUD, Cécile, « Les débats sur l'obligation vaccinale en 1881 et les arguments des opposants », [En ligne : <https://clio-texte.clionautes.org/debats-sur-obligation-vaccinale-1881.html>]. Consulté le 23 août 2023.

L'ABBÉ ROMAN, « L'inoculation, poème en quatre chants », [En ligne : <https://wellcomecollection.org/works/ghzcyw84/items>]. Consulté le 17 août 2023.

« Le Mercure » [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6366132r>]. Consulté le 20 août 2023.

« Le Petit journal. Supplément du dimanche » [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k716657j>]. Consulté le 18 août 2023.

« Le Réveil Médical » [En ligne : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96633034>]. Consulté le 16 août 2023.

« L'hygiène pour tous - Histoire analysée en images et œuvres d'art | <https://histoire-image.org/> » [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/hygiene-tous>]. Consulté le 14 août 2023.

« L'inoculation, poème en quatre chants / par M.L.R. [i.e. M. l'abbé Roman]. | Wellcome Collection » [En ligne : <https://wellcomecollection.org/works/ghzcyw84/items>]. Consulté le 18 août 2023.

« Littérature et médecine : approches et perspectives (XVIe-XIXe siècle) / études réunies et présentées par Andrea Carlino et Alexandre Wenger. » Consulté le 23 août 2023.

« Louis XVI et l'inoculation de la variole : quatre bulletins de santé royaux (24, 25, 26 et 29 juin 1774) » [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/louis-xvi-inoculation-variole-quatre-bulletins-sante-royaux-24-25-26-29-juin-1774>]. Consulté le 9 mai 2023.

MARTEAU, Timothée, « Le principe de précaution en matière vaccinale au XVIIIe siècle », [En ligne : <https://www.actu-juridique.fr/sante-droit-medical/le-principe-de-precaution-en-matiere-vaccinale-au-xviii-siecle/>]. Consulté le 8 mai 2023.

MARTEAU, Timothée, « L'obligation vaccinale au XIXe siècle », [En ligne : <https://www.actu-juridique.fr/histoire-du-droit/lobligation-vaccinale-au-xixe-siecle/>]. Consulté le 22 août 2023.

« Mpox (Monkeypox) Data Explorer » [En ligne : <https://ourworldindata.org/explorers/monkeypox>]. Consulté le 26 avril 2023.

« Promouvoir l'hygiène : les voies modernes d'un nouveau combat - Histoire analysée en images et œuvres d'art | <https://histoire-image.org/> » [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/promouvoir-hygiene-voies-modernes-nouveau-combat>]. Consulté le 18 août 2023.

« Rénovation de la prévention des épidémies au XIXe siècle. Rôle majeur de ses pionniers et novateurs de l'Académie de médecine, injustement oubliés – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps », .

SANDRAS, Agnès, « Le 'certificat de vaccine' : un papier indispensable au XIXe siècle (1/2) », *L'Histoire à la BnF*, 2022, [En ligne : <https://histoirebnf.hypotheses.org/12125>].

SANDRAS, Agnès, « Le 'certificat de vaccine' : un papier indispensable au XIXe siècle (2/2) », *L'Histoire à la BnF*, 2022, [En ligne : <https://histoirebnf.hypotheses.org/12885>].

SANDRAS, Agnès, « Vaincre les épidémies entre 1900 et 1929 : isolement, masques, sérums ou vaccins – Partie IV. La ruée vers les vaccins lors d'une épidémie de variole (1907) », *L'Histoire à la BnF*, 2021, [En ligne : <https://histoirebnf.hypotheses.org/11052>].

« Vaccination : histoire d'une défiance française, Podcast Radio France, 2020 ».

« Vacciner, c'est pas si facile, Podcast Radio France, 2021 » [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-journal-de-l-histoire/vacciner-c-est-pas-si-facile-6552910>]. Consulté le 14 août 2023.

IV - Le sida

● Articles de revue, thèse

« 1982: L'apport décisif du premier Groupe français de travail sur le sida » [En ligne : <https://vih.org/20111130/1982-lapport-decisif-du-premier-groupe-francais-de-travail-sur-le-sida/>]. Consulté le 26 septembre 2023.

AGRIKOLIANSKY, Eric, « M. Setbon, Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage : décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, vol. 6 / 24, 1993, p. 210-215.

ALTMAN, Dennis, « Sida : la politisation d'une épidémie [1984] », *Genre, sexualité & société*, trad. Arnaud Lerch avec la collaboration de Cécile Chartrain, IRIS-EHESS, juin 2013.

ARTIÈRES, Philippe, « Archives d'une prise de parole. Les écritures du sida », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33 / 4, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 67-71.

BERGOT, Anne-Cécile, « La religion dans l'expérience du VIH-sida », *La Santé de l'homme*, mars 2010, p. 20-21.

BRODER, S. et GALLO, R. C., « A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS », *The New England Journal of Medicine*, vol. 311 / 20, novembre 1984, p. 1292-1297.

BROQUA, Christophe, « Chapitre 1. Du mouvement homosexuel à la lutte contre le sida », in *Agir pour ne pas mourir !*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, (« Académique »), p. 25-51.

BROQUA, Christophe et JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie, « Les collectifs d'usagers dans les champs du sida et de la toxicomanie », *médecine/sciences*, vol. 20 / 4, EDK, avril 2004, p. 475-479.

BUTON, François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, vol. 55 / 5-6, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, p. 787-810.

CATONNÉ, Jean-Philippe, « Georges Canguilhem et la médecine », *Raison présente*, vol. 149 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2004, p. 231-247.

CDC, « Current Trends Prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Report of Inter-Agency Recommendations », *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, vol. 32, mars 1983.

CLAVEL, F., GUYADER, M., GUÉTARD, D., [et al.], « Molecular cloning and polymorphism of the human immune deficiency virus type 2 », *Nature*, vol. 324 / 6098, décembre 1986, p. 691-695.

COPPOLA, Vincent et CAMUS, Odile, « La médiatisation du sida : quelques faits et effets », *Bulletin de psychologie*, Numéro 493, Paris, Groupe d'études de psychologie, 2008, p. 71-82.

EBOKO, Fred, « Le droit contre la morale ? L'accès aux médicaments contre le sida en Afrique », *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 186 / 4, Toulouse, Érès, 2005, p. 789-798.

FILLION, Emmanuelle, « Que font les scandales ? La médecine de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé », *Politix*, vol. 71 / 3, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2005, p. 191-214.

FRIBOURG, Sylvain, « Health Care Professionals and Fear of AIDS », *JAMA*, vol. 262 / 19, novembre 1989, p. 2680.

GENON, Arnaud, « Hervé Guibert : fracture autobiographique et écriture du sida », in Claude Burgelin, Isabelle Grell, Roger-Yves Roche, (éds.). *Autofiction(s)*, éds. Claude Burgelin, Isabelle Grell et Roger-Yves Roche, Lyon, Presses universitaires de Lyon, 2019, (« Autofictions, etc. »), p. 187-206.

GILBERT, M. Thomas P., RAMBAUT, Andrew, WLASIUK, Gabriela, [et al.], « The emergence of HIV/AIDS in the Americas and beyond », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 104 / 47, Proceedings of the National Academy of Sciences, novembre 2007, p. 18566-18570.

GIRARD, Gabriel, « VIH/sida, l'épidémie qui a révolutionné la sexualité ? », *Rhizome*, vol. 60 / 2, Presses de Rhizome, 2016, p. 5-6.

GIRAULT, Yves, « La bande dessinée peut-elle être un outil de prévention du sida ? », *Aster : Recherches en didactique des sciences expérimentales*, vol. 13 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1991, p. 187-207.

HENNIGAR, G. R., VINIJCHAIKUL, K., ROQUE, A. L., [et al.], « Pneumocystis carinii pneumonia in an adult. Report of a case », *American Journal of Clinical Pathology*, vol. 35, avril 1961, p. 353-364.

HERZLICH, Claudine et PIERRET, Janine, « Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français », *Annales*, vol. 43 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1988, p. 1109-1134.

HUMINER, D., ROSENFELD, J. B. et PITLIK, S. D., « AIDS in the pre-AIDS era », *Reviews of Infectious Diseases*, vol. 9 / 6, 1987, p. 1102-1108.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS), « Surveillance du sida en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 2002 / 27, juillet 2002.

INSTITUT PASTEUR, « 40 years after the discovery of HIV - Press kit », 2023, [En ligne : <https://www.pasteur.fr/en/press-area/press-documents/40-years-after-discovery-hiv>].

« La prévalence de l'infection par le VIH en France en 1989 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1990 / 37, septembre 1990.

« La prise en charge de l'infection par le virus HIV par les médecins généralistes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1987 / 18.

LASCOUMES, Pierre, « VIH, exclusions et luttes contre les discriminations. Une épidémie révélatrice d'orientations nouvelles dans la construction et la gestion des risques », *Cahiers de recherche sociologique*, 1994.

