

## **L'Histoire-prévention**

### **De la fin de la pandémie et du futur de la santé (publique)**

**Laurence Monnais**  
**Mars 2022**

On nous annonce avec un certain aplomb la fin de la pandémie de Covid-19. Les deux années qui viennent de s'écouler incitent pourtant à la prudence. Le conflit en Ukraine, qui gonfle rapidement le nombre de réfugiés et affaiblit les systèmes immunitaires, aussi. Et puis l'on ne s'entend pas sur ce que « fin » veut dire. Risque résiduel, individuel, que l'on peut autoévaluer sur une plateforme en ligne<sup>1</sup>? Passage à l'endémie, « endemic » pour « end » martèlent les conservateurs américains, que des dirigeants en quête de réélection actent dans un élan tant arbitraire que tactique qui enjoint de tomber ce masque devenu bien trop gênant? Face à ces petits arrangements destinés à nous faire « vivre avec le virus », à résorber un épuisement pandémique diffus et à recouvrer la paix sociale, l'historien de la typhoïde Jacob Steere-Williams postait récemment sur Twitter que l'histoire du terme « endémie » en est une de détournements idéologiques incessants qui maintient les gestes barrière en impératif. Depuis le milieu du XIXe siècle, on associe épidémie, danger infectieux et Tropiques colonisés tandis qu'endémie sous-entend modernité et bonne santé économique de l'Occident. Si les cycles coexistent constamment et partout précisait-il, recourir au registre de la seconde relève d'une justification néo-libérale qui permet à des états de se dédouaner ou, pire, d'un fatalisme néo-darwiniste –il y a encore un prix à payer pour le « retour à la normale », plus de morts parmi les plus fragiles, implacablement invisibilisés<sup>2</sup>. Les grands quotidiens américains refuseraient à l'unisson l'éditorial tiré de ses réflexions<sup>3</sup>. Le chercheur passait pour un oiseau de mauvaise augure, un empêcheur de tourner en rond, peut-être même un imposteur.

### **Penser et repenser le passé des pandémies**

Les pairs de Steere-Williams ont, eux, eu tôt fait de reconnaître la légitimité de son propos. Une riche historiographie, en renouvellement depuis les années 1980 et cette fin annoncée des pathologies infectieuses dont l'échéance n'en finit pas de reculer, endosse leur lucidité. À l'éradication de la variole fait écho l'explosion des cas de VIH/SIDA qui donne toute sa valeur au concept de pathocénose déployé par Mirko Grmek, cette communauté de maladies qui tend à un équilibre naturel au sein d'une société donnée<sup>4</sup>. Aux côtés du travail pionnier de Charles Rosenberg ou de Patrice Bourdelais et Jean-Yves Raulot sur le choléra<sup>5</sup>, c'est le SIDA justement qui stimule l'intérêt de la profession<sup>6</sup>. Le virus marque au fer rouge un « siècle pandémique »<sup>7</sup>. Entamé avec la fameuse « grippe espagnole », celui-ci menace de s'étirer, ponctué ces dernières décennies par l'émergence du SRAS et de Zika, les résurgences d'Ébola, de la grippe H1N1, les ravages, endémiques et épidémiques, de la tuberculose<sup>8</sup> et de la rougeole<sup>9</sup>.

L'engouement historien pour les épidémies a plusieurs vertus. Celles-ci ont bien évidemment toutes des régimes d'historicité distincts et certains rapprochements ne sont pas seulement stériles, ils produisent des angles morts et participent de cette « Histoire immobile » contre laquelle Guillaume

Lachenal et Gaëtan Thomas nous mettent en garde à raison<sup>10</sup>. Mais au-delà du drame en trois actes modélisé par un Rosenberg fortement influencé par sa lecture de *La Peste* d'Albert Camus, une poignée d'invariants mérite notre attention. Loin d'être une simple réalité biologique, ces événements sont des faits sociaux totaux<sup>11</sup>. Ils réactivent sous l'aiguillon de la peur des stigmatisations à l'endroit des étrangers et des pauvres. Le danger de la contagion pousse à un repli sur soi, à l'intérieur de ses frontières, inutile, voire contre-productif. La bonne gestion des contaminations dépend toutefois largement de gestes pensés et posés au niveau local. Ces réponses, si elles ne doivent pas être simplement médicales, sont infailliblement politiques, voire autoritaires et populistes, en décalage par rapport à la réalité épidémiologique. Quant à leur acceptabilité sociale, elle prend temps et éducation et passe par la résistance, parfois jusqu'à la désobéissance civile. Elles n'en entraînent pas moins souvent des réformes porteuses.

