



HAL
open science

Pour une histoire environnementale des épidémies européennes à l'époque moderne : approches historiographiques et étude de cas

Patrick Fournier

► **To cite this version:**

Patrick Fournier. Pour une histoire environnementale des épidémies européennes à l'époque moderne : approches historiographiques et étude de cas. Association des historiens modernistes des universités françaises (AHMUF). L'environnement à l'époque moderne, 39, Presses Universitaires Paris-Sorbonne, pp.149-182, 2018, 979-10-231-0607-7. hal-02155135

HAL Id: hal-02155135

<https://hal.science/hal-02155135>

Submitted on 12 Jun 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pour une histoire environnementale des épidémies européennes à l'époque moderne : approches historiographiques et étude de cas

Patrick Fournier

Université Clermont-Auvergne, Centre d'Histoire « Espaces et Cultures »

« Un empirisme modeste [...] suffit à assurer la possibilité du travail anthropologique, à savoir décrire et systématiser avec la plus grande neutralité culturelle possible les différentes manières dont des organismes un peu particuliers habitent le monde, en identifient telle ou telle propriété pour leur usage et contribuent à le transformer en tissant avec lui, et entre eux, des liens constants ou occasionnels très divers, mais non illimités »

Philippe Descola, *L'écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*, Versailles, Quae, 2011, p. 77

Les épidémies et pandémies figurent parmi les grands fléaux qui frappent l'humanité. Elles constituent une peur constante que réactivent périodiquement des maladies nouvelles ou aux formes nouvelles pensées sur le modèle de la peste : contagion rapide et mort foudroyante touchant des populations démunies et nécessitant une organisation sociale prise en charge par les organisations politiques, les institutions de santé publique et les médecins. Ce schéma a été popularisé par des œuvres de fiction appuyées sur des faits réels et proches, qu'il s'agisse du *Journal de l'année de la peste* de Daniel Defoe qui évoque la peste de Londres de 1665 alors que sévit celle de Marseille¹ ou très récemment du film *Contagion* de Steven Soderbergh sorti en 2011 et s'inspirant des réactions face à la pandémie mondiale de grippe H1N1 en 2009². Si les descriptions et les analyses de Daniel Defoe sont d'une précision telle qu'elles rendent effectivement compte, parfois mieux que les ouvrages de médecine de ses contemporains, de la progression et des mécanismes sociaux de l'épidémie, le film de Steven Soderbergh ne présente en revanche qu'un rapport lointain avec la réalité de la pandémie de grippe, même dans les zones les plus touchées comme l'Amérique du Sud. En revanche, il exprime une façon de penser l'épidémie sur le modèle de la peste, du choléra, de la fièvre jaune ou de la grippe espagnole, fléaux bien étudiés par les historiens³ et caractérisés par une attaque foudroyante qui s'installe ensuite pendant plusieurs mois ou plusieurs années avant de refluer – et éventuellement de resurgir –, une morbidité et une mortalité très élevées, une désorganisation de la société et des réactions d'effolement suivies par l'organisation de la riposte. Les analyses de Defoe et de Soderbergh ont un point commun : elles décrivent les modalités de la vie avec l'épidémie, les perturbations sociales qu'elle induit et les réactions politiques à différentes échelles. Mais là où Defoe fait preuve de fatalisme teinté de religion, Soderbergh transmet une approche plus moraliste en insistant sur les perturbations de l'ordre naturel qui ont renforcé la vulnérabilité des populations dans le monde contemporain. Il s'en

1. Daniel Defoe, *Journal de l'année de la peste* [1722], trad. Francis Ledoux, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1982.

2. Patrick Zylberman, « Destruction massive, désorganisation massive : la grippe "espagnole" (1918-1920) » in Franck Thénard-Duvivier (dir.), *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIIIe siècle à nos jours*, Paris, Ellipses, 2012, p. 81-103 ; Patrick Berche, *Faut-il encore avoir peur de la grippe ? Histoire des pandémies*, Paris, Odile Jacob, 2012.

3. Jean-Noël Biraben, *Les hommes et la peste en France et dans les pays méditerranéens*, La Haye/Paris, Mouton/EHESS, 1975-1976 (t. I, *La peste dans l'histoire*, t. II, *Les hommes face à la peste* ; Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot, *Une peur bleue. Histoire du choléra (1832-1854)*, Paris, Payot, 1987 ; François Delaporte, *Histoire de la fièvre jaune. Naissance de la médecine tropicale*, Paris, Payot, 1989 ; William Naphy et Andrew Spicer, *The Black Death and the History of Plagues*, Gloucester, Tempus, 2000.

dégage une leçon pétrie de contradictions : la confiance en l'expertise médicale, qui finit par triompher du mal, est le revers d'une défiance envers notre environnement, devenu excessivement artificiel.

La comparaison présente un autre aspect intéressant en ce que la grippe, par son mode de contamination, réactive la peur ancestrale de l'air corrompu qui était au cœur des débats anciens sur la propagation de la peste. La contagion du virus de la grippe peut passer par le contact mais aussi par de fines gouttelettes contenues dans l'air, ce qui correspond à des schémas de pensée hippocratiques, même si l'odeur n'est plus en cause. Les images de personnes portant des masques pour se protéger de la grippe renvoient à celui que portaient les médecins et qui a été popularisé avec l'« habit de peste » par des gravures et des descriptions. La distinction entre miasme et contagion, débat poursuivi depuis le Moyen Âge⁴, est renforcée par les mutations des connaissances médicales du XIXe siècle, notamment au moment des recherches sur le choléra, mais elle reste relative dans la pensée commune. L'hygiène pastorienne tient compte de la qualité du milieu de vie tout autant que des contacts entre individus malades et incite donc à renouer avec l'environnementalisme de la période moderne qui avait pu sembler dépassé au temps de la médecine clinique⁵.

De ces parallèles entre les représentations des grandes pandémies à l'époque moderne et au début du XXIe siècle, quels enseignements tirer pour l'histoire environnementale ? Dans une perspective d'histoire des progrès scientifiques, nous pourrions montrer le recul des croyances et des erreurs populaires mais aussi leur persistance due à des craintes partiellement irrationnelles⁶. Les approches classiques consacrées à l'histoire des maladies mettent ainsi en regard connaissances passées et actuelles pour évaluer l'efficacité des actions médicales et sanitaires, ce qui revient souvent à rendre compte de leur inefficacité relative ou totale avant la fin du XIXe siècle et à interroger le concept de médicalisation⁷. Nous pourrions au contraire conclure à la vertu du pré-hygiénisme et de l'hygiénisme, fondés sur l'accumulation des observations, car ces courants de pensée permettent de mener progressivement des politiques prophylactiques à l'efficacité croissante, bien que fondées sur des théories scientifiques fausses. Ces théories ont en outre l'avantage de mobiliser le sens commun au service d'un aménagement rationnel du territoire et d'une action concertée. C'est l'interprétation véhiculée par l'histoire des techniques et de l'hygiénisme qui analyse les mutations des savoirs et des pratiques à partir du dernier tiers du XVIIIe siècle⁸.

Ces deux approches, en apparence nettement distinctes, voire opposées dans le jugement qu'elles portent sur l'histoire de la lutte contre les épidémies, se rejoignent par la séparation qu'elles instaurent entre l'homme et l'environnement. A travers ces deux optiques, la maîtrise de l'épidémie passe par une meilleure connaissance des facteurs

4. Danielle Jacquart, *La science médicale occidentale entre deux renaissances (XIIe-XVe siècle)*, Aldershot, Variorum, 1997 ; Carlo M. Cipolla, *Miasmas and disease: public health and the environment in the pre-industrial age*, New Haven, Yale University Press, 1992.

5. Othmar Keel, *L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe (1750-1815). Politiques, institutions et savoirs*, Montréal, Les Presses de l'université de Montréal, 2001.

6. Cette perspective est notamment un des intérêts des recherches de Joël Coste sur les erreurs populaires : *La littérature des « erreurs populaires ». Une ethnographie médicale à l'époque moderne*, Paris, Champion, 2002 ; *Représentations et comportements en temps d'épidémie dans la littérature imprimée de peste (1490-1725), Contribution à l'histoire culturelle de la peste en France à l'époque moderne*, Paris, Champion, 2007.

7. Jacques Léonard, *Archives du corps. La santé au XIXe siècle*, Rennes, Ouest-France, 1986 ; Luc Berlivet (dir.), Dossier « Médicalisation », *Genèses*, 82, 2011/1, p. 2-94.

8. Sabine Barles, *La Ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain (XVIIIe-XIXe siècles)*, Seyssel, Champ Vallon, 1999 ; Patrice Bourdelais, *Les Hygiénistes. Enjeux, modèles, pratiques*, Paris, Belin, 2001.

environnementaux, donc par la destruction des préjugés et par l'ajustement des politiques menées aux connaissances médicales les plus objectives et les plus précises : limitations des communications et quarantaines (même dépassée, l'interprétation d'Ackerknecht concernant les rapports entre conceptions médicales et conceptions économiques⁹ a permis d'attirer l'attention sur la dimension politique des choix sanitaires), assainissement de l'espace en milieu urbain et en milieu rural, utilisation de préservatifs et de remèdes tirés d'une pharmacopée fondée sur la connaissance des substances naturelles... Cette approche a le mérite d'inciter à la reconstitution du cadre de vie matériel des populations et conduit à l'étude de l'insalubrité de l'habitat et des villes, de l'importance du parasitisme que les méthodes d'archéozoologie et d'anthropologie physique (étude de squelettes, microbiologie) permettent de mieux connaître¹⁰, du rôle de l'alimentation et de l'eau dans la propagation des maladies, ainsi que des conditions de travail dans la postérité des travaux pionniers (ou apparemment pionniers) du médecin italien Ramazzini¹¹. Elle est notamment attentive aux enjeux politiques de la *praxis* face à l'épidémie et permet de s'interroger sur la nature des pathologies dont souffraient les hommes du passé. La prise en compte des contraintes matérielles, de leur implication sur les corps et de leur impact sur les formes de l'organisation sociale est un des objectifs de l'histoire environnementale.

Une troisième voie semble toutefois possible et remplit un programme plus complet dans le cadre d'une histoire environnementale car elle ne se limite pas à reconstituer et décrire un environnement extérieur aux sociétés. Il s'agit notamment de comprendre comment les populations vivent avec l'épidémie ou la menace épidémique. Les grandes pandémies catastrophiques ne sont pas les seuls types d'épidémies. Il existe aussi de multiples maladies endémiques qui prennent une forme épidémique ponctuelle puis refluent, sans avoir l'intensité ni le caractère dramatique à une vaste échelle des pestes de Londres et de Marseille ou du choléra de 1832. Durant toute la période moderne, la maladie est certes perturbatrice, mais elle est un risque habituel auquel sont confrontées les populations et elle n'est perçue comme un fléau extérieur que lorsqu'elle est nouvelle ou devient exceptionnelle par sa nature ou son intensité. Aussi constitue-t-elle un paramètre environnemental parmi d'autres et ce sont les implications de cette « normalité » qu'il s'agit de comprendre pour l'ensemble de la population concernée, et pas seulement à travers le regard et le récit des médecins et des hommes de pouvoir. Le naturalisme des sociétés occidentales, renforcé depuis le XVIIIe siècle, n'empêche pas de penser l'« écologie des relations », selon la formule de Philippe Descola, hors du cadre de ce naturalisme¹² : l'idée même d'environnement naît de la confrontation entre un regard d'expertise qui objective la nature avec des pratiques sociales qui intègrent « humains et non humains ». L'approche micro-historique est la plus capable, dans un premier temps au moins, de rendre compte de cette écologie des relations.

