

CHAPITRE PREMIER

Quels sont les déterminants historiques, sociaux, culturels et médicaux expliquant cette disparition et sa persistance dans d'autres pays ?

Anne-Marie MOULIN

Une affection ancienne

Les infections de l'œil, en raison de la gravité de la cécité, ont fait l'objet de l'attention des médecins, de la tradition hippocratique-galénique à la médecine prépastorienne (avant l'ère de la microbiologie) au début du XIX^e siècle. Le trachome est probablement une des plus anciennes affections humaines connues. Il est attesté au moins depuis l'époque pharaonique puisque le papyrus d'Ebers, trouvé en 1872, mentionne le retournement des cils vers la cornée (trichiasis) qui fait la gravité de la maladie, et son traitement par des dérivés du cuivre. Le terme de trachome provient du grec *trakhas* où il signifie rugosité¹ ; il est utilisé dans l'ouvrage de Dioscoride, *De Materia Medica*, De la Matière Médicale (1^{er} siècle de l'ère chrétienne).

¹ Nous respirons à travers la trachée-artère, ainsi appelée à cause de sa structure en anneaux, sans penser qu'il s'agit d'un terme dérivé de la même racine (étymologiquement l'artère rugueuse) !

Après les auteurs grecs, les médecins arabes font une large place aux maladies oculaires et à la « gale des yeux » (*jarab al aynin*). Les plus connus sont Husseyn ben Ishaq (qui décrit ce qu'il considère comme la pousse de cils surnuméraires), Rhazès, Avicenne, bien sûr, en Iran, mais aussi en Égypte Ibn Nafis (XIII^e siècle), aujourd'hui connu par ses travaux sur la circulation du sang, qui a laissé d'importants traités d'ophtalmologie. Le climat égyptien, caractérisé par la chaleur, la sécheresse et les vents de sable, y est incriminé, en conformité avec la tradition hippocratique, mais en fait la maladie semble répandue dans tout le delta sans distinction, de la haute à la basse Égypte, où ne règne pourtant pas le même climat. Du Moyen-Âge au XIX^e siècle, les récits des voyageurs concordent sur la fréquence des atteintes oculaires et de la cécité dans tous les villages.

Les écrits se succèdent pour proposer différents traitements du trichiasis comme le pincement de la paupière par une baguette pour en nécroser une partie et mettre un terme, en relevant les cils, à l'ulcération chronique (Paul d'Égine, de l'école d'Alexandrie) et divers remèdes à l'ophtalmie : abrasion des granulations de la paupière avec un instrument contondant de nature variée, plume ou objet tranchant, poudres d'argent, cuivre, nickel, plomb, antimoine, myrrhe, alun. Beaucoup de ces traitements, qu'il s'agisse des sels métalliques des plantes ou des moyens mécaniques, se sont transmis au cours des siècles et survivent aujourd'hui dans les pratiques populaires.

Il est difficile de dégager complètement l'histoire du trachome de la gangue des « ophtalmies » ou des conjonctivites en général qui peuvent être dues à bien d'autres microbes et n'entraînent pas de trichiasis. Si l'on admet que la déviation des cils ulcérant la cornée est synonyme de ce que l'on appelle aujourd'hui trachome, on peut suspecter la maladie au sein de la nébuleuse des conjonctivites et affirmer avec une certaine certitude que non seulement cette maladie est très ancienne mais qu'elle a sévi dans toutes les parties du monde au point d'être considérée comme universelle.

Une affection cosmopolite

Le trachome est une affection cosmopolite qui a touché historiquement les peuples les plus divers par leurs modes de vie et par les conditions climatiques. Ibn Ridwan, au Caire (XV^e siècle) incrimine l'air chaud et sec, le vent du désert chargé de poussières qui irrite la conjonctive, mais doit admettre que la maladie est aussi fréquente de la haute à la basse Égypte.

