

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

Anthropologie & Santé

n°22 - mai 2021

**Expériences et politiques des « crises » en santé
humaine, animale et environnementale**



dossier coordonné par Carine Baxerres, Dorothée Dussy et Sandrine Musso

Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Experiences and politics of human, animal and environmental health "crises"

<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9308>

Ce dossier d'Anthropologie & Santé fait suite à trois journées d'études organisées au printemps 2019 au Centre Norbert Elias, puis ouvert à d'autres chercheurs. Sa préparation a été télescopée par la « crise » mondiale du Covid-19, que les articles proposés ne documentent pas directement mais qu'ils permettent de mettre en perspective. L'introduction du dossier y fait par contre largement mention. Nous explorons la polysémie de la notion de « crise » et tentons d'appréhender sa portée heuristique dans les sciences sociales, qu'elle soit prise dans ses acceptions « objectives » ou qu'elle soit mobilisée à des fins qui sont explicitées par les acteurs sociaux. Nous choisissons de regarder sous la même lampe les « crises » en santé humaine, animale et environnementale dans des contextes divers, à travers une livraison de textes portant sur des objets thématiques variés. Mise en visibilité ou invisibilité de « crises », limites de l'expertise scientifique, place prépondérante du capitalisme, importance des questions de temporalités et des échelles d'observation, à la fois politiques et globales et intimes et locales, nous mettons en évidence différents phénomènes sociaux et étapes qui jalonnent les expériences de la « crise » en santé.

This volume of Anthropologie & Santé follows three study days organized in spring 2019 at the Centre Norbert Elias, then opened to other researchers. Its preparation was telescoped by the global "crisis" of Covid-19, which the proposed articles do not directly document but which they allow to put into perspective. The introduction to the volume, on the other hand, makes extensive reference to it. We explore the polysemy of the notion of "crisis" and attempt to understand its heuristic scope in social sciences, whether it is taken in its "objective" meanings or whether it is mobilized for purposes that are made explicit by social actors. We choose to look under the same light at "crises" in human, animal and environmental health in various contexts, through a delivery of texts on various thematic objects. The visibility or invisibility of "crises", the limits of scientific expertise, the preponderance of capitalism, the importance of questions of temporality and scales of observation, both political and global and intimate and local, we highlight different social phenomena and stages that mark the experiences of "crisis" in health.

Dossier thématique

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine et environnementale
Sous la direction de **Carine Baxerres, Dorothée Dussy et Sandrine Musso**

Introduction

Carine Baxerres, Dorothée Dussy et Sandrine Musso

Le vivant face aux « crises » sanitaires [Texte intégral]

Living organisms in the face of health "crises"

Articles

Papers

Philippe Hert et Dominique Grassineau

« La crise est notre quotidien ». Comment l'urgence est-elle prise en compte au SAMU ? [Texte intégral]

"Crisis is our daily job". How is emergency taken into account at an emergency call center ?

Déborah Ridet

Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences

[Texte intégral]

Experiences of "crisis" at the hospital: Securing and humanizing the emergency room

Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et Équipe du GISCOP 84

Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérigène et ses conséquences [Texte intégral]

Making cancers preventable. Research on carcinogenic work and its consequences

Brigitte Juanals

La crise environnementale et sanitaire des « boues rouges » dans la presse locale en Provence [Texte intégral]

The environmental and health crisis of "red muds" in the local press in Provence

Eve Bureau-Point

Pesticides et récits de crise dans le monde paysan cambodgien [Texte intégral]

Pesticides and crisis narratives in the Cambodian peasant world

Florian Pedrot

Gouverner une crise sanitaire par le savoir et l'incertitude : le cas des agrégats de « bébés nés sans bras » en France [Texte intégral]

Governing a health crisis through knowledge and uncertainty: the case of aggregates of "babies born without arms" in France

Solenn Thircuir

Quand les crises intimes résonnent avec le social. Socialisations alimentaires et trajectoires crudivores [Texte intégral]

When intimacy crises resonate with the social environment. Food socialization and raw food trajectories

Elsa Faugère et Dorothée Dussy

Abeilles, apiculteur·trice·s et varroa : cohabiter en temps de crises [Texte intégral] *Bees, beekeepers and varroa mites: living together in times of crisis*

Hors thème

Varia

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison [Texte intégral]

Misunderstandings linked to harm reduction in prison

Arnaud Morvan

Le virus, la chauve-souris et le totem. Ethnographie des relations inter-espèces dans le contexte biosécuritaire australien [Texte intégral]

The virus, the bat and the totem. An ethnography of inter-species connections within the Australian biosecurity context.



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Le vivant face aux « crises » sanitaires

Living organisms in the face of health “crises”

Carine Baxerres, Dorothee Dussy et Sandrine Musso



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9735>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9735](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9735)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Carine Baxerres, Dorothee Dussy et Sandrine Musso, « Le vivant face aux « crises » sanitaires », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 29 mai 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9735> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9735>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Le vivant face aux « crises » sanitaires

Living organisms in the face of health “crises”

Carine Baxerres, Dorothee Dussy et Sandrine Musso

Introduction

- 1 La /les « crise(s) » majeure(s) que nous vivons actuellement dans le sillage de la pandémie de Covid-19 nous propulse(nt) dans le vif du sujet de ce dossier. Certes, les articles proposés ici – qui traitent de dispositifs de santé (les urgences hospitalières, le SAMU), de pathologies liées à l'exposition à des agents chimiques (cancers, malformations à la naissance), de réactions face à des pollutions de l'environnement (industrielle, agricole via l'usage de pesticides) ou face à des problématiques intimes (que traversent les personnes qui s'adonnent au crudivorisme) et enfin d'aménagements professionnels à des contraintes environnementales pesant sur une activité économique (celle des apiculteurs) – ont été sollicités avant la « crise » du Covid et ne portent pas spécifiquement sur celle-ci. Néanmoins, tous, ensemble, contribuent à en éclairer les mécanismes, les contours, les enjeux, les effets. Le contexte dans lequel nous rédigeons cette introduction, caractérisé par une situation politico-sanitaire globale sans précédent qui voit les différents pays adopter diverses mesures allant du tout confiné au déni total, nous amène à adopter une posture d'humilité. En effet, la feuille de route de l'anthropologie ne la prédispose pas de prime abord à faire face à une actualité bouillonnante et qui, en outre, ne cesse de se complexifier (nouveaux variants, continents tels que l'Afrique jusqu'alors relativement épargnés et qui ne le seraient plus, etc.). Il faut le souligner, à la faveur des errances et des propositions parfois contradictoires du comité scientifique chargé de conseiller le gouvernement français depuis le début de la « crise » du Covid, la société civile a réalisé que les scientifiques des autres disciplines (biomédicales, économiques, sociologiques, philosophiques...) n'étaient pas mieux armés pour articuler les savoirs scientifiques contradictoires, leur conversion vers la mise à l'agenda politique, le conseil aux

autorités sanitaires et politiques, ni, bien sûr, pour accueillir avec distance les « infox » qui circulent¹.

- 2 Étrange destin que celui du terme « crise », voguant d'un usage tellement routinisé depuis quelques décennies² qu'il en perdrait tout contenu analytique, au point d'être qualifié d'« obsolète » (Ordioni, 2011), et sa réémergence comme concept heuristique dont témoignent séminaires et journées d'études, particulièrement dans le domaine des sciences sociales de la santé³. Le premier sens du terme est d'ailleurs médical, comme le rappelle le dictionnaire d'Émile Littré (2012, première édition 1863) qui indique à son sujet « 1- terme de médecine, changement rapide qui se produit dans l'état d'un malade aux approches de la guérison ou de la mort et s'annonce par quelques phénomènes particuliers ». Présent dans la sémantique de la médecine hippocratique, son étymologie grecque a par ailleurs pour signification « trier », « séparer », mais également en lien avec la décision, celle de « juger », « choisir », « trancher » (Debru, 2014). À l'entrée « crise » du *Dictionnaire de la pensée médicale* (Lecourt, 2004), l'historienne Armelle Debru évoque des termes définis comme consubstantiels à sa définition dans la médecine antique et qui, mobilisés aujourd'hui encore, permettent de structurer la description du phénomène (Debru, 2004). La « crise » a d'abord à voir avec des « symptômes critiques », laissant entendre la présence d'indices auxquels il faut être attentif, et leur importance dans le « pronostic » qui en est une forme de lecture.
- 3 Mais ce que la « crise » actuelle nous permet d'éprouver, c'est aussi combien la notion de « crise » est articulée à celle d'une rupture dans l'ordre du temps et d'une transformation de l'expérience du temps. Ce qui nous amène à poser la question du décret du début et de la fin d'une « crise » : par qui ? Comment ? Elle nous aussi la part émotionnelle omniprésente dans l'expérience de la « crise » : nous sommes indéniablement affectés par elle. Combien, enfin, elle est un « fait social total » (Mauss, 2021, première édition 1923/24) dans la mesure où, comme les paragraphes suivants s'attachent à le montrer, l'assemblage de domaines engagés dans et par la « crise » ne permet pas de distinguer clairement son aspect « sanitaire » des autres. En somme, tout comme cela a pu être dit des épidémies en général – il en est question ci-dessous – la « crise » est un révélateur et jette une lumière crue sur des phénomènes qui lui préexistaient. À travers cette introduction, en nous basant à la fois sur les articles du dossier et sur l'expérience actuelle de la pandémie de Covid-19, nous explorons la polysémie de la notion de « crise » et tentons d'appréhender sa portée heuristique dans les sciences sociales, qu'elle soit prise dans ses acceptions « objectives » ou qu'elle soit mobilisée à des fins explicitées par les acteurs sociaux.
- 4 Mais comment aborder « à chaud » un sujet dans lequel nous sommes largement impliqués et qui nécessite une prise de distance temporelle ? La difficulté est aussi celle de la délimitation de la « crise » : où et quand s'arrête-t-elle ? Peut-on se fier à une analyse pendant la « crise » sans connaître son issue ? Au-delà des sciences sociales et concernant le Covid-19, certains auteurs ont notamment mis en évidence la difficulté de produire dans l'urgence, lors de la première vague de l'épidémie en Europe, des recherches clinique et épidémiologique de qualité (Coste *et al.*, 2020). D'autres ont parlé d'une « panique des élites » au sujet de la décision du premier confinement en France, et plus globalement d'une « crise organisationnelle » dans la gestion de la première vague de la pandémie (Stiegler, 2021), citant (Bergeron *et al.*, 2020)⁴.
- 5 Si l'on écarte l'hypothèse controversée selon laquelle le virus se serait échappé d'un laboratoire de recherche à la suite d'une maladresse d'un personnel préposé aux

manipulations⁵, le virus responsable du Covid-19 aurait émergé dans un coin spécifique du globe, par le contact entre un animal sauvage (sur lequel il semble que nous n'ayons pas encore de certitudes) et un humain. La « crise » du Covid nous offre ainsi l'opportunité d'aborder de manière emblématique un des aspects théoriques principaux que nous avons initialement l'ambition de traiter dans cette introduction, à savoir les liens entre santé humaine, santé animale et santé environnementale. L'hypothèse des chauves-souris à l'origine de la propagation du Covid-19, et au départ du pangolin comme hôte intermédiaire qui côtoie régulièrement les humains sur les marchés asiatiques, justifient s'il le fallait encore la nécessité de penser ensemble ces domaines de la santé, *a fortiori* dans une revue de sciences sociales telle qu'*Anthropologie & Santé*. Car c'est bien à une « crise » sanitaire de cet ordre, à la fois humaine, animale et environnementale, que nous sommes actuellement confrontés : celle d'une zoonose, c'est-à-dire d'une maladie animale qui se transmet aux hommes⁶. Pas de surprise, cependant, puisqu'une telle pandémie arrivée sous la forme d'une zoonose était annoncée par des historiens, des sociologues, des vétérinaires, des philosophes intéressés par les questions de généalogies des maladies (Figuié & Peyre, 2013 ; Morand, 2016 ; Stiegler, 2021). Comme l'écrit Frédéric Keck, « Si les maladies infectieuses ne cessent d'émerger, c'est que la nature parvient à détourner les moyens dont use l'humanité pour la contrôler » (Keck, 2016 : 7). « La nature se venge », poursuit-il en citant les propos du médecin écologue René Dubos dans les années 1950. « Une des leçons de l'écologie des maladies infectieuses émergentes est que la réduction du nombre d'espèces, loin de réduire l'apparition de nouveaux pathogènes, la favorise, car elle s'accompagne d'une plus grande proximité des humains avec certaines espèces » (Keck, 2016 : 8). De fait, le Covid-19 s'est développé à l'échelle de la planète plus fortement auprès de certaines populations, en raison de facteurs multiples (économiques, sanitaires, politiques, commerciaux, climatiques, etc.), dont la liste n'est pas close. L'indispensable prise en compte simultanée des questions de santé humaine, de santé animale et de santé environnementale est ainsi indiscutablement mise en lumière. Si nous choisissons, dans ce dossier, de regarder sous la même lampe ces différentes « crises » sanitaires, c'est d'abord, parce que nous adhérons à l'idée que les espèces compagnes – animaux, plantes, bactéries, humains – partagent toutes la même planète dans un destin commun et que notre existence dépend de notre capacité à vivre ensemble, pour reprendre la perspective sensible et phénoménologique de Donna Haraway (2019, première édition 2003). C'est aussi précisément parce que nous mettons en cause la fragmentation du savoir (Girel, 2017) dans les processus socio-politiques qui conduisent aux « crises » explorées ici.

L'épidémie comme parangon de la « crise »

- 6 Les épidémies sont toujours des moments articulant ensemble des « crises » à dimension biologiques et sociales (Kelly *et al.*, 2019). Arrêtons-nous donc, en lien avec le contexte actuel, sur la figure particulière de la « crise » sanitaire que constitue une épidémie, et plus particulièrement celle du sida.
- 7 Les experts historiques du sida ont, dans de nombreux contextes nationaux, été convoqués pour participer à l'élaboration d'une réponse à la « crise » sanitaire liée au Covid⁷. Paradoxe qui n'est pas le moindre de la séquence que nous vivons : cette réalité

se conjugue avec le constat du peu de leçons tirées de l'épidémie de sida dans la réponse à celle-ci (Gaudillière *et al.*, 2021)⁸.

- 8 Mais il invite à revisiter succinctement la manière dont la catégorie de « crise » s'est déployée dans l'histoire sociale du sida et ce qu'elle peut aujourd'hui nous apprendre. Car ce sont les activistes qui vont déclarer le début de la « crise du sida » au début des années 1980, aux États-Unis notamment, en se mobilisant dans un contexte où il a fallu attendre 1987 pour que le président Reagan prononce pour la première fois le mot sida dans un discours public (Schulman, 2018). Le slogan « *aids crisis is not over* » émerge d'ailleurs en 1989, signifiant à la fois l'existence d'une lutte pour faire reconnaître une « crise » niée et la nécessité de la poursuivre. Il a fallu attendre 2001 pour que le sida soit déclaré « véritable urgence mondiale » par l'Assemblée générale des Nations unies. Les travaux de Fanny Chabrol (2014) montrent comment la qualification du sida comme « crise du développement » à la fin des années 1990 et sa mise à l'agenda comme « urgence mondiale » sont liées à la redéfinition du sida comme problème de « sécurité internationale ». Ce rappel éclaire les acteurs et les contextes qui président à la reconnaissance ou non d'une « crise », et à cet égard on ne peut que constater la rapidité avec laquelle la « crise » du Covid-19 a été mondialement reconnue. Observer qui nomme la « crise » et la définit, et comment elle accède à une reconnaissance légitime est donc un volet nécessaire de toute recherche sur la « crise ».
- 9 Par ailleurs, définir une « crise du sida » a été éminemment difficile car une succession de « crises » et d'« affaires » ont ponctué son histoire : de la sécurité transfusionnelle à la relation médecin-patient, des réformes du système de santé à l'idée de démocratie sanitaire, du paradigme de la réduction des risques à la légitimation d'alliances entre personnes de même sexe, le sida a marqué un nombre considérable de domaines. La « crise » du « sang contaminé », la catastrophe invisible et la « crise » sanitaire chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (Kokoreff *et al.*, 2018), la « bataille des universalismes » (Dodier, 2003) et la « crise » de l'accès aux traitements dans les Suds soulignent que l'item de « crise » peut se décliner jusqu'à ce jour où le sida n'est plus, dans les représentations, du tout perçu comme « crise », alors même qu'une quatrième épidémie d'échecs thérapeutiques a pu être déclarée en Afrique (Laborde-Balen *et al.*, 2018) et que les acteurs internationaux s'accordent sur l'existence d'une « crise » des financements internationaux. Dès lors, qui décrète la crise ? Quand sa déclaration peut-elle bénéficier d'une attention et à quelle condition ? Quand et surtout pour qui s'arrête-t-elle ?
- 10 Ce que ce court retour suggère aussi, et que le présent nous invite quotidiennement à interroger, est l'assemblage entre la dimension sanitaire de la « crise » et l'ensemble des autres dimensions sociales, économiques, politiques, écologiques, etc., qui vont s'y articuler. La dimension sanitaire devient ainsi difficile à définir au sens strict, dans la mesure où les réponses sociales à la « crise » vont elles-mêmes façonner les formes de la « crise » sanitaire. On peut ici évoquer l'impact du confinement en termes de santé mentale (Ramiz *et al.*, 2021). De sorte que les réponses sociales à la « crise » constituent une dimension importante des transformations de la « crise » elle-même et de l'assemblage de ses domaines : on pense ici à l'impact des mesures prises en temps de « crise » sanitaire sur l'économie et l'entrée dans la pauvreté de populations déjà fragilisées.
- 11 L'une des pistes de l'analyse des « crises » est donc aussi l'attention portée à l'assemblage, à l'emboîtement de plusieurs domaines : il n'est pas de « crise » définie

préférentiellement comme économique ou sociale qui n'ait de conséquences sanitaires, comme l'a montré la baisse de l'espérance de vie liée à l'effondrement de l'URSS, ou la réémergence de certaines zoonoses dans le sillage de la « crise » des *subprimes* aux États-Unis (Shah, 2020). Pas de « crise » sanitaire qui n'ait à voir avec la « crise » écologique⁹.

Une prise de conscience ancienne hors du champ scientifique des liens entre santé humaine, animale et environnementale

- 12 Dans leurs recherches, Soraya Boudia et Nathalie Jas développent l'idée que depuis la fin du XVIII^e siècle et les premières industries de chimie lourde, les risques « sanitaires et environnementaux des contaminations produites n'ont jamais été ignorés » (Boudia & Jas, 2019 : 4). Elles proposent une chronologie thématique de la façon dont « notre monde toxique a été gouverné » (Boudia & Jas, 2019 : 5). Elles définissent trois modes de gestion se succédant dans le temps : le « gouvernement par la Maîtrise » (de 1945 à la fin des années 1960), le « gouvernement par le risque » (du début des années 1970 aux années 1990) et « le gouvernement par l'adaptation » (des années 1990 à nos jours)¹⁰. Pour aller dans leur sens, on notera que l'idée de penser ensemble et de manière articulée les risques générés par les expériences politiques impliquant la santé animale, environnementale et humaine avait déjà été mise en évidence dans des tribunes étrangères au monde scientifique. La science, y compris les sciences sociales, est souvent en retard par rapport au monde profane. Pour que le monde scientifique prenne acte des interactions entre les sphères du vivant, il a fallu le temps long de la métabolisation par les grandes institutions internationales non gouvernementales d'un signal de « crise » lancé longtemps auparavant par un certain nombre d'observateurs concernés, notamment des écrivains. En France, ouvrant le bal des sonnettes d'alarme, *Les Racines du ciel*, prix Goncourt 1956, est considéré à ce jour comme le premier roman écologiste, « le premier appel au secours de notre biosphère menacée » comme l'écrit l'auteur dans la préface d'une réédition rédigée vingt-cinq ans après la sortie du livre (Gary, 1980). Par le biais d'une fiction alarmant l'opinion, Romain Gary cristallise l'attention politique du lecteur sur le sort emblématique des éléphants d'Afrique massacrés par dizaines de milliers pour le plaisir des chasseurs et le mafieux commerce de l'ivoire.
- 13 Agrandissant le périmètre des populations impactées par une modernité assassine, en 1962, Rachel Carson (2002), dans le célèbre *Silent Spring*, décrit sans affect et avec la rigueur d'une journaliste formée à la biologie l'effet de la chimie de synthèse utilisée sur les plantes que nous mangeons, les sols que nous ensemençons, les cours d'eau auxquels nous buvons et dans lesquels nous pêchons, empoisonnés progressivement et irrémédiablement depuis la guerre par les pesticides nouvelle génération qui nous rendent peu à peu malades, infertiles et bientôt aussi idiots¹¹.
- 14 Quelques années plus tard, le prix Nobel de littérature¹² Doris Lessing, dans *The Four-Gated City* (en français *La Cité promise*, 1981), complète en 1969 ce trio d'auteurs à grand succès pronostiquant un problème d'équilibre majeur à venir entre les espèces de la planète. La « crise », dans cette saga en trois volumes, prend la forme d'une catastrophe annoncée. À travers l'histoire de son héroïne qui, de la Rhodésie d'avant-guerre au

Londres de la reconstruction, traverse le siècle, les deux guerres, la décolonisation, les trente glorieuses, Doris Lessing anticipe pour la fin du xx^e siècle une troisième guerre mondiale provoquée par un capitalisme sans limite et causant une catastrophe écologique majeure. À la fin du livre, les sociétés humaines sont décimées, les animaux sont morts, eux-mêmes n'ayant pas survécu à un environnement devenu létal.

- 15 Ces trois succès de librairie, qui inaugurent la notion *One Health* avant l'heure avec l'idée de relier la santé humaine à la qualité de l'environnement dans lequel elle se déploie, dénoncent deux grands leviers d'action délétères restés actifs jusqu'à nos jours : en tête de liste et sans contestation, les principes prédateurs du capitalisme, et en deuxième position la place grandissante des œillères de l'expertise scientifique dans le *management* du monde. Nous y reviendrons.

Quand les institutions internationales et la science s'ouvrent lentement et de manière non concertée à ces questions

- 16 Le principe du concept *One health* est simple : si les animaux d'élevage sont malades, l'alimentation des groupes d'humains qui en dépendent est compromise et la santé humaine peut être en péril. Si l'environnement est toxique pour la faune sauvage, la chaîne du vivant s'en trouvera abîmée, au bout de laquelle l'humanité sera en difficulté pour s'alimenter. Dans cette perspective, le « mouvement » *One health* est né dans le milieu des années 2000¹³, porté principalement par les trois grandes organisations internationales que sont l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), mais également par le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef), la Banque mondiale et l'United Nations System Influenza Coordination (UNSCIC). Il a été stimulé par la propagation extrêmement rapide à l'échelle de la planète des virus du SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère) et de la célèbre grippe aviaire H5N1 de 1997, qui s'est transmise des oiseaux aux humains à Hong Kong (Figué & Peyre, 2013). C'est ainsi à propos de la notion de risques d'émergence de maladies infectieuses à l'interface des écosystèmes animaux et humains que la notion *One Health* s'est imposée¹⁴. L'idée est de décloisonner les approches sectorielles (humaines, animales, agricoles) en matière sanitaire. Les auteurs dénoncent une prise en compte insuffisante des questions environnementales et une approche globale des écosystèmes limitée. La notion de *One Health* est donc née de préoccupations biomédicales dirigées vers la santé humaine, en lien avec les zoonoses, et portée par les organisations internationales et la communauté scientifique biomédicale (Roger *et al.*, 2016).
- 17 La notion *EcoHealth* émerge à la même époque (milieu des années 2000), mais elle est portée par un environnement institutionnel et scientifique différent : des écologues menant des recherches dans le champ de la conservation de la biodiversité¹⁵. Moins soutenue par les donateurs internationaux et évoluant à une échelle plus pragmatique de terrain, cette notion « adopte une vision plus large de la santé et lie la santé publique à la gestion des ressources naturelles dans le cadre d'une approche écosystémique de la santé humaine » (Roger *et al.*, 2016, notre traduction)¹⁶.

- 18 Plus récemment, en 2014, émerge une troisième notion, la *Planetary Health*, portée à la fois par la revue *The Lancet* et la fondation Rockefeller¹⁷. Comme *One Health*, elle est largement centrée sur la santé humaine, mais elle met en avant la manière dont les activités humaines ont bouleversé les systèmes naturels (Mair, 2020). Elle promeut l'importance de la justice sociale, du déploiement d'un mouvement social à tous les niveaux de la société et du renforcement des « *communities* »¹⁸ (Moysés & Soares, 2019). Elle place au cœur de la réflexion la « crise » liée à l'anthropocène, c'est-à-dire à l'omniprésence des activités humaines et la pression qu'elles exercent sur les écosystèmes.
- 19 Cette multiplication de notions en partie superposables génère, bien qu'à des degrés différents et sans doute selon des modalités concurrentielles, toute une économie financière de projets, de travail d'experts, de fonctionnements institutionnels et d'injonctions faites à différents acteurs politiques, scientifiques, de la société civile, que l'on peut rapprocher des critiques formulées par l'anthropologie aux politiques et pratiques de développement menées en Afrique depuis les années 1960 (Olivier de Sardan, 1995 ; Herdt & Olivier de Sardan, 2015)¹⁹. En matière de financement de la recherche et des organisations de solidarité internationale, la notion *One Health* domine aujourd'hui, incorporant progressivement mais de manière variable des aspects des deux autres notions²⁰.

Conceptualisations anciennes et nouveau rôle à jouer pour l'anthropologie ?

- 20 L'anthropologie, rappelle Vanessa Manceron (2016), est une discipline qui s'est donnée pour tâche, dès sa naissance, de décrire et d'analyser les liens entre humains et paysages, milieux, végétaux, minéraux, climat, etc., sous des angles analytiques variés : celui de la subsistance en lien avec l'approche matérialiste biologique ou écologique, ou celui des « croyances » (« surnature », totémisme, animisme, etc.) à tendance plutôt culturaliste. Elle souligne les propos tenus par Philippe Descola en 2001 lors de ses leçons inaugurales au Collège de France, qui précisait que « la nature n'existe pas comme une sphère de réalités autonomes pour tous les peuples » et auxquels elle ajoute « que la distinction formelle entre nature et culture, loin d'être universelle, est une caractéristique tardive de la pensée occidentale » (Manceron, 2016 : 280)²¹. Chercheurs précurseurs, personnages inspirés et grands érudits, André-Georges Haudricourt et Jacques Barrau, tous deux agronomes formés à la linguistique et à l'ethnologie, ont imaginé l'ethnobotanique et ont formé dès les années 1960 de jeunes chercheurs capables de saisir les interactions entre les sociétés, les langues qu'elles parlent et les objets naturels dont elles s'entourent, proposant une ethnosciences à la française (Bahuchet, 2018) productive et inspirante. L'anthropologie, même à ses marges, s'intéresse ainsi depuis sa création, implicitement, à d'autres espèces vivantes et à leur cohabitation avec les humains, souvent autour de questions de santé. L'enjeu est donc, comme dans les autres domaines de l'anthropologie, de prendre acte des apories de la distinction nature/culture, de celles de l'anthropocentrisme, en déplaçant le regard sur la pluralité du vivant et l'attention à porter aux interfaces et interactions.
- 21 Divers courants en anthropologie de la santé ont de longue date eu pour ambition une approche holiste qui tienne compte de cette pluralité du vivant, notamment ceux liés à l'écologie humaine et à l'approche écologique des questions de santé. Ainsi pourrait-on

voir aujourd'hui dans le concept de pathocénose développé par l'historien de la médecine Mirko Grmek (Grmek, 2005, première édition 1995) une première version de ce qui est actuellement promu sous le terme de « syndémie », dans la mesure où il fait le lien entre la présence et/ou l'émergence d'une maladie à une époque donnée et l'existence d'autres maladies. À cette prise en compte des « comorbidités » dont l'importance a été particulièrement convoquée pour expliquer les différentiels de mortalité et les risques de formes graves du Covid-19, la notion de syndémie ajoute la présence et la nécessaire prise en compte d'inégalités sociales et de leurs effets sur la santé²².