Les historiens de la santé contemporaine surtout le savent (Patrick Zylberman mentionne une « *authentique productivité institutionnelle* » post-1920<sup>12</sup>). Ils ont pris acte de la vitalité du champ de la santé publique. Ils ont mis en relief que la science, dont vaccinale, est une construction dynamique, et qu'elle ne suffit pas à éradiquer un pathogène, d'autant moins s'il est à l'origine d'une zoonose. Les dimensions écologiques de la maladie, avec lesquelles les spécialistes de la santé coloniale sont particulièrement familiers<sup>13</sup>, contrarient la métaphore pasteurienne et la chimère d'une victoire inéluctable de l'homme sur une nature ennemie – utopie qui repose par ailleurs sur un mythe, construit dans les interstices d'une épidémiologie de modèles mathématiques standardisés, celui d'une possible « immunité collective »<sup>14</sup>. Les historiens savent encore qu'une réponse adéquate à la menace dépendra de l'accès aux soins comme à une information étayée, même dans les pays où il existe des systèmes publics de santé fonctionnels. Ils s'entendent sur le fait que les traces d'un micro-organisme pathogène perdurent après les vagues et les pics de contagiosité, négligées par une biomédecine agnosique face aux séquelles, aux comorbidités et à la chronicité<sup>15</sup> – handicaps chez les survivants de la poliomyélite, sclérose en plaques chez les porteurs du virus d'Epstein-Barr<sup>16</sup>, Covid longs, problèmes de santé mentale.

L'instabilité de ses bornes chronologiques<sup>17</sup> n'empêche pas une pandémie de s'inscrire dans des futurs. Mais la saisir, c'est aussi remonter dans le temps. Le champ des *disaster studies* l'a admirablement montré au lendemain des tragédies de Bhopal et de Tchernobyl et de la canicule de Chicago de 1995 – dont la magistrale autopsie sociale d'Eric Klinenberg vient d'être publiée en français<sup>18</sup>. C'est revenir sur les origines d'un micro-organisme et le terreau de sa dissémination (l'hypothèse ne fait pas consensus dans le détail mais on parle dans le cas du VIH de l'Afrique centrale des années 1920, de la colonisation qui y chamboule les conditions de travail et les rapports sociaux, accroît les déplacements et vaccine frénétiquement avec des aiguilles non stérilisées<sup>19</sup>). C'est scruter des problèmes de logement, de pollution industrielle, d'accueil des migrants, la violence politique pour mieux saisir un embrasement. Une épidémie se nourrit des dérives de l'activité humaine, se faufile à l'heure d'un capitalocène et d'un thanatocène<sup>20</sup> dans toutes sortes de fissures et d'inégalités qu'elle va en retour, inéluctablement, amplifier. Le « moment critique » révèle des problèmes structurels qui resteront ceux de la « société qui vient »<sup>21</sup> mais l'Histoire offre une *méthode* pour l'appréhender autrement. Mieux.

## **Le présent de l'Histoire et de l'historien**

Les historiens sont unanimes : ils ont été étonnamment sollicités par les journalistes dès le début de la pandémie. Au cours de la première vague, d'une épreuve énigmatique mais sans conteste

« historique », on leur a demandé de partager leurs « leçons » de la grippe espagnole et de la Peste noire. Le virus installé, et la vaccination massive pointant, on a réclamé d’eux qu’ils jouent les devins : quand allait-on s’en sortir? Le Covid-19 trouvera-t-il sa place sur les frises chronologiques? Exhortés à regarder un passé révolu (celui d’hécatombes mémorialisées frappées d’une distance temporelle franche d’avec leur prise de parole) et à prédire un avenir de résilience et d’oubli, ces qualités qui siéent à notre temps pressé, ils ont servi d’anxiolytique à des publics hébétés. Mais on ne les a pas véritablement interrogés sur leur compréhension du *présent* pandémique. Le double exercice cathartique auquel on les a conviés les a dépossédés d’une fonction majeure : celle de donner sens à ce qui arrive.

