

lined the importance of public health for the reduction of health problems and mortality in Europe, Japan and North America during the last centuries. A collection of papers will be published in *Clio Medica* and other journals.

The participants also discussed forms of future communication between scholars of different countries, a continuation of a draft for a new European Association presented in Copenhagen in July 1991. Opinions from the discussion were included in a meeting in Strasbourg on the 27 of September, where an organization was founded: **The European Association for the History of Medicine and Health**. It will be open to academic scholars, including advanced students, who are actively engaged within the defined field. Membership will be granted after the recommendation of two persons who are already members. It was underlined that the Association will be inclusive, not exclusive, in its policy concerning membership and research areas, also allowing membership for non-Europeans.

The site of the Association will be the University of Strasbourg. It will organize its first major conference in Göttingen in September 1993. A scientific council was elected, with the responsibility to promote and support different activities, such as networks, workshops, symposia and international and interdisciplinary research projects. A newsletter will be published by the Secretariat, and further announcements will appear in scientific journals.

Hopefully, these activities will stimulate the future exchange of ideas and help to bring researchers together across national and disciplinary boundaries.

JAN SUNDIN

LA CONFÉRENCE DE STOCKHOLM SUR L'HISTOIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PRÉVENTION

Une conférence internationale sur l'histoire de la santé publique et de la prévention s'est tenue à Stockholm, dans le cadre inspirant de Lovik du 6 au 8 Septembre 1991. Organisée par le Professeur Jan Sundin, cette conférence était le résultat d'un long travail préparatoire au sein du réseau suédois de recherche interdisciplinaire sur l'histoire sociale de la santé. La qualité du travail préliminaire effectué par nos collègues suédois pour faire progresser la problématique de l'histoire de la santé publique s'est trouvée reflétée dans le succès de la conférence, qui a vu des communications du plus haut niveau, présentées par des participants venus du monde entier. Dans ce domaine multidisciplinaire par excellence qu'est l'histoire de la médecine, l'apport de méthodes spécifiquement historiques et de la perspective nécessairement globaliste qui est celle de l'historien a été particulièrement visible à Stockholm. Des recherches menées isolément dans des cadres nationaux ont pu trouver là un écho important.

La conférence a été organisée selon différents axes de réflexion: le rôle des facteurs culturels, les politiques de santé et leur application, l'étude comparative, selon les dimensions de l'espace et du temps, de l'état sanitaire, de la mortalité et de la démographie, l'évaluation de l'impact des décisions sanitaires, enfin des études de cas concernant diverses épidémies, leur dimensions culturelles et politiques. Nous ne pouvons ici présenter un résumé de toutes les communications, seulement de celles sur lesquelles nous possédons un document. Nous tenons à nous excuser auprès des auteurs (D. Porter, A. Jannetta, S. Ryan Johansson, C. Travaglini) dont nous n'avons pu analyser les contributions dans cette présentation lacunaire. Celle-ci devrait cependant suffire à présenter les enjeux discutés au cours de la conférence.

B. Fantini a étudié l'influence du modèle pastorien dans le cas du paludisme et du goitre. A ses yeux, le modèle pastorien entraîna un changement d'attitude des médecins qui, même en l'absence de certitudes bien établies en matière étiologique, leur permit d'envisager qu'une maladie comme le goitre pouvait être vaincue par des simples mesures prophylactiques. Il en va de même, à ses yeux, pour le paludisme en Italie, avec cependant différentes philosophies, l'une plus pragmatique, l'autre plus fondamentaliste, l'une s'adressant à l'individu malade, l'autre au vecteur de la maladie. Olivier Faure observe que les attitudes devant la vaccination au dix-neuvième siècle, avant la révolution pastorienne, ne se distribuent pas selon une ligne de partage nette entre le rationnel et l'irrationnel, le premier étant l'apanage des médecins, le second du reste de la population. Il met en évidence le rôle d'acteurs non médicaux dans la diffusion de la vaccination et la capacité de la culture populaire à intégrer une nouvelle pratique, ainsi que l'ambiguïté de la position du médecin et de la manière dont il est perçu. Les facteurs sociaux et culturels lui paraissent plus déterminants dans la diffusion des pratiques que les facteurs techniques à l'époque considérée.