9. Erwin H. Ackerknecht, "Anticontagionism between 1821 and 1867", *Bulletin of the History of Medicine*, 22 1948, p. 562-93 ; Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

10. Frédérique Audoin-Rouzeau, *Les chemins de la peste. Le rat, la puce et l'homme*, Rennes, PUR, 2003 ; Françoise Bouchet, Stéphanie Harter et Matthieu Le Bailly, « Apport de la paléoparasitologie à la connaissance des pathologies infectieuses dans les sites médiévaux de Belgique et de France », dans René Noël, Isabelle Paquay et Jean-Pierre Sosson (dir.), *Au-delà de l'écrit. Les hommes et leurs vécus matériels au Moyen Âge à la lumière des sciences et des techniques. Nouvelles perspectives, Cahiers de recherches médiévales et humanistes*, 2003, p. 99-108 ; Tung Nguyen-Hieu, Gérard Aboudharam, Michel Signoli, Catherine Rigeade, Michel Drancourt et Didier Raoult, « Evidence of a Louse-Borne Outbreak Involving Typhus in Douai, 1710-1712 during the War of Spanish Succession », *PLoS One*, oct. 2010.

11. Paul-André Rosental et Catherine Omnès (dir.), « Les maladies professionnelles : genèse d'une question sociale (XIX^e-XX^e siècles) », numéro spécial, *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, LVI, 2009/1.

12. Philippe Descola, *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard, 2005.

Sans me limiter à cette dernière approche, qui fera l'objet d'une étude de cas, je me propose d'analyser comment l'historiographie des épidémies de la période moderne rend compte à la fois de la dissociation entre nature et culture et des résistances à cette dissociation. Je me cantonnerai à des exemples choisis en France et en Europe occidentale, une approche à l'échelle mondiale amenant à poser des questions spécifiques liées aux maladies tropicales et aux confrontations entre populations, cultures et modes de vie qu'il n'est pas possible d'aborder dans le cadre de cet article¹³.

La médecine des « lieux », hier et aujourd'hui

La littérature médicale des XVIIIe et XIXe siècles abonde en considérations sur le milieu de vie : si les topographies médicales sont désormais bien connues, c'est plus généralement le principe de la constitution médicale qui fait des médecins des spécialistes de l'environnement, notamment à travers le concept de « climat ». La théorie des climats, théorisée d'un point de vue politique à l'époque moderne par Jean Bodin et Montesquieu, a permis jusqu'au XIXe siècle (mais plus fortement avant les ruptures épistémologiques de la fin du XVIIIe siècle) de penser ensemble les catégories de la nature, de la technique, du politique et du social¹⁴. La santé des populations était mise en relation avec les variations climatiques, mais aussi plus largement avec les *circumfusa*, l'ensemble des « choses environnantes » dont les caractères influent sur la qualité de vie, pensée en termes de commodité¹⁵, et dans une moindre mesure de salubrité et d'hygiène. Le pharmacien Etienne Louis Geoffroy publie en 1771 un texte à la fois traditionnel et pionnier sur l'hygiène (orthographié *hygieine*) qui reprend des préceptes traditionnels sur l'art de conserver la santé¹⁶.

Les leçons jamais oubliées de l'hippocratism

Cette façon de penser la santé et la maladie est fréquemment rapportée au rôle de la Société royale de médecine créée entre 1776 et 1778 (d'abord sous la forme d'une commission des épidémies et des épizooties) et aux mutations dans le domaine des savoirs médicaux et chimiques qui interviennent dans la seconde moitié du XVIIIe siècle¹⁷. En réalité, elle est certes systématisée durant cette période, au point que le néologisme « aérisme » a été forgé pour désigner un des axes majeurs du néo-hippocratism climatique¹⁸, mais elle plonge

13. William H. McNeill, *Le temps de la peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire* [1976], trad. fr. Claude Yelnick, Paris, Hachette 1978. Cet ouvrage pionnier a ouvert des pistes toujours fructueuses, mais qui sont soit restées centrées sur une maladie, soit consacrées principalement à l'émergence de la médecine tropicale comme champ spécifique au sein de la recherche médicale : James L. A. Webb Jr, *Humanity's Burden. A Global History of Malaria*, New York, Cambridge University Press, 2009 ; Deborah J. Neill, *Networks in Tropical Medicine: Internationalism, Colonialism, and the Rise of a Medical Speciality, 1890-1930*, Stanford University Press, 2012.

14. Jean-Baptiste Fressoz et Fabien Locher, « Le climat fragile de la modernité. Petite histoire climatique de la réflexivité environnementale », *La Vie des idées*, 20 avril 2010 (en ligne URL : <http://www.laviedesidees.fr/Le-climat-fragile-de-la-modernite.html>, consulté le 12 avril 2017).

15. Jean-Baptiste Fressoz, « Circonvenir les *circumfusa*. La chimie, l'hygiénisme et la libéralisation des "choses environnantes" : France, 1750-1850 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, LVI, 2009/4, p. 39-76.

16. *Hygieine, sive Ars sanitatem conservandi, poema, auctore Stephano Ludovico Geoffroy*, Paris, P. G. Cavelier, 1771.

17. Jean-Pierre Peter, « Une enquête de la Société royale de médecine sur les épidémies, 1774-1794. Malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 22, 1967/4, p. 711-751 ; Caroline Hannaway, « The Société Royale de médecine and Epidemics in the Ancien Régime », *Bulletin of the History of Medicine*, 45, 1972, p. 245-273.

18. Patrick Fournier, « Zones humides et aérisme à l'époque moderne », dans Jean-Michel Derex (dir.), *Zones humides et santé* (actes de la journée d'études organisée en 2008), Groupe d'histoire des zones humides, 2010, p. 9-23.

ses racines dans des conceptions antiques qui n'ont jamais été oubliées. Les auteurs d'ouvrages médicaux de la période moderne mettent fréquemment en avant des causes environnementales multiples pour tenter d'expliquer le développement de maladies. Dans son étude du scorbut, James Lind analyse divers travaux depuis le XVI^e siècle qui prennent en compte l'influence des températures et de l'humidité¹⁹. Dans des œuvres majeures comme dans des traités moins diffusés, les médecins du XVI^e et de la première moitié du XVII^e siècle mentionnent l'altération de l'air et la mauvaise qualité des aliments comme une cause des maladies, et pas seulement dans les traités consacrés à la peste. Guillaume de Baillou est le premier imitateur moderne d'Hippocrate dans les *Epidemiorum et ephemeridum* rédigées en 1570 et 1581 et publiées pour la première fois en 1640²⁰ : il y analyse dix-neuf constitutions médicales à Paris en établissant un lien entre épidémies et « climat » (au sens large de la période moderne). Le travail de Guillaume de Baillou n'est pas totalement isolé. C'est une forme de constitution médicale consacrée à un exemple précis dont rend compte le médecin aurillacois Jean Gourlat dans son *Traité de la petite vérole et rougeole qui a eu cours ceste présente année 1635*²¹. L'auteur y fait aussi allusion à une dysenterie épidémique survenue en 1609 et qu'il qualifie de maladie populaire. L'intérêt de l'ouvrage est notamment d'analyser les concepts d'épidémie et de pandémie en considérant qu'une cause extérieure et commune est nécessaire pour que ces phénomènes se produisent. Toutefois, l'influence de Baillou reste limitée. Il n'est pas forcément nécessaire d'un discours médical très élaboré pour développer des idées sur le mauvais air comme le prouve la législation du XVII^e siècle incitant à l'assèchement des marais, qui utilise systématiquement l'argument de la santé publique²².

Le rôle de la médecine anglaise est plus déterminant. Si William Harvey décrit les accès de fièvre tierce, il s'intéresse moins aux conditions extérieures de leur apparition qu'à la pathologie clinique des épisodes fébriles, avec les changements dans la consistance du sang²³. C'est surtout le caractère systématique des observations de Sydenham sur l'influence du climat dans les épidémies londoniennes qui apporte une méthodologie efficace et construite au fondement de véritables constitutions médicales²⁴. John Locke et Herman Boerhaave assurent la promotion des principes de Sydenham, en Angleterre²⁵ et dans toute l'Europe, mais cela ne signifie pas que l'environnementalisme médical triomphe aisément car les causalités lointaines intéressent toujours moins que la caractérisation des dérèglements internes au corps humain qui conduit à la classification nosologique des maladies. Le médecin padouan Ramazzini apporte aussi une contribution importante à la médecine des lieux, notamment avec le *De constitutione anni 1690*. Son œuvre n'est pas formée de morceaux séparés mais présente une unité fondée sur la reconstitution minutieuse des divers milieux et

19. Eric Martini, « Comment Lind n'a pas découvert le traitement contre le scorbut », *Histoire des sciences médicales*, XXXIX, 2005/1, p. 79-92.

20. Joël Coste, « Guillaume de Baillou, Doctor Medicus Parisiensis », *Medicina & Storia*, XI, 2011/21-22, p. 95-111 ; Vivian Nutton, « Understanding contagious diseases : Baillou's notes on Julien Le Paulmier's *De morbis contagiosis* », *ibid.*, p. 141-151.

21. Jean Gourlat, *Traité de la petite vérole et rougeole qui a eu cours ceste présente année 1635*, Aurillac, Estienne Borie, 1638 (notamment chapitre IV, « Des causes de la petite vérole et rougeole », p. 20-63).

22. Raphaël Morera, *L'assèchement des marais en France au XVII^e siècle*, Rennes, PUR, 2011.

23. Paul Reiter, "Could global warming bring mosquito-borne disease to Europe?", dans Kendra Okonski (ed.), *Adapt or Die: The Science, Politics and Economics of Climate Change*, Londres, Profile Press, 2003, p. 24.

24. Lester S. King, "Sydenham", dans *The Road to Medical Enlightenment 1650-1695*, Londres/New York, MacDonald/American Elsevier, 1970, p. 113-138.

25. Un bon exemple de l'application de la méthode de Sydenham est fourni par Joseph Rogers : *An Essay on Epidemic Diseases: and More Particularly on the Endemial Epidemics of the City of Cork, Such as Fevers and Small-Pox, But More Professedly on the Endemial Epidemic Fever of the Year MDCCXXXI, With an Attempt to Account for the General and Special Causes Producing the Same*, Dublin, printed by S. Powell for W. Smith, 1734.

de leur impact sur la santé : lieux de travail et lieux de vie doivent être pensés de manière complémentaire²⁶.

Un hippocratismes renforcé au cours du XVIIIe siècle

La recherche proprement climatique joue un rôle important. Les relevés climatiques systématiques menés par le médecin Louis Morin (1676-1712) et par différents savants dans le cadre de l'Académie des sciences de Paris (1699-1786) ne poursuivent pas directement un objectif médical, même s'ils ont pu être utilisés – et continuent de l'être – pour comprendre l'influence du climat sur l'état de santé de populations²⁷. Leur influence se mesure par exemple directement sur François Gaultier, médecin du roi à Québec à partir de 1742, qui correspond avec l'Académie des sciences en transmettant des informations sur les relations entre climat, milieu et maladies²⁸. Quelques médecins développent des idées originales dans un contexte spécifique, par exemple sur le rôle de l'alacrité des sels qui se dégagent des lagunes languedociennes et influent sur l'équilibre des corps (Caufapé²⁹), sur la mauvaise alimentation et la mauvaise boisson des marins (Duhamel du Monceau³⁰) ou sur les mauvaises conditions sanitaires des armées en campagne (Pringle³¹).

