

Origine des politiques de santé

Jacques VALLIN* et France MESLÉ*

Même si l'on considère la politique de santé dans son acception la plus large d'action collective en faveur de l'état de santé de la population, quelle que soit la nature de la collectivité qui prend en charge cette action, sans attendre que l'État lui-même s'en préoccupe directement, deux conditions préalables s'imposent d'évidence à l'émergence d'une telle démarche : il faut que les hommes (ou du moins certains d'entre eux) sachent ou croient savoir comment lutter contre la maladie et la mort et que la société ait un degré d'organisation suffisant pour sécréter en son sein des institutions capables et désireuses d'apporter une contribution collective à l'amélioration de l'état de santé de la population. En réalité, ces conditions semblent bien avoir existé dès la naissance des grandes civilisations dont les écrits nous sont parvenus. Il est même indubitable que la première condition est apparue assez tôt dans la préhistoire puisque l'examen des squelettes permet d'affirmer que, dès le néolithique, l'homme sait réduire les fractures en immobilisant les os cassés et en conservant leur alignement (Sournia, 1997)⁽¹⁾. On doit cependant laisser courir notre imagination sur la réalisation de la seconde condition. En revanche, aussi loin dans le temps que remontent les premiers écrits connus, la médecine était déjà là bien présente et suffisamment organisée pour que l'on admette que, dès la plus haute Antiquité, un embryon de politique de santé était en place, ne serait-ce qu'à travers l'organisation de la profession médicale, dans la plupart des sociétés. Certes, cet embryon n'a probablement jamais débouché sur la mise en place d'une politique de santé, au sens plein qu'on peut lui donner aujourd'hui, avant le XIX^e siècle de notre ère. Sans doute fallait-il attendre que l'enjeu sanitaire proprement dit prenne toute son

* Institut national d'études démographiques, Paris

⁽¹⁾ « Mais comme des chevauchements des deux fragments subsistent, on peut conclure qu'il ne sait pas exercer une traction sur les deux extrémités brisées qui aurait rétabli un parfait alignement. On hésite encore davantage à se prononcer sur les trépanations du crâne, partiellement cicatrisées dans le cours de la vie de l'individu. [...] Avaient-elles une signification religieuse ou plutôt thérapeutique? [...] La question restera probablement sans réponse » (Sournia, 1997, p. 10).

ampleur, avec l'accès à une médecine suffisamment efficace pour vaincre des contraintes naturelles majeures. Il n'en reste pas moins que les politiques de santé actuelles sont l'aboutissement d'une longue maturation qui a accompagné l'histoire de la construction des sociétés humaines.

I. Antiquité, médecine et religion : d'Imhotep à Galien

1) Égypte

Le texte médical le plus ancien au monde est sans doute le papyrus dit *Edwin Smith* qui a été écrit au début de l'Ancien Empire égyptien, soit environ 3 000 ans avant J.-C. C'est une véritable nomenclature des pathologies externes allant systématiquement de la tête au pied, chaque chapitre décrivant un cas clinique avec méthodes exploratoires, pose du diagnostic et recommandations thérapeutiques. Cette médecine, dont d'autres papyrus, le plus souvent recopiés des plus anciens, nous ont relativement bien informés et où la gynécologie⁽²⁾ et la chirurgie tenaient une grande place, avait une certaine efficacité, même si elle n'hésitait pas pour autant à user abondamment de l'art divinatoire. Le tout témoigne d'une organisation déjà très élaborée d'une science médicale dont le protagoniste le plus célèbre est sans conteste Imhotep, scribe, sage, poète, astrologue, architecte (auteur de la pyramide à degrés de Saqqarah), prêtre et vizir de Djozer (2630 -2611 avant J.-C.), ainsi que de trois autres pharaons, mais, surtout, médecin, dont la pensée a longtemps influencé l'ensemble du monde antique.

La place tenue par cet homme de l'art, au plus haut de l'État, n'est pas tout à fait un hasard. À l'époque et durant toute l'antiquité égyptienne, les médecins font partie de l'élite des fonctionnaires et appartiennent à un corps très organisé et hiérarchisé : médecins chefs, chefs des médecins, médecins inspecteurs, médecins en chef du Nord et du Sud, médecins de la cour, médecin inspecteur de la cour et, tout en haut, médecin du Pharaon. Recevant un traitement fixe, ils pratiquaient gratuitement et étaient assistés d'une série d'auxiliaires de différents grades (infirmiers, aides-soignants, etc.). Sans doute cette profession organisée, au sein même des pouvoirs publics, n'était-elle pas prioritairement mobilisée au bénéfice de la plus grande masse, mais plutôt à celui de personnages plus ou moins importants en fonction du grade du soignant, mais elle était néanmoins très présente auprès des ouvriers

(2) « Les médecins égyptiens savaient identifier les prolapsus utérins, pour lesquels on posait des pessaires, les métrites, les vulvites, les cancers utérins, que l'on combattait au moyen d'injections locales, de purgations et de fumigations aromatiques dont on ignore malheureusement la composition exacte. » Ils savaient aussi poser « un diagnostic précoce de la grossesse en observant la croissance comparée de deux végétaux, arrosés l'un avec de l'eau et l'autre avec l'urine de la femme présumée enceinte. » (Sournia, 1997, p. 26). Cette place de la gynécologie dans les préoccupations médicales de l'époque n'est certainement pas sans relation avec le fait que, dans la société égyptienne, les mœurs sexuelles étaient assez libres et que les femmes jouissaient d'une grande liberté et jouaient un rôle important dans la vie sociale, politique et religieuse.

assignés aux mines et aux immenses chantiers créés lors de la construction des temples et des pyramides, exposés au risque de nombreux traumatismes accidentels.

Une science médicale assez étendue, bien codifiée et transmise de génération en génération, une profession médicale organisée, intégrée aux rouages de l'État et, au moins en partie, utilisée pour soigner les ouvriers des grands chantiers, nous sommes bien en présence d'un embryon de politique de santé. En fait, comme dans bien d'autres secteurs de la vie sociale, la société égyptienne contrôlait étroitement les moyens de la santé et en codifiait l'usage. À tel point que, relatant ces faits, Jean-Charles Sournia (1997) pose la question « *pourquoi, à des esprits capables d'écrire, en 3000 avant J.C., un traité de petite chirurgie aussi avisé qu'utile, ne succédèrent que de pâles héritiers, bons seulement à recopier des manuscrits transmis par leurs pères?* ». L'immobilisme des esprits n'a-t-il pas été imposé par le monopole exercé sur ce secteur comme sur tant d'autres par un État omnipotent, lui-même quasi immobile dans des structures appuyées sur une société tout aussi immobile? L'auteur se garde bien de trancher, estimant que l'inverse est tout aussi possible. Il nous semble que les ressorts de l'esprit humain sont tels que la première proposition est la plus probable.

2) Mésopotamie

La Mésopotamie aussi a connu très tôt une médecine relativement savante et organisée, mais, toutefois, moins directement soumise au pouvoir politique. En revanche, la maladie y était avant tout vécue comme le châtement d'une faute et l'examen médical avait pour but premier de découvrir le péché et d'identifier le génie responsable de la maladie. Pourtant, comme le fait remarquer Jean-Charles Sournia (1997), « *aux fautes morales s'ajoutent les causes d'impureté physique : mettre les pieds dans l'eau sale, [...] toucher un corps sale, etc.* », ce qui pouvait parfois conduire à des diagnostics plus réalistes. Fondées sur de telles bases, les thérapeutiques étaient naturellement de valeur inégale, mais, comme en Égypte, la chirurgie était au premier rang (réduction des fractures, pansement des plaies, amputations, traitement de la cataracte, sonde urétrale, etc.) et il existait aussi une médication par les plantes ou autres substances, minérales ou organiques. Les médecins n'étaient pas fonctionnaires, mais l'État réglementait leurs honoraires, comme l'indique la célèbre stèle d'Hammourabi, qui fixe le tarif de différents types d'intervention. Dans le même temps, un grand nombre de tablettes attestent de l'abondance de listes et de nomenclatures régulièrement mises à jour. On peut donc au moins conclure à un souci public d'encadrement des activités sanitaires.

3) Chine antique

« *Son plus grand souci était que le peuple eût assez à manger et que fussent dûment observés les rites de deuil et de sacrifices. Par sa grandeur d'âme, il suscita l'adhésion du peuple, par son honnêteté, sa confiance, par*

sa diligence, ses réussites, par sa justice, son bonheur ». Ainsi Confucius⁽³⁾ ([1981], cité par Hoizey et Hoizey, 1988) rendait-il hommage au roi Wu, fondateur de la dynastie des Zhou (XI^e siècle-221 av. J.-C.). Confucius ne mentionne pas explicitement la santé parmi les préoccupations du roi pour son peuple, mais il l'aurait sans doute pu, car tout comme dans l'Égypte des pharaons ou la Mésopotamie d'Hammourabi, la médecine était déjà savante et organisée dans la Chine des Zhou. Il y avait les *jiyi* (médecins des maladies) et les *yangyi* (médecins des plaies) tandis que les *shiyi* (médecins des aliments) veillaient à la diététique. Par ailleurs, le *Yi-king*, écrit au IV^e siècle avant J.-C., est déjà un traité de médecine très détaillé rassemblant des connaissances en partie présentes dans des textes plus anciens. Surtout, dès cette époque, des principes d'hygiène et de prévention sont énoncés. On ne sait pas clairement jusqu'à quel point le pouvoir politique s'est impliqué dans l'organisation de la médecine et dans la mise en œuvre de ses principes au bénéfice de la population mais on sait par exemple qu'au cours des IV^e et III^e siècles avant J.-C., la croissance de villes entraîna la mise en place d'égouts dès l'époque des royaumes combattants (Hoizey et Hoizey, 1988, p. 44). Le volet assainissement d'une politique de santé publique était donc déjà présent.

