

Qui a peur des épidémies?

Table ronde du réseau des Maisons des Sciences de l'Homme à l'occasion de la Fête de la science 2006

En partenariat avec l'Union Nationale des Associations Familiales, 9 octobre 2006

Avec les interventions de

René Collignon (Chargé de recherche au CNRS, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, CNRS/Université Paris X, Maison René Ginouvès, Nanterre) :

La médecine coloniale française face aux maladies sexuellement transmissibles au Sénégal.

Patrice Bourdelais (Directeur d'études, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris):

L'arrivée d'une nouvelle épidémie : qu'apprend l'expérience historique?

Didier Fassin (Université Paris Nord et EHESS, Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord, Saint-Denis) :

Economie de la suspicion et théories du complot en temps d'épidémie.

Compte-rendu établi par Emmanuel Pasquier

(MSH Paris Nord, <http://www.mshparisnord.org/mardis/mardis.htm>).

Ce compte-rendu est une retranscription synthétique, non littérale, des interventions. Celles-ci peuvent être réécrites en version intégrale sur leur enregistrement audio.

AVANT-PROPOS:

Présentation du réseau des MSH par Pierre Rouillard, directeur de la Maison René Ginouvès à Nanterre (<http://www.mae.u-paris10.fr/>), et directeur du réseau des Maisons des Sciences de l'Homme (<http://www.msh-reseau.prd.fr>).

Cette table ronde était l'occasion de réunir des chercheurs en sciences humaines venant des trois Maisons des Sciences de l'Homme d'Ile-de-France. Pierre Rouillard a rappelé que ces MSH poursuivent un but commun, tout en ayant souvent des statuts différents : la Maison René Ginouvès de Nanterre par exemple, réunit des archéologues et des ethnologues de Nanterre, dont la réunion s'est faite petit à petit, ce qui contraste avec la MSH Paris Nord, qui est le fruit d'un véritable choix politique et d'une création volontaire.

C'est dans les années 60 que Fernand Braudel a tout d'abord regroupé des projets, dans la première Maison des Sciences de l'Homme, celle du boulevard Raspail, qui a un statut de fondation. Il s'agissait de donner les moyens aux chercheurs en sciences humaines, alors parent pauvre de la recherche, de travailler ensemble et notamment en relation avec les chercheurs à l'étranger. Cette fondation donna ensuite lieu à deux autres MSH, celle de Bordeaux et celle de Strasbourg.

Puis, au fil des années 70-80, plusieurs structures fédératives se mirent progressivement en place, notamment à Lyon, regroupant les chercheurs de sciences humaines et sociales.

C'est dans les années 90 que se constitua un véritable réseau, fondé sur une volonté politique claire, selon le projet du ministre Claude Allègre.

Il existe ainsi aujourd'hui un réseau de vingt maisons qui représentent un tiers de la recherche en sciences humaines et sociales, et qui, par-delà leurs différences de statut et la diversité de leurs axes de recherche respectifs, partagent le même souci de donner à la recherche une dimension interdisciplinaire, une dimension internationale, et une dimension interstructurelle (associant des institutions différentes : universités, CNRS, EHESS, ministères...).

QUI A PEUR DES _PID_MIES ?

INTRODUCTION:

Emmanuel Pasquier (MSH Paris Nord)

Les épidémies ne sont pas exclusivement un problème médical, biologique : elles sont un sujet de réflexion pour les sciences humaines : l'histoire, la sociologie, l'anthropologie... qui étudient le sens des phénomènes biologiques pour la société humaine. La lutte contre les épidémies passe aussi et peut-être même d'abord par une compréhension de ce type. Telle sera notre approche dans cette conférence. Les épidémies ont changé de statut. Elles ont longtemps été rangées au rang des catastrophes naturelles, avec les tremblements de terre et les raz-de-marée, qui apparaissaient comme une sorte de châtiment divin venant remettre à sa place une humanité en faute; quelque chose de l'ordre du Destin : destin de l'humanité vouée pour toujours à subir cette remise en place, comme dans le mythe de Babel, moment d'un retour forcé et brutal de l'humanité à une naturalité dont elle se disait alors qu'elle n'aurait jamais dû la quitter.

De ce statut théologique, l'épidémie est devenue aujourd'hui un phénomène politique.

Peut-être que l'on ne parle plus aujourd'hui, en général, de « catastrophe naturelle » : elles ont toutes un versant politique. Mais les épidémies, plus que les tremblements de terre, apparaissent comme liées au développement technique de l'humanité. Elles sont le revers du développement des moyens de transport, de l'industrie agro-alimentaire, de la communication mondiale (penser aux virus informatiques qui en sont à la fois l'expression et la métaphore). L'épidémie est ainsi l'un des autres noms de la mondialisation.

Du coup, au lieu d'être une fatalité divine, elle devient scandaleuse. Elle exprime le décalage interne du monde industriel moderne. D'un côté, alors qu'il est censé garantir le bien-être de l'humanité, il fournit les conditions de propagation de l'épidémie (éventuellement même on le soupçonne d'en être à l'origine, si l'on suppose que ce sont de scabreuses manipulations humaines qui ont donné naissance aux virus) ; de l'autre il est incapable de mettre au point les techniques médicales qui permettraient d'enrayer le processus dont il est lui-même le moteur.