- 22 Dans le récent compte-rendu qu'il livre de monographies en anthropologie et sociologie de la santé, Warwick Anderson montre ainsi combien un retour rétrospectif sur les raisons de la « crise » du Covid-19 à l'aune de ces travaux et du constat de l'impréparation qui a été de mise sont riches d'enseignements : la manière dont les stratégies de « *preparedness* » décrites par Andrew Lakoff donnent à voir un colossal gaspillage de temps et de ressources quand l'écologie médicale et la médecine sociale ont été les angles morts des modélisations et simulations²³.
- 23 Certaines critiques adressées à la notion *One Health* ont pointé la double marginalisation des sciences sociales et des sociétés dites « du Sud » dans les travaux qui s'en réclament (Lapinski *et al.*, 2015 ; Figuié & Peyre, 2013 ; Vroh & Seck, 2016), invitant en corolaire l'anthropologie de la santé à déployer ses compétences méthodologiques et analytiques sur ces sujets²⁴. C'est ce que font nombre de publications récentes en appelant de leurs vœux une autre forme et acception de la notion de *Planetary Health* (David *et al.*, 2021), tandis que la notion *One Health* fait l'objet du dernier numéro de la revue *Parasite*, invitant à l'« anthropologiser » et à faire de la place aux sciences sociales dans les formes de son élaboration²⁵.
- 24 La « crise » sanitaire actuelle paraît de fait avoir au moins deux conséquences pour l'anthropologie de la santé. D'une part la valorisation de travaux pluridisciplinaires où les anthropologues ont pris part à une réflexion plurielle, venant souligner l'intérêt de cette perspective notamment en lien avec des questions de recherche classiques dans la discipline, comme l'est par exemple celle des rapports hommes-animaux et des médiations entre humains et non humains. D'autre part cela renforce aussi, comme le rappelait récemment Yannick Jaffré²⁶, la nécessité de pratiques opérationnelles en anthropologie de la santé : ça et là des programmes de recherche ont montré la place qui pouvait être celle de l'anthropologie en ces temps tourmentés. Ainsi de l'expérience menée à Marseille par le programme Comescov, où pendant la première vague et le premier confinement un partenariat avec l'hôpital européen a conduit à accompagner les soignants dans ce qui reste une dimension stupéfiante des débuts de l'épidémie : le traitement réservé aux malades en fin de vie et aux cadavres²⁷. La « crise » actuelle vient ainsi jeter une lumière crue sur des savoirs acquis par des anthropologues dans d'autres contextes et pour d'autres épidémies, telle qu'Ebola en Afrique de l'Ouest, notamment au sujet des enjeux des pratiques funéraires (voir le numéro 11 d'*Anthropologie & Santé* consacré au virus Ebola et paru en 2015)²⁸.

Aborder les expériences politiques de la « crise » avec les outils de l'anthropologie

- 25 Il nous a semblé que la notion de « crise » se révélerait particulièrement pertinente pour relever le défi de la description des relations entre humains, puis entre les humains et leur planète, puis entre les humains et les autres animaux, autour des questions engageant la santé. Les articles présentés dans ce dossier ont confirmé notre hypothèse.
- 26 Le texte proposé par Philippe Hert et Dominique Grassineau explore précisément cette dimension, à partir d'une ethnographie minutieuse du fonctionnement d'un centre de réception et de régulation des appels du SAMU de Marseille. Ils se demandent comment se fabrique la qualification du degré d'urgence : qui décide, quand et comment les services du SAMU qualifient une urgence. Au cœur des institutions et des services, ils décrivent, dans le détail, comment est régulée l'écoute des appels. Ils décrivent ainsi des formes de gestion de la « crise ». Cette recherche est particulièrement bienvenue pour saisir les difficultés conjoncturelles et structurelles avec lesquelles doivent négocier les personnels des centres d'appels, situation de crise devenue paroxystique depuis 2020 et le début de l'épidémie de Covid-19. L'article proposé par Déborah Ridet sur la violence dans un service d'urgences hospitalières en France, devenue une préoccupation des politiques publiques et des directions d'hôpitaux, prolonge opportunément la réflexion entamée sur la dimension structurelle de la violence à l'hôpital. Le texte offre un regard documenté sur une vie quotidienne aux urgences coupée, voire protégée, d'un monde extérieur jugé dangereux à cause de la violence non contrôlée des usagers, ou encore, depuis un an, à cause de l'épidémie. Au bout du compte, l'enquête de Déborah Ridet montre que les services d'urgence pâttissent en réalité de la baisse croissante de moyens alloués aux hôpitaux.
- 27 La visibilité ou l'invisibilité de la « crise » est indissociable de son traitement par les autorités publiques, à travers leurs agences et départements spécifiques. Pour saisir les modes de traitement d'une « crise », il faut donc s'intéresser à la manière dont sont produits les chiffres censés attester des réalités (Jas, 2007 ; Boudia & Henry, 2015 ; Oreskes & Conway, 2014 ; Foucart, 2013). Il faut aussi prêter attention aux relations entre les différents acteurs (associatifs, institutionnels, citoyens) impliqués. Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et l'équipe du GISCOP 84 (Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle dans le Vaucluse) proposent pour ce dossier d'explorer l'invisibilité des cancers professionnels. Ils montrent que celle-ci est manifeste dans les résistances importantes dont les institutions font preuve pour admettre la réalité des cancers survenus dans le cadre de l'exercice de certaines professions (principalement, pour le Vaucluse, des métiers peu qualifiés de l'agriculture, dans lesquelles les ouvriers sont régulièrement exposés à des produits d'agrochimie). Les preuves collectées dans les dossiers de demande d'indemnisation sont rarement suffisantes pour que le cancer professionnel soit reconnu comme tel. Le texte décrit également la résistance des ouvriers à reconnaître qu'un emploi qui les a fait vivre a dans le même temps provoqué un grave problème de santé.
- 28 Leur article donne à penser la place grandissante de l'expertise scientifique – et des œillères qu'elle produit – dans le *management* du monde. On voit qu'adosser la décision politique à la légitimité d'un savoir exclusivement validé par la preuve scientifique (Oreskes & Conway, 2014) inhibe fatalement l'action politique. Les lobbyistes et les

militants des ONG l'ont bien compris en même temps que les romanciers, et c'est bien car il reste toujours l'ombre d'un doute scientifique sur le fait que le tabac est mauvais pour la santé, que le glyphosate tue, que les élevages de poissons nourris aux farines animales sont dangereux pour eux-mêmes et pour nous, c'est en raison de la persistance de ce doute scientifique que les pouvoirs publics n'interdisent pas l'usage de ces produits²⁹. C'est ainsi que cinquante ans avant la naissance du concept *One Health*, les observateurs plus libres de leurs paroles que les scientifiques, moins muselés par la nécessité de prouver chaque argument³⁰ – donc le monde entier à part la petite communauté humaine de scientifiques – auraient pu prédire *One Health* morte dans l'œuf de l'interdisciplinarité impossible. Car les sciences sociales d'une part – la sociologie, l'anthropologie, la science politique – et les sciences expérimentales de l'autre – la biologie, la génétique, l'écologie – n'ont pas les mêmes canons de validation des savoirs, ni même des savoirs qui peuvent être mis en discussion. L'interdisciplinarité est rare, les savoirs produits sont incomparables, l'interdisciplinarité échoue donc souvent à saisir l'interaction des questions de santé, d'environnement et les intérêts contradictoires des secteurs de la santé, de l'agronomie et de l'industrie³¹. Dans les années qui suivent les premiers cris d'alarme sur la disparition de certaines espèces animales, ou encore ceux sur l'arrivée d'une épidémie jusque-là inconnue comme l'obésité, si les expériences politiques de la « crise » en santé humaine et environnementale ont fait l'objet d'initiatives en décalage avec la démarche scientifique, ce n'est pas parce que les scientifiques s'en désintéressaient, mais en raison de la grande difficulté à pratiquer l'interdisciplinarité, qui persiste aujourd'hui encore (Servigne *et al.*, 2018).

Prendre acte de la « crise »

- 29 Comme cela a pu être dit de la notion d'événement qui institue une coupure, une discontinuité dans l'écoulement du temps (Bensa & Fassin, 2002 ; Farge, 2002), la « crise » vient donc séparer un avant d'un après. Elle est liée originellement, en reprenant encore l'historienne Armelle Debru, à la coction « terme culinaire, qui s'appliquait [dans l'antiquité] autant au domaine physiologique que pathologique. La digestion des éléments est assimilée à une cuisson qui ôte la dureté des aliments crus, les attendrit et les rend propices à être assimilés dans le corps » (Debru, 2014 : 298). Tout se passe comme s'il fallait la métaboliser, la digérer, dans un temps de latence entre sidération et prise de conscience. Enfin, « il fallait qu'elle ait lieu à certains moments » (Debru, 2014 : 298), d'où la notion de « jours critiques », qui souligne combien la question de la temporalité est profondément articulée à celle de la « crise ». Brigitte Juanals contribue précisément à renseigner le problème des temporalités de la « crise » à travers le texte qu'elle propose pour ce dossier et dans lequel elle s'intéresse au traitement médiatique des « boues rouges de Gardanne », en Provence. Elle pointe les allées et venues du problème sur la scène médiatique locale à certaines périodes, sous forme de totale disparition et de retour périodique, chaque fois accompagnées d'une montée en puissance de la contestation locale et de l'action militante.
- 30 D'un point de vue méthodologique, une question essentielle posée par une entreprise de mise en exergue et de réflexion à propos des « crises » sanitaires consiste aussi à saisir les processus qui mènent à les « nommer ». Qui fait référence à la « crise » ? Des lanceurs d'alerte qui prédisent une « crise » qui vient ? Des activistes qui en dénoncent

à la fois l'existence et le déni ? Des dispositifs, à l'instar de l'épidémiologie, qui s'attachent à la mettre en chiffre et à compter les cas pour attester de sa réalité tangible ? Des experts et des institutions qui ont le pouvoir de la reconnaître et de la décréter ? Un peu de tout cela juxtaposé, comme le montre Eve Bureau-Point dans l'article qu'elle propose pour ce dossier. Au Cambodge, où elle a mené son enquête, l'utilisation croissante et massive d'intrants chimiques en agriculture est peu à peu remise en question. L'article explore la façon dont des récits de « crises », pris dans l'ambivalence entre avancée productive et nocivité pour les humains et pour l'environnement, émergent localement à l'échelle des scientifiques, des médias, du politique, des organisations non gouvernementales, mais aussi à l'échelle individuelle des paysans. Avec des assemblages entre acteurs et institutions variés, le texte raconte comment se tisse la mise en récit d'une « crise » sanitaire, ce qu'elle vient raconter du monde dans lequel elle surgit. Cette recherche s'inscrit dans la perspective thématique du projet hybride « *Call it anything* » sur le tremblement de terre, tsunami et accident nucléaire au Japon³² ; et le travail d'Elisabeth Claverie (2008) sur la qualification des crimes de guerre au Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie.

- 31 Comme incitent à le faire Bénédicte Gastineau, Valérie Golaz, Marie-Laurence Flahaux et Stéphanie Dos Santos (2020) dans un texte où elles appellent à questionner les indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19 en France, il s'agit aussi d'explorer la manière dont certaines questions sanitaires vont être « mises en crise », afin de voir ce qui les distingue des processus documentés de sanitarisation de questions sociales (c'est-à-dire au sens de ce que les acteurs traduisent dans le langage de la maladie) (Fassin, 1998). Nous nous demanderons ici pourquoi certaines questions n'atteignent jamais, en dépit de leur gravité, le statut de « crise » sanitaire. L'article proposé par Florian Pedrot est à ce titre édifiant. À partir du cas des agrégats de naissances de bébés sans bras, que la France découvre à l'automne 2018, Florian Pedrot donne à voir les limites de l'analyse scientifique et l'instrumentalisation de l'incertitude comme gouvernement des « crises » sanitaires. L'enquête menée par les pouvoirs publics peine à déterminer les causes environnementales responsables des malformations des fœtus, générant ainsi un doute suffisant pour inhiber l'initiative d'action publique. En revanche, d'autres sujets, sans avoir forcément de réalités objectives tangibles, peuvent être instrumentalisés à des fins électorales ou économiques, par exemple, comme cela a été décrit concernant les « faux médicaments » (Baxerres, 2015 ; Quet, 2018 ; Hodges & Garnett, 2020).
- 32 L'écho des « crises » s'inscrit toujours à la fois dans une histoire politique et globale, et dans une histoire intime et locale. Les affects et les émotions sont des éléments majeurs de l'histoire et du vécu des « crises », mais ils restent une dimension peu explorée, en dépit de l'essor actuel de travaux de sciences sociales et d'anthropologie sur les émotions (Crapanzano, 1994 ; Caratini, 2012 ; Mainsant, 2010 ; Villani *et al.*, 2014). L'enquête proposée dans l'article de Solenn Thircuir, menée auprès de personnes pour un temps crudivores, offre un angle particulièrement productif pour renseigner la dimension intime et personnelle de la « crise ». Elle en livre ici les principaux résultats. En décrivant des trajectoires de personnes engagées dans la pratique alimentaire crudivore, elle interroge les ressorts d'un tel engagement et montre que l'alimentation et la santé sont des champs privilégiés pour observer une tentative d'optimisation de soi en tant qu'expression de l'individualisme contemporain.

Vivre avec la « crise »

- 33 Les « crises » du Covid-19 ne sont pas terminées, la « crise » de la biodiversité non plus. Pourquoi donc continuer à employer cette notion à leur sujet ? Nous apprenons à vivre avec les premières en imaginant qu'elles auront une fin. Et force est de constater que nous avons appris à vivre avec la deuxième : nous avons appris à vivre avec un environnement fragilisé, avec la disparition d'espèces animales et végétales et avec l'arrivée de parasites, de plantes et d'insectes invasifs sur des territoires où ils n'existaient pas. Si la situation ne s'améliore pas, alors il faut s'adapter, s'en accommoder. La « crise » du sida a laissé place à la vie avec le sida, maladie chronique avec laquelle les gens atteints du VIH et les autres apprennent à vivre. La « crise » chronique de la biodiversité a généré un nouvel équilibre écologique avec lequel il nous faut vivre. Le texte proposé par Elsa Faugère et Dorothée Dussy traite de cette question, à partir du cas des apiculteurs. Il montre que si les apiculteurs n'ont pas de prise sur le changement climatique et les chaleurs estivales qui grillent les campagnes et tarissent les sources d'approvisionnement en eau pour les abeilles, s'ils n'ont pas de prise sur la raréfaction des plantes mellifères, sur l'ajout toujours croissant d'intrants chimiques en agriculture, il leur reste certains leviers d'action et des arbitrages à opérer. Ceux-ci supposent de négocier avec la part des aspirations écologiques (prendre soin des abeilles et de la planète en limitant les médicaments) et la nécessité d'avoir des colonies productives puisque les apiculteurs tirent leurs revenus de la production de miel et des produits de la ruche. En effet, la dimension commerciale de l'apiculture doit être prise en compte lorsqu'il s'agit de décrire les choix sanitaires des apiculteurs.
- 34 Nous terminerons cette introduction en attirant l'attention sur le fait que l'argent, la production de revenus, de salaires, de capitaux sont des leviers majeurs d'analyse des expériences politiques des différentes « crises » en santé. L'argent, à première vue invisible dans les situations décrites par les enquêtes et donc difficile à documenter de façon directe, est toujours un point névralgique des expériences politiques des « crises » sanitaires. La plupart des articles proposés dans ce dossier en témoignent. Brigitte Juanals montre que la presse locale traite les rejets des usines de Gardanne qui fabriquent des boues rouges comme un avatar de la production industrielle organisée en fonction d'une balance coût-rentabilité ; Déborah Ridet montre que la violence structurelle des services d'urgence vient en premier lieu des coupes budgétaires dans les deniers de l'hôpital public ; Philippe Hert et Dominique Grassineau pointent du doigt les réformes des services d'appels du SAMU vers davantage d'optimisation des moyens ; Eve Bureau-Point explique la difficulté, dans laquelle les Cambodgiens comme les apiculteurs sont pris, de maintenir un niveau de revenus sans empoisonner le pays ; Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et l'équipe du GISCOP 84 expliquent les résistances des institutions à reconnaître les cancers professionnels par le coût occasionné par les indemnités.
- 35 Le capitalisme était déjà désigné comme responsable majeur des désastres écologiques annoncés dans les romans à succès des années soixante évoqués plus haut. Après leur parution, les approches écoféministes (Hache, 2016), les courants « effondrementistes » (Conway & Oreskes, 2014 ; Servigne *et al.*, 2018), la sociologie et l'histoire des sciences (Boudia & Jas, 2019), les mouvements écologistes inscrits à gauche sur l'échiquier politique, et même l'encyclique catholique du pape François sur l'écologie³³ ont dénoncé les inégalités de santé occasionnées par les écarts de richesse. Chaque courant

a dévoilé à sa façon les principes prédateurs du capitalisme. Ils ont souligné les rouages qui favorisent la production et l'accumulation des richesses au détriment des populations, de l'environnement et de la santé, lesquels sont progressivement devenus des valeurs de moindre intérêt. Les principes prédateurs du capitalisme sont décrits depuis l'après-guerre comme la menace majeure qui pèse sur les sociétés humaines. La « crise » du Covid-19 ne le dément pas... On le sait par la presse internationale qui nous en informe jour après jour depuis plus d'un an : dans le monde entier, les plus pauvres pâtissent davantage du Covid-19 (prévalence supérieure d'obésité favorisant les formes graves de la maladie, promiscuité dans les foyers favorisant la contamination, difficulté d'accès aux soins), tandis que les plus riches tirent leur épingle du jeu³⁴. Force est de constater que la pandémie du Covid-19 ne fait pas exception à la règle décrite par l'économiste Simon Mair (2020) selon laquelle les « crises », quelle que soit leur ampleur, ne déstabilisent jamais le capitalisme.

- 36 Nous refermerons cette introduction en ouvrant sur l'après-« crise », à laquelle permettent de réfléchir les étapes évoquées dans les paragraphes qui précèdent. Dans le contexte de pandémie mondiale que nous traversons, ouvrir la fenêtre de l'« après » et évoquer les réponses individuelles et/ou sociales aux problèmes générés par cette « crise » nous semble incontournable. L'histoire montre que les traces laissées par les « crises » sanitaires peuvent constituer un axe cardinal des chantiers d'actions publiques. Que serait par exemple le système transfusionnel ou le droit des usagers des systèmes de santé sans la « crise » du sida ? Que serait le droit des travailleurs du BTP à des conditions de travail sécurisées sans la « crise » de l'amiante (Henry, 2009) ? La régulation publique des marchés du médicament s'est renforcée à chaque scandale sanitaire à leur sujet (Hauray, 2006 ; Borchers *et al.*, 2007). La volonté politique des dirigeants étatiques est bien sûr cruciale. Mais, avec ou sans elle, les sociétés civiles, aidées éventuellement des sciences (sociales), ont un rôle majeur à jouer. Parviendront-elles à transformer la « crise » globale actuelle en un monde plus écologique et moins inégalitaire ?

BIBLIOGRAPHIE

- AGIER M., 2020. *Vivre avec des épouvantails : le monde, les corps, la peur*. Paris, Premier Parallèle.
- BAHUCHET S., 2018. « Claudine Friedberg (1933-2018). De l'ethnobotanique à l'anthropologie », *Revue d'ethnoécologie*, 14 [en ligne], <http://journals.openedition.org/ethnoecologie/3798> (page consultée le 04/05/2021).
- BAXERRES C., 2015. « Contrefaçon pharmaceutique : la construction sociale d'un problème de santé publique », In DESCLAUX A. et EGROT M. (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*. Marseille, IRD : 129-146.
- BENAMOUZIG D., 2020. « Un sociologue au Conseil scientifique », In LAZAR M., PLANTIN G. et RAGOT X. (dir.), *Le Monde d'aujourd'hui. Les sciences sociales au temps de la Covid*. Paris, Presses de Sciences Po : 45-60.

- BENSA A. et FASSIN E., 2002. « Les sciences sociales face à l'événement », *Terrain*, 38 : 5-20.
- BERGERON H., BORRAZ O., CASTEL P. et DEDIEU F., 2020. *Covid-19 : une crise organisationnelle*. Paris, Presses de Sciences Po.
- BLOOM J. D., CHAN Y. A., BARIC R. S., BJORKMAN P. J., COBEY S., DEVERMAN B. E., FISMAN D. N., GUPTA R., IWASAKI A., LIPSITCH M., MEDZHITOV R., NEHER R. A., NIELSEN R., PATTERSON N., STEARNS T., VAN NIMWEGEN E., WOROBEY M. et RELMAN D. A., 2021. « Investigate the origins of COVID-19 », *Science*, 372, 6543 : 694.
- BOUDIA S. et HENRY E., 2015. *La Mondialisation des risques : une histoire politique et transnationale des risques sanitaires et environnementaux*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- BOUDIA S. et JAS N., 2019. *Gouverner un monde toxique*. Versailles, Editions Quae.
- BOULLIER H., 2020. « Soraya Boudia et Nathalie Jas, Gouverner un monde toxique. Versailles : Éditions Quae, coll. Sciences en questions, 2019 », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 14 [en ligne], <http://journals.openedition.org/rac/4656> (page consultée le 27/05/2021).
- BOULLIER H., 2019. *Toxiques légaux. Comment les firmes chimiques ont mis la main sur le contrôle de leurs produits*. Paris, éditions La Découverte.
- BORCHERS A. T., HAGIE F. J. D., KEEN C. L. et GERSHWIN M. E., 2007. « The history and contemporary challenges of the US Food and Drug Administration », *Clinical Therapeutics*, 29, 1: 1-16.
- CARATINI S., 2012. *Les Non-dits de l'anthropologie : suivi de Dialogue avec Maurice Godelier*. Vincennes, Éditions Thierry Marchaisse.
- CARSON R., 2002 [1962]. *Silent Spring*. Boston, Houghton Mifflin.
- CHABROL F., 2014. *Prendre soin de sa population : l'exception botswanaise face au sida*. Paris, Maison des sciences de l'homme.
- CLAVERIE É., 2008. « Questions de qualifications. Un mufti bosnien devant le TPIY », *Terrain*, 51 : 78-93.
- CONWAY E. M. et ORESKES N., 2014. *L'Effondrement de la civilisation occidentale un texte venu du futur*. Paris, Les liens qui libèrent.
- CORLAT B., 2020. *La Pandémie, l'anthropocène et le bien commun*. Paris, Les Liens qui libèrent.
- COSTE J., BIZOUARN P. et LEPLÈGE A., 2020. « L'épistémologie troublée de la première vague de recherche sur la Covid-19 », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 68 : 269-271.
- CRAPANZANO V., 1994. « Réflexions sur une anthropologie des émotions », *Terrain*, 22 : 109-117.
- DAVID P.-M., DÉVÉDEC N. L. et ALARY A., 2021. « Pandemics in the age of the Anthropocene: Is 'planetary health' the answer? », *Global Public Health*: 1-14.
- DE HERDT T. et OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2015. *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa. The Games of the Rules*. Londres, Routledge.
- DEBRU A., 2004, « Crise », In LECOURT D. (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris, PUF : 297-300.
- DEBRU A., 2014. « Gnorisma chez Galien : Vers une séméiologie de la santé », In BOEHM I. et ROUSSEAU N. (dir.), *L'Expressivité du lexique médical en Grèce et à Rome. Hommage à Françoise Skoda*. Paris, Sorbonne Université Presses : 297-300.

- DESTOUMIEUX-GARZÓN D., MAVINGUI P., BOETSCH G., BOISSIER J., DARRIET F., DUBOZ P., FRITSCH C., GIRAUDOUX P., LE ROUX F., MORAND S., PAILLARD C., PONTIER D., SUEUR C. et VOITURON Y., 2018. « The One Health Concept: 10 Years Old and a Long Road Ahead », *Frontiers in Veterinary Science*, 5: 14.
- DODIER N., 2003. *Leçons politiques de l'épidémie de sida*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- FARGE A., 2002. « Penser et définir l'événement en histoire. Approche des situations et des acteurs sociaux », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 38 : 67-78.
- FASSIN D., 1998. « Politique des corps et gouvernement des villes », In FASSIN D. (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris, La Découverte, collection Recherches : 7-46.
- FIGUIÉ M. et PEYRE M., 2013. « Le concept "Une seule santé" : une réponse à l'incertitude dans la gouvernance internationale des zoonoses émergentes ? », *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 66 : 41-46.
- FOUCART S., 2013. *La Fabrique du mensonge : comment les industriels manipulent la science et nous mettent en danger*. Paris, Denoël.
- FOUCART S., 2019. *Et le monde devint silencieux. Comment l'agrochimie a détruit les insectes*. Paris, Seuil.
- GARY R., 1980 [1956]. *Les Racines du ciel*. Paris, Gallimard Folio.
- GASTINEAU B., GOLAZ V., FLAHAUX M.-L. et DOS SANTOS S., 2020. « Quatre questions-clés sur les chiffres de la mortalité par Covid-19 en France en 2020 », LPED [en ligne], <http://www.lped.fr/quatre-questions-cles-sur-les-chiffres-de-la.html> (page consultée le 27/05/2021).
- GAUDILLIÈRE J.-P., IZAMBERT C. et JUVEN P.-A., 2021. *Pandémopolitique. Réinventer la santé en commun*. Paris, La Découverte.
- GIREL M., 2017. *Science et territoires de l'ignorance*. Versailles, Éditions Quae.
- GRMEK M. D., 2005 [1995]. *Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris, Payot.
- HACHE É., 2016. *Reclaim : recueil de textes écoféministes*. Paris, Cambourakis.
- HARAWAY D., 2019 [2003]. *Manifeste des espèces compagnes. Chiens, humains et autres partenaires*. Paris, Flammarion.
- HAURAY B., 2006. *L'Europe du médicament. Politique, expertise, intérêts privés*. Paris, Les Presses de Sciences Po.
- HENRY E., 2009. « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante », In GILBERT C. et HENRY E. (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*. Paris, La Découverte : 155-174.
- HODGES S. et GARNETT E., 2020. « The ghost in the data: Evidence gaps and the problem of fake drugs in global health research », *Global Public Health*, 15, 8: 1103-1118.
- HORTON R., 2020. « Offline: COVID-19 is not a pandemic », *The Lancet*, 396: 874.
- HORTON R., BEAGLEHOLE R., BONITA R., RAEBURN J., MCKEE M. et WALL S., 2014. « From public to planetary health: a manifesto », *The Lancet*, 383: 847.
- JAS N., 2007. « Public Health and Pesticide Regulation in France Before and After Silent Spring », *History and Technology*, 23, 4: 369-388.