4) Grèce

Tout le monde a entendu parler du *serment d'Hippocrate*, auquel se réfèrent encore aujourd'hui les diplômés de médecine au moment où ils entament leur carrière de praticien. Peu importe qu'Hippocrate⁽⁴⁾ en ait ou non rédigé lui-même le texte⁽⁵⁾. Il constitue, sous réserve qu'il n'ait pas eu d'antécédents dont nous ignorerions l'existence, une étape nouvelle dans la mise en place d'une politique de santé, en ce sens qu'il peut être considéré comme la première ébauche de code de déontologie médicale. Un code émanant de la profession elle-même mais dont l'objectif de contrôle des agissements de la profession dans un souci d'intérêt collectif est évident, même si le respect du code repose entièrement sur l'appel fait au sens moral des praticiens.

Si Hippocrate a eu tant de succès, au point d'avoir influencé l'enseignement médical en Europe jusqu'au début du XIX^e siècle et d'être reconnu à peu près universellement comme le père de la médecine, c'est sans doute moins en raison de ses propres découvertes et de la soixantaine de textes qu'on lui attribue que de son génie de l'enseignement et de la popularité de ses fameux *aphorismes*, résumant en une phrase courte, presque à la manière de proverbes, chaque idée force convenant à différentes circonstances pathologiques. On devait, notamment dans les écoles de Cos, puis de Thessalie fondées par Hippocrate, à une époque où le matériel se réduisait au parchemin pour les enseignants et à la cire pour les élèves, apprendre, et surtout, savoir réciter par cœur ces aphorismes. La méthode eut un succès immense :

(3) 551-479 avant J.-C.

(4) 460-370 avant J.-C.

(5) Ce qui, d'après Jean-Charles Sourmia (1997, p. 40), est très peu probable.

« Non seulement on apprendra les aphorismes d'Hippocrate jusqu'au XVIII^e siècle, mais encore un grand nombre de professeurs rédigeront de nombreux traités plus ou moins adaptés de ceux d'Hippocrate. Jusqu'au XIX^e siècle, des enseignants établiront des formules faciles à retenir, à l'instar du vieux maître de Cos » (Sournia, 1997, p. 39). La fondation d'écoles de médecine, lointains ancêtres de nos facultés modernes est aussi un atout maître dans la mise en place d'une politique de santé...

5) Rome

Les Romains ne tenaient pas en grande estime le métier médical dont ils laissaient en grande partie la pratique aux esclaves, souvent grecs, en vertu de la grande réputation de la médecine grecque. Ils ont néanmoins laissé leurs traces dans cette longue marche vers la mise en place de politiques de santé. Le plus important ne se trouve sans doute pas dans l'œuvre⁽⁶⁾ de leur médecin le plus célèbre, Galien⁽⁷⁾, bien que celui-ci ait, au II^e siècle, dominé la médecine du monde antique, et montré beaucoup de scepticisme à l'égard de nombre de traitements (en prônant l'idée que la nature était maîtresse des guérisons) et fait une remarquable synthèse des doctrines philosophiques liées à la médecine. Hormis l'exemple chinois mentionné plus haut, les Romains sont surtout les fondateurs de ce secteur majeur de toute politique de santé publique que constitue l'assainissement : systèmes d'égouts très performants, latrines publiques, fontaines de distribution d'eau potable, font partie des règles d'urbanisme de toutes les villes de l'Empire. De plus, certaines villes nomment et rémunèrent des médecins (appelés du nom grec d'*archi-atres*) ayant pour tâche de soigner les pauvres et de les secourir en cas d'épidémie, tandis que les armées en campagne s'attachent les services de médecins et chirurgiens. Enfin, des établissements de soins, les *valetudinaria*, sont créés au bénéfice des vétérans et des infirmes, constituant les premiers hôpitaux connus⁽⁸⁾. L'existence et le bon fonctionnement de tels édifices, structures ou services nécessite une administration puissante et bien gérée. Leur disparition dans les ruines de l'empire romain n'est qu'une indication de plus de leur nature d'éléments constitutifs d'une politique de santé.

Enfin, même si ses préoccupations économiques (les rentes viagères) se situaient assez loin de l'idée de santé, on ne peut manquer de mentionner ici la table d'Ulpien⁽⁹⁾, ancêtre (certes encore très imparfait) des tables de mortalité⁽¹⁰⁾ (Dublin *et al.*, 1949), instrument majeur aujourd'hui du suivi de l'évolution de la mortalité et donc des effets des politiques de santé.

⁽⁶⁾ *De anatomicis administrationibus, De usu partium corporis humani, De sanitate tuenda, De temperamentis et facultatibus simplicium medicamentorum, De locis affectis.*

⁽⁷⁾ Né en 131 après J.-C. à Pergame et mort en 201, Claude Galien était lui-même un médecin grec.

⁽⁸⁾ Toutefois, pour Jean-Noël Biraben (1990) la création du premier véritable établissement de soins pour les malades (*nosocomium*) en Occident date de 380, à Rome.

⁽⁹⁾ 170-228, jurisconsulte, préfet du prétoire sous Alexandre-Sévère.

Malgré les efforts faits par les Byzantins pour entretenir l'héritage des Anciens, sur le sujet qui nous intéresse comme sur beaucoup d'autres, l'Occident en perd presque complètement les traces et il faudra attendre la conquête arabe et le choc des croisades pour que celui-ci renoue avec ses racines.

II. Moyen-Âge et Renaissance : d'Avicenne à Ambroise Paré

1) L'apport arabo-musulman

Ce sont en effet, pour l'essentiel, les savants du monde musulman, brillant de tous ses feux après la conquête par les Arabes aux VII-VIII^e siècles de tout le sud de l'ex-Empire romain et même bien au-delà en Asie, qui ont récupéré l'héritage médical antique et l'ont retransmis, enrichi, à l'Occident médiéval et renaissant. Avicenne⁽¹¹⁾ en est sans conteste le point focal. Dans son *Canon*⁽¹²⁾, il établit une revue systématique de toutes les maladies connues de l'époque. Même si Jean-Charles Sournia n'y voit qu'un « *fatras obscur dont on ne peut tirer aucune déduction utile aux malades* » et, tout en accordant son estime à Avicenne, préfère réserver son admiration à son prédécesseur Rhazès⁽¹³⁾, beaucoup moins connu, Avicenne reste la figure emblématique, encore très largement célébrée de nos jours, du rôle joué par la civilisation musulmane dans le développement de la médecine et de la santé publique. L'apport est double. Outre le relais scientifique entre le monde antique et la gestation médiévale qui annonce la Renaissance occidentale, la civilisation arabo-musulmane a enrichi le concept d'hôpital hérité des *valetudinaria* romaines en l'associant étroitement à l'enseignement de la médecine.

Dès le VIII^e siècle, les califes, puis les émirs et les sultans, dotent leurs villes d'hôpitaux. Le seul Califat de Cordoue semble en avoir compté 40. Ces hôpitaux, souvent spacieux, sont divisés en quartiers, dont un pour les aliénés, et disposent d'une pharmacie, d'une bibliothèque, ce qui représente un développement déjà considérable par rapport aux antécédents antiques. Mais, surtout, en 932, le calife Al-Muqradir crée un examen obligatoire conditionnant le droit d'exercer la médecine. Les élèves peuvent s'y préparer

(10) Comme l'écrivent Louis Dublin *et al.*, « *On ne sait pas clairement si les résultats de la table d'Ulpien donnent l'espérance de vie ou la valeur d'une annuité de 1. Cependant, il est intéressant de noter que le nombre donné pour la naissance, soit 30, correspond au niveau donné plus haut pour Grèce et Rome antiques* » (« *It is uncertain whether the figure in Ulpien's table are intended to represent the expectation of life or the present value of an annuity of 1. However, it is worth noting that the figure at birth, namely 30, is about the level previously cited for the duration of life in ancient Greece and Rome* ») (Dublin *et al.*, 1949).

(11) Abou Ali ibn Abdallah ibn Sina, dit Avicenne, est né en 980 à Boukhara (aujourd'hui en Ouzbékistan) et mort en 1037 à Ispahan (Iran), « *épuisé par ses travaux et les joies de la chair* » (Sournia, 1997, p. 77). Il a développé, tout au long de près de 200 ouvrages, ses multiples connaissances dans des domaines aussi variés que l'astronomie, la mécanique, l'acoustique, la musique, l'optique, la philosophie ou... la médecine.

(12) *Quanum fit'tibb'*.

(13) 850-923.

par apprentissage auprès d'un maître qu'ils paient ou par la fréquentation d'une école hospitalière et très vite la seconde option rencontre un grand succès. Les élèves doivent examiner les malades puis les confier à des assistants plus qualifiés avant que le maître confirme le diagnostic et fixe le traitement. Ainsi, quatre siècles durant, « *le monde musulman disposera d'hôpitaux d'enseignement que l'Occident chrétien devra attendre jusqu'au XVIII^e siècle* » (Sournia, 1997, p. 80). Cet élément majeur de toute politique de santé n'impliquait toutefois les pouvoirs publics qu'au niveau de la réglementation, les moyens relevant essentiellement de la charité publique, fortement encouragée par le Coran à travers le devoir d'aumône, qui a permis aux hôpitaux de bénéficier de généreuses fondations.