Le cas de la Suède étudié par K. Johannison est remarquable par l'établissement de statistiques médicales et d'un programme de santé publique visant à l'accroissement de la population, dès le milieu du dix-huitième siècle. Ce programme était impressionnant: la vaccination antivariolique était rendue obligatoire en 1815. La philosophie en était à la fois très étatique et mercantiliste. Une politique de santé publique au dix-neuvième siècle était rendue nécessaire par l'industrialisation et l'impact des épidémies. A la fin du dix-neuvième et au début du vingtième siècle, une telle politique était influencée par des facteurs idéologiques, darwinisme social, eugénisme. Dans les années trente, le débat a changé de nature, le contrôle social étant plus directement lié au contrôle de l'état sanitaire, en même temps que le besoin de progrès individuel et la nécessité de corriger les inégalités dues au milieu social étaient soulignées. La crise des années trente a donné naissance, en Suède, au concept de l'État-Providence (*welfare state*). L'égalitarisme, le status privilégié et la forte implication de la profession médicale dans les programmes de santé publique, ainsi qu'un certain consensus, semblent être des caractéristiques permanentes, depuis le dix-huitième siècle, des enjeux de la santé publique en Suède. Le cas particulier de la conscription en Suède a été étudié par B. Lindskog, qui montre l'évolution et l'enri-

chissement considérable des critères médicaux ainsi que l'existence d'un consensus politique sur les questions de défense nationale. Le rôle des facteurs idéologiques, politiques et culturels dans les questions de santé publique a été aussi analysé par D. Porter pour l'Angleterre.

Dans la session consacrée aux politiques de santé et à leur application, un certain nombre de nations et de législations ont été évoquées, aussi diverses que la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Norvège. Lynda Bryder a étudié le cas de la Nouvelle-Zélande en vue d'évaluer l'application réelle de législations présentées comme les plus avancées de leur temps. Présentant une vision révisionniste de la santé publique, elle a montré comment l'interventionnisme affiché s'est trouvé en butte à un individualisme profond. D'où l'insistance sur les aspects éducatifs de la santé publique, ainsi que la prise en charge par le bénévolat de problèmes comme la protection infantile et maternelle, un domaine de notables succès entre les deux guerres.

Christopher Hamlin a étudié l'élévation des professions de santé à une position de «pouvoir», d'autorité et d'expertise dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle. Sa problématique est influencée par les travaux de Michel Foucault, mais il les dépasse en posant la question de savoir de quelle manière, par quelles transactions, dans quelles circonstances cette position s'est établie et confirmée, et quel a été le rôle de l'autorité dans le succès des politiques de santé publique. Cette étude très originale a été effectuée pour l'Angleterre de la fin du dix-neuvième siècle sur le cas des officiers municipaux, des analystes chargés de contrôler la qualité de l'alimentation, de l'eau ou des médicaments, des inspecteurs gouvernementaux d'hygiène, tous fonctionnaires situés dans des positions qui pouvaient être politiquement sensibles. Les succès d'une analyse épidémiologique rigoureuse de la part de ces fonctionnaires ont été soulignés. La conclusion est que l'autorité a été acquise, et que la professionnalisation a été un processus plus incertain et complexe que l'on n'a pu imaginer.

Hilde Ibsen a présenté une analyse de la promotion de la santé publique en relation avec l'industrialisation de la Norvège au vingtième siècle. L'industrie norvégienne s'est engagée dans des programmes sociaux comportant un volet médical. Certaines industries ont engagé des médecins, ont cherché à faire de l'usine le lieu d'une expérimentation sociale, ont développé une médecine préventive, et on joué un rôle pionnier dans le domaine de l'hygiène sociale dans son côté professionnel et industriel. L'évaluation des effets de cette politique sur la morbidité est plus délicate.

Esteban Rodríguez Ocaña a étudié la modernisation du système de santé espagnol du début du vingtième siècle à la guerre civile. La perception d'un retard démographique de l'Espagne a été la cause principale de l'élaboration d'une politique de santé publique, renforcée par l'urgence de la question sociale qui a donné aux professionnels de la santé publique une autorité sans précédent. Une administration a été créée et des campagnes nationales ont été lancées. Là comme ailleurs, il y a eu compétition entre médecine sociale et secteur privé. Mais les bénéfices sociaux du

système de santé publique étaient trop importants et ce système a survécu à la République espagnole.

L'étude de l'état sanitaire, de la démographie, de la morbidité et de la mortalité a donné lieu à des communications d'un très grand intérêt. C. Rollet s'interroge sur les raisons de la baisse de la mortalité infantile à l'ère pastorienne, et étudie le «nouveau regard sur l'enfance» dans les différents pays d'Europe au début du vingtième siècle. Les raisons économiques et militaires ainsi qu'une nouvelle sensibilité à l'enfance, imposèrent des actions multiples destinées à diminuer la surmortalité infantile. Mais il est intéressant de constater la différence des actions selon les pays, en vue d'une histoire plus comparative (place des femmes, des consultations spécialisées, des secteurs public et privé). Enfin, de nombreux pays ont fait le pas de la protection sanitaire de la petite enfance à la notion de droits de l'enfant, notion de plus en plus élargie, enrichie et transformée.