Ce sont donc les hommes eux-mêmes, leurs moeurs sexuelles, alimentaires et leurs techniques qui sont responsables de l'épidémie. L'épidémie est perçue comme une pathologie de la société, et celle-ci se tourne alors vers l'Etat – renversement radical par rapport à une conception théologique, où l'humanité se perçoit d'abord elle-même comme une pathologie dans la nature, que l'épidémie-destin vient réguler.

Première intervention :

LA MÉDECINE COLONIALE FRANÇAISE FACE AUX MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES AU SÉNÉGAL.

RENÉ COLLIGNON (chargé de recherche au CNRS, Laboratoire d'ethnologie et sociologie comparative, maison René Ginouvès, Nanterre).

L'intervention portait sur la représentation de la syphilis et des maladies sexuellement transmissibles, par les médecins et l'administration au cours de la période coloniale au Sénégal.

1. Fin du XIX^e siècle : la prise de conscience du problème des maladies vénériennes.

En 1897 la presse libertaire titrait ironiquement à propos de l'œuvre des troupes

fran_aises à Madagascar “la syphilisation à Madagascar” , faisant ainsi écho au mot célèbre prêté à Krafft-Ebing (auteur bien connu de *Psychopathia sexualis*) : “civilisation égale syphilisation” .

L'Europe fin de siècle était marquée par la hantise des tares de la civilisation où l'alcoolisme et la syphilis furent portés au rang de fléaux sociaux, alors même que les conquêtes coloniales étaient con_ues par leurs propagandistes comme porteuses de valeurs régénératrices.

Au Sénégal, avec l'affirmation d'un projet d'établissement colonial de longue durée, c'est dans le contexte urbain que la prise de conscience du problème des maladies vénériennes va se produire. Elle se manifeste en un premier temps à propos de deux groupes particuliers : les prostituées, et les militaires. Dès 1897, le gouverneur général de l'AOF (fédération des territoires d'Afrique occidentale fran_aise, établie en 1895) signale au directeur de l'intérieur la fréquence de ces affections chez les militaires des garnisons de Saint-Louis et Dakar et demande qu'une surveillance soit établie par les municipalités. Mais le gouverneur du Sénégal remarque aussitôt que les conditions dans lesquelles la prostitution s'exerce localement rendent à peu près inapplicables les mesures préventives auxquelles on peut recourir dans les villes européennes.

Dans un premier aperçu d'ensemble du problème dans les colonies en 1903, l'inspecteur général du corps de santé rappelle les mesures prises en 1888 en vue de s'opposer à l'importation en métropole des maladies vénériennes ; il est convaincu de la nécessité de garantir les colonies elles-mêmes des contaminations étrangères tout en étant conscient des difficultés de prendre des mesures prophylactiques souvent malaisées à appliquer en raison de la crainte de salir les populations. Il observe qu'au Sénégal, ce qui domine chez les soldats, c'est la blennorragie, aigu_ chez les Européens nouvellement débarqués, chronique dans les troupes noires. Il conclut que le nombre des affections vénériennes est assez élevé, surtout si l'on considère que parmi les indigènes hospitalisés pour d'autres affections, 90 % sont porteurs d'urétrites anciennes et presque tous sont syphilitiques.

Par-delà la volonté d'évaluer l'importance du problème, c'est l'émergence de préoccupations sanitaires nouvelles qui se manifeste. Après l'établissement de l'autorité administrative sur le territoire, la nécessité de fournir un plus grand nombre de médecins se fait sentir. Un cadre nouveau de médecins civils est créé en AOF par l'arrêté

du 8 février 1905 : l' Assistance médicale aux Indigènes (AMI). Une enquête dans les territoires fait ressortir un constat unanime de mortalité excessive dont les causes relèvent de deux grandes classes : 1) les maladies qui engendrent la misère, la mauvaise hygiène, la malpropreté (la tuberculose est désignée comme la grande liquidatrice, aidée dans ses ravages de la syphilis et l' alcoolisme) d' une part, 2) les endémies (béribéri, lèpre, maladie du sommeil, paludisme), et épidémies (méningite cérébro-spinale, typhoïde, variole) spécifiques à ces pays d' autre part.

C' est dans le contexte de l' intérêt nouveau pour les maladies de misère qui est abordée la question des maladies vénériennes. On reconnaît la triade, tuberculose – syphilis – alcoolisme, promue par les hygiénistes vers la fin du XIX^e siècle au rang de “fléaux sociaux” . Elle trouve ici un écho particulier auprès des autorités sanitaires de haut rang. La syphilis préoccupe alors surtout dans ses incidences sur la mortalité infantile et la question des moyens d' enrayer la dépopulation retient l' attention et aboutit à la création d' un service autonome de la vaccine et d' un corps d' aides médicaux indigènes de l' AMI en janvier 1906.

