

Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919)

Pierre Darmon

Citer ce document / Cite this document :

Darmon Pierre. Une tragédie dans la tragédie : la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919). In: Annales de démographie historique, 2000-2. Famille et parenté. pp. 153-175;

doi : 10.3406/adh.2001.1982

http://www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_2001_num_2000_2_1982

Document généré le 13/05/2016

Abstract

The first signs of the spread of "the Spanish flu", in reference to an influenza epidemic that killed 200,000 people in Spain in 1890, were observed in the trenches of Villers-sur-Coudun towards the middle of April 1918. An initial wave swept across Europe between May and July. Relatively benign, it nevertheless demonstrated the extraordinary capacity a virus has of spreading. Subsequently, doctors noted an extremely virulent pneumococcus as early as February 1916. The ensuing epidemic explosion that ravaged the world between September 1918 and April

1919 resulted from the combination of these two factors. The symptoms were atrocious : flu, bronchitis, pneumonia, facial and extremity cyanosis, oedematous complications, and asphyxia. Death could occur in only four days. It is therefore not surprising that the myth of a pulmonary Black Plague epidemic took root in the collective conscious. In France, the influenza épidémie, followed by the horrifying pneumonia, killed 210,000 people in only eight months, as many people during the same time span of the war !

Résumé

Les premières manifestations de la grippe dite « espagnole », par référence à l'influenza qui, en 1890, tua 200 000 personnes en Espagne, apparaissent dans les tranchées de Villers-sur-Coudun vers la mi-avril 1918. Une première flambée déferle sur l'Europe entre les mois de mai et de juillet. D'une relative bénignité, elle met en évidence l'extraordinaire pouvoir de diffusion du virus grippal. Mais celui-ci ouvre la voie à un pneumocoque d'une extrême virulence dont certains médecins ont observé les méfaits dès le mois de février 1916. L'explosion épidémique qui ravage le monde entre les mois de septembre 1918 et d'avril 1919 résulte de la conjonction de ces deux facteurs. Le faciès du mal est terrifiant : grippe, bronchite, pneumonie, cyanose du visage et des extrémités, complications œdémateuses, asphyxie. La mort peut survenir en l'espace de quatre jours. Aussi n'est-il pas étonnant que le mythe d'une épidémie de peste pulmonaire ait pris corps dans l'imaginaire. En France, la grippe et, dans son sillage, la sinistre pneumonie, ont tué 210 000 personnes en huit mois, autant que la guerre pour une même période !

UNE TRAGÉDIE DANS LA TRAGÉDIE: LA GRIPPE ESPAGNOLE EN FRANCE (AVRIL 1918-AVRIL 1919)

par Pierre DARMON

Le 6 juillet 1918, les lecteurs du *Matin* pouvaient se réjouir car les Français avaient un nouvel allié: la grippe. « En France, affirmait le chroniqueur, elle est bénigne; nos troupes, en particulier, y résistent merveilleusement. Mais de l'autre côté du front, les Boches semblent très touchés. Est-ce le symptôme précurseur de la lassitude, de la défaillance des organismes dont la résistance s'épuise? Quoi qu'il en soit, la grippe sévit en Allemagne avec intensité. »

À cette date, la grippe était le dernier souci des Français. Au demeurant, qu'en savait-on? Peu de choses, la presse faisant surtout référence aux premières manifestations de la pandémie à l'étranger: « À Londres, lisait-on dans *Le Matin* du 4 juillet, un médecin qui avait 52 malades jeudi dernier en avait hier 184. 10 % du personnel des grands magasins sont absents. À Dudley, 4 000 enfants sont atteints et toutes les écoles sont fermées. À Manchester, 70 tramways ne circulent pas par suite de l'absence de 300 conducteurs et wattmen. À Berlin, les registres du bureau d'assurances contre la maladie montrent qu'en 15 jours le nombre des malades a augmenté de 18 000... »

Rien de plus banal, en somme! En ces temps calamiteux, les Français n'avaient-ils pas d'autres sujets d'inquiétude? Près de deux mois plus tard, *Le Matin* du 31 août 1918 consacrait toujours quelques entrefilets à « cette petite épidémie ». Mais, pour

la première fois, il faisait état de morts: « Gannat, 30 août: On signale qu'au village de Santes, commune d'Échassière, vingt personnes sur une quarantaine formant la population ont été malades en même temps de la grippe espagnole. Quatre sont mortes. Havas. » En certains endroits, la réalité était encore plus triste. Durant le seul mois d'août, 65 grippés venaient de décéder dans la seule ville de Montpellier.

Quelques médecins commençaient cependant à pressentir l'étendue du danger. Car cette grippe, dite « espagnole » par référence à l'influenza qui, en 1889, avait fait 200 000 morts en Espagne, n'était pas une nouveauté. Ses premières manifestations remontaient à avril 1918 et l'un de ses plus funestes ingrédients s'était montré dès le mois de février 1916. Il s'agissait d'un pneumocoque qu'on pourrait baptiser « pneumocoque des Annamites ».

LE « PNEUMOCOQUE DES ANNAMITES »

C'est en effet la conjonction de deux facteurs qui confère sa gravité au fléau: le virus de la grippe (alors attribuée au bacille de Pfeiffer) d'une part, un pneumocoque ou tout autre germe pathogène, d'autre part. Le premier affaiblit le malade, creusant le gîte d'où le second essaïmera pour l'abattre.

Or, dès le mois de février 1916, le médecin-major de première classe Carnot observe à Marseille une « épidémie spéciale de pneumococcie » qui « a éclaté chez les travailleurs annamites avec une gravité considérable ». Si Carnot ne donne aucune précision chiffrée sur la mortalité qui s'ensuit, il précise que, dans certains centres hospitaliers, elle s'est élevée à 50 %¹. Au fil des mois le pneumocoque des Annamites poursuit sa lente infiltration.

Dijon, novembre 1916: 39 Annamites sont touchés par une pneumonie identique. Trois d'entre eux décèdent². Nice, février 1917: le médecin-major Labbé est intrigué par la fréquence des pneumonies observées « chez les sujets de couleur (Algériens, Martiniquais, Indochinois) et qui affectent la forme de broncho-pneumonie, de bronchite, de congestion pulmonaire avec parfois des pleurésies purulentes »³. Chartres, avril 1918: le médecin-major Ribierre signale 27 cas de pneumonie chez des Annamites récemment arrivés. En fait, précise-t-il, ce type d'affection se manifeste depuis 1916 chez les Annamites qui travaillent à l'École d'Aviation⁴.

La « pneumonie des Annamites » n'inquiète pas outre mesure les médecins militaires. N'est-ce pas un mal exotique étranger à la race blanche? Certitude exprimée à travers quelques formules peu charitables: « Ces Annamites réagissent comme des enfants ou des animaux sensibles », écrit le Dr Ribadeau-Dumas. Le Dr Carnot ajoute: « Cette septicémie se comporte, chez les Annamites, comme chez les animaux de laboratoires, lapins et souris. » Le Dr Labbé en conclut dans son rapport de février 1917: « Il y a là une pathologie très différente de la nôtre. D'ailleurs, quand on visite les hôpitaux des malades de

couleur, on a parfois l'impression d'être en présence d'infections nouvelles inconnues aux hommes de nos climats et que les médecins instruits des maladies tropicales ne connaissent même pas. »

Or, les symptômes de la « pneumonie des Annamites » préfigurent point par point ceux des foudroyantes complications broncho-pulmonaires de la grippe espagnole: « Début brusque, parfois violent, ascension rapide du thermomètre pouvant dépasser 40°, céphalées [...] signe de bronchite des sommets, râles, expectorations rares mais constituées de pus [...]. Température élevée avec défervescence brusque en lysis. Quantité de pneumocoques à l'état pur. Il s'agit bien d'une pneumonie (Dr Ribadeau-Dumas). » « Foyers primitifs d'hépatisation pulmonaires, râles crépitants, température pouvant monter à 41°, défervescence rapide au bout de trois jours (Dr Ribierre). » À ce cortège de maux s'ajoute parfois la pleurésie. Aucun doute n'est permis: les prémices de la grande pandémie sont au rendez-vous.

Le pneumocoque des Annamites n'est certes pas d'importation coloniale. C'est un pneumocoque occidental mais, d'une extrême virulence, il prépare son terrain en s'attaquant aux sujets qui, étrangers à nos climats et à nos pathologies, et vivant dans la promiscuité, sont les plus vulnérables. Au demeurant, à partir de 1917, il n'épargne pas même certains Européens.

En janvier 1917, le médecin-major Serr observe à Valence une « recrudescence des affections pleuro-pulmonaires aiguës avec plusieurs cas sérieux ⁵ ». À Romorantin, le Dr Halle est frappé par le développement foudroyant d'une épidémie qui, en février 1917, touche 290 récupérés, dont six décèdent, et par

« l'extrême gravité des broncho-pneumonies doubles à signe pseudo-cavitaires »⁶. À la même date, rien n'est plus éloquent que le témoignage du médecin-major Trémollières, chef du secteur de Besançon : « Au cours de mes tournées dans les diverses localités du secteur, j'ai constaté la grande proportion de bronchites, de contagions pulmonaires, de pleurésies, de broncho-pneumonies et de pneumonies par rapport aux autres maladies. En particulier la pneumonie lobaire, franche, aiguë, semble prendre un regain de fréquence ; avant la guerre, elle se faisait très rare dans les hôpitaux de Paris. Peut-être l'était-elle moins à la campagne. En tout cas, le nombre des cas actuellement observés vaut d'être signalé. » Or, c'est cette même pneumonie lobaire, complication spécifique de la grippe espagnole, qui provoquera l'hécatombe de 1918.

On pourrait multiplier les exemples dont se dégage une certitude : la première épidémie de grippe espagnole se développe, entre le mois d'avril et de juin 1918, sur un terrain déjàensemencé de pneumocoques. Mais elle reste relativement bénigne.

L'ÉPIDÉMIE DE PRINTEMPS (AVRIL-JUIN 1918)

Les premiers cas de grippe proprement « espagnole » auraient été pour la première fois signalés dans les tranchées, à Villers-sur-Coudun, entre le 10 et le 20 avril 1918. De là, l'épidémie se répand à travers la France entière. Mais, dans sa bénignité relative, elle n'est que la répétition générale de la grande pandémie qui, à partir de septembre, fauchera les individus par centaines de milliers.