Naomi Williams et Graham Mooney ont comparé l'évolution de la mortalité infantile à Londres et dans des villes de province entre 1840 et 1910. Ce travail extrêmement précis a permis d'avoir une vision plus différentielle d'un phénomène, la mortalité infantile dans les villes, dont le poids statistique est particulièrement important. Les causes de ces différences sont vraisemblablement multiples et des facteurs locaux doivent être considérés.

Les travaux de la remarquable école de démographie historique de Liverpool ont été aussi représentés par d'autres chercheurs. Gerry Kearns a étudié le déclin de la mortalité en Angleterre et dans le pays de Galles entre 1851 et 1900. La chute observée est-elle due à l'amélioration des conditions alimentaires? Pour répondre à cette question, il importe d'abord d'avoir de meilleurs instruments de mesure et d'analyse, en séparant la ville et la campagne, les jeunes et les vieux, les populations à risque, les différentes maladies, leur cycles. La présentation des résultats de Gerry Kearns a été remarquable.

Comparant l'Angleterre et l'Allemagne entre 1870 et 1913, Jörg Vögele montre que la surmortalité urbaine a frappé plus l'Angleterre que l'Allemagne, avec une situation devenue équivalente au début du vingtième siècle et un avantage global à l'Angleterre et au pays de Galles. La prévention a joué un plus grand rôle que la médecine proprement dite. Le développement urbain de la tuberculose à la même époque montre une situation paradoxale qui appelle des analyses plus poussées.

Robert Woods, de Liverpool, a étudié le rôle des initiatives de santé publique dans le déclin de la mortalité au dix-neuvième siècle. La recherche des causes, dans une approche de type bayésien, reste frappée d'inexactitude en raison des limitations de la statistique médicale à l'époque considérée. Bien des questions, en particulier la baisse de la mortalité infantile au dix-neuvième siècle, restent mal élucidées, la contribution de l'hygiène publique apparaissant plus nette au vingtième siècle. En combinant les trois approches: par maladie, par groupe d'âge, par localité, on peut espérer aboutir à une connaissance plus réelle (et plus «écologique») des causes. Dans une situation d'incertitude, une réflexion critique sur les outils, modèles, concepts mathématiques, types de corrélations est impliquée dans la recherche.

Des travaux comme ceux de Robert Woods montrent le degré de sophistication atteint par la démographie historique.

James Riley étudie le déclin de la mortalité en Europe sur les trois derniers siècles. Un analyse de la mortalité en termes de groupes d'âge et non de taux globaux permet d'arriver à des conclusions différenciées: à quel moment il y a eu diminution, de combien est cette diminution, quel groupe d'âge a été affecté. La tendance à la baisse doit également être appréciée par rapport aux effets (contraires) de l'urbanisation au dix-neuvième siècle.

Cet ensemble de travaux sur l'Europe a été heureusement complété par une étude des Caraïbes, du Brésil et des États-Unis présentée par Kenneth Kiple. Dans ces sociétés soumises au régime de l'esclavage, le commerce des esclaves a importé le régime de morbidité et le régime alimentaire typiques de l'Afrique. L'auteur se livre à une étude de démographie et d'épidémiologie comparée des esclaves dans les différentes régions considérées pendant tout la période de l'esclavage. Les phénomènes de résistance génétique à certaines pathologies sont mentionnés, ainsi que le rôle du régime alimentaire (pauvre en protéines) dans la mortalité infantile. Le béri-béri était particulièrement élevé au Brésil et dans les Caraïbes.

Diverses études locales ont été également présentées. Guenther Risse a étudié la peste de San Francisco en 1900, ses dimensions sociales, politiques, économiques, institutionnelles et psychologiques. Des analyses analogues concernant les réactions d'une société, de ses différentes couches, la perception de l'intervention médicale, par rapport à une épidémie ont été présentées par Michael Stolberg qui a étudié le choléra en Toscane au dix-neuvième siècle, les mesures de santé publique prises par les autorités, l'impact (faible) de ces mesures. La dimension psychique des épidémies, relevant d'une histoire des représentations et mentalités, a été également étudiée par Jon Arrizabalaga, qui a analysé l'arrivée de la syphilis à Ferrare à la fin du quinzième siècle.

La conférence de Stockholm a montré l'émergence d'une histoire de la santé publique multidimensionnelle, comparative, autour des disciplines fortement constituées comme la démographie historique ou l'épidémiologie, ainsi que l'intérêt d'une microhistoire des comportements, des mentalités, des rôles et acteurs sociaux. Il est manifeste qu'un profond renouvellement de l'histoire de la médecine est en cours, et que des initiatives comme celles de Stockholm ne peuvent que la favoriser.

CLAUDE DEBRU
Centre Européen d'Histoire de la Médecine
CNRS, Strasbourg, France