2. Première Guerre mondiale : le problème sanitaire est relié à celui de la pénurie de main d'œuvre.

Le contexte de guerre va accuser cette obsession démographique. Plusieurs éléments se conjuguent : la prise de conscience lors du recrutement de troupes noires du médocréat de santé des recrues, celle du coût démographique induit par le conflit, et le besoin urgent de main d'œuvre pour la mise en valeur des colonies qu' une propagande active appelle à développer au nom de la promotion du “réservoir colonial” . Le problème de la santé indigène au lendemain de la guerre est nettement relié à la pénurie de main-d'œuvre, il s' exprime en termes de production : “ Il faut développer les races indigènes en qualité et en quantité ” ; “faire du noir” sera le mot d' ordre du gouverneur Carde, et on procède à un changement radical de doctrine d' action : “L' assistance médicale curative doit céder le pas à la médecine préventive sociale” (Circulaire ministérielle du 10 décembre 1924).

3. L'entre-deux-guerres: période de doutes face à l'ampleur du mal.

Dans l' entre-deux-guerres, période obsédée par la peur de la syphilis, l' image du

peu à rien dans les critères médicaux coloniaux gagne en épaisseur et en complexité. Des dispositifs plus appropriés se mettent en place : une commission consultative des maladies vénériennes aux colonies est créée en 1929 à l'Institut prophylactique (dont l'existence remonte à 1916), l'Institut d'hygiène sociale est ouvert à Dakar en 1921, ainsi que des dispensaires et consultations spécialisés. Au fur et à mesure que l'on approche davantage la population et que l'on dépiste le mal par les méthodes scientifiques nouvelles, on prend mieux la mesure du caractère "perfidé" et "sournois" de l'endémie. Certaines groupes (Peulhs, Toucouleurs) sont tenus pour atteints dans leur presque totalité et certains médecins estiment qu'il en est de même des huit dixièmes de la population de Dakar. L'ampleur du problème ne se dément pas, même si des résultats thérapeutiques sont enregistrés : on se plaît à souligner la rapidité d'action des arsenicaux qui règnent alors en maître, leur facilité d'utilisation et la faveur qu'ils rencontrent auprès de la population. Cependant les contraintes budgétaires se font toujours cruellement sentir, par rapport à une demande croissante des nouveaux produits arsenicaux réclamés par la population qui apprécie les résultats des injections, et dans le contexte de la crise économique mondiale un regain de faveur pour l'indication bismuthique et mercurielle va s'opérer.

Mais les espoirs ouverts par les possibilités thérapeutiques nouvelles viennent se heurter à des difficultés sans cesse renouvelées qui relèvent de plusieurs niveaux et qui ne sont peut-être pas sans lien avec la constance avec laquelle, dans les milieux médicaux, on incrimine l'attitude des populations, comme pour mieux se disculper de sa propre impuissance à vaincre le mal. Sont mis en cause la "promiscuité inimaginable", les "excès de coït", l'indifférence des malades à la blennorragie ainsi qu'aux accidents primaires de la syphilis. Est soulignée de façon insistante par presque tous les auteurs l'"insouciance extraordinaire des indigènes" devant la maladie et le traitement, quand on ne se fait pas l'écho complaisant de croyances populaires et de préjugés qui voudraient que certaines blennorragies soient respectées comme susceptibles de donner au mâle une aptitude spéciale à la procréation en raison d'un éréthisme particulier de la verge entretenu par l'irritation urétrale... Un autre préjugé voudrait que le contact sexuel d'une vierge guérisse les blennorragies rebelles. La confiance dans l'œuvre civilisatrice d'assainissement et d'amélioration de l'état sanitaire des populations est bien souvent mise à mal par les réalités du terrain. Les doutes se manifestent à propos des diagnostics : après la péripétie du seul diagnostic symptomatique, l'introduction de la

réaction de Wassermann révèle une étendue du mal supérieure encore à ce que l'on soupçonnait. En outre le mal semble s'accroître en raison des grands travaux et de la facilité accrue des communications, et la prophylaxie est compliquée par les suites fréquentes de blennorragies négligées ainsi que les traitements tardifs et incomplets, quand ce n'est pas un abus même des arsenicaux qui est mis en question. La rapidité d'action, la facilité d'administration et le bon accueil des malades à leur entrée ont poussé à un emploi intensif, mais trop souvent sans la continuité suffisante pour obtenir plus qu'un blanchissement symptomatique. Progressivement on s'aperçoit que ni la clinique ni le laboratoire ne permettent d'établir la guérison avec certitude. La stratégie doit s'infléchir, la lutte paraît s'orienter dans la voie du dépistage et du traitement du réservoir du virus, tout au moins pour la syphilis. Mais l'action des instituts d'hygiène, des dispensaires antivénéreux au rayonnement forcément limité, doit être complétée par des traitements polyvalents en pratique de brousse, à doses suffisamment élevées pour assurer une stérilisation d'assez longue durée compatible avec l'impatience du malade. Cependant on manque toujours dans l'arsenal thérapeutique du produit se prêtant réellement à une action de masse.

4. L'usage des antibiotiques.

Avec l'introduction de la pénicilline en 1943 on entre dans l'ère nouvelle des antibiotiques. Le traitement de masse par injection unique sera possible avec l'extencilline au début des années cinquante. Créé après la Conférence de Brazzaville (1944), le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie intègrera à ses attributions plusieurs grands endémies dont les tréponématoses. De l'aveu de Basset (1966), ce n'est qu'en 1958, après les travaux des Anglais en Ouganda et dans les réserves du Bechuanaland que le service des grandes endémies a eu l'idée de rechercher la syphilis endémique dans l'Ouest africain ; elle semble avoir été confondue jusqu'alors avec la syphilis congolaise. C'est l'époque où la lutte est menée selon les normes internationales et avec des moyens internationaux utilisant intensivement la pénicilline retard.