L'épidémiologie du XIX^e siècle s'est efforcée plus finement de singulariser la « niche du trachome ». Peine perdue : le trachome sévit dans les pays froids et chauds, de la Finlande au Sénégal, dans les plaines et les vallées, sur les côtes et loin des rivages, chez les pêcheurs et les terriens, les nomades et les sédentaires. Comme aujourd'hui, on peut noter des variantes comme le caractère plus inflammatoire et cicatriciel sous les climats chauds et humides s'opposant à la plus grande fréquence mais aussi la plus grande bénignité de la maladie lorsqu'on se déplace en direction des zones plus désertiques. En fait, délaissant l'explication climatique, les hygiénistes ont rapidement incriminé le facteur commun qui explique les explosions épidémiques de la maladie en cas de brassage rapide et massif de populations démunies. La maladie n'a

pas de bornes géographiques précises, elle intéresse l'Europe, du Nord au Sud et de l'Ouest à l'Est, l'Amérique, l'Afrique du Nord et de l'Ouest, la Chine et l'Inde, etc. Le trachome apparaît dès lors qu'on le cherche dans ce que la théorie du moment (pré-bactériologique) appelle un *nidus* : un foyer où sont réunies les circonstances favorables permettant la circulation et la transmission intense de l'affection. Le trachome est reconnu comme globalement favorisé par la pauvreté, l'entassement et le manque d'eau pour les besoins élémentaires de la vie.

A partir de 1882, des perspectives nouvelles s'ouvrent avec l'essor de la théorie infectieuse des maladies. Les recherches convergent vers l'identification d'un germe au microscope. Au début du XX^e siècle, l'agent pathogène est reconnu comme un virus filtrable. Suivent plusieurs périodes de faux espoirs aboutissant à identifier des bactéries d'accompagnement et des tentatives de vaccins. Cependant, en dépit de ces efforts persévérants, l'agent pathogène a nargué les bactériologistes jusque dans les années cinquante, où ils réussissent à le cultiver au laboratoire. L'identification taxonomique précise aboutit lentement et par étapes à la conception actuelle des Chlamydia.

Perplexes devant la variabilité des caractéristiques épidémiologiques, les médecins ont néanmoins insisté sans relâche sur des caractéristiques socio-économiques favorisantes telles que le faible revenu et l'entassement des habitants dans un contexte d'urbanisation croissante.

Le long délai dans la « modernisation » de l'affection a sans nul doute favorisé le déploiement d'une réflexion approfondie sur les multiples facteurs naturels, sociaux, climatiques et comportementaux potentiellement impliqués dans le déclenchement et l'évolution du trachome. La recherche s'est déployée dans l'ordre des connaissances épidémiologiques et a incriminé de multiples facteurs dont la convergence constitue le « nidus », la niche favorable qui va maintenir, lors de la décrue du trachome, des « poches » ou des « patches » irréductibles et/ou difficilement explicables. Aujourd'hui, l'épidémiologie du trachome s'attaque toujours à l'étude de nombreux facteurs associés statistiquement au risque de trachome sans pouvoir quantifier exactement leurs parts respectives. Tous les facteurs décrits sont instables, mais ils n'évoluent pas de la même façon ni au même rythme ; d'où les difficultés pour interpréter de façon univoque la régression de l'affection. La tentation à notre époque est donc de considérer qu'il s'agit, au fond, d'un facteur global qu'on pourrait appeler le développement, œuvrant silencieusement, et qu'il suffit d'attendre la fin de l'Histoire.

Mais la diversité des facteurs épidémiologiques impliqués n'a pas été attaquée de front au cours des deux siècles derniers. Quand une impulsion nette a été donnée pour se débarrasser d'un fléau millénaire, l'accent a été mis sur tel ou tel facteur, en fonction du cadre social dans lequel la lutte était entreprise et le danger perçu. Le théâtre de l'action contre le trachome s'est ainsi déplacé sur la scène sociale : armée, école, domicile. Une maladie de collectivités s'est finalement transformée en maladie de l'enfance.