La médecine des lieux n'est cependant pas l'apanage des novateurs. Sous la plume d'un médecin conservateur et souvent décrié comme Pierre Chirac, qui n'apporte aucune théorie nouvelle, on trouve – dans un traité toutefois posthume – une analyse de l'impact des terres humides et du mauvais air appuyée sur l'expérience vécue auprès des troupes en Catalogne et à Rochefort à la fin du XVIIe siècle. Présent à Rochefort à la demande du roi en février 1694, il présente deux causes principales des maladies qui frappent la ville, notamment des épidémies de rougeole et de petite vérole : altération de l'air, dans ses qualités propres ou par les exhalaisons terrestres (« J'avois devant moi des observations annuelles de tous les pays marécageux, d'Ypres, de Furnes, de Bergue, de Philisbourg, de Mantouë, de Seyde, de basse Egypte, dont les habitans sont extrêmement fatigués par les fièvres malignes qui y règnent presque tous les étés, lorsque les marais viennent à se dessécher, et que l'air se charge des souffres indigestes et puants qui s'élèvent des vazes »³² ; l'air est empuanti « tant par la quantité des fumiers et des excréments que par la quantité de chevaux morts qu'on ne prenoit pas soin d'enterrer assez profondément »³³) ; altérations des aliments dans cette période de disette grave (acidité des vins, pain aigri fabriqué avec un blé niellé, alimentation insuffisante).

26. Julien Vincent, « Ramazzini n'est pas le précurseur de la médecine du travail. Médecine, travail et politique avant l'hygiénisme », *Genèses. Sciences sociale et histoire*, 89, 2012/4, p. 88-111.

27. Emmanuel Garnier, « *Calamitosa tempora, pestis, fames*. Climat et santé entre les XVIIe et XIXe siècles », en ligne : <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/59/51/45/PDF/6-JSE-2009-Garnier-Manuscrit-2009-03-09.pdf> (consulté le 12 avril 2017).

28. Stéphanie Tésio, « Climatologie et médecine au Canada au XVIIIe siècle », *Revue d'histoire des sciences*, LXV, 2012/1, p. 27-59.

29. Anicet Caufapé, *Nouvelle explication des fièvres*, Toulouse, Dominique Desclassan, 2^e éd., 1696.

30. Henri Louis Duhamel du Monceau, *Moyens de conserver la santé aux équipages de vaisseaux*, Paris, H. L. Guérin et L. F. Delatour, 1749.

31. Sidney Selwin, "Sir John Pringle: hospital reformer, moral philosopher and pioneer of antiseptics", *Medical history*, 10, 1966/3, p. 266-74. L'ouvrage *Observations on the Diseases of the Army in Camp and Garrison* est publié en 1752.

32. Pierre Chirac, *Traité des fièvres malignes, des fièvres pestilentiennes et autres. Avec des consultations sur plusieurs sortes de maladies* [1742], Paris, Vincent, 1750, t. I, p. 121.

33. *Ibid.*, p. 125.

Si le principe hippocratique des constitutions médicales à la manière d'Hippocrate a séduit des auteurs aux XVI^e et XVII^e siècles, c'est toutefois à partir du milieu du XVIII^e siècle qu'il devient un modèle plus systématique qui donne naissance à la topographie médicale, genre particulier qui répond de la façon la plus complète possible aux critères d'une théorie des lieux³⁴. Or la topographie puise dans une tradition renouvelée au cours des années 1750 par des auteurs comme John Huxham (*Observationes de aere et morbis epidemicis, ab anno 1728 ad finem anni 1737 Plymuthi factae*, Londres, 1752), Joseph Barthez (« Observations sur la constitution épidémique de l'année 1756 dans le Cotentin »), Valentin Holtzberger (*Dissertatio de aere, aquis et locis Argentinae*, Strasbourg, 1758), le docteur Razoux (*Tables nosologiques et météorologiques très étendues dressées à l'Hôtel-Dieu de Nîmes depuis le 1^{er} juin 1757 jusques au 1^{er} janvier 1762*, Bâle, 1767).

Ainsi, la constitution médicale, genre de plus en plus pratiqué et formalisé au cours du XVIII^e siècle, n'est pas liée à un système médical en particulier. Elle est au contraire particulièrement adaptable et offre une dimension politique qui soutient l'action sur le milieu. L'historien ne peut cependant en rester à la restitution du discours et doit aussi s'interroger sur les réalités médicales qu'il recouvre.

La pathocénose et la restitution des maladies de l'époque moderne

A la recherche des fondements biologiques de l'épidémie

Le concept de pathocénose, forgé par Mirko G. Grmek, permet de définir un complexe de maladies liées à des facteurs endogènes et écologiques dont il entend déterminer les caractères : fréquence des maladies présentes, formes prises par ces maladies, étiologie... « La pathocénose est déterminée par le cadre géographique, par la présence de parasites pathogènes et de leurs vecteurs, par le pool génique et par la vie sociale. En outre, elle est tributaire de son propre moment historique, c'est-à-dire dépend de la distribution précédente des maladies »³⁵. On voit que le programme de Grmek est bien celui d'une histoire environnementale de la santé prenant en compte à la fois des paramètres écologiques et sociaux. Mais ce n'est pas seulement un objectif car en se fondant sur les progrès de la microbiologie, de la génétique et de la paléopathologie, il a développé des analyses très convaincantes pour des maladies anciennes, ce qui lui permet notamment de relire le corpus hippocratique des constitutions médicales et d'identifier paludisme, salmonelloses, tuberculose, lèpre ou typhus³⁶. Sa méthode, appliquée au corpus hippocratique, peut tout autant l'être aux descriptions de la période moderne.

Le principe du diagnostic rétrospectif apparaît donc comme légitime et a été défendu par Joël Coste à propos des archives des Invalides³⁷. Il n'en reste pas moins difficile à appliquer car les descriptions des médecins de la période moderne sont elles-mêmes

34. Hugues Moussy, *Les topographies médicales françaises des années 1770 aux années 1880. Essai d'interprétation d'un genre médical*, thèse sous la dir. de Daniel Roche, Université Panthéon-Sorbonne, 2003.

35. Mirko G. Grmek, « Préliminaires d'une étude historique des maladies », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 24, 1969/6, p. 1473-1483.

36. Id., *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale. Recherches sur la réalité pathologique dans le monde grec préhistorique, archaïque et classique*, Paris, Payot, 1983.

37. Joël Coste, « Les registres hospitaliers d'admission, des sources de l'épidémiologie historique de l'époque moderne. Leçons tirées de l'étude du registre de l'Hôtel royal des Invalides (1670-1791) », dans Élisabeth Belmas et Serenella Nonnis-Vigilante (dir.), *La santé des populations civiles et militaires. Nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières (XVII^e-XVIII^e siècles)*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2010, p. 35-50.

tributaires des connaissances et des classifications préalables qui informent leur regard. La méfiance vis-à-vis des descriptions a donc longtemps prévalu : les travaux de François Lebrun, de Jean-Pierre Goubert et de Jean-Pierre Peter menés à la fin des années 1960 et au début des années 1970 sont caractérisés par une volonté de conserver des analyses au plus près des observations et du vocabulaire des médecins du XVIII^e siècle³⁸. C'est cette méthode que l'on retrouve dans le travail postérieur de Pierre Thillaud sur les maladies et la médecine dans le Nord du Pays Basque au XVIII^e siècle. Après une longue analyse du cadre de vie et des infrastructures sanitaires, il propose une interprétation prudente de la pathocénose, fondée en grande partie sur les catégories anciennes³⁹ : maladies pestilentielles, fièvres intermittentes (qui correspondent souvent au paludisme), dysenteries (shigelloses), fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine...), groupe de maladies comportant « rickettioses, salmonelloses, leptospiroses et brucelloses » (typhus, typhoïdes et para-typhoïdes, spirochètoses...) à la symptomatologie proche mais correspondant à des affections très différentes, affections catarrhales (rhume, grippe, pneumonie, pleurésie, phtisie...) Même avec un vocabulaire modernisé, la classification est tributaire des catégories les plus communément admises à l'époque moderne, et notamment à la fin du XVIII^e siècle puisque la spécificité de certaines maladies est déjà assez bien déterminée (peste, variole, rougeole, dysenterie...) alors que d'autres sont confondues dans des constitutions médicales complexes qu'il est souvent très difficile de débrouiller. Le programme d'une histoire environnementale n'est donc pas totalement rempli dans la mesure où la présentation est hybride, agrégeant nosologie ancienne et actuelle, ce qui révèle les limites de la capacité à historiciser le rapport entre conditions de vie et développement des maladies, en dehors d'une reproduction du discours classique consistant à incriminer prioritairement l'influence des zones humides et la mauvaise alimentation.

Les développements de la démographie historique ont fourni une méthode complémentaire fondée sur l'analyse de la mortalité. Si le modèle de la crise de subsistance a dominé en France, les études portant sur la mortalité à Bordeaux (Jean-Pierre Poussou⁴⁰) ou les crises de la fin du règne de Louis XIV (Marcel Lachiver⁴¹) ont montré que des facteurs sanitaires s'ajoutaient à la sous-alimentation pour expliquer les surmortalités. Ainsi Marcel Lachiver suggérerait-il la prégnance de la typhoïde, des dysenteries et du typhus dans les crises de mortalité de la fin du XVII^e et du début du XVIII^e siècle en se fondant sur l'analyse du vocabulaire médical de la fin du XVII^e siècle, comme celui de Jean Panthot, et sur les descriptions des médecins. Les signes cliniques de la typhoïde sont fréquemment présents pendant les pics de mortalité, notamment par l'association entre fièvres gastriques et présence d'éruptions pourpres sur le corps. L'objectif restait cependant de mettre en avant le poids de la misère. Également centrée sur la mortalité mais dans une durée plus longue (du XVI^e au XIX^e siècle), l'étude d'Alfred Perrenoud sur Genève⁴² a montré l'évolution du profil de la mortalité passant des pics saisonniers estivaux (associés notamment à la peste et à la variole) à ceux du printemps et de l'automne (liés aux maladies pulmonaires dans le premier cas et gastriques dans le second). Novatrice était notamment la mise en évidence de la variole

38. Pour une approche globale de la portée de ces travaux, voir notamment Jean-Pierre Goubert et Roselyne Rey (dir.), *Atlas de la Révolution française. 7. Médecine et santé*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1993 (importante bibliographie, p. 77-83).

39. Pierre L. Thillaud, *Les maladies et la médecine en Pays basque nord à la fin de l'Ancien Régime (1690-1789)*, Genève, Droz, 1983.

40. Jean-Pierre Poussou, « Les crises démographiques en milieu urbain : l'exemple de Bordeaux (fin XVII^e-fin XVIII^e siècle) », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 35, 1980/2, p. 235-252.

41. Marcel Lachiver, *Les années de misère : la famine au temps du Grand Roi*, Paris, Fayard, 1991.

42. Alfred Perrenoud, *La population de Genève (XVI^e-XIX^e siècles)*, Genève/Paris, Société d'histoire et d'archéologie de Genève, 1979 (chapitre IV, « Le mouvement des décès », p. 411-495).

frappant au cœur des grandes crises pesteuses de la première moitié du XVIIe siècle. Le profil des courbes s'inverse (passage d'une surmortalité à une sous-mortalité estivale) dès le milieu du XVIIe siècle, avec le reflux de la peste.

