

Au XIX^e siècle, les maladies épidémiques étaient notamment imputées au mauvais air (miasmes) diffusant des poisons.

« Les épidémies de peste ont entraîné une surmortalité des plus démunis »

Entretien avec
Patrice Bourdelais,
historien et démographe,
directeur d'études émérite à l'École
des hautes études en sciences
sociales (EHESS).

L'ESSENTIEL

► **L'histoire des grandes épidémies apporte un éclairage sur la question des inégalités sociales de santé. Depuis les pestes médiévales, les personnes appartenant aux catégories défavorisées ont toujours payé le plus lourd tribut, en raison de la précarité de leurs conditions de vie, mais aussi de la nécessité de chercher du travail tous les jours, quels que soient les risques pris.**

La Santé en Action : Les inégalités sociales de santé ont-elles été documentées lors des grandes épidémies du passé ?

Patrice Bourdelais : Afin de remettre en perspectives les épidémies du passé après l'expérience de la Covid, je choisis de me limiter aux épidémies explosives : peste, fièvre jaune, choléra, grippe. La peste noire (1347-1352), première épidémie bien documentée, fut aussi la plus sévère (35 % à 50 % de mortalité). Qu'il s'agisse de cette peste noire, de ses multiples retours en Europe aux XV^e et XVI^e siècles, de la grande peste de Londres en 1665, tous les témoignages soulignent que les pauvres sont les plus touchés. Ceci est en contradiction avec une autre perception, exprimée par les danses macabres et le signalement de cas de décès parmi les Grands et les notables, selon laquelle l'ampleur de la mortalité épidémique

submergerait les différences habituelles de mortalité suivant le statut social.

S. A. : Quand le rapport entre inégalités sociales et territoriales et mortalité est-il apparu ?

P. B. : Les normes de l'administration de la preuve évoluent au fil de l'histoire. À partir des XVIII^e et XIX^e siècles, les données statistiques l'emportèrent sur les témoignages qualitatifs. De façon pionnière, les registres des décès londoniens relevaient même les cas de peste et plusieurs causes de décès dès le début du XVII^e siècle, ce qui permit à John Graunt¹ de préciser l'ampleur de la mortalité des épisodes de peste. Les États royaux centraux organisèrent alors des dénominations qui devinrent les bases nécessaires à tout calcul de mortalité différentielle socialement. Lors de l'épidémie de choléra de 1832, Louis-René Villermé² démontra la surmortalité très forte des plus pauvres pour la ville de Paris. Il était devenu le grand spécialiste des questions de mortalité différentielle suivant les inégalités sociales. À l'époque, le néo-hippocratisme³ dominait les théories médicales : les maladies et les épidémies étaient imputées à l'environnement, en particulier aux miasmes qui diffusaient des poisons. Grâce à son travail pionnier de sociologie quantitative, à l'invention d'indicateurs de niveau social, il démontra pour la première fois que la variable principale qui rend compte des écarts de mortalité est le gradient social et non l'altitude de l'habitation ou son plus ou moins grand éloignement par rapport à la Seine. Sa thèse ne fut pas immédiatement suivie par tous les

médecins, mais sa méthode s'imposa aux statisticiens et aux observateurs sociaux qui la reprit afin d'analyser chaque nouvelle épidémie. Cependant, lors de la grippe russe de 1889-1890, le médecin et statisticien Jacques Bertillon⁴, à l'origine d'une nouvelle classification des causes de décès à la fin du XIX^e siècle, ne réussit pas à démontrer la présence d'une mortalité différentielle. Une mortalité plus élevée fut néanmoins mise en évidence dans les quartiers densément peuplés de Paris, quartiers que l'on savait occupés surtout par les plus pauvres. Le même phénomène a pu être observé lors la pandémie de Covid-19, avec des écarts de mortalité importants entre la Seine-Saint-Denis, le plus pauvre des départements franciliens, très densément peuplé, et d'autres territoires plus favorisés. La grippe espagnole en France n'a pas suscité d'études de mortalité différentielle, les efforts étant déployés vers l'analyse des conséquences démographiques de la guerre et les plans de reconstruction des régions sinistrées par les combats. Toutefois, nombre d'enquêtes précises ont été conduites en Suède, en Norvège, en Angleterre, au Canada, aux États-Unis : elles montrent toutes un important écart de mortalité entre les personnes les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres ou celles récemment immigrées, et les personnes aisées et installées de longue date.

S. A. : La crise sanitaire de la Covid a-t-elle permis de revisiter l'analyse des épidémies passées ?

P. B. : Le travail des historiens est d'analyser les archives et les documents à partir des questions

qui émergent aujourd’hui. Avec la Covid, nous avons perçu de façon plus évidente l’importance d’avoir pu se protéger de la contagion en évitant les contacts, en travaillant de chez soi, sans prendre les transports en commun. Cette différence entre métiers exposés et métiers protégés n’avait pas été systématiquement prise en compte dans les travaux historiques. Jusqu’alors, on s’intéressait peu aux postes exposés, hormis les croque-morts pour lesquels une forte mortalité était toujours signalée lors des épidémies. Cependant, au-delà des employés des pompes funèbres, personne ne pensait aux manœuvres employés à la journée, parcourant la ville à la recherche d’un travail, ni aux employés des commerces. Lors des épidémies du passé, il s’agissait pourtant d’un critère majeur qui distinguait ceux en mesure de s’éloigner des lieux dangereux parce qu’ils pouvaient vivre de leurs économies et ceux qui devaient gagner leur vie tous les jours quelles qu’en fussent les conséquences. Le précepte « *Pars vite, loin et reviens tard* », suivi depuis l’Antiquité en cas d’épidémie, était une forme de protection réservée aux classes les plus riches, celles qui pouvaient s’arrêter de travailler. Toute épidémie génère du chômage et, en l’absence d’État providence, des difficultés de vie quotidienne pour les familles modestes. Les derniers mois des épidémies de peste étaient marqués par une part aussi élevée des décès dus à la malnutrition ou à un empoisonnement alimentaire que ceux dus à la maladie. Dans l’histoire des grandes épidémies depuis le XIV^e siècle, ce sont les catégories pauvres qui paient toujours le plus lourd tribut.