Une maladie de soldats

Au XIX^e siècle, la santé publique a durablement été investie par la médecine militaire. Pour des raisons évidentes, la conscription, qui rassemblait des milliers puis des millions d'hommes, créait les conditions idéales du mal épidémique. En temps de paix, l'entassement des chambrées ou la désorganisation des habitudes individuelles et, en temps de guerre, l'improvisation des campements, l'hygiène défectueuse, l'ignorance des maladies locales et l'inadaptation au milieu démultiplient les risques. Les bâtisseurs d'empires coloniaux comme les bâtisseurs d'États éprouvent les obstacles que les maladies épidémiques mettent à leurs grands projets. Les réformes de la médecine sont motivées par le désir de disposer d'une armée en état de marche, sinon capable de vaincre. D'autre part, l'armée captive est un milieu quasi-experimental pour y faire la démonstration d'une stratégie et appliquer des mesures contraignantes, en dépit de l'aphorisme dû au maréchal britannique Kitchener que « le soldat est libre de son corps » !

Le trachome apparaît ainsi au début du XIX^e siècle comme une part importante des « ophtalmies militaires ». En 1801, Bonaparte part en Égypte pour tenter de prendre à revers les Anglais en Méditerranée. Les deux armées françaises et anglaises circulent dans un des pays les plus touchés par les infections oculaires. Le rapatriement des troupes déclenche dans les pays d'origine, surtout en Grande-Bretagne, une véritable épidémie de conjonctivites avec évolution rapide vers la cécité. Les soldats démobilisés contaminent au retour leur famille et leur entourage, et c'est l'occasion pour les médecins militaires d'affirmer - ce qui ne s'est pas démenti par la suite - la contagiosité et la transmission interhumaine des ophtalmies et du trachome.

Le schéma se reproduira à chaque grande guerre. L'explosion du trachome en Europe (qui préexistait certainement à la campagne de Bonaparte) a été par la suite liée à l'ampleur sans précédent des opérations militaires : des milliers et même des millions d'hommes se sont brassés et ont circulé entre les quatre points cardinaux. La Grande Armée de Napoléon en Russie, forte d'un million d'hommes de toute origine, a préfiguré les multitudes de la première guerre mondiale, venues des cinq continents, où le trachome a connu une recrudescence sans précédent (ce n'est pas un hasard si la déclaration du trachome est devenue obligatoire en 1924 en France, au moins en métropole).

Les médecins militaires ont acquis une grande connaissance du trachome. Ils se sont efforcés de dépister l'affection, d'isoler les cas graves et d'appliquer les traitements disponibles : raclage, caustiques locaux, sels métalliques... Face à la contagion, plusieurs stratégies s'offraient à eux, de l'isolement des individus au renvoi immédiat dans les foyers. Le choix de leur attitude était influencé fortement par la conjoncture militaire : quand on avait besoin à tout prix de troupes fraîches, l'incorporation ne tenait guère compte d'une affection qui allait donc poursuivre ses ravages ; la paix revenue, la considération du danger infectieux l'emportait. La considération des pensions jouait aussi un rôle. Quand on craignait d'avoir à indemniser un militaire après incorporation pour une affection peut-être antérieure au service ou malaisée à traiter, on réformait

rapidement le candidat en le renvoyant dans ses foyers. Une solution intermédiaire consistait à créer des unités trachomateuses pour éviter de contaminer des individus sains, sans se poser le problème des recontaminations intensives au sein d'un foyer de transmission intense. Elle sera utilisée jusqu'à la deuxième guerre mondiale dans certains pays.

Une fois reconnue la contagiosité² du trachome, les médecins militaires ont cependant nuancé leurs propos. La contagiosité du trachome est, certes, grande mais bien inférieure à celle des maladies éruptives comme la rougeole ou la variole. Si les conditions des casernes ou des déplacements en campagne (avec l'hygiène défectueuse qui les accompagne et notamment le partage des ustensiles et de la literie) favorisent le trachome, dès lors que les conditions des baraquements se rapprochent de la normale (avec, notamment, le respect d'une hygiène minimale comme les lits individuels et la possession de linge personnel non partagé), la contagiosité de l'affection redevient modérée³.

Les médecins militaires ont également noté qu'en dehors des périodes où il a pris un caractère épidémique, le trachome reste une maladie peu spectaculaire. Il n'y a pas de lien immédiat saisissable entre la conjunctivite et les symptômes oculaires initiaux, et le trichiasis et la cécité qui s'installent après un long temps de latence. Pour beaucoup d'auteurs, c'est une maladie invisible qui suppose d'éverser la paupière pour en faire le diagnostic, geste qui n'appartient pas à la routine médicale et qui, seul, révèle l'ampleur du mal dans la population.