2) *En Occident : de la création des universités à la découverte du corps humain*

Fondé sur les ruines de l'Empire romain, morcelé, déstructuré sur le plan politique et administratif, ruralisé, l'Occident chrétien aurait sans doute perdu toute mémoire du savoir antique si les monastères n'en avaient soigneusement conservé quelques traces dans leurs bibliothèques. Les pans de science médicale ainsi conservés se sont cependant trouvés confisqués par l'Église, qui, malgré l'expérience brillante et originale de l'école de Salerne⁽¹⁴⁾, a jalousement conservé son monopole de connaissances qu'elle n'a guère mis au service des malades et encore moins de la santé publique.

Ni l'apparition des premières universités⁽¹⁵⁾ et leur véritable floraison au XIII^e siècle, ni la multiplication des hôpitaux n'ont changé grand chose à cette situation. Les universités ont trop longtemps tardé à savoir distinguer foi et raison et à condescendre à confronter théories et réalité. Quant aux hôpitaux, de plus en plus nombreux et le plus souvent aux mains de l'Église, ils ne se sont jamais donné d'autres missions que religieuses, qu'elles soient charitables (accueil des pauvres) ou, plus souvent encore, pendant longtemps, liées à l'organisation des pèlerinages⁽¹⁶⁾. Aucun soin⁽¹⁷⁾ ni, encore moins, aucun enseignement n'y était donné. Paradoxalement, à cette époque, seule la chirurgie, méprisée du corps médical et laissée aux soins des barbiers⁽¹⁸⁾, a pu faire quelque progrès⁽¹⁹⁾ grâce à la relative liberté intellectuelle de ceux qui l'exerçaient et à leur proximité avec les réalités du corps humain.

⁽¹⁴⁾ Une école unique en Occident chrétien, accueillant des élèves de toute religion et où les enseignants sont des praticiens laïcs et n'enseignent que la médecine, indépendamment de la philosophie, qui a durant deux siècles (XI-XII^e) été la seule étincelle dans la longue nuit profonde où s'est alors trouvé jetée la réflexion scientifique médicale.

⁽¹⁵⁾ Bologne et Montpellier se disputent le record d'ancienneté, toutes deux ayant vraisemblablement été créées dès le XII^e siècle. Valence (Espagne), Oxford, Paris, Naples, Padoue, Cambridge, Toulouse, Salamanque... ont suivi très tôt au XIII^e.

⁽¹⁶⁾ Le mot même d'hôpital vient de cette fonction d'accueil des « hôtes », pèlerins ou non, tout comme celui d'« hôtel ».

⁽¹⁷⁾ En cas de besoin, on ne pouvait que faire appel à un médecin de l'extérieur.

⁽¹⁸⁾ Dont les « chirurgiens-barbiers de robe courte » et les « chirurgiens de robe longue » formaient le corps intermédiaire et l'élite, en fonction de leur degré d'apprentissage.

La fin du Moyen-Âge est toutefois marquée, en Italie, par la mise en place de quelques mesures d'ordre public face à la peste qui annoncent les progrès plus importants qui seront faits dans ce domaine à la Renaissance. En 1348, le Doge de Venise appointe trois fonctionnaires « *pro conservatione sanitatis* » pour lutter contre la diffusion de la peste (Bourdelaïs, 2001b, p. 7). « *En 1374, Gênes et Venise refusent de laisser entrer dans leurs ports les bateaux en provenance de lieux infectés et en 1377, Raguse décrète même un isolement d'un mois bientôt porté à 40 jours. La quarantaine [...] est née* » (Bourdelaïs, 2001b, p. 8). Et un demi-siècle plus tard, en 1423, le système de quarantaine est renforcé à Venise par la création du Lazaret : une des îles de la lagune⁽²⁰⁾ est réservée à l'hébergement des personnes à risque de contamination (Biraben, 1976).

À partir du XV^e siècle en Italie et puis au XVI^e siècle dans toute l'Europe occidentale, la Renaissance réveille enfin l'esprit scientifique de ce monde où il a longtemps sommeillé, mis sous le boisseau du dogme, de la tradition et des interdits. Dans le domaine de la médecine comme dans les autres, le dogme religieux est remis en cause et si le respect pour les Anciens demeure, leurs idées sont évaluées, critiquées et jugées. L'une des transgressions les plus importantes pour le progrès médical concerne le corps humain. Les artistes ont ouvert la voie quand Michel-Ange a osé représenter le Christ en toute nudité mais les médecins sont allés plus loin en osant enfin pratiquer la dissection des cadavres jusque-là considérée sacrilège et à en faire admettre la pratique publique aux fins d'enseignement. Les connaissances anatomiques ont fait un bond spectaculaire et leur diffusion a profité des talents des plus grands (Michel-Ange, Dürer, Léonard de Vinci) et des moyens de l'imprimerie toute nouvelle.

Paradoxalement, dans un premier temps, les chirurgiens ont été tenus à l'écart de ce mouvement, la dissection leur étant interdite. Leur art a néanmoins continué de progresser, notamment pour prendre en compte les problèmes tout à fait nouveaux posés par les blessures dues aux armes à feu. Ambroise Paré⁽²¹⁾ en est en France le plus célèbre représentant grâce à l'ampleur de son œuvre écrite, qui au-delà de ses propres contributions, englobe à peu près tout le savoir chirurgical de son temps.

Cependant ni les médecins ni les chirurgiens ne peuvent alors utiliser pleinement les toutes nouvelles connaissances sur l'anatomie humaine, non seulement parce qu'ils ignorent presque tout du fonctionnement des organes qu'ils découvrent mais parce que leurs interventions se heurtent aux limites imposées par le risque infectieux.

(19) Du traitement des blessures à l'extraction des calculs et même à la trépanation, les méthodes, instruments et indications se sont affinés, tandis que les premiers pas vers l'utilisation de gaz anesthésiques étaient faits.

(20) L'île de *Santa Maria di Nazareth*, dont la déformation du nom a donné lazaretto.

(21) 1509-1590.

III. XVII^e-XVIII^e siècles : endiguement des grandes épidémies et recul de la famine

En contraste avec ce développement scientifique aussi spectaculaire que limité dans sa portée pratique, dès la fin du Moyen-Âge, comme on l'a vu plus haut, et, de plus en plus précisément avec la Renaissance et surtout les XVII^e et XVIII^e siècles, des mesures de santé publique ont été mises en place qui, bien que sans fondements théoriques très clairement énoncés, se sont avérées de plus en plus efficaces pour juguler les grandes épidémies, tandis que l'action des gouvernements dans des domaines extérieurs à la santé a largement contribué au recul de la famine.

1) De la lutte contre la peste à l'organisation de la santé publique

Le XVI^e siècle voit se généraliser les mesures initiées au siècle précédent par quelques cités italiennes pour lutter contre la peste. Les pestes qui se succèdent en Europe à cette époque ont en effet conduit les gouvernements à édicter des règlements sanitaires et à mettre en place les moyens de les appliquer, en instituant une police sanitaire, en créant des structures sanitaires particulières et en fondant la statistique sanitaire.

Avec l'accumulation des expériences résultant des différentes mesures particulières prises ici et là, de véritables *règlements de peste* à portée générale voient le jour en Europe occidentale au début du XVI^e siècle et cette nouvelle stratégie gagne l'Europe du Nord dans la seconde moitié de ce siècle. Dans le même temps, la lutte contre le fléau passe du plan local au plan régional ou national. En France par exemple, les parlements provinciaux commencent par codifier les règlements des grandes villes avant de les étendre à la province entière (Biraben, 1976). Ces règlements comportaient assez systématiquement des mesures concernant l'isolement des personnes contaminées ou risquant de l'être (allant jusqu'à la construction d'hôpitaux spécialisés pour y confiner les pestiférés, sans pour autant leur délivrer des soins médicaux), le nettoyage radical des lieux d'infection (incinération des meubles et vêtements, etc. pouvant aller jusqu'à la démolition des toitures pour « aérer » les maisons), des mesures plus générales d'assainissement urbain (balayage des rues), la création de corps professionnels spécialisés dans l'approche des malades et des cadavres (y compris les fameux « corbeaux »), des règles strictes de sépultures séparées. Ces « règlements de peste » sont les ancêtres de tous les règlements sanitaires qui seront ensuite édictés pour lutter contre les épidémies, les risques alimentaires et, finalement, les dangers de la pollution.

Pour appliquer ces règlements, des bureaux de santé étaient mis en place, disposant de pouvoirs de police quasi dictatoriaux. Dès 1504, à Milan, un *Conseil spécial de santé* avait droit de vie et de mort. C'est ainsi qu'on a vu apparaître en France par exemple selon l'époque des *capitaines de santé* ou des *prévôts de santé* ayant des archers sous leurs ordres. « *Le rôle des bureaux*

de santé, munis de pouvoirs dictatoriaux, s'il n'est pas aussi exclusif que le pensait Jules Guiart (1933), est certainement important dans la disparition de la peste » (Biraben, 1976).