Dans les années cinquante, les recherches sur différents aspects des tréponématoses se multiplient : la question du diagnostic de la syphilis congolaise retient particulièrement l'attention ; celle de l'importance du pian se révèle être un bon indice des modifications de l'état social et des progrès de l'éducation sanitaire et constitue un

problème plus social que médical ; on localise progressivement de façon plus précise un foyer sénelgalais de syphilis endémique touchant particulièrement l'aire de peuplement de populations Peuls nomades.

Mais on est déjà à présent au lendemain des indépendances. L'irritante question de la grande fréquence de la positivité des sérologies et leur non-négativation après traitement préoccupe : elle pose la question difficile du diagnostic différentiel et des rapports existant entre syphilis endémique, syphilis congénitale et formes latentes, ainsi que la question de la fiabilité relative des réactions sérologiques et amène à s'interroger sur l'abus de l'utilisation de la sérologie qualitative et des conséquences administratives fâcheuses pour certains travailleurs et l'injustice sociale qu'elle occasionne pour les candidats aux migrations internationales de travail.

5. Conclusion.

Le discours médical français en AOF présente une coloration moins socio-moralisante peut-être que celui des Britanniques en Ouganda lors de l'épidémie de syphilis en pays Baganda au début du XX^e siècle, qui fut perçue comme la conséquence de l'immoralité d'un société en pleine crise de reproduction sociale et d'affaiblissement du contrôle masculin des chefs sur certains segments féminins de la population. On ne retrouve pas dans l'espace ouest-africain, l'impact d'un lobby missionnaire chrétien engagé dans l'action médicale comme en Ouganda, ni ce dialogue avec une élite mûle africaine dans la pratique du gouvernement des populations qu'a développé l'*Indirect Rule*, facteurs qui ont contribué à produire cette construction sociale de la maladie et de l'épidémie, selon les travaux de l'historienne anglaise Megan Vaughan (1991, 1992). Dans les préjugés des milieux médicaux français, ce qui est stigmatisé en termes très profanes c'est l'indifférence ou l'insouciance des populations, bien plus qu'une quelconque immoralité. On retrouve bien dans les textes les plus anciens la dénonciation des excès de coût, mais il semble qu'il faille lire cette hantise de la population morbide dans le contexte des obsessions d'une époque marquée par l'influence d'un darwinisme social vulgarisé de l'angoisse de la dégénérescence de l'espèce. Alain Corbin (1981) souligne bien comment dans le perpétuel dialogue entre médecine et société, le corps médical et son discours (la théorie de l'hérédo-syphilis, par exemple) viennent traduire dans un langage scientifique les fantasmes collectifs de leur temps. Sur ce plan, les préjugés et les attitudes des

m é decins coloniaux fran_ais ne semblent gu è re diff é rents de ceux qu' ont d é velopp é s leurs confr è res en Europe, empreints d' inqui é tude et de condescendance par rapport aux classes populaires jug é es immatures (les fameuses "Classes laborieuses, classes dangereuses de Louis Chevalier (1978)).

Cette é vocation d' une é poque coloniale r é volue souligne notamment le d é ficit de prise en compte des logiques se manifestant au sein des soci é t é s o ù veulent s' inscrire les actions volontaristes des autorit é s m é dicales en m é connaissance souvent des acteurs locaux et des logiques sociales dans les programmes sanitaires. Depuis — avec l' apparition sur la sc è ne internationale du sida —, un des é l é ments nouveaux, dans cette è re postcoloniale mondialis é e, est l' irruption et l' affirmation d' une voix jusque-là inaudible dans les affaires sanitaires, celle des usagers qui viennent bousculer la donne par rapport à des probl è mes sanitaires toujours rebondissants malgr é les espoirs d é velopp é s par le progr è s des connaissances m é dicales et des th é rapeutiques.

Indications bibliographiques:

- BECKER Charles & COLLIGNON Ren é (1999) _ A History of Sexually Transmitted Diseases and AIDS in Senegal : Difficulties in Accounting for Social Logics in Health Policy _ in *Histories of Sexually Transmitted Diseases and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, edited by P. W. SETEL, M. LEWIS & M. LYONS. Westport, Connecticut, London, Greenwood Press : 65-96.
- (1999) _ Politiques d é mographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises" en Afrique de l'ouest. Perspective historique _ in Ch. BECKER, J-P. DOZON, C. OBBO & M. TOURE (eds) *Vivre et penser le sida en Afrique*. Dakar/Paris, Codesria, Karthala, IRD : 133-149.
- (1998) _ _pid é mies et m é decine coloniale en Afrique de l'Ouest _ *Cahiers Sant é* , 8: 411-416.

Deuxi è me intervention :

L'ARRIV_E D'UNE NOUVELLE _PID_MIE : QU'APPREND L'EXP_RIENCE HISTORIQUE ?

