CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

À CORPS DÉFENDANT : VACCINER LES TROUPES CONTRE LA TYPHOÏDE PENDANT LA GRANDE GUERRE

Anne Rasmussen

Dilecta | « Corps »

2008/2 n° 5 | pages 41 à 48

ISSN 1954-1228
DOI 10.3917/corp.005.0041

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2008-2-page-41.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Dilecta.
© Dilecta. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

À CORPS DÉFENDANT : VACCINER LES TROUPES CONTRE LA TYPHOÏDE PENDANT LA GRANDE GUERRE

Anne Rasmussen

DEPUIS LE MILIEU DU XIX[E] SIÈCLE, hygiénistes et épidémiologistes ont théorisé le lien irréductible que les guerres entretiennent avec les épidémies (Cooter, 2003). Aussi, avec l'ampleur sans précédent du premier conflit mondial et les conditions pathogènes extrêmes de la guerre des tranchées, les autorités sanitaires, autant que les soldats, perçoivent les maladies infectieuses comme un risque majeur s'exerçant sur la collectivité nationale. L'enjeu que constitue la préservation sanitaire du collectif militaire suscite des politiques interventionnistes contraignantes telles que la vaccination obligatoire, des mesures répressives antivénériennes, ou encore des pratiques d'isolement de « suspects », les porteurs de germes. Mais ce dirigisme médical coexiste avec une pédagogie sanitaire tendant à convaincre plus qu'à faire obéir les « patients-soldats », au nom de leur droit inaliénable à disposer de leur propre corps et à consentir au geste médical.

L'objet de cette contribution est d'examiner cet espace de négociation, à travers les réactions du commandement et des soldats confrontés à la menace épidémique mais aussi aux effets induits de l'interventionnisme sanitaire. Le cas de l'inoculation antityphoïdique menée systématiquement dans le cadre de l'épidémie de 1914-1915 sur le front français constitue une chambre de résonance où se manifestent ces tensions qui affectent les conduites corporelles, entre crainte de la contagion, affirmation du libre-arbitre individuel et évitement militaire.

UNE VACCINATION DE MASSE DANS DES CONDITIONS EXPÉRIMENTALES

La fièvre typhoïde, due au bacille *salmonella typhi* identifié en 1879 et isolé en 1884, transmise par les eaux contaminées, est au début du XX[e] siècle communément considérée comme le mal inévitable des troupes en campagne (Moulin, 1996). Elle est de fait la première, et la seule, épidémie critique à laquelle sont confrontés les services de santé militaires occidentaux au début de la Grande Guerre. L'extension des « fièvres typhoïdes » est tout particulièrement catastrophique en France : près de 100 000 cas déclarés parmi les troupes du front pendant les quatorze premiers mois du conflit, avec un taux de mortalité de 12,2 %. Durant cette période, dans certaines armées, on évalue à 20-25 % les décès parmi les malades identifiés. En outre, la gravité des atteintes met

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

durablement hors de combat les soldats touchés et pose un problème stratégique majeur au commandement. Ainsi l'adjudant Marc Bloch, qui se fait l'historien de sa propre expérience de guerre, évoque les cinq mois du premier semestre 1915 durant lesquels sa convalescence consécutive à une « grave fièvre typhoïde » l'a tenu éloigné du front (Bloch, 2006 : 119, 164).

Face à cette situation de crise, l'armée française abandonne la voie strictement prophylactique qu'elle privilégiait traditionnellement pour entreprendre la vaccination antityphoïdique systématique des troupes, dans le sillage de l'exemple britannique (Hardy, 2000 ; Linton, 2000). De fait, une nouvelle stratégie sanitaire en faveur de la vaccination se dessinait depuis le début du siècle, à la faveur de l'émergence de la notion de porteur de germes : le porteur sain, asymptomatique, incarnant l'ennemi microbien invisible, mettait en défaut les politiques classiques de contingentement des contagieux. Le tournant vaccinal se traduit institutionnellement par la création, en 1910, par le ministère de la Guerre, du Laboratoire de vaccination antityphoïdique du Val de Grâce, à la tête duquel est placé le médecin militaire Hyacinthe Vincent missionné pour conduire des essais d'inoculation sur les troupes d'Afrique du Nord, à partir de candidats vaccins non encore stabilisés. À la suite de ces expérimentations à grande échelle menées de 1911 à 1913, la loi Labbé du 28 mars 1914 rend obligatoire dans toute l'armée française la vaccination antityphoïdique. Celle-ci n'en est toutefois qu'à ses prodromes au déclenchement du conflit. À partir de la fin octobre 1914, l'inoculation est régulièrement pratiquée sur les jeunes recrues lors de leur mobilisation, mais tout reste à faire dans les dépôts et à l'avant, sur les hommes mobilisés depuis l'été qui n'ont pas encore été vaccinés. La production du vaccin et sa distribution sont confiées au Val de Grâce et à l'Institut Pasteur. Au-delà d'un moyen de prévention, il s'agit de juguler l'épidémie en marche. Aussi l'application systématique à partir de la fin 1914 d'un premier vaccin contre la typhoïde puis, à partir de septembre 1916, sous la poussée des paratyphoïdes A et B, d'un vaccin triple antitypho-paratyphoïdique A et B (vaccin TAB), constitue un immense champ d'application de l'obligation vaccinale qui prend pour cible environ huit millions d'hommes, et suscite plusieurs dizaines de millions d'injections. Quelles lectures ont été faites de cette première expérimentation *in vivo,* en France, d'une vaccination à échelle de masse, mettant en cause, du fait de la contrainte légale, la liberté de chacun à disposer de son corps ?