- KECK F., 2016. « Préface », In MORAND S. et FIGUÏÉ M. (dir.), *Émergence de maladies infectieuses. Risques et enjeux de société*. Versailles, Éditions Quæ : 7-8.
- KELLY A. H., KECK F. et LYNTERIS C., 2020. *The Anthropology of Epidemics*. Abingdon, Oxon, Routledge.
- KOKOREFF M., COPPEL A. et PÉRALDI M. (dir.), 2018. *La Catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne* (France, années 1950-2000). Paris, Editions Amsterdam.
- LABORDE-BALEN G., TAVERNE B., NDOUR C. T., KOUANFACK C., PEETERS M., NDOYE I. et DELAPORTE E., 2018. « The fourth HIV epidemic », *The Lancet. Infectious Diseases*, 18, 4: 379-380.
- LAPINSKI M. K., FUNK J. A. et MOCCIA L. T., 2015. « Recommendations for the role of social science research in One Health », *Social Science & Medicine*, 129: 51-60.
- LECOURT D., 2004. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris, PUF.
- LESSING D., 1981 [1969]. *La Cité promise*. Paris, Albin Michel.
- LITTRÉ É., 2012 [1863]. *Histoire de la langue française : études sur les origines, l'étymologie, la grammaire, les dialectes, la versification et les lettres au moyen âge*. Paris, Hachette BNF.
- MAINSANT G., 2010. « Du juste usage des émotions », *Déviance et Société*, 34 : 253-265.
- MAIR S., 2020. « Neoliberal economics, planetary health, and the COVID-19 pandemic: a Marxist ecofeminist analysis », *The Lancet Planetary Health*, 4, 12: e588-e596.
- MANCERON V., 2016. « Exil ou agentivité ? Ce que l'anthropologie fabrique avec les animaux », *L'Année sociologique*, 66 : 279-298.
- MARIOT N., MERCKLÉ P. et PERDONCIN A. (dir.), 2021. *Personne ne bouge : une enquête sur le confinement du printemps 2020*. Grenoble, UGA Editions.
- MAUSS M., 2021 [1923-24]. *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris, Payot et Rivages.
- MORAND S., 2016. *La prochaine peste : une histoire globale des maladies infectieuses*. Paris, Fayard.
- MOUTOU F., 2021. *Adopte un virus.com : quand les microbes passent de l'animal à l'homme*. Paris, Delachaux et Niestlé.
- MOYSÉS S. J. et SOARES R. C., 2019. « Planetary health in the Anthropocene », *Health Promotion International*, 34, Supplement 1: i28-i36.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995. *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*. Marseille/Paris, APAD, Karthala.
- ORDIONI N., 2011. « Le concept de crise : un paradigme explicatif obsolète ? Une approche sexospécifique », *Mondes en développement*, 39 : 137-150.
- ORESQUES N. et CONWAY E. M., 2014. *Les Marchands de doute : ou comment une poignée de scientifiques ont masqué la vérité sur des enjeux de société tels que le tabagisme et le réchauffement climatique*. Paris, Le Pommier.
- QUET M., 2018. *Impostures pharmaceutiques : Médicaments illicites et luttes pour l'accès à la santé*. Paris, La Découverte.
- RAMIZ L., CONTRAND B., ROJAS CASTRO M. Y., DUPUY M., LU L., SZTAL-KUTAS C. et LAGARDE E., 2021. « A longitudinal study of mental health before and during COVID-19 lockdown in the French population », *Globalization and Health*, 17, 1: 29.

- ROGER F., CARON A., MORAND S., PEDRONO M., DE GARINE-WICHATITSKY M., CHEVALIER V., TRAN A., GAIDET N., FIGUÉ M., DE VISSCHER M.-N. et BINOT A., 2016. « One Health and EcoHealth: the same wine in different bottles? », *Infection Ecology & Epidemiology*, 6: 30978.
- SCHULMAN S., 2018. *La Gentrification des esprits*. Paris, B42.
- SÉLIM M. (dir.), 2020. *Anthropologie d'une pandémie*. Paris, L'Harmattan.
- SERVIGNE P., STEVENS R. et CHAPELLE G., 2018. *Une autre fin du monde est possible : vivre l'effondrement (et pas seulement y survivre)*. Paris, Seuil.
- SHAH S., 2020. *Pandémie : traquer les épidémies, du choléra aux coronavirus*. Montréal, Ecosociété.
- SINGER M., BULLED N., OSTRACH B. et MENDENHALL E., 2017. « Syndemics and the biosocial conception of health », *The Lancet*, 389: 941-950.
- STIEGLER B., 2021. *De la démocratie en pandémie : santé, recherche, éducation*. Paris, Gallimard.
- VILLANI M., MILETI F. P., MELLINI L., SULSTAROVA B. et SINGY P., 2014. « Les émotions au travail (scientifique) : enjeux éthiques et stratégies méthodologiques d'une enquête en terrain intime », *Genre, sexualité & société*, 12 [en ligne], <http://journals.openedition.org/gss/3333> (page consultée le 04/05/2021).
- VROH J. B. B. et SECK I., 2016. « La mise en œuvre du concept One Health est-elle une réalité en Afrique ? », *Sante Publique*, 28, 3 : 283-285.
- WHITMEE S., HAINES A., BEYRER C., BOLTZ F., CAPON A. G., DIAS B. F. DE S., EZEH A., FRUMKIN H., GONG P., HEAD P., HORTON R., MACE G. M., MARTEN R., MYERS S. S., NISHTAR S., OSOFSKY S. A., PATTANAYAK S. K., PONGSIRI M. J., ROMANELLI C., SOUCAT A., VEGA J. et YACH D., 2015. « Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health », *The Lancet*, 386: 1973-2028.

NOTES

1. Le terme infox désigne « des informations dont l'origine n'est pas explicite et qui ne sont pas validées par une institution, diffusées le plus souvent par les réseaux et médias sociaux, blogs et sites d'information en ligne, sous forme de courte vidéo ou d'image parfois assortie de texte. [...] Elles sont rarement tout-à-fait justes ou tout-à-fait fausses ». Voir l'article d'Alice Desclaux : « La mondialisation des infox et ses effets sur la santé en Afrique : l'exemple de la chloroquine », *The Conversation*, 20 mars 2020, <https://theconversation.com/la-mondialisation-des-inox-et-ses-effets-sur-la-sante-en-afrique-lexemple-de-la-chloroquine-134108> (page consultée en février 2021).
2. Depuis les années 1970, le terme est apparu pratiquement sans discontinuer pour qualifier d'abord les phénomènes économiques (« la crise de 29 »), puis épidémiques (depuis « la crise H5N1 »), et plus récemment les phénomènes migratoires ou environnementaux.
3. Entre autres exemples, le colloque du Cermes3 organisé en octobre 2019 à Paris et intitulé « La santé à l'épreuve des crises : Temporalités, coalescence, alternatives » et les journées d'études organisées par le Centre Norbert Elias en mai 2019 à Marseille, « Crises sanitaires, expériences et politiques en santé humaine et animale », dont sont issus une partie des articles de ce numéro. Voir aussi le séminaire « crise et critique » animé par Didier Fassin à l'EHESS Paris en 2017-2018 et le numéro 85 de la revue *Critique internationale* consacré en 2019 à « La fabrique et le gouvernement des crises », sans parler des nombreuses publications et séminaires que suscite depuis le début de l'année 2020 la « crise » du Covid-19, postérieure au présent projet de dossier

thématique. Pour nommer l'une d'entre elles : le séminaire « Politiques de la vie : crises et critiques » qui aura lieu au Collège de France en juin 2021.

4. Une production en sciences sociales sur cette « crise »-ci commence à paraître. On peut citer par exemple Gaudillère *et al.*, 2021 ; Mariot *et al.*, 2021 ; Coriat, 2020. En ce qui concerne l'anthropologie en France on notera aussi l'ouvrage de Michel Agier (2020) et le livre collectif sous la direction de Monique Sélim (2020).

5. Hypothèse qui néanmoins se rediscute de plus en plus courant mai 2021, alors que nous finalisons cette introduction (Bloom *et al.*, 2021).

6. Les zoonoses sont à l'origine de 75 % des maladies humaines émergentes. Elles ne deviennent pas toutes épidémiques et encore moins pandémiques. L'épisode du H1N1 à la fin des années 2000, notamment, a été un contre-exemple : celui d'une alerte mondiale de pandémie pour un virus qui n'a pas entraîné de conséquences graves (Figué & Peyre, 2013). Dans le cas du SARS-CoV-2, il ne s'agirait pas à proprement parler d'une zoonose, qui suppose que le même agent infectieux infecte l'homme et l'animal. Ici, le virus de la chauve-souris et celui de l'homme ne seraient pas strictement identiques. Il se serait « humanisé » au cours de la transmission de l'animal à l'homme (Moutou, 2021).

7. Voir en France Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales à partir de 2005, et qui est depuis 2020 à la tête du conseil scientifique du Covid-19.

8. Voir aussi : PÉZERIL C., 2020. « Du sida au Covid 19. Les leçons de la lutte contre le VIH2 », *La vie des idées* [en ligne], <https://laviedesidees.fr/Du-Sida-au-Covid-19.html> (page consultée en mars 2019)

9. Voir Sonia Shah, « Contre les pandémies, l'écologie », *Le Monde diplomatique*, mars 2020, www.monde-diplomatique.fr/2020/03/SHAH/61547 (page consultée le 27/02/2021).

10. Voir aussi la très bonne synthèse qu'en a fait Henri Boullier (2020).

11. Voir « Demain, tous crétiens ? », documentaire de Sylvie Gilman et Thierry de Lestrade, 2017, Yuzu Productions/Arte France/CNRS Images.

12. Le prix Nobel lui a été attribué plus tard (en 2007). Nous y faisons référence pour mettre l'accent sur le rayonnement planétaire de l'ouvrage de cette auteure très célèbre.

13. Nous employons le terme « mouvement » au sens défini par François Roger et ses collègues (Roger *et al.*, 2016) qui parlent au sujet de « One Health » de « conceptual movements, scientific areas, and political endeavours ». C'est lors de la 5^e *International Ministerial Conference on Avian and Pandemic Influenza* (IMCAPI) en décembre 2007 à New Delhi que les organisations internationales décident de redéfinir leur référentiel commun en « *One World, One Health* » et c'est lors de la 6^e IMCAPI à Charm El Cheikh, en 2008, qu'un cadre stratégique pour mettre en œuvre ce concept commence à être élaboré (Figué & Peyre, 2013).

14. Voir le rapport « *Contributing to One World, One Health* », produit par ces institutions en 2008 [en ligne], <http://www.fao.org/3/aj137e/aj137e00.htm> (page consultée en janvier 2020).

15. La notion a émergé au sein du *Millennium ecosystem assessment* [en ligne], <http://www.millenniumassessment.org/fr/> (page consultée en février 2021).

16. Ecohealth notion « takes a broader view of health and links public health to natural resource management within an ecosystem approach to human health ».

17. Voir le manifeste pour *Planetary Health* dont le premier auteur est Richard Horton, médecin et rédacteur en chef de *The Lancet* depuis 1995 (Horton *et al.*, 2014) et le rapport publié par les deux institutions (Whitmee *et al.*, 2015).

18. Nous conservons ce terme en anglais car il n'a pas la même connotation en français, notamment en anthropologie où il a été largement critiqué.

19. Un webinaire organisé en février 2021 par l'OMS, l'OIE et la FAO a mis en lumière de manière étonnante la très récente coordination de ces institutions sur la question de l'antibiorésistance, qui inquiète les scientifiques depuis pourtant plusieurs décennies. Voir le rapport qu'elles

viennent de publier [en ligne], <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013964> (page consultée en février 2021).

20. Certains auteurs critiquent toujours la trop faible prise en compte d'une approche écosystémique de la santé (Roger *et al.*, 2016). Néanmoins, voir plus récemment le diagramme des interfaces *One Health* réalisé par Nadège Legroux et inspiré de Destoumieux-Garzón *et al.* (2018) [en ligne], <https://ideas4development.org/one-health-sante-interface/> (page consultée en janvier 2021).

21. Une table ronde a eu lieu sur ces sujets, associant Philippe Descola et Judith Scheele, dans le cadre du Festival des sciences sociales organisé en septembre 2019 par l'EHESS de Marseille à la Vieille Charité et intitulé « En finir avec la nature ? » [en ligne], https://www.ehess.fr/sites/default/files/actualite/fichier/programme_ehess_8_aout__1.pdf (page consultée en février 2021).

22. Conçu dans les années 1990 par Merrill Singer et ses collègues (2017), le concept de syndémie a récemment été mobilisé au sujet du Covid-19. Richard Horton (2020) précise ainsi : *“no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to Covid-19 will fail. [...] Approaching Covid-19 as a syndemic will invite a larger vision, one encompassing education, employment, housing, food and environment. Viewing Covid-19 only as a pandemic [through epidemiological models and with infectious disease specialists] excludes such a broader but necessary prospectus”*.

23. Voir Warwick Anderson, « Think like a virus », Public Book, 7 janvier 2021, <https://www.publicbooks.org/think-like-a-virus/> (page consultée en avril 2021).

24. Associant plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, c'est ce que tentent de faire actuellement un collectif de chercheur.e.s animé par Nicolas Fortané et Henri Boullier sur la question spécifique de l'antibiorésistance, en rassemblant des compétences en santé humaine et en santé animale (système pharmaceutique, circulation et usages des produits, politiques publiques nationales et internationales, modèles d'innovation, etc.) qui travaillent d'habitude isolément les unes des autres. Voir les séminaires « Marchés et régulations pharmaceutiques à l'épreuve de l'antibiorésistance », <https://www.amagri.eu/fr/seminaire> (page consultée en décembre 2020).

25. Voir Jean Estebanez et Pascal Boireau (dir.), « Special Issue – One Health: A social science discussion of a global agenda », *Parasite*, vol. 28, 2021, <https://www.parasite-journal.org/component/toc/?task=topic&id=1321> (page consultée en avril 2021).

26. Voir Yannick Jaffré, « Comment la pandémie de Covid-19 renforce la nécessité d'une pratique opérationnelle en anthropologie de la santé », *Alternatives humanitaires*, n° 16, mars 2021, p. 10, <http://alternatives-humanitaires.org/fr/2021/03/23/comment-la-pandemie-de-covid-19-renforce-la-necessite-dune-pratique-operationnelle-en-anthropologie-de-la-sante/> (page consultée en avril 2021).

27. Voir Firmin Kra, Bernard Taverner, Francesca Mininel, Francis Akindès, Gabrièle Laborde-Balen et Marc Egrot, « L'anthropologie impliquée à l'hôpital en contexte d'épidémie de covid-19 pour accompagner les fins de vie et les décès hospitaliers », *The Conversation*, 14 septembre 2020, <https://theconversation.com/lanthropologie-impliquee-a-lhopital-en-contexte-depidemie-de-covid-19-pour-accompagner-les-fins-de-vie-et-les-deces-hospitaliers-145815> (page consultée en avril 2021).

28. Ceci alors que dans la division sociale de l'expertise scientifique, la place accordée à l'anthropologie, incarnée du côté du conseil scientifique en France en la personne de Laetitia Atlani-Duhault, est la dévolution du thème de la mémoire et des traces : cette anthropologue est en effet devenue présidente de l'Institut Covid-19 *Ad-Memoriam* (Voir : <https://www.institutcovid19admemoriam.com/>, page consultée en avril 2021). On notera aussi le peu d'échos que semblent avoir eu les sciences sociales dans ce conseil et leur faible présence (Benamouzig, 2020).

29. Voir à ce sujet les travaux de Nathalie Jas et Soraya Boudia (2019) et aussi ceux de Henri Boullier (2019). Sur la fabrique de l'ignorance, voir aussi Mathias Girel (2017).
30. Voir INEE, « One Health. Ambitions, défis et difficultés d'une approche incontournable pour la santé » [en ligne], <https://inee.cnrs.fr/fr/cnrsinfo/one-health-ambitions-defis-et-difficultes-dune-approche-incontournable-pour-la-sante> (page consultée en mars 2021) et aussi Destoumieux-Garzón *et al.* (2018).
31. Voir à ce sujet le remarquable journalisme d'investigation de Stéphane Foucart et son dernier ouvrage (Foucart, 2019) qui s'inscrit dans l'héritage de Rachel Carson.
32. Voir F93, « Call it anything », <http://www.f93.fr/fr/project/11/call-it-anything.html> (page consultée en mars 2021).
33. Voir <https://croire.la-croix.com/Definitions/Lexique/Ecologie/L-encyclique-Laudato-si-le-cri-du-pape-Francois>. (*Laudato si*), 24 mai 2015, consulté en janvier 2020.
34. Voir Laurent Mauduit, « Plus de dividendes que de profits : quand le capitalisme devient fou », *Médiapart*, 13 mai 2021.
-

AUTEURS

CARINE BAXERRES

Université de Paris, MERIT, IRD, Aix Marseille Univ, LPED, Site St Charles, 3, place Victor Hugo, CS80249, 13331, Marseille Cedex 3, carine.baxerres@ird.fr

DOROTHÉE DUSSY

CNRS, Aix Marseille Univ, EHESS, Université d'Avignon, CNE, Centre de la vieille charité, 2 rue de la Charité, 13002 Marseille, ddussy@ehess.fr

SANDRINE MUSSO

Aix Marseille Univ, EHESS, CNRS, Université d'Avignon, CNE, Centre de la vieille charité, 2 rue de la Charité, 13002 Marseille, sandrinemusso@gmail.com



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

« La crise est notre quotidien ». Comment l'urgence est-elle prise en compte au SAMU ?

“Crisis is our daily job”. How is emergency taken into account at an emergency call center ?

Philippe Hert et Dominique Grassineau



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9333>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9333](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9333)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Philippe Hert et Dominique Grassineau, « « La crise est notre quotidien ». Comment l'urgence est-elle prise en compte au SAMU ? », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 28 avril 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9333> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9333>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

« La crise est notre quotidien ». Comment l'urgence est-elle prise en compte au SAMU ?

“Crisis is our daily job”. How is emergency taken into account at an emergency call center ?

Philippe Hert et Dominique Grassineau

Introduction

- 1 Sur fond de crise des services d'urgences des hôpitaux en France (270 services en grève en décembre 2019¹, initiée en premier lieu en mars 2019 par les personnels paramédicaux et rejoints en septembre par les médecins), nous nous intéressons dans cet article au fonctionnement quotidien du Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) au sein du Service d'aide médicale urgente (SAMU) des hôpitaux de Marseille (AP-HM). Notre écriture est à deux voix : issue d'un terrain ethnographique, et en dialogue avec une médecin urgentiste, anciennement employée de ce SAMU. Elle permet d'enrichir un regard interne par un regard externe au service. Nous interrogeons ici les enjeux autour du processus de qualification (par qui, quand, et comment ?) de l'urgence ou de la situation de crise à évaluer dans un temps et des conditions structurelles contraintes.
- 2 Il s'agit d'offrir une vision d'ensemble de l'activité du centre d'appel du SAMU afin de comprendre comment la crise s'inscrit au cœur de ce service de gestion de l'urgence. Nous n'isolons pas la notion de crise en tant que telle, mais laissons transparaître la manière dont l'activité s'organise autour de multiples modalités de prise en compte des crises. Ainsi, nous exposons des pistes volontairement nombreuses, pour saisir dans sa complexité cette pratique professionnelle et alimenter une réflexion collective. Cette analyse s'inscrit également dans une réflexion plus large sur la « crise de l'hôpital public » et nous permet de mettre à l'épreuve l'idée selon laquelle le problème de l'hôpital public serait d'ordre organisationnel et non financier ou humain, alors que des

enquêtes sociologiques sur l'hôpital concluent à l'impossibilité de trancher clairement entre ces deux positions (Juven *et al.*, 2019). Par ailleurs, la montée en puissance des technologies de l'information à l'hôpital renforce les logiques gestionnaires d'organisation et de rationalisation des activités à l'hôpital, mais également de production de données à des fins de contrôle de l'activité (Mayère, 2014), comme le documente cet article. Si le terme de crise utilisé ici renvoie à deux sens différents – la crise du financement des services hospitaliers en lien avec la crise de l'organisation et du personnel, et l'état de crise des usagers à évaluer par le CRRA –, nous nous focaliserons sur le second (évaluer et remédier à la crise pour les usagers). Cependant, il nous semble important de mentionner les difficultés du service public hospitalier, car sur le terrain les acteurs évoquent les deux, et ceux-ci sont interdépendants : la capacité de prise en charge de la crise dépend des mises en œuvre collectives de moyens disponibles.

- 3 Nous allons donc nous intéresser à la crise perçue par les acteurs dans le cadre strict de l'activité quotidienne du CRRA. En effet, la notion de crise à l'hôpital renvoie² à de nombreux types de situations hétérogènes. Si les catastrophes naturelles ou industrielles, les accidents d'ampleur, les pandémies ou les incendies sont mentionnés en premier par les acteurs en charge de la communication de crise, d'autres situations sont mises en avant, qui illustrent davantage des cas complexes où la bonne gestion de la communication est cruciale. Il s'agit notamment des erreurs médicales, des cas de maltraitance, d'agressions liées à des cas psychiatriques, des ouvertures d'informations judiciaires, des critiques des médias notamment à l'encontre des services de soin. Il peut aussi s'agir de la gestion des ressources humaines et matérielles de l'hôpital comme l'aggravation des déficits, des plans économiques ou sociaux, des mouvements sociaux et des conflits, des dégradations des conditions de travail. Ainsi, la notion de crise, perçue notamment du côté des services de relations presse, renvoie à de nombreux cas de figure qui sont gérés de manière globale par l'institution et ne relèvent pas de la compétence de gestion de crise du SAMU.
- 4 À nos yeux, le CRRA est un lieu d'observation privilégié de la gestion de crise par l'institution publique. Tenter de parer à la crise est en quelque sorte le quotidien de ce service public. On se rappellera la définition du terme crise, qui est à l'origine un terme médical désignant un « moment, dans les maladies, où se produit un changement subit et marqué en bien ou en mal ». Ce terme « désigne figurément le moment périlleux ou décisif d'une affaire et par extension, il se dit d'un trouble, d'un embarras momentané³ ».
- 5 Selon un médecin-pompier du CRRA, l'objectif de la communication avec le patient « *n'est pas de faire un diagnostic mais d'évaluer le degré d'urgence pour faire un choix sur les moyens à mettre en œuvre* ». Le rôle premier du CRRA est donc de trier, ce qui renvoie à l'étymologie grecque de « crise » : trier, séparer, juger, choisir. L'urgence ressentie par la personne appelante est en général liée à un changement perçu, plus ou moins brusque, qui demande une prise en compte rapide de l'état qu'il provoque. Elle correspond souvent à un moment paroxystique dans la crise. Le médecin du SAMU doit formuler une décision de prise en charge en fonction de l'état de la personne au moment de l'appel, de sa gravité et de son degré de criticité. Cependant, nous verrons que les situations critiques, raison d'être première du SAMU, ne représentent qu'une faible proportion des cas traités. La majorité d'entre eux relèvent d'urgences non critiques, mais susceptibles de le devenir.

- 6 Ce degré d'urgence dans la crise doit pouvoir être qualifié, conscientisé, pour qu'elle puisse être prise en compte. Or, la sidération qu'elle peut provoquer peut empêcher une telle formulation par un appelant au service. La capacité à prendre en compte cette dynamique évolutive de la crise par le service, entre chronicité et criticité, et de la nommer est un enjeu essentiel. Comment l'urgence dans la crise est-elle prise en compte dans ce service de régulation des urgences ?
- 7 Pour explorer cette question, notre article s'organise en trois parties. Tout d'abord, nous décrivons l'organisation globale du service de réception des appels d'urgence, puis expliquons l'organisation de notre terrain ethnographique. Dans une seconde partie, nous nous intéressons au cœur du fonctionnement quotidien de la gestion partagée des urgences et des responsabilités engagées. La troisième partie est consacrée aux enjeux de qualification de l'urgence par les différents acteurs impliqués. Nous nous penchons plus particulièrement sur la manière dont la mise en récit de la situation par l'appelant et la gestion des affects contribuent à définir ce qui est qualifié de « réponse adaptée » par le service et dans le cadre des politiques de santé publique.

L'organisation d'un service de réception des appels d'urgence

- 8 La gestion des situations de crise dans le domaine de la santé est instituée en France par la loi du 6 janvier 1986 sur l'aide médicale d'urgence (AMU). Il s'agit de « faire assurer aux malades blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgences appropriés à leur état ». Elle vise à dispenser les soins nécessaires et à veiller à la continuité de ceux-ci. Au CRRA, il s'agit à la fois de prendre en compte la spécificité du besoin pour chaque appelant et de les traiter aussi bien individuellement que collectivement en tentant d'anticiper les crises collectives. Ainsi, le service est organisé à la fois pour la prise en compte immédiate du soin approprié à une échelle individuelle ou locale et pour la gestion de l'imprévisibilité de toute crise sanitaire à une échelle beaucoup plus large. En d'autres termes, différentes échelles spatio-temporelles sont à considérer et structurent cette activité sur plusieurs niveaux, dans des cadres juridique et économique contraignants pour les agents de terrain.
- 9 Au sein du SAMU, les professionnels du CRRA sont les premiers interlocuteurs des personnes qui composent le 15 ou le 112. À travers une série de questions qui leur permettent de compléter les informations factuelles et identitaires des appelants (adresse, nom, antécédents médicaux, nature de la plainte et des symptômes...), les assistants de régulation médicale (ARM), anciennement nommés permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), procèdent à la qualification de l'appel puis transmettent ou non la situation à l'un des médecins régulateurs. Ces ARM ont des parcours très diversifiés, et au moment de notre enquête de terrain, aucun diplôme n'était requis. La donne a changé depuis 2019, comme nous le verrons plus loin.

Un terrain ethnographique

- 10 L'idée de mener une enquête ethnographique sur ce sujet est née lors d'une rencontre des deux auteurs à l'occasion d'un débat organisé par l'association Amades⁴. Après avoir longuement discuté de manière informelle sur la qualité de révélateur éminemment sociétal de « ce qui se passe en CRRA », décision a été prise de tenter une

approche de terrain en croisant des perceptions interne et externe de l'activité de ce service au sein de l'hôpital public. Nous avons pour ambition d'essayer de faire dialoguer des questionnements organisationnels internes avec des enjeux politiques de santé publique.

- 11 Une première phase a consisté en un travail interne d'éclairage par Dominique Grassineau des impacts positifs attendus d'une « enquête sociologique » sur la connaissance et le fonctionnement du SAMU. Dans un second temps, Philippe Hert (rejoint par Grégoire Molinatti, chercheur dans le domaine « sciences et société ») s'est attaché à définir le terrain d'enquête et à prendre contact avec le chef de service du SAMU, ainsi qu'avec son adjoint et le responsable des ARM qui se sont montrés intéressés par notre petite équipe mixte – sciences sociales et médecine – et nous ont ouvert le terrain. L'adjoint au chef de service nous a donné accès à tous les documents utilisés pour former les ARM et les internes à leur poste au CRRA. Après affinage de nos méthodes de partage d'observations, nous avons pu initier véritablement notre travail de terrain durant l'année 2014. En 2018, nous décidons de reprendre le terrain suite à l'affaire Mussenga (voir *infra*) qui porte sur le feu médiatique l'activité des CRRA. Cependant l'accès au terrain ne fut plus possible, en raison de la présence d'une cellule d'évaluation au sein du SAMU 13, diligentée par la direction de l'hôpital, notre présence conjointe risquant de créer une confusion pour le personnel. Nous avons néanmoins décidé de mener quelques entretiens téléphoniques avec des salariés du service avec qui nous étions restés en contact. Enfin, nous avons participé à l'organisation de journées d'étude sur les crises sanitaires en 2019, et y avons présenté les résultats de ce travail d'enquête, repris et développé ici.

L'enquête collective

- 12 Les chercheurs⁵ ont observé pendant un an les communications entre appelants et personnel du CRRA d'un Centre hospitalier universitaire de Marseille, ainsi que les communications entre les membres de ce personnel lors de « réunions de staff » quotidiennes (passation d'informations entre les équipes de nuit et de jour). Nous avons approfondi les échanges avec certains médecins ou ARM lors d'entretiens individuels selon une approche compréhensive (Kaufmann, 2011). Vingt et un entretiens ont été menés, d'une durée comprise entre 1 h 30 et 3 h, afin de cerner les principales questions et préoccupations des salariés, sur le plan à la fois individuel et du service (dimension organisationnelle, sociale, institutionnelle). Le chef de service avait accepté que ces entretiens se déroulent sur le temps de travail. Néanmoins, certains ont préféré nous fixer des rendez-vous en dehors de ces heures, dans un café près du SAMU, pour se détacher selon eux de leur fonction et se sentir plus libres de leur parole. En parallèle, les chercheurs ont pu accéder à une double écoute des appels téléphoniques réceptionnés par le CRRA, ceci grâce à la possibilité de brancher un second casque (uniquement pour l'écoute) sur le poste téléphonique (technique utilisée pour des besoins de formation des ARM ou des internes en stage dans le service). Ils ont ainsi pu suivre au plus près les appels et la gestion de la régulation.
- 13 Si les chercheurs ont effectué une observation non participante, la médecin, acculturée à l'anthropologie grâce à une formation universitaire, a réalisé quant à elle une observation participante. Pour autant, elle n'a eu que très peu recours au carnet de terrain, si ce n'est pour noter des petits détails qui lui paraissaient révélateurs. Des

discussions avec les ARM et avec les autres médecins, senior ou en formation, ont alimenté une réflexion sur l'usage du « métier » et les représentations que pouvaient s'en faire les acteurs. Cette posture réflexive a été favorisée par sa relative jeunesse dans « le métier » : elle n'occupait ce poste que depuis quelques années et seulement un à deux jours par semaine. D'un point de vue méthodologique, il nous a semblé que la répétition des moments de crise participait plus à une triangulation des données qu'à un émoussement des possibilités observationnelles.