PATRICE BOURDELAIS, directeur d' é tudes à l'EHESS

La perspective historique permet d' observer, comme dans une sorte de laboratoire, les conditions d' arriv é e d' une é pid é mie nouvelle ainsi que les r é actions des autorit é s, de la population, des m é decins. Elle permet parfois m ê me de tester des hypoth è ses é pid é miologiques, et surtout d' accro_tre la dimension critique de l' analyse des politiques de sant é

publique.

L'intervention examine successivement:

1. L'attitude des autorités face à l'épidémie.
2. L'attitude des populations.
3. Le poids des intérêts économiques dans les prises de décision.
4. La responsabilité des gouvernements.

1. L'attitude des autorités :

Les autorités essaient toujours de minimiser le danger, voire de le nier.

Lors de l'épidémie de choléra en Europe au début du XIX^e siècle (qui parvient en France en 1832), les missions médicales envoyées sur le front de l'épidémie en Russie et en Pologne ne disent rien au sujet des décès que l'épidémie pourrait entraîner à l'Ouest, que l'on croit protégé par son supposé « haut niveau de civilisation ». Les Européens de l'Ouest ont une espèce de certitude tranquille, fondée sur une conception de la maladie qui relie celle-ci à son environnement immédiat, sans réflexion sur sa possibilité de transmission à grande échelle.

Autre exemple, celui de la grippe espagnole : ses effets sont minimisés, on doute même qu'il s'agisse bien d'une grippe.

Cette minimisation a sans doute pour motif de vouloir éviter la panique des populations, les désordres sociaux, voire les révoltes qui tentent de renverser le pouvoir.

Les expériences historiques montrent en effet de telles situations, lors de certaines épidémies de peste aux XV^e et XVI^e siècles par exemple comme lors des premières épidémies de choléra au XIX^e siècle. Les États qui tentent d'organiser un contrôle strict des déplacements et de la gestion de l'épidémie se trouvent aux prises avec d'importantes révoltes : Russie, Pologne. De même lors de l'établissement d'un cordon sanitaire sur la limite orientale de l'Empire austro-hongrois, où certains officiers sont mis à mort. D'où la prudence des gouvernants, du moins au XIX^e siècle.

Par-delà les interdictions de circuler, même localement, et par-delà les problèmes matériels et économiques entraînés par les interdictions, la dimension symbolique est très importante. Les populations sont très attentives à la façon dont les corps sont traités. Les corps morts en

particulier. Les enterrements dans des fosses communes sans cérémonie et hors de la présence de la famille choquent les familles et peuvent entraîner des révoltes, comme ce fut le cas en Prusse.

De même à Paris, où deux médecins sont assassinés, en 1832, parce qu'ils sont accusés de maltraiter les corps morts — dans un contexte, par ailleurs, de développement de l'anatomo-pathologie et de dissection, où les facultés de médecine travaillent beaucoup sur les cadavres.

2. L'attitude des populations :

L'attitude de la population est en revanche très contradictoire lorsqu'il s'agit de se protéger. Les populations urbaines tendent à s'éloigner des foyers de l'épidémie. En revanche, les populations rurales peuvent prendre les armes pour repousser les personnes qui fuient une région contaminée, de manière à favoriser en quelque sorte la constitution de cordons sanitaires. Mais *a contrario* les violences peuvent aussi être signe de protestation contre le maintien des cordons sanitaires.

3. Le poids des intérêts économiques :

Les intérêts économiques sont toujours présents et constituent la gouvernabilité dominante. La santé publique et la protection contre l'épidémie ne passe, au mieux, qu'au deuxième rang des priorités. C'est l'appât du gain qui provoque, par exemple, l'importation de la peste à Marseille à plusieurs reprises. C'est aussi la volonté de maintenir coûte que coûte la libre circulation des hommes et des marchandises qui conduit l'Angleterre à opter pour les néo-quarantaines au milieu du XIX^e siècle: plutôt que d'isoler en quarantaine tous les membres d'un navire contaminés, on en stoppe les marins qui sont visiblement malades, mais on laisse circuler ceux qui ne le sont pas, en les suivant seulement quelques semaines pendant leurs déplacements. Ce suivi individualisé est la méthode qui prévaut encore aujourd'hui. Il manifeste la tension entre les exigences contradictoires de libre circulation, de profit et de prévention du danger.

Le cas de Hambourg est extraordinaire à cet égard. En 1892, huit ans après la découverte du vibron, responsable des épidémies de choléra, Brême et Hambourg, deux des plus grands ports de commerce européens, font des choix inverses l'un de l'autre: Brême admet qu'il s'agit d'une maladie contagieuse et stoppe tous les immigrants et tout embarquement vers les Etats-

Unis, selon les méthodes anciennes de quarantaine. Hambourg en revanche fait le pari inverse, se basant sur une théorie localiste de la maladie. Alors que Brême limite les dégâts, Hambourg doit faire face à une épidémie massive qui fait des milliers de morts en quelques mois.

La présence de l'épidémie ne crée pas de nouvelles mesures, mais elle est souvent l'occasion de les appliquer : par exemple l'inspection sanitaire des maisons des quartiers pauvres ou celle des écoles.

L'épidémie nouvelle est l'occasion d'une redéfinition des équilibres de pouvoirs (au sens large) dans la société. Par exemple, la Chine, face à l'épidémie de SRAS, a obligé et d'ouvrir son espace aux médecins inspecteurs de l'OMS. C'est la contrepartie de l'internationalisation, qui rend nécessaire pour la Chine de garder sa crédibilité sanitaire pour les échanges commerciaux.