Sa foudroyante diffusion frappe pourtant les observateurs. Tous les rapports

de médecins-majors signalent : « L'épidémie a éclaté, brusque et massive... » ou « son extension a été massive mais son évolution brève et bénigne... » Les « indigènes » en sont les premières victimes. À la Réserve automobile du Grand Quartier Général, entre le 1^{er} et le 12 mai, 28 Européens sur 89 contractent la grippe (29 %) qui s'attaque à 1 088 des 1 399 Indochinois (78 %). Pareille morbidité est attribuée « aux fraîcheurs tardives et à la déplorable habitude des Indochinois de cracher à terre ». Raison plus vraisemblable : la promiscuité dans laquelle ils vivent. Ces malheureux, confesse le rapporteur, sont « resserrés au nombre de 1 350 dans un espace étroit et dorment collés à plusieurs sur la même couchette. Chaque baraque en reçoit 150 à 200 et le manque d'air y est manifeste ».

Ailleurs, il est fait mention d'« Arabes profondément débilités ». C'est ainsi qu'à Marseille, où 21 décès par broncho-pneumonie sont signalés entre le 1^{er} et le 15 mai, le Dr Martin attribue le phénomène à la « jeunesse des Arabes dont beaucoup ne paraissent pas avoir 17 ans » et à la « débilité constitutionnelle de beaucoup d'entre eux »⁹. À Salins, le médecin-major Joltrain admet dans son service 187 grippés en l'espace de trois jours. « C'est brusquement, écrit-il, au milieu de leur travail, que les Indochinois cantonnés à Salins étaient pris d'un état vertigineux avec céphalée intense, le plus souvent frontale, sensation de lassitude extrême poussant le malade à interrompre tout effort. Douleurs généralisées, prostration. Pousée fébrile forte et éphémère qui fait penser à la dengue observée aux Dardanelles... »

En dépit de son apparente bénignité, cette première poussée grippale égrène de façon prémonitoire un chapelet de foyers

mortels. À Montpellier, on recense, dans la population civile et militaire, 173 cas donnant 12 décès en mai (mortalité grippale de 6,8 %) et 110 cas avec 21 décès en juin (19 %) ¹⁰. Le même mois, à Rennes, 60 gripes se compliquent de 30 pneumonies et de 20 broncho-pneumonies qui font 10 morts (16,6 %). En juin, on y déplore 5 décès pour 27 gripes (18,5 %) ¹¹. À Grenoble se développe une « épidémie de streptococcie à manifestations pleurales » qui nécessite l'intervention chirurgicale. « Celle-ci, reconnaît le médecin-major Mouriquand, a donné issue à 2 litres de pus. Elle n'a souvent apporté aucune amélioration, la mort survenant dans un tiers des cas (28 cas et 9 décès) ¹². »

En plusieurs endroits, ce ne sont ni les pneumocoques ni les streptocoques qui profitent de la situation mais, à la faveur des chaleurs, les germes de la dysenterie bacillaire. À Troyes, le Dr Gruson souligne que « les complications gastro-intestinales prédominent avec, parfois, des formes graves donnant l'impression d'intoxication alimentaire suraiguë. Avec le rafraîchissement, ce sont les formes broncho-pulmonaires qui prédominent ¹³ ».

Dans l'ensemble du pays, une statistique de la Section médicale des Services techniques de l'armée recense 24 décès en mai, 27 en juin et 6 en juillet ¹⁴, ce qui semble bien optimiste au regard des rapports régionaux : dans les seules villes de Montpellier, Grenoble, et Rennes, on recense 36 décès en mai, militaires et civils confondus. Si aucun document ne permet d'apprécier l'étendue de cette première épidémie dans la population civile, le nombre des pneumonies mortelles semble avoir été très supérieur à la moyenne, surtout aux mois de mai et de juin.

D'Espagne parviennent d'ailleurs des renseignements alarmants. Selon une lettre adressée le 10 juin de Madrid par le pasteurien Chantemesse au sous-secrétaire d'État du Service de Santé Justin Godard, la grippe aurait frappé 70 % des Madrilènes en l'espace de trois jours. Le 30 mai, l'ambassadeur de France à Madrid informe Paris que 70 % du personnel de l'ambassade est alité et que les affaires courantes sont suspendues sur l'étendue de la péninsule Ibérique. Qu'en sera-t-il lorsque surviendront les fraîcheurs ? Aussi Chantemesse et l'ambassadeur recommandent-ils la mise en place de mesures prophylactiques destinées à protéger les armées du fléau ¹⁵.

Il s'agit donc bien d'une pandémie qui, en juillet, semble d'ailleurs en voie d'extinction. Mais, comme le signale l'historienne Sophie Delaporte, « alors que l'on constate une diminution du nombre total de grippés, il s'avère que les cas dits « compliqués » occupent une part croissante, ce qui semble signifier une modification de la nature de l'épidémie qui tend, dans ces régions, à s'aggraver » (Delaporte, 1997, 559-557 ; 1998, 290-361) ¹⁶.

Tranquillement, le mal poursuit son chemin dans une indifférence à peu près générale. C'est en juillet qu'apparaissent, à côté de la pneumonie lobaire, les cas presque toujours mortels de broncho-pneumonie avec troubles cardiaques, œdème pulmonaire et cyanose. À Voutré, près de Laval, le Dr Grenet relève chez les détenus des ateliers de travaux publics des « formes très graves caractérisées par les symptômes suivants : foyers broncho-pneumoniques avec râles crépitants, cyanose, dilatation cardiaque, œdème des membres inférieurs, albuminurie. Sur 11 hommes atteints de cette affection, 5

sont morts en des temps de 2 à 9 jours¹⁷ ». Dans le secteur Nord, le Dr Nordmann constate lui aussi des cas « d'accidents respiratoires et cardio-vasculaires très graves avec cyanose précédant la mort de deux à trois jours », accidents d'autant plus spectaculaires qu'ils surviennent brutalement chez des malades dont l'état général était satisfaisant¹⁸.

Ici ou là, quelques cas font forte impression. Dans l'exploitation agricole de Brain, près de Bourges, la mort brutale d'un prisonnier de guerre met la région en émoi. Selon le témoignage du médecin-major Perrin, le nommé Otto « paraissait très peu atteint, se levait volontiers et servait d'interprète au médecin major Burine pendant sa visite des malades. Quelques heures après, il se plaignait d'oppression vive, crachait du sang et succombait. Le sang craché à flot, dit la fermière, a taché environ la moitié d'une serviette¹⁹ ».

Désormais, tous les éléments de l'explosion sont en place : terrain labouré par une première épidémie et ensemençé de pneumocoques, exaltation de leur virulence par passage d'un organisme à l'autre. Dans plusieurs régions, la mortalité a déjà atteint son acmé. À Marseille, on recense en juillet 356 gripes et 35 décès, soit une mortalité de 9,8 %. Celle-ci sera de 10,7 % en août et de 8,3 % en septembre²⁰. Or, ce n'est là qu'un prélude.

L'EXPLOSION (SEPTEMBRE-NOVEMBRE 1918), LE FACIÈS DU MAL

C'est à la fin du mois de septembre que l'inquiétude commence à investir la presse et les populations et que les journaux médicaux se saisissent de l'affaire. Le 20 septembre, les rapports des

inspecteurs des sections spéciales chargés de surveiller l'opinion et adressés au préfet de police de Paris mentionnent l'apparition de la grippe dans les préoccupations des Français : « Le bruit court, disent-ils, que d'après les médecins militaires, l'épidémie de grippe dite espagnole aurait pour origine la consommation de conserves alimentaires de provenance espagnole et dans lesquelles auraient été introduits des bacilles. On dit aussi que de nombreuses fabriques de conserve sont entre les mains d'Allemands. On prétend que les oranges ont aussi subi des injections de même nature²¹. »

Au fil des archives du service de santé surgissent d'inquiétantes estimations : 140 décès à Troyes en septembre, 43 à Grenoble pour 756 cas (létalité de 5,7 %), 43 à Gap pour 256 cas (16,8 %). À Marseille, sur les 50 décès quotidiens, 25 seraient dus à la grippe. À Paris, *le Bulletin hebdomadaire de statistiques municipales* n'indique encore que 330 décès grippaux mais on en relève plus de 2 000 parmi les militaires. Partout le faciès de la grippe et de ses complications pulmonaires s'impose dans sa version terrifiante et classique. Les médecins militaires en ont brossé un tableau précis.

La « pneumonie des Annamites » en est la version la plus courante : poussée fébrile aussi brutale que la défervescence après 3 à 5 jours, symptômes bronchiques puis pulmonaires, pneumonie sévère au bout de 3 à 4 jours dans 20 % des cas, hépatisation lobaire, « expectoration non pas en gelée d'abricot mais roussâtre avec l'apparence de jus de pruneaux et un aspect mousseux en cas d'œdème pulmonaire²² ». La maladie défie tout pronostic. Un cas qui, au premier jour, semblait bénin, connaît

une évolution fatale. « On a laissé un matin un pneumonique en bon état avec un ou deux foyers de condensation et, le soir, on le retrouve dyspnétique, inquiet, s'agitant dans son lit, avec les lèvres cyanosées. L'homme devient bleu, baigné de sueurs profuses, commence à râler et la mort survient²³. »

Au sommet de l'horreur, « ce qui frappe le plus est la cyanose du visage et des extrémités, parfois de tout le corps ». D'une marche foudroyante, la complication œdémateuse « alimente la fabulation populaire qui parle de sujets morts après quelques heures de maladie, devenant noirs, de peste, de choléra et qui veut qu'il s'agisse là d'une maladie nouvelle²⁴ ». Le malade au bord de l'asphyxie devient la proie de phénomènes nerveux : tremblements, insomnie, « subdélire », voire euphorie. Chez plusieurs d'entre eux, « la sérosité suinte continuellement de la bouche faisant de grandes taches roses sur les oreillers et les draps²⁵ ».