Les diagnostics rétrospectifs menés pour la période moderne aboutissent à l'idée d'une succession de maladies dominantes en Europe⁴³ : à l'âge de la lèpre (XIIe-XIIIe s)⁴⁴ succède celui de la peste, de 1347 jusqu'au deuxième tiers du XVIIe siècle ; la variole et la paludisme deviendraient les maladies dominantes aux XVIIIe et XIXe siècles, avant que le choléra asiatique ne cause un traumatisme majeur à partir de 1831-1832, puis que le combat contre la typhoïde, la tuberculose et la syphilis ne mobilise une grande partie des efforts du corps médical entre le milieu du XIXe et le milieu du XXe siècle ; enfin, le XXe siècle serait caractérisé par l'apparition de nouvelles pathologies, cancers et, dans ses deux dernières décennies, SIDA, ces maladies étant liées aux nouvelles formes de la civilisation développées ou apparues sur les ruines des autres maladies contenues ou détruites (la variole disparaît en 1979 après une campagne mondiale de vaccination menée par l'OMS). Les interprétations d'Alfred Perrenoud portent cependant à controverse car, sans ignorer l'impact des conditions de vie, elles tendent à montrer que les maladies possèdent leur autonomie et constituent un fait biologique qui vient perturber l'ordre social⁴⁵.

Fièvres et paludisme

Approfondissant le sujet des conditions d'apparition et de développement des pathologies infectieuses dans une étude portant sur trois comtés du Sud-Est de l'Angleterre entre 1600 et 1800, Mary J. Dobson a eu justement pour projet d'établir les corrélations les plus précises possibles entre milieux de vie, maladies et mortalité⁴⁶. L'optique, moins démographique, est clairement environnementale. Partant de façon classique des représentations des populations et des médecins face aux épidémies, Mary Dobson analyse les caractères géographiques de la morbidité et de la mortalité⁴⁷. Elle cherche à démontrer les liens entre les conditions sanitaires des milieux de vie et les causes de la maladie et de la mort en fonction de deux critères : l'âge et les fluctuations climatiques saisonnières. Dans les marais du Sud-Est de l'Angleterre (Essex, Kent et Sussex), la surmortalité observée notamment en bas âge s'expliquerait par la faiblesse de la population due à la présence d'une forme endémique de paludisme (*Plasmodium vivax*), transmise par un moustique (*Anopheles atroparvus*) répandu dans les estuaires aux eaux saumâtres. Des descriptions précises du caractère intermittent des fièvres (tierces ou quartes) dès le XVIIe siècle, notamment le journal astrologique de Samuel Jeake of Rye (1652-1699)⁴⁸, ne laissent aucun doute sur la présence du paludisme en Angleterre et celui-ci se maintient jusqu'au milieu du XIXe siècle au moins. L'inventaire des maladies épidémiques ayant frappé avec une intensité plus ou moins grande le Sud-Est de l'Angleterre montre cependant la grande diversité des affections touchant les population des paroisses rurales et urbaines sur la longue durée : si la peste est

43. Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, London, Harper Collins, 1997.

44. L'étude de la lèpre a été récemment renouvelée par Johan Picot : *Malades ou criminels ? Les lépreux devant le tribunal de la Purge de Montferrand à la fin du Moyen Âge*, thèse sous la dir. de Nicole Gonthier, Université Lyon 3, 2012.

45. Alfred Perrenoud, « Le biologique et l'humain dans le déclin séculaire de la mortalité », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 40, 1985/1, p. 113-135.

46. Mary J. Dobson, *Contours of death and disease in early modern England*, Cambridge, CUP, 1997.

47. *Ibid.*, « Environments and movements of disease », p. 221-490.

48. Michael Hunter et Annabel Gregory (eds.), *An Astrological Diary of the Seventeenth Century: Samuel Jeake of Rye (1652-1699)*, Oxford, OUP, 1988.

responsable de grandes mortalités dans les deux premiers tiers du XVIIIe siècle, la variole, la paludisme, les fièvres typhoïdes et para-typhoïdes, le typhus, les fièvres éruptives et les brucelloses sont également responsables de certaines crises épidémiques. En décentrant le regard sur l'Angleterre qui ne connaît plus de graves crises de subsistances après le milieu du XVIIIe siècle, l'étude de Mary Dobson permet de relativiser le lien établi pour la France entre sous-alimentation et maladie et de démontrer à quel point les pics de mortalité sont liés à une conjonction de facteurs parmi lesquels les conditions climatiques et sanitaires sont essentielles. Ainsi, les étés chauds et secs se révèlent-ils particulièrement propices aux fièvres gastriques comme la typhoïde dues à une mauvaise qualité de l'eau consommée.

D'autres études ont démontré que le paludisme était présent à des latitudes élevées, même durant le Petit Âge glaciaire. Autour de la mer du Nord, les foyers de paludisme ont été en grande partie limités aux zones côtières saumâtres où *Anopheles atroparvus* pouvait prospérer et transmettre *Plasmodium vivax*⁴⁹. Dans ces espaces, le taux brut de mortalité était de 25 à 50 % plus élevé que dans les régions intérieures. Cela était causé par l'effet débilisant de la fièvre tierce prolongée et des fièvres quartes. Des températures estivales élevées et des tempêtes ont été généralement suivies par une surmortalité dans un contexte de paludisme devenu épidémique. En dépit de la forte morbidité à proximité des marais côtiers, l'inquiétude populaire n'incriminait pas seulement le mauvais air mais aussi les effets du scorbut et de la mauvaise alimentation. Le paludisme a commencé à régresser dans la seconde moitié du XVIIIe siècle sous l'effet des mutations environnementales, avant même que la médecine ne puisse combattre le mal de façon vraiment efficace : changements agricoles, mesures hydrologiques et amélioration du niveau de vie ont contribué bien davantage que l'usage du quinquina au déclin de la maladie⁵⁰.

En France, rares sont les études concernant les variations des maladies sur une aussi longue durée et surtout remontant au XVIIIe siècle au moins⁵¹. Cela tient en partie au manque de sources médicales jugées exploitables de manière homogène et systématique avant la création de la Société royale de médecine en 1778. Aussi, les travaux les plus précis concernent-ils la fin du XVIIIe siècle, avec par exemple la dysenterie de 1779 particulièrement virulente dans les généralités de l'Ouest, ainsi que d'autres épidémies relatées par les archives de la Société (rougeole, variole, pneumopathies)⁵². Toutefois, la constitution d'un corpus exploitable est possible antérieurement grâce à des ouvrages et mémoires imprimés et surtout en s'appuyant sur la correspondance entre les intendants et les médecins des épidémies, abondante dès les années 1740 et dont rendent compte les séries des

49. Otto S. Knottnerus, « Autour du paludisme en Mer du Nord : une enquête », dans Gerold Wefer, Wolfgang H. Berger, Karl-Ernst Behre et Eynstein Jansen (ed.), *Climatic Development and History of the North Atlantic Realm: Hanse Conference Report*, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag, 2002, p. 339-353.

50. Chantal Beauchamp l'avait déjà montré pour la Sologne au XIXe siècle : *Délivrez-nous du mal ! Epidémies, endémies, médecine et hygiène au XIXe siècle dans l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher*, Hérault, 1990. Pour une vue synthétique analysant notamment les relations entre paludisme et d'autres fièvres comme la typhoïde, voir Jean-Michel Derex, « Géographie sociale et physique du paludisme et des fièvres intermittentes en France du XVIIIe au XXe siècle », *Histoire, économie et société*, 27, 2008/2, p. 39-59.

51. Il faut mentionner l'important travail d'Alain Croix sur la Bretagne : *La Bretagne aux XVIe et XVIIe siècles. La vie, la mort, la foi*, Paris, Maloine, 1981. Les épidémies font l'objet d'un gros chapitre (t. I, chapitre VIII, « L'épidémie », p. 453-571). La chronologie retenue et surtout la nature des sources exploitées (principalement les archives municipales) induisent cependant une focalisation classique sur la peste.

52. François Lebrun, « une grande épidémie en France au XVIIIe siècle : la dysenterie de 1779 », dans *Hommage à Marcel Reinhard. Sur la population française aux XVIIIe et XIXe siècles*, Paris, Société de démographie historique, 1973, p. 403-413 ; J.-P. Goubert et R. Rey (dir.), *Atlas de la Révolution française*. 7., *op. cit.*, p. 10-19.

intendances conservées dans les archives départementales⁵³. Certains pics de mortalité locaux ont aussi attiré l'attention, comme celui associé à la « peste du riz » à Thiers en 1741⁵⁴ qui n'est pas dû à une crise de subsistance mais attribué à la création de rizières dans ce secteur de l'Auvergne, ou comme celui intervenu d'août à décembre 1766 dans quatre paroisses du Berry situées entre Issoudun et Bourges (Charost, Plou, Villeneuve et Civray)⁵⁵, résultat d'une épidémie connue par la correspondance entre le régisseur du château de Castelnaud à Plou et le marquis de Bussy, ainsi que par la précision exceptionnelle du registre paroissial de Civray mentionnant les causes de la mort en août et septembre 1766⁵⁶. La reconstitution de la structure par âge des décès dans la paroisse de Civray, montre que les enfants de moins de dix ans ont été les plus gravement touchés. Emeline Roucaute a pu inventorier les mentions de fièvres en basse Provence aux XVIIe et XVIIIe siècles grâce à l'attention particulière des autorités provinciales et des médecins aux crises épidémiques survenues dans l'espace concerné par les drainages de marais à proximité du territoire arlésien⁵⁷. Dans tous ces cas, les conclusions rejoignent celles de Mary Dobson en faisant l'hypothèse, fondée à la fois sur l'étude du milieu (des zones humides, même partiellement drainées) et sur l'analyse plus ou moins poussée des symptômes, que les épidémies sont dues principalement au paludisme. La présence accidentelle de *Plasmodium falciparum*, plus virulent que *Plasmodium vivax*, est avancée par certains auteurs pour expliquer le caractère violent et rapide de la crise épidémique, comme à Thiers. Ce faisant, ces études occultent la présence potentielle d'autres maladies parmi les facteurs de mortalité, ce qui risque d'amener à une schématisation excessive des réalités, notamment sur la moyenne ou la longue durée. Ainsi, beaucoup de descriptions rapportées par Emeline Roucaute (79 relations d'épidémies au XVIIIe siècle dans l'actuel département des Bouches-du-Rhône) restent très vagues et générales, mêlant fièvres continues, rémittentes et intermittentes prenant un caractère épidémique dans diverses saisons. Une relecture du corpus devrait donc être plus sélective, d'autant plus que certaines relations n'ont pas un caractère prioritairement médical (livres de raison, correspondances...)

Les limites d'une histoire des rapports entre épidémies et environnement

Les travaux empiriques qui ont suivi les recherches de Mirko Grmek et Alfred Perrenoud restent donc tributaires d'une vision essentiellement biologique séparant les caractères naturels de la maladie de ses représentations culturelles, qu'elles soient savantes ou populaires. Deux limites essentielles s'en dégagent.

La première tient à la difficulté qui perdure pour identifier la cause objective des décès et analyser la morbidité. La symptomatologie est toujours complexe, et les médecins de la

53. Ainsi aux Archives départementales du Puy-de-Dôme, les relations d'épidémies postérieures à la peste de Marseille commencent en 1741 et représentent 24 liasses (1 C 1356 à 1C 1379) entre 1741 et 1787.