LASSARA, Laurian, CAZEIN, Françoise, LOT, Florence, [et al.], « Évolutions et caractéristiques des usagers de drogues injectables ayant découvert leur séropositivité au VIH en France entre 2004 et 2019 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 2021 / 20-21, p. 387-394.

LEFRÈRE, Jean-Jacques et SALMON, Charles, « L'infection HIV et la transfusion sanguine », *Médecine/sciences*, p. 138-144.

MACDONELL, K. B., CHMIEL, J. S., POGGENSEE, L., [et al.], « Predicting progression to AIDS: combined usefulness of CD4 lymphocyte counts and p24 antigenemia », *The American Journal of Medicine*, vol. 89 / 6, décembre 1990, p. 706-712.

MANN, Jonathan M., « The World Health Organization's Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS », *Western Journal of Medicine*, vol. 147 / 6, décembre 1987, p. 732-734.

MARSICANO, Élise, DRAY-SPIRA, Rosemary, LERT, France, [et al.], « Les personnes vivant avec le VIH face aux discriminations en France métropolitaine », *Population & Sociétés*, vol. 516 / 10, Paris, Ined Éditions, 2014, p. 1-4.

MARSICANO, Élise, HAMELIN, Christine et LERT, France, « Ça se passe aussi en famille. Les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH/sida en France », *Terrains & travaux*, vol. 29 / 2, Cachan, ENS Paris-Saclay, 2016, p. 65-84.

MELLORS, J. W., MUÑOZ, A., GIORGI, J. V., [et al.], « Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection », *Annals of Internal Medicine*, vol. 126 / 12, juin 1997, p. 946-954.

MEYSTRE-AGUSTONI, Giovanna, THOMAS, Ralph, HÄUSERMANN, Michael, [et al.], « La sexualité des personnes vivant avec le VIH/SIDA », Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, 1998.

MOATTI, J.P, GRÉMY, I, OBADIA, Y, [et al.], « L'évolution des connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population française sur le sida – Enquête 1994 KABP/ACSF », *Le Journal du Sida*, décembre 1995.

MONTAGNIER, L., CHERMANN, J. C., BARRÉ-SINOUSSE, F., [et al.], « Lymphadenopathy associated virus and its etiological role in AIDS », *Princess Takamatsu Symposia*, vol. 15, 1984, p. 319-331.

NICOLAS, Jonathan, « La pudeur ou l'impudeur. Le sida, la mort et le regard chez Hervé Guibert », *Études sur la mort*, vol. 154 / 2, Centre International des Etudes sur la Mort (CIEM), 2020, p. 137-151.

NYAKU, Amesika N., KELLY, Sean G. et TAIWO, Babafemi O., « Long-Acting Antiretrovirals: Where Are We now? », *Current HIV/AIDS reports*, vol. 14 / 2, avril 2017, p. 63-71.

PAQUIN, Lyne, LAPIERRE, Sylvie et JOURDAN-IONESCU, Colette, « Attitudes du personnel soignant à l'égard des personnes atteintes du SIDA : impact d'un programme de sensibilisation », *Santé mentale au Québec*, vol. 19 / 2, Revue Santé mentale au Québec, 1994, p. 191-209.

PIERRET, Janine, « Annexe 1. Chronologie des principaux moments de la mobilisation scientifique, médicale, politique, sociale et associative », in *Vivre avec le VIH*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2006, (« Le Lien social »), p. 195-209.

POLLAK, Michel, SCHILTZ, Marie-Ange et LEJEUNE, Bruno, « Premiers résultats de l'enquête 1986 : les homosexuels face au sida », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1987 / 7, février 1987.

PONTOIZEAU, Pierre-Antoine, « Aux origines du biopouvoir : Alexis Carrel », *Cahiers de Psychologie Politique*, juillet 2022.

RENAULT, Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes*, vol. 34 / 3, Paris, Association Multitudes, 2008, p. 195-205.

RÉSEAU NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, « Surveillance du sida en France (situation au 31 décembre 1995) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1996 / 10, mars 1996.

SABONI, Leila, BELTZER, Nathalie et GROUPE KABP FRANCE, « Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS », Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Paris, France, .

SETBON, Michel, « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, vol. 41 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2000, p. 61-78.

« Sida, précautions recommandées pour les personnels hospitaliers et de laboratoires », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, mai 1984.

SOUVILLE, Marc, « Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale », *Sociétés*, vol. 77 / 3, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, 2002, p. 21-36.

STEPHENSON, Peter, « Le sida, la syphilis et la stigmatisation. La genèse des politiques et des préjugés », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 15 / 2-3, Département d'anthropologie de l'Université Laval, 1991, p. 91-104.

« The Durban Declaration », *Nature*, vol. 406 / 6791, Nature Publishing Group, juillet 2000, p. 15-16.

TRUCHIS, Pierre DE, ASSOUMOU, Lambert, LANDMAN, Roland, [et al.], « Four-days-a-week antiretroviral maintenance therapy in virologically controlled HIV-1-infected adults: the ANRS 162-4D trial », *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 73 / 3, mars 2018, p. 738-747.

W. DAB, J.P. MOATTI, L. ABENHAÏM, [et al.], « Le sida et le comportement sexuel des franciliens », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1988 / 49, décembre 1988.

W. DAB, J.P. MOATTI, S. BASTIDE, [et al.], « La perception sociale du sida en région Ile-de-France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1988 / 12, mars 1988.

WYATT, John P., SIMON, T., TRUMBULL, M. L., [et al.], « Cytomegalic Inclusion Pneumonitis in the Adult », *American Journal of Clinical Pathology*, vol. 23 / 4, avril 1953, p. 353-362.

ZAREI, Nooshin, JOULAEI, Hassan, DARABI, Elahe, [et al.], « Stigmatized Attitude of Healthcare Providers: A Barrier for Delivering Health Services to HIV Positive Patients », *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, vol. 3 / 4, octobre 2015, p. 292-300.

ZHU, Tuofu, KORBER, Bette T., NAHMIAS, Andre J., [et al.], « An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic », *Nature*, vol. 391 / 6667, Nature Publishing Group, février 1998, p. 594-597.

- **Articles de journaux**

« A la conférence de Londres Une déclaration de guerre contre le SIDA », *Le Monde.fr*, 30 janvier 1988.

« Act Up mobilise 10.000 personnes et crie sa colère dans Paris », *l'Humanité*, 2 décembre 1993.

ALTMAN, Lawrence K., « RARE CANCER SEEN IN 41 HOMOSEXUALS », *The New York Times*, 3 juillet 1981.

AP, « CONFERENCE ON AIDS BEGINS IN ATLANTA », *The New York Times*, 16 avril 1985.

BRUNET, Christophe, « L'effet Concorde provoque une baisse de la consommation d'AZT », *Journal du Sida*, 1994.

« Conflits et divergences de vues à propos du SIDA », *Le Monde.fr*, 30 juin 1983.

« Croisade contre les homosexuels aux États-Unis L'affaire du SIDA provoque en Amérique le retour de peurs irrationnelles et de ségrégations oubliées », *Le Monde.fr*, 7 juillet 1983.

DARMON, Laetitia, « Médecins Généralistes : savent-ils parler du sida ? », *Journal du Sida*, juin 2008.

« De nombreux médecins sont encore mal informés sur le sida », *Le Monde.fr*, 14 avril 1995.

DEFERT, Daniel, « Daniel Defert ; le malade réformateur », *Journal du Sida*, juin 1989.

DELMOTTE, Hélène, « Bernard Kouchner rend effective la déclaration obligatoire de séropositivité », *Journal du Sida*, juin 1998.

« DES MILLIERS DE TRANSFUSÉS CONTAMINÉS », *Le Monde.fr*, 22 février 1989.

DI PIRO, Nathalie et CHAMBON, Jean-François, « Chronologie pour mémoire », *Journal du Sida*, novembre 1991.

EDELMANN, Philippe, « Les attitudes et comportements des généralistes », décembre 1992.

EGORA, « VIH : le rôle des généralistes », *Les Généralistes-CSMF*, 2019.

FAVEREAU, Eric, « Sida: quand les gays se voilaient la face ».

FONTENAY, Franck, « Antirétroviraux : l'intérêt des associations se précise », septembre 1991.

FONTENAY, Franck, « Avis favorable à l'enregistrement des trois antiprotéases en Europe », *Journal du Sida*, août 1996.

FONTENAY, Franck, « La DDC en compassionnel », *Journal du Sida*, juin 1992.

FONTENAY, Franck et LAMIEN, Eric, « Distribution suspendue de l'Imuthiol : état de choc; une décision sans retour », *Le Journal du Sida*, septembre 1991.

GIRARD, Gabriel et KLEIN, Alexandre, « Montréal, 1989 : la conférence qui a changé le cours de l'histoire du sida », *Libération*, 6 juin 2019.

« La conférence de San-Francisco sur le sida : boycottage européen », *Le Monde.fr*, 22 mai 1990.

« La controverse se poursuit à propos des nouveaux traitements du sida », *Le Monde.fr*, 20 mars 1996.