La peste a aussi indirectement contribué à la naissance de la statistique sanitaire. Non seulement elle a parfois motivé la tenue de recensements en prévision ou à la suite d'une épidémie⁽²²⁾, mais elle a surtout été l'occasion de renforcer l'intérêt pour un enregistrement systématique continu des décès par les services administratifs. Au départ, certes, cet enregistrement qui avait pour but de dénombrer les victimes de la peste se limitait à ces dernières et n'avait lieu qu'épisodiquement. Mais dès le XVI^e siècle, à Londres, il a pris un tour systématique et permanent sous la forme des fameux *bills of mortality* à partir desquels John Graunt (1662) a pu établir ses célèbres *observations*, à l'origine de la naissance de la démographie et de l'épidémiologie.

L'histoire de la dernière apparition de la peste en Europe occidentale, arrêtée à Marseille en 1722, est emblématique du succès de ces politiques de santé publique. C'est en raison d'une mauvaise application du règlement de peste que la ville de Marseille a été contaminée par l'arrivée d'un navire resté célèbre, le Saint-Antoine. Mais c'est aussi par l'application de mesures draconiennes (allant jusqu'à l'encerclement sans faille de plus de cent villes et localités de Provence et Languedoc dont la ville de Marseille tout entière) que l'épidémie a été jugulée. À cette époque, les décisions les plus importantes sont prises au niveau national. Ainsi, le 14 septembre 1720, c'est le Régent qui fait interdire toutes entrées et sorties à Marseille et ordonne même la désinfection du courrier.

2) *Vers un contrôle plus général de l'État sur la santé des populations*

Au XVIII^e siècle, les pouvoirs publics se soucient de plus en plus de la santé de la population bien que de façon assez différente d'un pays à l'autre. Dans les pays germaniques, l'État intervient directement en créant des institutions au niveau national chargées de veiller à l'application des ordonnances sur les professions médicales, au traitement des épidémies, au contrôle des mesures d'hygiène et à la diffusion des idées nouvelles concernant la santé. Cette « *police médicale* », comme l'appelait Johann Peter Frank⁽²³⁾ (1779), dont les idées sur la nécessité d'une population saine au prix d'un règlement appliqué par la contrainte ont été reprises à l'époque du III^e Reich (Hick, 2001), n'avait pas que des fonctions de police. Un corps spécial de fonctionnaires médicaux était chargé de « *surveiller le personnel médical du territoire administratif de leur ressort, contrôler la santé des habitants, [...] instruire les sages-femmes, soigner gratuitement les indigents, porter secours et rendre compte en cas d'épidémie, enquêter et proposer des remèdes en matières*

⁽²²⁾ Ainsi « à la fin de 1587, la peste menaçant, la ville d'Apt fait faire un recensement des bouches à nourrir » ou encore « À plus grande échelle, en 1720, dès que la ville est menacée par la peste de Marseille, le Chancelier Ranchin fait exécuter un recensement avant que le mal n'apparaisse et un autre en 1722, après l'épidémie, qui permet de mesurer l'ampleur des ravages » (Biraben, 1976).

⁽²³⁾ 1745-1821.

d'hygiène, [...] procéder à l'analyse topographique, climatologique et nosologique de l'endroit» (Hudemann-Simon, 2000).

En Angleterre, cette évolution vers une politique sanitaire a pris une forme très différente, en s'appuyant sur la base déjà ancienne du *poor law act* de 1601. D'une part, ce sont les communes qui se sont vu attribuer par le pouvoir royal la responsabilité dans ce domaine et, d'autre part, plus que d'exercer la police de la santé, il s'agissait surtout de fournir aux pauvres un accès minimum aux soins médicaux parallèlement aux secours purement économiques⁽²⁴⁾, stratégie qui sera, au XIX^e siècle, radicalement remise en cause sous l'influence des idées malthusiennes (Robinson, 2002).

3) *Le rôle des pouvoirs publics dans le recul de la famine et des massacres*

Même si cela risque de nous éloigner un instant du concept propre de politique de santé, on ne peut franchir le XVIII^e siècle européen sans mentionner au moins succinctement le rôle joué par la mise en place d'États organisés dans le recul des famines et des massacres.

En marge de politiques de santé proprement dites, les pouvoirs publics ont largement contribué au recul de la famine, même si leur action n'était pas nécessairement dirigée vers cet objectif de façon explicite. De même que les administrations locales, régionales ou nationales se sont préoccupé de circonscrire la peste, elles se sont aussi préoccupé des moyens de réduire les aléas de l'approvisionnement des populations en nourriture. Pour lutter contre la disette, les autorités locales ou provinciales puis les États centraux eux-mêmes ont lutté contre la spéculation qui souvent aggravait les débuts de famine, en réquisitionnant les grains stockés et en contrôlant la distribution sur les marchés (Cabourdin *et al.*, 1988).

Par ailleurs, particulièrement à cette époque, les gouvernants, que ce soit par des politiques d'encouragement à la production agricole ou d'importations alimentaires, ont largement contribué à ce que « *s'estompe la hantise des crises frumentaires* » (Chaline, 1998). L'amélioration des routes et la suppression progressive des barrières douanières internes a parallèlement joué un rôle important dans la réduction des aléas locaux ou régionaux.

Paradoxe du temps, alors que les techniques de la guerre deviennent de plus en plus meurtrières et mobilisent des armées de plus en plus nombreuses, la construction d'États centraux a considérablement réduit le nombre des disputes locales et surtout celui de leurs victimes civiles directes et indirectes. Sans minimiser l'ampleur des horreurs dont seront marqués les XIX^e et XX^e siècles, les conséquences pour le niveau de mortalité des populations resteront «... *très en deçà du véritable désastre démographique qu'avaient pu représenter en leur temps la guerre de Cent Ans pour la France ou la guerre de Trente Ans pour l'Empire, avec leur conjonction de massacres, d'épidémies et de famines* » (Chaline 1998).

(24) Notamment l'emploi à des travaux publics rémunérés en nature ou en espèces.

Si cette digression nous a menés assez loin des politiques de santé, ce rôle direct et indirect des pouvoirs publics a été suffisamment important à cette époque par ses conséquences sur la mortalité et l'état de santé des populations pour être rappelé ici.

IV. XIX^e siècle : l'hôpital pour les malades et l'hygiène pour tous

Les deux grandes innovations du XIX^e siècle européen en matière de santé publique sont d'avoir enfin orienté les hôpitaux vers les soins aux malades et l'enseignement de la médecine et d'avoir mis l'accent sur les vertus de l'hygiène, publique et privée.

1) De l'hôpital des pauvres à l'hôpital des soins

Pendant des siècles l'hôpital, institution essentiellement ecclésiastique, n'a rempli que des fonctions d'hébergement, notamment pour les voyageurs (pèlerins), les pauvres, les infirmes ou les malades (notamment les aliénés) sans jamais dispenser de soins médicaux. Leur fonction caritative au bénéfice des pauvres s'est renforcée au cours du temps mais aussi celle de protection de la société. Ainsi, en créant l'Hôpital général (qui regroupait à Paris, la Salpêtrière, le Grand hôpital de Bicêtre, l'Hôpital de la Pitié et l'Hôpital Scipion), Louis XIV poursuivait un objectif « *à la fois sanitaire (il faut empêcher les pauvres malades de répandre leurs maladies en mendiant), civil (il s'agit de remettre au travail des chômeurs qui ont pris l'habitude de mendier dans l'oisiveté) et religieux (il faut leur apprendre les principes de religion qu'ils ignorent et leur permettre ainsi de gagner leur salut)* » (Biraben, 1990, p. 26). Ainsi, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, l'hôpital est resté très majoritairement un simple hospice pour indigents et aliénés, même si des exceptions notoires ont commencé à voir le jour, en France, avec certains hôtels-Dieu et surtout en Angleterre avec les *voluntary hospitals* (Hudemann-Simon, 2000).

Ce n'est guère qu'à partir de la fin du XVIII^e siècle que l'hôpital occidental devient enfin un lieu de soins médicaux et que, parmi ses missions, celle de soigner va peu à peu devenir prépondérante et celle d'enseigner la médecine s'y trouver largement associée. C'est à Vienne en Autriche que, sur la base des expériences anglaise et française, est créé, par Joseph II, en 1784, le premier hôpital au sens moderne du terme (*l'Allgemeine Krankenhaus*). L'hôpital est prioritairement un lieu de soins et il est construit et régi en fonction de normes médicales (architecture permettant aération et éclairage naturel, séparation des malades par groupes de diagnostics, chambres distinctes pour les contagieux, les convalescents et les gens sains, accueil d'un seul malade par lit). Il n'est plus destiné aux seuls pauvres et une classe de malades payants est créée. Enfin, l'hôpital devient le centre pédagogique de l'université pour l'enseignement de la médecine (Hudemann-Simon, 2000, p. 86-87). C'est ce modèle qui va bientôt être repris partout en Europe.