MENACE ÉPIDÉMIQUE ET RISQUE VACCINAL

La première lecture relève d'une mémoire héroïque de la vaccination, élaborée dès 1916 par les autorités médico-militaires. Elle célèbre la victoire contre la typhoïde, élément clé de la victoire par les armes. Ce récit s'illustre par une courbe matérialisant l'accomplissement du programme vaccinal. La campagne systématique d'inoculation sur le front à partir du printemps 1915 produit ses effets : de 118 décès pour 100 000 hommes d'effectifs à la fin 1914, elle aboutit à une quasi-disparition de la mortalité par typhoïde dans l'armée française dès 1917 (0,3 décès pour 100 000 soldats)[1]. La morbidité quant à elle tombe de 26 ‰ au début 1915 à 0,28 ‰ en 1918. Entre 1915 et 1917, selon la formule du médecin général Vincent, « les cas de maladies typhoïdes observées dans les armées du front sont près de sept fois moins nombreux et les décès huit fois et demi plus rares qu'en temps de paix[2] ». Les instances académiques valident elles aussi ce constat de succès, en remettant le prix Osiris de 1915 « à l'œuvre de la vaccination antityphoïdique », prix qu'elles partagent entre Chantemesse, Widal et Vincent, ses trois « inventeurs » et maîtres d'œuvre en France. La presse populaire fait de même, en célébrant « Vincent, le grand sauveur de l'Armée » et « les vainqueurs de

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

la fièvre typhoïde[3] ». Dans le contexte de la priorité nationale accordée au maintien en santé des troupes, il n'est nulle place pour l'expression de nuances : la vaccination triomphe de la maladie qui, autant que le combat, met les corps en péril.

Cette vision sanitaire d'un vaccin émancipant les hommes de la menace épidémique n'a pourtant pas été univoque. Une seconde lecture, émanant du point de vue du « patient », témoigne d'une défiance commune à l'égard de la vaccination, qui se manifeste selon un spectre étendu des réticences aux refus. Cette expression apparaît dans les témoignages de nombre de soldats vaccinés, recueillis dans les récits, les journaux personnels, les correspondances, qui montrent combien l'inoculation antityphoïdique est vécue comme un événement d'importance dans la vie militaire : un événement anticipé, commenté et le plus souvent redouté. La légitimité de ces inquiétudes est liée au caractère inédit d'une démarche de prévention qui n'est pas encore acculturée dans les pratiques de soin : inoculer un corps sain lui fait courir des risques, pour un bénéfice incertain. L'argumentaire est surtout fondé sur les effets indésirables assignés à la vaccination, augmentés par les injections multiples qui ne font qu'accroître risques et désagréments. L'inoculation complète réclame en effet, selon la plupart des protocoles, quatre injections espacées de sept à dix jours, suivies d'une revaccination tous les ans.