- 14 Au cours de l'enquête, des débriefings ont été régulièrement réalisés à deux ou trois. Les discussions dans notre équipe de recherche mixte ont évolué pour se focaliser toujours plus sur des détails relatifs à l'organisation collective de l'activité, et ont permis de coconstruire une analyse partagée entre chercheur et médecin, conformément à notre objectif de départ.

L'entrée sur le terrain

- 15 L'arrivée sur le terrain a été assez brutale. À 8 h 30, dans la salle de crise qui sert également de salle de réunion, les chercheurs assistent au « staff » quotidien. On leur projette une série de photos de plaies ouvertes et profondes au cou après une tentative de suicide au cutter qui s'était produite durant la nuit. Quelques « ouah » dans la salle laissent entendre que certains internes sont impressionnés. Un ARM nous confiera plus tard que ces « staff » semblent surtout servir à former les internes et que l'on n'y débriefe pas vraiment ce qui se passe en salle de régulation, privant la restitution collective de certains éléments d'amont et d'aval de l'intervention qui contribuent pourtant à la prise en charge de l'urgence.

Extrait de carnet de terrain : La salle de régulation qui jouxte la salle de crise offre un contraste frappant entre des événements vécus à l'extérieur et racontés en salle de crise et son ambiance feutrée. Le calme y règne, comme dans n'importe quel centre d'appel téléphonique. Difficile d'imaginer ce dont parlent les personnes au bout du fil. Pourtant, les véhicules du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont proches et l'hélicoptère sur le toit, prêt à décoller. Même le panneau lumineux qui trône sur le mur face à l'entrée, indiquant le nombre d'appels en attente et ceux répondus, peut faire penser à un banal centre de télémarketing. Seules les blouses blanches de certains médecins ou ARM⁶ et les uniformes des marins-pompiers de Marseille laissent à penser que l'on traite ici d'urgence médicale.

Dans la salle, chaque agent est équipé d'un casque et fait face à trois ou quatre écrans. Les communications sont denses et omniprésentes, impossible de savoir qui communique avec qui dans la salle ou vers l'extérieur, par téléphones ou ordinateurs interposés. Certains se déplacent calmement entre les postes, discutent ou vont dans la salle de repos mitoyenne. Nous comprenons rapidement que le calme dans la salle est recherché : il s'agit d'éviter que la tension émanant des échanges téléphoniques se propage et vienne contaminer la salle. Chacun se régule comme il peut autant qu'il régule les appels. Pauses

cigarette, jeux sur téléphone ou lectures viennent rythmer les temps morts, parfois rares, des ARM.

- 16 Selon un ARM présent depuis quinze ans, le nombre de « régulations » qu'il réalise par jour varie de soixante à deux cent vingt, avec une moyenne de quatre-vingt-dix. L'activité est cyclique et saisonnière. Selon lui, le plus dur est de maîtriser l'outil informatique et « *d'avoir les oreilles partout* », entre le téléphone, la radio (pompiers), la salle en général et tel ou tel collègue qui l'interpelle sur un dossier en particulier.
- 17 Dès la troisième journée d'observation, nous convenons ensemble que les questions de communication sont omniprésentes. Derrière l'expression rituelle « SAMU j'écoute » se révèle une très grande variété de cas et de situations singulières. Un médecin libéral présent dans la salle confie que de « *réguler du lourd, c'est le plus facile [...] quand il y a un problème, le plus souvent c'est un problème de communication, plus qu'un problème de connaissance médicale* ». Il nous précise que les médecins libéraux – présents par convention avec l'hôpital pour réguler les cas non critiques, contrairement à leurs collègues médecins urgentistes – sont ceux qui passent le plus de temps au téléphone avec un même appelant. De ce fait, ils ont organisé localement, par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel, une formation spécifique à la communication, délivrée par un professionnel qui n'est pas médecin et en s'appuyant sur la réécoute des bandes de régulation enregistrées.
- 18 Nous réalisons que pour l'ensemble du personnel, la communication est LE problème de la régulation, allant de conflits de communication entre médecins pour placer un patient dans un service aux attributions des interventions aux pompiers ou ambulances privées selon le degré de gravité défini par le médecin régulateur, en passant par les tentatives de clarification avec les appelants. Il peut s'agir au premier abord de simples problèmes de locution ou de langue : « *Elle ne parlait pas bien français, comme j'ai eu du mal à évaluer, j'ai envoyé un SMUR.* » ; ou encore à la méconnaissance du contexte et de l'environnement immédiat du locuteur qui permettent de donner du sens aux mots utilisés : « *La communication c'est 20 % de verbal et 80 % de non-verbal, là tu n'as que le verbal. On n'a que ça.* » Mais il nous semble qu'il n'est pas seulement question ici de problèmes fonctionnels de communication.
- 19 Nous décidons de centrer notre attention sur la diversité des situations de communication telles qu'elles sont vécues ou restituées par les salariés. Ce choix a débouché sur la réflexion méthodologique qui suit.

Hypothèses de travail

- 20 Nos premières journées d'observation nous ont confortés dans l'idée que la communication, terme fourre-tout recouvrant une grande diversité de problèmes, était un angle pertinent pour aborder les conditions d'accès égalitaires aux soins d'urgence et la gestion à distance de cet accès. Il nous apparaît clairement que les « problèmes de communication » sont centraux dans les enjeux de qualification de l'urgence.
- 21 Un indice supplémentaire permet de saisir l'importance accordée à la communication : elle ne fait l'objet d'aucun protocole normé, dans un espace professionnel où chaque situation est pourtant très codée. En effet, la communication est peu formalisée, n'est pas enseignée et relève pour les agents du service de règles de bon sens, de capacités individuelles de communication (« *j'ai toujours été à l'aise à l'oral* »). Nous formulons

l'hypothèse que pour les agents, « la communication » désigne une manière de faire tenir ensemble des contraintes, de dissiper les tensions, d'introduire de la souplesse dans un univers par ailleurs très normé. Se référer à un « problème de communication » permet de désigner un « coupable » abstrait et vague qui ne peut *a priori* pas être formalisé (le facteur individuel, ses capacités propres de communication) et qui évite de remettre en question des aspects plus contraignants de l'activité collective. La « communication » sert en quelque sorte de fusible dans les situations compliquées où les multiples contraintes (temporelles, de disponibilité des services hospitaliers, de disponibilité des moyens de transport, juridiques et économiques) peuvent parfois engendrer de fortes tensions, là où le service se doit absolument de les éviter pour préserver sa capacité à traiter l'urgence lorsqu'elle se présente.

- 22 Sur le plan méthodologique, nous avons mobilisé la notion de « composites » produits sur le terrain d'enquête (Le Marec, 2002). Elle permet d'interroger en situation d'enquête les modes d'articulation entre procédures normées et sens commun à travers la communication. Dans ce cadre, la communication n'est plus envisagée comme l'adjuvant d'une entité préexistante (les normes et procédures, les systèmes d'information qui « codent » les appels), mais comme une dynamique sociale. Ainsi, notre démarche ethnographique s'est particulièrement focalisée sur les formes et moyens de communication en tant que producteurs de sens en situation et non comme matériau brut à analyser. Cette approche centrée sur les interactions et l'observation directe et réflexive semble tout à fait adaptée à l'étude qualitative d'un espace professionnel complexe (Grosjean & Lacoste, 1999). Comme l'indique Joëlle Le Marec (2002 : 26) :

Ce que l'on recueille peut être considéré non pas comme des représentations, de préférence contextualisées avec précision, mais comme des communications qui font advenir des « faits » dans la mesure où rien, absolument rien de ce qui est construit dans l'enquête, n'échappe au fait que cela n'existe que dans des situations de communications qui constituent la matière et la forme même de toute réalité sociale observable.

- 23 Cette notion de composite a fourni une première grille de lecture de ce terrain en nous permettant d'appréhender la communication comme la ressource même de l'activité du centre, mobilisée en permanence par chaque acteur en situation de travail. Ce changement de perspective nous a permis de sortir d'une vision trop fonctionnelle de l'activité du centre qui nous a été proposée dans un premier temps. Elle rend bien compte de la complexité et de l'hétérogénéité des significations données en situation de crise dont l'un des enjeux est de savoir qui peut la qualifier et comment. Voyons à présent comment s'organise cette gestion collective de l'urgence, à travers la communication mais aussi ses dimensions matérielles.

La gestion matérielle et collective de l'urgence

- 24 Le service du CRRA étudié présente une forte hétérogénéité de professionnels⁷ dépendant de différents ministères (Santé, Intérieur et Armées), impliquant une codification importante des procédures conjointes. Dans la salle de régulation, les postes de travail informatiques permettent de visualiser et d'intervenir simultanément

sur les dossiers des patients, d'afficher le nombre d'appels en cours et en attente sur le poste et pour le service, de suivre les transferts d'appels entre ARM et médecins régulateurs, d'obtenir la géolocalisation des appels et des lieux d'interventions, de visualiser l'activité de régulation globale (durée des appels, nombre d'appels traités, nombre d'appels perdus, temps de réponse à un appel), d'accéder à une écoute des appels passés. Ils offrent en outre la possibilité d'une connexion téléphonique simultanée ou successive du patient, du médecin urgentiste ou généraliste et des secours sur place. Toutefois, le téléphone reste le principal outil de travail.

- 25 La gestion informatique des appels organise et inscrit les différentes temporalités de l'activité : la gestion du temps d'attente avant décroché, la répartition des appels et leur visualisation sur chaque poste, l'enregistrement des communications, la production de statistiques sur le type d'activité en temps réel, la gestion du dossier de régulation et sa transmission de l'ARM vers le médecin, la gestion des moyens d'intervention disponibles, la saisie du bilan des actions menées, et enfin l'organisation des transports sanitaires inter-hospitaliers avec décision collégiale des médecins. On mesure ici déjà toute la complexité des tâches à accomplir, souvent de manière simultanée.
- 26 Ainsi, le dispositif informatique organise l'activité sur trois plans. Le premier est celui de la prescription des pratiques de régulation. En effet, chaque utilisateur doit respecter les champs de saisie du logiciel de gestion du dossier de régulation lorsqu'il reporte les réponses de l'appelant à ses questions. Le cadre de l'action collective est ainsi conditionné – à la fois rendu possible et contraint – par le logiciel de saisie du dossier et par celui du suivi des appels entre les interlocuteurs ARM et les médecins régulateurs. Il permet ainsi une harmonisation des réponses médicales ou paramédicales (protocoles), mais contraint de ce fait ce qui est écouté par l'ARM ou le médecin afin de compléter les champs de saisie du logiciel. Le second plan est celui de la visualisation de l'activité instantanée de chaque personne du service. Elle permet de déterminer l'efficacité instantanée individuelle et globale de l'activité par rapport à une norme ou une moyenne. Enfin, le troisième plan est celui de l'inscription de la mémoire de l'action, pour des besoins d'archives mais en raison de contraintes légales. Toute l'activité se trouve ainsi inscrite et codée en permanence à travers un ensemble de traces produites à la fois par le dispositif et par l'utilisateur à travers ses saisies prescrites. Ces traces permettent, et ce n'est pas accessoire, de justifier de l'activité du service sur une période donnée.

L'assistant de régulation médicale, un nouveau métier soignant

- 27 L'importance de l'outil téléphonique peut donner à penser, dans une première approche du poste de travail de l'ARM, qu'il s'agit d'une forme d'activité proche de tout type de plateforme d'appel. Cette remarque est parfois entendue hors du service et rapportée au sein du CRRRA. Les ARM dénoncent là une forme de dénigrement de la spécificité de leur activité dont ils peuvent se sentir affectés. On peut y voir un effet de la généralisation contemporaine des plateformes téléphoniques comme interface omniprésente, voire imposée, dans les interactions entre citoyens et organisations publiques ou privées. Celles-ci contribuent à une banalisation des modes de communication à distance et du rôle croissant de la gestion informatisée des flux de communication, et favorisent ainsi la montée d'indicateurs de performance (ratio

d'appels par agent, taux de traitements, indicateurs économiques de coût/bénéfice), en lien avec une volonté croissante de standardiser les procédures. Or, cette standardisation dans le secteur de la santé impose des protocoles qui cherchent à produire une réponse univoque à des situations complexes et multifacettes, complexifiant ainsi l'exercice d'une expertise soignante et la capacité à fournir une réponse adaptée car impossible à coder à l'avance dans le dispositif (Greatbatch *et al.*, 2005 : 826). On peut également y voir plus fondamentalement une difficulté pour les ARM à obtenir une reconnaissance de leurs compétences spécifiques. Comme il s'agit d'un nouveau métier, les qualifications des ARM n'étaient jusqu'à présent pas sanctionnées par un diplôme d'État, d'où leur difficulté à obtenir une reconnaissance de leur identité professionnelle⁸ (Matuszak *et al.*, 2016).

Coordination entre acteurs pluriels : une chaîne linéaire ?

- 28 Les missions du service, multiples et diversifiées, impliquent en effet une activité d'interaction et de coordination permanente. Elles comportent : la prise en charge d'une demande médicale par téléphone, le maintien d'une écoute médicale permanente, l'identification et le déclenchement opportun de la réponse adaptée à la nature de l'appel et à l'état du patient en tenant compte de son libre choix ; puis l'organisation de son transport sanitaire après s'être assuré du possible accueil du patient dans l'établissement, sans s'affranchir d'une contrainte générale qui est le maintien de la disponibilité des moyens de transports sanitaires adaptés et d'hospitalisation publique ou privée pour les demandes à venir, difficilement quantifiables. Ces missions sont réparties entre ARM et médecins régulateurs, la prise d'appel étant de la responsabilité de l'ARM, la décision médicale et l'orientation du patient de celle du médecin régulateur. Or, certains aspects de la mission du service relèvent conjointement de l'action des ARM et des médecins. Mais comment cette action coordonnée est-elle organisée et comment se répartissent les rôles et les responsabilités ?
- 29 La régulation d'un appel d'urgence suit une chaîne de transmission linéaire (pas de retour en arrière). Le logiciel informatique en contraint l'ordre de succession, et les agents n'ont pas la main sur cet ordre. Cette chaîne décisionnelle suppose une répartition des tâches : prise d'appel par les ARM et ventilation selon le degré d'urgence vers un médecin régulateur hospitalier ou libéral qui prend une décision médicale se traduisant par l'envoi d'un moyen de secours – SMUR, médecin, véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV), ambulance – ou par un conseil téléphonique, puis gestion du suivi et transfert dans un établissement hospitalier ou soins sur place. Selon le référentiel du SAMU, l'ARM a trois options à la réception d'un appel : dans les cas les plus graves (AVC, arrêt cardio-respiratoire, détresse respiratoire aiguë...), il déclenche l'intervention des secours avant même de transférer l'appel de manière prioritaire au médecin régulateur (*SMUR flash*) ; dans les cas graves, il transfère l'appel de manière prioritaire ; dans les cas estimés moins urgents, il place la régulation en attente en fonction des autres urgences à condition qu'elle soit « sans risque pour le patient ». Dans tous les cas, un médecin régulateur intervient par la suite pour traiter l'appel. Ce dernier peut prendre le patient en ligne pour poursuivre l'interrogatoire médical et il coordonne la prise de décision, l'engagement de moyens et le suivi des interventions.

Responsabilité médicale, responsabilité de l'ARM ou responsabilité plurielle ?

- 30 Cette chaîne décisionnelle linéaire qui aboutit à la décision médicale finale par le médecin s'organise donc déjà en amont, avec la combinaison de plusieurs temporalités (plusieurs activités simultanées dans le service et pour un même agent). Elle implique, notamment pour les ARM, de développer des compétences et une connaissance du contexte d'intervention sans formation médicale. Selon certains, elle implique également une part de responsabilité des ARM dans l'activité du service, même si le protocole d'intervention prévoit que ces derniers ne décident pas seuls des suites à donner aux appels (à l'exception de certains cas très précis tels qu'une adresse de pharmacie de garde). En effet, l'appréciation des premiers « trieurs » d'un cas est déterminante pour la suite de la chaîne de transmission (Jacquemot, 2007). Cette responsabilité partagée est un point de discussion fréquent et non consensuel entre ARM et médecins.
- 31 À ce titre, un cas de crise à l'échelle nationale illustre ce type de situation. Elle a été déclenchée en 2018 par l'affaire Naomi Musenga au CHU de Strasbourg. Un cas parmi d'autres, mais dont la forte médiatisation dans la presse nationale, après les révélations d'un hebdomadaire local, a déclenché une série de réactions, notamment du ministère de la Santé. L'enquête sur les circonstances de la mort de cette personne se poursuit. Rappelons rapidement les faits : le 29 décembre 2017, Naomi Musenga, 22 ans, contacte police secours qui transfère l'appel au centre d'appel des pompiers, qui le transfère à son tour au SAMU. Elle se plaint de douleurs aiguës au ventre. L'opératrice du SAMU, après avoir échangé des plaisanteries avec sa collègue des pompiers, conseille à Naomi d'appeler SOS Médecins. L'enregistrement de l'échange a été diffusé sur Internet et a suscité beaucoup d'émotions⁹. On y entend Naomi dire d'une voix faible « J'ai très mal [...] je vais mourir », et l'opératrice lui répondre « oui, vous allez mourir, certainement, un jour, comme tout le monde. Vous appelez SOS Médecins », en lui indiquant le numéro à appeler, puis raccroche. La jeune femme trouve la force d'appeler ce numéro. Les praticiens arrivent sur place et la trouvent en état critique. Ils déclenchent l'intervention du SAMU. Naomi est finalement admise au CHU quelques heures plus tard et fait deux arrêts cardiaques. Transférée en réanimation, elle meurt 6 h 30 après son appel initial au SAMU. L'autopsie par des experts nommés par le procureur de la République a indiqué que le décès était dû à une intoxication au paracétamol, absorbé pendant plusieurs jours par automédication. Cependant, cette explication, qui met hors de cause la responsabilité de l'hôpital, a été contredite dans le rapport de l'Inspection générale interministérielle du secteur social (IGAS) par l'analyse toxicologique des échantillons prélevés lors de l'autopsie. Le juge d'instruction chargé de l'affaire a alors nommé deux nouveaux experts pour réexaminer les circonstances du décès de Naomi, et notamment vérifier la possibilité d'un infarctus mésentérique, qui engagerait de fait la responsabilité de l'hôpital.
- 32 L'ARM ayant pris l'appel sans le transférer à un médecin régulateur a été mise en cause. Le refus inadapté et irrespectueux de cette opératrice de prendre en charge initialement son appel a entraîné un retard de soins. Le fait que Naomi appartenait à une minorité visible (et audible) n'a peut-être pas joué en sa faveur, mais ce point est bien sûr invérifiable. Ce cas est symptomatique au sens où d'autres situations ayant abouti à un procès ont impliqué un ou plusieurs médecins, responsable(s) de la décision

prise. Si aucun médecin n'a été consulté ici, la responsabilité du service n'en est pas pour autant moins engagée de manière globale. D'ailleurs, à la suite de la médiatisation de ce cas, la décision d'établir une formation diplômante pour les ARM a été prise par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn. Cet événement tragique a permis d'établir, plus largement, la responsabilité, non pas médicale mais juridique et symbolique des ARM (au sens où ils représentent la parole de l'institution). Ces derniers se définissent d'ailleurs à plusieurs reprises dans nos entretiens comme « *le maillon le plus faible de la chaîne* ».

- 33 Un ARM du SAMU 13, avec qui nous avons eu un entretien téléphonique à la suite de cette affaire, a évoqué la crainte généralisée qui s'est emparée de cette catégorie de personnel, y compris à Marseille, et a renforcé leurs sentiments que leurs rôles et responsabilités réelles dans la régulation des appels n'étaient pas reconnus à leur juste valeur. Cette demande de reconnaissance s'exprimait ainsi :

De l'extérieur on ne voit pas que le plus épuisant, c'est l'accumulation de beaucoup de petites choses désagréables... les insultes... le fait qu'on soit souvent en aveugle, on ne sait pas ce que deviennent les cas que l'on transmet... le stress de devoir rester disponible pour chaque nouvel appel [...]. Si on a des cas graves c'est plus facile, tout le monde est motivé et se mobilise. Mais la plupart du temps c'est pas ça [...]. Notre boulot réel est différent des procédures écrites que l'on doit suivre. Il y a beaucoup d'appels « psys » qu'on ne sait pas vraiment réguler à part transmettre à un [médecin] libéral [...]. Je comprends tout à fait que certains craquent.

- 34 Si la mise en place d'une formation diplômante pour les ARM participe de cette reconnaissance des compétences et responsabilités liées au poste, cela n'est pas suffisant. Le témoignage indique parfaitement que l'activité réelle ne correspond pas à l'activité prescrite. Pour prendre la mesure des difficultés rencontrées, il faut tenir compte de la contrainte que représente la permanence du service et la gestion individuelle de ses capacités d'investissement dans l'activité en regard du temps d'activité demandé (10 à 24 heures pour les médecins et 10 heures pour les ARM) (« *on apprend à en garder sous le pied pour gérer les pics d'activité* »), de l'accumulation de stress lié au temps imparti pour traiter chaque appel (la liste plus ou moins longue des appels en attente affichée sur les tableaux informatiques en face du personnel), de la capacité à mener à bien un interrogatoire, et pour les médecins à négocier le placement d'un requérant dans le bon service en fonction des capacités d'accueil et de prise en charge, notamment lorsque les services se déclarent saturés ou en tension.
- 35 Avant même l'affaire Musenga, les acteurs exprimaient souvent, lors de notre terrain, le besoin et la nécessité que l'ensemble des acteurs discutent en interne. Ils en appelaient à une discussion collective à propos de toutes les difficultés posées par la prise en compte de l'urgence, afin que des améliorations puissent être proposées collectivement. Cela concernait à la fois les ARM, les médecins, mais aussi plus largement tout le service et les autres services concernés par la coordination de la prise en charge.

Organiser la coordination efficace de l'action

- 36 Ce besoin, principalement exprimé par les ARM, fait écho à la problématique de visibilité et de reconnaissance des ARM soulevée par Mélanie Hénault-Tessier et Sophie Dalle-Nazébi (2012). Leur analyse de la gestion de la fiche d'appel dans la régulation de l'urgence soulignait en effet l'invisibilité de ces processus partagés au nom de l'opérationnalité de l'information. Lorsque cette coordination s'avère compliquée (par exemple, l'ARM doit-il transmettre tous les appels au médecin, en cas de doute - les aspects médical et administratif ne pouvant souvent pas être dissociés ?), la situation peut rapidement se tendre, et certains évoquent une « *entrée en guerre entre ARM et médecins* ». La confiance dans la gestion collective en bonne intelligence des appels, demandes et moyens, la considération réciproque ou encore le partage de points de vue au-delà des procédures, sont souvent évoqués comme solutions à ces situations de crispation et ces enjeux de places et de rôles.
- 37 Pour les ARM se pose la question du transfert systématique ou non des appels vers un médecin régulateur. La « guerre » entre médecins et ARM évoquée ci-dessous est parfois le fait d'une impossibilité de prendre en compte toutes les conséquences médicales d'un cas décrit au téléphone. Une ARM arrivée récemment dans le service témoigne :

Je n'oublierai jamais le premier appel de ma carrière. Il s'agissait d'une jeune femme qui avait oublié son tampon lors d'un rapport, et elle n'arrivait pas à le retirer. Je me suis dit, elle appelle le SAMU pour ça ! Alors j'ai compris ce qu'était le SAMU ! Je lui ai dit d'aller aux urgences. Mais comme c'est déjà un conseil médical, j'ai également transmis l'appel au médecin régulateur. Je me suis fait passer un savon par lui, parce que je l'avais mobilisé pour ça. J'ai compris alors que les relations n'allaient pas être simples.

- 38 Ce témoignage montre que la répartition des responsabilités n'est pas si évidente à établir en situation. Il illustre le poids de la responsabilité non reconnue qui pèse sur les ARM : décider de ne pas donner suite à un appel peut s'avérer dramatique. Ce poids se manifeste également à travers la contrainte de l'obligation médico-légale d'enregistrement des échanges. Tous les échanges téléphoniques sont enregistrés pour les besoins d'un éventuel recours en cas de dépôt de plainte, poussant chacun à l'autocontrôle. Un ARM expérimenté (quinze ans de service) explique ainsi :

En fonction des médecins présents dans la salle, si je sais que le médecin à qui je vais transmettre le dossier est plutôt rigide, je vais m'efforcer de tout noter, voire de charger le dossier pour être sûr qu'on ne puisse pas me reprocher de ne pas avoir pris tous les éléments en compte. Et à l'inverse, face à un autre médecin, je choisirai plutôt de me déplacer et aller lui parler directement.

- 39 Et inversement, un médecin peut réévaluer un dossier auprès de l'appelant lorsqu'il considère que l'ARM ayant traité l'appel est « rigide » ou trop « rebelle ». Ce que chacun note et dit dépend donc de sa manière personnelle de se confronter à son rôle et à sa mission en tant que professionnel d'une institution de santé publique, et de la relation qu'il entretient avec ses collègues dans un rapport hiérarchique donné. Une vision

uniquement fonctionnelle et linéaire de la « transmission » d'information des ARM vers les médecins régulateurs est donc foncièrement réductrice. Nous allons à présent étudier plus en détail cette prise en compte coordonnée de l'appel d'urgence à travers un de ses aspects cruciaux : la qualification du degré d'urgence.

Le processus de qualification de l'urgence

- 40 La catégorisation d'urgence médicale relève de la prise en compte dans l'instant d'une situation nouvelle. La temporalité imposée induit un mode de gestion de l'événement où il s'agit de faire correspondre à une catégorie prévue à l'avance la description singulière qu'en fait l'appelant, « le requérant », c'est-à-dire la personne concernée, ou son entourage, « l'impliqué ». Le dispositif informatique de saisie guide alors et encadre la décision humaine dans une perspective de contrainte de l'action. Mais pour tous les acteurs de la régulation, il s'agit aussi et surtout de répondre à la mission du service. Comme en témoigne un PARM (dix ans d'activité) :

Pour nous, ce qui relève du médical et du non médical se chevauche en permanence. Nous sommes censés renvoyer la décision médicale au médecin, mais nous sommes en discussion tout le temps, et justement parfois c'est le temps qui manque. J'ai le sentiment que nous absorbons souvent des responsabilités alors que ce n'est pas notre travail, mais on gère les situations en direct, et c'est mieux quand le médecin nous suit, mais ce n'est pas toujours le cas.

- 41 La mission de service induit une attente de l'institution vis-à-vis du personnel : disponibilité, écoute, attention, conformité et reproductibilité des situations. Cependant, de tels critères ne sont pas toujours simples à mettre en œuvre en situation de communication pour qualifier et évaluer le degré d'urgence en fonction du récit qu'en font les appelants.
- 42 Cette évaluation intervient à plusieurs étapes de la chaîne de qualification de l'urgence. En premier lieu, l'ARM doit parvenir à différencier dans son écoute du requérant ce qui relève de l'urgence vitale, de la détresse sociale ou psychique, de la traumatologie ou du simple conseil médical délivré par un médecin généraliste. La codification du cas est de la responsabilité du médecin, mais le processus de catégorisation (ou de qualification) débute bien avant cette saisie informatique par le médecin. Comme l'indique un ARM (cinq ans d'activité) :

Nous vivons des situations pouvant devenir tendues à tout moment, car il y a toujours des décisions à prendre sans délai et parfois on aimerait pouvoir revenir en arrière sur un appel. [...] On se sent responsable tout le temps lors des réponses aux appels. Ce qui nous a été délégué est finalement ce qui fonde l'urgence.