En France, la Révolution brise brutalement le système passé au moment où il commence à se réformer. Par le décret de 22 Messidor de l'an II (11 juillet 1794), la Convention nationalise les hôpitaux, les prive de leurs bénéfiques agricoles ou immobiliers et les met en vente « *pour mettre définitivement fin à l'hôpital charitable* » (Imbault-Huart, 1996), mettant cependant fin, par la même occasion, aux premières tentatives d'introduction de la médecine à l'hôpital. Parallèlement, toutes les académies et facultés de médecine, chirurgie, etc. sont supprimées. Cependant, dès le 14 frimaire an III (2 décembre 1794), un décret de la Convention thermidorienne, inspiré par Antoine Fourcroy, réorganise l'enseignement de la médecine en l'associant à l'hôpital. D'après Jean-Charles Sournia (1989) cette décision est le point de départ déterminant du processus qui a transformé « *une institution vouée au malheur en un instrument scientifique* », ce qui est plutôt excessif car, dans les faits, l'évolution ne s'est faite que très lentement et il faudra attendre la fin du XIX^e siècle pour que l'hôpital des soins l'emporte sur celui des pauvres en France, avec beaucoup de retard sur l'Angleterre. En Angleterre, en effet, cette évolution s'est produite sans discontinuité et beaucoup plus rapidement à partir de l'expérience des *voluntary hospitals*.

Les pauvres ne sont évidemment pas exclus pour autant de l'hôpital mais, de plus en plus, il n'y sont admis que pour recevoir des soins médicaux. En revanche, à cette même époque mais aussi dans d'autres pays européens, sous l'influence des idées libérales et malthusiennes, ils perdent l'avantage des secours économiques ou même médicaux à domicile que les siècles précédents avaient peu à peu instaurés. En Angleterre, notamment, le *poor law act* est amendé pour réduire les secours accordés et durcir les critères d'indigence y ouvrant droit, ce qui conduit à une diminution considérable du nombre de *médecins des pauvres* (Hudemann-Simon, 2000).

2) Jenner et les premières vaccinations

Le XVIII^e siècle avait apporté à l'Europe la *variolisation*, technique importée de Chine⁽²⁵⁾ qui consistait à se prémunir par inoculation de pus varioleux⁽²⁶⁾. Avec la découverte par Edward Jenner⁽²⁷⁾, en 1796, de la vaccination qui permettait d'obtenir avec de moindres risques le même résultat à partir de l'inoculation de la vaccine (Jenner, 1798), le XIX^e siècle a disposé d'une technique moins agressive et plus efficace que l'on peut

(25) Déjà mentionnée par Wang Tang, premier ministre des empereurs Song vers l'an 1000, dans le double but de réduire la mortalité et de préserver la beauté des femmes (Hannoun, 1999, p. 11).

(26) Cette pratique qui s'était propagée le long de la route de la soie jusqu'à Constantinople, fut rapportée en Angleterre en 1715 par Lady Mary Montague, femme de l'Ambassadeur d'Angleterre en Turquie. Elle n'a cependant guère emporté l'adhésion en dehors du Royaume-Uni, où William Black avait même conçu un projet d'inoculation générale. En France, la méthode dont Charles-Daniel de La Condamine (1754) écrivait « *La petite vérole nous décimait, l'inoculation nous millesime* » a eu un certain succès dans les milieux parisiens (Hannoun, 1999) mais le bien-fondé en a été fort discuté du fait des risques encourus et la pratique plutôt réduite. C'est seulement en 1763 qu'elle a été officiellement admise et en 1799 qu'une clinique d'inoculation était créée... alors qu'arrivait d'Angleterre le vaccin de Jenner.

(27) 1749-1823.

considérer comme le véritable ancêtre de tous les vaccins. Partout, le succès a été très rapide. En Angleterre, dès 1800, 6 000 personnes étaient déjà vaccinées et, en 1801, il y en avait 100 000 (Jenner, 1801). Les premières vaccinations continentales ont lieu à Genève et à Vienne en avril 1799 (Faure, 1994). Talleyrand, ministre des relations extérieures, autorise un médecin anglais à introduire les souches en France et le premier vaccin a lieu en 1800. Ministres et hommes politiques importants rejoignent le comité de propagande fondé par le duc de la Rochefoucault-Liancourt. « *Pinel*⁽²⁸⁾, *Guillotin*⁽²⁹⁾, la nouvelle *École de santé de Paris*, le *Général Bonaparte en seront les principaux avocats. Des écoles, des régiments entiers se font ainsi vacciner* » (Sournia, 1997, p. 214). D'après les données du Ministère de l'intérieur, on serait passé de 150 000 vaccinations en 1806 à plus de 750 000 en 1812 (Biraben, 1979). Le chiffre se stabilise, après un certain repli, entre 500 000 et 600 000 opérations annuelles (Faure, 1994). Ces faits marquent un tournant important dans l'histoire des politiques de santé, car il s'agit de la première campagne de médecine préventive. En outre, en raison des accidents non négligeables et de la persistance de la variole, ils ont aussi suscité les premières réactions de rejet contre la prévention de la part du public. « *Cette première opération réussie de médecine préventive établit entre médecins et populations un climat durable d'incompréhension et de méfiance réciproque* » (Faure, 1994). On reprendra plus loin la discussion sur l'efficacité réelle de cette première expérience de vaccination qui a été au cœur du débat scientifique sur le rôle du progrès médical à l'origine de la baisse de la mortalité (voir chap. 108, ci-après).

Toujours est-il que la vaccination est devenue obligatoire dans la plupart des pays européens depuis la Grèce en 1825, l'Allemagne en 1874, l'Angleterre en 1883, l'Italie en 1888 et l'Autriche-Hongrie en 1891. Seule la France a attendu le XX^e siècle pour instaurer cette obligation par la loi de 1902 (Rollet-Échalier, 1990).

3) *Le temps des hygiénistes*

Dès la fin du XVII^e siècle et au début du XVIII^e, des médecins réputés de divers pays européens avaient proposé des mesures d'intervention précises reposant sur la tradition hippocratique selon laquelle les maladies endémiques et épidémiques proviennent des conditions d'environnement : drainer les marécages et les tourbières, assurer la circulation de l'eau, nettoyer les maisons, renouveler l'air dans les lieux d'habitation et de rassemblement, etc. (Bourdelaïs, 2001). Au XIX^e siècle, avec l'industrialisation et l'urbanisation rapide des pays européens, mais aussi avec l'apparition, en 1832, du choléra, ces idées sont revenues avec force et ont commencé à influencer l'action des gouvernements. Faute de connaître encore les mécanismes de la

(28) Philippe Pinel (1745-1826), nommé par la Convention en 1793 médecin-chef de l'Hôpital Bicêtre.

(29) Joseph-Ignace Guillotin (1738-1814), professeur d'anatomie et philanthrope, inventeur de la guillotine par souci d'humanité.

contagion, les hygiénistes attribuent la cause des épidémies aux « poisons » présents dans le milieu et préconisent la réduction des miasmes dans l'eau, l'air, les logements, etc. En agissant sur ces conditions de vie, les gouvernements peuvent donc prendre des mesures susceptibles d'améliorer la survie et la santé du plus grand nombre et notamment des pauvres. C'est ce qui motive des hommes tels que le médecin français Louis-René Villermé⁽³⁰⁾ (1840), co-fondateur des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, ou l'avocat anglais Edwin Chadwick⁽³¹⁾ (1842), éminence grise du gouvernement britannique, dont l'influence a été très forte à cette époque.

À la suite de ces idées, c'est à cette époque qu'est entreprise la construction systématique de réseaux d'égouts et d'eau potable. Si les premiers égouts couverts de Paris remontent au XIV^e siècle, la construction d'un véritable réseau systématique et souterrain commence en 1850. À Londres, les *cesspits* ont cédé la place à l'évacuation en continu des eaux usées grâce la construction des premiers égouts en 1844.

En Angleterre, Edwin Chadwick obtient du Parlement, le vote, en 1848, du *Public Health Act*, qui crée le *Central Board for Health*, et qui, au-delà des grandes villes, demande aux *boroughs* d'assurer le drainage, l'approvisionnement en eau potable, la collecte des ordures, le pavage des rues, etc. et impose la création de bureaux sanitaires dans chaque localité où le taux de mortalité est supérieur à 23 p. mille.

Partout, cependant, cette politique a rencontré de fortes résistances, notamment lorsqu'il s'agissait de réunir les moyens de financement nécessaires et surtout lorsqu'elle se heurtait aux intérêts contraires d'entreprises ou de fortunes privées (Szreter, 1993). Mais le mouvement déclenché par les hygiénistes sans arguments scientifiques très solides allait trouver son accomplissement définitif avec la révolution pasteurienne.

V. 1880-1945 : de Pasteur à l'État-Providence

Hormis la première tentative de vaccination, les politiques de santé n'ont guère pu s'appuyer, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, que sur des fondements scientifiques et des techniques médicales encore relativement douteux. L'apparition du choléra a même fait resurgir le spectre des grandes épidémies d'antan et souligné le manque de connaissances sur l'étiologie des maladies. C'est seulement à partir des années 1880, avec les découvertes de Louis Pasteur, que les moyens de la médecine moderne se mettent réellement en place, ouvrant la voie à des interventions politiques de plus en plus efficaces. Ces nouvelles armes de lutte contre la maladie et la mort ont, dans le même temps, renforcé l'idée que les pouvoirs publics se devaient de prendre en

⁽³⁰⁾ 1782-1863.

⁽³¹⁾ 1800-1890.

charge une certaine égalisation des chances de survie en faisant bénéficier le plus grand nombre de ces nouvelles technologies.