Le présent de l’historien de la santé, c’est bien sûr documenter la pandémie sur le vif. L’écriture du Covid-19 a commencé et le procédé n’est ni infondé ni inédit. En 1988, l’AIDS History Group, sur une initiative de l’Association américaine d’histoire de la médecine, voulait promouvoir et coordonner la collecte de données (dont par le biais de l’histoire orale) et l’échange entre chercheurs concernés pour « bien produire » sur l’infection et informer au mieux le grand public. Depuis le tournant de 2020, on répertorie les discours sur l’état d’urgence sanitaire; on agrège des statistiques d’hospitalisations; on conserve des photos de masques jetés à terre et des tweets de vaccino-sceptiques, sans pour autant tenter de maîtriser un « déluge de données », pour le coup inusité<sup>22</sup>. On s’assure de pallier l’amateurisme archivistique d’administrations trop occupées (et très discrètes sur l’ascendance de certaines décisions<sup>23</sup>), de fixer des décisions fugaces, d’empêcher l’ensevelissement des voix anonymes -aides-soignantes racisées, familles de personnes âgées décédées en EHPAD, immunodéprimés terrés chez eux, orphelins du virus<sup>24</sup>- qui ancrent la durée et l’incurabilité de l’expérience. On revisite enfin ses sources habituelles et ses épidémies de prédilection. La démarche itérative est historiographiquement salutaire<sup>25</sup>. Le travail de fouille, de tri et de traduction aide à construire un appareil critique. Cela étant, il met du temps à sortir des cénacles universitaires, quand il le fait.

On se serait attendu à ce que les historiens soient davantage sollicités pour apporter des éléments de réponse à une interrogation fondamentale : comment en est-on arrivé là? La question est certes douloureuse, et c’est probablement là une partie de l’explication au fait qu’on ne leur a pas posée, parce qu’ils auraient répondu qu’on a la pandémie « qu’on mérite »<sup>26</sup>. Le caractère inédit d’un coronavirus auquel on ne pouvait pas « se préparer », conjugué à ce surplus de présentisme dont nous souffririons ensemble aux dires de François Hartog<sup>27</sup>, a fait en sorte qu’on ne lui a prêté aucune généalogie autre que biologique, celle qui a consisté à une transgression des espèces sur un marché humide de Wuhan (l’hypothèse d’une manipulation en laboratoire P4 a, en son temps, fait le jeu du hasard). Or la mue du SRAS-COV2 en débâcle sanitaire mondiale aurait justifié une convocation du passé, ou plutôt de ses légistes.

Révélatrice de l’état d’une société, une épidémie est *toujours* une réalité multifactorielle. Pour comprendre le Covid-19 en *processus*, nous avons évoqué ici l’indigence de la santé publique depuis les années 1970<sup>28</sup> et le tournant vaccinal de la santé mondiale<sup>29</sup>. On peut surligner le poids du virage néolibéral qu’ont pris les systèmes publics de santé (qui consiste à la fois à couper drastiquement dans les budgets et les personnels hospitaliers, et à renforcer l’individualisation de la prise en charge), de politiques de préparation fictionnelles et dangereuses<sup>30</sup>, accusant une approche en silos des problèmes de santé que le ressac infectieux conforte, et de ce « populisme médical » que le sociologue Gideon Lasco associe à une exagération scénarisée du moment et une fabrique de divisions<sup>31</sup>. Il faudrait encore incriminer la défaillance du soin que l’on porte aux non-productifs, la surdité à l’endroit des changements climatiques, cette autre « crise » qui ne permet pas seulement à des virus d’arriver jusqu’à l’homme mais aux réfugiés de tomber plus malades que les autres, ce qu’énonce, dans l’indifférence, le

dernier rapport d'évaluation du GIEC<sup>32</sup>. Le SRAS-COV2 a si facilement circulé dans ces conditions entremêlées.