54. Paul-Martin Bondois, « Un essai de culture exotique sous l'Ancien Régime. La "peste du riz" à Thiers (1741) », *Revue d'histoire économique et sociale*, 16, 1928/3, p. 586-655. Cette affaire a été réétudiée récemment dans une perspective d'histoire médicale : Natacha Jacquemard et Éric Faure, « Une association délétère : les rizières aux portes des villes. L'exemple de la peste des rizières à Thiers en 1741 et analyse de la législation », dans Corine Beck *et al.*, « Zones humides et villes d'hier et d'aujourd'hui : des premières cités aux fronts d'eau contemporains », *Revue du Nord*, hors-série, 26, 2011, p. 297-306.

55. Geneviève Bailly, « Aspects de la vie quotidienne dans le marquisat de Castelnaud (1761-1785) », *Cahiers d'archéologie et d'histoire du Berry*, 115, septembre 1993, p. 17-51.

56. Arch. dép. Cher, 34 F 257, correspondance du marquis de Bussy ; 3 E 142, registres paroissiaux de Civray.

57. Emeline Roucaute, « Une condition répulsive dans les rapports société/marais : l'exemple du paludisme en Provence (1550-1850) », *Annales du Midi*, 119/257, janvier-mars 2007, p. 41-55 ; *id.*, *Une histoire des zones palustres en milieu méditerranéen entre bas Rhône et basse Durance (XIVe-début XIXe siècle)*, thèse sous la dir. de Michel Fixot, Université de Provence, 2008, t. 1, p. 49-89 (« Fièvres et pathologies paludéennes dans les zones humides provençales »).

période moderne utilisent un vocabulaire qui médiatise leur regard en fonction de leurs connaissances et des objectifs poursuivis. Aussi le discours médical n'est-il jamais neutre et ne peut-il être réduit à la restitution d'une réalité biologique, comme l'ont souligné plusieurs historiens de la médecine⁵⁸. Cela n'invalide nullement les conclusions tirées d'études générales mais pousse à s'interroger sur le modèle de diagnostic rétrospectif qui consiste à identifier un mal unique derrière chaque pic épidémique. La rationalisation *a posteriori* du discours des contemporains fondée exclusivement sur les critères confortant l'identification de la maladie recherchée entraîne une simplification par un souci de « traduction » et de transposition simple. Notons que Mirko D. Grmek a fait preuve de prudence en cherchant surtout à élucider des cas spécifiques à travers l'étiologie de malades particuliers⁵⁹. Dès que l'historien de la médecine se penche sur une épidémie, la démarche devient beaucoup plus complexe.

La seconde limite est de nature politique. Le principe de l'autonomie de la maladie épidémique, dépendant de facteurs « naturels » essentiellement extérieurs à la société qu'elle frappe, notamment climatiques (pour des périodes où l'impact des activités humaines sur le changement climatique semble faible, voire négligeable) conduit à faire de l'épidémie un événement et un risque encourus par des sociétés particulièrement vulnérables, puisque disposant de peu de moyens pour se prémunir du mal. Or si la peste, la variole et le paludisme intéressent particulièrement les historiens modernistes, c'est non seulement parce que ces pathologies sont fréquentes et virulentes, mais parce qu'il existe dans la période étudiée des stratégies sociales et politiques pour s'en prémunir. La mise en œuvre de quarantaines et de systèmes d'information locaux, nationaux puis internationaux de plus en plus efficaces contre la peste, les controverses scientifiques et publiques sur l'inoculation contre la variole et les politiques d'assainissement déployées en ville et dans les campagnes pour lutter contre les fièvres constituent trois champs de confrontation du discours médical et du discours politique à travers lesquels s'observe le « besoin de sécurité » croissant des populations⁶⁰. Les pouvoirs publics prennent en charge de nouvelles formes d'intervention sur le territoire et sur les individus en limitant le risque. Toutefois, c'est d'abord par une action sur les espaces de vie que la relation au risque est modifiée car les stratégies pour convaincre les individus de se protéger sont encore peu efficaces, même si elles ont plus d'incidence en Angleterre qu'en France, comme le montre la pratique de l'inoculation dans la seconde moitié du XVIIIe siècle.

Des discours à la praxis : le cas de Villeneuve-lès-Avignon en 1776

Le diagnostic rétrospectif en question

L'analyse d'un « événement » épidémique peut aider à mieux comprendre les enjeux épistémologiques d'une relecture de l'histoire de la santé à la lumière des questions environnementales. La maladie ayant touché Villeneuve-lès-Avignon au cours de l'été et de l'automne 1776 a mobilisé de nombreux acteurs locaux (maire et curé de la communauté, chartreux, médecins d'Avignon) mais aussi provinciaux et nationaux (services de l'intendance

58. Jon Arrizabalaga, "Problematising retrospective diagnosis in the history of disease", *Asclepio*, 54, 2002/1, p. 51-70; Claudia Stein, "The Meaning of Signs: Diagnosing the French Pox in Early Modern Augsburg", *Bulletin of the History of Medicine*, 80, 2006/4, p. 617-648. La description des signes cliniques obéit à des savoirs préalables et la médecine moderne est fondée sur l'étude de la rencontre entre les caractéristiques corporelles individuelles et l'influence du milieu.

59. Voir par exemple Mirko D. Grmek, *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, op. cit., p. 491-496 (« Un cas de fièvre typhoïde »).

60. Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard/Éditions du Seuil, 2004.

de Languedoc, commission des épidémies créée à Paris) dans ce bourg qui compte environ 3300 habitants au début de la Révolution. Cette épidémie a fait l'objet de la thèse de médecine de Christelle Got dont je propose ici une relecture fondée sur l'interprétation de la documentation originale⁶¹. Christelle Got identifie clairement la maladie comme un paludisme grave : les symptômes décrits par les médecins de l'époque, Jean-Baptiste Gastaldy et Jean Vergnes, sont des fièvres intermittentes tierces ou double-tierces accompagnées d'atteintes neurologiques, de troubles digestifs avec diarrhées bilieuses et peut-être dans certains cas d'insuffisance rénale fonctionnelle que signaleraient des urines couleur « teinture de safran »⁶². Ce diagnostic se fonde sur les descriptions de deux médecins seulement, certes en première ligne dans la lutte contre la maladie. Or il existe deux autres interventions médicales dont rend compte le rapport rédigé pour la Société royale de médecine par Félix Vicq d'Azyr et Nicolas Jeanroi⁶³. Celle d'Esprit Calvet se concentre sur la recherche des causes de l'épidémie et sur les recommandations pour en limiter les effets, mais celle de la faculté de médecine de Montpellier est beaucoup plus précise en distinguant quatre classes de fièvres : les fièvres intermittentes tierces, double-tierces ou plus rarement quarts, présentées comme bénignes ; les fièvres intermittentes pernicieuses accompagnées de complications correspondant à celles mentionnées par Gastaldy et Vergnes ; des fièvres continues considérées comme des complications des précédentes ; enfin des fièvres continues malignes. Si ces deux dernières catégories sont décrites de façon imprécise, elles attirent l'attention sur les multiples niveaux de lecture de l'épidémie. Certes, la fièvre paludéenne peut présenter une forme continue, ce qui rend l'identification de la maladie complexe⁶⁴, mais Gastaldy et Vergnes fournissent eux-mêmes d'autres symptômes qui ne sont pas pris en compte de façon spécifique par Christelle Got : la présence de taches pourprées et la langue noire et sèche de certains malades. Ces symptômes, associés à d'autres comme les troubles gastriques, le hoquet, l'assoupissement et le délire peuvent désigner des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Or les descriptions de Gastaldy s'attardent sur ces signes spécifiques : « Il est important de remarquer que ces symptômes, si l'on excepte la diarrhée et le pourpre, disparaissent à la fin de chaque paroxysme et qu'ils ne se sont soutenus que dans le cas où la fièvre intermittente s'était changée en une fièvre continue maligne ». La fièvre maligne accompagnée de pourpre correspond bien plus fréquemment à la typhoïde qu'au paludisme. C'est bien ainsi qu'au milieu du XIXe siècle le docteur Max Simon interprétait certaines épidémies locales normandes décrites par Louis Lépecq de la Clôture dans une étude sur les constitutions épidémiques normandes parue l'année même de l'épidémie de Villeneuve-lès-Avignon⁶⁵. C'était certes dans une période d'intenses travaux sur l'identification de la typhoïde. Ainsi se dessine une autre perception possible de l'épidémie de 1776 : aux effets du paludisme, dont les deux formes principales (*vivax* et *falciparum*) peuvent se conjuguer⁶⁶, s'ajoutent

61. Christelle Got, *Un cas historique de paludisme grave : l'épidémie de 1776 à Villeneuve-lès-Avignon*, Villeneuve-lès-Avignon, Société d'archéologie du vieux Villeneuve, 1999.

62. *Ibid.*, p. 157-159.

63. Félix Vicq d'Azyr et Nicolas Jeanroi, « Rapport fait à la Société royale de médecine au sujet de l'épidémie qui a régné à Villeneuve-lès-Avignon », *Histoire de la Société royale de médecine. Avec les mémoires de médecine et de physique médicale tirés des registres de cette Société (année 1776)*, Paris, Didot jeune, 1779, t. 1, p. 213-225.

64. Les médecins de la fin du XIXe siècle qui avaient progressé dans la connaissance de l'étiologie des maladies étaient déjà confrontés à cette complexité des symptômes : voir par exemple André Chantemesse, « Fièvre typhoïde » et Fernand Vidal, « Paludisme », dans Jean-Martin Charcot, Charles Bouchard et Édouard Brissaud (dir.), *Traité de médecine*, Paris, G. Masson, 1890, t. I, p. 687-802 et 841-892.

65. Louis Lépecq de la Clôture, *Collection d'observations sur les maladies et constitutions épidémiques*, Rouen, Imprimerie privilégiée, 1776 ; Max Simon, *Étude pratique rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au XVIIIe siècle*, Paris, J.-B. Baillière, 1854.

66. Leonard Jan Bruce-Chwatt et Julian de Zulueta, *The Rise and Fall of Malaria in Europe. A Historico-Epidemiological Study*, Oxford, OUP, 1980.

probablement d'autres maladies. Il est aussi possible d'envisager la présence de la fièvre typho-malarienne dont se fait écho la médecine tropicale du début du XXe siècle⁶⁷.

L'analyse du profil mensuel de l'épidémie révèle qu'il s'agit d'une maladie estivo-automnale, avec un pic de mortalité entre août et octobre 1776 et des prolongements pendant la fin de l'automne et le début de l'hiver (novembre 1776 à janvier 1777), sans qu'il soit possible d'affirmer que la cause des morts était toujours la même (**fig. 1**). Le paludisme atteint souvent son maximum de gravité durant les chaleurs estivales mais le profil mensuel correspond aussi à celui des fièvres gastriques automnales. Une mise en perspective montre qu'en moyenne, sur la période 1700-1789, la fréquence de la mortalité à Villeneuve atteint son maximum entre les mois de juillet et de septembre (**fig. 2**). Un paludisme endémique de forme *vivax* pourrait être en partie responsable de ce profil, même en dehors des périodes de crises les plus graves, mais il existe d'autres fièvres estivales. Ce qui est remarquable en 1776, c'est plutôt le pic du mois d'octobre. L'enquête réalisée pour les services de l'intendant datée du 24 novembre 1776⁶⁸ montre un taux de morbidité de 54,8 % (1351 malades entre début août le 24 novembre sur 2447 habitants) et un taux de létalité de 8,9 %, ce qui est inférieur aux données fournies par des études récentes portant sur les conséquences du paludisme grave (*falciparum*) menées au service des maladies infectieuses du CHU de Dakar (létalité de 17 %) et au Bénin (létalité de 12 %)⁶⁹. Aucune conclusion directe ne peut être tirée de ces comparaisons car les conditions de vie et les modalités des enquêtes divergent. Toutefois, une analyse comparative des taux de morbidité et de létalité lors des épidémies, lorsqu'elle est possible, permet de déterminer la gravité des crises et de dépasser le caractère subjectif des appréciations des contemporains. Il serait donc utile d'élargir la recherche à d'autres cas pour le XVIIIe siècle.