L'accumulation de ces malades prostrés, frappés de sidération, plongés dans l'obscurité respiratoire, le visage cyanosé d'une pâleur terreuse, offre un spectacle terrifiant que le médecin major Bertin ne peut décrire sans malaise : « Quand on circule dans une salle de grippés, on est frappé par l'aspect de ces malades, à demi assis sur leur lit en décubitus latéral, à la respiration brève et pénible qui montre déjà l'intervention des muscles respiratoires accessoires. Ici, on n'observe plus le faciès rouge du début mais un teint plombé. Le regard inquiet semble dire la crainte d'une asphyxie pulmonaire. Bientôt, c'est une pluie de râles sur toute la surface pulmonaire. C'est la forme œdémateuse où le malade crache une mousse blanche parfois sanguinolente. Puis survient l'asphyxie²⁶. »

Il existe d'autres formes de complications : complications rénales avec production massive d'albumine et mort foudroyante, bronchite capillaire suraiguë simulant l'œdème pulmonaire suivie d'une mort non moins rapide, gangrènes pulmonaires.

Les médecins se sont penchés sur l'origine de l'épidémie, sur la période d'incubation et son mode de diffusion. Leurs conclusions sont parfois surprenantes.

Les causes de l'épidémie sont banales. On incrimine les circonstances météorologiques, la fraîcheur succédant à la canicule et les germes en suspension dans l'air.

Plus étonnante est l'éphémère période d'incubation. Un rapport de gendarmerie signale que « le neuf courant [octobre], le canonnier Baudin arrivait chez ses parents, au village de la Sapinière (Deux-Sèvres), porteur d'une permission de dix jours et s'alitait. Le 13, il succombait, en même temps que sa mère. Son père décédait le 14 et sa grand-mère le 15²⁷ ».

Un officier blessé entre à l'hôpital de Tours où éclate la grippe qu'il a contractée au front. Sa femme vient le voir à 2 heures de l'après-midi. Quatre heures plus tard, elle présente les premiers symptômes du mal et, à 8 heures, c'est au tour des officiers de la salle où loge le grippé d'être atteints à quelques minutes d'intervalle²⁸.

Cette simultanéité est courante. Le médecin-major Boidin a observé seize artilleurs qui, dans le même abri, furent saisis au même instant d'un violent accès grippal et, dans la *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, il est fait mention d'une petite ville de province où 60 habitants tombèrent malades la même nuit²⁹.

La densité des germes est donc extrême et leur pouvoir de diffusion fabuleux puisqu'une famille nichée sur une crête de 1 170 mètres d'altitude n'a pas même été épargnée. Le phénomène est aggravé par les mouvements de troupes et de permissionnaires. Le 15 septembre, 16 soldats américains grippés descendent en gare de Laval. Quatre d'entre eux succombent. Or, ils n'ont pas voyagé dans un train sanitaire mais dans un convoi de troupes où ils ont semé la graine mortelle en toute impunité³⁰. Et le cas n'est pas unique. Les prisonniers rapatriés de Suisse ont aussi la réputation d'être des agents de contamination.

Cette grippe est capricieuse. On ne sait trop pourquoi, elle frappe telle région mais épargne telle autre. Le village de Chilly (près de Dôle) est touché mais ceux des environs restent indemnes³¹. Elle s'attaque aux personnes jeunes et âgées aux poumons emphysémateux, mais elle épargne les enfants. Elle éprouve enfin une prédilection pour les alcooliques, ce que souligne le Dr Joltrain, de Dôle: « La grippe a surtout frappé les ouvriers mobilisés dans les usines où l'alcool fait de terrifiants ravages. Au cours de nombreuses autopsies, nous avons noté la fréquence de dégénérescences hépatiques, de cirrhose au début, des lésions tuberculeuses anciennes. La grippe se montre surtout sur des terrains tarés³². »

Les sujets ayant contracté la grippe relativement bénigne du printemps en sont immunisés. C'est ainsi, juste retour des choses, que le personnel annamite de la poudrerie de Bergerac, qui avait été frappé au printemps, est épargné à l'automne³³. Sur un versant fantasmatique, le Dr Paillard remarque « que les types

bruns résistent mieux que les blonds aux yeux bleus, à moins qu'il ne s'agisse de tarés ou de surmenés³⁴ ».

La guerre crée de multiples facteurs d'aggravation. Elle ne se contente pas de faciliter la dissémination du fléau, elle provoque son extension jusque sur la ligne de feu. Selon une statistique du service technique de l'armée, la grippe touche 230 000 soldats en septembre et novembre 1918³⁵. Une polémique s'ensuit entre les médecins de l'avant et ceux de l'arrière. Les médecins de la zone des armées s'empressent, avec raison, d'évacuer les grippés vers l'arrière pour être en mesure de faire face, en fonction des opérations militaires, à des afflux massifs et impromptus de blessés. Mais les médecins de l'arrière ont, eux aussi, de bonnes raisons de dénoncer les conditions de transport fatales à un grand nombre de grippés.

L'encombrement du réseau ferroviaire augmente la durée des transports. Il faut parfois deux à trois jours au grippé pour arriver à bon port après avoir piétiné dans trois ou quatre gares. Les centres de triage sont débordés, les médecins répartiteurs perdent la tête, les malades assis voyagent couchés et vice et versa. Un peu partout, il faut improviser des H.O.E. (hôpitaux d'évacuation) avec des moyens de fortune. Tentes Bessonneau ou Dickson et hangars Bessonneau chauffés au moyen de braseros s'avèrent insuffisants. Dans l'attente d'un train, des grippés en transit sont condamnés à coucher à la belle étoile³⁶. Écoles et lycées sembleraient désignés pour les héberger, mais, note avec dépit le médecin Inspecteur B. (signature illisible), « dès qu'un blessé est hospitalisé dans un bâtiment dépendant de l'Instruction publique, nous recevons les

doléances de l'autorité académique qui nous manifeste ses inquiétudes même si les précautions voulues sont prises pour éviter tout contact avec les élèves³⁷ ».

Entre les médecins de l'avant et ceux de l'arrière, qui sont épuisés voire, pour certains, au bord de l'effondrement, la crise est aiguë comme en témoigne cet échange téléphonique extrait du carnet d'inscriptions des conversations téléphoniques du secteur postal 186 à la date du 21 septembre 1918.

« Médecin Général Inspecteur Masnet : Il faut évacuer sur ZI (zone de l'intérieur) le plus possible de grippés pour désencombrer l'armée. Même ce qui est récupérable dans peu de jours.

Médecin principal Laval : Impossible. C'est contraire aux circulaires. Il faut prendre des dispositions pour créer des dépôts d'éclopés sur place. On ne doit pas évacuer les grippés.

Alors il faut remplacer le diagnostic de "grippe" par celui de "bronchite" pour pouvoir évacuer.

Non...³⁸ »

Le public, qui ignore les difficultés de l'opération, assiste scandalisé et horrifié aux pérégrinations des soldats grippés. Ainsi peut-on lire dans *Le Réveil de l'Auxois* du 26 octobre 1918 : « Semur. Criminelle incurie des services de santé. Ce que nous savons, c'est que nos malheureux soldats venaient du front, qu'ils étaient grelottants de fièvre et qu'on les a trimballés durant cinq jours de gare en gare, de Dijon à Beaune, de Beaune à Auxonne, d'Auxonne à Semur. Qui est responsable ? En tout cas, très haut et indignés, nous clamons notre protestation émue... »

Le bilan, il est vrai, est catastrophique. À Tours, les trois quarts des décès

surviennent chez des évacués. Certains arrivent dans un tel état de délabrement qu'ils meurent peu après leur hospitalisation à l'hôpital 117. À Angers, sur six soldats décédés, cinq proviennent du front. Certains, qui souffraient au départ d'un léger foyer congestif, sont victimes, en cours de route, d'une embardée mortelle. « Il y a, remarque le Médecin Inspecteur Labit, des malades intransportables comme des blessés intransportables³⁹. » À Roanne, la mortalité grippale est de 9,12 % chez les grippés provenant du front et de 4,1 % chez ceux de l'intérieur⁴⁰. Mais les médecins de la zone des armées pouvaient-ils délaissier les blessés au profit des grippés ? Et qu'en aurait pensé l'opinion ? Un état critique inspire toujours de mauvaises alternatives.

Le facteur d'aggravation le plus éprouvant concerne les gazés. Si la promiscuité exacerbe la contagion, la cohabitation inévitable des grippés et des gazés condamne ces derniers à mort, même s'ils n'ont été que faiblement intoxiqués. Dès le mois de juillet 1918, le médecin major Chiray sonne l'alerte : dans son service du Mans, les gazés ont tous succombé à une pneumonie mortelle⁴¹. En août, nouvelle tragédie. Un train sanitaire dépose à Châteauroux une centaine de gazés bénins. Pour les pneumocoques, c'est la bonne aubaine. Au bout de quelques jours, note le Dr Turlais, la foudre grippale et pulmonaire s'abat sur eux : « Une pluie de râles congestifs envahit les poumons. Le regard est inquiet, la face se cyanose. Pouls rapide, faiblesse cardiaque. Les malades devant évoluer vers un dénouement fatal délirant, la cyanose augmente et la mort survient⁴². »

Comme toute épidémie, l'épidémie de grippe espagnole a de multiples effets sur les comportements.

VIVRE AU QUOTIDIEN SOUS LE RÈGNE DE LA GRIPPE

De grande intensité, l'influenza de 1891 avait fait moins de bruit. Mais, en 1918, la grippe espagnole survient au milieu de l'épuisement général. De surcroît, les alliés ont entamé leur offensive victorieuse, et c'est en cet instant d'espérance que l'intruse semble devoir prendre le relais du feu et du fer!

Dans le public, un imaginaire prend corps. On parle de « peste pulmonaire » apportée par des voyageurs venus d'Orient, de dengue, de suette miliaire. On chuchote, sans le comprendre, un mot à la mode : « spirochète grippal »⁴³. On incrimine les moustiques ou les boîtes de conserves venues d'Espagne et empoisonnées par les Allemands. Dans une lettre caviardée, un poilu évoque une rumeur répandue à Toulon et selon laquelle le fléau aurait pour origine un « vaccin empoisonné fourni par les Boches ». Un soldat de la région de Bordeaux affirme que son régiment malade est cantonné sur un terrain si insalubre que la Commission d'hygiène a interdit qu'on l'affecte aux [prisonniers] « boches ». « Il faut croire, conclut-il, qu'il était bon pour les Français. » De Brest, un troisième soldat écrit que 450 marins de la classe 20 sont morts de grippe espagnole ou de dysenterie⁴⁴.