Les attestations de cette multifactorialité délétère sont abondantes, chiffrables : morbidité affolante auprès des minorités et de leurs quartiers, surmortalité chez les personnes âgées, réduction du temps d'hospitalisation pour éviter la surchauffe des systèmes hospitaliers, non-vaccinations par défaut d'accessibilité confondues avec des refus entêtés. Ces données montrent qu'on ne fait pas face aux maladies infectieuses « de mieux en mieux ». La stupeur a entraîné le désordre préventif, des mesures contraignantes sur le mode du stop-and-go associées à un maniement plus ou moins adroit de la carotte et du bâton, des pratiques de triage relevant d'une nécropolitique confuse ou d'une *pandémopolitique* adossée à une vision myope de l'hôpital efficient<sup>33</sup>. Ces chiffres obligent dès lors à l'humilité avante Anne-Marie Moulin et Damiano De Facci<sup>34</sup>.

L'indispensable modestie ancre une autre fonction de l'historien de la santé, plus directement prophylactique; ce passé de la prévention qui n'est pas *dépassé* fournit des pistes d'intervention en amont. On l'a promptement oublié, quand on l'a su, mais les mesures de distanciation sociale imposées début 2020 l'ont été parce qu'elles avaient prouvé leur efficacité en réponse à la grippe de 1917-20, par le truchement du travail historique<sup>35</sup>. Cordons sanitaires, quarantaines, hôpitaux de contagieux et couvre-visages ont été jugés anti-démocratiques mais leurs performances ont fait mentir ceux qui criaient à l'archaïsme. Le masque, porté pour échapper à la peste de Mandchourie de 1910, n'est plus un dispositif périmé, ni « culturel ».

### **L'avenir de la prévention ou l'historien-expert en santé publique**

1986 : année du SIDA pour plusieurs médias européens de l'époque quand, rebaptisée VIH, l'infection ne touche plus « juste » les homosexuels et les toxicomanes. On est un an avant le premier traitement antirétroviral (AZT) et la naissance d'Act Up aux États-Unis. Le père de l'histoire de la santé « par le bas », Roy Porter, tisonne les décideurs en santé britanniques avec un éditorial au titre sans équivoque : « History says no to the Policeman's response to AIDS »<sup>36</sup>. Porter n'était pas un activiste, mais en mobilisant sa connaissance de la syphilis à l'époque victorienne, il prescrivait de ne pas inclure l'infection sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, une mesure à ses yeux contre-productive et néfaste. Nombre de malades risquaient en effet de se retrouver soumis à un régime de double peine avec pour conséquence une propension à cacher son état et à ne pas consulter un médecin<sup>37</sup>.

Spécialiste de l'histoire des substances illicites, membre du AIDS History Group, Virginia Berridge a maintes fois relayé les propos de son collègue; enseignante à la London School for Tropical Medicine and Hygiene, elle a promu l'inclusion de l'Histoire dans la prise de décision préventive<sup>38</sup>. Elle a également montré à quel point « l'avant » est instrumentalisé en deçà et au-delà d'un travail de spécialiste dans lequel on pioche au gré des dossiers et des désastres, une *histoire-caution* de dilettante. Et que le fait que l'Histoire fasse partie de ces sciences humaines et sociales promptes à la critique ne suffit pas à expliquer le pourquoi de cette mobilisation très partielle. En fait, ce n'est pas que l'historien ne veut pas de la santé publique, c'est la santé publique qui ne veut pas des historiens. La déconvenue de Jacob Steere-Williams en atteste : épidémiologistes<sup>39</sup> et virologistes<sup>40</sup> ont trouvé tribune pour déclarer qu'« endémicité ne veut rien dire ».