La crainte qu'expriment les soldats est corroborée par l'institution militaire qui révèle elle aussi, en creux, la défiance régnant envers la vaccination. Ainsi, le commandement ne cesse, en 1914 et 1915, de rappeler à l'ordre les médecins de dépôt, trop « timorés[4] », qui n'accomplissent pas avec assez de zèle leur mission vaccinatrice et manifestent leur réticence à inoculer. Le ministre de la Guerre souligne avec insistance le défaut d'application des ordres, la lenteur coupable de la mise en œuvre, les failles dans la chaîne du commandement[5], et porte par là témoignage d'une indéniable résistance du corps médical militaire à la systématisation de la vaccination. La Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, principale instance de délibération sanitaire pendant la guerre, déplore en septembre 1915 le défaut d'application de la vaccination, imputable aux « obstacles » mis par les médecins à son application[6]. Hyacinthe Vincent, maître d'œuvre de la campagne sanitaire, souligne quant à lui « les résistances invraisemblables que son vaccin TAB rencontrait à peu près partout[7] ». Par ailleurs, le commandement dénonce l'ampleur du phénomène des « faux vaccinés » : il s'agit des hommes qui, au cours du questionnaire précédant la vaccination, ou bien affirment qu'ils sont déjà vaccinés, ou bien qu'ils ont déjà développé une fièvre typhoïde – motifs qui leur permettent d'échapper à l'inoculation : « Certaines vaccinations ont été enregistrées sur la simple déclaration des hommes. De nombreux militaires disent ou prétendent avoir été vaccinés et ne peuvent en fournir aucune preuve. Leurs livrets ne portent aucune mention de cette vaccination et ils font quand on les interroge des réponses suspectes et contradictoires. Il y a de sérieuses raisons de penser que ces hommes affirment avoir été vaccinés pour éviter les injections […][8] ».

La scène médiatique contribue à rendre publics les effets pervers de la vaccination. Certains journaux les dénoncent ouvertement, comme *L'Œuvre* qui ouvre sa tribune au docteur Doyen, vigoureux polémiste attaquant « l'inefficacité et les dangers de la vaccination antityphoïdique du Val de Grâce[9] ». Ces discours se fondent sur leur légitimité médicale pour mettre en cause l'évaluation de l'efficacité du vaccin – il n'existerait « aucune expérimentation sérieuse » – et sa sincérité – car selon Doyen, « l'expérimentation et les faits démontrent donc l'inutilité de cette vaccination qui, tout le monde le sait, est en outre dangereuse ». *L'Œuvre* dénonce ainsi des « réactions très violentes et quelques accidents mortels ». D'autres organes de presse raisonnent, pour user de catégories modernes, en

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

termes de bénéfices et de risques, imputant les dégâts aux dommages inévitables d'une médecine des grands nombres, selon le précepte qu'un petit mal est le prix à payer pour un grand bien. C'est le propos du biologiste Félix Le Dantec dans le journal de Clemenceau, *L'Homme enchaîné* : « quand on vaccine des millions d'hommes, on ne peut pas prendre toutes les précautions nécessaires dans chaque cas individuel, et ainsi il se produit quelques accidents qui auraient dû être évités[10] ». Cette dénonciation publique n'est toutefois que peu audible, car recouverte par le système de contrôle et de censure qui contraint fortement l'information sanitaire pendant la guerre, et par le secret militaire attaché aux enquêtes médico-légales réalisées sur les accidents de vaccination.

À la crainte de l'inoculation peut se mêler une stratégie d'évitement de l'obligation militaire dont témoigne par exemple le récit iconoclaste que livre le romancier combattant Léon Werth dans *Clavel chez les majors* : « Le commis voyageur bronchitique envisage avec mélancolie son retour proche au dépôt. Enfin, on peut quand même se débrouiller […] Au moment du départ, tu dis que tu n'es pas vacciné contre la typhoïde et tu brûles ton livret et tu dis : "Quand on m'a demandé si j'étais vacciné, j'ai cru que c'était pour la petite vérole". On te fout huit jours de prison, mais t'as un mois devant toi… » (La durée d'un mois correspond à l'espacement de temps nécessaire aux quatre injections) (Werth [1919], 2006 : 128). Dans la stricte logique du commandement, les comportements d'évitement de la vaccination peuvent être interprétés comme « refus de soins » – catégorie médico-légale qui émerge en 1915 – refus qu'il importe de combattre aux fins de maintenir en santé, c'est-à-dire en condition opérationnelle, le plus grand nombre d'hommes. Mais dans une logique médicale, qui vise à l'efficacité la plus grande de la vaccination par son extension à l'ensemble du collectif, toutes réticences aux vaccins manifestent des dysfonctionnements qu'il convient d'identifier.