Il s'agissait donc, au départ, d'une maladie des adultes. Par analogie avec l'armée, le trachome est observé ensuite dans tous les milieux confinés impliquant une eau dispensée parcimonieusement pour la toilette et un partage d'ustensiles de toilette et d'ustensiles domestiques : internats, couvents, prisons, orphelinats, hôpitaux, tous lieux volontiers malodorants et soumis à une intense circulation de « miasmes » délétères. Ces lieux sont, en même temps, favorables à l'observation systématique qui a permis d'établir les premières statistiques. L'école vient s'inscrire sur cette liste, ne serait-ce que parce qu'elle prend une place croissante parmi les établissements collectifs avec, à la fin du XIX^e siècle, l'extension de la scolarisation dans la plupart des pays occidentaux.

² La contagiosité du trachome peut même faire jouer un rôle négatif à l'institution médicale elle-même. Les examens successifs des malades se faisant avec un soin et une asepsie insuffisamment rigoureux, l'absence de désinfection du matériel ou de précaution de la part des examinateurs peut entraîner une contamination des autres consultants. Cet effet iatrogène a été signalé dès les années trente par MacCallan lui-même.

³ Pendant la guerre d'Algérie qui s'acheva en 1958, le territoire algérien connaissait encore de nombreux cas de trachome et l'armée française était loin, au cours de ses déplacements, d'observer une hygiène parfaite. Or, selon le témoignage de ses médecins (Pr Quequiner, observation personnelle), l'armée française, contrairement à ce qui s'était passé au siècle dernier, n'enregistra pas de cas de trachome chez les appelés du contingent.

Une maladie de l'enfant ; école et trachome

À la fin du XIX^e siècle, l'importance donnée en France aux découvertes de Pasteur a déclenché une évolution appelée par certains « révolution » dans la société soudain persuadée de réformer ses façons de se laver, de cracher, de se moucher... Un instrument tout trouvé a été l'école républicaine, lieu d'observation captive, d'éducation collective et de remodelage des comportements - comme l'armée - avec un enseignement de l'hygiène placé sous la férule de l'instituteur, personnage hautement respecté et payant de sa personne. Le philosophe Michel Foucault et ses émules ont d'ailleurs vu dans cette médicalisation autoritaire de la nouvelle société une rupture irréversible et parfois dommageable avec l'ancienne France restée attachée à ses rituels de protection des nouveaux-nés et des enfants.

Le trachome est une découverte de l'école primaire obligatoire. Le traité d'hygiène écrit par Virchow dans l'Allemagne bismarckienne, par exemple, caractérise les pathologies professionnelles et en fait une « maladie des écoliers », au même titre que la myopie et la scoliose. Les manuels à l'honneur dans les écoles primaires insistent sur le trachome et la gale, soulignent leurs ravages dans les classes surpeuplées des écoles populaires et recommandent le lavage du visage et des mains ainsi que des vêtements.

L'ophtalmologie s'affirme comme une vraie spécialité avec des chaires en France dès la fin du XIX^e siècle. Elle revendique l'organisation de centres à part où les patients ne risqueraient pas d'infecter leurs autres malades et pourraient recevoir des traitements spécifiques.

L'école, foyer officiel de la lutte anti-trachomateuse

L'instituteur est placé en première ligne : il est chargé de dépister les cas de trachome avec le dilemme qui s'offre à lui de renvoyer chez eux les élèves en interrompant leur scolarité ou d'exposer la collectivité. Parfois, comme dans l'armée, les cas peuvent être regroupés dans des classes ou des écoles spéciales. L'Italie, au XX^e siècle, appliquera cette stratégie à grande échelle dans le sud du pays. Surtout, il est censé inculquer les règles d'hygiène, au premier rang desquelles figurent l'usage correct des latrines et le lavage du visage et des mains. Des notions sur le trachome furent introduites dans les écoles normales d'instituteurs et feront l'objet de questions d'examens. En particulier, sont mis en place des signaux d'avertissement comme autant de clignotants autour de certains gestes désormais proscrits : porter ses doigts à la bouche ou aux yeux, mouiller son doigt en tournant les pages, se moucher dans ses doigts, passer aux latrines sans se laver les mains, etc. C'est parce que les mains de l'enfant touchent à tout que leur lavage répété devient un leitmotiv tout au long de la journée.