Sur les modes de contamination circulent de folles rumeurs. Dans une petite commune de Corse, un homme meurt de la grippe mais on attend un proche parent pour l'enterrer. À son arrivée, on ouvre le cercueil et toute la famille se précipite sur la dépouille pour l'embrasser. Neuf personnes contracteront ainsi une grippe mortelle. Le jour même ont lieu les obsèques. Dans l'église où s'est déroulée la cérémonie funèbre, les

fidèles se rendent en masse pour assister aux offices religieux. Deux ou trois jours plus tard, 600 personnes, sur une population de 1 100 habitants, contractent une pneumonie. Bilan : 54 décès. Réminiscence de la théorie miasmatique, la rumeur voudra que, sur le parcours du convoi funèbre, se soient dégagées les émanations putrides qui ont empoisonné la ville⁴⁵.

D'où vient le fléau ? Dans le public, on incrimine l'Orient ou l'Espagne. Mais certains médecins désignent l'Allemagne. Le 15 novembre 1918, le médecin major Pic adresse à Justin Godart, secrétaire d'État du Service de santé militaire, son rapport de mission en Suisse. Tous les médecins helvétiques, écrit-il, soutiennent que l'épidémie est importée d'Allemagne par les prisonniers de guerre de l'Entente internés en Suisse ou par des voyageurs civils. N'est-ce pas dans les troupes fédérales cantonnées face aux armées allemandes qu'elle s'est d'abord déclarée ? Mais le Dr Carrière, chef du Bureau Fédéral d'hygiène publique, « dont les sentiments francophiles sont bien connus », ne partage pas cette opinion. Selon lui, la pandémie aurait éclaté aux États-Unis, en février 1918, à la prison de Sing-Sing. De là, elle aurait gagné la France et l'Europe avec l'armée américaine. L'hypothèse est partagée outre-Manche par le Dr George A. Soper qui, dans un article de *L'English New Record*, affirme que les prémices du fléau se sont manifestés en mars, aux États-Unis, dans les camps militaires, et que les premiers cas allemands ont fait leur apparition dans les armées faisant face aux troupes américaines (Soper, 1918, 1171).

La vie du pays est bouleversée. Dans les campagnes, les malades sont à l'abandon. Dans les fermes perdues de la lande

bretonne, le bétail ne peut plus sortir à moins qu'un voisin ne s'en occupe. Plusieurs municipalités de province ordonnent la fermeture des écoles, des cinémas et des théâtres. Des localités sont interdites aux permissionnaires, ce qui attise le mécontentement de l'armée. Plus heureux, des soldats qui y séjournent n'ont pas le droit de regagner le front. Pareilles mesures ne sont pas en odeur de sainteté au haut commandement, mais c'est en vain que le général Bruat, du Grand Quartier Général, réclame du sous secrétariat d'État du Service de santé l'abolition des quarantaines⁴⁶.

À Paris, les rapports des inspecteurs de la Préfecture de police se font l'écho d'une anxiété grandissante. Et pour cause. Alors que la grippe ne tuait dans la capitale que 64 personnes dans la semaine du 15 au 21 septembre, le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale*, relayé par les grands quotidiens, annonce 616 dans la semaine du 6 au 12 octobre. Dans les semaines qui suivent, des sommets de mortalité grip-pale sont atteints: 1 046, 1 473, 1 329...

Pour la première fois depuis août 1914, les événements militaires passent au second plan dans les files d'attente. Certaines maisons de fleurs, dit-on, engagent du personnel de nuit pour la confection des couronnes. « Ce fléau, proclame une ménagère, est plus terrible que la guerre ou que les berthas et les gothas », qui bombardent alors Paris. En province, les ravages seraient encore plus terrifiants. À Lyon et à Dijon, on entererait les cadavres de nuit pour ne pas impressionner les populations et il serait défendu de suivre les corbillards⁴⁷. En fait, s'il est vrai que les pompes funèbres sont partout obligées de procéder à des enterrements nocturnes, il ne s'agit par pour autant d'épargner les esprits.

Au Palais de Justice, l'atmosphère est étrange. À la 10^e Chambre correctionnelle, deux avocats proposent de remettre une affaire à huitaine en raison de la longueur des débats, mais le président Masse s'y oppose en prétextant: « Avec l'épidémie, le tribunal pourrait bien, dans huit jours, ne pas être composé de la même façon. » Plusieurs avocats ont dissimulé des cache-nez sous leur robe et leurs traits tirés indiquent « qu'ils sont passés par là »⁴⁸.

Médecins, pharmaciens, infirmiers et personnel hospitalier sont débordés. Certains médecins ont dû apposer à leur porte une affichette indiquant qu'il leur était impossible de visiter de nouveaux clients⁴⁹. Quant aux hôpitaux, ils refusent les malades et l'Assistance publique doit rappeler qu'un grippé est souvent mieux soigné chez lui. Fort heureusement, les médecins militaires font de grands efforts pour soigner un maximum de civils.

Les pharmacies sont prises d'assaut, des files d'attente se forment devant les comptoirs des herboristes, des droguistes. Il faut piétiner plus d'une heure pour se faire servir et la confection des ordonnances demande un délai de 24 heures. La quinine, l'huile de ricin, le formol, l'aspirine et le rhum, qui fait l'objet d'une scandaleuse spéculation, sont en rupture de stock. Le 16 octobre, *Le Matin* annonce une grande nouvelle: « Les 500 hectolitres de rhum mis à la disposition de la ville de Paris sont arrivés. Ils seront vendus sur ordonnance par l'entremise des pharmaciens. » C'est dans ces circonstances qu'éclate l'affaire du *Petit Parisien*.

Le 26 octobre, ce grand quotidien provoque une ruée encore plus spectaculaire chez les pharmaciens en divulguant la formule d'un « traitement qui a fait

ses preuves ». Sa confection ne comporte pas moins de 13 étapes et un nombre faramineux d'ingrédients : aspirine, citrate de caféine, cryagémine Lumière, benzoate de soude, Terpène... Et comme le *Petit Parisien* se veut scientifique, ses lecteurs se présentent chez leur pharmacien pour lui demander de l'acétate d'Az H₂, du SO₄ Mg et du SO₄ Na... En tout une vingtaine de produits auxquels s'ajoutent des tisanes d'orge, de chiendent, de queues de cerises... Médecins et pharmaciens protestent et s'étonnent que la censure ait laissé filtrer pareil article, d'autant que le coût de la panacée, qui s'élève à 45 francs, correspond pour un ouvrier au salaire de quatre ou cinq journées de travail⁵⁰.

Mais la médecine officielle est elle-même désarmée. Dans les hôpitaux civils et militaires, la médication à base d'antiseptiques et de tonicardiaques est violente et peu efficace : injection d'or colloïdal et d'Électrargol en piqûres intraveineuses et en lavements, administration de toniques : digitaline, sparteïne, huile camphrée, strychnine... Quelques médecins iront même jusqu'à pratiquer, à la suite d'informations publiées dans les quotidiens et dans la presse médicale, des injections d'essence de térébenthine, médication qui aurait été couronnée de succès en Suisse. D'autres ont recours à l'abcès de fixation. Les directives officielles recommandent la révulsion au moyen d'enveloppements sinapisés, à défaut de balnéation, ou de ventouses scarifiées. La saignée a aussi ses partisans.

Mais la plupart des médecins restent à juste titre sceptiques. Aussi les espoirs se reportent-ils sur les vaccins et les sérums qui, depuis les travaux de Pasteur et de Roux, jouissent d'un immense prestige. Avant l'épidémie, l'Institut Pasteur avait

mis au point un sérum anti-pneumococcique polyvalent d'une inefficacité avérée. Certains médecins n'en croient pas moins obtenir de bons résultats en l'administrant à titre préventif à toute personne hospitalisée⁵¹. D'autres ont recours au sérum de Leclanche et Vallée. Un peu partout dans le monde, de miraculeux vaccins ou sérums voient le jour. *Le Matin* du 8 novembre 1918 célèbre les vertus d'un sérum à base de quinine et d'arrhénal mis au point par le Professeur Armand Gauthier. Les laboratoires Connaught, de Toronto, entreprennent la diffusion massive d'un vaccin dont les essais auraient donné de miraculeux résultats. Le 29 octobre, on apprend que le triple vaccin de l'Institut Pasteur, dont on espère monts et merveilles, est sur le point d'être expérimenté dans une localité de Bretagne où la grippe sévit avec une exceptionnelle virulence (*Le Matin*).

Dans l'attente de ces panacées, des médecins s'en remettent, avec une candeur touchante, aux sérums de leur cru. À Nantes, le médecin major Weil pratique « l'injection sous-cutanée de 60 cm³ de sang citraté recueilli chez des grippés graves convalescents ». « J'ai eu, précise-t-il, cinq fois recours à ce traitement dans des cas désespérés et trois ont guéri ; deux, injectés trop tardivement, sont morts⁵². » À Dôle, le Dr Odilon croit obtenir d'excellents résultats grâce à l'injection de sérum de grippés guéris et, dans la même ville, le Dr Joltrain inocule à ses malades un sérum à base de lait qui provoquerait de violentes mais salutaires réactions⁵³. À Toulon, le Dr Cohendy administre un sérum de grippé en période aiguë qu'il a chauffé deux fois à 56° et mélangé avec de 2,5 % d'acide phénique⁵⁴. Seule la foi sauve !