- 43 Bien que les procédures de régulation du SAMU soient encadrées par un ensemble de règles législatives et de recommandations de bonnes pratiques contrôlées par l'Agence régionale de santé (ARS), l'action collective relève également d'une coordination en situation de l'action structurée par des relations hiérarchiques. Les contraintes de saisie informatique viennent figer une forme de coopération, de partage de l'action et

de décisions. Les agents doivent alors parfois mettre en place des stratégies de contournement : les nombreux déplacements (et contacts physiques car on se touche beaucoup en salle de régulation pour capter l'attention de l'autre, car le regard est rivé sur les écrans) des agents dans la salle rendent compte de ces ajustements. C'est ainsi que le permanencier vient prévenir le médecin d'un contexte social ou psychologique singulier :

[...]elle appelle tous les soirs et elle dit qu'elle a une douleur thoracique, mais à chaque fois qu'on déclenche un SMUR, c'est un non-med. [...] lui, il est speed car il a déjà appelé dans l'après-midi pour sa compagne qui a mal à la tête, mais l'ambulance qui a été déclenchée n'est pas encore arrivée. Je te le passe pour le calmer et j'appelle pour voir où en est l'ambulance privée. Au pire, on enverra un VSAV.

- 44 Certaines contraintes structurelles sont invisibilisées dans le dispositif informatique d'inscription de l'urgence. Il s'agit par exemple de la limitation des « ressources effectrices », c'est-à-dire des véhicules et de leur équipe, liée aux contraintes économiques avec la rationalisation des dépenses en santé, complexifiée par la nécessité de maintenir une réserve de moyens en cas de multiplication des demandes, voire d'une crise sanitaire.
- 45 Les différents témoignages indiquent une attention partagée pour maintenir les ressources disponibles du service et éviter une dégradation de la capacité du service à répondre à une urgence par définition imprévue ainsi que l'extension de la situation de crise. Une coordination avec les services des pompiers et les ambulances du secteur libéral est indispensable.

Urgence réelle ou ressentie ?

- 46 Cette double contrainte entre intérêts individuels et collectif peut être aussi renforcée par des injonctions individuelles disproportionnées de la part des requérants – souvent liées à l'angoisse d'une situation de crise et à la méconnaissance ou à la confusion d'usage d'un service public de réponse aux urgences vitales. Il y a une différence pour le professionnel entre ce qu'il appelle une urgence réelle et l'urgence ressentie par le requérant, qui peut renvoyer à une situation stressante et anxiogène, éventuellement renforcée par un éloignement géographique, un environnement social particulier, une impossibilité de se déplacer, des antécédents au sein de la famille, une difficulté à s'exprimer en français, une situation vécue la nuit, etc. Selon le personnel du SAMU, certains appels nécessitent un travail pédagogique, voire de l'humour entre collègues ou avec les appelants : « *Oui bien sûr monsieur, nous allons vous envoyer un SMUR pour votre blessure au doigt comme vous le souhaitez* », « *On nous voit parfois comme des livreurs de pizza* ».
- 47 Cet écart entre l'urgence réelle et l'urgence ressentie en révèle un autre, celui entre la mission attendue du SAMU et la mission effective, entre l'activité prescrite et l'activité réelle ; un écart qui tend à se creuser avec l'augmentation du nombre d'appels, la mission de service public et les contraintes légales et économiques qui pèsent sur l'hôpital public. Certains personnels des services d'accueil et d'urgence hospitaliers publiques ont l'impression d'être missionnés pour « *faire de la quantité et pas de la*

qualité », ce qui leur donne le sentiment de ne pas remplir la mission centrale des urgences. En pratique, il s'agit de contrôler-réguler le désordre : faire entrer la description singulière d'une situation singulière dans une forme préétablie de saisie numérique pour contrôler l'action (auto et hétéro-contrôle). La notion de « valeur mobilisatrice » proposée par Nicolas Dodier et Agnès Camus (1997) traduit une telle attention différenciée des soignants selon les patients, qui implique un pouvoir de sélection des soignants, mais également des ajustements entre la demande et ce qui peut mobiliser un intérêt au sein des différents services (économiquement, en termes de cas clinique, etc.) (Dodier & Camus, 1997 : 113). Ainsi le patient est également un « client » que le personnel va catégoriser (il est plus ou moins intéressant et facile à gérer), et dont le SAMU a la charge de placer (de « vendre » le dossier) dans les services hospitaliers (Peneff, 1992 : 87).

Une mission compliquée par l'augmentation des recours

- 48 Le nombre d'appels SAMU a augmenté de manière considérable au cours des trente dernières années. De moins de quatre millions par an en 1988, il est passé à 10,7 millions en 1997, selon une étude du ministère de la Santé, et atteignait 24,6 millions en 2016. Cette augmentation régulière du nombre d'appels traités indique, entre autres, une tendance au recours systématique au 15 ou au 17 pour toutes formes de détresses ou conseil médical sans passer par un médecin libéral, ou toute demande de transport pour se rendre à l'hôpital. Cette croissance (+5 % par an) porte essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation selon le rapport 2019 de la Cour des comptes¹⁰). Le personnel considère que l'on assiste à un glissement vers des demandes qui ne concernent pas des urgences vitales à proprement parler. Selon le même rapport de la Cour des comptes, les appels les plus nombreux concernent des patients stables mais nécessitant des examens complémentaires ou un recours à une structure adaptée à des actes de petite chirurgie (60 à 70 %), tandis que les cas médicalement instables (7 %) ou de détresse vitale (2 à 3 % des cas) sont minoritaires. Ce ratio inversé quant à la mission première du SAMU donne une impression de décalage entre leur cœur de mission (la gestion de crise aiguë) et leur activité principale (la gestion de crise latente). Enfin, le rapport estime que 10 à 20 % des demandes auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale. À Marseille, le rapport d'activité du SAMU pour 2018 indique une augmentation annuelle du nombre d'appels entrants d'environ 50 % depuis 2015 (de 570 000 en 2015 à 870 000 appels entrants en 2018) pour un effectif constant. Le début de l'année 2018 (pandémie grippale) et la période estivale ont été tendus à cet égard en raison de l'augmentation d'activité téléphonique en lien avec la réduction de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. Mais cette situation indique également une mise sous tension générale du système de santé public et privé qui n'est plus en mesure d'assurer une prise en charge complète et dans des délais raisonnables des demandes de soins. Cette crise de l'hôpital, devenue chronique et largement dénoncée par les personnels et les chercheurs (Juven *et al.*, 2019), amène les centres CRRA du SAMU à devoir répondre de manière accrue à ces demandes de soin, dans des conditions inadaptées aux missions du service.
- 49 Cette augmentation de l'activité se heurte également à la diminution des hospitalisations et de leur durée, la pression sur les budgets publics et la mise en compétition des territoires. La taxe à l'activité (T2A) instaurée en 2018 implique de la part de tout établissement de santé une capacité à rendre compte de manière

comptable, mois par mois, de son activité détaillée au moyen d'un logiciel dédié. Chaque acte médical fait l'objet d'une cotation en fonction d'une nomenclature. Cette logique gestionnaire a des répercussions sur la manière dont le CRRRA gère les placements des patients dans les différents services. Cela donne lieu à de nombreuses négociations quotidiennes avec les cliniques privées qui cherchent à n'accueillir que les patients relevant de pathologies dont la prise en charge est plus intéressante financièrement. La notion de patients "rentables" et "peu coûteux" désigne ainsi ceux qui nécessitent des opérations standardisées, non complexes d'un point de vue médical, mais intéressantes du point de vue de la nomenclature T2A. L'hôpital public se retrouve ainsi en charge de tous les cas complexes et singuliers (ce qui est la mission d'un CHU), mais également des cas qui demandent une prise en charge complexe mais ne permettent pas de valoriser des actes médicaux fortement cotés d'un point de vue comptable.

- 50 Pourtant, le 15 apparaît souvent pour nombre de patients comme le dernier recours à une médecine ouverte à tous, tout le temps : des détresses psychiatriques au parcours de fin de vie, tous peuvent faire appel à ce qui apparaît comme l'un des derniers services publics de santé réellement publics au sens où les patients ne sont pas filtrés socio-culturellement comme cela peut être le cas en médecine générale, ou plus encore en médecine spécialisée. À cela s'ajoute l'augmentation du nombre d'appel de professionnels de la petite enfance, notamment pour se couvrir face au risque juridique :

Je ne compte plus le nombre d'employés de crèche qui appellent pour savoir si elle peut donner du doliprane à un enfant, alors qu'elle le ferait pour son propre enfant. (médecin libéral)

- 51 L'engorgement du service qui semble inévitable, combiné à une attention constante et soutenue pour le maintien des moyens en cas de coup dur, de pic d'appels ou de cas graves et lourds à gérer, contribuent à la difficulté à assurer une constance dans la qualité de la prise d'appel.

La prise de décision à distance de la victime

- 52 Après le « filtre » des ARM, les appels sont transmis au médecin régulateur qui doit parvenir, au travers de l'expression des craintes, de l'émotion et parfois de la confusion, à saisir un « réel » et le transformer en texte à valeur prescriptive. Pour prendre une bonne décision, en se fondant sur les faits, le régulateur devient le maïeuticien de la mise en récit d'une situation troublante où le requérant perd pied. En résulte une coconstruction : le requérant raconte, le médecin imagine. De cet imaginaire rationalisé par les situations précédemment vécues et la nécessité d'inscrire ce récit dans une catégorie, le médecin projette la situation de crise évoquée par l'appelant. Tout l'apprentissage de la régulation consiste à travailler sans les dimensions visuelle et tactile. Les internes, dont le passage au SAMU constitue une étape de formation, apprennent non plus à toucher et à regarder, mais à écouter, à imaginer et à permettre la mise en récit d'une situation plus que d'une maladie.

Votre mère, elle est debout ou couchée sur le côté ? Elle vous regarde ou elle ferme les yeux ? Dites-moi comment elle respire ? (Médecin urgentiste)

- 53 Une partie de la dimension invisible de la salle du CRRA est ainsi celle de l'espace imaginé par ses équipes : permanenciers et médecins régulateurs. Ces projections permettent d'une part de catégoriser l'urgence, mais aussi un *empowerment* immédiat en attendant l'arrivée des moyens déclenchés.

Médecin régulateur (MR) : Votre maman, elle est dans un petit coma, il va falloir la mettre en PLS pour qu'elle puisse bien respirer.

Vous savez ce que c'est une PLS ?

Requérant (R) : ... non...

MR : Alors, vous allez l'allonger sur le côté droit tout doucement, en pliant son coude droit sous sa tête. Ça va ? Vous comprenez ?

R : oui...

MR : vous pouvez le faire ?

R : ... Cela va être trop dur

MR : Si si vous pouvez le faire... Posez le téléphone, j'attends... (attente silencieuse, bruits au téléphone qui vont s'arrêter)... Ok, maintenant, vous allez mettre le genou gauche plié du côté droit pour la faire tenir. Allez-y, j'attends...

- 54 Les opérateurs du CRRA doivent être là sans y être. Ce passage entre le récit, sa compréhension et le déclenchement d'actions coordonnées peut alors produire des sensations de déréalisation, d'autant que le dispositif informatique pourrait faire penser à un immense jeu vidéo de simulation... s'il n'y avait pas les voix des appelants, souvent désespérés, à l'autre bout de la ligne. Ainsi, un témoignage de médecin régulateur permet de saisir cette tension permanente et la nécessité de faire face à la crise toujours latente :

Clic, double clic, saisie d'un appel, tri et effacement des dossiers déjà traités, Allez, on va vite, il y a cinq appels en attente dans ma ligne...

Qui sait ce qu'il y a qui attend ?

Cadence infernale des appels de détresse, succession des situations différentes, singulières, clic, double clic, déplacement d'un appel sur l'autre écran, déclenchement du SMUR, déclenchement d'un VSAV, rappel des pompiers pour nous donner le bilan... Appliqués, les pompiers ! (mais pourquoi ils me disent tout cela ?) pressé par le temps, et les minutes qui défilent...

- 55 Un ARM (quinze ans d'activité) met en avant la nécessité d'avoir une bonne expérience de vie pour pouvoir faire ce métier (il était pompier volontaire préalablement), « car sinon on a l'impression de se retrouver dans une salle de jeux virtuels et on a l'impression de gérer des situations qui n'ont pas de réalité ». Parfois, le fait de ne pas pouvoir imaginer la réalité décrite de manière trop approximative par les appelants oblige les régulateurs à envoyer un véhicule juste « pour voir ». La mobilisation de cette ressource précieuse relève d'une décision qui se base non pas sur le caractère certain de l'intervention nécessaire d'un effecteur, mais sur le doute quant à l'interprétation de la situation

décrite, suivant en cela cet adage médical : « le doute doit bénéficier en premier lieu au patient. »

- 56 Enfin, la nécessité pour les ARM et les médecins régulateurs de « faire page blanche » à chaque nouvel appel implique de renouveler son écoute en permanence, indépendamment du cas qui vient d'être traité et tout en s'appuyant sur son expérience. Or, comme nous l'avons vu, l'imaginaire s'invite nécessairement dans la partie puisque les situations ne sont pas vécues ensemble mais racontées par les requérants au téléphone. Il s'agit donc de faire un travail de clarification dans ces situations de communication, en plus du travail de tri (entre les cas de détresse vitale, de risque sérieux, ou simplement de conseil médical) et des contraintes de la saisie informatique du cas, avec en ligne de mire la préservation de la crédibilité des régulateurs vis-à-vis des partenaires à qui sont envoyés des patients.

Conclusion

- 57 Tous ces échanges, par téléphones interposés ou non, auxquels nous avons pu assister lors de l'enquête, relèvent de la production de *composites*, et non uniquement de procédures normées ou de données à saisir dans un cadre normé. En clair, ces situations de communication constituent les réalités sociales observables. Ainsi, la construction de l'interprétation pour le médecin et l'ARM s'opère à partir des interactions qui relèvent d'un sens commun partagé de la situation en train de se construire, et qu'ils doivent parvenir à saisir de manière coordonnée avec le requérant afin d'engager l'action, tout en les articulant avec des procédures normées.
- 58 Nous avons voulu ici rendre compte de situations de communication qui illustrent et interrogent toute la complexité de la prise en charge des crises énoncées au SAMU, qui sont autant d'appels à l'aide. Pour ce faire, nous ne nous sommes pas limités au cadre prescrit d'organisation de la réponse à la demande formulée, mais nous avons considéré l'activité réelle et la part invisible du travail de régulation. Cette dernière transparait des nombreuses communications qui débordent en quelque sorte ce cadre de gestion de l'urgence et rend compte de tous les aspects entremêlés de la crise (crise de l'utilisateur, crise du système hospitalier, crise du personnel).
- 59 Comme nous en avons formulé l'hypothèse au début de cet article, la communication, identifiée par les acteurs comme le « problème » du service, en constitue selon nous sa principale ressource. Voir un tel service hospitalier d'un point de vue gestionnaire, en se limitant aux moyens affectés pour une quantité d'actes fournis en fonction d'une demande, c'est manquer complètement la dimension centrale de l'activité qui consiste à ajuster en permanence le sens produit en situation aux missions du service. À ce titre, ce sont bien les moyens humains qui restent indispensables car ils permettent de mettre en œuvre un ensemble de communications qui sont autant de ressources pour rendre intelligibles les situations de crises dont témoignent les appels, avant même de pouvoir y répondre. Les revendications des personnels de santé n'ont d'ailleurs cessé de mettre en avant le besoin de moyens humains comme une priorité absolue dans la situation de crise chronique que vit l'hôpital.
- 60 Nous rejoignons ainsi Mayère (2014) qui montre que si les logiques gestionnaires postulent l'existence d'une compatibilité entre la rationalisation des activités et la qualité et la sécurité des soins, cette rationalisation trouve toutes ses limites lorsque

sont en cause des activités qui concernent des patients ou personnes vulnérables ou rendues vulnérables en raison de la situation de crise (réelle ou ressentie) qu'ils traversent.

BIBLIOGRAPHIE

DODIER N. et CAMUS A., 1997. « L'hospitalité de l'hôpital : l'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, 65 : 109-119.

GREATBATCH D., HANLON G., GOODE J., O'CATHAIN A., STRANGLEMAN T. et LUFF D., 2005. « Telephone triage, expert systems and clinical expertise », *Sociology of Health & Illness*, 27, 6 : 802-830.

GROSJEAN M. et LACOSTE M., 1999. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris, PUF.

HÉNAULT-TESSIER M. et DALLE-NAZÉBI S., 2012. « Traiter les appels d'urgence. Fabriquer une information pour l'action », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6, 1 : 89-114.

JACQUEMOT A., 2007. « La présomption d'urgence chez les professionnels de la santé : l'exemple de *prontos-socorros* brésiliens », *ethnographiques.org*, 14 [en ligne], <https://www.ethnographiques.org/2007/Giglio-Jacquemot> (page consultée le 1/03/2021).

JUVEN P. A., VINCENT F. et PIERRU F., 2019. *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Raisons d'agir.

KAUFMANN J.-C., 2011. *L'Entretien compréhensif*. Paris, Armand Colin.

LE MAREC J., 2002. « Situations de communication dans la pratique de recherche : du terrain aux composites », *Études de communication*, 25 : 15-40.

MATUSZAK C., LAMY A., THIAULT F., KERVELLA A., KERGOSIEN E., JACQUEMIN B., GRABAR N. et VALETTE P., 2016. « Impact de l'organisation sur la définition d'une profession au sein du SAMU : le cas des assistants de régulation médicale », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 9 [en ligne], <http://journals.openedition.org/rfsic/2235> (page consultée le 20/12/2019).

MAYÈRE A., 2014. « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 4 [en ligne], <http://journals.openedition.org.lama.univ-amu.fr/rfsic/889> (page consultée le 20/12/2019).

PENEFF J., 1992. *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*. Paris, Métailié.

NOTES

1. Cet article a été écrit avant la pandémie de la Covid-19 et ne tient pas compte *a fortiori* de la crise subie par ces services de santé.

2. « Guide de la communication de crise », Conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux universitaires, 2009. À noter que les « risques terroristes » ne sont pas mentionnés dans ce rapport de 2009.
3. www.cnrtl.fr/definition/academie8/crise
4. Association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé : <https://amades.hypotheses.org>
5. Par la suite, pour faciliter la lecture nous noterons, sauf si le propos l'impose, « le » ou « les » chercheur(s) sans préciser lequel d'entre nous est concerné. De même, certains termes placés entre guillemets sont ceux (émiqes) des acteurs.
6. La blouse blanche peut représenter le corps soignant à l'hôpital, or les ARM n'ont pas de formation médicale et ne sont pas amenés à côtoyer physiquement du public. Ici, la blouse leur sert d'uniforme et leur permet de mettre une distance, que l'on peut qualifier de symbolique et affective, selon un témoignage, entre ce qu'ils vivent au centre de régulation et leur vie privée.
7. PARM/ARM, médecins régulateurs hospitaliers, SOS médecins, médecins libéraux, sages-femmes, cadres de santé, superviseurs de salle, secrétaires médicales, direction général de l'Assistance publique hôpitaux de Marseille, autres hôpitaux, sécurité civile, transporteurs sanitaires privés, Agence régionale de santé, préfecture, mairie, médecins et officiers de régulation du Service départemental d'incendie et de secours – sapeurs-pompiers 13 et bataillon des marins-pompiers de Marseille. Le service était constitué d'environ cent cinquante personnes au moment de notre enquête.
8. Depuis le 1^{er} septembre 2019, une formation diplômante obligatoire a été mise en place par le ministère de la Santé pour les ARM.
9. <https://www.youtube.com/watch?v=J-j81CqE0l4>
10. Rapport public annuel de la Cour des comptes www.ccomptes.fr, février 2019, p. 213.

RÉSUMÉS

Au-delà de la crise actuelle des services d'urgence des hôpitaux en France, nous interrogeons le fonctionnement au quotidien d'un centre de réception et de régulation des appels du SAMU de Marseille. Notre écriture est à deux voix : issue d'un terrain ethnographique, et en dialogue avec une médecin urgentiste. Nous focalisons notre propos sur les enjeux autour de la qualification (par qui, quand et comment ?) du degré d'urgence ou de la situation de crise à évaluer dans un temps contraint. Nous mettons en perspective ces enjeux à partir des formes de leur prise en compte : dans le cadre de quels dispositifs, avec quelle écoute et selon quelle organisation collective ? Nous donnons à voir une partie de l'activité invisible qui participe pourtant de cette qualification et de cette catégorisation de l'urgence. En outre, nous examinons les modalités singulières qui conduisent à une décision médicale soumise à une mise en récit par le requérant en crise, premier modèle d'une télémedecine en devenir. Les situations présentées ici contribuent à rendre compte plus généralement de la situation de crise que vit le secteur de la santé.

Beyond the current crisis in France's hospital emergency services, we question the daily operation of a Call Reception and Regulation Center within the SAMU in Marseille, France. With observations and data from ethnographic fieldwork along with a dialogue with an emergency medical doctor, our writing here is in two voices. We focus on the issues around qualification : by

whom, when and how, is the degree of urgency or crisis situations to be assessed, in a limited time. We put these issues into the perspective according to how they are taken into account : by what devices, with what listening, according to what collective organization ? We highlight a part of the invisible activity that, nevertheless, contributes to the qualification and categorization of the emergency. In addition, we examine the unique modalities, which lead to a medical decision subject to a narrative by the applicant in crisis, first model of an emerging telemedicine. Situations presented here help give a more general account of the crisis situation in the health sector.

communication, emergency qualification, telemedicine, medical regulation

INDEX

Mots-clés : communication, qualification de l'urgence, télémédecine, régulation médicale

AUTEURS

PHILIPPE HERT

Aix-Marseille Université, Centre Norbert Elias (UMR 8562 EHESS/CNRS/AMU/UAPV),
philippe.hert@univ-amu.fr

DOMINIQUE GRASSINEAU

Service d'accueil d'urgence - Centre hospitalier de Mayotte ; Aix-Marseille Université UMR 7268
ADES (Anthropologie bio-culturelle, droit, éthique, santé)



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences

Experiences of "crisis" at the hospital: Securing and humanizing the emergency room

Déborah Ridel



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9558>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9558](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9558)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Déborah Ridel, « Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 21 mai 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9558> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9558>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences

Experiences of "crisis" at the hospital: Securing and humanizing the emergency room

Déborah Ridel

Introduction

- 1 « Urgences : une crise inédite par son ampleur et sa durée » titrait *Le Monde* du 29 août 2019 en référence au mouvement de grève national qui a mobilisé plus de la moitié des services d'urgence publics sur tout le territoire français pendant plus d'un an. Interface entre l'hôpital et la société, les urgences symbolisent un lieu où se cristallisent de nombreuses tensions et semblent devenir « le miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » (Rapport du Sénat, 2017). Crise de l'hôpital d'une part, puisque les urgences en sont la métonymie et reflètent les contradictions de cette institution prise entre des injonctions de tri et d'assistance ; et crise de la société d'autre part, puisque les urgences – services ouverts à tous – en sont un microcosme. En effet, les urgences sont généralement le service le plus visible et accessible de l'hôpital. Elles en sont même parfois la porte d'entrée et constituent le principal pourvoyeur de patients. Une grande diversité de population s'y croise et fait de ce service un laboratoire d'étude de la société. Mais si la « crise » des urgences laisse deviner un dysfonctionnement du système hospitalier dans son ensemble, on peut, à l'instar des auteurs de *La Casse du siècle* (2019), s'interroger sur ce qui se cache derrière le vocable de « crise » :

Une crise permanente, sans fin, n'est pas une crise. Constaté la permanence de la crise hospitalière nous renvoie au fait que l'hôpital, parce qu'il est une institution au cœur du pacte républicain et de

l'État social, est un révélateur, au sens photographique du terme, des tensions et des contradictions sociales. (Juven *et al.*, 2019 : 157)

- 2 Comme le rappellent les membres du comité de rédaction de la revue *Critique internationale*, « La crise n'existe pas en soi, elle est mise en mots et en actes à travers l'implication de multiples acteurs » (*Critique internationale*, 2019 : 5). Pour le Collectif Inter-Urgences qui a coordonné cette grève, le but était d'alerter les pouvoirs publics et la population française sur le manque d'effectifs et de lits d'hospitalisation qui risquait de mettre en danger les patients ayant recours aux urgences. Le décès inexplicable d'une patiente dans la salle d'attente des urgences de l'hôpital Lariboisière à Paris en décembre 2018 à la suite d'une attente prolongée¹ avait d'ailleurs conduit son personnel à se mobiliser. Pourtant, ce n'est qu'à partir de mars 2019 que le mouvement a véritablement pris de l'ampleur. Le 18 mars 2019, le *Quotidien du médecin* titrait : « Face aux agressions à répétition les urgences de Saint-Antoine (AP-HP) en grève illimitée ». La « crise » des urgences est alors imputée à l'incivilité des patients, comme le suggère Agnès Buzyn, ministre de la Santé au moment des événements :

C'est une grève qui a lieu dans quelques hôpitaux qui est en fait liée à des problèmes de sécurité. C'est secondaire à une série d'agressions. Donc ça pose des problèmes particuliers, je ne nie pas les conditions de travail, mais ça n'est pas ce qui a déclenché la grève. [...] Trouver les bons leviers pour protéger à la fois les professionnels hospitaliers, mais également les professionnels en ville qui souffrent aussi énormément d'insécurité et d'incivilités. [...] Beaucoup de patients sont parfois agressifs, ne supportent pas d'attendre. Or l'attente elle est liée évidemment à la gravité des patients qui précèdent, elle n'est pas liée à la volonté d'embêter les usagers.²

- 3 Dans le cas du décès de la patiente de Lariboisière comme dans celui de l'agression d'un soignant à Saint-Antoine, la question de l'attente semble être au cœur du problème. Symptôme de l'engorgement des urgences, elle est considérée par les soignants comme la cause principale de l'énerverment des patients et de leurs accompagnants, allant jusqu'à entraîner des actes de violence : insultes, menaces, agressions.
- 4 Pourtant, l'engorgement des urgences et la violence des patients ne sont pas des phénomènes nouveaux. Le sociologue Frédéric Pierru explique ainsi que les urgences sont « structurellement en crise depuis qu'elles ont été créées. Elles ont joué le rôle de tampon des défaillances de l'environnement de l'hôpital³ ». Les services d'urgence ont-ils vraiment toujours été en crise ? Que serait une crise qui n'en finit plus ? Un détour socio-historique sur leur création permet d'interroger la pertinence de l'usage de la notion de crise pour parler de ces deux phénomènes symptomatiques des urgences. Pour ce faire, nous analysons dans un premier temps la manière dont l'engorgement des urgences et la violence ont progressivement été constitués en problèmes publics. Nous verrons ainsi que la prise en charge de ces problèmes au niveau national et régional a entraîné la mise en place de dispositifs institutionnels visant à sécuriser et humaniser les services d'urgence. L'hôpital enquêté n'étant pas étranger à ces problématiques, nous illustrerons dans un second temps les conséquences de ces dispositifs avec l'exemple de la restructuration de l'accueil d'un service d'urgences

dans le nord de la France et ses effets sur l'engorgement et les formes de violence subies par les soignants.

Ethnographie longitudinale d'un service d'urgence

- 5 Cet article s'appuie sur une enquête ethnographique menée lors d'un travail doctoral réalisé dans le service d'urgence d'un centre hospitalier public et non universitaire situé dans une ville de taille moyenne (environ 40 000 habitants) dans le nord de la France. Cette enquête s'est déroulée durant un moment de transition consécutif à une « crise » caractérisée par une grève du personnel des urgences en février 2016. À mon arrivée à l'hôpital, la direction m'a présentée au personnel des urgences comme doctorante en sociologie travaillant sur la violence. Initialement, la formulation est restée très vague afin que je puisse saisir le sens que les acteurs concernés donnent à ce mot et comprendre les représentations qu'ils en ont. Au fur et à mesure de la recherche, la question s'est recentrée autour des dispositifs institutionnels mis en place pour lutter contre la violence des patients et les diverses stratégies individuelles et collectives que les soignants mettent en œuvre pour s'en accommoder. Cette enquête a été menée en trois phases. La première consistait à faire de l'observation directe pendant quatre mois (juin-septembre 2016). Il s'agissait d'enquêter à la fois sur les divers secteurs des urgences en suivant le parcours d'un patient – accueil, zones d'attente, zones de soins (« externes » pour la petite traumatologie, « boxées » pour les patients nécessitant une observation plus longue et « déchochage » pour les urgences dites vitales) –, mais aussi les espaces de *back office* comme la salle de pause, les bureaux des médecins et les postes de contrôle (PC) infirmiers. Je suivais ainsi sur toute la durée de leur poste les soignants volontaires (médecins, infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier, cadre de santé, secrétaires). J'ai également observé alternativement les postes de jour (9 h-17 h), du matin (7 h-14 h), de l'après-midi (14 h-21 h) et de nuit (21 h-7 h) ainsi que divers moments de la semaine et du week-end. La deuxième phase combinait une série d'une quinzaine d'entretiens avec le personnel des urgences et l'entrée sur un deuxième terrain dans une ville voisine entre septembre 2017 et janvier 2018. Enfin, j'ai réalisé une observation complémentaire dans le premier hôpital enquêté durant quatre journées, en août 2020, lors de laquelle j'ai pu constater une transformation radicale du service des urgences tant au niveau de l'organisation spatiale (le service avait connu une restructuration architecturale de l'accueil et des espaces d'attente) que du point de vue de l'organisation du travail (augmentation des effectifs et création de nouveaux postes).