« LA JOURNEE MONDIALE SUR LE SIDA », *Le Monde.fr*, 3 décembre 1988.

« La journée mondiale sur le SIDA Les autorités juives et musulmanes prônent la prévention par l'abstinence », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1988.

« LA LUTTE CONTRE LE SIDA ET LA VENTE LIBRE DES SERINGUES. Les pharmaciens invoquent la " clause de conscience " », *Le Monde.fr*, 27 février 1987.

« La mortelle banalisation du sida », *Le Monde.fr*, 30 janvier 1997.

« L'annonce d'un traitement " révolutionnaire " contre le SIDA », *Le Monde.fr*, 6 mars 1987.

« L'avis du CNS », *Journal du Sida*, mars 1996.

« L'AZT sous les projecteurs », *Le Monde.fr*, 30 août 1989.

« Le châtimement des dieux », *Le Monde.fr*, 23 octobre 1985.

« Le gouvernement envisage d'importer un médicament contre le sida », *Le Monde.fr*, 1 mars 1996.

« Le mythe de l'origine du sida liée à un vaccin polio contaminé réfuté », *Le Monde.fr*, 21 avril 2004.

« Le pape admet l'usage du préservatif contre le VIH »

« Le président sud-africain Thabo Mbeki relance la controverse sur la cause du sida », *Le Monde.fr*, 11 juillet 2000.

« Le sida, maladie presque ordinaire », *Le Monde.fr*, 16 mai 1997.

« L'efficacité de l'AZT La polémique s'aggrave entre l'Agence nationale de recherches sur le sida et la Fondation Wellcome », *Le Monde.fr*, 11 avril 1993.

« L'épidémie de SIDA ne doit pas menacer les libertés », *Le Monde.fr*, 17 décembre 1986.

« LES ETATS UNIS RECONNAISSENT QUE LE VIRUS DU SIDA A ETE DECOUVERT A L'INSTITUT PASTEUR DE PARIS Onze ans de polémique », *Le Monde.fr*, 13 juillet 1994.

« Les géants de la pharmacie entravent l'accès aux traitements antisida génériques », *Le Monde.fr*, 7 mars 2001.

« Les homosexuels dans l'effroi du SIDA », *Le Monde.fr*, 24 juin 1985.

« Les mesures contre l'épidémie de SIDA dans le monde L'étau sanitaire », *Le Monde.fr*, 3 mars 1987.

« Les militants gays prennent le SIDA au sérieux », *Le Monde.fr*, 10 septembre 1984.

« LES QUARANTAINES DU SIDA », *Le Monde.fr*, 3 août 1988.

LICHT, Nicole, « Les recours alternatifs », *Journal du Sida*, octobre 1992.

« L'OPERATION " TOUS CONTRE LE SIDA " SUR L'ENSEMBLE DES CHAINES DE TELEVISION Les Eglises réaffirment leur devoir de solidarité à l'égard des malades », *Le Monde.fr*, 8 avril 1994.

LOT F., PILLONEL J., PINGET R., [et al.], « Diminution brutale du nombre de cas de sida : rôle des nouvelles stratégies thérapeutiques ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, vol. 1997 / 11, mars 1997.

MALSAN, Sylvie, « Démocratie sanitaire : un concept porté par le JDS », *Journal du Sida*, novembre 2007.

MARASCHIN, Joëlle et LUTON, Pierre, « Paroles d'infirmières », *Journal du Sida*, novembre 1995.

« MÉDECINE Les médecins américains ne respecteront plus le secret médical pour les malades atteints de SIDA », *Le Monde.fr*, 3 juillet 1988.

« Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 30, no. 21, June 5, 1981 »

« Par crainte du sida L'Eglise réformée de Besançon modifie le rite de la communion », *Le Monde.fr*, 13 septembre 1991.

« Parler du SIDA », *Le Monde.fr*, 29 janvier 1987.

« Plus de treize mille personnes bénéficient des nouvelles thérapies du sida », *Le Monde.fr*, 31 août 1996.

« Pour l'année 1987 La lutte contre le SIDA redevient "grande cause nationale" », *Le Monde.fr*, 20 février 1987.

« Refus de soigner un séropositif : plainte contre le dentiste de La Rochelle », *Le Point*, 7 septembre 2011.

« Ryan White, dix-huit ans, hémophile, mort du sida », *Le Monde.fr*, 10 avril 1990.

SCHULTZ, Myron G. et BLOCH, Alan B., « In Memoriam: Sandy Ford (1950–2015) - Volume 22, Number 4—April 2016 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC ».

« Selon une enquête dans les hôpitaux franciliens Les services pour malades du sida sont surchargés », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1993.

« Sida : désunis dans l'espoir », *Le Monde.fr*, 1 décembre 1996.

« Sida : la solidarité internationale s'organise », *Le Monde.fr*, 5 mai 1999.

« SIDA : la trithérapie anti-sida est désormais disponible dans les pharmacies de ville. », *Le Monde.fr*, 31 octobre 1997.

« SIDA : MACHINE POLITIQUE », *Le Monde.fr*, 1 juillet 1987.

« Sur la ligne de Sida Info Service, un enthousiasme tempéré par la lourdeur du traitement », *Le Monde.fr*, 31 août 1996.

TAERON, Corinne, « ATU : une utilité largement démontrée », *Journal du Sida*, janvier 2002.

TAERON, Corinne, « Bareback, en quête de raison et de sens », *Journal du Sida*, mai 2003.

« Traitement du SIDA Le dossier de l'AZT " examiné en urgence " à la demande de Mme Barzach », *Le Monde.fr*, 22 janvier 1987.

« Un démenti formel de l'OMS Les vaccinations antivarioliques n'ont pas favorisé la propagation du SIDA », *Le Monde.fr*, 13 mai 1987.

« Un démenti formel de l'OMS Les vaccinations antivarioliques n'ont pas favorisé la propagation du SIDA », *Le Monde.fr*, 13 mai 1987.

« Un film sur le SIDA », *Le Monde.fr*, 26 mars 1987.

« Un hémophile français sur deux est contaminé par le virus du SIDA », *Le Monde.fr*, 23 août 1986.

« Une association de trois médicaments améliorerait le traitement du sida », *Le Monde.fr*, 31 janvier 1996.

« Une dizaine de villes interdisent des affiches de prévention du sida montrant des homosexuels », *Europe 1*, 22 novembre 2016.

« Une étude du ministère de la santé Toutes les catégories socioprofessionnelles sont touchées par le SIDA », *Le Monde.fr*, 23 août 1988.

« Une réunion des ministres européens de la justice Faut-il " criminaliser " la transmission du SIDA ? », *Le Monde.fr*, 28 juin 1988.

VILLEPIN, Laurent DE, « Etude sur la douleur », *Journal du Sida*, 1992.

● Livres

BOURRELLY, Michel et MAUREL, Olivier, *Une histoire de la lutte contre le sida*, Illustrated édition, Paris, Nouveau Monde Editions, 2021, 720 p.

BROQUA, Christophe, « 9. Sida et stratégies de représentation : Dialogues entre l'art et l'activisme aux États-Unis », in Justyne Balasinski, Lilian Mathieu, (éds.). *Art et contestation*, éds. Justyne Balasinski et Lilian Mathieu, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015, (« Res publica »), p. 169-186.

FOUCAULT, Michel, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Seuil, 2004.

JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie, « Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques », in *Villes et toxicomanies*, Toulouse, Érès, 2005, (« Questions vives sur la banlieue »), p. 271-282.

PASQUIO, Dominique, « 3. Le virus au secours du toxicomane », in *VIH, le virus de l'intégration*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011, (« Politiques et interventions sociales »), p. 117-131.

PINELL, Patrice, « Introduction », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 1-23.

POLLACK, Michael, « Conclusion prospective », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 193-208.

POLLACK, Michael, « Exposition au risque et rapport à la médecine », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 58-86.

POLLACK, Michael, « La construction sociale d'un enjeu », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 144-161.

POLLACK, Michael, « La politisation », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 162-192.

POLLACK, Michael, « L'expérience de la maladie », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 87-120.

POLLACK, Michael, « Penser une nouvelle pathologie », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 125-143.

POLLACK, Michael, « Présentation », in *Les homosexuels et le sida*, Paris, Éditions Métailié, 1988, (« Leçons De Choses »), p. 11-21.

THIAUDIÈRE, Claude et PINELL, Patrice, « III. Politique publique I », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 73-106.

THIAUDIÈRE, Claude et PINELL, Patrice, « V. Politiques publiques II », in *Une épidémie politique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2002, (« Science, histoire et société »), p. 149-206.

- **Site web**

« Assemblée nationale : sida | INA », 1987, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/cab87018271/assemblee-nationale-sida>].

« Avec Aides, la lutte de Daniel Defert contre le sida | INA », INA, 1988, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/daniel-defert-aides-sida-vih>].

« Cancer des gays : l'apparition du Sida | INA », INA, , [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/i19066092/cancer-des-gays-l-apparition-du-sida>].