La prophylaxie offre d'autres morceaux de bravoure. En premier lieu,

les médecins rendent un culte au platonique masque protecteur. Il faut dire que le masque est entré dans les mœurs et que l'on passe de façon naturelle du masque à gaz au masque de gaze. « Être contre, écrit le Professeur Vincent, c'est le même préjugé absurde qui a entraîné la mort de tant de combattants au début de la guerre barbare par les gaz toxiques ou asphyxiants inventés par les Allemands⁵⁵. » (Vincent, 1919, 36). Le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur, et l'Académie de médecine s'enthousiasme pour le masque. Celui-ci doit être imprégné d'antiseptiques : eucalyptol ou de baume du Pérou ou de térébenthine. À défaut, écrit un médecin dans *Le Matin*, « une simple compresse hydrophile trempée dans l'eau bouillie, posée sur le nez et la bouche et attachée par dessus les oreilles avec un cordonnet, fera l'affaire ». L'Académie de médecine, moins plébéienne, recommande de se couvrir le visage et de recouvrir le berceau des enfants d'un double voile de tarlatane imbibé d'un liquide antiseptique. À Besançon, le médecin major Trémollières ira jusqu'à ensevelir ses grippés sous un linceul de mousseline aspergée d'eucalyptus⁵⁶.

Dans les journaux, les conseils abondent. À titre préventif, se soumettre à des fumigations d'essence d'anis, de girofle, d'eucalyptus, de menthol, de camphre (*The Lancet*). « Se brosser les dents et passer dans les interstices un fil que l'on fera glisser par un mouvement de va et vient. Rinçage de la bouche à l'eau fraîche (*Bulletin de l'Académie de médecine*). » Se gargariser matin et soir avec une solution antiseptique, eaux oxygénée ou eau dentifrice (*Le Matin*).

À la prophylaxie individuelle s'ajoute la prophylaxie sociale, plus difficile à imposer. Dans certaines villes de

province, les écoles ferment et, à Montpellier, où 65 grippés décèdent dès le mois d'août, le plancher des salles de spectacle est lavé au grésyl alors que des ventilateurs y sont mis en action, comme au bon temps des miasmes. Rien de tel, d'ailleurs, pour soulever virus et pneumocoques⁵⁷!

Malgré tout, les salles de spectacles restent ouvertes dans les grandes villes et les passagers voyagent librement dans les trains. Tel n'est pas le cas en Suisse où écoles, cinémas, théâtres et réunions sportives sont interdits. Les voyages sont eux-mêmes contrôlés. Une « carte de légitimation » est nécessaire pour prendre le chemin de fer. Deux médecins portant brassard sont du voyage. Interdiction de quitter le train ou d'y entrer en cours de route. Les vivres seront distribués aux voyageurs par les fenêtres. Une note précise : « On donnera au personnel d'escorte l'occasion de se désinfecter les mains et de se gargariser. Le cas échéant, on le munira de masques contre la grippe et de gants⁵⁸. »

En France, les militaires exhument de leurs cartons une circulaire datée de mars 1895 et concernant les « mesures à prendre en temps d'épidémie de choléra, de grippe, de peste et typhus ». Une fois photocopié, le document est adressé le 28 août à tous les généraux. Nous sommes en plein été, or... :

« Les exercices auront lieu dans des endroits clos et couverts (manèges, magasins, halles). »

« Les troupes à cheval devront avoir un manteau (sic) ; dans l'infanterie, la veste sera toujours portée sous la (sic) capote. »

« Si la maladie tend à se propager dans un corps de troupes, le général commandant le corps d'armée pourra, sur l'avis du directeur du Service de

Santé, ordonner l'allocation temporaire d'une infusion légère de thé sucré (3 grammes de thé et 10 grammes de sucre par homme et par jour). Le combustible sera fourni par le corps⁵⁹. »

BILAN

Plusieurs semaines durant, les quotidiens ont fait référence à l'influenza de 1890. Il s'agissait de remonter le moral du public en évoquant ce précédent qui, dans ses débuts, avait été plus meurtrier. Au bout d'un mois, il avait entraîné la mort de 960 Parisiens (première semaine de janvier 1890) alors qu'au bout de neuf semaines le cru nouveau n'en tuait que 616 (première semaine d'octobre 1918). La conjoncture, pourtant, était sur le point de se renverser.

Le terme de grippe n'apparaît pas dans les statistiques de 1890, le bilan de l'épidémie ayant été calculé sur la base de l'« excédent de mortalité dû aux bronchites aiguës, bronchites chroniques, pneumonies et broncho-pneumonies réunies ». Ces complications grippales avaient alors causé la mort de près d'une centaine de milliers de Français⁶⁰.

La grippe espagnole devait faire mieux⁶¹. Pour l'année 1918, la *Statistique sanitaire de la France* (source préfectorale) indique un total de 91 565 décès grippaux pour une population de 36 637 000 habitants (recensement de 1911). En réalité, cette mortalité ignore une large fraction de la population.

En 1918, 6 000 000 de militaires dépendent du Service de Santé des armées, échappant ainsi aux comptes de l'administration préfectorale.

Huit départements occupés ou situés sur la ligne de feu et peuplés de 5 900 635 civils, ne peuvent être pris en compte (Aisne, Ardennes, Nord,

Meuse, Somme, Pas-de-Calais, Marne, Oise). Mais 800 000 réfugiés étant pris en compte par les départements d'accueil, le déficit est en fait de 5 100 000 administrés.

Par manque de personnel et du fait de la désorganisation administrative, cinq départements peuplés de 1 610 111 habitants ne fournissent aucun renseignement (Charente-Inférieure, Eure, Indre, Vendée, Territoire de Belfort). Dans dix départements, les préfets se trouvent dans l'impossibilité de donner le moindre renseignement sur les 1 982 836 habitants des communes rurales. Trois autres départements ne font pas état de communes urbaines peuplées de 84 239 citadins.

Au total, les lacunes portent sur près 14 800 000 administrés (dont 8 786 186 civils) se répartissant de la façon suivante :

- Habitants des départements occupés : 5 100 000,
- Habitants de département n'ayant fourni aucun renseignement : 1 610 111,
- Habitants de communes rurales ayant échappé à toute statistique : 1 982 836,
- Habitants de communes urbaines : 84 239,
- Militaires sous contrôle du Service de Santé : 6 000 000 environ.

C'est donc sur moins de 22 000 000 de Français que portent les 91 464 décès grippaux signalés par la *Statistique sanitaire de la France pour l'année 1918*, ce qui donne 1 décès pour 240 individus et 42 décès pour 10 000 habitants. On peut en déduire que, chez les 8 768 186 civils non comptabilisés, la mortalité grippale pour 1918 aura été voisine de 36 500 décès. Au total, en données corrigées, 128 000 civils auraient donc été victimes de l'épidémie.

Pour l'année 1919, la *Statistique générale de la France* publiée en 1925 estime à 36 018 le nombre des décès grippaux survenus durant les trois premiers mois de l'année (estimation minimale, une trentaine de départements ayant fourni des renseignements incomplets).

Quant au Service de santé de l'armée, il enregistre un total de 30 382 décès grippaux pour 402 000 cas.

Enfin, le nombre des décès par pneumonie s'élève chez les civils de 27 000 (moyenne des années 1915, 1916 et 1917) à 43 501 en 1918, l'excédent anormal de 16 500 décès pouvant être attribué à l'épidémie de pneumonies grippales.

Le total des décès grippaux s'élève ainsi à 210 900 se décomposant de la façon suivante :

- Décès civils en 1918 : 128 000 (données corrigées)
- Décès civils en 1919 : 36 018 (estimation minimale)
- Pneumonies grippales en 1918 : 16 500
- Décès de militaires, 1918-1919 : 30 382

Sur une durée de sept mois, de septembre 1918 à avril 1919, émergent deux pics de mortalité : l'un en octobre 1918, l'autre, de moindre importance, en février et mars 1919.

À Paris⁶², on assiste, en octobre 1918, à une fulgurante ascension du nombre hebdomadaire des décès grippaux (Figure 2) : 240 durant la première semaine, 616, 1 045 et 1 473 et 1 329 dans les semaines suivantes. Au cours de cette période, la mortalité parisienne double. La décrue s'amorce au cours du mois de novembre : 771, 226, 243, 291 décès hebdomadaires. Au paroxysme de l'épidémie, 315 Parisiens décèdent le

22 octobre, 175 le 23, 306 le 29, 189 le 30 et 209 le 31. Après quoi, la mortalité hebdomadaire s'abaisse lentement jusqu'à atteindre 93 décès durant la quatrième semaine de février. En mars se dessine une rechute inquiétante : 195, 426, 496, 368 décès par semaine... C'est seulement dans la dernière semaine d'avril que le génie épidémique agonise enfin (9 décès).

Paris n'est pas l'exception. Dans la deuxième semaine d'octobre, on recense à Barcelone 259 décès en un jour et 1 597 en une semaine, soit une mortalité grippale trois fois supérieure à celle de Paris. À la même période, les fossoyeurs et le service des enterrements milanais ne peuvent plus répondre à la demande. Dans la capitale lombarde, le nombre des décès journaliers oscille entre 140 et 197 contre 25 à 30 en temps normal⁶³ (mortalité supérieure à la normale de 400 % à 600 % contre 200 % à Paris).

Au niveau départemental français (Figure 1 et carte 1), les statistiques préfectorales⁶⁴ indiquent que ce sont les Hautes-Alpes qui sont le plus touchées avec 101 décès civils (les militaires n'entrent pas dans cette statistique) pour 10 000 habitants⁶⁵, et, à l'autre extrémité, la Seine-et-Marne avec seulement 17 décès pour 10 000. Mais la proportion de mobilisés non comptabilisés dans les statistiques préfectorales étant de 15 %, il conviendrait d'augmenter la mortalité dans les mêmes proportions et de prendre en compte les insuffisances de certaines données administratives. L'augmentation, difficile à évaluer dans le détail, se situerait sans doute à l'intérieur d'une fourchette de 10 % à 30 %, voire 40 % pour les départements ayant fourni des renseignements incomplets.

Dans l'ensemble, données partielles prises en compte, 3 départements déplorent moins de 20 décès pour 10 000 ; 16 de 20 à 30 ; 28 de 30 à 40 ; 17 de 40 à 50 et 16 de 50 à 101.