Souvent une catégorie sociale est désignée à la vindicte populaire, ou bien stigmatisée. Les lépreux, les Juifs... plus tard les migrants, les pauvres, les quartiers populaires, en particulier dans la seconde moitié du XIX^e siècle où la lutte contre les épidémies plus constantes que les grandes bouffées de choléra, la variole, la tuberculose... s'exercent par une sorte de vigilance concentrée sur les quartiers populaires afin d'enrayer le développement d'une épidémie nouvelle aussi rapidement que possible, et de faire adopter à la partie la plus populaire de la population les comportements hygiéniques conseillés par la Faculté. Car la maladie est toujours liée au comportement de l'individu et à sa façon de vivre. Y compris les grandes épidémies de grippe qui frappent plus indistinctement et laissent le discours hygiéniste traditionnel perdurer, au moment où il atteint son paroxysme lorsqu'il s'agit de la tuberculose ou des maladies vénériennes.

4. La responsabilité politique:

Ce qui a changé depuis la fin du XIX^e siècle, c'est que la population rend de plus en plus responsable le pouvoir politique de sa sécurité sanitaire. Dans des régimes démocratiques, toute négligence est sévèrement sanctionnée. Ce qui explique aussi aujourd'hui — par-delà la probabilité d'un danger que l'on croyait appartenir à un passé révolu ou à d'autres régions du monde — la vigilance des gouvernements des pays occidentaux face à

la grippe aviaire.

Si une épidémie nouvelle survient, il est à peu près certain que l'on verra ressurgir les vieilles réactions structurelles de la population, la fuite et l'isolement ; et que les autorités politiques tenteront de limiter les dégâts politiques d'une nouvelle épidémie. Il reste à imaginer quels seront les groupes stigmatisés et comment l'épidémie nouvelle permettra un nouveau rééquilibrage des pouvoirs au sein de notre société.

Troisième intervention:

ECONOMIE DE LA SUSPICION ET THEORIES DU COMLOT EN TEMPS D'EPIDEMIE.

DIDIER FASSIN, anthropologue et sociologue, professeur à l'Université Paris Nord et directeur d'études à l'EHESS, directeur adjoint de la Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord.

On peut aborder l'épidémie autour de deux axes. D'une part la question de la temporalité : comment se répartissent les moments où l'on a peur et les moments où l'on cesse d'avoir peur ? D'autre part la question de la position des acteurs: qui a peur et de quoi ? A cet égard, il est remarquable, dans l'histoire, que l'on a peur d'abord quand on pense pouvoir être affecté soi-même, et que l'on cesse d'avoir peur dès lors que ce sont les autres qui nous paraissent concernés.

Ainsi, dans les années 80, le sida fait peur à tout le monde; la peur de la maladie se conjugue à une peur de l'étranger – il suffit de se rappeler comment étaient traités les prostituées ghanaises en Côte d'Ivoire. L'épidémie vient ainsi redoubler des stigmatisations déjà existantes – et il faut noter qu'elle ne les crée pas, mais vient se greffer dessus. Plus tard, dans les années 90, étant devenu une maladie chronique, le sida ne fait plus peur car il apparaît comme une maladie des autres, des immigrés en particulier. Le danger s'est éloigné et l'on s'endésintéresse.

Sous l'apartheid en Afrique du Sud, la politique de ségrégation spatiale qui opère des déplacements massifs de populations paysannes vers des zones qui deviendront les townships correspond à la stigmatisation d'une "classe dangereuse", et même dans ce cas d'une race dangereuse. Elle s'est appuyée tout au long du XXe siècle sur la rhétorique de la peur des

épidémies _ de peste en 1900, de grippe en 1917, de syphilis et de tuberculose dans la première moitié du siècle _ pour trouver une justification acceptable. Significativement, lors de l'épidémie de choléra dans les années 70, le pays entier est mobilisé ; puis l'on se rend compte que la maladie est en fait confinée aux territoires noirs – du fait de la ségrégation stricte qui règne. Du coup, l'intérêt public pour l'épidémie cesse du jour au lendemain, et l'on commence à expliquer l'épidémie en la reliant au comportement des noirs.

Dans le tiers-monde, les peurs aujourd'hui se reconfigurent. Elles illustrent ce que le politiste américain Richard Hofstadter a appelé "la paranoïa en politique". Autour de l'épidémie de sida se développe, dans les pays les plus touchés, une série d'interprétations persécutives, qui se manifeste sous la forme d'une co-accusation entre les pays du Sud et ceux du Nord, ces derniers accusant les populations des pays pauvres de les contaminer, tandis que les premiers accusent par exemple les Etats-Unis d'avoir volontairement introduit le virus chez eux – thèse extrêmement répandue.

L'Afrique du Sud est un cas exemplaire, où la crise épidémiologique est, au sens étymologique, à la fois une crise sanitaire (*epidemia*) et une crise du discours (*logos*). Entre 1990 et 1999 on passe de 1% de contamination – on se demandait en 1990 comment il se faisait que l'Afrique australe restait si peu touchée – à des taux qui atteignent 30% au Botswana ou 20% en Afrique du Sud, où le taux de mortalité des jeunes adultes dépasse celui des personnes âgées, comme en temps de guerre.