« Carte du monde : prévalence du VIH (% population âgée de 15 à 49 ans) » [En ligne : <https://atlasocio.com/cartes/recherche/selection/prevalence-vih.php>]. Consulté le 9 octobre 2023.

« Daniel Defert président de l'association AIDES | INA », INA, 1988, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/daniel-defert-aides-sida-vih>].

« Dates-clés » [En ligne : <http://www.journaldusida.org/infographies/events/>]. Consulté le 12 octobre 2023.

« Death rate from HIV/AIDS » [En ligne : <https://ourworldindata.org/grapher/hiv-death-rates>]. Consulté le 11 octobre 2023.

GHEZLANE-LALA, Donnia, « Quand les photos d'un malade du sida éveillaient les consciences en France », [En ligne : <https://www.konbini.com/arts/quand-les-photos-dun-malade-du-sida-eveillaient-les-consciences-en-france/>]. Consulté le 21 novembre 2023.

« GH0 | By category | People dying from HIV-related causes - Estimates by WHO region » [En ligne : <https://apps.who.int/gho/data/node.main.623?lang=en>]. Consulté le 9 octobre 2023.

« Inquiétude des hémophiles face aux dons de sang contaminé par le virus du SIDA | INA », [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/ryc9805193584/inquietude-des-hemophiles-face-aux-dons-de-sang-contamine-par-le-virus>].

« Jean Marie Le Pen sur le Sida : le sidaïque est une espèce de lépreux | INA », INA, 1987, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/i00005232/jean-marie-le-pen-sur-le-sida-le-sidaïque-est-une-espece-de-lepreux>].

« Jean-Louis : Vivre et mourir du Sida », Agence VU', [En ligne : <https://agencevu.com/>].

« Le collectif », TRT-5 CHV, [En ligne : <https://www.trt-5.org/qui-sommes-nous/>].

« Les Français ont-ils encore peur du VIH ? » [En ligne : <https://transversalmag.fr/articles-vih-sida/1981-Les-Francais-ont-ils-encore-peur-du-VIH->]. Consulté le 19 novembre 2023.

« Loi Kouchner : quel bilan sur les droits des malades 20 ans après ? | vie-publique.fr » [En ligne : <http://www.vie-publique.fr/eclairage/283866-loi-kouchner-quel-bilan-sur-les-droits-des-malades-20-ans-apres>]. Consulté le 19 novembre 2023.

« Manif Act up à Notre Dame de Paris | INA », INA, 1991, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/cab91056712/manif-act-up-a-notre-dame-de-paris>].

« Molécules » [En ligne : <http://www.journaldusida.org/dossiers/traitements/molecules/>]. Consulté le 9 octobre 2023.

NAST, Condé, « Journée mondiale de la photographie : David Kirby et la photo de LIFE qui changea le visage du SIDA », [En ligne : <https://www.vanityfair.fr/actualites/articles/la-photo-de-time-qui-changea-le-visage-du-sida/42027>]. Consulté le 21 novembre 2023.

NATIONS, United, « La réponse des communautés religieuses face au VIH/sida | Nations Unies », [En ligne : <https://www.un.org/fr/chronicle/article/la-reponse-des-communautes-religieuses-face-au-vihsida>]. Consulté le 19 novembre 2023.

« Notre histoire » [En ligne : <https://www.sidaction.org/notre-histoire>]. Consulté le 10 octobre 2023.

« PrEP : la prophylaxie pré-exposition contre le VIH » [En ligne : <https://vih.org/dossier/la-prep-ou-prophylaxie-pre-exposition/>]. Consulté le 12 octobre 2023.

« Résumé du Sidaction, “C’est quoi ce pays de merde ?” | INA », , [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/cab96023767/resume-du-sidaction-c-est-quoi-ce-pays-de-merde>].

« Share of people with HIV who receive antiretroviral therapy » [En ligne : <https://ourworldindata.org/grapher/antiretroviral-therapy-coverage-among-people-living-with-hiv>]. Consulté le 11 octobre 2023.

« Share of the population infected with HIV » [En ligne : <https://ourworldindata.org/grapher/share-of-population-infected-with-hiv-ihme>]. Consulté le 11 octobre 2023.

« Sida : campagne nationale | INA », 1987, [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/cab87035943/sida-campagne-nationale>].

SIDA, Prévention, « Vivre avec ! Une BD contre les discriminations | Plate-Forme Prévention Sida », [En ligne : <https://preventionsida.org/fr/ressources/vivre-avec-une-bd-contre-les-discriminations/>]. Consulté le 21 novembre 2023.

« SIDA : vent de panique aux USA | INA », , [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/cab8301522001/sida-vent-de-panique-aux-usa>].

« SIDA : Zap Act Up à la Concorde | INA », , [En ligne : <https://www.ina.fr/ina-eclairer-actu/video/pac02035225/sida-zap-act-up-a-la-concorde>].

« Témoignage d’un malade du SIDA aux Etats Unis » [En ligne : <https://mediaclip.ina.fr/fr/i16028728-temoignage-d-un-malade-du-sida-aux-etats-unis.html>]. Consulté le 1 octobre 2023.

« Who Was Ryan White? | Ryan White HIV/AIDS Program » [En ligne : <https://ryanwhite.hrsa.gov/about/ryan-white>]. Consulté le 26 septembre 2023.

● **Autres documents**

« Avis suivi de recommandations sur la notification formalisée aux partenaires », Conseil national du sida, 2018.

« Avis sur la question du secret professionnel appliqué aux soignants des personnes atteintes par le VIH », Conseil national du sida, 1994.

BELTZER, Nathalie, LAGARDE, Mylène, WU-ZHOU, Xiaoya, [et al.], « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001– 2004 », Observatoire régional de santé d’Ile-de-France, 2005.

« Dossier de Presse VIH et Hépatites en France : Médecins du Monde en première ligne », 2008.

« Enquête discriminations, 6e édition », Sida Info Service, 2019.

HENRION, Roger, « Secret professionnel et sida », 1994, (« Bullentin de l'Académie nationale de médecine »).

« Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif », Conseil national du sida, 2001.

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA), « Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 », 2022.

« Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH », Conseil national du sida, 1991.

RENÉ, L., « Rapport de la commission de réflexion sur le secret professionnel appliqué aux acteurs du système de soins », *Le concours médical*, vol. 116 / 23, 1994, p. 2017-2019.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Surveillance du VIH et des IST bactériennes », *Bulletin de santé publique*, décembre 2022.

SÉNAT, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel français en vue de son éventuelle réforme, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat le 17 décembre 1991. », 1992.

« The Denver Principles, Statement from the People with AIDS advisory committee », 1983.

TRAVIEUX, Anne-Marie, « Le médecin n'a pas à intervenir auprès des partenaires de son patient, Bulletin du CNOM n° 64, nov. 2019, p. 20. », *Bulletin du CNOM*, novembre 2019, p. 20.

V - La covid

● Articles de revue, thèse

ALGAN, Yann et COHEN, Daniel, « Les Français au temps du Covid-19 : économie et société face au risque sanitaire », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 66 / 6, Paris, Conseil d'analyse économique, 2021, p. 1-12.

« Baromètre Kantar-Lacroix - La confiance des Français dans les media, Résultats d'étude 2020 », .

BARON, Richard J. et EJNES, Yul D., « Physicians Spreading Misinformation on Social Media - Do Right and Wrong Answers Still Exist in Medicine? », *The New England Journal of Medicine*, vol. 387 / 1, juillet 2022, p. 1-3.

BEN MANSOUR, Bader, « Le rôle des médias sociaux en politique: une revue de la littérature », *Regards politiques*, vol. 1 / 1, 2017, p. 3-17.

BOUJAMLINE, S., MARRAKCHI, W., KOOLI, I., [et al.], « Maladie à Coronavirus (COVID-19) : connaissance, attitude et pratiques du personnel de santé », *Infectious Diseases Now*, vol. 51 / 5, août 2021, p. S68.

BUBENDORFF, Sandrine et RIZZA, Caroline, « Produire collectivement du sens en temps de crise : l'utilisation de Wikipédia lors de la pandémie de COVID-19 », *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, septembre 2021, p. 83-102.

CARRAT, Fabrice, FIGONI, Julie, HENNY, Joseph, [et al.], « Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France: findings from the population-based "CONSTANCES" cohort », *European Journal of Epidemiology*, vol. 36 / 2, février 2021, p. 219-222.

CHEVREL, Stéphanie et ÉVEILLARD, Anne, « Covid-19 : une crise sous l'emprise des réseaux sociaux », *Les Tribunes de la santé*, vol. 68 / 2, Global Média Santé, 2021, p. 95-103.

DORON, Claude-Olivier, « L'émergence du concept de "santé mentale" dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique », *Pratiques en santé mentale*, 61^e année, Nîmes, Champ social, 2015, p. 3-16.

FAYA ROBLES, Alfonsina, BOULAGHAF, Laurence, LENDARO, Annalisa, [et al.], « L'acceptabilité sociale en temps d'exception », in *L'acceptabilité sociale. Enjeux de société et controverses scientifiques*, 2023.