Du traitement cartographique se dégage un fait saillant : c'est sur le quart sud-est de la France que la grippe s'abat avec la plus grande rigueur. S'y trouvent 11 des 16 départements où la proportion de décès pour 10 000 habitants oscille de 50 à 101. Sur environ 25 départements, 5 y ont seulement une mortalité inférieure à 40/10 000. En fait, cette région s'intègre dans une vaste zone à forte mortalité grippale qui comprend la Suisse, le nord de l'Italie et le nord-est de l'Espagne (Milan et Barcelone sont parmi les villes les plus touchées d'Europe). Ailleurs, et en dehors de la péninsule du Cotentin, plus rares sont les départements qui dépassent la mortalité grippale de 40/10 000 : Indre-et-Loire, Seine-Maritime, Doubs, Haute-Marne, Aube, Hautes-Pyrénées, Lot, Lot-et-Garonne. Avec une mortalité de 32 pour 10 000 habitants, la Seine, en dépit des apparences, fait partie des départements les plus épargnés même si, dans l'ensemble, la mortalité grippale est en moyenne de 25 % à 30 % plus importante dans les villes que dans les campagnes.

Si les statistiques officielles ne font jamais mention de létalité, les archives du Service de santé y font souvent allusion. Il s'agit de données partielles mais édifiantes, portant parfois sur quelques dizaines de cas. Dans l'ensemble mourront 30 382 des 402 000 militaires atteints de grippe, soit une létalité de 7,5 %. Dans le détail s'observent de notables disparités. En octobre 1918, au moment crucial de l'épidémie, 154 grippés sur 2 400 décèdent à l'hôpital

militaire de Clermont-Ferrand, soit une honorable proportion de 6,4 %. À Périgueux, sur 1 490 cas, la létalité est de 6,6 %. À Toulon, elle est de 7 % pour 2 320 cas et à Dôle de 9,4 % pour 2 830 malades. Mais à Caen, 344 grippés donnent 55 décès (16 %), et cette proportion s'élève à 17,6 % à Laval et à 35 % à Angoulême. Il est vrai que, dans ce dernier cas, la statistique ne porte que sur 57 malades.

Dans une même région, les écarts peuvent se creuser de façon spectaculaire. Dans la 10^e région militaire, on observe une létalité de 5,3 % à Rennes (48 décès pour 897 cas), de 23 % à Vitré (6 décès pour 26 cas) et de 27,7 % à Fougères (35 décès pour 126 cas), et aucun décès pour 31 cas à Redon. Sur un total de 1 167 cas, le nombre de décès s'élève donc à 89, soit une létalité de 7,6 % conforme à la létalité moyenne dans l'armée (7,5 %)⁶⁶. Dans la 14^e région, la mortalité par rapport au nombre de malades est de 5,7 % dans le secteur de Grenoble, de 16,8 % dans celui de Gap et de 7,5 % dans celui de Briançon, soit 1 056 cas et 89 (8,4 %)⁶⁷.

Il faut faire une place à part à deux cas peu connus mais singulièrement tragiques : les cas algérien et américain.

LE CAS ALGÉRIEN

En apparence, l'Algérie reste dans les normes. Sur 5 700 000 habitants, on enregistre 24 121 décès, soit 42 décès pour 10 000 habitants. Mais les décès enregistrés ne concernent que les agglomérations les plus importantes, la mortalité de la plupart des communes rurales étant passée sous silence. Sur ce point, seules sont connues les conclusions catastrophiques d'une remarquable enquête réalisée par le médecin

major Lucien Raynaud, adjoint technique de la 19^e région militaire pour la grippe.

Dès son apparition en Algérie, en juillet 1918, l'épidémie de grippe espagnole se montre d'une gravité supérieure à celle de 1890. Dans les communes rurales, où les gourbis s'écrasent les uns sur les autres, où règnent l'encombrement et l'absence d'aération, où les individus sont en position physiologique de moindre résistance, le mal exerce d'impitoyables ravages. Les Kabyles lui ont notamment versé un rude tribut.

Dans la commune d'Aumale (département d'Alger), on enregistrait 47 décès en octobre 1916 et 61 en octobre 1917. En octobre 1918, la mort promène sa faux sur 213 sujets, soit une augmentation de 450 % par rapport à octobre 1916. À Djurjura, le nombre des décès passe de 91 en septembre 1916 à 341 en septembre 1918 (augmentation de 375 %). À Beni-Mansour, 140 décès sont dénombrés en septembre, octobre et novembre 1916 et 141 en 1917. Pour la même période, leur nombre s'élève à 588 en 1918.

Dans le département de Constantine, en territoire kabyle, l'hécatombe ferait plutôt référence à la peste. Des villages entiers sont décimés et les travaux agricoles suspendus un peu partout. À Souk-Arhas, où la moyenne mensuelle des décès était de 10 par mois en septembre, octobre et novembre, elle atteint respectivement 143, 202 et 368 en 1918, soit un total de 708 et une augmentation effroyable de 2360 % ! Les Européens sont mieux protégés. À Aïn-Touta, 10 % d'entre eux sont touchés contre 70 % dans la communauté arabe. Et pourtant, non loin de là, la ville de Constantine est pratiquement épargnée.

Dans certaines communes, c'est le mois d'août qui est le plus funeste. Alors que la

grippe n'est pas encore au cœur des préoccupations, on dénombre 281 morts à Fort National contre 117 en 1916.

Dans les grandes villes, la mortalité grippale est identique à celle des villes les plus touchées de métropole: 1 240 morts à Alger, 771 à Oran (pour 123 000 habitants, soit 62/10 000)⁶⁸.

LE CAS AMÉRICAIN

Et les Américains? Plus joyeux que jamais, ils arrivent par centaines de milliers au milieu des vivats et des sourires. Ils sont si beaux et si gentils! Au nombre d'un million et demi en octobre 1918, ils seront cinq millions demain, et, grâce à eux, le sang français aura été épargné au moment de la victoire.

Pourtant, ce sont ces « sauveurs » qui, en France, payent à la pandémie son tribut le plus lourd. Les documents concernant les ravages de la grippe dans l'armée américaine sont conservés dans le carton 813 des archives du Service de santé sous la rubrique « Service technique du Service de Santé. Section franco-américaine ». Tous sont classés « secret ». Inutile de jouer les rabat-joie ou de suggérer que nos alliés n'ont pas la forme!

La tragédie commence aux États-Unis mêmes, dans les camps militaires. Dans un télégramme chiffré daté du 24 octobre 1918 et adressé au secrétariat d'État du Service de santé, l'attaché militaire français à New York, Collardet-Jusserand, indique que les cas de grippe se comptent par centaines de milliers dans l'armée: 198 000 le 8 octobre, 290 000 le 20^e. Quant au nombre des décès, il serait de 600 à 700 par jour. Jamais l'armée française n'a essuyé pareille hécatombe.

Le phénomène, lié aux concentrations humaines dans les ports d'embarquement, commence dès l'été. En décembre

1918, le médecin major George A. Soper, écrira que le pourcentage des malades pouvait, selon les camps, toucher 10 % à 50 % des effectifs et celui des pneumonies jusqu'à 37 % du nombre des grippés. Or, un homme atteint de pneumonie avait jusqu'à 89 % de chances de mourir (Soper, 1918, 1171).

La morbidité et la mortalité atteignent leur paroxysme dans l'espace clos des cales. Le contingent qui débarque à Saint-Nazaire le 8 octobre a essuyé 4 147 gripes et 230 décès sur un effectif de 24 500 hommes. Trente malades meurent à l'hôpital dans la nuit qui suit leur arrivée⁷⁰.

Le convoi qui accoste le 17 octobre a perdu 1 % de ses 24 500 hommes en cours de traversée et il en perdra autant dans les jours qui suivants⁷¹. Pour mesurer l'ampleur du fléau, il suffit d'imaginer une épidémie qui tuerait 60 000 Parisiens en l'espace de deux semaines.

Un rapport du service technique semble même suggérer, d'une plume malhabile sinon incompréhensible, que les ravages ont été plus importants parmi les troupes noires chez qui, aux États-Unis mêmes, la létalité a pu s'envoler jusqu'à 80 % : « Dans les endroits où on a envoyé des soldats irréguliers aux armées américaines, le pourcentage en influenza et en complications pneumoniques a été extraordinairement élevé :

100 % de malades dans le 539^e bataillon de travailleurs (nègres)⁷². »

Parmi les 214 grippés décédés à Brest dans la dernière semaine d'octobre, on compte 52 Français, 12 Hindous, 2 Anglais, 3 prisonniers de guerre, 3 coloniaux et 141 Américains⁷³!

Cinq mois durant, il faudra attendre la fin du cauchemar. En fait, l'euphorie de la victoire va faire oublier un mal sur le déclin mais toujours virulent. La rechute de février et de mars n'en sera que plus dure.

La grippe espagnole a-t-elle fait deux fois plus de victimes que la Grande Guerre, comme on l'a souvent affirmé? À l'échelle de la planète, c'est probable mais peu significatif et aucun travail n'est jamais venu étayer pareille estimation. Au demeurant, c'est en fonction de la mortalité mondiale et non des morts du conflit qu'il faut poser le problème. À défaut de quoi, force est de le traiter pays par pays. En France, la grippe a tué 7 fois moins que la guerre, mais les Français n'avaient nul besoin de cette tragédie dans la tragédie.

Pierre DARMON

Centre Roland-Mousnier

1, rue Victor Cousin

75230 Paris Cedex 05

NOTES

1. 15^e région militaire, place de Marseille, rapport du médecin-major Carnot sur le fonctionnement du 2^e secteur médical de la 15^e région, rapport de février 1916, ASSA, carton A 54, (Archives du Service de Santé des Armées – Val-de-Grâce). D'une incomparable richesse, les Archives du Val-de-Grâce nous permettent de suivre l'évolution de la grippe espagnole dans chacune des 19 régions

militaires. Observateurs scrupuleux, les médecins-majors ont consigné des faits que les médecins civils n'avaient pas l'occasion de signaler.

2. Médecin-major Ribadeau-Dumas, 7^e Région, Rapport de novembre 1916, ASSA, carton A 46.

3. 15^e région, place de Nice, Médecin-major Labbé, rapport de février 1917, ASSA, carton A 56.