Engorgement et violences : symptômes de crise des urgences ?

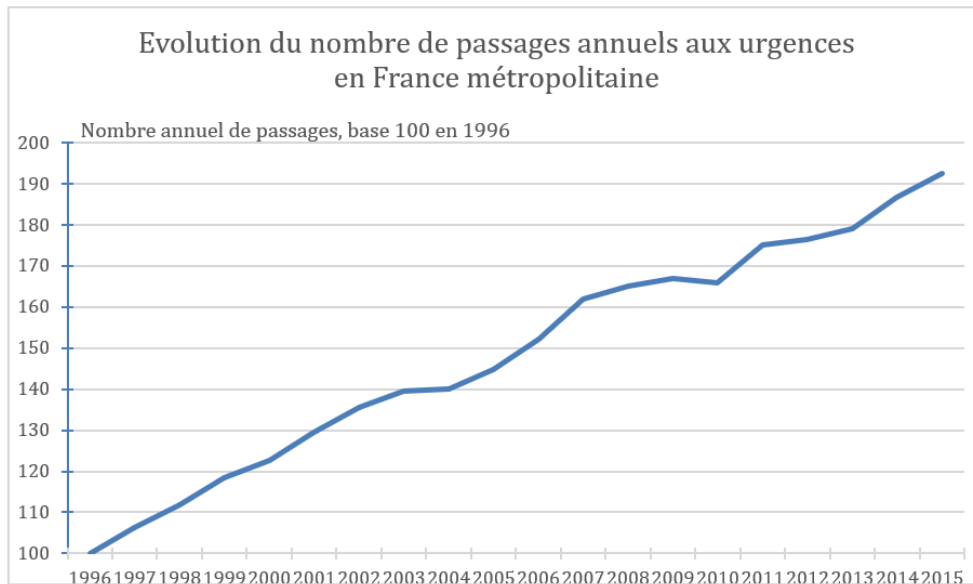
- 6 Si la grève nationale évoquée en introduction a été présentée dans les médias comme étant une crise des urgences, il semble que cette grève en soit plutôt la conséquence. En effet, la crise dans son sens vernaculaire désignerait une « conjoncture vécue de manière critique » (Velasco e Cruz, 2018 : 152), qui tel un événement marquant s'oppose au cours "normal" des choses (Benguigui, 2000). Cependant, il convient de prendre en compte *la consistance des crises* (Gaïti & Siméant-Germanos, 2018) et de les envisager « à la fois en tant que mobilisations et en tant que transformations d'état [...]

des systèmes sociaux » (Dobry, 2009 : 31). En d'autres termes, Michel Dobry explique qu'une crise peut s'inscrire dans une forme de continuité. Sara Angeli Aguiton, Lydie Cabane et Lise Cornilleau vont plus loin en expliquant que « la crise a [...] souvent une face visible, légitime, proprement problématisée (à laquelle on cherche des "causes" et pour laquelle on construit des dispositifs visant à prévenir ses nouveaux sursauts) et des faces invisibles, activement ignorées » (Aguiton et al., 2019 : 19). Dans la crise des urgences, la face "visible" est celle décrite dans le discours politico-médiatique qui renvoie aux incivilités et à la montée de l'individualisme, tandis que la face "cachée" dénonce le manque de moyens et d'organisation du système de santé. C'est à cette position "ignorée" et portée par les soignants des urgences que nous allons nous intéresser dans cet article.

- 7 En effet, ces derniers se sont mis en grève pour dénoncer d'importants dysfonctionnements ayant engendré des conditions de travail difficiles (Saint-Antoine) et une prise en charge des patients défaillante (Lariboisière). La violence et l'engorgement des urgences seraient donc les deux facettes d'un même problème qui trouve sa source dans l'évolution récente des services d'urgences. D'une part, les urgences semblent être un service hospitalier intrinsèquement saturé puisque la question de son engorgement s'est posée dès sa création. Cette saturation serait par ailleurs amplifiée par la fermeture de lits d'hospitalisation, puisqu'après avoir trié et stabilisé les patients, les urgences ne parviennent plus à les adresser vers d'autres services hospitaliers (Belorgey, 2011, 2013 ; Ridet, à paraître). D'autre part, comme l'explique Frédéric Pierru, les urgences seraient « dévoyées » puisqu'elles « ont quitté leur vocation initiale de prendre les urgences vraiment urgentes. Elles sont devenues une sorte de sas d'entrée dans le système de santé pour des populations chassées des compartiments de l'offre de soins⁴ ».

Urgences dévoyées, précarisation et violence

- 8 D'abord organisées selon le modèle des « services-portes » ou « lits-portes » accolés à la chirurgie (Danet, 2008 : 41-42), ces structures visaient avant tout à traiter les « urgences vitales », à « sauver des vies » (Peneff, 1992, 2000). En effet, jusque dans les années 1970, aucun service n'était dédié à ce type de prise en charge et les médecins hospitaliers d'autres services se répartissaient le travail pour aller soigner les personnes qui se présentaient inopportunistement aux portes de l'hôpital (Dodier & Camus, 1997). C'est au milieu des années 1970, alors que les accidents de la route augmentent considérablement, qu'apparaissent les premiers services dédiés d'urgence médico-chirurgicaux et de réanimation en France. Depuis, ces services n'ont eu de cesse d'accueillir de plus en plus de patients, comme en atteste le graphique ci-dessous établi à partir des données des statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) traitées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁵. Les services d'urgence connaissent une hausse quasi permanente du nombre de passages depuis un peu plus de vingt ans, ce qui correspond peu ou prou à la mise en place de l'organisation des urgences telle qu'on la connaît aujourd'hui.



Source : DREES, SAE 1996-2016, traitement réalisé par la DREES.

- 9 En effet, ce n'est qu'à partir de 1995 qu'un décret donne naissance aux services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)⁶. Ce décret fait suite aux alertes du rapport Steg (1989) dénonçant une médicalisation insuffisante de ces services⁷. Il fixe alors les critères d'habilitation des hôpitaux pour recevoir des urgences. Ceux-ci doivent bénéficier d'un environnement médico-technique conséquent, d'une équipe médicale dédiée et de locaux fonctionnels⁸. Ainsi, le nombre de médecins affectés aux urgences croît de 80 % au cours des années 1990.
- 10 Mais en l'absence de structure de soins non programmés adaptée, et du fait d'une médecine de ville de plus en plus débordée, la facilité d'accès aux soins dans un service ouvert en permanence a attiré de nombreux patients venant pour des consultations de médecine générale. Pour répondre à l'évolution du système de santé, de plus en plus de maisons médicales de garde sont construites aux abords des services d'urgence afin de les désengorger⁹, mais leurs horaires d'ouverture restreints ainsi que la non-prise en charge du tiers payant les rendent peu attractives (Ridel, 2020). En raison des besoins croissants de soins d'urgences des populations précarisées, des permanences d'accès aux soins de santé (Geeraert, 2017) et des dispositifs précarité (Parizot, 2003) sont également créés au cours des années 1990. Toutefois, ces nouvelles structures ne répondent pas totalement aux besoins de la population et les services d'urgence continuent d'accueillir une grande diversité de cas et de patients. Ainsi, 20 % des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation, 80 % des patients étant renvoyés chez eux après avoir été pris en charge au sein même du service des urgences¹⁰.
- 11 Si ces chiffres témoignent du dévoiement de la fonction même des services d'urgences (terme utilisé aussi bien dans le discours politico-médiatique que dans le discours professionnel), il faut néanmoins les remettre en perspective. En effet, l'attention des pouvoirs publics s'est progressivement focalisée sur la diminution de l'attente aux urgences comme vecteur de désengorgement. Or pour Nicolas Belorgey (2010), cette focalisation sur la question du temps d'attente et de passage aux urgences dans une perspective de rentabilité a eu des effets contre-productifs : plus les patients étaient renvoyés rapidement chez eux, plus ils étaient susceptibles de revenir aux urgences.

- 12 L'ouverture de fait des services d'urgences à une population ne requérant pas de soins vitaux et immédiats n'est pas sans rappeler les transformations qu'ont connues les caisses d'allocations familiales (CAF) dans les années 1990. Initialement créées pour allouer des aides aux familles, elles ont connu une diversification et une précarisation de leurs usagers lors de la mise en place des minima sociaux (Dubois, 2015 : 38). Le décalage entre les fonctions latentes et explicites (Merton, 1997) de ces deux institutions et la diversification de leurs usagers les rendent vulnérables à une forme de violence sociale.
- 13 Partant des faits observés, d'une violence des usagers venant de l'extérieur rendue visible dans leurs interactions avec les agents, Dubois montre que celle-ci est principalement « réactive » (Dubois, 2015 : 37) à une forme de violence symbolique engendrée par des rapports de domination au sein d'une institution qui traite la misère sociale en même temps qu'elle représente l'ordre social qui la génère. Dans le cas qui nous intéresse, l'hôpital public est à la fois le dernier recours des patients précaires et un lieu de reproduction des inégalités sociales de santé. La violence aux urgences se caractérise non seulement par cette « violence intrusive » (Moignard, 2009), mais aussi par une contestation d'un pouvoir arbitraire, d'un ordre social établi (Bourdieu, 2016). Dès lors, on constate un antagonisme entre deux visions différentes de la violence sociale : violence situationnelle provenant des patients d'une part et violence structurelle provenant de l'institution d'autre part, que nous appellerons ici "violence institutionnelle".

Le virage sécuritaire

- 14 Fondée sur le postulat que la violence est uniquement imputable aux patients, la réponse institutionnelle à la crise des urgences consiste d'abord à prendre un virage sécuritaire. Par exemple, en 2018, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris – figure de proue du système hospitalier français – a mis en place un système de visio-surveillance, débloquent pour ce faire un budget de trente millions d'euros dans le cadre d'un plan de lutte contre les violences aux urgences¹¹. D'autres hôpitaux, à l'instar du centre hospitalier Gustave Dron à Tourcoing, choisissent d'initier leurs soignants aux techniques de *self-defense*¹². D'autres enfin instituent le caractère obligatoire des formations pour le personnel d'accueil des urgences afin qu'ils apprennent à réagir et à gérer les situations de violence lorsqu'elles surviennent.
- 15 De manière générale, on peut dater l'émergence d'une préoccupation politico-médiatique au début des années 2000. Les politiques commencent à s'intéresser à cette problématique à la suite d'un événement survenu en 1999, considéré comme un paroxysme de violence : Geneviève, infirmière des urgences au CHU de Saint-Etienne, meurt sous les coups d'un patient¹³. Comme l'explique la sociologue Madeleine Monceau, un seuil est franchi :

L'émotion suscitée, au cours de l'été 1999, par la mort tragique d'une jeune infirmière, tuée par le malade qu'elle accompagnait, montre qu'un seuil a été franchi, semble-t-il, non seulement dans l'ordre de la gravité, mais aussi du point de vue de la préoccupation professionnelle. (Monceau, 2003 : 121)

- 16 Cet événement coïncide avec une « frénésie sécuritaire » (Mucchielli, 2008a) dans laquelle versent les pouvoirs publics dès la fin des années 1980 et plus encore à partir du début des années 2000, en partie inspirée des doctrines anglo-saxonnes de gestion de la délinquance (de Maillard & Goff, 2009 ; Wacquant, 2010). Ce « nouveau sens commun punitif » (Wacquant, 2010 : 140) partagé par les partis politiques de droite comme de gauche en France¹⁴ se traduit notamment par une judiciarisation accrue de la petite délinquance, des incivilités et des désordres quotidiens. Dans ce contexte politique, le meurtre d'une infirmière a été appréhendé non comme un fait divers, mais comme le révélateur d'un problème de sécurité touchant la société dans son ensemble. « Élément déclencheur » et « terreau fertile » : deux éléments, mis en lumière par Patrick Champagne (2000, 2011) dans ses analyses des dynamiques médiatiques, qui sont réunis pour créer un événement digne d'intérêt pour les pouvoirs publics.
- 17 Pourtant, le secteur public fait déjà l'objet de dispositions juridiques particulières. La loi du 13 juillet 1993¹⁵ stipule en effet que « les fonctionnaires hospitaliers bénéficient de protections particulières (en particulier quand ils sont l'objet d'insultes, de menaces, de voies de fait) en tant que personnes chargées d'une mission de service public » (Monceau, 2003 : 123). Toutefois, cela n'a pas empêché la survenue d'autres phénomènes de violence extrême. Depuis la mort de Geneviève, d'autres événements se soldant par la mort de soignants ont eu lieu : à Bron le 10 avril 2002 et au centre hospitalier de Pau le 18 décembre 2004¹⁶. La thématique de la violence s'inscrit progressivement dans les discours des soignants, où elle est considérée comme faisant partie des risques du métier. C'est en tout cas ce dont témoigne l'accueil qui m'est fait par les soignants lorsque je présente mon objet de recherche dans les services enquêtés : « *On a bien besoin d'une étude sur les violences ! Ici, c'est tous les jours !* » ou encore « *La violence aux urgences ? Vous allez être servie !* » (extraits du journal de terrain 2016 et 2017). En atteste également l'intérêt grandissant pour ce sujet dans les travaux de fin d'études des étudiants infirmiers ou dans les thèses de médecine d'urgence.
- 18 Si les phénomènes de violence entraînant la mort d'un soignant sont rares, ils ont tout de même eu pour effet d'alerter les instances décisionnaires des dysfonctionnements dans le système de santé et ont engendré une série de mesures préventives. En 2000, une circulaire¹⁷ voit le jour sur la « prévention et l'accompagnement des situations de violence ». Celle-ci prévoit un budget de 100 millions de francs¹⁸ pour les établissements de santé financés par dotation globale, qui se traduit dans le secteur hospitalier par des formations, une amélioration de l'accueil, la mise en place d'équipement de sécurité et un renforcement des personnels d'accueil et de sécurité. Un rapport est commandé en 2001 à l'Inspection générale des affaires sociales par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ses auteurs évoquent deux « situations à part » : la psychiatrie et les urgences hospitalières, « identifié[e]s comme des lieux de manifestation de la violence ordinaire » (Costargent & Vernerey, 2001 : 43). En 2003, la loi pénale de protection spécifique de certaines professions est étendue aux professionnels de santé. En 2005, une nouvelle circulaire instaure une remontée systématique des faits de violence dans les établissements de santé. C'est la genèse de l'Observatoire national de la violence en santé (ONVS). La même année, un protocole visant à rapprocher l'hôpital et les forces de l'ordre est signé entre les ministères de la Santé et de l'Intérieur. Celui-ci se traduit, entre autres, par la surveillance des services d'urgence par les forces de l'ordre, l'établissement d'un système d'alerte privilégié entre l'hôpital et le commissariat, et

une procédure de dépôt de plainte facilitée pour les personnels hospitaliers victimes de violence.

- 19 Le contexte post-attentats de ces dernières années accentue la tendance dans les établissements de santé par des mesures architecturales et sécuritaires afin de protéger les urgences de toutes intrusions indésirables : fermeture des portes aux familles des patients, plaque de plexiglas installée à la borne d'accueil, recrutement et présence de vigiles à l'entrée, détachement d'un agent du service de sécurité aux urgences, etc. Enfin, depuis 2017, un rapport sur la violence dans les établissements de santé est rendu chaque année au ministère de la Santé¹⁹. Cependant, il ne répond que partiellement au problème car il se fonde uniquement sur une mesure quantitative de la violence.

Dissonances entre mesures quantitatives et qualitatives de la violence

- 20 Le dernier rapport de l'ONVS consacre sept pages aux urgences pour spécifier quelques particularités de ce service. On peut y lire que 83 % des violences reportées sont verbales et 14 % physiques, qu'elles ont principalement lieu en soirée ou la nuit, et sont dues à des personnes faisant preuve d'incivisme ou de « comportements anti-sociaux », des personnes sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants, des personnes atteintes de troubles psychiatriques et neuropsychiatriques ou encore des personnes prenant les urgences comme lieu de règlement de comptes (Terrenoir & Barat, 2019 : 97-103).
- 21 Il faut cependant se méfier des statistiques administratives. C'est en tout cas ce que nous conseille Laurent Mucchielli (2007, 2008a, 2008b, 2011) lorsqu'il parle de *l'invention de la violence*. Qu'il s'agisse des rapports de police ou des chiffres de la justice, il importe de s'interroger sur les conditions de production des données et de vérifier à qui elles sont destinées. Les statistiques proposées par l'ONVS sont donc à prendre avec précaution. Par exemple, l'analyse de la base de données permet de mettre en évidence la construction biaisée des indicateurs établis selon une échelle de gravité d'événements figés (coups, blessures, insultes, menaces). Par conséquent, l'ONVS ne prend pas en compte la perspective dynamique qui consisterait à percevoir la violence comme un processus. Par ailleurs, les statistiques évoquées plus haut sont établies sur la base du volontariat ; seuls 7,35 % de l'ensemble des établissements inscrits sur la plateforme de l'ONVS ont fait des signalements en 2018 (Terrenoir & Barat, 2019 : 9). Elles ne sont donc pas représentatives de l'intégralité des formes de violence aux urgences. Enfin, l'augmentation constante du nombre d'établissements participants au recueil des données depuis 2005 et l'absence de données chiffrées avant cette date ne permet pas de savoir si l'augmentation des faits de violence est réelle ou si elle doit être imputée à l'augmentation des déclarations (Mucchielli, 2008b).
- 22 Pourtant, c'est bien sur la base de ces chiffres que les pouvoirs publics décident de mettre en place des dispositifs de lutte contre la violence. Cela confirme la contradiction intrinsèque aux statistiques, à la fois outils de preuve scientifique et outil de gouvernement, mise en lumière par Alain Desrosières (2014). Dans les analyses de l'ONVS, l'accent est mis sur la seule violence des patients. La dissonance entre cette vision de l'extérieure et celle des professionnels des urgences pour qui la violence n'est

pas seulement imputable aux patients, est source d'incompréhensions et peut expliquer l'inadéquation des mesures prises sur le terrain.

- 23 En effet, les soignants craignent l'inutilité des dispositifs juridiques mis en place. Les affiches à destination des patients, placardées dans les zones d'accueil et d'attente des urgences qui informent des peines encourues par les personnes qui agresseraient, menaceraient ou insulteraient le personnel hospitalier ne seraient selon eux, pas assez lues :

T'as déjà vu des gens les lire ces affiches ? Moi non. De toute façon elles sont toutes déchirées et jaunies par le temps. Tout le monde s'en fout de ce qu'ils risquent ! De toute façon, ils sont là pour leur problème urgent et puis c'est tout. (Extrait du journal de terrain, secrétaire d'accueil, juin 2016)

- 24 De la même manière, les formations sont souvent jugées trop théoriques par les soignants qui éprouvent des difficultés à les appliquer dans leur travail quotidien, comme en témoigne cet aide-soignant d'accueil :

Tu parles ! Ces formations où ils t'apprennent la soi-disant non-violence et la communication non verbale... Pffff, quand t'as un agité en face de toi et que tu dois le mettre sous contention, essaye un peu "d'apaiser la situation", de "faire diversion" comme ils disent... Ben non, ce qui marche dans ces cas-là, c'est la force, la force physique. (Extrait du journal de terrain, janvier 2018)

- 25 Faisant écho aux propos de Michel Naepels pour qui « la notion de violence est moins une catégorie opératoire pour l'analyse que l'index d'un champ d'expériences qui demeurent à spécifier » (Naepels, 2006 : 489), il semble que la violence vécue par les soignants soit plus larvée, plus invisible. Pour beaucoup, les insultes, les menaces ou coups et blessures dont ils font l'objet sont relativisés du fait de la pathologie des patients auteurs de ces violences.

De la sous-déclaration au niveau local aux statistiques tronquées au niveau national

- 26 Aux urgences, on observe un phénomène de sous-déclaration des événements indésirables, qui constituent la base des statistiques nationales, par rapport aux autres secteurs hospitaliers. En effet, rares sont les faits de violence que j'ai pu observer qui ont fait l'objet d'un signalement (fiche de signalement d'événement indésirable, plaintes, etc.). Lorsque je les ai interrogés à ce sujet, les soignants ont évoqué plusieurs raisons.
- 27 Une raison pratique d'abord : un manque de temps ou une méconnaissance du système. Par exemple, un aide-soignant me dit : « *Moi je ne savais pas qu'on pouvait aller porter plainte sur notre temps de travail.* » Prendre le temps de remplir une fiche de signalement d'événement indésirable (FEI) ou aller porter plainte n'est pas toujours possible non plus lorsque les soignants doivent gérer plusieurs patients en même temps, comme me l'a relaté une infirmière : « *si je devais faire des démarches administratives alors qu'on est déjà en sous-effectif, je ne sais pas comment les collègues feraient pour gérer la situation.* »

- 28 Une raison empathique ensuite : comment signaler un fait lorsqu'on considère que "l'agresseur" n'est pas responsable ? En effet, de nombreux soignants ont tendance à minimiser certains faits considérés habituellement comme violents (gifles, crachats, menaces, insultes ou même coups de poing, etc.) s'ils ont été commis par une personne du fait de sa pathologie, notamment pour les maladies psychiatriques. À ce sujet, surprise par le fait que la plupart des soignants interrogés me disaient n'avoir jamais été victimes personnellement de violence alors que le sujet était omniprésent dans les discussions informelles, je demande des précisions à un infirmier qui me répond : « *Oh si, ça arrive, mais c'est souvent des éthyl' ou des psy, après c'est vrai que c'est dur à vivre, mais c'est pas de leur faute en vrai.* » Il existe aux urgences une forme de déresponsabilisation du patient violent du fait de circonstances atténuantes ou d'altérations du discernement : « *c'est un patient psy, il savait pas ce qu'il faisait !* » (Agent de service hospitalier)
- 29 Une raison éthique enfin, car pourquoi porter plainte contre une personne lorsque l'on considère que c'est la situation d'attente et d'incertitude dans laquelle le patient se trouve qui est "violente" ? « *Moi aussi, si j'attendais quatre heures alors que je douille comme pas possible, je crois bien que je deviendrais méchant !* » me dit un médecin. Comment faire lorsqu'il y a concordance de plusieurs événements qui rendent la situation violente ? Comment faire lorsqu'il n'y a pas d'agresseur identifié ou identifiable ? Que faire enfin face à la violence institutionnelle ? L'analyse des entretiens effectués avec le personnel paramédical et médical montre d'ailleurs que la surcharge de travail les amène également à se considérer « *violents malgré eux* ». La violence se jouerait alors dans l'interaction entre les soignants et les patients, les uns répondant de manière "réactive" à la violence des autres. C'est pourquoi nous allons voir à présent comment les dispositifs institutionnels mis en place localement tentent de répondre à cette violence plus structurelle que conjoncturelle.

Humanisation et sécurisation : des dispositifs institutionnels antagoniques ?

- 30 Au niveau national, un plan interministériel vise à sécuriser l'ensemble des établissements publics, dont les établissements de santé²⁰ et *a fortiori* les services d'urgence. Si deux mannes financières sont mises à disposition des hôpitaux avec les fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMSEPP)²¹ et les fonds interministériels de prévention de la délinquance (FIPD)²², il semblerait toutefois que les services d'urgences soient amenés à bricoler pour assurer concrètement leur sécurisation.
- 31 Au niveau régional, deux dispositifs institutionnels sont préconisés par l'Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, auxquels l'hôpital enquêté a participé ces cinq dernières années. Il s'agit d'une part d'un projet d'« humanisation des soins » intégré à l'amélioration des soins non programmés, et d'autre part d'un projet de « sécurisation » des établissements de santé (PES) en lien avec le plan Vigipirate²³.
- 32 En avant-garde du « pacte de refondation des urgences » proposé par le ministère de la Santé²⁴ en réaction à la grève des urgences de 2019, on constate à l'échelle de l'hôpital enquêté une transition entre ces deux dispositifs et un changement de paradigme favorisant l'"humanisation" par rapport au "tout sécuritaire" qui prévalait auparavant.

Selon la responsable qualité et gestion des risques de l'hôpital, ces transformations ont pour effet de diminuer l'attente et la violence aux urgences. Cependant, par manque de préparation, d'information et de formation, cette amélioration semble se faire au détriment des soignants.

- 33 Au milieu de cet imbroglio se trouvent les groupes professionnels les moins qualifiés. Agents de service hospitaliers (ASH) et aides-soignants (AS) sont des groupes professionnels invisibilisés (Arborio, 2012) dont le travail fait office de « bouche-trou » (Sainsaulieu, 2007 : 78) tantôt pour mettre les patients sous contention, tantôt pour faire de la médiation auprès des familles de patients. Glissements de tâches, déqualification du travail, délégation du « sale boulot » (Hughes, 1997), les conséquences de la crise des urgences semblent particulièrement peser sur les épaules de ces professionnels. À l'instar de Ghyslaine, ASH qui par les diverses positions occupées aux urgences ces cinq dernières années estime faire les frais de ces transformations.
- 34 Comment se traduisent concrètement les décisions politiques dans les services enquêtés ? C'est la question que nous allons traiter à présent en évoquant d'une part, la manière dont les soignants se représentent les divers dispositifs déployés pour lutter contre la violence et l'engorgement aux urgences, et d'autre part en analysant les conséquences de ces dispositifs sur le travail des soignants en termes de changements organisationnels.

Vers la fin de l'hospitalité hospitalière

- 35 Lors de ma première journée de terrain en juin 2016, j'ai assisté à une réunion d'équipe au cours de laquelle le nouveau directeur général de l'hôpital (ancien gestionnaire d'une ARS) est venu présenter la « sécurisation » du service des urgences. Pendant l'été, la ville allait connaître des événements de grande ampleur qui pouvaient directement impacter l'activité du service des urgences : la fête de la musique, le Grand'Place festival et l'Euro de football 2016. Quelques mois après les attentats de Paris, la nécessité d'un dispositif de sécurisation était présente à l'esprit de chacun des soignants.
- 36 Concrètement, cela signifiait qu'une patrouille de police allait passer trois fois par jour, qu'un "agent de sécurité" allait être posté à l'entrée pour vérifier les sacs des personnes entrant dans le bâtiment et que les portes habituellement ouvertes du service seraient fermées – notamment aux familles des patients –, obligeant les agents administratifs d'accueil à se lever dès qu'un patient était admis dans le service pour lui ouvrir la porte. Ces mesures restrictives ne faisaient pas l'unanimité chez les soignants : « *c'est inhumain de laisser attendre les familles sans qu'elles sachent ce qui se passe pour la personne qui a été prise en charge.* » (extrait journal de terrain, AS, 15 juin 2016) En effet, pour beaucoup, la fermeture des portes allait à l'encontre de la mission d'hospitalité des urgences.
- 37 Contrairement à ce qui avait été annoncé lors de la réunion, ce n'est pas à un agent du service de sécurité qu'est proposé le poste pour contrôler les entrées à l'accueil des urgences, mais à un agent de service hospitalier, qui a normalement pour fonction l'entretien des locaux. Interrogée sur les raisons de ce choix, la cadre de santé des urgences m'explique que c'est « *une solution transitoire* », qu'il faut « *faire avec les moyens du bord* », que « *l'hôpital n'a pas les moyens d'embaucher* ».