Le débarbouillage quotidien et le lavage des mains deviennent, dans l'Europe victorienne, un rite de politesse autant que de propreté. La peinture académique qui représente l'école primaire a situé, et ce n'est pas un hasard, un lavabo au centre du tableau, à la hauteur des petits qui viennent y contracter de bonnes habitudes.

Les maladies infectieuses, et le trachome avec elles, ont commencé à reculer dans la même période, sans apparition de traitements novateurs par rapport à la longue liste des collyres utilisés jusque-là.

L'eau et les progrès de l'hygiène

Les progrès de l'hygiène, comme ceux des connaissances, sont loin d'avoir suivi un cours linéaire dans l'Histoire. Si les hommes se sont toujours employés à perfectionner leurs moyens d'obtenir de l'eau, les « usages sociaux de l'eau » varient considérablement d'un milieu à l'autre.

L'usage des étuves, par exemple, fréquent au Moyen Age y compris dans les classes populaires, a diminué ensuite pour de multiples raisons, y compris morales et idéologiques, comme la mauvaise renommée des bains tenus pour des lieux de rencontre et de prostitution. Les Mongols, nomades confrontés à la pénurie d'eau, avaient instauré, jusqu'à leur islamisation, de véritables interdits de toucher l'eau pour se laver. L'Islam, en général, favorise les hammams et les établissements thermaux et impose des ablutions rituelles chaque jour avant la prière (toilette des orifices essentiels) et des ablutions plus complètes en cas d'impureté majeure.

En Occident, le XIX^e siècle a marqué un progrès technique dans de nombreux domaines, mais a manifesté longtemps des réticences vis-à-vis du lavage à grande eau et de l'usage des bains jugés amollissants ou trop décapants (Goubert, 1986 ; Léonard, 1986). L'introduction d'une baignoire dans les appartements fait figure d'événement. Les religieux bannissent la toilette comme un soin futile ou pervers. La consommation d'eau et de savon en Europe, et particulièrement en France, est très basse.

La propreté est un code social autant qu'un mot d'ordre médical. En l'absence de possibilités de bain et de douche avec immersion ou aspersion complète, c'est surtout la propreté des zones visibles, à savoir le visage et les mains, qui est visée (Corbin, 1982 ; Vigarello, 1985). « Qu'ils (les élèves) lavent bien leurs visages et leurs mains ! », s'exclame Overberg dans son Manuel de pédagogie en 1825. Parce que « dans le quotidien, la netteté qui compte, c'est celle du visage et des mains ». Ces surfaces codées qui s'offrent au regard font l'objet des traités d'hygiène autant que des traités de politesse.

La propreté évolue à mi-chemin entre des considérations esthétiques, médicales (asepsie) et sociales (les pauvres adoptent les codes des riches ou se les voient imposer pour des raisons d'ordre social et de moralité plus que d'hygiène au sens strict !). La cuvette où l'on se lave le visage et les mains, pour laquelle des meubles spéciaux sont conçus et qui ne nécessite pas l'eau courante, devient un objet familier dans les maisons avant la baignoire qui reste un objet de luxe jusque loin avant dans le XX^e siècle.

Les recommandations d'hygiène, bien que globalement étayées par la théorie microbienne, ne font pas l'objet d'une véritable démonstration scientifique. En 1896, soit deux ans après la mort de Pasteur, le pastorien Paul Remlinger s'efforce bien de faire le comptage des germes sur les différentes zones de la peau, avant et après le bain, mais il se heurte à l'impossibilité d'effectuer un tel dénombrement. Aujourd'hui encore, il est impossible de calculer la charge microbienne d'un visage ou d'une conjonctive avant et après la toilette. Les études épidémiologiques ne quantifient pas la notion de visage propre ou de visage sale qui demeure une affaire d'appréciation subjective ou de bon sens dans les enquêtes faites en Tanzanie (West *et al.*, 1995).