Ça n'a pas toujours été le cas. Construite en champ de réflexion et d'intervention au fil du XIXe siècle –au sein duquel ingénieurs, chimistes, architectes, juristes, ensemble hygiénistes, prennent acte des transformations liées à l'industrialisation, l'urbanisation ou encore les migrations, forts de

statistiques vitales qui créent en parallèle la discipline épidémiologique- la santé publique cherche à améliorer la santé du plus grand nombre, mais à l'échelle d'un quartier ou d'une ville et de ses besoins particuliers. Pour le bien commun, on joue à la fois sur l'environnement au sens large, les conditions de vie et les comportements individuels. Les grands chantiers, appuyés par des textes de loi, des instances et personnels *ad hoc* et des infrastructures sont bien connus : adduction d'eau potable, assèchement des marais, gestion des ordures, amélioration des conditions du logement ouvrier, sécurité alimentaire, éducation à l'hygiène à l'école ou à l'usine. L'affirmation de l'homme de science (médecin, préhistorien, biologiste, pathologiste) et politicien prussien Rudolf Virchow qui veut que les épidémies soient, somme toute, des événements bien peu médicaux, relevait de l'évidence ou presque.

Cette santé publique inclusive va perdre de sa superbe à mesure que la théorie des germes gagne en consensus et les médecins en scientificité et professionnalisation, reléguant aux marges les autres spécialistes de la santé humaine. Avec le XXe siècle, ce siècle pandémique, l'attention à l'environnement, naturel comme social, va s'en trouver dénaturée au profit d'un centrage sur le laboratoire et la science, du microscope, de l'identification des micro-organismes et de la mise au point de vaccins, avant que l'hôpital et le médicament, au premier chef desquels l'antibiotique à partir des années 1940, et donc l'individu malade s'érigent en pierres angulaires de systèmes publics de santé. Il y a cent cinquante ans, la santé publique était synonyme d'*interdisciplinarité* et de *réformes*. En un siècle sa médicalisation à outrance l'a réduite à sa portion congrue, à la courte vue et au court terme.

Interdisciplinarité, démedicalisation, réformes : la remise au goût du jour de ces trois principes ne paraît pas si farfelue après deux ans de pandémie<sup>41</sup>. Elle pourrait habiliter l'historien. Elle autoriserait à « apprendre de nos erreurs » et à recycler sans embarras (et rapidement) des interventions en puisant dans un dense répertoire de preuves –sur l'importance, pour ne prendre qu'un exemple, de bien aérer les pièces grâce à des fenêtres qui s'ouvrent facilement, et ce pas juste pour faire face à un virus transmis par aérosol. Elle engagerait une réflexion sur l'éducation –à l'école, de tous les professionnels de santé– à ce qu'est la bonne santé et aux inégalités de traitement. Elle ranimerait ces approches communautaires<sup>42</sup>, d'un soin de proximité, pensées à la Conférence intergouvernementale sur l'hygiène rurale de Bandung en 1937 ou actées dans le cadre des CLSC québécois des années 1970. Elle rouvrirait grand la porte à un *dialogue sanitaire*, entre épidémiologistes, psychologues, habitants des quartiers défavorisés, meurtris par les fléaux et l'indifférence.

La proposition n'est pas candide mais elle est ambitieuse; elle nécessite un soutien politique, budgétaire, institutionnel pérenne. Elle passe par une revalorisation de la discipline, des postes en histoire de la santé hébergés par des facultés qui forment les professionnels de santé, pas juste les médecins, et associés à des programmes et des laboratoires en santé mondiale et en « une seule santé ». Elle réclame l'embauche d'historiens auprès d'institutions de santé publique sur le modèle de ce qui se fait avec d'autres sciences sociales à l'Institut national de la santé publique du Québec et auprès du Service du médecin cantonal de Genève ou du WHO Collaborating Centre for Global Health Histories à l'Université de York<sup>43</sup>. À cela doit s'ajouter le financement de projets qualitatifs menés par des équipes interdisciplinaires dont en recherche-action au-delà d'appels ponctuels ciblés (la *covidisation* de la recherche et l'obsession pour la préparation à la « prochaine maladie X » pourraient effectivement reproduire des traits et des biais que l'on a vus avec le VIH/SIDA, empêchant par défaut des pans entiers d'une réflexion estimée non avenue). Il faut enfin accepter que l'Histoire est une science empirique, « fondée sur des données probantes » qui réclame du temps et prend des détours. Quoique.