FIEDLER, Franziska, *Vécu émotionnel de la pandémie de COVID-19 par les médecins généralistes en France et en Allemagne*, 2022.

GALTIER, J. et RIVIÈRE, E., « Crise sanitaire et crise réflexive : le regard médical en temps d'épidémie », *La Revue De Medecine Interne*, vol. 41 / 8, août 2020, p. 507-509.

GUILLON, M. et KERGALL, P., « Attitudes and opinions on quarantine and support for a contact-tracing application in France during the COVID-19 outbreak », *Public Health*, vol. 188, novembre 2020, p. 21-31.

LE CLAINCHE, Michel, « Covid-19 : les défis de la communication de crise (mars 2020 – Mars 2021) », *Revue française d'administration publique*, vol. 178 / 2, Strasbourg, Institut national du service public, 2021, p. 433-447.

MARIE-LYS, Camozzi, NATHAN, Thubert, COCHE, Julien, [et al.], « Les media sociaux lors de la crise sanitaire de Covid-19 Circulation de l'information et initiatives citoyennes », SID - Sociologie Information-Communication Design ; SES - Département Sciences Economiques et Sociales ; IMT Mines Albi, 2020.

MATTEI, J.-F., BUISSON, Y. et ALLILAIRE, J.-F., « Crise de la Covid-19 et Académie nationale de médecine », *Bulletin De L'Academie Nationale De Medecine*, vol. 204 / 9, décembre 2020, p. 915-920.

MAUDET, Marion et SPIRE, Alexis, « Les représentations de l'épidémie de Covid-19 à l'épreuve des différences sociales et du temps », *Revue française de sociologie*, vol. 62 / 3-4, Paris, Presses de Sciences Po, 2021, p. 413-450.

MONTOMOLI, Emanuele, APOLONE, Giovanni, MANENTI, Alessandro, [et al.], « Timeline of SARS-CoV-2 Spread in Italy: Results from an Independent Serological Retesting », *Viruses*, vol. 14 / 1, décembre 2021, p. 61.

MONZIOLS, Martin, CHAPUT, Hélène, VERGER, Pierre, [et al.], « Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 », *Drees - Etudes et résultats*, septembre 2020.

MOULIN, Anne-Marie et FACCI, Damiano de, « Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19? », *Questions de santé publique*, 2021.

NOCETTI, Julien, « Réseaux sociaux et révoltes sociétales. Les réseaux de la colère », in *Ramses 2021*, Paris, Institut français des relations internationales, 2020, (« Ramses »), p. 216-219.

PAPPA, Sofia, NTELLA, Vasiliki, GIANNAKAS, Timoleon, [et al.], « Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis », *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 88, août 2020, p. 901-907.

REUTER, Christian, MARX, Alexandra et PIPEK, Volkmar, « Crisis Management 2.0: Towards a Systematization of Social Software Use in Crisis Situations », *International Journal of Information Systems for Crisis Response and Management (IJISCRAM)*, vol. 4 / 1, IGI Global, 2012, p. 1-16.

RICHAUD, Coralie, « Les réseaux sociaux : nouveaux espaces de contestation et de reconstruction de la politique ? », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, vol. 57 / 4, Paris, Lextenso, 2017, p. 29-44.

SAMPOGNA, Gaia, DI VINCENZO, Matteo, LUCIANO, Mario, [et al.], « The effect of social media and infodemic on mental health during the COVID-19 pandemic: results from the COMET multicentric trial », *Frontiers in Psychiatry*, vol. 14, 2023.

SORIANO, Paul, « Sens commun et réseaux sociaux, dans », in *Le virus du faux ? Dossier #4 : La responsabilité des réseaux sociaux. (Institut des relations internationales et stratégiques)*, 2021.

TAGNE NOSSI, A., TACHOM WAFFO, B., NGAH ESSOMBA, H.C., [et al.], « Perception du risque lié au COVID-19, intelligence émotionnelle et santé psychologique des soignants », *European Journal of Trauma & Dissociation*, vol. 5 / 2, mai 2021, p. 100212.

VIAVOICE PARIS, « Les attentes des Français sur « l'utilité du journalisme » et le traitement éditorial de la crise sanitaire. », 2020.

WE ARE SOCIAL et HOOTSUITE, « Digital 2020 : Global Digital Overview ».

XIE, Lola, PINTO, Juliet et ZHONG, Bu, « Building community resilience on social media to help recover from the COVID-19 pandemic », *Computers in Human Behavior*, vol. 134, septembre 2022, p. 107294.

ZHU, Na, ZHANG, Dingyu, WANG, Wenling, [et al.], « A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 », *New England Journal of Medicine*, vol. 382 / 8, Massachusetts Medical Society, février 2020, p. 727-733.

● Articles de journaux

« « Ça ne sert à rien », « je préfère attendre » : plongée dans la France récalcitrante au vaccin contre le Covid-19 », *Le Monde.fr*, 9 juillet 2021.

CH., G., « Coronavirus : le défilé du Nouvel An chinois à Paris ce dimanche est annulé », *Le Parisien*, 26 janvier 2020.

« Coronavirus : 200 Français arrivés de Chine mis en quarantaine près de Marseille », *Le Monde.fr*, 31 janvier 2020.

« Coronavirus : comment le regard de l'homme a évolué face aux grandes épidémies », *Le Monde.fr*, 18 avril 2020.

« Coronavirus : quelles sont la contagiosité et la létalité du virus ? », *Le Monde.fr*, 20 février 2020.

COULOMB, Damien, « Étude à l'appui, un collectif de médecins plaide pour la liberté de prescrire en ville », *Le Quotidien du Médecin*, 30 avril 2022.

« Couver-feu. L'option choisie par le gouvernement n'était pas celle du Conseil scientifique », *Ouest France*, 15 janvier 2021.

« Covid-19 : derrière les « 30 000 médecins » de Coordination santé libre, une galaxie de rassuristes, naturopathes et citoyens en colère », *Le Monde.fr*, 25 février 2021.

« Covid-19 : « L'antivaccinisme contemporain est principalement "économique" et "politique" » », *Le Monde.fr*, 13 novembre 2020.

« Covid-19: plus de 4 milliards d'humains appelés à se confiner », *Le Figaro*, 7 avril 2020.

CRIÉ, Dominique et QUERO, Christelle, « Défiance, désinformation... Pourquoi l'opposition au vaccin anti-Covid continue malgré la levée du passe », *lejdd.fr*, Le Journal du Dimanche, 2 mai 2022.

« Deux mille pèlerins, cinq jours de prière et un virus : à Mulhouse, le scénario d'une contagion », *Le Monde.fr*, 27 mars 2020.

« Du zéro Covid à la brusque levée des restrictions, trois ans de gestion sanitaire abrupte par la Chine », *Le Monde.fr*, 31 décembre 2022.

« « Garde ton virus, sale Chinoise ! » : avec le coronavirus, le racisme antiasiatique se propage en France », *Le Monde.fr*, 29 janvier 2020.

GBADAMASSI, Falila, « Ces pays africains qui ont décidé de continuer à soigner le Covid-19 avec l'hydroxychloroquine », *Franceinfo*, 28 mai 2020.

« Guillaume Rozier, prodige des data sur la piste du Covid-19 », *Le Monde.fr*, 22 janvier 2021.

HIRSCH, Emmanuel, « Le refus du port du masque, une défaite politique », *Libération*, 7 août 2020.

« "Hundreds dead" because of Covid-19 misinformation », *BBC News*, 12 août 2020.

JACOB, Etienne, « Apocalypse, punition divine : quand le coronavirus crédite les prophéties fondamentalistes et sectaires », *Le Figaro*, 27 mars 2020.

« Journal de crise des blouses blanches : « Il faut à tout prix éviter les "vaccinodromes" » », *Le Monde.fr*, 28 novembre 2020.

« La confiance des Européens dans le vaccin d'AstraZeneca en chute », *Libération*, 22 mars 2021.

« La déclaration du gouvernement sur la lutte contre le sida Les députés sont hostiles au dépistage obligatoire du sida », *Le Monde.fr*, 2 juin 1994.

« Le nouveau coronavirus aurait un ancêtre chez les chauves-souris », *Le Monde.fr*, 24 janvier 2020.

« Les anti-masques, ces Français qui veulent rester « libres » », *La Croix*, 7 août 2020.

« Les anti-passe sanitaire, un mouvement d'opposition aux multiples visages », *Le Monde.fr*, 4 septembre 2021.

« Les atteintes à la liberté religieuse aggravées par la pandémie de Covid-19 », *La Croix*, 20 avril 2021.

« Les contre-vérités de « Hold-up », documentaire à succès qui prétend dévoiler la face cachée de l'épidémie », *Le Monde.fr*, 12 novembre 2020.

« Les discours antivaccin, bien implantés en France, ont redoublé de vigueur avec la crise sanitaire », *Le Monde.fr*, 10 juin 2020.

« Les élucubrations du « docteur » Trump : rayons UV et désinfectant injecté dans les poumons pour lutter contre le coronavirus », *Le Monde.fr*, 24 avril 2020.