Santé et environnement : un enjeu politique

La reconstitution du contexte permet de mener une autre approche de la crise qui en révèle les implications politiques. Il faut d'abord remarquer que la crise de mortalité de 1776 a été précédée par une autre – encore plus forte – l'année précédente (**fig. 3**), bien que plus étalée dans le temps et avec un profil mensuel très différent (elle dure de février 1775 à février 1776 avec un apogée de mai à septembre 1775), mais pour laquelle il n'existe pas de diagnostic, parce qu'aucun médecin n'en a laissé de description et que les autorités locales et provinciales ne semblent pas lui avoir prêté une attention particulière⁷⁰. Il pourrait s'agir d'une épidémie de variole ou de grippe (celle-ci attestée pendant l'hiver 1775-1776) et plus sûrement, compte tenu de la durée de cette crise, d'un ensemble de maladies. Objectivement, ce sont donc les deux années 1775 et 1776 qui constituent un épisode de surmortalité, avec une accalmie au printemps 1776 qui fait suite à un hiver rigoureux. Notons aussi que les années 1765 et 1768, et plus anciennement 1725, ont connu un nombre de décès élevé et que le rapport entre le nombre de décès et le nombre de baptêmes est supérieur à un au cours de deux décennies, les années 1710-1719 et 1770-1779 (**fig. 4a et 4b**) : Villeneuve a donc connu au XVIIIe siècle d'autres moments de crise d'intensité comparable dans le court et le moyen terme, l'année 1775 (et non 1776) étant la plus difficile. Pourquoi, dans ces conditions, cette

67. Aristide Le Dantec, *Précis de pathologie exotique*, Paris, Librairie Octave Doin, 1924, t. I, p. 336-345.

68. Arch. dép. Hérault, 1 C 4651.

69. Diop *et al.*, « Aspects actuels du paludisme grave de l'adulte à la clinique des maladies infectieuses du CNHU de Fann à Dakar », *Médecine d'Afrique Noire*, n° 5704, avril 2010, p. 193-197 ; *Plan stratégique de lutte contre le paludisme au Bénin (2006-2010)*, Cotonou, Programme national de lutte contre le paludisme, 2010, 96 p.

70. Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 27 (paroisse Saint-Pons) et GG 31 (paroisse de la Barthelasse). La paroisse Saint-Pons est beaucoup plus peuplée que celle de la Barthelasse qui concerne seulement l'île.

focalisation sur la crise de la fin de l'année 1776 ? Le comte de Saint-Priest, intendant de Languedoc, province dont relève la communauté de Villeneuve-lès-Avignon, est prévenu des effets de l'épidémie par un courrier du maire en date du 15 septembre 1776⁷¹ et diligente rapidement une enquête auprès des médecins locaux (dont Vergnes, le maire de Villeneuve, qui est aussi médecin) et de la faculté de médecine de Montpellier. Toutefois, il est prévenu pour des raisons qui ne tiennent pas seulement à l'épidémie. Comme l'a montré Georges Pichard⁷², la période allant de 1754 à 1774 correspond à une phase de crues intenses, les inondations du Rhône de 1755 étant les plus remarquables et ayant causé de gros ravages sur l'île de la Barthelasse et sur les rives du fleuve. Les destructions de terres agricoles sont fréquentes et l'idée de construire une digue est proposée au parlement de Toulouse par différents propriétaires concernés à partir de 1766. L'abbaye Saint-André protège ses propres terres par une chaussée édifiée entre 1766 et 1771. Un montage financier approuvé par le Conseil d'État permet d'achever la digue entre octobre 1773 et février 1776 : il fait intervenir le clergé de France, les propriétaires des terrains à protéger (dont la communauté) et la monarchie qui octroie une subvention⁷³.

Le pic épidémique de la fin de 1776 est l'occasion d'engager de nouveaux travaux portant sur le comblement de mares situées au pied du rocher qui supporte le fort Saint-André (mares situées à l'emplacement de l'ancien cours du Rhône, modifié lors des récentes inondations) et sur le défrichement de *broutières* (oseraies et taillis de saules principalement) entre le fort et le Rhône qui sont rendues responsables de la maladie par les exhalaisons qui s'en dégagent. Le rôle des mares avait déjà été incriminé en 1774 à la suite de la recrudescence des fièvres intermittentes⁷⁴, mais le débat qui se produit à la fin de 1776 entre des propriétaires de *broutières*, les représentants de la communauté, les services de l'intendant et les États provinciaux concerne à la fois la méthode d'assainissement et l'utilité du défrichement⁷⁵. Si les eaux stagnantes sont unanimement considérées comme dangereuses, le rôle de cette végétation semi-aquatique qui présente une valeur économique défendue par les propriétaires est l'objet d'un débat finalement tranché par un principe de précaution après avis des autorités médicales (représentants de la commission des épidémies et de la faculté de médecine de Montpellier). Les rapporteurs de la commission estiment en effet que le défrichement doit permettre une meilleure circulation de l'air, favorable à la salubrité. L'inspecteur des travaux publics de la province de Languedoc est donc chargé de l'organisation des travaux et se félicite de leur quasi-achèvement en septembre 1777⁷⁶. Des ordonnances municipales rappellent l'obligation de maintenir les rues propres et de ne pas laisser divaguer d'animaux⁷⁷.

La réaction municipale paraît donc rapide, complète en fonction des critères sanitaires et médicaux de l'époque, et efficace, puisque la morbidité et la mortalité diminuent fortement dès 1777. La réalité est cependant très différente car la modification du milieu a été limitée : la plus importante mare n'a pu être entièrement asséchée et les *broutières* sont rapidement replantées par plusieurs fermiers et propriétaires, parmi lesquels Vergnes lui-même, maire au

71. Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, FF 17, non folioté.

72. Georges Pichard, « Les crues sur le bas-Rhône de 1500 à nos jours. Pour une histoire hydro-climatique », *Méditerranée*, 3-4, 1995, p. 105-116.

73. Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, BB 12, non folioté.

74. Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 37.

75. Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, FF 17.

76. Arch. dép. Hérault, 1 C 4655, courrier d'Amoureux, inspecteur des travaux publics de la province de Languedoc, au comte de Saint-Priest, intendant de Languedoc, 29 septembre 1777.

77. Arch. dép. Hérault, 1 C 4650, règlements du bureau de police de Villeneuve-lès-Avignon, 18 et 23 février 1777.

moment de l'épidémie et jusqu'en 1783⁷⁸. L'intérêt de ces *broutières* est d'accroître la vitesse des atterrissements et d'augmenter la taille des créments, ces zones humides qui représentent une véritable richesse en bordure des cours d'eau, pouvant même donner de bonnes terres agricoles une fois défrichées. Le défrichement peut être partiel pour favoriser la culture tandis que la partie boisée est utilisée pour le pacage et que certains espaces sont réservés à la récolte de l'osier. Ainsi la crise épidémique de 1776, qui fait suite à d'autres années de difficultés sanitaires, cristallise-t-elle des oppositions apparues antérieurement au sujet de la gestion du territoire : elle met aux prises ceux qui souhaitent favoriser un retour progressif du Rhône dans son ancien lit et qui sont donc partisans de la destruction des *broutières* et ceux qui souhaitent accroître leur bien foncier et repousser progressivement le cours du Rhône vers l'île de la Barthelasse. La solution médico-technique retenue par l'intendant et la communauté en 1777 ne peut empêcher le triomphe des intérêts des propriétaires des créments au cœur d'enjeux majeurs depuis le Moyen Âge le long du Rhône et de la Durance dans le secteur d'Avignon. Dans des proportions plus modestes, cette affaire rappelle les échecs de l'assainissement des marais pontins entrepris à la même époque par le pape Pie VI (1777-1779)⁷⁹.

La science en action : débats scientifiques et regards sur le territoire

Un autre enjeu de nature politique concerne plus directement le corps médical, qui est instrumentalisé par les parties en présence mais poursuit aussi sa propre stratégie. Lorsque la crise épidémique survient, la commission de médecine pour l'étude des maladies épidémiques et épizootiques vient d'être créée à Paris par un arrêt du 29 avril 1776⁸⁰. Sa méthode est fondée sur la correspondance avec les médecins provinciaux. Dans ce contexte, Gastaldy et Calvet, tous deux médecins à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon et concurrents, ont tout intérêt à se faire remarquer et à chercher à marquer la nouvelle commission par leurs idées et leurs actions. Ils s'opposent partiellement sur l'interprétation de l'épidémie. Calvet, de treize ans plus âgé que son confrère, cherche à se démarquer de celui-ci, pourtant en première ligne dans la lutte contre l'épidémie puisque présent régulièrement sur le terrain et également médecin-major à l'hôpital royal et militaire de Villeneuve-lès-Avignon. Dans sa correspondance avec la commission⁸¹, il a tendance à minimiser la virulence de l'épidémie et à montrer la diversité des causes de la maladie, qu'il n'impute pas exclusivement aux mauvais air des mares et des *broutières* mais aussi au remuement de terres pour la construction de la chaussée, à l'insalubrité des lieux (malpropreté des rues et d'un petit marais où sont jetés des cocons de vers à soie et des cadavres d'animaux et où l'on fabrique du fumier), à la misère des habitants entraînant un habitat lui aussi insalubre, enfin à la mauvaise qualité des eaux de boisson. Cette interprétation large des causes de la maladie, doublée de références aux maladies rencontrées à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon, témoigne d'un sens aigu de l'observation et d'une compréhension empirique des causes multiples de l'épidémie. À la lumière des autres considérations sur la nature de l'épidémie, il est intéressant de noter que Calvet mentionne l'altération de l'eau de boisson comme une des causes du mal car elle constitue un indice supplémentaire allant dans le sens de la présence de fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. Avec la participation de deux grandes institutions médicales, la faculté de médecine de Montpellier et la récente commission des épidémies, c'est l'expertise médicale

78. Arch. dép. Hérault, 1 C 4656 à 4660.

79. Paolo Corti, « Le paludisme et le pouvoir pontifical : Pie VI et les marais pontins (XVIIIe siècle) », dans Neithard Bulst et Robert Delort, *Maladie et société (XIIIe-XVIIIe siècles)*, Paris, Éd. du CNRS, 1989, p. 215-233.

80. Jean Meyer, « Une enquête de la Société royale de médecine : malades et maladies à la fin du XVIIIe siècle », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, 22, 1967/4, p. 711-755.

81. Académie de médecine, fonds de la SRM, 122 d^r 5, n^o 1-13.

qui est en jeu et qui sert de justification à l'intervention des services de l'intendance, des États provinciaux et de l'inspecteur des travaux publics : ingénieurs et médecins font alors cause commune pour proposer une solution technique aux populations locales, certes pas totalement démunies mais divisées.