A la fin du XIX^e siècle, la question du trachome s'énonce dans des termes qui ne sont plus ceux de la niche écologique ou du contexte climatique. La preuve expérimentale de la transmission a été apportée, dès l'année 1880, par l'inoculation de granulations trachomateuses à des aveugles⁴. L'espoir est grand de trouver un moyen de vaccination universel en bricolant le microbe putatif.

La discussion reste néanmoins vive, en liaison avec l'anthropologie physique de l'époque, sur l'existence de groupes ethniques ou raciaux protégés ou au contraire particulièrement réceptifs à l'égard de la maladie. Le père de l'industrie pharmaceutique ophtalmologique française, Chibret, pense que les Celtes ou les Auvergnats (comme lui) sont doués d'immunité ! Les tziganes, les juifs, les sectes religieuses en Russie, au Canada, font l'objet de spéculations, de même, en Afrique, les Peuls, les Kabyles, etc. sans étayer ces considérations d'analyses précises du mode de vie des uns et des autres qui pourraient expliquer d'éventuelles différences. La tendance s'amorce, au fur et à mesure du recul de l'endémie trachomateuse dans les pays d'Europe, pour stigmatiser le trachome comme la maladie « de l'Autre ».

Une maladie de l'étranger

Indice de la peur de la maladie et de sa stigmatisation sociale, se répand l'idée d'une maladie « étrangère » importée par les « autres ». Le médecin allemand Boldt en 1907 dans un ouvrage de référence martèle l'idée d'une « maladie d'immigrants » et prône le contrôle des populations à l'entrée des pays d'Europe.

⁴ Nombreuses références sur ces inoculations expérimentales, à nos yeux choquantes, dans les ouvrages à composante historique de Boldt (1904), MacCallan (1931), Nataf (1952)... Comme il ne s'agissait pas d'une maladie mortelle, l'audace des expérimentateurs au XIX^e siècle, déjà considérable, a été décuplée. Moazed dans sa thèse en 1953, mentionne les noms de Stattler, Addario, Graeffe, Xolfrum, Frosch et Klausen, Mijashito et Wackisaka... Des inoculations positives à l'homme ont été réalisées par Nicolle et Cuento, Mora et Thygeson (en 1933 !), Richards et Proctus, Cuenot et Roger, Nataf, G Blanc, Pages et Martin, Bland et Macchiavello. Inoculé volontairement ou involontairement à l'homme, le trachome se développe dans un délai de 7 à 21 jours. A Téhéran, dans les années cinquante, le « patron » du service a inoculé les paupières d'un individu aveugle avec le produit semi liquide du curetage d'une muqueuse trachomateuse (Moazed, 1953).

Les Américains déploient, dès 1887, une véritable obsession à cet égard. Bien qu'il existe un trachome endémique sur leur territoire, en particulier dans les communautés indiennes et chez d'authentiques « caucasiens », ils dénoncent la maladie chez les Européens pauvres comme une menace, notamment chez les juifs d'Europe de l'Est qui débarquent du *shtetl*. Le contrôle des yeux est effectué sur les migrants, parfois même dès les ports d'embarquement : Hambourg, Le Havre ou Rotterdam. Les compagnies reçoivent des amendes si elles ne font pas le tri sanitaire qu'on leur demande. À Ellis Island, dans l'îlot dominé par la statue de la Liberté où arrivent les bateaux surpeuplés, les médecins examinent les arrivants et refoulent impitoyablement les suspects, en dépit de leur certificat initial, sans admettre qu'ils ont pu être contaminés pendant le long voyage, entassés dans la cale. Ceux qui réussissent à se faire admettre sur le sol américain subissent des traitements drastiques, raclages énergiques de la conjonctive et administration de divers caustiques. Les communautés juives réagissent en publiant des brochures pour aider leurs compatriotes à satisfaire aux règlements sanitaires et à se traiter avant de partir.