1) *Louis Pasteur : la victoire sur l'infection et l'avènement de la prévention*

Les premiers travaux à l'origine de cette révolution sont sans conteste ceux du physicien Louis Pasteur⁽³²⁾, qui ont d'abord porté, dans les années 1860, sur les levures de bière, puis sur une maladie du ver à soie, dont il découvrit qu'elle était causée par l'action d'un organisme microscopique. En 1878, dès l'année qui a suivi cette découverte, Pasteur expose sa *Théorie des germes* (Pasteur, 1878), l'année même où ceux-ci sont nommés microbes par Charles-Emmanuel Sédillot⁽³³⁾. Très vite ensuite, Louis Pasteur met au point le vaccin contre le charbon (Pasteur *et al.*, 1881) et le vaccin contre la rage (Pasteur, 1885). À la même époque, Robert Koch⁽³⁴⁾ découvre coup sur coup le bacille de la tuberculose en 1882 (Koch, 1882) et le vibrion cholérique en 1884 (Koch, 1886). Et ce n'était que le commencement d'une longue série de découvertes qui ont, aux XIX^e et XX^e siècles, permis de mettre au point des vaccins contre de nombreuses maladies infectieuses (tableau 1).

Ces découvertes ont immédiatement rencontré le soutien des hygiénistes qui ont largement contribué à populariser à la fois les nouvelles idées qui les sous-tendaient et l'intérêt qu'elles représentaient pour l'amélioration de la santé des populations, aussi bien auprès du monde médical que du monde politique. Les politiques de santé peuvent alors s'engager résolument sur deux terrains jadis pressentis par les hygiénistes et désormais scientifiquement reconnus : la prévention vaccinale et les pratiques d'asepsie. La première peut permettre de réduire considérablement l'incidence des maladies infectieuses et les secondes donnent enfin à la chirurgie sa pleine efficacité. Enfin la théorie des germes aboutira au milieu du XX^e siècle à la découverte des sulfamides puis des antibiotiques qui renforceront encore les armes de la médecine et des politiques de santé contre les maladies infectieuses.

La vaccination est rapidement devenue un enjeu majeur des politiques de santé publique. Celles-ci ont généralement cherché à combiner campagnes d'information ou d'incitation et adoption de mesures contraignantes. Le concept de vaccination obligatoire avait déjà été inventé, on l'a vu, à propos de la vaccine de Jenner, la France ayant été un des tout derniers pays européens à s'y rallier avec la loi de 1902. Il a été repris pour protéger les populations contre un certain nombre de maladies infectieuses à mesure que des vaccins étaient mis au point. Toutefois, dans certains pays, les réticences du public ont été assez fortes. En France, par exemple, même si la diffusion des vaccins a été encouragée, le seul nouveau vaccin rendu obligatoire avant la Seconde Guerre mondiale, celui contre la diphtérie, ne l'a été qu'en 1938 (Rollet-Échalier, 1990, p. 206) et en Grande-Bretagne ce vaccin a seulement fait l'objet de campagnes d'incitations (Parish, 1965).

⁽³²⁾ 1822-1895.

⁽³³⁾ 1804-1883.

⁽³⁴⁾ 1843-1910.

TABLEAU 1. – CHRONOLOGIE DES MALADIES
POUR LESQUELLES UN VACCIN A ÉTÉ MIS AU POINT

Maladie	Découverte du vaccin
XVIII ^e siècle	
Variole - Variolisation(1) - Vaccine	1715 1796
XIX ^e siècle	
Rage	1885
Choléra	1892
Typhoïde	1896
Peste	1897
XX ^e siècle	
Pneumocoque	1911
BCG	1921
Diphthérie	1923
Coqueluche	1926
Tétanos	1927
Fièvre jaune	1932
Typhus	1941
Grippe	1944
Encéphalite japonaise	1954
Poliomyélite	1955
Poliomyélite (v. atténué)	1962
Rougeole	1963
Oreillons	1967
Rubéole	1969
Méningite	1973
Varicelle	1974
Brucellose	1979
Hépatite B	1981
Encéphalite à tiques	1991
Hépatite A	1992
(1) Arrivée en Europe. <i>Source</i> : adaptation à partir de Hannoun, 1999, p. 29	

Avant même l'arrivée des antibiotiques, les découvertes de Pasteur ont aussi conforté les pressentiments de l'accoucheur hongrois Ignaz Semmelweis⁽³⁵⁾ (1847) et du chirurgien anglais Joseph Lister⁽³⁶⁾ (1867) sur les moyens de préserver leur art du péril infectieux en l'entourant d'un maximum de mesures antiseptiques. Avec la stérilisation pasteurienne, l'asepsie pouvait succéder à l'antisepsie. Le renouveau de la chirurgie qui s'en est suivi a été d'autant plus large que depuis le milieu du XIX^e siècle avaient été

⁽³⁵⁾ 1818-1865.

⁽³⁶⁾ 1827-1912.

découverts des moyens d’anesthésie plus performants et moins dangereux que ceux du passé. Libérée des risques de complication infectieuse et de l’impossibilité d’épargner au malade de trop grandes souffrances, la chirurgie a fait entre les deux guerres un bond sans précédent.

L’arme absolue contre les maladies infectieuses semble enfin découverte quand apparaissent, dans les années 1930, les sulfamides et surtout, pendant la seconde guerre mondiale, les antibiotiques. Dès 1932, Gerhard Domagk découvre une substance capable de tuer sélectivement des bactéries pathogènes, aboutissant à la mise sur le marché des premiers sulfamides en 1935. Mais déjà, en 1928, Alexander Fleming⁽³⁷⁾ (1929) avait découvert la pénicilline, dont la fabrication ne commencera réellement qu’en 1942.

2) Des premiers systèmes de prévoyance à la Sécurité sociale

Si, au sein des sociétés anciennes, certaines institutions ont toujours prêté une attention particulière aux pauvres, surtout l’Église en Occident, plus rarement les pouvoirs civils, leur santé n’en a jamais été l’enjeu majeur et n’a guère attiré l’intérêt des pouvoirs publics qu’à travers un souci de police sanitaire visant plus à protéger la société qu’à soigner les pauvres. À la fin du XIX^e siècle, la conjonction de la montée des idées socialistes et des nouvelles armes médicales nées des découvertes de Pasteur a favorisé l’éclosion d’une nouvelle stratégie sanitaire dont le stade ultime sera la prise en charge collective du coût des soins de santé. Jusqu’alors, hormis certains aspects d’ordre public, l’individu, seul responsable de sa santé, devait lui-même en prendre en charge le coût et ne pouvait guère compter que sur la solidarité familiale en cas de maladie ou d’accident.

Avec l’extension du salariat et la montée d’une conscience collective des masses ouvrières soutenue par la diffusion des idées marxistes, de nouvelles solidarités se dessinent. Si, individuellement, l’ouvrier, le salarié, n’a pas de revenus suffisants et encore moins de capital lui permettant de faire face aux aléas de sa santé ou aux conséquences généralement désastreuses d’un accident invalidant qui le prive de son travail, ces risques peuvent être considérablement amortis si la charge en est gérée collectivement. C’est ainsi que sont nées, dès le XIX^e siècle, en marge ou au sein des organisations syndicales naissantes, les premières ébauches d’*assurances sociales*. Au milieu du XIX^e siècle, s’étaient déjà formées un grand nombre de *sociétés de secours mutuels*. En France, par exemple, il en existait près de 4 000 en 1860, couvrant plus de 500 000 sociétaires (Comiti, 1997). Parallèlement, l’action des syndicats a fini par conduire à la reconnaissance par les patrons, de leur propre chef ou contraints par l’État⁽³⁸⁾, de leur responsabilité en matière d’accidents du travail et de maladies professionnelles. Pour se prémunir eux-mêmes contre les risques que cette responsabilité leur faisait courir, les employeurs ont à leur tour créé des caisses d’assurance particulières.

⁽³⁷⁾ 1881-1955.

⁽³⁸⁾ Qu’il s’agisse d’arrêts des tribunaux ou de lois nouvelles.

Assez vite l'État est intervenu pour réglementer, parfois freiner, plus souvent accélérer cette marche vers la prise en charge collective du risque de maladie et d'accident. Il a toutefois fallu du temps avant d'en arriver à l'État-Providence de la seconde moitié du ^{xx}e siècle. Pour mesurer le chemin parcouru, on peut, par exemple, se reporter à ce que déclarait Louis Adolphe Thiers (1850) au nom de la *Commission de l'assistance et de la prévoyance publique* : « *Un homme valide, laborieux, doué d'une intelligence ordinaire, qui ne se livre pas à tous les vices, peut, avec son travail, dans nos sociétés civilisées, suffire à ses diverses obligations, à moins de circonstances heureusement accidentelles comme la maladie, un chômage, une grêle, une inondation. Que la société s'efforce dans ces cas accidentels de secourir l'homme valide, c'est un noble soin à imposer à sa prévoyance, à demander à sa vertu, et dont l'accomplissement sera à la mesure de l'estime qu'elle mérite. Mais, hors de ces cas exceptionnels, la société qui voudrait, à quelque degré que ce fût, se charger du sort d'une partie de ses membres, en ferait des oisifs, des turbulents, des factieux, aux dépens de tous les citoyens laborieux et paisibles* ». Il importait donc, selon Louis-Adolphe Thiers, que l'État contrôle les sociétés de secours mutuel qu'il soutenait afin d'éviter de telles dérives.