A cela correspond une crise du discours, passant par une contestation des savoirs considérés comme acquis. En Afrique du Sud se développe ainsi une explication de l'épidémie par la pauvreté, concurrente de celle de l'étiologie virale, et mettant en doute que seul un virus puisse provoquer une telle mortalité. De plus, c'est aussi l'efficacité des traitements qui est mise en cause, les antitroviraux (AZT puis névirapine) étant regardés avec suspicion. Au début des années 1980 déjà, des théories hétérodoxes se sont développées en Californie et en Australie. En 1998, la protestation de l'Etat Sud-Africain portait encore sur l'inaccessibilité des médicaments; mais après 1999, la critique se met à porter sur l'efficacité et la toxicité de ces médicaments.

Se joue alors un drame social au sens de Victor Turner où se mêlent des scandales politiques (par exemple des accusations de malversations autour du projet Sarafina 2) et scientifiques (avec l'annonce de la découverte de médicaments miracles, comme le Viroden)

Ce drame social réunit trois éléments :

- la confusion du savant et du politique, avec un président contestant les résultats médicaux sur le terrain de la science ;
- la mobilisation nationaliste, avec la promotion de chercheurs et de médicaments locaux, y compris la pomme de terre africaine proposée comme remède ;
- une théorie du complot, à plusieurs étapes: d'un côté la paranoïa de la population vis-à-vis de son gouvernement ; de l'autre la paranoïa du gouvernement à l'égard de son opposition et de l'étranger.

Comment comprendre cette situation ?

Il faut rejeter sans doute le simplisme d'une explication psychologique, incriminant la santé mentale du président de la République et de la ministre de la Santé. Il s'agit d'un phénomène social à grande échelle, des pans entiers de la population entrant dans ce système de croyance. Le problème est celui de l'image de la Santé publique en Afrique du Sud. Maynard Swanson a montré comment au début du siècle, la mise en quarantaine des noirs était un prétexte pour une ségrégation raciale organisée, alors même que la population noire était la moins touchée par la maladie. De même en 1919, et de même dans les années 20, où la tuberculose est instrumentalisée au service d'une politique ségrégationniste, comme l'a étudié Randall Packard. Dans ce cas, la maladie est expliquée par une supposée fragilité de la population noire, et l'on renvoie les mineurs touchés dans les campagnes de manière à renouveler la main d'œuvre dans les mines (ce qui représente près d'un million d'hommes en permanence).

Au début de l'épidémie de sida, on a d'abord cru que la maladie était limitée à de grands groupes internationaux (les homosexuels), puis c'est au sujet de la population noire que ressurgissent des stigmatisations qui rappellent l'époque de la syphilis. Répétant au mot cité ci-dessus par René Collignon, "civilisation égale syphilisation", on entend, chez les savants, dire des choses comme "en Afrique, surpopulation rime avec surcopulation" (l'historien français Myrko Grmek), ou encore dans le monde politique : "si ce Sida nous débarrasse de la population noire, ce sera le Père Noël" (député sud-africain nationaliste au Parlement en 1992)

La paranoïa vis-à-vis de la science rencontre donc, non seulement de véritables stigmatisations racistes, mais aussi de véritables pratiques persécutives. C'est le cas en

particulier avec les révélations en 1998 du "Project Coast": lors de la conclusion de la Commission "Vérité / Réconciliation", on révèle qu'une équipe de biologistes ont travaillé sur desensemencements de choléra et d'anthrax, qui ont été utilisés sur des opposants politiques; en parallèle, un programme de stérilisation était mené ainsi que des contaminations volontaires de prostituées par le virus du sida.

Ces affaires rendues publiques en 1998 ressurgissent en 2002 lors du procès du docteur Basson (le mystérieux médicament des oranges). Le mélange de faits avérés et de rumeurs a un effet explosif sur le développement des thèses du complot.

D'où à la fois une économie du ressentiment, tournée vers le passé, vers l'irréparabilité de ce qui a été commis. Et une économie de la suspicion, active dans le présent, qui regarde avec méfiance tout ce qui vient des sciences et de la médecine.

QUESTIONS:

Q1: Si l'on constate que les comportements des autorités et des populations se reproduisent d'époque en époque, quel type de programme peut-on mettre en oeuvre pour éviter de commettre les mêmes erreurs?

R1: Patrice Bourdelais: L'important est d'établir le maximum de transparence pour éviter ou pour désamorcer les réactions de suspicion vis-à-vis des pouvoirs publics. En ce qui concerne les conditions de contamination, il faut des mesures cohérentes: par exemple, en cas de grippe aviaire, il serait inutile de fermer les écoles si l'on ne fermait pas également les centres commerciaux.