Régression du trachome en Europe, du XIX^e siècle à la deuxième guerre mondiale

Au moment de la première guerre mondiale, sans l'intervention d'aucun médicament miracle, le trachome a très nettement régressé dans les pays en cours d'industrialisation : l'Angleterre, la France, l'Allemagne et même la Russie. Il ré-explose évidemment avec les conflits et l'Organisation d'Hygiène de la Société Des Nations enregistre les premières données statistiques à l'échelle mondiale, d'une fiabilité assez inégale. Néanmoins, à l'aube de la deuxième guerre mondiale donc avant les antibiotiques, pour les principaux pays d'Europe de l'Ouest, le trachome ne pose plus un véritable problème de santé publique, hormis la surveillance des cas importés.

Étant donné le caractère collectif prédominant de l'affection dans les collectivités, la lutte contre le trachome, à l'intérieur des frontières nationales, s'est déroulée dans le cadre de ces mêmes collectivités, à savoir l'armée, l'école et à un moindre degré le lieu de travail. Là, le rôle des microtraumatismes professionnels (tailleurs de pierre, polisseurs, ouvriers du bâtiment) a été reconnu et a donné lieu à toute une jurisprudence et à des mesures d'adaptation des postes de travail.

Le dépistage a été associé à différents traitements. Une tradition ininterrompue de collyres s'est poursuivie, comme les solutions de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent (dont certains remontent aux Pharaons). Les sulfamides introduits après 1930 ont vite été abandonnés par voie générale en raison des effets allergiques. Des interventions chirurgicales ont été mises au point pour traiter le trichiasis et éviter la cécité. Les techniques actuelles en dérivent sans grand changement.

Sur le plan international, a été institué un contrôle plus ou moins draconien des voyageurs et des immigrants. L'amélioration de l'hygiène publique, le bas prix du savon, l'installation croissante de l'eau courante au domicile ont joué un rôle dans la récession du trachome. Le débat sur les causes du recul de la maladie renvoie à une discussion plus générale (Illich, 1975 ; McKeown, 1975) sur les facteurs du déclin des maladies infectieuses en Europe au cours du XX^e siècle. La part de la médecine apparaît, sauf cas particulier, relativement modeste au regard d'améliorations sociales plus larges, telles que celles de la nutrition, de l'habitat et des conditions de travail. De ce point de vue, le trachome est une maladie infectieuse comme les autres. Son déclin, pour être moins visible que celui du choléra ou de la fièvre typhoïde, participe probablement des mêmes raisons.

Après la deuxième guerre mondiale, le trachome dans le monde

En 1949, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pris le relais de l'Organisation d'Hygiène de la Société Des Nations qui s'était beaucoup intéressée au trachome mais avait manqué de moyens. Le trachome reste aujourd'hui très présent dans le tiers-monde où il est corrélé avec le sous-développement et certaines de ses composantes : faible disposition d'eau propre, gestion des ordures défectueuse, faiblesse du revenu, niveau de vie et éducation médiocres, statut défavorable des femmes, manque d'accès à des structures de soins, migrations forcées ou provoquées par la pauvreté, etc. Tous ces facteurs ont concurremment évolué en un sens favorable dans les pays industrialisés avec des décalages entre l'Europe du nord et celle du sud (Grèce, Italie, Portugal). Ces différences se sont estompées au fur et à mesure que l'on avançait dans le siècle, comme les démographes l'ont démontré.

Le couple « mère-enfant », nouvelle entité de la santé publique

Avec le déplacement de l'intérêt porté au trachome de l'armée vers les collectivités scolaires, l'enfant a commencé au XX^e siècle à apparaître comme le grand réservoir du trachome. En fait, si le trachome est apparu comme un fléau scolaire, l'enfant se contamine le plus souvent au cours de la première année de sa vie, en famille ou chez la nourrice.

Aujourd'hui, l'enfant est devenu la cible principale de la prévention et du traitement, ou plutôt le couple « mère-enfant », une entité nouvelle de la santé publique. Le désir de venir en aide simultanément à deux catégories particulièrement vulnérables de la population, la mise en valeur du rôle des soins de santé primaires et des dispensaires particulièrement destinés aux femmes et aux enfants dans des populations en majorité jeunes, a amené à placer le couple indissociable « mère enfant » au centre de l'épidémiologie. L'accent a été mis sur les re-contaminations mutuelles entraînées par l'intimité continue de la mère et de sa progéniture.