Les pandémies sont porteuses de réformes et celles-ci s'enclenchent souvent en plein chaos. Au sortir du confinement du printemps 2020, le programme Covivre<sup>44</sup> voyait le jour, soutenu par une fondation privée, signe de ce « rattrapage solidaire » qu'évoquait Jean-Luc Nancy<sup>45</sup>. Son objectif

principal était d'atténuer des effets du Covid-19 dans les quartiers les plus vulnérables de Montréal. En quelques mois un gros pan du travail de son équipe (dirigée par une pédopsychiatre travaillant avec des jeunes réfugiés radicalisés, interdisciplinaire, exclusivement féminine) s'est tourné vers un accompagnement de la campagne de vaccination mise sur pied par le gouvernement québécois. On a fait appel aux bonnes volontés, dont la nôtre. Nous avons parlé d'historicité des mouvements anti-vaccination et des hésitations vaccinales avec des « brigades-Covid-19 » et le milieu communautaire en alerte; nous avons reçu les préoccupations de groupes invoquant les traumatismes biomédicaux dont ils avaient été victimes<sup>46</sup>; nous nous sommes assurée que ceux qui voulaient recevoir leur première injection pouvaient se rendre à la clinique la plus proche –ou, à défaut, bénéficier d'opérations de vaccination mobile dont nous avons su vendre les succès antérieurs. L'histoire de la vaccination, de la colonisation et des inégalités de santé ont servi bienveillance, ajustements, encapacement jusqu'à peut-être contribuer à éviter la taxe que le premier ministre François Legault voulait imposer aux non-vaccinés<sup>47</sup>. Parce que l'Histoire dit « non » à l'obligation vaccinale<sup>48</sup>.

Le futur proche du Covid-19 s'égrène avec la crise ukrainienne<sup>49</sup> et le risque d'une augmentation des cas d'autres maladies infectieuses en conséquence d'une chute dramatique des vaccinations de routine<sup>50</sup> -deux réalités susceptibles de se croiser pour le pire : à la veille du premier cas officiel de SRAS-COV2, nous étions en pandémie de rougeole et l'Ukraine, en plein marasme politique, avait été parmi les premières nations à subir les ravages d'un autre virus très contagieux<sup>51</sup>. Il nous faut arrêter de réinventer la roue préventive, de redécouvrir les inégalités de santé<sup>52</sup>, de ne pas vouloir saisir que microbes et guerre vont de pair. L'heure n'est plus à l'obsolescence programmée ou à la bêtise<sup>53</sup> performative. Elle est à une santé publique recyclée, durable et souple de laquelle l'historien participe, sentinelle, clinicien, médiateur, réformateur.

<sup>1</sup> <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/isolement/outil-autoevaluation-covid-19>

<sup>2</sup> <http://somatosphere.net/2022/memorializing-death-mass-mortality-covid-keller.html/>

<sup>3</sup> Le texte de Steere-Williams a finalement été publié sur un des blogs (humanités médicales) du *British Medical Journal* : <https://blogs.bmj.com/medical-humanities/2022/02/08/endemic-fatalism-and-why-it-wont-resolve-covid-19/>

<sup>4</sup> Grmek, Mirko D. (1969), « Préliminaire d'une étude historique des maladies », *Annales. Histoire, sciences sociales*, 24 (6) : 1473-83.

<sup>5</sup> Rosenberg, Charles E. (1987) [1962] *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866*, Chicago: Chicago University Press; Bourdelais, Patrice et Jean-Yves Raulot (1987), *Histoire du choléra en France: une peur bleue, 1832-1854*, Paris : Éditions Payot.