C'est en réalité en Allemagne, au cours des années 1880 que sont jetées les véritables bases des systèmes modernes de protection sociale, sous l'influence du chancelier Otto von Bismarck. Une loi instaure tout d'abord le premier système obligatoire d'assurance maladie, en 1883. Puis suivent, en 1884, l'organisation de la protection contre les accidents du travail et, en 1889, la loi sur l'assurance vieillesse et l'invalidité. Il faudra cependant attendre la République de Weimar pour qu'une assurance chômage soit mise en place en 1927, deux ans à peine avant que n'éclate la Grande Crise.

La France a beaucoup plus tardé à passer des sociétés de secours mutuel à un système plus général organisé au niveau national. Certes, depuis Colbert, qui avait créé sous Louis XIV une caisse d'assurances pour les marins, l'État était intervenu directement pour instituer des régimes particuliers (fonctionnaires, militaires, mineurs depuis 1894, cheminots en 1909-1910, caisse spéciale de retraites ouvrières et paysannes en 1910), mais ce n'est qu'en 1928-1930 que sont créées les *Assurances sociales*, suivies, en 1932, d'une législation sur les allocations familiales. Encore faut-il souligner qu'en 1936, l'assurance maladie ainsi mise en place ne couvrait guère plus du tiers de la population et que le tarif de responsabilité des caisses était très faible. Quant aux pensionnés des retraites ouvrières et paysannes ils ne représentaient que 20 % de la population de plus de 60 ans (Comiti, 1997). C'est seulement à partir de 1945 que le système commencera à se généraliser, en vue d'instaurer un droit universel à la santé.

Les Suédois ont été beaucoup plus précoces en la matière puisque, dès les années 1910, la Suède jetait les bases d'un système de protection sociale au bénéfice de toute la population (Olsson Hort, 2001). À l'inverse les États-Unis restent à cette époque sur une conception très libérale des politiques de santé.

Sur bien des points, la Seconde Guerre mondiale a conduit les sociétés européennes à se réformer, voire à se reconstruire. Tel est bien le cas en

matière de santé. Le XIX^e siècle avait séparé politique de santé et politique sociale, transformé l'hôpital des pauvres en hôpital des soins. La seconde moitié du XX^e siècle réunira ces deux préoccupations dans une même volonté de réduction des inégalités sociales et, notamment, de la plus injuste de toutes : l'inégalité devant la maladie et la mort. Dans le cadre plus général d'un *État-providence* qui se doit d'assurer à l'ensemble des citoyens les moyens d'accéder à des conditions de vie décentes, de l'enfance à la vieillesse, dans tous les domaines (instruction, logement, travail, loisirs, retraite, etc.), la santé devient un droit et l'État doit veiller à ce qu'il soit bien ouvert à tous.

En matière de santé, deux systèmes nouveaux naissent des ruines de la guerre. Le premier, qui n'est pas réellement nouveau dans son concept, puisqu'il est directement inspiré du modèle bismarckien, est en fait une généralisation de ce dernier. Il repose sur l'organisation par l'État de régimes obligatoires d'assurance maladie, dont la gestion est confiée aux partenaires sociaux (organisations patronales et syndicats) et qui tirent leurs ressources de cotisations sociales, assises principalement sur les revenus professionnels. Ces régimes passent des conventions avec des partenaires de soins, publics ou privés (institutions hospitalières, praticiens libéraux, compagnies pharmaceutiques, etc.). Ils fixent en concertation avec l'État les modes de rémunération et les tarifs médicaux imposés aux malades ainsi que les modalités de remboursement, total ou partiel, de ces derniers. L'État établit les règles et veille à l'équilibre général du système mais n'intervient qu'exceptionnellement dans sa gestion. Le citoyen se voit reconnu un droit à la santé sous forme d'un droit d'accès aux soins médicaux mais le malade conserve la liberté de recourir aux prestataires de santé de son choix. C'est le système qui a été adopté en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Belgique, en Autriche, etc. (Létourmy, 2000).

L'autre système a pour modèle le plan Beveridge⁽³⁹⁾ mis en place au Royaume-Uni en 1946-1948 (Harris, 2001). Il repose sur la primauté d'un secteur public de soins (sans pour autant faire disparaître le secteur privé auquel ceux qui en ont les moyens peuvent toujours avoir recours), dont le financement est assuré, essentiellement, par l'impôt. Les citoyens y accèdent gratuitement (ou presque) mais le choix du point d'entrée est restreint. Les pouvoirs publics contrôlent directement le financement, fourni sous forme d'attributions budgétaires aux institutions et d'honoraires forfaitaires aux médecins, fonction du nombre de citoyens inscrits sur leurs listes. Ils contrôlent aussi l'activité médicale, dispensée dans des établissements publics. Ce modèle britannique a été repris en Irlande, dans les pays nordiques, en Italie, en Espagne, au Portugal, en Grèce, etc. Il n'est pas très loin en fait du système complètement étatisé mis en place en Union soviétique avant la guerre puis par tous les régimes communistes d'Europe centrale à partir de 1945.

À l'inverse les États-Unis n'ont toujours pas de système de protection universel, même si dans les années 1960 des efforts ont été faits en direction de certaines tranches de la population (avec, notamment la mise en place de

⁽³⁹⁾ Du nom de Sir William Beveridge (1879-1963) auteur du rapport du même nom déposé en 1942 et publié en 1943.

Medicare⁽⁴⁰⁾). Au reste l'assurance privée ou, au mieux, organisée contractuellement entre les employeurs et les employés, est la seule voie de partage collectif des risques de santé.

En revanche, l'idée, sinon encore d'un droit universel à la santé, du moins d'une nécessité de réduire les énormes disparités prévalant à l'échelle de la planète, a été largement à la base de la création de l'OMS et de l'orientation de ses programmes, au moment même où les puissances coloniales commencent elles-mêmes à se soucier de la santé des populations indigènes (le pillage des ressources cédant en partie la place à la mise en valeur des productions pour laquelle il faut disposer de main-d'œuvre en bonne santé). De même que les progrès médicaux spectaculaires réalisés depuis la fin du XIX^e siècle avaient fait naître l'espoir qu'il serait possible dans les pays industriels d'égaliser les chances des citoyens devant la mort, de même il semblait réaliste de se donner pour objectif de faire profiter, sans grands frais, les populations déshéritées du Tiers-Monde des nouvelles technologies les moins coûteuses pour, sinon leur donner accès aux espérances de vie les plus élevées, du moins leur permettre de réduire grandement l'écart avec les pays riches, sans attendre qu'elles atteignent le même niveau de développement économique.

Durant trente ans, les «trente glorieuses»⁽⁴¹⁾, les idéaux de la sécurité sociale et du tiers-mondisme ont eu le vent en poupe et largement inspiré les politiques de santé nationales et internationales, tant qu'a duré la longue phase de prospérité économique qui a suivi la Seconde Guerre mondiale. Avec la crise économique mondiale des années 1970, le retour en force du libéralisme économique, la chute de l'Empire soviétique, le déséquilibre des structures par âge engendré par la baisse des taux de fécondité européens, bien au-delà du niveau de remplacement, ces grandes avancées se heurtent à leurs limites. L'État-providence est décrié dans les pays du Nord et des plans drastiques d'ajustement structurel sont imposés aux pays du Sud. Les systèmes de santé sont, sinon ouvertement remis en cause dans les pays du Nord, du moins soumis à des exigences budgétaires de plus en plus sévères⁽⁴²⁾. Dans certains pays du Sud, notamment en Afrique sud-saharienne, les services sanitaires, en pleine déconfiture, ont reçu le coup de grâce avec l'irruption du sida.

Une réflexion d'ensemble sur les politiques de santé n'en est que plus nécessaire.

⁽⁴⁰⁾ *Medicare* a été créé par une loi du 30 juillet 1965 sous la Présidence de Lyndon Johnson (Corning, 1969). Le système offre une couverture hospitalière gratuite à tous les anciens travailleurs de plus de 65 ans ayant travaillé plus de 40 trimestres, ainsi qu'à leurs conjoints éventuels (Card *et al.*, 2004).

⁽⁴¹⁾ Expression due à Jean Fourastié (1979).

⁽⁴²⁾ En France, par exemple, on est passé d'une politique de maîtrise de l'offre (de la «rationalisation des choix budgétaires», à la planification sanitaire, à la définition d'une «carte sanitaire») à celle plus rude encore de maîtrise des dépenses (réduction des prestations) pour éviter d'avoir à trop augmenter les prélèvements, de plus en plus décriés.