Pourtant les faits et gestes de ce « couple » peuvent être très différents d'une culture à l'autre et se prêtent mal à des généralisations absolues. En milieu rural, ce ne sont pas nécessairement les mères qui s'occupent de la toilette de la petite enfance qui peut être dévolue à un autre membre de la famille.

A chaque période historique, on le voit, ont correspondu une théorisation un peu différente de la transmission de la maladie et le choix d'un angle d'attaque particulier. Il est toujours difficile de capturer dans un modèle unique les différents facteurs qui interviennent dans l'entretien de la maladie et sur lesquels il faut jouer pour obtenir l'interruption visée de la transmission. C'est le pari de la stratégie CHANCE de récapituler les aspects essentiels de la lutte « historique » contre la maladie.

Conclusions et propositions

Aujourd'hui, dans la compréhension du trachome, on est passé de l'idée d'une pléiade de facteurs à celle d'une conjonction de facteurs mutuellement favorisant, chacun de ces facteurs correspondant, pris individuellement, ressemble moins à une cause qu'à un indicateur de risque. L'absence de latrines dans la maison par exemple, plus qu'un véritable déterminant de la maladie, représente un indicateur simplifiant le raisonnement et guidant l'action.

C'est dans ce contexte pragmatique que peuvent se situer des recommandations. Sans permettre de trancher l'écheveau des causes réelles, l'Histoire donne à réfléchir sur les marqueurs qui peuvent servir de repères à la lutte, ceux aussi dont la modification aura le plus de chances de correspondre au déclin le plus rapide et le plus complet possible du trachome dans l'aire considérée. C'est à cette question pratique que l'expertise est censée répondre dans les pages qui suivent.

C'est le pari de la stratégie CHANCE de regrouper avec les moyens techniques médicaux, comme l'antibiothérapie et chirurgie du trichiasis, des mesures variées (amélioration de l'accès à l'eau, éducation sanitaire, assainissement du milieu) porteuses de mieux-être pour la population. Le déclin du trachome dans une partie du monde au cours de l'Histoire est un fort argument en faveur d'une telle combinaison, mais il ne fournit pas d'algorithme précis pour les termes de cette combinaison. La rétrospective historique amène aussi à prendre conscience de la complexité des choix politiques et sociaux impliqués dans les lentes modifications du style et aussi du niveau de vie diversement associés selon les pays. Il est probable, au regard de l'Histoire, qu'on peut parvenir à l'élimination du trachome par des combinaisons de mesures qualitativement différentes.

Bibliographie

- BOLDT J., 1904 – *Trachoma*. London, Hodder and Stoughton, 223 p.
- CORBIN A., 1982 – *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social XVIII^e-XIX^e siècles*. Paris, Aubier Montaigne, 334 p.
- GOUBERT J.P., 1986 – *La conquête de l'eau : l'avènement de la santé à l'âge industriel*. Paris, Hachette, 302 p.
- ILLICH I., 1975 – *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 221 p.
- LÉONARD J., 1986 – *Archives du corps : la santé au XIX^e siècle*. Rennes, Ouest-France, 329 p.
- MACCALLAN A.F., 1931 – Epidemiology of trachoma. *British Journal of Ophthalmology*, 15: 361-411
- MCKEOWN T., 1976 – *The Modern rise of population*. London, Edward Arnold, 168 p.
- MOAZED A., 1953 – *Trachome en Khouzistan*. Mémoire pour le titre d'assistant étranger, Paris, 43 p.
- NATAF R., 1952 – *Le trachome : historique, clinique, recherches expérimentales et étiologie, thérapeutique, prophylaxie*. Paris, Masson, 426 p.
- OVERBERG B., 1845 – *Manuel de pédagogie et de méthodique générale, ou guide de l'instituteur primaire. Traduit de l'allemand pour la 7^e édition*. Liège, Grandmont-Donders, 432 pp.
- VIGARELLO G., 1985 – *Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris, Seuil, 284 p.
- WEST S., MUNOZ B., LYNCH M., KAYONGOYA A., CHILANWA Z., MMBAGA B.B., TAYLOR H.R., 1995 – Impact of face washing on trachoma in Kongwa, Tanzania. *Lancet*, 345(8943): 155-158.