CORPS DE L'INDIVIDU, SANTÉ DE LA NATION

La campagne antityphoïdique relève des prescriptions d'une médecine collective et administrée. Le suivi médical du soldat, au moyen du livret individuel qui l'accompagne de l'incorporation à la démobilisation, les états numériques systématiques de la vaccination, l'enregistrement du mouvement des hospitalisations, apparaissent comme autant d'éléments d'une gestion bureaucratique favorable au repérage de tout événement induit. Mais, en même temps, nombre d'obstacles entravent la possibilité d'un suivi rationalisé : tels sont les circonstances critiques dues à la guerre, la circulation intensifiée des hommes, le mouvement de troupes qui interdit d'assurer régulièrement les trois injections consécutives nécessaires à la vaccination complète, les stratégies d'évitement de la vaccination, les fausses déclarations. Malgré le repérage militaire des individus, dans le cadre des grandes campagnes de santé publique, la vaccination antityphoïdique n'est pas sans échapper à l'anomie d'une situation de crise.

Les effets indésirables de la vaccination antityphoïdique sont évalués selon une échelle de gravité. Au premier degré de cette échelle, les réactions constituent un phénomène généralisé et reconnu par tous les protagonistes. Les autorités sanitaires les qualifient de mal inévitable et bénin, qui ne remet à leurs yeux nullement en cause la légitimité de l'inoculation. Comme le souligne Widal, le promoteur du vaccin de l'Institut Pasteur, « quand on vaccine en grand, il n'est pas possible, dans un régiment par exemple, de prendre la température à tout le monde[11] ». Au deuxième degré de gravité sont identifiées les réactions moyennes ou fortes telles que les fièvres prolongées, vomissements, herpès, purpura, diarrhées, syncopes,

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

épistaxis, albuminurie, prostration, amaigrissement rapide, parmi d'autres symptômes. Ces effets indésirables tendent à être rationalisés comme des réactions d'immunisation suscitées par la survenue d'une « maladie expérimentale », fièvre typhoïde provoquée par le vaccin. Reportées sur les livrets individuels et comptabilisées dans les statistiques vaccinales des corps de troupe, ces réactions constituent un problème majeur dans les relations que les médecins de corps – échelon intermédiaire essentiel entre le commandement et le soldat et maillon déterminant des relations de confiance entre soignant et soigné –, entretiennent avec les troupes dont ils ont la responsabilité. Au sommet de l'échelle de gravité figurent les « accidents » de vaccination, à l'origine de décès réputés « énigmatiques » qui ne semblent pas pouvoir être imputés à une cause cachée. En avril 1916, le sous-secrétaire d'État à la Santé militaire Justin Godart en reconnaît trente-deux depuis les débuts de la vaccination[12], mais la récurrence des témoignages au sein des unités sur ces accidents fatals laisse entrevoir des estimations bien supérieures.

Du point de vue des autorités sanitaires, la qualification de ces accidents évolue au long du conflit, et témoigne d'une transformation des sensibilités à l'égard des droits de chacun sur son propre corps. Durant les premiers mois de la vaccination, comme en témoignent les expertises des médecins légistes, la reconnaissance d'une responsabilité militaire et médicale est déniée : l'accident de vaccination est renvoyé à la défaillance imprévisible du vacciné, dont la faiblesse et la mauvaise santé sont mises en cause, voire dont le comportement est suspecté, en particulier l'alcoolisme. L'argumentaire est centré sur l'individu, dont on met en cause les prédispositions, une « tare organique » méconnue, une sensibilité singulière et imprévisible, qu'elle soit dénommée pathologie, défaillance ou faiblesse. La fragilité du vacciné ou sa conduite intempérante sont stigmatisées, mais aussi les conditions extraordinaires engendrées par la guerre, tel le « surmenage ». En revanche, la substitution du vaccin triple TAB au vaccin simple marque en 1916 un changement, à la suite duquel sont mises en évidence la responsabilité de la chaîne du commandement et la défaillance d'un système : non plus la faute du patient, mais un dysfonctionnement dans la conception, la fabrication, la prescription ou l'administration du produit. Cette évolution est favorisée par la désagrégation du consensus autour du vaccin antityphoïdique, dans le contexte d'une controverse aiguë entre Val de Grâce et Institut Pasteur, fondée sur la concurrence de leurs vaccins et le désaccord scientifique sur les bonnes pratiques de leur production et de leur administration.