- 38 Ce poste revient alors à Ghyslaine, ASH de 46 ans. Elle travaillait jusqu'alors aux cuisines et désirait une mutation pour être « *plus près des patients* ». C'était son souhait initial en postulant à l'hôpital en 2009 après n'avoir pas travaillé pendant de nombreuses années pour s'occuper de ses enfants. Considérant le nouveau poste de "vigile" à l'accueil des urgences comme une possibilité d'y répondre, la direction des ressources humaines annonce à Ghyslaine qu'elle sera mutée aux urgences le 5 septembre 2016.
- 39 Ghyslaine m'explique qu'elle s'était renseignée au préalable auprès des ASH du service : « *tu verras, les urgences c'est bien, les médecins sont pas chiants et les patients ben c'est nous qui nous en occupons. On parle avec, on les écoute, on est là, on les croise.* » Elle me raconte qu'elle était contente d'aller aux urgences. C'était ce qu'elle avait demandé, mais elle n'était pas au courant de la fonction qui allait lui être attribuée. Elle est donc surprise quand la direction des ressources humaines l'informe qu'elle a rendez-vous avec le chef de service "sécurité" pour prendre ses fonctions. Au service sécurité, un encadrant lui explique alors simplement qu'elle devra vérifier les entrées et sorties du service des urgences, et notamment vérifier les sacs des gens. L'encadrant lui désigne une référente (c'est la seule autre femme du service sécurité) qu'elle peut solliciter au besoin, mais aucune instruction supplémentaire ne lui est communiquée. Quand Ghyslaine me relate ces faits, elle m'avoue qu'elle ne s'attendait pas « *à devenir le videur du service* ».
- 40 Au cours de la première semaine, j'observe une lente adaptation de son poste de travail. Il fallait quelqu'un pour vérifier les sacs à l'entrée, mais aucune préparation n'avait été pensée à cet effet. D'abord, Ghyslaine essaye de faire son travail avec le sourire. Lorsque la première personne entre aux urgences, elle lui dit : « *Bonjour Monsieur, vous pouvez ouvrir votre sac s'il vous plaît ?* » Le monsieur lui répond sur un ton surpris « *Euh non pourquoi ?* ». En effet, Ghyslaine est habillée en civil et aucun élément sur elle ne permet de penser qu'elle fait partie des effectifs de l'hôpital. Le monsieur passe alors sans avoir été contrôlé. Ghyslaine se tourne vers moi avec un regard gêné. Elle semble déconfite, mais très vite une autre personne arrive. Elle se ressaisit, marque un léger sourire et change sa manière de s'adresser aux nouveaux entrants : « *Bonjour, je suis là pour vérifier vos sacs, est-ce que vous pouvez l'ouvrir s'il vous plaît ?* » Après quelques heures, le chef de la sécurité vient la voir : « *comment ça se passe ?* » Ghyslaine en profite pour lui dire que « *les gens sont surpris, ils ne comprennent pas...* ». L'agent de sécurité l'interrompt : « *en même temps avec ta petite chemise à fleurs, c'est normal que les gens aient un doute* », et lui tend un brassard qu'il sort de sa poche sur lequel est écrit « *sécurité* ». Quelques heures plus tard, un jeune homme arrive un peu stressé avec une grosse valise. C'est un jeune papa dont la femme vient d'accoucher. Ghyslaine lui demande d'ouvrir sa valise au milieu de l'accueil des urgences. Situation embarrassante, le jeune père s'exécute de manière très maladroite et étale ses affaires à même le sol.
- 41 Le lendemain, je m'aperçois qu'une petite table a été positionnée devant le sas d'accueil. Quand Ghyslaine arrive pour reprendre son poste, son ton est déjà moins avenant. La journée précédente a été éprouvante pour elle. Pendant de longs moments, rien ne se passe, personne ne rentre aux urgences, Ghyslaine s'appuie alors contre le mur et me dit : « *c'est pas facile de rester debout sans rien faire à piétiner toute la journée.* » Dès que les agents de sécurité font leur ronde, elle les interpelle pour qu'ils viennent la remplacer le temps qu'elle aille aux toilettes. Aucune pause « *clope* », toilette ou café n'a été pensée pour elle. Cette sollicitation agace les agents de sécurité : « *elle en*

demande trop ! » ; « faut toujours qu'on vienne l'aider » ; « elle passe son temps aux toilettes ». La secrétaire d'admission présente lors de cette discussion surenchérit : « *en plus elle nous les énerve les patients !* » Quand elle revient des toilettes, Ghyslaine a les yeux humides et larmoyants.

- 42 Je constate en effet que les personnes qui entrent aux urgences ont tendance à s'énerver et ne s'attendent pas à devoir montrer patte blanche en entrant. Et si parfois rien ne se passe, il arrive aussi que tout le monde arrive en même temps, provoquant un encombrement dans l'entrée le temps que Ghyslaine vérifie chaque sac. Une phase d'attente supplémentaire est difficilement compréhensible pour les patients. Aussi Ghyslaine me dit : « *Les gens s'énervent. Qu'est-ce que tu veux que je fasse moi ? En plus je suis une femme, je suis toute fine, j'ai pas la gueule de l'emploi. On me ferait ça [elle mime une chiquenaude] et je tomberais à terre.* »
- 43 Endossant ainsi le rôle de *gate-keeper*, Ghyslaine est la représentante du service des urgences aux yeux des patients et de leurs accompagnateurs. C'est elle qui représente l'image du service. La création même de ce poste est un indicateur du climat de méfiance à l'égard des personnes qui entrent dans le service des urgences en période post-attentat. La fermeture des portes d'un service dont la principale caractéristique est d'être ouvert en permanence et accessible à tous suscite de nombreuses questions. Le contrôle qui est opéré tant bien que mal par Ghyslaine est ainsi révélateur de la fin de l'hospitalité inconditionnelle de l'institution hospitalière, ce qui la place dans une position qu'elle a du mal à assumer.
- 44 Dans l'après-midi, sa référente viendra lui amener une chaise et le lendemain, on lui confiera un *talkie-walkie*, « *en cas de pépin* ». Alors que son poste de travail est progressivement aménagé pour améliorer ses conditions de travail, Ghyslaine s'effondre : « *De toute façon, quand on demande quelque chose, on est mal vu. Ils veulent me faire plier je le sais... je suis haïe de tous. Les patients, je les aide pas, les secrétaires me râlent dessus et les chefs disent que je comprends rien.* » Selon elle, le fait qu'elle se retrouve à occuper ce poste, en inadéquation avec sa fonction d'ASH, résulte de ses demandes insistantes de mutation. Elle aurait « *mieux fait de [s]e taire* », me dit-elle. Par manque d'information et de visibilité sur le contenu de ce nouveau poste, Ghyslaine interprète l'énerverment des patients comme un échec personnel.
- 45 Alors qu'une autre solution aurait pu être envisagée – augmenter par exemple le nombre de soignants pour prendre en charge le nombre croissant de patients ayant recours aux urgences et ainsi pallier l'engorgement, source de violence et symptôme de la crise des urgences –, la direction de l'hôpital a semblé préférer mettre en place de manière *ad hoc* de nouveaux postes aux contours flous. Ceux-ci présentaient l'avantage de ne pas nécessiter d'embauche (considérée comme coûteuse) en utilisant les forces vives d'un personnel hospitalier déqualifié et réformé.

L'humanisation comme solution

- 46 Quand je reviens faire mon observation complémentaire, je suis surprise de retrouver Ghyslaine dans le hall d'accueil des urgences. Elle porte un gilet sur lequel il est écrit : « *Ambassadrice de convivialité* » en grosses lettres phosphorescentes. Je constate également que son précédent poste est à présent occupé par un "vrai" agent de sécurité dont la tenue vestimentaire et l'*hexis* corporelle rappellent celles des vigiles de supermarché. Constatant assez rapidement que la mise en place du poste de Ghyslaine à

l'entrée des urgences n'a pas réduit la violence, mais a eu tendance au contraire à l'augmenter, l'hôpital a finalement sous-traité ce poste à une entreprise de sécurité quelques mois plus tard.

- 47 En retravaillant mes données de terrain, je me suis souvenue que lors de ma première rencontre avec le directeur de l'hôpital, celui-ci avait évoqué son souhait de réaménager l'espace et le mobilier des urgences et d'instituer un poste de médiateur²⁵. J'avais d'ailleurs assisté à plusieurs réunions de service organisées par la cadre de santé pour réfléchir aux aménagements possibles à « iso-ressource » (sic.), c'est-à-dire sans que des moyens supplémentaires ne soient attribués à ce projet. Depuis, l'hôpital a répondu à un appel à projets de l'ARS lui permettant de le financer²⁶.
- 48 Ce projet a été mené à bien et a permis plusieurs améliorations notables : réaménagement de l'accueil, espaces d'attente plus conviviaux avec un mobilier neuf et boisé, des écrans informatifs diffusant une musique calme, mais aussi des couloirs de circulation plus larges donnant l'impression que l'espace, qui était toujours encombré par des brancards quelques années auparavant avec des allées et venues incessants, a été miraculeusement agrandi. Pourtant, les urgences occupent toujours le même espace, seules quelques cloisons internes ont été abattues.
- 49 Le changement majeur consiste en une nouvelle organisation du travail. Deux boxes d'accueil ont remplacé le petit local dans lequel l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) faisait le tri des patients à leur arrivée. Un espace plus grand, mieux aménagé et favorisant une plus grande intimité permet à l'IAO de recevoir les patients plus rapidement. Enfin, la création d'un poste de médecin d'accueil et d'orientation (MAO) permet de fluidifier davantage les entrées. Ce poste n'est pourtant pas une innovation. Il fait partie des outils managériaux destinés à diminuer l'afflux des patients. Et sa création ne manifeste en rien une préoccupation "humaniste". Il procède au contraire d'un souci de gestion des flux, et par conséquent d'économies budgétaires. Ce poste est donc vivement critiqué par de nombreux soignants (Belorgey, 2010). Cependant, ce n'est pas tant la réaction à cet impératif managérial qui est jugé ici, mais son impact sur la gestion des patients impatients et violents aux urgences. Du point de vue des médecins et IAO enquêtés, ce poste comporte plusieurs avantages. En cas de polyopathologies, le médecin peut plus facilement orienter le patient sans faire d'erreur d'adressage entre les divers secteurs des urgences. Il peut également rédiger les ordonnances et prescriptions en imagerie médicale en amont des soins et surtout, en tant que médecin, il a la possibilité de renvoyer les personnes se présentant pour des problèmes non urgents alors que l'infirmière aurait été obligée de les prendre en charge. En effet, juridiquement, toute personne se présentant aux urgences doit pouvoir être vue par un médecin. Le patient non urgent, s'il n'était pas vu dès son entrée par un médecin aurait dû attendre très longtemps que l'on s'occupe de lui puisque la priorité est donnée aux problèmes vitaux.
- 50 Parmi tous ces changements, le rôle de « l'ambassadrice de convivialité » est de naviguer entre *back* et *front office* afin de communiquer avec les familles des patients sur l'avancement de leur prise en charge. Elle passe ainsi son temps à se déplacer entre le bureau des médecins pour demander des nouvelles de ces patients et les différents espaces d'attente à l'accueil où elle répète aux familles ce que lui ont dit les médecins. La direction de l'hôpital avait donc anticipé la création du nouveau poste de Ghyslaine, qui aurait dû répondre *a priori* à son souhait d'être « plus proche des patients » et de faire un travail plus relationnel que celui qu'elle faisait en cuisine. Mais le projet

d'« humanisation » n'ayant pu voir le jour tout de suite et afin de pallier les besoins immédiats de vérification des sacs à l'entrée des urgences, Ghyslaine a d'abord dû occuper le poste de vigile sans qu'elle y ait été préparée. Cette première expérience éprouvante ne lui permet pas d'apprécier le nouveau poste qu'on lui propose. En effet, les multiples altercations qu'elle a connues en tant que vigile avec les patients et avec ses collègues ne la placent pas dans de bonnes dispositions pour le poste d'ambassadrice de convivialité. De plus, elle n'a pas été formée à la médiation.

- 51 En l'accompagnant sur une journée de travail, j'observe qu'elle se trompe régulièrement en transmettant aux familles le jargon médical des médecins. Elle justifie ses erreurs en soulignant qu'elle n'a aucune connaissance médicale et « *qu'ils [les médecins] n'expliquent rien !* ». Ghyslaine a du mal à s'imposer auprès de ces derniers pour demander des précisions sur la prise en charge des patients. Elle ne se considère « *pas légitime pour les déranger* ». Eux-mêmes surchargés, ils ont tendance à l'ignorer et elle doit parfois attendre cinq à dix minutes debout dans l'entrebâillement de la porte avant que l'un d'eux ne lève la tête de son écran d'ordinateur, quand elle n'est pas houspillée par des médecins ou infirmières pressés : « *bouges, tu gênes le passage !* » Après une journée d'observation, je m'aperçois qu'elle passe son temps à esquiver les familles : « *un instant s'il vous plaît* » ; « *je vais revenir vers vous* ». Cette attitude fuyante suscite de nombreux commentaires de la part des familles de patients comme des soignants : « *convivialité, t'as vu sa tête ? C'est plutôt glacial !* » Pour éviter ces interactions, elle rase les murs et tente de trouver « *des petites choses à faire qui [lui] donne l'air d'être occupée* ». Ainsi, je passe une heure avec elle à plier des dossiers patients vierges²⁷, ce qui nous permet d'avoir une discussion prolongée. Elle m'explique ainsi qu'elle sait bien que ça se voit qu'elle n'est « *pas bien dans ses bottes* », « *mais qu'est-ce que tu veux, on attend la retraite !* ». Pourtant, elle vient tout juste d'avoir 50 ans, elle n'en est donc pas si proche. Elle m'explique alors qu'elle ne peut pas se passer de son salaire et qu'elle espère au moins que la retraite sera meilleure si elle arrive à « *mettre de l'argent de côté* ».
- 52 Finalement, Ghyslaine se retrouve en bas de l'échelle (Cours-Salies & Le Lay, 2006), au banc du service, dans une position subalterne, voire humiliante. Elle est seule à gérer la frustration et l'inquiétude des familles et forme ainsi un rempart supplémentaire en prenant en charge la violence pour permettre aux autres groupes professionnels de travailler dans les meilleures conditions possibles. En effet, les différentes observations menées permettent de constater que si les patients et leur famille expriment un certain mécontentement à son égard, ils évacuent ainsi leurs tensions et auront davantage tendance à se montrer respectueux voire « *dociles* » avec les autres soignants. Comme le souligne une aide-soignante, « *telle une cocotte-minute* », Ghyslaine fait office de soupape de « *décompression* ».
- 53 Le poste de Ghyslaine a permis la transition entre la sécurisation et l'humanisation des urgences, mais le manque d'information préalable sur le contenu du poste qu'elle doit occuper et l'absence de formation à ces différentes fonctions ne permettent pas réellement l'apaisement des patients. Si les deux positions occupées par Ghyslaine peuvent sembler ubuesques, elles ne sont pourtant pas anodines. Il existe en effet des postes similaires dans d'autres services d'urgences. En l'occurrence dans l'autre service enquêté, des aides-soignants « *réformés*²⁸ » (Arborio, 2012) sont placés à l'accueil des urgences pour informer les familles de l'avancement de la prise en charge des patients.

Conclusion

- 54 Pour lutter contre l'attente aux urgences – élément de crise et principale cause de l'engorgement et de la violence –, l'idée suggérée par les pouvoirs publics est de restreindre l'accès aux urgences et au système hospitalier de manière générale.
- 55 Pourtant, les sociologues ont souligné les dérives d'une telle stratégie depuis de nombreuses années. Nicolas Belorgey dans *L'Hôpital sous pression* (2010) a parfaitement démontré comment le « nouveau management public » s'est infiltré dans les services d'urgence, incitant les médecins à faire sortir le patient le plus vite possible, quitte à ce que celui-ci revienne quelques jours plus tard avec un problème plus grave. Enfin, Frédéric Pierru n'a eu de cesse de rappeler dans ses diverses contributions comme dans *L'Hôpital en réanimation* (Mas et al., 2011) que le tournant gestionnaire de l'hôpital n'est pas tant un sujet économique que politique et que les réformes successives visant à résoudre la crise de l'hôpital sont en fait le reflet de choix politiques bien précis. Le nouveau management public ne serait donc pas la solution aux problèmes des urgences, mais constituerait plutôt un facteur de malaise des soignants (Sainsaulieu, 2003).
- 56 Le choix d'illustrer la mise en place des diverses politiques publiques en matière de lutte contre la violence à l'hôpital à travers le travail d'une ASH a permis de souligner l'écart entre les préoccupations des instances décisionnaires et celles des acteurs de terrain. Cet exemple précis montre que les choix politiques opérés par les plus hautes sphères de l'État n'anticipent pas les conditions de possibilité concrètes de leur mise en œuvre, déléguant ainsi en chaîne la charge du travail d'organisation (Dujarier, 2006). En d'autres termes, en attribuant à un ASH le travail d'un médiateur ou d'un agent de sécurité, la direction de l'hôpital enquêté a décidé de « faire porter le poids de l'ajustement [organisationnel] sur les épaules du personnel » (Juven *et al.*, 2019 : 158).
- 57 Les changements organisationnels visant à lutter contre les violences aux urgences ont ainsi conduit à un brouillage des frontières et des hiérarchies professionnelles. Ils comportent leur lot d'effets pervers, tout comme les dispositifs de surveillance et de lutte contre la violence ou la délinquance dans des domaines aussi divers et variés que l'école, les villes, les aéroports, les espaces de travail, etc. (Bonelli, 2001 ; Jobard & Linhardt, 2011 ; Lorcerie & Moignard, 2017 ; Marx, 1988 ; Mucchielli, 2017). La prise en compte du point de vue des patients pourrait d'ailleurs être un développement de la présente recherche afin de ne pas invisibiliser également leur expérience de la crise des urgences.
- 58 Il semblerait que les dispositifs étudiés contribuent à accentuer la crise des urgences en donnant aux soignants l'impression de débloquer des fonds pour la sécurisation des bâtiments plus que pour la sécurité des soignants. En effet, la fermeture des portes aux familles des patients, la plaque de plexiglas installée à la borne d'accueil ou la présence d'un vigile à l'entrée n'ont pas protégé les soignants puisque la violence ne diminue pas pour autant. En somme, qu'elles soient exogènes ou endogènes, les violences aux urgences sont les symptômes d'une crise de l'institution hospitalière qui s'inscrit dans la durée.

BIBLIOGRAPHIE

- AGUITON S. A., CABANE L. et CORNILLEAU L., 2019. « Politiques de la “mise en crise” », *Critique internationale*, 85 : 9-21.
- ARBORIO A.-M., 2012. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Economica.
- BELORGEY N., 2010. *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- BELORGEY N., 2011. « “Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences”. Une entreprise de “réforme” d'un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189 : 16-33.
- BELORGEY N., 2013. « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et emploi*, 133 : 25-38.
- BENGUIGUI G., 2000. « L'observation des incidents et des crises », *Sociétés contemporaines*, 40 : 135-149.
- BONELLI L., 2001. « Renseignements généraux et violence urbaine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137 : 95-103.
- BOURDIEU P., 2016. *Sociologie générale Volume 2. Cours au Collège de France (1983-1986)*, Paris, Seuil.
- CHAMPAGNE P., 2000. « L'événement comme enjeu », *Réseaux. Communication-Technologie-Société*, 100 : 403-426.
- CHAMPAGNE P., 2011. « Le coup médiatique. Les journalistes font-ils l'événement ? », *Sociétés & Représentations*, 32 : 25-43.
- COS R., 2019. « La carrière de “la sécurité” en milieu socialiste (1993-2012). Sociologie d'une conversion partisane », *Politix*, 126 : 135-161.
- COSTARGENT G. et VERNEREY M., 2001. « Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé », 2001.110, IGAS.
- COURS-SALIES P. et LE LAY S. (dir.), 2006. *Le Bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*. Paris, Erès.
- CRITIQUE INTERNATIONALE, 2019. « Éditorial », 85 : 5-6.
- DANET F., 2008. *La médecine d'urgence. Vers de nouvelles formes de travail médical*. Paris, Erès.
- DE MAILLARD J. et GOFF T. L., 2009. « La tolérance zéro en France. Succès d'un slogan, illusion d'un transfert », *Revue française de science politique*, 59, 4 : 655-679.
- DESROSIÈRES A., 2014. *Prouver et gouverner*. Paris, La Découverte.
- DOBRY M., 2009. *Sociologie des crises politiques*. Paris, Presses de Sciences Po.
- DODIER N. et CAMUS A., 1997. « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, 52, 4 : 733-763.
- DUBOIS V., 2015. *La Vie au guichet : relation administrative et traitement de la misère*, 4e Edition. Paris, Points.

- DUJARIER M.-A., 2006. « La division sociale du travail d'organisation dans les services », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1 : 129-136.
- GAÏTI B. et SIMÉANT-GERMANOS J. (dir.), 2018. *La Consistance des crises : autour de Michel Dobry*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- GEERAERT J., 2017. *La question sociale en santé : l'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXI^e siècle*, thèse de doctorat, Paris, Sorbonne Paris Cité.
- HUGHES E. C., 1997. *Le Regard sociologique. Essais choisis*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- JOBARD F. et LINHARDT D., 2011. « Surveillance libérale et surveillance souveraine », In LEMAN-LANGLOIS S. (dir.), *Sphères de surveillance*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal : 101-134.
- JUVEN P.-A., PIERRU F. et VINCENT F., 2019. *La Casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*. Paris, Éditions Raison d'agir.
- LORCERIE F. et MOIGNARD B., 2017. « L'école, la laïcité et le virage sécuritaire post-attentats : un tableau contrasté », *Sociologie*, 4, 8 : 439-446.
- MARX G. T., 1988. « La société de sécurité maximale », *Déviance et société*, 12, 2 : 147-166.
- MAS B., PIERRU F., SMOLSKI N. et TORRIELLI R., 2011. *L'Hôpital en réanimation*. Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- MERTON R., 1997. *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, Armand Colin.
- MOIGNARD B., 2009. « Écoles et violences : les leçons brésiliennes », *Enfances Psy*, 45 : 109-118.
- MONCEAU M., 2003. « À propos de la régulation à l'hôpital ou des modes d'évitement des situations potentiellement violentes », In PIDOLLE A. et CAROLE THIRY-BOUR C. (dir.), *Droit d'être soigné, droits des soignants*. Toulouse, Eres : 121-126.
- MUCCHIELLI L., 2007. *Violences et insécurité. Fantômes et réalités dans le débat français*. Paris, La Découverte.
- MUCCHIELLI L., 2008a. *La Frénésie sécuritaire*. Paris, La Découverte.
- MUCCHIELLI L., 2008b. « Une société plus violente ? », *Déviance et société*, 32, 2 : 115-147.
- MUCCHIELLI L., 2011. *L'Invention de la violence. Des peurs, des chiffres et des faits*. Paris, Fayard.
- MUCCHIELLI L., 2017. « Introduction au débat : "L'état d'urgence, quelles conséquences sur les politiques publiques ?" », *Sociologie*, 4, 8 : 429-432.
- NAEPELS M., 2006. « Quatre questions sur la violence », *L'Homme*, 177-178 : 487-495.
- PARIZOT I., 2003. *Soigner les exclus : identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris, Presses universitaires de France.
- PENEFF J., 1992. *L'Hôpital en urgence*. Paris, Métailié.
- PENEFF J., 2000. *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*. Paris, Métailié.
- RAPPORT DU SÉNAT, 2017. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé ».
- RIDEL D., 2021 (sous réserve). « La gestion de l'attente aux urgences : une nécessaire coopération », In DENISE T., DIVAY S., DOS SANTOS M., FOURNIER C., GIRARD L. et LUNEAU A. (dir.), *Sociologie des pratiques coopératives et participatives en santé*. Paris, Edition Irdes.

- RIDEL D., 2020. « La fabrique des inégalités aux urgences », *Émulations-Revue de sciences sociales*, 35-36 : 109-121.
- SAINSAULIEU I., 2003. *Le Malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris, L'Harmattan.
- SAINSAULIEU I., 2007. *L'Hôpital et ses acteurs. Appartenances et égalité*. Paris, Belin.
- STEG A., 1989. *L'Urgence à l'hôpital : séances des 11 et 12 avril 1989 [Conseil économique et social]*.
- TERRENOIR V. et BARAT C., 2019. « Rapport annuel ONVS 2019 », Observatoire national des violences en milieu de santé.
- VELASCO E CRUZ S., 2018. « Crises et "quasi-crisis". Réflexions sur la sociologie des crises politiques de Michel Dobry, à partir de l'expérience historique brésilienne », In GAÏTI B. et SIMÉANT-GERMANOS J. (dir.), *La Consistance des crises. Autour de Michel Dobry*. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 151-176.
- WACQUANT L., 2010. « La tornade sécuritaire mondiale : néolibéralisme et châtement à l'aube du XXI^e siècle », *Mouvements*, 63 : 137-154.
- WANECQ C.-A., 2018. *Sauver, protéger et soigner. Une histoire des secours d'urgence en France (années 1920-années 1980)*, thèse de doctorat, Paris, Sciences Po-IEP de Paris.

NOTES

1. FAVEREAU E., « Décès aux urgences, la faute à qui ? », *Libération*, 14 janvier 2019 (https://www.liberation.fr/france/2019/01/14/deces-aux-urgences-la-faute-a-qui_1702823/, page consultée le 18/02/2021).
2. Voir l'interview d'Agnès Buzyn le 19 avril 2019 sur Public Sénat : www.publicsenat.fr/article/societe/urgences-en-greve-ce-n-est-pas-lie-aux-conditions-de-travail-affirme-agnes-buzyn (page consultée le 06/09/2019).
3. Dans une émission de Laura Dulieu sur France Culture intitulée « L'histoire des urgences pour en comprendre la crise » et diffusée le 11 septembre 2019 : www.franceculture.fr/societe/lhistoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise (page consultée le 26/04/2020).
4. Émission de Laura Dulieu sur France Culture intitulée « L'histoire des urgences pour en comprendre la crise » et diffusée le 11 septembre 2019 : www.franceculture.fr/societe/lhistoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise (page consultée le 26/04/2020).
5. Selon la DREES, « ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000 ». Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2017> (page consultée le 19/05/2021).
6. L'ajout du terme *accueil* dans l'intitulé laisse à penser que l'hospitalité fait de nouveau partie des préoccupations hospitalières.
7. Jusqu'au début des années 1990, il n'y avait pas d'équipe médicale propre aux urgences, mais des médecins anesthésiste, réanimateur, chirurgien, etc., qui travaillaient dans les services dédiés à leur spécialité et qui venaient aux urgences en fonction des besoins. Pour plus d'informations sur l'histoire des urgences, voir les travaux de Charles-Antoine Wanecq (2018).
8. Source : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000719792&categorieLien=id (page consultée le 15/07/2020).
9. À l'instar d'une maison médicale de garde construite en 2015 à proximité d'un des services d'urgence investis dans l'enquête.