<sup>6</sup> Grmek, Mirko D. (1989), *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris : Éditions Payot; Rosenberg, Charles E. (1989), "What is an epidemic? AIDS in historical perspective," *Daedalus*: 1-17.

<sup>7</sup> Honigsbaum, Mark (2019), *The Pandemic Century: One Hundred Years of Panic, Hysteria, and Hubris*, New York et Londres: W.W. Norton & Company.

<sup>8</sup> Krishnan, Vidya (2022), *The Phantom Plague. How Tuberculosis Shaped History*, New York: Public Affairs.

<sup>9</sup> <https://www.washingtonpost.com/outlook/2019/12/04/we-must-talk-more-about-measles-less-about-anti-vaxxers/>

<sup>10</sup> Lachenal, Guillaume et Gaëtan Thomas (2020), « L'histoire immobile du coronavirus » dans Christophe Bonneuil, *Comment faire?*, Paris : Seuil, pp.62-70.

<sup>11</sup> Gaille, Marie et Philippe Terral (2021), *Pandémie. Un fait social total*, Paris : CNRS Éditions.

- 
- <sup>12</sup> Zylberman, Patrick (2012), « Crises sanitaires, crises politiques », *Les tribunes de la santé*, 1 (34) : 38-42.  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2012-1-page-35.htm>
- <sup>13</sup> <https://www.publicbooks.org/think-like-a-virus/>
- <sup>14</sup> Anderson, Warwick (2021), "The model crisis, or how to have critical promiscuity in the time of Covid19" *Social Studies of Science*, 51(2) 169-70. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0306312721996053>
- <sup>15</sup> <https://blog.castac.org/2022/02/complicating-disability-on-the-invisibilization-of-chronic-illness-throughout-history/>
- <sup>16</sup> <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00414-x>
- <sup>17</sup> <https://www.nytimes.com/2022/02/17/opinion/aids-pandemic-covid.html?smid=tw-share>
- <sup>18</sup> Klinenberg, Eric (2021), *Canicule. Chicago, été 1995. Autopsie sociale d'une catastrophe*. Lyon : Éditions 205 et École urbaine de Lyon <https://www.franceculture.fr/emissions/superfail/chalet-sur-la-ville-une-canicule-historique-chicago-1995>
- <sup>19</sup> Pépin, Jacques (2019), *Aux origines du sida. Enquête sur les racines coloniales d'une pandémie*, Paris : Seuil.
- <sup>20</sup> Fressoz, Jean-Baptiste et Christophe Bonneuil (2013), *L'Événement Anthropocène. La Terre, l'histoire et nous*, Paris : Seuil.
- <sup>21</sup> Fassin, Didier (2022), « Introduction », *La société qui vient*, Paris : Seuil, pp. 8-9, 16.
- <sup>22</sup> Spinney, Laura (2020), "What are COVID archivists keeping for tomorrow's historians?", *Nature*, 17 décembre <https://www.nature.com/articles/d41586-020-03554-0>
- <sup>23</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1865755/sante-publique-arruda-couvre-feu-etudes-quebec-justifier-annonce>
- <sup>24</sup> <https://www.ledevoir.com/societe/sante/680574/coronavirus-la-tragedie-silencieuse-de-la-pandemie>
- <sup>25</sup> [https://www.lemonde.fr/planete/article/2022/01/25/covid-19-les-epidemies-ne-se-reduisent-jamais-a-des-causes-biologiques\\_6110826\\_3244.html](https://www.lemonde.fr/planete/article/2022/01/25/covid-19-les-epidemies-ne-se-reduisent-jamais-a-des-causes-biologiques_6110826_3244.html)
- <sup>26</sup> Anderson, Warwick (2020), « The way we live now? », *Isis*, 111 (4): 834-37  
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/712234>
- <sup>27</sup> Hartog, François (2010), "Le présent de l'historien", *Le débat*, 158: 20. <https://www.cairn.info/revue-le-debat-2010-1-page-18.htm>
- <sup>28</sup> <https://aoc.media/analyse/2020/03/17/covid-19-ou-lindigence-de-la-sante-publique-demasquee/>
- <sup>29</sup> <https://aoc.media/analyse/2021/10/12/le-tournant-vaccinal-prendre-soin-du-monde-a-ler-pandemique/>