Cette évolution n'est toutefois pas un élément isolé de la politique sanitaire. En effet, le commandement se révèle constamment soucieux d'associer, à la contrainte propre au système d'autorité de l'institution militaire, la recherche d'une adhésion individuelle et collective à l'effort de guerre, sans laquelle peut être mis en cause le fragile équilibre qui préside à cet investissement. Aussi la préservation sanitaire du collectif militaire ne doit-elle pas sacrifier le choix individuel du « sujet » en ce qui concerne son propre corps. Il s'agit de convaincre plutôt que de seulement contraindre, de manier la pédagogie face aux résistances des médecins comme des patients, d'instituer du libre-arbitre, comme en témoigne l'instruction du 5 avril 1915 qui énonce et fixe les limites des droits du blessé et du malade à refuser le traitement. L'instruction vise notamment les soins de nature à procurer une immunisation et souligne qu'« il importe d'éviter de recourir à une mesure coercitive quelconque[13] ». Le ministère de la Guerre reprend ainsi les analyses de la Société de médecine légale de France : « Aujourd'hui, […] la composition de l'armée est changée. Ce n'est plus une armée de jeunes gens acceptant assez facilement toutes les règles de la discipline. Elle comprend maintenant un grand nombre d'adultes, habitués par une longue période de vie

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

civile, à la critique, à la discussion de leurs intérêts, au choix d'une décision, à l'indépendance. S'ils consentent volontiers à faire à la discipline le sacrifice de cette liberté d'esprit quand il s'agit de choses purement militaires, ils y renoncent parfois moins facilement au sujet du traitement d'une blessure ou d'une maladie, et des conséquences que pourra avoir ce traitement[14]. »

Dans le cas du vaccin, bien que l'obligation relève de la loi, et que par conséquent le refus ne soit pas admissible, il y a là place pour l'écoute d'une plainte, préalable nécessaire au travail de persuasion quant à l'efficacité de l'inoculation, dont la généralisation est une condition *sine qua non*. De fait, avec le vaccin TAB, les médecins ont pu pratiquer par précaution une politique très restrictive de vaccination. Tel est le cas du médecin major Janin qui livre les statistiques de ses opérations vaccinales de novembre 1916[15] : sur un effectif de 171 hommes, 160 ont été examinés ; 11 non vus, donc non vaccinés ; 91 déclarés inaptes ; 31 vaccinés à trois piqûres ; 38 revaccinés à une piqûre. Au total, seul 40 % de l'effectif confié au major Janin est finalement vacciné contre la typhoïde. L'enjeu est bien dans la définition de « l'inaptitude » à subir le vaccin, qu'il incombe certes au médecin de définir, mais non sans prendre en compte l'irréductibilité des oppositions des sujets auxquels il a affaire. Cet exemple témoigne des marges de négociation qui coexistent avec la prescription : l'imposition d'une règle ne va pas sans la sollicitation d'un consentement.

L'urgence associée au contexte sanitaire de guerre, tout comme la priorité accordée à la préservation de la santé du collectif militaire, autant que le développement avéré d'une épidémie de typhoïde, auraient pu faire tenir pour de négligeables aléas les effets indésirables suscités par une campagne d'inoculation déployée à une échelle de masse, opérée sur des populations soumises à un système légal d'obligation vaccinale et de discipline militaire, qui plus est en temps de guerre. Pourtant, le cadre expérimental de la vaccination des troupes, le caractère préventif d'un geste médical pratiqué sur des sujets sains, et la préoccupation des autorités médico-militaires d'équilibrer la contrainte sur les corps par une adhésion des soldats aux mesures qui les concernent intimement font évoluer les sensibilités corporelles. La somme des souffrances physiques trouve un point d'orgue dans la guerre (douleur des blessures nerveuses ou des amputations, privations, régression hygiénique, épuisement, peur et angoisses…) et des seuils de tolérance sont franchis (Audoin-Rouzeau, 2006 ; Rasmussen, 2008). Il est toutefois significatif que les plaintes et protestations nées de ces souffrances s'expriment moins dans l'extrême des situations paroxystiques qu'à l'intérieur du cadre plus « civilisé » de l'intervention médicale qui, elle, peut être jugée intolérable. Il est aussi notable que ces sensibilités soient entendues par les autorités militaires et médicales. Ainsi que l'a montré Len Smith, les soldats sont considérés dans le cadre de la conscription républicaine comme des citoyens qui participent d'une relation d'autorité et non comme de simples victimes de la contrainte disciplinaire (Smith, 1994). Mais en outre, ils sont désormais aussi des sujets dotés d'une autonomie affirmant un droit sur leur propre corps, que traduit la notion de consentement à l'acte médical. Cette liberté est néanmoins limitée, car dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, selon le commandement, refuser le vaccin ne relève pas du droit individuel, mais met en danger le corps collectif de la nation. Plutôt que l'expression d'une manifestation de l'individu contre un pouvoir abstrait et coercitif, il s'agit d'un espace de négociation entre différents maillons de la chaîne hiérarchique sanitaire, où la persuasion et la pédagogie s'exercent d'abord sur le médecin qui a la responsabilité de ses hommes, intermédiaire fondamental dans l'articulation entre une médecine individuelle – fondée sur

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

la relation de confiance, le secret, l'adaptation à la singularité des cas – et une médecine des grands nombres où l'approche épidémiologique et statisticienne fait loi.