4. Dr Ribierre, « Note sur les infections pneumococciques observées chez les Annamites », 4^e région, secteur de Chartres, rapport d'avril 1918, ASSA, carton A 40
5. Dr Serr, 14^e Région, place de Valence, Rapport de janvier 1917, ASSA, carton A 55.
6. Dr Halle, 5^e Région, place d'Orléans, Rapport de février 1917, ASSA, carton 42.
7. Dr Trélollières, 7^e Région, place de Besançon, Rapport de février 1917, ASSA, carton 44.
8. Grand Quartier Général, Aux Armées, le 12 mai 1918, Rapport du médecins du Centre d'instruction automobile indochinois sur une épidémie survenue fin avril, ASSA, Carton 810 « Grippe, correspondance »
9. Dr Martin, 15^e Région, rapport du 17 mai 1918, ASSA, carton 809 « Grippe, correspondance ».
10. Dr Abadie, Paris, le 8 août 1918, Rapport au sujet d'une épidémie de grippe... ASSA, carton 810.
11. Dr Lecornu, 10^e Région, place de Rennes, Rapport de mai 1918, ASSA, carton 50.
12. Dr Moriquand, 14^e Région, place de Grenoble, Rapport de juin 1918, ASSA, carton A 55.
13. Dr Gruson, Directeur du Service de Santé de la 20^e Région, Troyes, le 7 octobre 1918, ASSA, carton A 55.
14. « Note sur la grippe aux armées », non daté, ASSA, carton A 810.
15. Correspondance du Secrétariat d'État du Service de Santé, ASSA, carton 813.
16. On peut lire aussi avec intérêt la communication de Patrick Zilbermann et Lion Murard, « The Nation Sacrificed for the Army (1914-1918) », in *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Colloque de Heidelberg, 5-9 octobre 1994. Sur l'aspect médical du problème, voir (Hildreth, 1991).
17. Dr Grenet, place de Laval, Rapport de juillet 1918, ASSA, carton 41.
18. Dr Bertin, Rapport de juillet 1918 sur le fonctionnement de la région Nord, ASSA, carton A 37.
19. Dr Perrin, Bourges, le 15 juillet 1918, Rapport au Directeur du Service de Santé de la 8^e Région, ASSA, carton 809.
20. Dr Ravaut, 15^e Région, place de Marseille, Rapport de septembre 1918, ASSA, A 56.
21. Physionomie du Paris, Rapport du 20 septembre 1918, APP B/A 1587. (Archives de la Préfecture de Police).
22. Dr Péhu, secteur médical de Bourg Belley (Ain), Rapport de septembre 1918, ASSA, carton A 45.
23. Dr Weil, 11^e Région, place de Nantes, Rapport du mois d'août 1918, ASSA, carton A 52.
24. Dr Merklen, 11^e Région, Morbihan et Finistère, Rapport d'octobre 1918, ASSA, carton 52.
25. Dr Ravaut, 15^e Région, place de Marseille, Rapport d'août 1918, ASSA, carton A 56.
26. Dr Bertin, Rapport sur le fonctionnement du secteur Nord, Rapport d'août 1918, ASSA, carton A 37.
27. 9^e Corps d'armée, rapport de gendarmerie, Boutonne le 20 octobre 1918, ASSA, carton 810.
28. Cité par le médecin-major Boidin, 9^e région, place de Tours, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton 810, « Grippe aux armées ».
29. *Revue moderne de médecine et de chirurgie pratiques*, 1918, p. 221-223.
30. Dr Grenet, 4^e Région, place de Laval, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton A 41.
31. Dr Joltrain, 7^e Région, place de Dôle, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton A 45.
32. *Ibid*, Rapport d'octobre 1918.
33. Dr Carles, place de Périgueux, 12^e Région, Rapport d'octobre 1918, ASSA, carton A 53.
34. Dr Paillard, 13^e Région, place de Vichy, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton A 54
35. Rapport de mars 1919, ASSA, carton 810, « Grippe aux armées ».
36. Gare régulatrice Secteur postal 186, « Renseignements concernant les évacuations par trains sanitaires des malades grippés », ASSA, carton 811, « Grippe aux armées ».
37. 12^e Région, Limoges, le 12 octobre 1918, ASSA 809, « Grippe, correspondance ».
38. ASSA, carton 811 « Rapports adressés au secrétariat d'État au Service de Santé ».
39. Médecin Inspecteur Labit, Tours, le 12 septembre 1918, ASSA, carton 809.
40. Ministère de la guerre, note au sujet des évacués, non datée, ASSA 809.
41. Dr Chiray, place du Mans, Rapport de juillet 1918, ASSA, carton A 40.
42. Dr Turlais, 9^e Région, place de Châteauroux, hôpital 41, Rapport de d'août 1918, ASSA, carton A 49.

43. Dr H. Violle, « Pandémie de grippe », *La Presse médicale*, 10 octobre 1918, n° 57, p. 525-526.
44. Lettres caviardées, Rapport du 11 octobre 1918, ASSA, carton 809.
45. Marseille, le 21 septembre 1918, Rapport du médecin-major Monard sur une épidémie de grippe en Corse, ASSA, carton 809, « Correspondance avec les régions ».
46. Lettre du 5 octobre 1918, ASSA, carton 809.
47. Physionomie de Paris, Rapports des inspecteurs au préfet des 23, 24, 27 et 30 octobre 1918, APP, BA/1587.
48. *Ibid.*, Rapports des 22 et 26 octobre.
49. Paris, 21 octobre 1918, Lettre du chef du 8^e district au préfet de police, APP, B/A 1614.
50. *Ibid.*, Lettre du 28 octobre 1918.
51. À Toulon, le Dr Cohendy a notamment recours à cette pratique, Rapport du 10 octobre 1918, ASSA, carton 809, « Correspondance avec les régions ».
52. Dr Weil, 11^e Région, place de Nantes, Rapport d'août 1918, ASSA, carton A 52.
53. Dr Joltrain, 7^e Région, place de Dôle, Rapport d'octobre 1918, ASSA, carton 45.
54. Dr Cohendy, place du Toulon, Rapport du 10 octobre 1918, ASSA, carton 809.
55. Professeur H. Vincent, « La prophylaxie mécanique de certaines maladies contagieuses des voies aériennes », *Revue d'hygiène*, 1919, p. 36.
56. Dr Trémollières, Besançon, 7^e Région, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton A 44.
57. 16^e Région, Montpellier, août 1918, ASSA, carton 809.
58. Colonel Bonner aux commandants territoriaux, « Mesures contre la grippe dans les trains d'échange », Berne, le 23 octobre 1918, ASSA, carton 809.
59. ASSA, carton 809.
60. *Statistique sanitaire des villes de France, tableaux récapitulatifs*, Melun, 1900, p. 108-110. Dr Vallin, « L'influcnza », *Revue d'hygiène publique et de police sanitaire*, 1890, p. 1-7. Dr Bertillon, « La grippe », *Revue d'hygiène*, 1890, p. 151.
61. Étude statistique réalisée à partir des sources suivantes :
- Concernant l'armée: *Statistique médicale. Données de statistiques relatives à la guerre 1914-1918*, Paris, Imprimerie nationale, 1922, 304 p. Archives de l'Assistance Publique, 338 per 14. Concernant la population civile: *Statistique sanitaire de la France pour l'année 1918. Publié par le ministère des Cultes et de l'Intérieur*, Melun, 1923, 324 p. *Statistique générale de la France. Annuaire statistique de 1919*, Melun, 1925, p 37-38.
62. Statistiques parisiennes empruntées au *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale*.
63. ASSA 813, « Correspondance des consuls », Rapports d'octobre.
64. *Statistique sanitaire de la France, op. cit.*, et. *Statistique générale de la France. Annuaire statistique de 1919, op. cit.*
65. Ce calcul est fondé sur les chiffres de population fournis par le recensement de 1911. 15 % de cette population étant en 1918 sous les drapeaux, l'estimation donnerait, en données corrigées, 101 décès pour 8 500 habitants ou 116 pour 10 000. Le propos de l'auteur étant ici, comme dans le graphique, la recherche d'un ordre de grandeur par département, les chiffres bruts ont été conservés.
66. Dr Lecornu, 10^e Région, Rennes, Rapport d'octobre 1918, ASSA, carton 50.
67. Dr Mouriquand, 14^e Région, Grenoble, Rapport de septembre 1918, ASSA, carton 55.
68. Ces renseignements sont extraits du mémoire du médecin-major Reynaud sur la grippe en Algérie, décembre 1919, ASSA, carton 809 « Correspondance avec les régions ».
69. ASSA, carton 813, document classé secret, « Grippe, statistique, correspondance des consuls, circulaires ».
70. Médecin-major Maloizel, « Rapport sur une épidémie de grippe américaine parmi les contingents débarqués le 8 octobre à Saint-Nazaire », ASSA, carton 813.
71. Dr Raynaud, de la mission française près le quartier général des États-Unis, secret, « Note sur l'épidémie de grippe dans l'armée américaine », New York, le 25 octobre 1918, ASSA, carton 813.
72. Section franco-américaine, Rapport secret du 29 octobre 1918, ASSA, carton 813.
73. Médecin-major Malloizel, 11^e Région, Brest, Rapport du 30 octobre 1918, ASSA, carton 809.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- DELAPORTE, S. (1997), « Perceptions et interprétations par les médecins des premières manifestations de la grippe dite espagnole », *Médecine et armées*, 559-567.
- DELAPORTE, S. (1998), *Discours médical sur les blessures et les maladies pendant la Première Guerre mondiale*, Thèse, Université de Picardie Jules Verne, 290-361.
- SOPPER, Dr. G. A. (1918), *English New Record*, 26 décembre, 1171.
- VINCENT, Pr. H. (1919), « La prophylaxie mécanique de certaines maladies contagieuses des voies aériennes », *Revue d'hygiène*, 36.
- ZILBERMANN, P. et MURARD L. (1994), "The Nation Sacrificed for the Army (1914-1918)", in *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*, Colloque de Heidelberg, 5-9 octobre 1994.
- HILDRETH, M. L. (1991), "The Influenza Epidemic of 1918-1919 in France: Contemporary Concept of Aetiologi, Thérapie and Prévention", *Social History of Medicine*, 297-294.