- <sup>30</sup> [https://www.liberation.fr/planete/2014/09/18/chronique-d-un-film-catastrophe-bien-prepare\\_1103419/](https://www.liberation.fr/planete/2014/09/18/chronique-d-un-film-catastrophe-bien-prepare_1103419/)
- <sup>31</sup> Lasco, Gideon (2020), "Medical populism and the COVID-19 pandemic", *Global Public Health*, 15 (10): 1417-29.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2020.1807581>
- <sup>32</sup> <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/resources/press/press-release-french/>
- <sup>33</sup> Gaudillière, Jean-Paul, Izambert, Caroline et Pierre-André Juven (2021), *Pandémo-politique. Réinventer la santé en commun*, Paris : La Découverte, p. 48-72.
- <sup>34</sup> Moulin, Anne-Marie et Damiano De Facci (2021), « Peut-on tirer des leçons de l'Histoire pour la crise du Covid-19 », IRESP, *Questions de santé publique*, 41, mars. [https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2021/03/WEB\\_QSP41.-web.pdf](https://www.iresp.net/wp-content/uploads/2021/03/WEB_QSP41.-web.pdf)
- <sup>35</sup> Markel Howard et coll. (2007), "Non-pharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918-1919 influenza pandemic", *Journal of the American Medical Association*, 298 :644-54.  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/208354>
- <sup>36</sup> Porter, Roy (1986), "History says no to the policeman's response to AIDS", *British Medical Journal*, 293: 1589-90.  
<https://www.bmj.com/content/293/6562/1589>
- <sup>37</sup> Berridge, Virginia (2020), "History Does Have Something to Say", History Workshop  
<http://web.archive.org/web/20210506032228/https://www.historyworkshop.org.uk/history-does-have-something-to-say/>
- <sup>38</sup> <https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/history-matters-historys-role-in-health-policy-making/B1B87DAEF507FB2087A132C11B1F45A4>
- <sup>39</sup> <https://www.wsws.org/en/articles/2022/02/08/murr-f08.html>
- <sup>40</sup> <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00155-x>
- <sup>41</sup> <https://aoc.media/opinion/2021/02/14/la-sante-publique-francophone-une-aveuglante-absence-de-diversite/>  
<https://aoc.media/opinion/2020/07/07/sante-publique-pour-lempowerment-plutot-que-linfantilisation/>
- <sup>42</sup> Gaudillière, Jean-Paul, Izambert, Caroline et Pierre-André Juven (2021), *op. cit.*, p. 226-56.
- <sup>43</sup> <https://www.york.ac.uk/history/global-health-histories/about/who-collaborating-centre/>
- <sup>44</sup> <https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/>
- <sup>45</sup> Nancy, Jean-Luc (2020), *Un trop humain virus*, Paris : Bayard Éditions, p. 24.
- <sup>46</sup> <https://www.ledevoir.com/societe/sante/663672/vaccination-des-traumas-collectifs-nourrissent-les-craintes>

---

<sup>47</sup> <https://www.lapresse.ca/covid-19/2022-02-01/taxe-sante-pour-les-non-vaccines/legault-recule-pour-preserver-la-paix-sociale.php>

<sup>48</sup> Monnais, Laurence (2019), *Vaccinations. Le mythe du refus*, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

<sup>49</sup> <https://time.com/6153254/ukraine-russia-war-covid-19/>

<sup>50</sup> <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01237-5>

<sup>51</sup> <https://theconversation.com/le-retour-de-la-rougeole-et-de-ses-mythes-102003>

<sup>52</sup> Kawachi, Ichiro (2020), « Covid-19 and the 'rediscovery' of health inequities », *International Journal of Epidemiology*, 49 (5): 1415-19. <https://academic.oup.com/ije/article/49/5/1415/5911265>

<sup>53</sup> Pour reprendre Guillaume Lachenal (2014, *Le médicament qui devait sauver l'Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris : La Découverte).