L'épidémie de Villeneuve-lès-Avignon fait l'objet d'une des deux premières relations d'épidémies humaines dans le premier volume publié en 1779 par la nouvelle Société royale de médecine et rassemblant les principaux apports de l'enquête pour l'année 1776. C'est même la première exclusivement centrée sur un cas précis limité dans le temps⁸². Ces relations seront suivies de vingt-six autres mémoires consacrés à des épidémies dans les dix volumes publiés par la Société royale de médecine au cours de son existence. Le fait que la maladie de Villeneuve ait à ce point retenu l'attention à Paris tient aux circonstances (les origines du fonctionnement de la commission des épidémies, devenue Société royale de médecine) mais aussi à la réactivité et à la mobilisation d'acteurs locaux nombreux et à la multiplicité des enjeux soulevés, qui ne sont certes pas tous directement explicités par un discours consacré aux causes, aux symptômes et aux remèdes contre le mal. Le texte publié par Vicq d'Azyr et Jeanroy est analytique par sa volonté de mentionner les diverses observations et opinions médicales, et oriente dans un sens strictement médical des faits dont certains aspects, de nature économique et politique, échappent aux rapporteurs, qui n'ont pas fait le déplacement à Villeneuve. Il n'en reste pas moins le témoignage d'une volonté d'exemplarité, conçu pour montrer comment la médecine peut aider au gouvernement des hommes et des territoires.

Toutefois, il occulte une approche complémentaire de l'épidémie qui s'est poursuivie au-delà de la crise de 1776 et qui témoigne de la prise en compte conjointe du critère géographique (la localisation) et du critère social, ce qui est le propre d'une démarche environnementale. Jean-Baptiste Verdeille, chanoine de la collégiale de Villeneuve, épaulé Gastaldy et les chartreux qui distribuent des remèdes gratuits. Entre mai et octobre 1777, il maintient une surveillance sanitaire et fait parvenir à l'intendant des relevés mensuels détaillant le nombre et l'état des malades, en distinguant les différents lieux et les rues de la bourgade selon le même principe que celui retenu pour l'enquête du 24 novembre 1776⁸³. Si le recul de la morbidité ne fait aucun doute, avec un déclin progressif du nombre de malades entre mai et octobre (mais il était déjà fortement amorcé depuis le début de l'année 1777), ces notations révèlent que ce sont les espaces les plus proches du Rhône et des mares qui sont les plus exposés aux maladies (quartiers du Rhône et du Bourguet, rue Saint-Pons), avec des taux de morbidité compris entre 71 et 98 %. Le critère social est introduit de façon assez maladroite et rend difficile l'interprétation des chiffres : l'enquête de novembre 1776 mentionne le nombre de pauvres parmi les malades mais pas par rapport à la population globale des rues et des quartiers, ce qui ne permet pas de savoir si les quartiers les plus pauvres étaient les plus touchés. On préférerait aujourd'hui connaître la proportion de malades parmi les pauvres et les autres catégories sociales que celle des pauvres parmi les malades. Cependant, les données fournies amènent à constater une anomalie : le quartier de la Tour et des Thuillières, un des plus peuplés de la ville (450 habitants, soit 18,4 % de la population totale) présente le plus bas taux de morbidité (28,9 % contre 54,8 % pour l'ensemble de la ville) ; or, parmi les malades de ce quartier relativement préservé, près de la moitié (43,1 %) sont pauvres, ce qui constitue la plus haute proportion de pauvres parmi les malades. Le taux

82. L'autre exemple concerne l'« Extrait d'un mémoire rédigé par M. Perkins, médecin de Boston, sur la nature et l'origine des fièvres catharrales [*sic*] épidémiques, et remis à la Société par M. Franklin », *Histoire de la Société royale de médecine (année 1776)*, *op. cit.*, 1779, p. 206-212.

83. Arch. dép. Hérault, 1 C 4655.

de létalité dans ce quartier est un des plus élevés : 13,1 % contre 8,9 % pour l'ensemble de la ville. Cela suggère que dans des conditions sanitaires globales relativement favorables, les pauvres peuvent être davantage touchés, soit parce qu'ils travaillent dans les zones infestées par la maladie, soit parce qu'ils consomment une eau souillée. On observe aussi que la pauvreté aggrave les conséquences de la maladie. Cet essai de prise en compte des critères sociaux, bien qu'encore maladroit, est mené près d'un demi-siècle avant les travaux de Villermé et la naissance de l'hygiène sociale⁸⁴. La démarche du chanoine Verdeille n'est pas exploitée par la Société royale de médecine car elle est menée tardivement et ne correspond pas à la méthode de l'enquête nationale, mais elle exprime un souci de comprendre les conditions globales de l'épidémie pour les besoins d'une politique publique locale qu'appuient les services de l'intendance.

*

L'étude du cas de Villeneuve-lès-Avignon en 1776 remplit un double objectif, efficacement balisé par l'historiographie précédemment présentée : d'une part elle aide à connaître les représentations et les savoirs des contemporains sur leur environnement sanitaire ; d'autre part, elle apporte des éléments concrets à la reconstitution des caractères objectifs d'une épidémie. La mise en regard de ces deux approches, pour utile qu'elle soit, n'est cependant pas suffisante, car elle pousse à substituer le vocabulaire et les concepts actuels à ceux du passé au nom d'une vérité scientifique que nous détiendrions grâce aux progrès accomplis depuis plus de deux siècles. Or cela ne permet pas de comprendre les enjeux sociaux et politiques auxquels ont été confrontées les populations concernées. L'analyse de l'épidémie de Villeneuve montre aussi comment la démarche historique peut s'efforcer de dépasser la dichotomie entre représentations (la culture médicale populaire et savante) et « réalités » (la nature objective et objectivée de la maladie) pour atteindre un niveau supérieur de compréhension prenant en compte le caractère complexe et hybride du phénomène.

Ainsi, étudier une crise épidémique à une échelle micro-historique en utilisant les méthodes de la critique des sources textuelles, ce n'est pas seulement apporter un éclairage supplémentaire à la démographie historique ou forger des outils pour la compréhension des maladies anciennes. C'est aussi montrer comment différents acteurs (médecins, administrateurs et habitants des lieux concernés) s'emparent d'une crise ponctuelle jugée grave, identifiant et construisant un événement, pour déboucher sur une nouvelle gestion du territoire. C'est enfin comprendre ce que dit cette gestion des diverses formes d'appropriation de l'espace et de la redéfinition des rapports de force locaux, souvent dans le conflit. L'approche locale et totale évite la tentation d'une histoire qui proposerait un seul modèle de crise sanitaire, substituable d'un endroit à l'autre, ou un seul modèle de conception de la maladie. Elle ne constitue cependant pas une fin en soi : les changements d'échelle sont porteurs d'autres éclairages. Ainsi faudra-t-il à l'avenir interroger à nouveau les mutations intervenues en France et en Europe dans la gestion des crises épidémiques à différents moments historiques, et pas seulement à la fin du XVIIIe siècle.

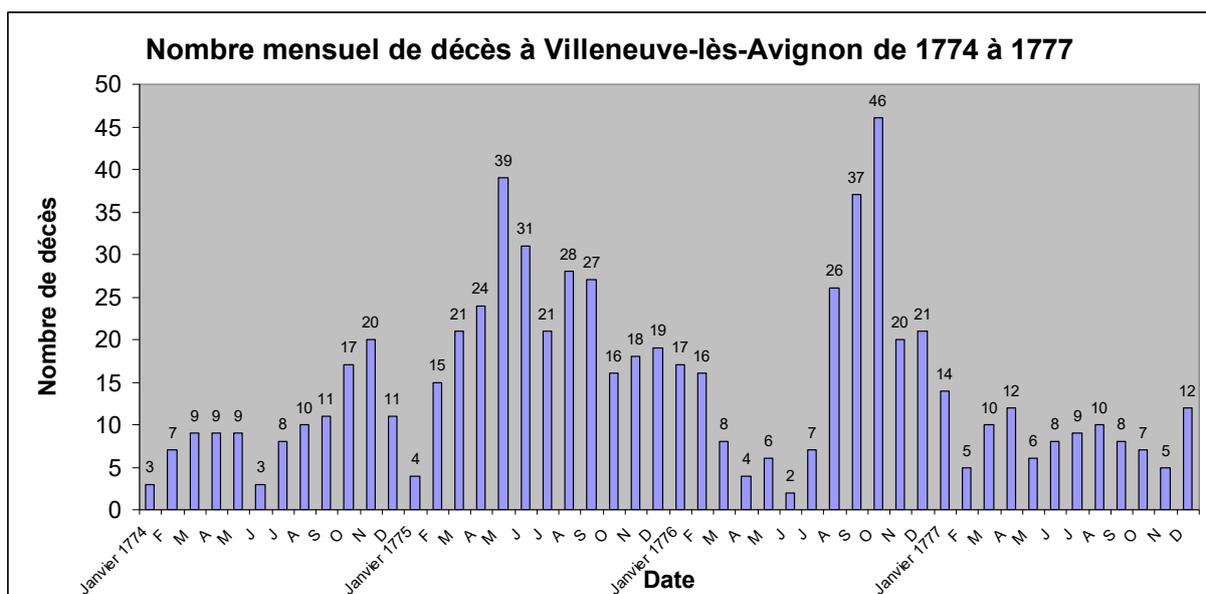
Elargie à ces différents questionnements, l'histoire des épidémies peut apporter un regard neuf sur la façon dont les populations organisent leur existence en fonction de leur rapport aux choses environnantes. La qualité de l'air, de l'eau et des sols, l'influence de l'alimentation et plus récemment les conditions de travail ont fait l'objet de recherches

84. Gérard Jorland, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publique en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010.

spécifiques qui méritent d’être développées non seulement à la lumière des évolutions des conceptions médicales au cours de l’histoire, mais aussi en prenant en compte les modalités d’appropriation de ces facteurs environnementaux : la maladie, notamment dans sa dimension épidémique, donc collective, exprime au moins autant que le discours médical qui l’interprète les modalités des relations entre l’homme et les *circumfusa* ; les réactions locales face à l’épidémie, qui laissent souvent les médecins sceptiques devant un certain fatalisme mais qui suscitent également des demandes de secours, révèlent une géographie vécue des territoires et des usages de leurs composantes. Il est notable que l’intérêt croissant porté par l’administration et le corps médical à de petites épidémies rurales au cours du XVIIIe siècle corresponde au renouvellement de la médecine des « lieux ». L’analyse historique peut ainsi rejoindre les préoccupations de l’anthropologie et participer à cette déconstruction des rapports entre nature et culture chère à Philippe Descola. Plutôt que de dénoncer l’insalubrité des milieux de vie et les comportements imprudents des populations de la période moderne, comme le faisaient déjà les médecins de la période moderne, il est judicieux de s’interroger sur les choix opérés entre différentes stratégies d’usage des choses environnantes (l’eau, la terre, le monde végétal et animal...), dans un contexte où la maladie est un risque récurrent dont les populations doivent se protéger – au même titre que d’autres risques : événements climatiques, inondations, érosion des sols, pertes de récoltes, conflits sociaux... Le choix de privilégier une lutte en particulier peut s’imposer à un moment donné, mais dans la durée, l’arbitrage doit tenir compte du continuum sociétés-nature et de paramètres nombreux, entraînant des résistances plus ou moins fortes des parties de la population qui s’estiment lésées ou menacées. Les progrès de la lutte contre les maladies accomplis au cours des révolutions médicales qui se sont succédé depuis le XVIIIe siècle ne peuvent occulter cette leçon, toujours actuelle, offerte par l’histoire environnementale des épidémies.