« Les suites du rapport de l'Académie nationale de médecine sur le sida Le président du Conseil de l'Ordre attend de la jurisprudence un " assouplissement " du secret médical », *Le Monde.fr*, 12 avril 1994.

« Liaisons aériennes suspendues, frontières fermées... Avec le coronavirus, la Chine en quasi-quarantaine », *Le Monde.fr*, 31 janvier 2020.

« MÉDECINE Selon une enquête du Journal du sida Les médecins traitant des malades infectés par le VIH sont hostiles à un assouplissement du secret professionnel », *Le Monde.fr*, 17 mai 1994.

MÉRÉO, Florence, « Coronavirus : «Le risque d'introduction en France est faible mais il ne peut être exclu», selon Agnès Buzyn », *Le Parisien*, 21 janvier 2020.

« « Nous sommes en guerre » : le verbatim du discours d'Emmanuel Macron », *Le Monde.fr*, 16 mars 2020.

« « Paroles de lecteurs » - Vaccin contre le Covid-19 : question de priorité », *Le Monde.fr*, 12 janvier 2021.

RAULIN, Nathalie, « Le coronavirus n'est pas une grippe », *Libération*, 10 mars 2020..

SIPOS, Aurélie, « Premier mort du coronavirus en France : «On a fait tout ce qu'on a pu» », *Le Parisien*, 15 février 2020.

« Trois villes chinoises mises en quarantaine pour « stopper la diffusion du virus » », *Le Monde.fr*, 23 janvier 2020.

« Un médecin écope de six mois de prison avec sursis pour avoir délivré de faux passes sanitaires pendant la crise du Covid », *Le Quotidien du Médecin*, 29 juin 2023.

« Une pneumonie d'origine inconnue en Chine », *Le Monde.fr*, 9 janvier 2020.

« Vaccination obligatoire contre le Covid-19 : pourquoi le débat est prématuré », *Le Monde.fr*, 17 novembre 2020.

● Livres

HIRSCH, Emmanuel, *Une démocratie confinée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »).

HIRSCH, Emmanuel, *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »).

PERETTI-WATEL, Patrick, *Huis-clos avec un virus : comment les Français ont-ils vécu le premier confinement ?*, Presses Universitaires de Septentrion, 2022, (« Le regard sociologique »).

PIALOUX, Gilles, « 7. « Passeport vaccinal » : comment nos sociétés sont-elles parvenues à une immunité morale ? », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 87-96.

PIALOUX, Gilles, « 13. À l'hôpital, entre rhétorique politique et vérité de l'engagement humain », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 154-169.

PIALOUX, Gilles, « 23. La vaccination, entre devoir démocratique et obligation légale », in *Une démocratie endeuillée*, Toulouse, Érès, 2021, (« Poche - Société - Espace éthique »), p. 271-283.

- **Autres documents (rapports, avis, sondages...)**

« Aux masques citoyens ! », Académie Nationale de Médecine, 2020.

« Avis du 23 mars 2020 relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du covid-19 », HCSP, 2020.

« Avis du Conseil scientifique COVID-19 16 mars 2020 », Conseil Scientifique Covid-19, 2020.

BERGEAT, Maxime, CHAPUT, Hélène, VERGER, Pierre, [et al.], « Risques encourus, gestion de l'épidémie, suivi des patients : opinions des médecins généralistes pendant le confinement de l'automne 2020 », DREES, 2021.

CLAUDE-VERDEAU, Anne-Caroline et WEIL-DUBUC, Paul-Louis, « Vécus et analyses de professionnels du soin et de l'accompagnement. Enquête sur la première vague de la Covid-19 », Espace Ethique, Région Île de France, 2022.

« Comment évolue l'adhésion des Français aux mesures de prévention contre la Covid-19 ? (résultats de la vague 28 - CoviPrev) », Santé Publique France, 2021.

« Conseil d'État, 1ère - 4ème chambres réunies, 28/01/2021, 439936 », 2021.

« #Covid-19 : où en sont les associations un an après ? », Mouvement associatif, 2021.

« CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 (vague 34) », Santé Publique France, 2022.

« Déconfinons avec prudence pour ne pas avoir à reconfiner dans l'urgence », Académie Nationale de Médecine, 2020.

« Discrimination liée à l'âge ou âgisme, un fléau mondial en progression ! », Académie Nationale de Médecine, 2021.

« Enjeux éthiques face à une pandémie », Comité consultatif national d'éthique (CCNE), 2020.

« Enquête COVIREIVAC : les français et la vaccination », COVIREIVAC, INSERM, ORS PACA, 2021.

FOURQUET, Jérôme et DUBRULLE, « Les Français et la mobilisation contre le pass sanitaire », IFOP, Le Journal du Dimanche, 2021.

HUBER, Arnaud, « État des connaissances et des moyens d'information relatifs à la COVID-19 des médecins hospitaliers du CHI Fréjus-Saint Raphaël et des médecins généralistes de son bassin de population », octobre 2021, p. 85.

« Impact de la crise du Covid sur l'éthique médicale », Medscape, 2020.

« La lutte contre la pauvreté au temps du Coronavirus : constats sur les effets de la crise sur la pauvreté et points de vigilance du comité d'évaluation de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté », France Stratégie, 2021.

« Les Français et la science 2021. Représentations sociales de la science 1972 - 2020 », Science&You, 2021.

« Les Français et le reconfinement : entre dépression et transgression », Consolab, 2020.

« Les Français, le confinement et le vaccin contre la Covid-19 », Elabe, 2021.

« Les jeunes, l'information et la prévention du sida - Suivi barométrique IFOP pour Sidaction », IFOP, 2023.

« L'origine perçue du Covid19 », IFOP, 2020.

MILON, Alain, DEROCHÉ, Catherine, JOMIER, Bernard, [et al.], « Première partie : Face à une crise sanitaire internationale d'une ampleur inédite, des autorités en alerte précoce mais un pays finalement mal préparé et mal équipé », Senat, 2020.

OUZOULIAS, Pierre, « Note à l'attention des membres de l'Office - Les cultes religieux face à l'épidémie de Covid-19 en France », Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2020.

« Préparation à la phase épidémique de Covid-19 », Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020.

« Préparation au risque épidémique Covid-19 », Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020.

« Que pensez-vous du passeport vaccinal ? », Conseil Economique Social et Environnemental (CESE), 2021.

« Rapport d'information : Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale », Commission des Affaires Sociales, 2021.

ROEDERER, Thomas, MOLLO, Bastien, VINCENT, Charline, [et al.], « PREVAC : Estimation de la couverture vaccinale et des facteurs associés à la vaccination contre le COVID-19 auprès des populations en situation de grande précarité Ile-de-France et Marseille, juin-décembre 2021 », Epicentre, 2022.

« Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 », HAS, 2020.

VERGER, Pierre, SCRONIAS, Dimitri, MONZIOLS, Martin, [et al.], « Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19 », DREES, 2020.

VERGER, Pierre, SCRONIAS, Dimitri, MONZIOLS, Martin, [et al.], « Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement », DREES, 2020.

Discussion et conclusion

● Articles de revue, thèse

BAGEIN, Guillaume, VIANNEY, Costemalle, DEROYON, Thomas, [et al.], « L'état de santé de la population en France, Septembre 2022 », Les dossiers de la DREES, 2022.

« Baromètre Kantar-Lacroix - La confiance des Français dans les media, Résultats d'étude 2023 », .

« Baromètre santé 360 - Odoxa-MNH », 2020.

BROQUA, Christophe, « 9. Sida et stratégies de représentation : Dialogues entre l'art et l'activisme aux États-Unis », in Justyne Balasinski, Lilian Mathieu, (éds.). *Art et contestation*, éds. Justyne Balasinski et Lilian Mathieu, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2015, (« Res publica »), p. 169-186.

BROUARD, Sylvain, FOUCAULT, Martial et KERROUCHE, Eric, « Pandémie et mesures limitant les libertés publiques, vers la fin de l'assentiment ? », SciencesPo Cevipof, 2020.

CANARD, Bruno, « Le Coronavirus, la recherche, et le temps long », *Zilse*, vol. 8 / 1, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant, 2021, p. 9-21.

« Comment évolue la santé mentale des Français depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ? - Enquête Coviprev », 2023.

COPPOLA, Vincent et CAMUS, Odile, « La médiatisation du sida : quelques faits et effets », *Bulletin de psychologie*, Numéro 493, Paris, Groupe d'études de psychologie, 2008, p. 71-82.

DAB, William, « Crises de santé publique et santé publique en crise », *Revue française des affaires sociales*, vol. 51 / 3-4, 1997, p. 193-200.

« DEBATS SANTE Sida : les dangers du dépistage obligatoire », *Le Monde.fr*, 18 mars 1992.

HAS, « La notification au(x) partenaire(s) - Recommandations de bonne pratique », 2023.

HILDESHEIMER, Françoise, « La monarchie administrative face à la peste », *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*, vol. 32 / 2, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1985, p. 302-310.