RÉFÉRENCES

- BEVERIDGE William H., 1943. – *Social insurance and allied services*. – Londres, Allen and Unwin, 300 p.
- BIRABEN Jean-Noël, 1975. – *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens. Tome I : la peste dans l'histoire*. – Paris, Mouton, 459 p.
- BIRABEN Jean-Noël, 1976. – *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens. Tome II : les hommes face à la peste*. – Paris, Mouton, 416 p.
- BIRABEN Jean-Noël, 1979. – La diffusion de la vaccination en France au XIX^e siècle, *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, vol. 86, n° 2, p. 265-276.
- BIRABEN Jean-Noël, 1990. – Histoire des hôpitaux de Paris (VII^e-XVIII^e siècles), *Revue de la Bibliothèque nationale*, n° 36, «L'hôpital et la ville», p. 20-28.
- BOURDELAIS Patrice (dir.), 2001a. – *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques. XVIII^e-XX^e siècles*. – Paris, Belin, 544 p.
- BOURDELAIS Patrice, 2001b. – Les logiques du développement de l'hygiène public, in : Patrice BOURDELAIS (dir.), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques. XVIII^e-XX^e siècles*, p. 5-26. – Paris, Belin, 544 p.
- CABOURDIN Guy, BIRABEN Jean-Noël et BLUM Alain, 1988. – Les crises démographiques, in : Jacques DUPÂQUIER (dir.), *Histoire de la population française. II : de la Renaissance à 1789*, p. 175-220. – Paris, Presses universitaires de France, 602 p.
- CARD David, DOBKIN Carlos et MAESTAS Nicole, 2004. – *The impact of nearly universal insurance coverage on health care utilization and health : evidence from Medicare*. – Cambridge, National Bureau of Economic Research, 73 p. (Working Paper 10365 ; <http://www.nber.org/papers/w10365>).
- CHADWICK Edwin, 1842. – *Report on the sanitary condition of the Labouring population of Great Britain*. – Londres (1842) puis Edimbourg (1965), Edinburgh University Press, 457 p. (Rééd. avec introduction de M. W. Flinn).
- CHALINE Jean-Pierre, 1998. – Une Europe transformée, in : Jean-Pierre BARDET et Jacques DUPÂQUIER (dir.), *Histoire des populations de l'Europe. II. La Révolution démographique 1750-1914*, p. 19-36. – Paris, Librairie Arthème Fayard, 648 p.
- COMITI Vincent-Pierre, 1997. – *Histoire sanitaire et sociale*. – Paris, Presse universitaires de France, 128 p. (Que sais-je ?).
- CONFUCIUS, [1981]. – *Entretiens de Confucius*. – Paris, Éditions du Seuil, 180 p. (Traduction intégrale du *Lunyu*, avec introduction, notes, cartes et chronologie, par Anne CHENG).
- CORNING Peter A., 1969. – *The evolution of Medicare... from idea to law*. – Washington, US Department of HEW, VIII + 151 p. (<http://www.ssa.gov/history/corning.html>).
- DUBLIN Louis I., LOTKA Alfred J. et SPIEGELMAN Mortimer, 1949. – *Length of life. A study of the life table, Revised edition*. – New York, The Ronald Press Company, 321 p.
- FAURE Olivier, 1994. – *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècle)*. – Paris, Anthropos, 272 p.
- FLEMING Alexander, 1929. – On the antibacterial action of cultures of penicilium, with special reference to their use in the isolation of *B. influenzae*, *British Journal of Experimental Pathology*, vol. 10, n° 3, p. 226-236.
- FOURASTIÉ Jean, 1779. – *Les trente Glorieuses ou la révolution invisible*. – Paris, Fayard, 288 p.
- FRANK Johann Peter, 1779. – *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. – Schwan, Cotta, Schaumburg, Mannheim, Stuttgart et Vienne, 6 vol. + supp., 7000 p.

- GRAUNT John, 1662. – *Natural and political observations made upon the bills of mortality*. – Londres, imprimé par T. Roycroft pour J. Martin, J. Allestry et T. Dicas, 150 p. (+ édition américaine par W. F. Wilcox, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1939, + édition française par Éric Vilquin, Paris, INED, 1977).
- GRMEK Mirko D. (dir), 1995. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 1. Antiquité et Moyen-Âge*. – Paris, Seuil, 380 p.
- GRMEK Mirko D. (dir), 1997. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 2. De la Renaissance aux Lumières*. – Paris, Seuil, 386 p.
- GRMEK Mirko D. (dir), 1999. – *Histoire de la pensée médicale en Occident. 3. Du romantisme à la science moderne*. – Paris, Seuil, 428 p.
- GUIART Jules, 1933. – Pourquoi la peste nous a quittés. Histoire de la peste en France au XVI^e siècle et au XVII^e siècle, *Revue de l'Université de Lyon*, n° 1, p. 53-91.
- HANNOUN Claude, 1999. – *La vaccination*. – Paris, Presses universitaires de France, 128 p. (Que sais-je?).
- HARRIS Jose, 2001. – Le cas de la Grande Bretagne, in : Comité d'histoire de la Sécurité sociale (éd.), *Un siècle de protection sociale en Europe*, p. 19-26. – Paris, La documentation française, 286 p.
- HICK Christian, 2001. – « Arracher les armes des mains des enfants ». La doctrine de la police médicale chez Johann Peter Frank et sa fortune littéraire en France, in : Patrice BOURDELAIS (dir.), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques. XVIII^e-XX^e siècles*, p. 41-59. – Paris, Belin, 544 p.
- HOIZEY Dominique et HOIZEY Marie-Joseph, 1988. – *Histoire de la médecine chinoise*. – Paris, Payot, 294 p. (Médecine et sociétés).
- HUDEMANN-SIMON Calixte, 2000. – *La conquête de la santé en Europe. 1750-1900*. – Paris, Belin-De Boeck, 176 p.
- IMBAULT-HUART Marie-José, 1996. – Médicalisation et fonction sociale de l'hôpital : convergences et contradictions, in : Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (dir), *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*, p. 53-86. – Paris, Douin, 236 p. (Catalogue de l'exposition, Musée de l'AP-HP, 24 octobre 1996-2 mars 1997).
- IMBERT Jean, 1977. – *Guide du chercheur en histoire de la protection sociale. Volume II (1789-1914)*. – Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 254 p.
- JENNER Edward, 1798. – *An Inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae, a disease discovered in some of the Western Counties of England, particularly Gloucestershire, known by the name of the Cow Pox*. – Londres, Sampson Low, 75 p.
- JENNER Edward, 1801. – *The origin of the vaccine inoculation*. – Londres, DN Shury, 12 p.
- KOCH Robert, 1882. – Die Aetiologie der Tuberculose, *Berliner klinische Wochenschrift*, vol. 19, n° 15, p. 221-230.
- KOCH Robert, 1886. – *Die Cholera auf ihren neuesten Standpunkte*. – Berlin, Verlag von Maelin HAMPEL.
- LA CONDAMINE (DE) Charles-Daniel, 1754. – *Mémoire sur l'inoculation de la petite vérole lu à l'Académie Royale des Sciences*. – Paris, Durand, 95 p. [sic pour 75]
- LETOURMY Alain, 2000. – Les politiques de santé en Europe, vue d'ensemble, *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1 « Les acteurs de la santé publique et les réformes », p. 13-30.
- LISTER Joseph, 1867. – On the antiseptic principle in the practice of surgery, *The Lancet*, vol. 90, n° 2, p. 353-356 et 668-669.

- MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS (dir), 1996. – *Depuis 100 ans, la société, l'hôpital et les pauvres*. – Paris, Douin, 236 p. (Catalogue de l'exposition, Musée de l'AP-HP, 24 octobre 1996-2 mars 1997).
- OLSSON HORT Sven E., 2001. – La société civile, l'État et la sécurité sociale en Suède : centralisation et décentralisation dans le modèle scandinave, *in* : Comité d'histoire de la Sécurité sociale (éd.), *Un siècle de protection sociale en Europe*, p. 49-58. – Paris, La documentation française, 286 p.
- PARISH Henry J., 1965. – *A history of immunization*. – Edimbourg et Londres, E. & S. Livingstone, XI + 356 p.
- PASTEUR Louis, 1878. – *La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie. Lecture faite à l'Académie de médecine par M. Pasteur en son nom et au nom de MM. Joubert et Chamberland, le 30 avril 1878*. – Paris, Masson, 23 p.
- PASTEUR Louis, 1885. – Méthode pour prévenir la rage après morsure, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, vol. 101, n° 17, p. 765-774.
- PASTEUR Louis, CHAMBERLAND Charles-Édouard et ROUX Émile, 1881. – De la possibilité de rendre les moutons réfractaires au charbon par la méthode des inoculations préventives, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, vol. 92, 21 mars, p. 662-665.
- ROBINSON Warren C., 2002. – Population policy in early Victorian England, *European Journal of Population*, vol. 18, n° 2, p. 153-173.
- ROLLET-ECHALIER Catherine, 1990. – *La politique à l'égard de la petite enfance sous la III^e République*. – Paris, INED, PUF, 594 p. (Travaux et Documents, Cahier n° 127).
- SEMMELWEIS Ignaz F., 1847. – Höchst wichtige Erfahrungen über die Aetiologie der in Gebäranstaltle epidemischen Puerperalfiebern, *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, vol. 4, n° 242-244
- SOURNIA Jean-Charles, 1989. – *La médecine révolutionnaire*. – Paris, Payot, 306 p.
- SOURNIA Jean-Charles, 1997. – *Histoire de la médecine*. – Paris, La Découverte, 358 p. (Sciences humaines et sociales, n° 41).
- SZRETER Simon, 1993. – The idea of demographic transition and the study of fertility change : a critical intellectual history, *Population and Development Review*, vol. 19, n° 4, p. 659-701.
- THIERS Louis-Adolphe, 1850. – *Rapport général présenté par M. Thiers au nom de la Commission de l'assistance et de la prévoyance publique dans la séance du 26 janvier 1850*. – Paris, Paulin, Lheureux et Cie, 156 p.
- VILLERMÉ Louis René, 1840. – *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. – Paris, Jules Renouard et Cie, 2 vol., VIII + 448 p., 452 p. (Études et documentation internationales (EDI), 670 p., préf. Jean-Pierre Chaline et Francis Démier).