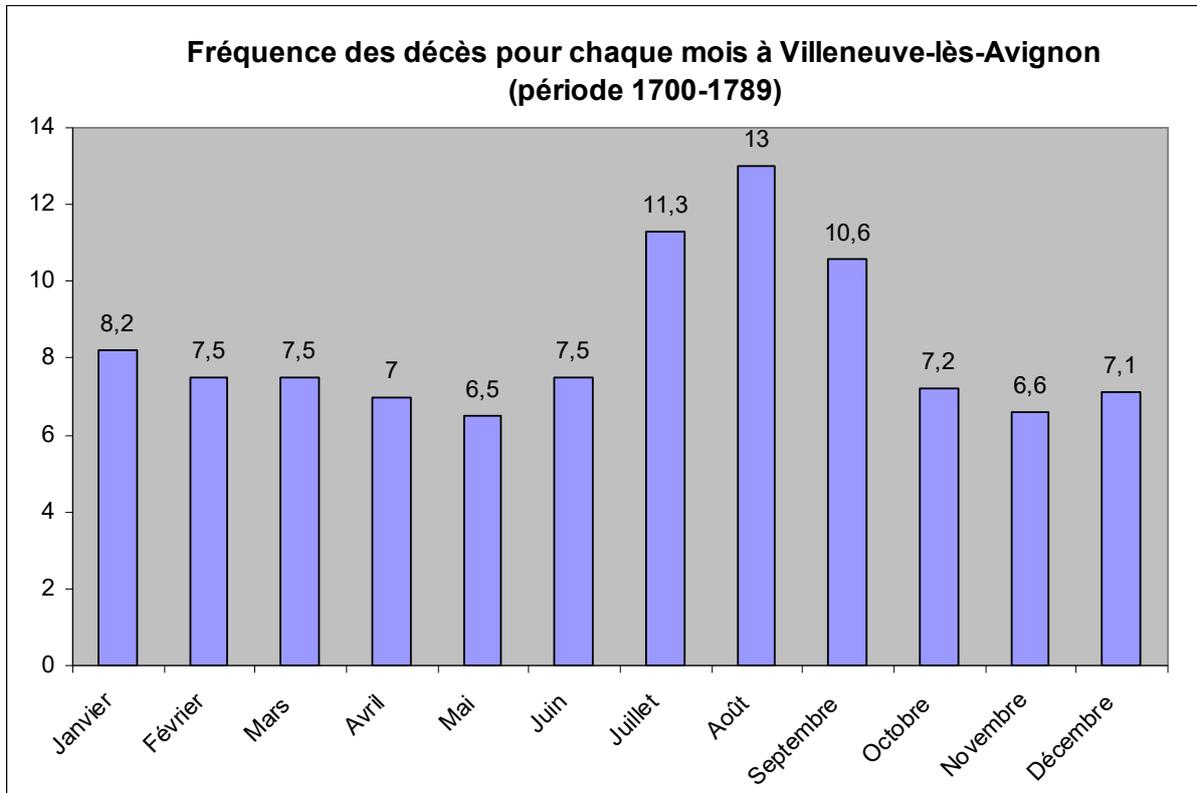
ANNEXES

Figure 1



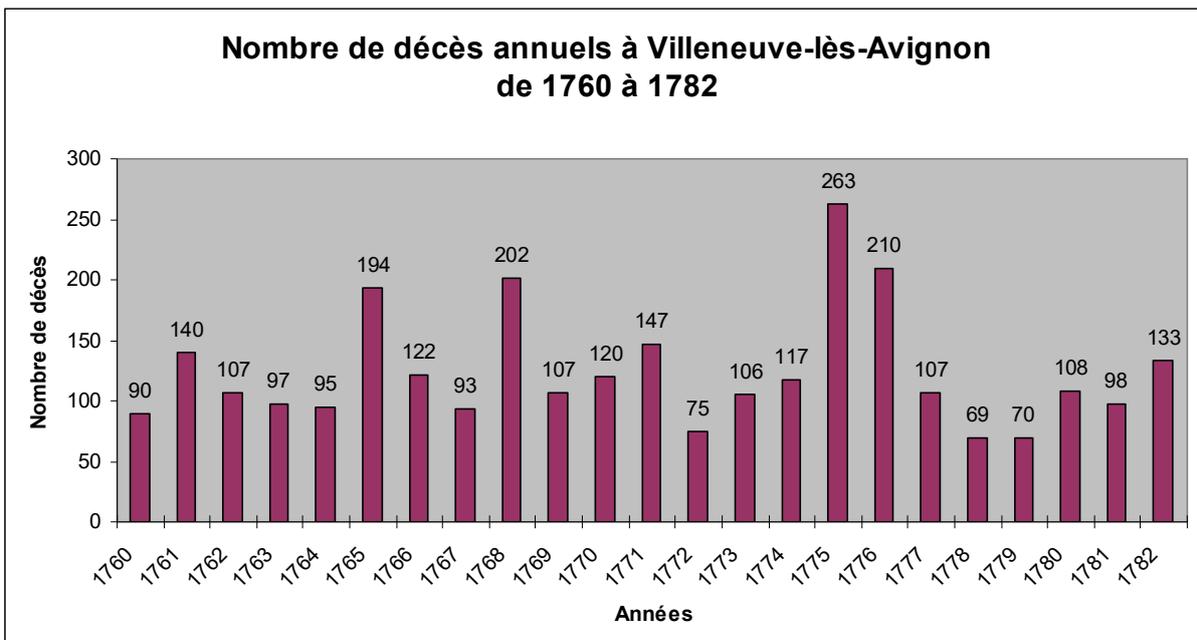
Source : Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 29 (paroisse Saint-Pons) et GG 31 (paroisse de la Barthelasse)

Figure 2



Source : Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 24, 25, 27 et 29 (paroisse Saint-Pons) et GG 31 (paroisse de la Barthelasse)

Figure 3



Source : Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 27 et 29 (paroisse Saint-Pons) et GG 31 (paroisse de la Barthelasse)

Figure 4 a

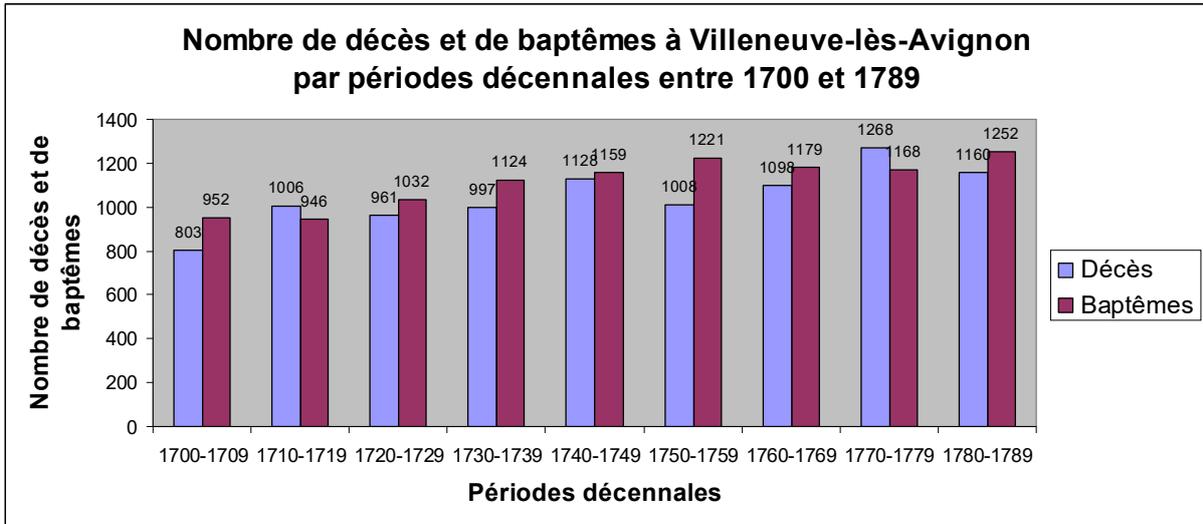
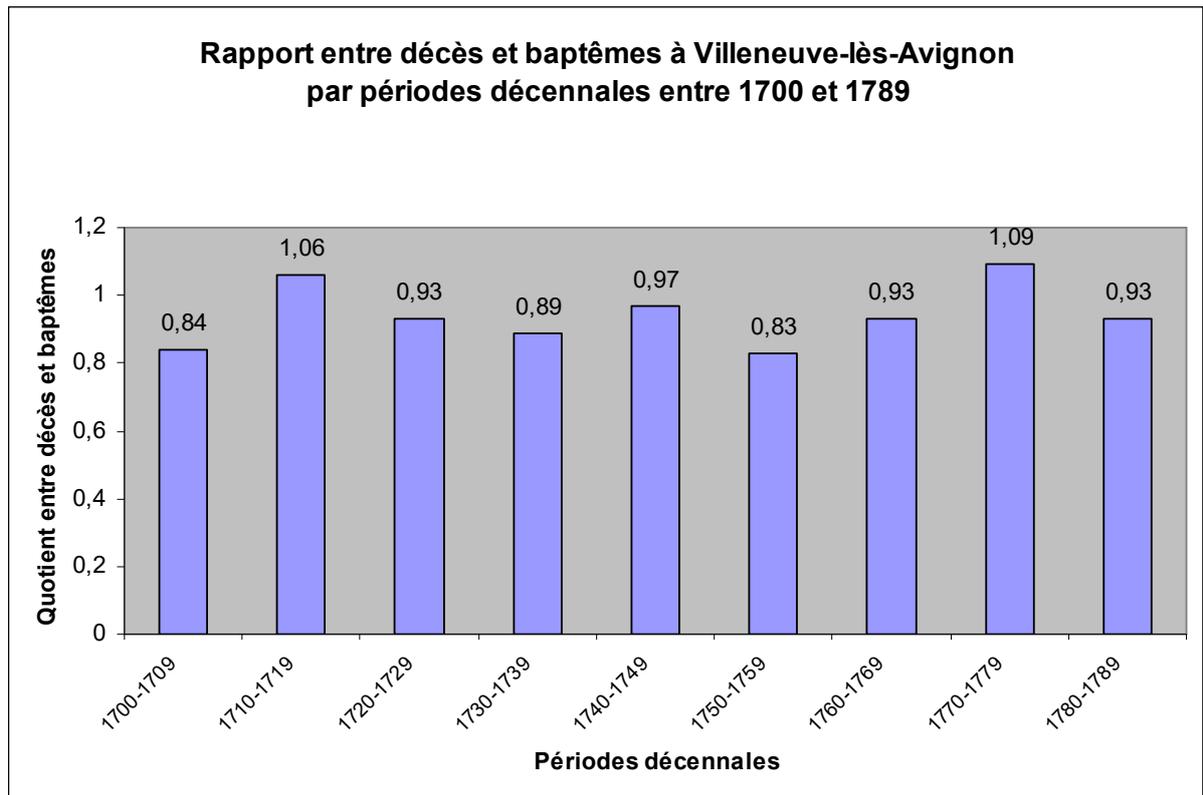


Figure 4 b



Source : Arch. mun. Villeneuve-lès-Avignon, GG 24, 25, 27 et 29 (paroisse Saint-Pons) et GG 31 (paroisse de la Barthelasse)