INSTITUT MONTAIGNE, « L'action publique face à la crise du Covid-19 », 2020.

IPSOS, « Global Trustworthiness Index 2023 : who does the world trust ? », Ipsos, 2023.

LACROIX, Caroline et CARIGNAN, Marie-Eve, « Une crise dans la crise : comment les journalistes perçoivent-ils leurs rôles et leur avenir en temps de pandémie? », *Les cahiers du journalisme et de l'information*, t 2020.

LAQUIÈZE, Alain, « L'État français face au coronavirus : réflexions sur l'état d'urgence sanitaire », *Cités*, vol. 84 / 4, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 2020, p. 37-52.

« Les libertés publiques à l'épreuve du coronavirus », *Le Monde.fr*, 20 mars 2020.

LÉVY, Jean-Daniel et GÉRARD, Magalie, « Regard des Français sur le système et les enjeux de santé dans la perspective de l'élection présidentielle - Harris Interactive », 2022.

MERCIER, Etienne, TETAZ, Alice et LATRILLE, Pierre, « Baromètre « Science et Société » - Institut Sapiens », Ipsos, 2022.

MINASSIAN, Sevan, « Où est la guerre ? », *L'Autre*, vol. 21 / 2, Grenoble, La Pensée sauvage, 2020, p. 122-125.

MOULIN, Anne Marie et DE FACCI, Damiano, « Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19? », *Questions de santé publique*, mars 2021.

« Note de synthèse : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées », Nations Unies, 2020.

ONUSIDA, « Les droits humains aux temps du COVID-19 Les leçons du VIH pour une réponse efficace, et dirigée par la communauté. », 2020.

PLEYERS, Geoffrey, « Entraide et solidarité en temps de pandémie : une actualité internationale », in *Quel monde associatif demain ?*, Toulouse, Érès, 2021, (« L'innovation sociale en pratiques »), p. 93-102.

PORTES, Virginie, « Communiquer la mort : un rituel de séparation des lépreux du xve siècle », in Claire Boudreau, Kouky Fianu, Claude Gauvard, Michel Hébert, (éds.). *Information et société en Occident à la fin du Moyen Âge*, éds. Claire Boudreau, Kouky Fianu, Claude Gauvard et Michel Hébert, Paris, Éditions de la Sorbonne, 2019, (« Histoire ancienne et médiévale »), p. 99-111.

PRADILLON, Gaëlle, « Ce que la rhétorique guerrière fait à la capacité de penser (des psychologues) », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, vol. 75 / 2, Toulouse, Érès, 2020, p. 157-160.

SCHLEGEL, Jean-Louis, « La religion au temps du coronavirus », *Esprit*, mai 2020.

SIGNOLI, Michel et TZORTZIS, Stéfan, « La peste à Marseille et dans le sud-est de la France en 1720-1722 : les épidémies d'Orient de retour en Europe », *Cahiers de la Méditerranée*, Centre de la Méditerranée moderne et contemporaine, juin 2018, p. 217-230.

STAHL, Hugo, « Le Droit face aux circonstances sanitaires exceptionnelles », *Revue des droits et libertés fondamentaux*, RDLF 2020, Centre de recherches juridiques de Grenoble [2011-....], 2020, (« [Colloque virtuel] Droit et Coronavirus. Le droit face aux circonstances sanitaires exceptionnelles »), p. chron. n°26.

THÉBAUT, Clémence, « Protéger l'état de santé de la population ou respecter les libertés individuelles en contexte épidémique - Quelles contributions des économistes ? », *médecine/sciences*, vol. 38 / 4, EDP Sciences, avril 2022, p. 387-390.

WENGER, Alexandre, « Littérature, écriture, médecine », *Revue Médecine et Philosophie*, 2021.

● Articles de journaux

AESCHIMANN, Eric, « Rony Brauman répond à Macron : « La métaphore de la guerre sert à disqualifier tout débat » », *L'Obs*, 27 mars 2020.

« Covid-19 : « Nous vivons encore dans l'illusion de l'Etat stratège » », *Le Monde.fr*, 29 janvier 2021.

FALCO, Elodie, « Dissolution du Conseil scientifique : les deux regrets de Jean-François Delfraissy sur la crise sanitaire », *Le Journal du Dimanche*, 30 juillet 2022.

HUET, Sylvestre et LEDUC, Michèle, « Experts, médias, crise sanitaire », *Le Monde*, 1 mars 2021.

« « Jamais on n'avait vu un tel engagement » : le confinement provoque un élan de solidarité », *Le Monde.fr*, 17 avril 2020.

« La journée mondiale sur le SIDA Les autorités juives et musulmanes prônent la prévention par l'abstinence », *Le Monde.fr*, 2 décembre 1988.

LEHOUX, Valérie, « Covid-19 : "On n'a pas su tirer les leçons du VIH" », *Télérama*, 15 avril 2020.

« Médias et journalistes tirent les leçons de la couverture de la crise sanitaire », *Le Monde.fr*, 10 juillet 2020.

NICOLOV, Vlady, « Religion et VIH », *Journal du Sida*, mai 2001.

POUSSIELGUE, Grégoire, « SONDAGE EXCLUSIF - Covid : la confiance dans l'exécutif redevient minoritaire », *Les Echos*, 14 janvier 2022.

« CULTURE. Metz : les petits papiers de Denis reviennent » [En ligne : <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2018/03/05/metz-les-petits-papiers-de-denis-reviennent>]. Consulté le 12 novembre 2023.

VAILLANT, François et BOHL, Marie, « Nous ne sommes pas en guerre », *Reporterre*, 7 avril 2020.

- **Livres**

FABRE, Gérard, « Chapitre 5 - De la peste à la syphilis : la question des mœurs sous l'emprise religieuse », in *Épidémies et contagions*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, 1998, (« Sociologie d'aujourd'hui »), p. 59-68.

- **Site web**

BARDOU, Florian, « Que reste-t-il d'Act Up ? », *Libération*, 20 août 2017, [En ligne : https://www.liberation.fr/france/2017/08/20/que-reste-t-il-d-act-up_1590965/].

CAUTRÈS, Bruno, « Moins de pessimisme mais plus de défiance politique : les singularités françaises à la loupe », [En ligne : <https://www.institutmontaigne.org/expressions/moins-de-pessimisme-mais-plus-de-defiance-politique-les-singularites-francaises-la-loupe>]. Consulté le 10 novembre 2023.

« Chronologie de la pandémie de Covid-19 en France », *Wikipédia*, 2023, [En ligne : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Chronologie_de_la_pand%C3%A9mie_de_Covid-19_en_France&oldid=209059523#cite_note-227].

COMITÉ AD HOC SUR L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (CAHAI), « IA et lutte contre le coronavirus Covid-19 », [En ligne : <https://www.coe.int/fr/web/artificial-intelligence/ai-and-control-of-covid-19-coronavirus>]. Consulté le 11 novembre 2023.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, « Les pratiques de soins non conventionnelles et leurs dérives : état des lieux et propositions d'actions », Conseil national de l'ordre des médecins, 2023.

« Coronavirus : les mesures de confinement | vie-publique.fr » [En ligne : <http://www.vie-publique.fr/en-bref/273932-coronavirus-les-mesures-de-confinement>]. Consulté le 7 novembre 2023.

« Covid-19 : la France à l'arrêt, France 3 19-20, édition du 17 mars 2020 », [En ligne : https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/7289505_001_002/covid-19-la-france-a-l-arret].

« Culture. Les petits papiers de Denis reviennent » [En ligne : <https://www.republicain-lorrain.fr/edition-de-metz-ville/2018/03/05/les-petits-papiers-de-denis-reviennent>]. Consulté le 12 novembre 2023.

DGS, « Les pratiques de soins non conventionnelles », [En ligne : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>]. Consulté le 12 novembre 2023.

DUMAIN, Audrey, « Les Français et les médias : entre confiance et méfiance depuis trente ans », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/les-francais-et-les-medias-entre-confiance-et-mefiance-depuis-trente-ans-9949019>]. Consulté le 10 novembre 2023.

ÉTAT, Le Conseil D', « Les états d'urgence : la démocratie sous contraintes », [En ligne : <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/etudes/les-etats-d-urgence-la-democratie-sous-contraintes>]. Consulté le 9 novembre 2023.

FLABAT, Estelle, « En France, la confiance à l'égard de la vaccination infantile en baisse de 11,5 % », [En ligne : <https://www.unicef.fr/article/en-france-la-confiance-a-legard-de-la-vaccination-infantile-en-baisse-de-115>]. Consulté le 9 novembre 2023.

GHEZLANE-LALA, Donnia, « Quand les photos d'un malade du sida éveillaient les consciences en France », [En ligne : <https://www.konbini.com/arts/quand-les-photos-dun-malade-du-sida-eveillaient-les-consciences-en-france/>]. Consulté le 9 novembre 2023.

« Infodemic » [En ligne : https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1]. Consulté le 11 novembre 2023.