R1 (bis): Didier Fassin: Les réactions sont des phénomènes structurels. On n'évitera jamais le type de réactions décrites par Collignon et Bourdelais. Dire qu'il ne faut pas se comporter de manière irrationnelle est une tautologie, ce serait comme dire qu'il ne faut pas avoir de représentation fautive des choses. La question est: comment l'éviter? Ce qu'il faut d'abord comprendre c'est que les représentations et les réactions qu'elles entraînent sont créées en amont des épidémies, bien avant que celles-ci ne surviennent. Lorsque l'on produit des catégories dangereuses (les Noirs en Afrique du Sud par exemple), alors, quand un phénomène survient, le rejet des boucs émissaires rejaillit sur les politiques publiques mises en place. Il y a donc un devoir d'intelligence, c'est-à-dire un devoir de rendre intelligibles les choses. L'ironie et la dérision sont déplacées lorsque l'on est responsable politique.

Sur ce terrain, on peut faire beaucoup mieux que l'on ne fait. Plus on crée de divisions (nationales ou internationales), plus on active les tensions.

Q2: Que faire contre le risque de terrorisme alimentaire?

R2: Didier Fassin: Il y a une tension de la part des responsables politiques entre deux attitudes extrêmes par rapport aux dangers réels: on va du "il ne se passera rien" à "il va y avoir des milliers de morts". C'est qu'il y a une vraie responsabilité à avoir, consistant à prévoir le pire et à prévenir ce qui pourrait être le plus grave même si, en fait, il ne se passe pas grand-chose.

En fait, aujourd'hui, il y a un "gouvernement de la peur" avec un rendement très fort à produire de la peur en politique (voir les conditions des élections en Belgique ou aux Etats-Unis). Ce gouvernement de la peur produit l'inverse de la responsabilité: il provoque des réactions dramatisées, des stigmatisations et la radicalisation des acteurs. On est dans des situations où il y a de réelles incertitudes, il faut donc des mesures politiques sérieuses, mais le "retour sur investissement" politique de la production de la peur dans les populations est très fort.

Q3: Dans le débat à venir sur la question de l'opportunité d'un vaccin BCG généralisé ou limité à certaines populations, ne risque-t-on pas la stigmatisation des populations qui seraient considérées comme à risque (à savoir, en France, les populations d'origine subsaharienne)?

R3: Didier Fassin: Cette politique de discrimination, elle est déjà active, par exemple lorsque l'on interdit aux homosexuels de donner leur sang. Une façon de procéder évitant la stigmatisation des populations immigrées serait de repartir des facteurs de risque qui sont, plus largement que l'immigration, le fait d'être en situation de précarité, ce qui définit alors une autre population-cible dans laquelle les classes moyennes immigrées n'apparaissent pas et les milieux pauvres y compris français et autochtones sont visés. Mais sur cette question, il ne faut pas se tromper de combat: la stigmatisation de la polygamie et de la délinquance sont des discriminations autrement plus actives qu'une vaccination ciblée sur une population.

R3 (bis): Patrice Bourdelais: Le BCG a toujours été le mal-aimé des vaccins. Dès le départ, il fut conçu de manière extensive pour être efficace pour les classes populaires. Il faudrait

évaluer précisément quelle est la différence entre noirs et blancs en ce qui concerne cette maladie. N'y a-t-il pas en tout état de cause moyen d'expliquer clairement la situation aux populations concernées sans que cela dérive sur des connotations discriminatoires?

Q4: Existe-t-il, en pratique, des exercices de simulation, prévus par les pouvoirs publics?

R4: Patrice Bourdelais: Je suis moi-même actuellement sollicité pour une expertise gouvernementale sur l'éventualité d'une épidémie de grippe aviaire. Il existe des programmes de simulation sur la grippe espagnole – mais concernant seulement les surinfections. Mais la simulation pour la gestion de crise est plus pauvre. La difficulté, pour les experts, est d'éviter d'entrer dans des jeux de communication, d'éviter que le discours scientifique soit instrumentalisé dans le discours politique pour justifier ceci ou cela.

R4 (bis) Didier Fassin: On retombe dans les mêmes logiques. À côté de celle de la recherche scientifique, il y a d'autres logiques qui sont à l'œuvre – y compris dans la médecine elle-même – et qui éloignent du souci premier de santé publique.

R4 (ter) René Collignon: L'agent causal de la grippe espagnole (1918), qui fit dans le monde plus de victimes que la Première Guerre qui venait de se terminer, n'a été identifié que bien plus tard (il y a moins de dix ans). Des travaux récents ont réévalué son coté démographique sur le continent africain. Paradoxalement, au Sénégal, l'épisode de la première épidémie de peste en 1914, qui a fait beaucoup moins de victimes, a laissé dans la mémoire des populations un souvenir beaucoup plus fort que la grippe espagnole. Cette épidémie de peste fut l'occasion d'affrontements sérieux entre les autorités préoccupées de maintenir une domination politique mise en péril par l'élection récente du premier député sénégalais, Blaise Diagne, et la vive résistance des populations à Dakar par rapport à l'instauration d'une ségrégation résidentielle (la création du quartier indigène de Medina) fondée sur le prétexte de mesures sanitaires impérieuses (cf. Elikia M' Bokolo, Myron Echenberg).

R4 (4) Didier Fassin: Il n'est pas possible de penser la politique de santé en dehors de la politique en général. En France, il a été difficile de mettre en place des statistiques pour les populations immigrées, car on a considéré comme impossible d'affronter cette question parce que l'essor de l'extrême-droite dans les années 80 a stigmatisé les immigrés et utilisé l'épidémie comme élément de discrimination. La politique de santé publique n'est pas vierge du climat politique général.