RÉSUMÉ

Les premières manifestations de la grippe dite « espagnole », par référence à l'influenza qui, en 1890, tua 200 000 personnes en Espagne, apparaissent dans les tranchées de Villers-sur-Coudun vers la mi-avril 1918. Une première flambée déferle sur l'Europe entre les mois de mai et de juillet. D'une relative bénignité, elle met en évidence l'extraordinaire pouvoir de diffusion du virus grippal. Mais celui-ci ouvre la voie à un pneumocoque d'une extrême virulence dont certains médecins ont observé les méfaits dès le mois de février 1916. L'explosion épidémique qui ravage le monde

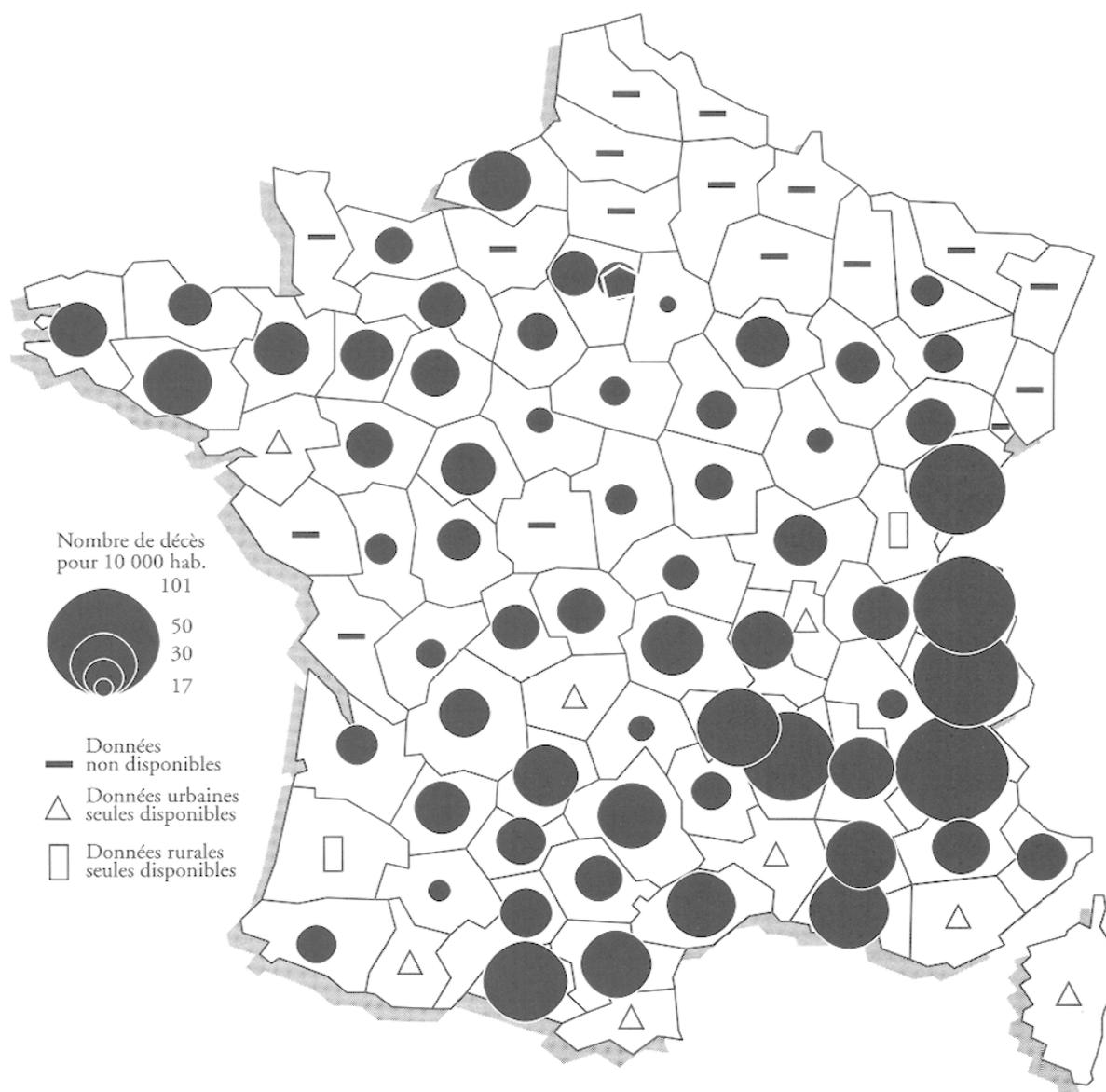
entre les mois de septembre 1918 et d'avril 1919 résulte de la conjonction de ces deux facteurs. Le faciès du mal est terrifiant : grippe, bronchite, pneumonie, cyanose du visage et des extrémités, complications œdémateuses, asphyxie. La mort peut survenir en l'espace de quatre jours. Aussi n'est-il pas étonnant que le mythe d'une épidémie de peste pulmonaire ait pris corps dans l'imaginaire. En France, la grippe et, dans son sillage, la sinistre pneumonie, ont tué 210 000 personnes en huit mois, autant que la guerre pour une même période !

SUMMARY

The first signs of the spread of "the Spanish flu", in reference to an influenza epidemic that killed 200,000 people in Spain in 1890, were observed in the trenches of Villers-sur-Coudun towards the middle of April 1918. An initial wave swept across Europe between May and July. Relatively benign, it nevertheless demonstrated the extraordinary capacity a virus has of spreading. Subsequently, doctors noted an extremely virulent pneumococcus as early as February 1916. The ensuing epidemic explosion that ravaged the world between September 1918 and April

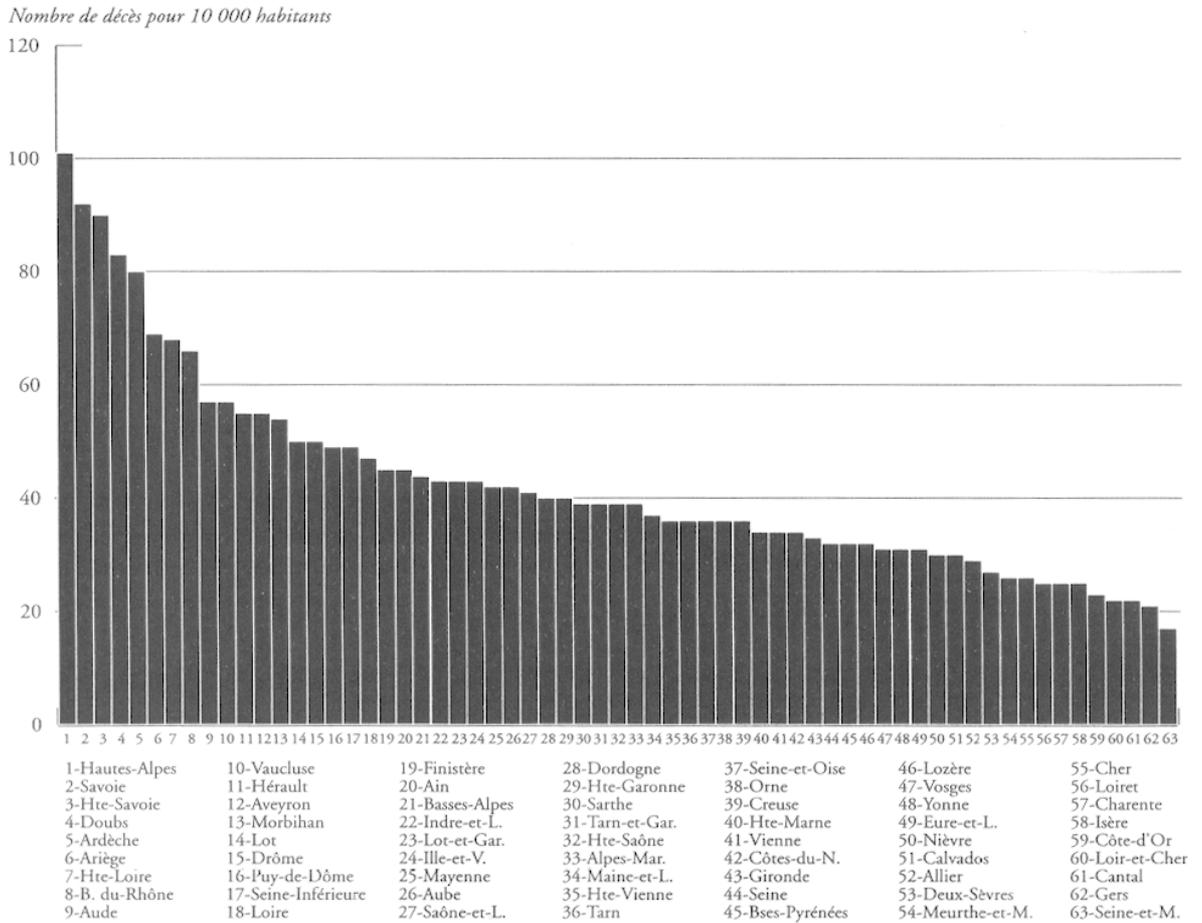
1919 resulted from the combination of these two factors. The symptoms were atrocious: flu, bronchitis, pneumonia, facial and extremity cyanosis, oedematous complications, and asphyxia. Death could occur in only four days. It is therefore not surprising that the myth of a pulmonary Black Plague epidemic took root in the collective conscious. In France, the influenza epidemic, followed by the horrifying pneumonia, killed 210,000 people in only eight months, as many people during the same time span of the war !

Carte 1 Nombre de décès grippaux pour 10 000 habitants (septembre 1918-avril 1919)



Les populations départementales de référence sont celles du recensement de 1911

Fig. 1 *Décès grippaux pour 10 000 habitants par département (septembre 1918 à avril 1919)*



Les populations départementales de référence sont celles du recensement de 1911

Tab. 1 *Nombre de décès grippaux pour 10 000 habitants (septembre 1918-avril 1919) (résultats des départements à données incomplètes)*

Données rurales seules disponibles	
Landes	12
Jura	31
Données urbaines seules disponibles	
Corrèze	11
Loire-Inférieure	26
Var	43
Rhône	47
Corse	64
Pyrénées-Orientales	65
Gard	72
Hautes-Pyrénées	74

Les populations départementales de référence sont celles du recensement de 1911

Fig. 2 *Mortalité grippale hebdomadaire par rapport à la mortalité générale à Paris entre les mois d'août 1918 et d'avril 1919*