S. A. : En 2020, des enseignements ont-ils été tirés de ces expériences historiques ?

P. B. : Certains affirment que les épidémies passées sont oubliées, que les populations sont démunies dès qu’une nouvelle vague survient. Pourtant, la prise en charge collective de l’épidémie et de la maladie fait un pas en avant lors de chaque nouvelle menace. C’est indubitable tout au long du XIX^e siècle, où une succession d’initiatives municipales

et de décisions de politique publique étatique convergèrent vers une amélioration de la santé publique. Chaque nouvelle épidémie de choléra a, par exemple, conduit à multiplier les constructions d’égouts et des adductions d’eau, à veiller à la séparation des réseaux, puis à filtrer l’eau. Parmi les leçons du passé retenues lors de la pandémie de Covid, nous pouvons en retenir trois. Le souvenir des difficultés de stocker les corps morts lors de la canicule de 2003 (certes, il ne s’agit pas d’une épidémie !) n’a pas été oublié, si bien que de nombreux camions frigorifiques furent mobilisés dès le début de la Covid-19 et que l’on évita ainsi l’encombrement de cadavres. Les politiques de confinement mises alors en place sont directement héritées des dispositifs déployés depuis les XIV^e et XV^e siècles, améliorés jusqu’au XVIII^e siècle pour limiter l’extension de la peste ; ils étaient souvent encore utilisés au XIX^e siècle pour faire face à la fièvre jaune ou au choléra. Il suffit d’observer, lors de la crise Covid en 2020 et 2021, les courbes de l’évolution des cas infection après une décision de confinement pour mesurer l’ampleur de leur efficacité. Enfin, le « *quoi qu’il en coûte* » a anticipé sur les difficultés économiques des familles victimes de la suspension des activités due aux confinements et a évité les conséquences sociales habituelles du chômage de masse observé lors de toutes les grandes épidémies du passé. On pourrait aussi rappeler l’aptitude des soignants à « repousser les murs », à transférer les malades, des régions les plus touchées (Grand-Est et Île-de-France)⁵ vers des établissements moins submergés comme lors de la grippe russe, ou bien encore l’aide des personnels et équipements militaires.

S. A. : Pourquoi l’Italie est-elle le pays précurseur en matière de confinement ?

P. B. : Au XIV^e siècle, les ports des places commerçantes italiennes, Venise, Gênes ou Livourne notamment, assuraient un trafic important avec le bassin oriental de la Méditerranée. Il s’agissait du territoire le plus urbanisé d’Europe, où le risque épidémique était donc élevé. Les

Italiens, qui n’avaient aucun doute sur la contagiosité de la peste, dressèrent peu à peu plusieurs éléments de défense : une patente, certificat attestant l’absence de maladie contagieuse à bord des bateaux, que le capitaine devait faire signer par les autorités du port de départ ; la création de quarantaines dans des lieux fermés, les lazarets, afin d’y maintenir plusieurs semaines les marchandises et les personnes venant de lieux contaminés. En outre, des cordons sanitaires jouaient un double rôle : éviter que la maladie ne sorte de la ville portuaire, protéger les villes en cas de contamination des campagnes. Ce système fut utilisé aussi en France jusqu’au début du XIX^e siècle et en particulier lors de la grande peste de Marseille et de la Provence de 1720-1722. Les cordons sanitaires mobilisèrent alors jusqu’à 30 % à 40 % de l’armée française pour enrayer la progression de l’épidémie, ce qui est considérable. Le fameux mur de la peste en Provence fut construit à ce moment-là. À Aix-en-Provence, par exemple, des commissaires de quartier passaient pour distribuer des vivres dans les maisons et vérifier qu’il n’y avait pas de nouveau cas de peste. Si une maison abritait un nouveau malade, elle était fermée et ses habitants emmenés dans un lazaret. Cette organisation, très sophistiquée mais très contraignante et très militarisée, évita la diffusion de la peste à d’autres régions françaises. ■

Propos recueillis par Joëlle Maraschin, journaliste.

1. John Graunt réussit, le premier, à calculer des taux de mortalité et à les suivre dans le temps ; il construisit aussi la première table de mortalité.

2. Villermé, médecin, est célèbre pour avoir été l’un des grands hygiénistes de la première moitié du XIX^e siècle, fondateur de la revue *Annales d’hygiène publique et de médecine légale*.

3. Étude de l’influence des lieux et du climat sur la santé.

4. Médecin et statisticien, Jacques Bertillon fut directeur du service de la statistique municipale de la ville de Paris (1883-1913) ; il fut aussi à l’origine de la classification internationale des causes de décès.

5. Voir l’étude Transcov, EHESP. En ligne : <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/politiques-sociales-et-de-sante/transcov-étude-pluridisciplinaire-transferts-de-patients-covid-19-entre-services-de-reanimation/>