JEAN-BAPTISTE, Noé, « Épidémie de grippe espagnole », [En ligne : https://francearchives.gouv.fr/fr/pages_histoire/82611687]. Consulté le 8 novembre 2023.

« La politique « zéro Covid » de Pékin menace-t-elle le régime ? » [En ligne : <https://www.iris-france.org/171910-la-politique-zero-covid-de-pek-in-menace-t-elle-le-regime/>]. Consulté le 8 novembre 2023.

LAGARDE, Yann, « Comment Act Up a utilisé l'art et les chocs visuels pour mobiliser; Podcast Radio France avec Christophe Broqua, socio-anthropologue », [En ligne : <https://www.radiofrance.fr/franceculture/comment-act-up-a-utilise-l-art-et-les-chocs-visuels-pour-mobiliser-6023673>]. Consulté le 9 novembre 2023.

« Le choléra - Histoire analysée en images et œuvres d'art | <https://histoire-image.org/> » [En ligne : <https://histoire-image.org/etudes/cholera>]. Consulté le 12 novembre 2023.

« Lettre ouverte à Françoise Barré-Sinoussi et Jean-François Delfraissy », *Mediapart*, [En ligne : <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/070420/lettre-ouverte-francoise-barre-sinoussi-et-jean-francois-delfraissy>].

MEDIAPART, La rédaction de, « Le fiasco des masques face au Covid-19 », [En ligne : <https://www.mediapart.fr/journal/france/dossier/le-fiasco-des-masques-face-au-covid-19>]. Consulté le 9 novembre 2023.

« Microbes et virus dans la « première bande dessinée » – et leur postérité | Cité internationale de la bande dessinée et de l'image » [En ligne : <https://www.citebd.org/neuvieme-art/microbes-et-virus-dans-la-premiere-bande-dessinee-et-leur-posterite>]. Consulté le 12 novembre 2023.

- **Autres documents (rapports, avis, sondages...)**

OUZOULIAS, Pierre, « Note à l'attention des membres de l'Office - Les cultes religieux face à l'épidémie de Covid-19 en France », Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, 2020.

SÉNAT, « Surpoids et obésité, l'autre pandémie - Rapport d'information n° 744 (2021-2022), déposé le 29 juin 2022 ».

Résumé / Abstract

Résumé

Au terme de ce voyage chronologique dans l'Histoire des épidémies, nous avons pu voir diverses réactions à ces maladies. Un élément central invariant qui ressort des similarités entre les pandémies à travers est la peur de l'autre. Celle-ci est liée à une peur de la contagion, et une atteinte à sa santé physique, sociale ou morale. C'est à l'origine de nombres de réactions et mesures, souvent discriminatoires envers les malades ou les personnes à risque (les juifs et semeurs de peste, la classe ouvrière, les 4H, ou encore les asiatiques). Ces réactions ont pu être individuelles, et parfois violentes (pogrom de Strasbourg en 1349, discrimination des personnes vivant avec le VIH...) ou institutionnelles, posant alors la question des libertés individuelles face à la santé de la population. Cette remise en cause des libertés individuelles est un autre invariant des épidémies étudiées : mesures d'isolement, vaccination obligatoire, levée du secret médical... La gestion de crise des autorités a le plus souvent été verticale, incluant peu les populations. En réponse, des mouvements de contestation ont lieu, et ces populations ont pu réussir à s'imposer dans le débat lors de la crise du sida (mouvement militant des associations). À cela s'ajoute les nouveaux questionnements soulevés par l'arrivée des médias sociaux, l'emballement de l'information et des fake news et l'*infodémie*. Au-delà des discriminations, on relève tout de même de nombreux actes de solidarité, qui sont aussi une constante à mettre en avant.

Au cours de cette Histoire, la position du corps médical a beaucoup évolué. De personnage au ban de la société, le médecin est devenu une figure incontournable de la santé et de ces crises. On ne lui accordait que peu de confiance avant le XVIII^e siècle, et il a progressivement acquis une place prééminente dans la société. La santé est devenue une question concernant l'ensemble de la société, y compris les petits individus qui n'échappent quasiment plus à l'hôpital. Certains parlent de médicalisation de la société et de tous les aspects de la vie : la naissance, la bonne santé, le travail, la maladie, la mort ... Le médecin est alors conseiller des autorités, interlocuteur des malades et des personnes saines, proposant ses solutions face à la crise. La démarche a cependant souvent été très verticale, à l'instar des autorités, laissant moins la place au vécu des malades. Les professionnels se retrouvent aussi à être des acteurs des politiques encouragées par les autorités politiques ou médicales, ce qui peut éclipser sa relation individuelle avec les individus.

De cette chronique, nous en tirons que les épidémies sont habituellement accompagnées d'une crise de confiance d'une partie des populations, favorisée par une gestion verticale politique et médicale des pandémies. Ces populations sont en recherche de sens et cherchent à être actrices de leur santé. Cela peut se recouper avec la crise de confiance actuelle que traversent les médias et la démocratie française. Y répondre nécessite de faire preuve de plus d'horizontalité, et de plus inclure les populations concernées dans les processus décisionnels, comme ce fut le cas grâce au combat militant pour le sida. L'information, la sensibilisation et la prévention doivent aussi savoir s'adapter aux populations afin de permettre de réduire les comportements discriminatoires. Les médias sociaux, souvent mis en cause, peuvent participer à la solution grâce à leurs possibilités démocratiques. Pour le médecin à l'échelle individuelle, il ne doit pas être simple exécutant des directives politiques et médicales, mais aussi être à l'écoute des histoires des personnes concernées et favoriser le bien-être individuel global.

L'Art joue de multiples rôles au cours des épidémies. Il a un rôle évidemment documentaire, et permet de mettre en avant le vécu des populations. Il a permis l'expression des petites gens, bien avant les réseaux sociaux. Il peut aussi être porteur d'un discours : parfois partisan (et utilisé comme propagande par les autorités et les médecins), parfois contestataire. Laisser son expression libre permet d'avoir accès à cet autre vécu de la population, et il peut représenter un vecteur de communication auprès de certaines populations.

Mots-clés : histoire de la médecine, histoire des idées, pandémies, épidémies, conséquences sociales, interactions sociales, coercition, santé publique, art, littérature

Abstract

At the end of this chronological journey through the history of epidemics, we have seen a variety of reactions to these diseases. A central invariable element that emerges from the similarities between pandemics across eras is the fear of others. This is linked to a fear of contagion, and an attack on one's physical, social or moral health. This is at the root of many reactions and measures, often discriminatory towards the sick or people at risk (Jews and plague-spreaders, the working class, the 4H, or even Asians). These reactions may have been individual, and sometimes violent (the Strasbourg pogrom in 1349, discrimination against people living with HIV, etc.), or institutional, raising the question of individual freedoms in front of public health. This questioning of individual freedoms is another invariable feature of the epidemics studied: isolation measures, compulsory vaccination, abandon of medical confidentiality... In most cases, the authorities' crisis management was vertical, with little public involvement. In response, protest movements have arisen, and these populations were able to impose themselves on the debate during the AIDS crisis (militant movement of associations). Added to this are the new questions raised by the advent of social media, the information and fake news acceleration, and the *infodemia*. Despite the discrimination, there have been many acts of solidarity, which are also a constant.

Over the course of this History, the medical profession position has evolved considerably. From being outcasts in society, the doctor has become a key figure in health and health crises. Little trusted before the 18th century, they gradually acquired a pre-eminent position in society. Health has become an issue for the whole of society, including the smallest individuals, who can hardly escape the hospital any longer. Some speak of the medicalization of society and all aspects of life : birth, good health, work, illness, death... The doctor is now an advisor to the authorities, an interlocutor for the sick and the healthy, proposing solutions to the crisis. However, the approach has often been very vertical, just like the authorities, leaving less room for the patients' experience. Professionals also find themselves actors in policies promoted by political or medical authorities, which can overshadow their individual relationship with individuals.

From this chronicle, we draw the conclusion that epidemics are usually accompanied by a crisis of confidence in part of the population, fostered by the vertical political and medical management of pandemics. These populations are in search of meaning and want to take charge of their own health. This may overlap with the current crisis of confidence in the media and French democracy. In response, we need to be more horizontal, and include the populations concerned in decision-making processes, as was the case with the militant fight against AIDS. Information, awareness-raising and prevention must also be adapted to the populations concerned, in order to reduce discriminatory behavior. Social media, which are often called into question, can be part of the solution, thanks to their democratic potential. At the individual level, doctors must not be mere executors of political and medical directives but must also listen to the stories of the people concerned and promote overall individual well-being.

Art plays multiple roles during epidemics. It has an obvious documentary role, highlighting people's experiences. Long before social networks, it enabled the expression of ordinary people. It can also be the bearer of a discourse : sometimes partisan (and used as propaganda by the authorities and doctors), sometimes dissenting. Letting people express themselves freely gives access to this other part of their lives and can be a vector for communication with certain populations.

Keywords : medical history, history of ideas, social history, pandemics, epidemics, social consequences, social interactions, coercion, public health, art, literature