1. Ministère de la Guerre, *Aperçu statistique sur l'évolution de la morbidité et de la mortalité générales dans l'armée*, Paris, Imprimerie nationale, 1932, p. 29.
2. Vincent H. 1917, « Résultats de la vaccination antityphoïdique aux armées pendant la guerre », dans *Revue scientifique*, 22, novembre, p. 694.
3. *Le Petit Journal*, 3 juin 1915.
4. « Note au sujet des résultats obtenus par la vaccination antityphoïdique dans l'Armée pendant la guerre », Sous-secrétariat d'État du Service de santé militaire [SSESSM], s.d. [après-guerre], p. 24, Archives du Service de santé des armées [SSA], carton 858.
5. Circulaire du ministre de la Guerre au sujet de la vaccination de la classe 1914, 17 octobre 1914.
6. Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires [CSCHEM], séance du 7 mai 1915, p. 5, SSA, carton 825.
7. « Résumé sommaire des travaux scientifiques du professeur Vincent », SSA, carton 1090.
8. Vincent H. 1915, « La Fièvre typhoïde et les faux vaccinés », *Presse médicale,* 30 septembre ; « Note au sujet des résultats… », *art. cit.*
9. Doyen Dr. 1915, « La Réforme du Service de santé. Après un an de guerre. La vaccination contre le choléra et contre la fièvre typhoïde », *L'Œuvre*, 29 novembre 1915.
10. Le Dantec F. 1916, *L'Homme enchaîné*, 5 mai 1916.
11. CSCHEM, séance du 10 mai 1916, p. 15, SSA, carton 825.
12. CSCHEM, séance du 13 avril 1916, p. 19, SSA, carton 825.
13. « Instructions relatives à la conduite à tenir en cas de refus, par des militaires, de traitements ou d'opérations rendus nécessaires », SSA, carton 567.
14. « Avis rendu au SSESSM », 13 mars 1916, SSA, carton 567.
15. Médecin major de 2e classe L. Janin (VIIe Armée, 52e division, 3e bataillon territorial de chasseurs alpins), chef de service, Rapport médical du 21 novembre 1916, SSA, carton 204(5).

BIBLIOGRAPHIE

Audoin-Rouzeau S. 2006, « Massacres. Le corps et la guerre », dans Corbin A., Courtine J.-J. et Vigarello G. (éds), *Histoire du corps. Vol. 3, Les mutations du regard. Le XXe siècle,* Paris, Le Seuil, pp. 281-320.

Bloch M. 2006, « Souvenirs de guerre 1914-1915 », dans A. Becker et E. Bloch (éds), *Marc Bloch. L'Histoire, la guerre, la résistance*, Paris, Gallimard.

Cooter R. 2003, "Of War and Epidemics: Unnatural Couplings, Problematic Conceptions", dans *Social History of Medicine*, 16/2 : 283-302.

Hardy A. 2000, "'Straight Back to Barbarism': Antityphoid Inoculation and the Great War, 1914", dans *Bulletin of the History of Medicine*, 74 : 265-290.

Linton D.S. 2000, "Was Typhoid Inoculation Safe and Effective During World War I? Debates within German military", dans *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 55 : 101-133.

Moulin A.-M. (éd.) 1996, *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard.

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)

Rasmussen A. 2008, « La Règle et le consentement. Hygiénistes, médecins et militaires à l'épreuve du cadavre dans la Grande Guerre », dans Cosmacini G. et Vigarello G. (éds), *Il medico di fronte alla morte (secoli XVI-XXI)*, Turin, Fondazione Ariodante Fabretti.

Smith L.V. 1994, *Between Mutiny and Obedience. The Case of the French Fifth Infantry Division during World War I,* Princeton, Princeton University Press.

Werth L. 2006 (1919), *Clavel chez les majors,* Paris, Viviane Hamy.

© Dilecta | Téléchargé le 26/10/2021 sur www.cairn.info (IP: 80.215.198.246)