10. Chiffres 2018 de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la France métropolitaine : www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm (page consultée le 9/09/2020).
11. « Pour lutter contre la violence aux urgences, Martin Hirsch annonce 40 % de caméras supplémentaires d'ici à trois ans », [francetvinfo.fr](http://francetvinfo.fr/sante/hopital/pour-lutter-contre-la-violence-aux-urgences-martin-hirsch-annonce-40-de-cameras-supplementaires-d-ici-a-trois-ans_2754155.html), 15 mai 2018 (page consultée le 27/01/2020).
12. « Le personnel des urgences désormais formé au self-defense », *La voix du Nord*, 7 janvier 2015 (www.lavoixdunord.fr/art/region/le-personnel-des-urgences-desormais-forme-au-self-defense-ia19b0n2587731, page consultée le 27/01/2020).
13. À noter que dix ans après les faits, l'hôpital a été condamné à verser des dommages et intérêts à la famille de l'infirmière car un dysfonctionnement dans l'organisation du travail a été reconnu.
14. À ce sujet, Raphaël Cos (2019) évoque une « conversion » des socialistes aux questions sécuritaires et une institutionnalisation de la sécurité qui dépend aussi fortement d'enjeux économiques, c'est-à-dire de la manière dont la sécurité peut se « monnayer sur les marchés ».
15. Articles 228-8, 433-3, 433-5 et suivants du Code pénal.
16. Site du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) : www.syndicat-infirmier.com/Un-CHU-reconnu-responsable-du.html (page consultée le 03/04/2020).
17. Circulaire N° DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ609_15122000.pdf (page consultée le 25/06/2020).
18. Somme correspondant à 20 millions d'euros environ en 2020, selon le convertisseur de l'Insee.
19. Site de l'ONVS : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs> (page consultée le 06/09/2019).
20. Communiqué de presse du ministère de la Santé, 8 novembre 2017 (<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/securisation-des-etablissements-de-sante-une-prise-de-conscience-indispensable>, page consultée le 27/01/2020).
21. Chaque région bénéficie au titre du FMESPP pour l'année 2017 d'un montant de 190,5 millions d'euros (https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2018/18-01/ste_20180001_0000_0057.pdf, page consultée le 28/02/2021).
22. Un plan triennal du FIPD attribue 15 millions d'euros à la sécurisation des établissements publics (www.cipdr.gouv.fr/le-cipdr/le-fipd/, page consultée le 28/02/2021).
23. www.ars.sante.fr/la-securisation-des-etablissements-de-sante (page consultée le 28/02/2021).
24. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences> (page consultée le 28/02/2021).
25. L'appellation équivoque d'ambassadrice de convivialité permet de s'assurer qu'aucune qualification spécifique n'est nécessaire à ce poste de médiation.
26. Une plaquette de présentation du nouveau service des urgences permet seulement de savoir que le coût d'investissement total de ce projet de réaménagement avoisinait les 450 000 euros.
27. Ceux-là même que j'avais pris l'habitude moi aussi de plier lorsque mon inaction d'observatrice se faisait pesante lors de ma première phase de terrain. À la différence près qu'à l'époque, les dossiers patients n'avaient pas encore été informatisés et que ces dossiers papiers étaient constamment utilisés.
28. Il s'agit de personnes affectées à des postes ne relevant pas initialement de leurs prérogatives mais qui conservent leur statut d'aides-soignants. Selon Arborio il existe ainsi à l'hôpital, une « multiplicité [de] positions différenciées accessibles sous un titre unique ». Ces arrangements

sont généralement le « produit d'une convergence entre différentes logiques institutionnelles et différentes stratégies d'aides-soignantes. » (Arborio, 2012 : 290).

RÉSUMÉS

Les services d'urgence sont-ils en crise ? Les événements récents, grève nationale et pandémie, semblent le confirmer. Mais la thématique de la crise des urgences semble plus ancienne. Engorgement des urgences d'une part et violence des patients d'autre part se sont progressivement constitués en problèmes publics et laissent entrevoir une crise des urgences plus structurelle que conjoncturelle. Deux dispositifs institutionnels sont préconisés au niveau national afin de lutter contre les violences et désengorger les services d'urgences : la sécurisation et l'humanisation. À travers une enquête ethnographique longitudinale portant sur la restructuration de l'accueil dans le service d'urgence d'un centre hospitalier non universitaire, nous allons analyser l'impact de ces dispositifs sur le terrain. En cela, cet article montre que si le problème de l'engorgement des urgences semble avoir été résolu, la violence quant à elle n'a pas totalement disparu et s'est peu à peu transformée en souffrance au travail.

Are emergency rooms in crisis ? Recent events, a national strike and a pandemic, seem to confirm this. Therefore, it seems undeniable that the emergency rooms have been undermined in recent years. But the theme of the crisis seems older. Emergency room overcrowding on the one hand, and patient violence on the other hand, have gradually become public problems and point to a crisis that is more structural than cyclical. Two institutional measures are recommended at the national level in order to combat violence and relieve congestion in emergency departments: increasing security on the one hand and humanizing on the other. Through a longitudinal ethnographic study in an emergency department of a non-university hospital in a medium-sized town in northern France, we analyze how these measures have been implemented in the field. Focusing on the restructuring of the reception of an emergency department, this article shows that although the problem of overcrowding in the emergency department seems to have been resolved, violence has not completely disappeared and has gradually turned into suffering at work.

INDEX

Mots-clés : violences, urgence, crise, soignants, soignés, France

Keywords : violence, emergency, crisis, caregivers, cared-for, France

AUTEUR

DÉBORAH RIDEL

CLERSE UMR 8019, Université de Lille, Bâtiment SH1 - Bureau 19B, Cité scientifique, 59655 Villeneuve d'Ascq Cedex, France, deborah.ridel@univ-lille.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérogène et ses conséquences

Making cancers preventable. Research on carcinogenic work and its consequences

Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et Équipe du GISCOP 84



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9645>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9645](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9645)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et Équipe du GISCOP 84, « Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérogène et ses conséquences », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 28 mai 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9645> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9645>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Rendre les cancers évitables. Recherches sur le travail cancérogène et ses conséquences

Making cancers preventable. Research on carcinogenic work and its consequences

Moritz Hunsmann, Annie Thébaud-Mony et Équipe du GISCOP 84

Introduction : Une épidémie qui ne dit pas son nom

- 1 Il est ici question de la crise sanitaire la plus grave qu'ait connue la France depuis l'époque des grandes épidémies de maladies infectieuses. Mais cette crise, pas plus que l'épidémie dont il sera question ne sont traitées comme telles. L'incidence estimée des cancers frôle la barre historique des 400 000 nouveaux cas par an (INCa & Santé publique France, 2019). Face à cette épidémie sans précédent, les alertes sur les causes environnementales se multiplient (Fressoz, 2012 ; Le Roux, 2011), mais le rôle du travail demeure toujours aussi peu pris en compte (Thébaud-Mony, 2019). Avec 45 000 cas incidents par an, les hémopathies malignes représentent désormais 12 % des cas incidents de cancer (Le Guyader-Peyrou *et al.*, 2019). C'est un des groupes de cancers connaissant l'augmentation la plus rapide – augmentation « dont les causes restent à explorer », indiquent l'Institut national du cancer (INCa) et Santé publique France (2019). Alors que les cancers du sang sont connus pour leurs liens avec des expositions toxiques (pesticides, rayonnements ionisants, solvants chlorés, butadiène, formaldéhyde, etc.), la connaissance des expositions professionnelles (mais aussi environnementales) subies par les patients atteints de cancers hématologiques reste très lacunaire, pour ne pas dire inexistante. Or, cette connaissance est un préalable indispensable pour construire une véritable politique de prévention – et la méconnaissance des expositions constitue un obstacle majeur à la reconnaissance en maladie professionnelle des patients atteints de ces cancers.

- 2 En 1974, l'Organisation internationale du travail (OIT) faisait de la prévention des cancers professionnels un enjeu prioritaire de l'action pour la santé des travailleurs en adoptant la convention n° 139 sur les cancers professionnels qui détermine de façon précise les enjeux de connaissance, d'information et de prévention. Aux États-Unis, dès sa création au début des années 1970, l'Occupational Safety & Health Administration (OSHA) inscrivait aussi la question de l'exposition professionnelle aux cancérigènes parmi ses priorités, avec l'intention d'établir des réglementations drastiques visant à la prévention des cancers à venir – intention immédiatement contrecarrée par la production d'études pseudo-scientifiques commanditées par les lobbies industriels et la consécration d'une interprétation dominante des cancers comme maladie résultant de comportements à risque (Epstein, 1978). La résistance victorieuse des industriels à toute stratégie de prévention a conduit David Michaels, professeur de santé publique et directeur de l'OSHA de 2008 à 2016, à intituler son dernier livre *Le Triomphe du doute* (Michaels, 2020). Sur la base d'une revue de littérature particulièrement documentée et de son expérience, ce dernier montre que, grâce aux scientifiques mercenaires dont les travaux alimentent une incertitude indéfiniment reconduite sur les liens entre cancer et expositions aux substances toxiques, les lobbies industriels ont réussi à imposer la "normalité" de l'exposition professionnelle aux agents chimiques dangereux, mettant en échec, à de rares exceptions près, les tentatives réglementaires visant la prévention des cancers associés. Cette situation n'est pas propre aux États-Unis, comme le montrent de nombreux travaux en France (Collectif intersyndical des universités Jussieu, 1977 ; Nicolino, 2014 ; Thébaud-Mony, 2014 ; Henry, 2017 ; Horel, 2015, 2017). Récemment, au Canada, le Premier ministre de l'Ontario a demandé un rapport au Centre de recherche sur les cancers professionnels (OCRC) afin de parvenir à une meilleure prise en compte des connaissances scientifiques dans la reconnaissance et la prévention des cancers professionnels. S'appuyant sur les expériences européennes, australiennes et nord-américaines, ce rapport souligne le manque « critique » de reconstitution des histoires d'exposition et de polyexposition professionnelles aux cancérigènes, mais aussi les limites de la démarche épidémiologique à rendre compte, à elle seule, de l'épidémie de cancer en cours (Demers, 2020). Avec 100 000 à 130 000 décès par an, le cancer est devenu la principale cause de mortalité liée au travail dans l'Union européenne (UE) pour un coût compris entre 273 milliards et 610 milliards d'euros par an (Musu & Vogel, 2018). En France, l'augmentation continue des cancers se double d'une persistante invisibilité des cancers liés à l'activité professionnelle.
- 3 Tel est le contexte dans lequel le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle dans le Vaucluse (GIS COP 84) met en œuvre, depuis 2017, une démarche de recherche pluridisciplinaire originale, appuyée sur une cohorte de patients atteints de cancer hématologique pris en charge par le service d'oncologie-hématologie du centre hospitalier d'Avignon (CHA). Ce groupe pluridisciplinaire composé de chercheurs en sciences sociales et santé publique, de l'équipe de ce service hospitalier, ainsi que de professionnels de la santé au travail, s'est donné pour objectif de connaître les activités de travail exposant aux cancérigènes en vue de la réparation et de la prévention des cancers professionnels. Les contributions sociologiques et anthropologiques s'inscrivent à l'articulation des champs de la santé, du travail, des institutions et des rapports sociaux de domination.
- 4 Grâce à une recherche active de soutiens institutionnels, le GIS COP 84 bénéficie aujourd'hui d'un soutien financier stable de l'agence régionale de santé Provence-

Alpes-Côte-d'Azur (ARS PACA), du conseil régional de la Région Sud, et de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) PACA – le ministère de l'Agriculture et le comité départemental du Vaucluse de la Ligue contre le cancer apportant des financements ponctuels. Toutefois, l'obtention de financements complémentaires reste aujourd'hui indispensable pour faire fonctionner pleinement l'enquête du GISCOP 84. Or, à l'exception notable de la Ligue nationale contre le cancer, les projets soumis depuis cinq ans dans le cadre d'appels à projets de recherche d'une variété d'institutions (dont l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Anses], l'INCa et le Plan Ecophyto¹) se heurtent à des refus presque systématiques. La teneur des motivations de rejet, le silence persistant opposé aux demandes d'explication de l'équipe du GISCOP 84, ainsi que les retours informels de ses interlocuteurs politiques et institutionnels ont progressivement forgé la conviction des auteurs et plus largement de l'équipe GISCOP 84, selon laquelle, si certains des refus essayés relevaient d'une incompréhension de la démarche scientifique entreprise, d'autres relevaient de choix politiques en matière de recherche concernant les cancers professionnels – choix réversibles, évidemment. Cette expérience conduit les auteurs à revenir dans cet article sur la démarche scientifique pluridisciplinaire des deux GISCOP – le GISCOP 93 en Seine-Saint-Denis (créé en 2002) et le GISCOP 84 dans la basse Vallée du Rhône – non par pur souci de méthode, mais pour expliquer comment cette démarche répond aux besoins urgents de production de connaissances nécessaires à la lutte contre l'épidémie de cancers professionnels.

- 5 En effet, pour les praticiens et chercheurs de l'équipe du GISCOP 84, les cancers professionnels constituent aujourd'hui un problème de santé *critique* au double sens du terme : un problème *critique* « présentant les caractères d'une crise » supposant une action immédiate et un enjeu sanitaire majeur porteur d'une *critique* des modes de production industriels et des rapports sociaux qui les induisent
- 6 Cet article propose tout d'abord de remettre en perspective les connaissances produites par la démarche des deux GISCOP sur le rôle du travail eu égard aux dimensions fortement inégalitaires de cette épidémie. Nous reviendrons ensuite sur les résistances institutionnelles à financer cette démarche de recherche et leur signification dans une perspective de prévention des cancers du futur.

Le cancer, un fléau très inégalitaire

- 7 Depuis la fin du XIX^e siècle, on observe une croissance continue de l'incidence des cas de cancer, maladie rare avant l'essor de l'industrialisation. Cette croissance s'accélère fortement après la Seconde Guerre mondiale. Elle est concomitante de l'essor des industries chimiques et pétrochimiques qui introduisent dans la production – et dans l'environnement – des millions de molécules et mélanges de substances dont la toxicité est pour une large part méconnue. S'y ajoutent les industries métallurgique, minière et nucléaire, dont certains risques toxiques sont identifiés de longue date (poussières de charbon, de silice et de fer, amiante, plomb, radioactivité, etc.), ainsi que l'essor de l'agriculture chimique.
- 8 À l'orée de la troisième décennie du XXI^e siècle, la France est en pleine épidémie de cancer. Même si les autorités sanitaires résistent à la désigner comme telle, les chiffres officiels en témoignent : alors que la population a augmenté de moins de 20 % entre 1984 et 2017, l'incidence estimée a presque triplé sur la même période – passant de

150 000 à près de 400 000 nouveaux cas de cancer par an (Thébaud-Mony, 2019). Les travaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) sur la mortalité différentielle ont permis, dès les années 1980, de fonder des hypothèses sur l'influence du « métier » dans les inégalités de mortalité masculine² (Desplanques, 1993). Ces travaux montraient qu'au début des années 1990, le taux annuel moyen de mortalité par cancer chez les hommes de 45 à 54 ans était quatre fois plus élevé chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres et professions intellectuelles. Alors que les données de l'Insee ne permettent plus aujourd'hui de quantifier ces inégalités, la France restait en 2003, et ce depuis 1975, en tête des pays européens en matière d'inégalité de mortalité masculine par cancer avant 65 ans (Chérié-Challine *et al.*, 2003). En 2008, la Cour des comptes estimait que « le taux de mortalité par cancer est dix fois plus élevé chez [les ouvriers] et chez les employés que chez les cadres et dans les professions libérales, toutes causes confondues » (Gillette & Ract, 2008 : 71). L'augmentation de l'incidence des cancers conduit, de fait, à une forte croissance des inégalités devant la mort. Cependant il faut souligner que cette évolution, étant mesurée de façon différente à deux époques différentes, cela ne facilite pas les comparaisons.

- 9 Les inégalités face au cancer d'origine professionnelle se décomposent en deux grands types, qui contribuent à leur invisibilité : les inégalités d'exposition aux cancérigènes et les inégalités dans l'accès aux droits de la reconnaissance en maladie professionnelle.

Les inégalités dans l'exposition professionnelle à des cancérigènes

- 10 Il n'existe aujourd'hui en France aucun dispositif institutionnel de recensement et de traçabilité des expositions permettant d'identifier les expositions professionnelles aux cancérigènes, leur évolution sur les lieux de travail et dans la carrière des travailleurs exposés. L'enquête nationale Sumer (surveillance médicale des risques)³ montre qu'en 2010, 10 % des travailleurs salariés, soit près de 2,2 millions de personnes, étaient exposés à des substances ou procédés cancérigènes pris en compte dans l'enquête (vingt-cinq⁴), et ce sans protection pour la majeure partie d'entre eux. Les plus concernés, qui sont aussi les plus polyexposés, sont les jeunes en contrat précaire et ceux qui travaillent dans la maintenance et la construction – des secteurs où le recours à la sous-traitance et au travail temporaire fait obstacle à la prévention. L'agriculture est aussi particulièrement touchée, avec 13,5 % de l'ensemble des salariés du secteur, exposés à au moins un cancérigène lors de la dernière semaine de travail ; la proportion étant plus élevée encore pour les ouvriers agricoles (18,9 %) (Cavet & Léonard, 2013)⁵. Les résultats préliminaires de l'enquête Sumer 2017 sont du même ordre.
- 11 Enfin, les registres de cancers du réseau FRANCIM – sur la base desquels est estimé le nombre de nouveaux cas de cancer – ne couvrent qu'environ 22 % de la population française et ne comportent aucune information sur l'exposition à des facteurs de risque professionnels ou environnementaux, et à plus forte raison sur les inégalités face au cancer et les facteurs de risque associés. L'INCa et Santé publique France se réfèrent toujours aux comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool notamment) comme causes de cancer, sans tenir compte de la décroissance de ces comportements et surtout sans observation rigoureuse de l'évolution des expositions

individuelles et collectives à l'ensemble des substances toxiques, tant au niveau professionnel qu'environnemental.

Les inégalités dans l'accès aux droits de la réparation en maladie professionnelle

- 12 En France, depuis 1919, la reconnaissance en maladie professionnelle repose sur un système de tableaux mettant en correspondance une maladie et des substances et/ou procédés de travail présents dans certaines activités. Toute maladie mentionnée dans un tableau associée à une ou des activités de travail figurant dans le même tableau ouvre droit à la « présomption d'imputabilité » (de la maladie à l'exposition) et est reconnue de droit comme étant d'origine professionnelle. Il n'existe que cent dix-huit tableaux de maladies professionnelles. Depuis 1993, en conformité avec le droit européen, un système complémentaire de reconnaissance pour les maladies liées au travail ne figurant pas dans les tableaux a été institué. Cependant, dans cette seconde voie de reconnaissance, la victime de maladie professionnelle doit apporter la preuve du « lien direct et essentiel » entre son travail et la maladie. Le financement du système de réparation est imputable aux employeurs. L'indemnisation est forfaitaire, mais elle peut être majorée par l'action en faute inexcusable de l'employeur si la preuve de celle-ci peut être apportée devant les tribunaux.
- 13 Malgré les enjeux tant collectifs (amélioration de la prévention et diminution de la charge financière des cancers professionnels pour l'Assurance maladie) qu'individuels (indemnisation des victimes au titre des préjudices subis), de nombreuses publications scientifiques, administratives et parlementaires témoignent du fait que l'accès au droit à la reconnaissance et à la réparation des cancers en maladie professionnelle est extrêmement limité, soulignant l'inégalité face aux droits à indemnisation, notamment en référence aux victimes d'accidents graves et mortels, tels les accidents de la route ou thérapeutiques. Entre les travailleurs eux-mêmes, les inégalités sont également multiples.
- 14 Concernant les cancers professionnels, l'inégalité première provient de la législation elle-même, puisque seuls vingt-quatre tableaux de maladie professionnelle – portant sur vingt-cinq substances ou procédés cancérigènes – ouvrent droit à la présomption d'imputabilité de cas de cancer. Or, plus de 170 substances et procédés sont inscrits dans les catégories 1 (cancérigènes certains pour les humains) et 2A (cancérigènes probables pour les humains) du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), dont la plupart sont présentes en milieu de travail (Demers, 2020). Le doublement en vingt ans du nombre de cancers professionnels reconnus en France est dû en grande partie au mouvement social qui, dans les années 1990, a conduit à l'interdiction de l'amiante et à la mise en évidence de ses conséquences sanitaires catastrophiques. Ainsi, environ 80 % des cas reconnus le sont en référence aux tableaux de maladie professionnelle 30 et 30bis concernant l'exposition professionnelle à l'amiante (Assurance maladie, 2019), sachant que les victimes professionnelles de l'amiante bénéficient depuis 2002 d'une forme de reconnaissance de droit de la faute inexcusable de leur employeur par l'indemnisation complémentaire attribuée par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Les autres victimes – peu nombreuses – dont le cancer a été reconnu comme étant d'origine professionnelle, ne bénéficient que d'une réparation forfaitaire. Malgré cette augmentation

principalement liée à l'amiante, les cancers professionnels reconnus et indemnisés ne représentent aujourd'hui que 0,5 % des nouveaux cas de cancer. Même en se basant sur les estimations les plus farouchement conservatrices de la proportion des cancers liés au travail (voir ci-dessous), cela signifie une sous-reconnaissance des cancers professionnels de 88 % à 94 %.

- 15 Les statistiques nationales ne donnent pas accès à la répartition selon le sexe, le pays de naissance ou les catégories socio-professionnelles, qui constituent également des marqueurs d'inégalité face à la reconnaissance en maladie professionnelle. Néanmoins, la répartition selon les secteurs d'activité témoignent de cette faible reconnaissance, par exemple pour les travailleurs des « services », à savoir « travail temporaire, santé, social, nettoyage ». Ils ne comptent que pour 4 % des cas reconnus entre 2003 et 2017 (Assurance maladie, 2018) alors qu'ils représentent près de 20 % de la population salariée affiliée au régime général et que, selon l'enquête Sumer, les travailleurs temporaires sont particulièrement surexposés aux cancérigènes. Un autre point aveugle vient de l'invisibilité des maladies professionnelles parmi les travailleurs migrants – comme par exemple les travailleurs détachés de l'agriculture intensive provençale – dont la limitation du droit au séjour à un contrat de travail temporaire se traduit par une ineffectivité de l'accès aux droits de la reconnaissance en maladie professionnelle (Decosse, 2011).
- 16 Le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, qui permet la reconnaissance de cas hors tableau⁶, fait perdre aux victimes le bénéfice de la présomption d'imputabilité de leur maladie aux risques du travail. Les chiffres officiels suggèrent les difficultés rencontrées : en 2018, la part d'avis favorables aux victimes est inférieure à 40 %, sans possibilité de connaître les motifs de succès ou d'échec des procédures (Assurance maladie, 2018).
- 17 Pour les malades atteints de cancer hématologique, la reconnaissance en maladie professionnelle demeure très difficile. Seuls quelques facteurs de risque (benzène, rayonnements ionisants, 1,3-butadiène) font à ce jour l'objet de tableaux au régime général. Depuis 2015, le rôle de l'exposition aux pesticides a été officiellement admis dans un tableau de maladie professionnelle dans le cadre du régime agricole (RA n° 59), reconnaissant le lien entre exposition aux pesticides et lymphomes non-hodgkiniens (LNH), dont la leucémie lymphoïde chronique et le myélome multiple. Cette reconnaissance n'existe pas dans le régime général.
- 18 Les cancers hématologiques sont donc particulièrement sous-représentés dans les cancers professionnels reconnus dans le cadre du régime général, avec seulement cinquante-neuf cas en 2018 : trente-huit hémopathies au titre des tableaux n° 4 (benzène) et n° 6 (rayonnements ionisants) du régime général, ainsi que vingt et un cas reconnus « hors tableaux » (Assurance maladie, 2018). Le régime agricole et les organismes d'assurance maladie de la fonction publique ne publient pas de statistiques des maladies professionnelles.
- 19 En somme, les chances d'un travailleur de voir son cancer reconnu comme maladie professionnelle varient fortement, notamment en fonction du type de cancer et d'exposition(s) subie(s), de son régime de sécurité sociale, mais aussi du secteur d'activité, de la nature plutôt stable ou morcelée de son parcours professionnel, ainsi que des cancérigènes auxquels il a pu être exposé au cours de sa vie professionnelle. D'autres inégalités demeurent invisibles que seule une démarche telle que celle des GISCOP peut permettre de révéler.

Une démarche de recherche pour l'action

- 20 Pour comprendre le sens de la démarche engagée par les GISCOP, il importe de revenir tout d'abord aux connaissances acquises sur la maladie cancéreuse elle-même. Nous aborderons ensuite la démarche et les résultats des dispositifs d'enquête pluridisciplinaire du GISCOP 93 et du GISCOP 84.

Le cancer : une histoire multi-étapes nécessitant une compréhension pluridisciplinaire

- 21 De très nombreuses études biologiques et toxicologiques démontrent que le cancer est une maladie qui commence à se développer au cœur des cellules et s'inscrit, pour chaque individu touché, à la croisée de deux histoires. L'une est celle des atteintes, simultanées et/ou répétées, provoquées par les agents toxiques (poussières, substances chimiques, rayonnements) au cours de multiples événements de la vie professionnelle, résidentielle, environnementale et comportementale ; l'autre est, face à ces agressions, celle des réactions de défense de l'organisme, elles-mêmes extrêmement variables selon les individus. À mesure que les molécules toxiques prolifèrent dans la vie quotidienne, les processus mutagènes ou cancérigènes propres à chacun d'eux se multiplient, de même que leur synergie et leurs interférences avec les mécanismes de défense de l'organisme (Pézerat, 1985). Une autre caractéristique des cancers est le long délai de latence entre la ou les expositions à un ou des cancérigènes et la survenue des symptômes de cancer. C'est la connaissance de l'histoire longue de l'exposition des cancérigènes qui peut permettre d'orienter tant la réparation que la prévention des cancers professionnels.
- 22 Aujourd'hui, nos connaissances sur la toxicité des substances se limite à quelques centaines d'entre elles parmi les dizaines de milliers de substances chimiques utilisées actuellement. Cependant, même pour les substances dont la toxicité est avérée, la connaissance sur les expositions professionnelles est inexistante. Il y a plus de quarante ans déjà, Samuel Epstein (1978) soulignait que la connaissance des cancérigènes utilisés dans les procédés industriels de production, acquise en sciences fondamentales, n'était pas suivie d'une production de connaissances empiriques des expositions à ces substances sur les lieux de travail. En 1998, il renouvelait cet appel à la production de données empiriques sur les expositions (Epstein, 1998). Sauf exception, ces connaissances continuent à faire cruellement défaut aujourd'hui – dans l'industrie, dans l'agriculture (Anses, 2016) et ailleurs. Comme le souligne Paul Demers (2020), la prévention des cancers professionnels doit pouvoir s'appuyer sur la connaissance de qui est (ou a été) exposé aux cancérigènes connus – où, quand et dans quel contexte. Pour ce faire, l'apport d'une diversité de disciplines est impératif.
- 23 Ainsi, les chercheurs en ergonomie ont depuis longtemps mis en évidence la différence entre travail prescrit – qui fait référence à des données théoriques – et travail réel, à savoir l'activité effective déployée par les travailleurs pour accomplir les tâches prescrites. S'appuyant sur les connaissances produites dans cette discipline et en toxicologie, Brahim Mohammed-Brahim et Alain Garrigou (2009) proposent des démarches d'ergo-toxicologie centrées sur l'analyse de l'activité de travail en situation d'exposition, soulignant l'importance d'une connaissance fine des activités de travail

exposées pour permettre la mise en œuvre de stratégies de prévention au cœur du travail réel. Dans les Bouches-du-Rhône, l'Association pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) a alimenté pendant plus de trente ans un « cadastre du risque avéré » sur le bassin industriel de Fos-sur-Mer, en s'appuyant en premier lieu sur l'expérience des travailleurs, croisée avec les savoirs spécialisés d'experts des conditions de travail, en vue de l'assainissement des postes de travail (Andéol, 2020).

- 24 Ces démarches font écho à la circulaire de la Direction des relations du travail (DRT, aujourd'hui Direction générale du travail) du 24 mai 2006 explicitant le décret 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique. Celle-ci rappelait que « l'analyse des modalités d'exposition [...] repose [...] sur l'analyse des situations de travail, des postes de travail et des conditions dans lesquelles se déroulent les activités impliquant les agents chimiques ; cette analyse du travail réel doit nécessairement s'appuyer sur la connaissance qu'ont les salariés de leur activité et de leurs postes de travail ». Cette circulaire, largement tombée dans l'oubli aujourd'hui, fait écho aux fondements théoriques et méthodologiques à partir desquels se construit la démarche pluridisciplinaire des GISCOP.

Résister collectivement à l'effacement des traces d'exposition aux cancérigènes

- 25 En s'appuyant sur les connaissances existantes quant au caractère cancérigène des substances, rayonnements et procédés de travail⁷, la démarche des GISCOP vise à construire la visibilité des expositions professionnelles aux cancérigènes inscrites dans l'activité réelle de travail. Des entretiens approfondis, réalisés par des sociologues auprès des patients atteints de cancer, permettent la reconstitution précise, poste par poste, du parcours professionnel et de l'activité réelle de travail (Thébaud-Mony *et al.*, 2003 : 18). Puis un collectif pluridisciplinaire d'experts des conditions et risques du travail identifie et caractérise les expositions aux cancérigènes subies par les patients enquêtés dans chacun des postes occupés au long du parcours professionnel de chacun d'entre eux. Cette expertise prend uniquement en compte des cancérigènes classés comme tels par les organismes officiels (CIRC et UE). Ces classements constituent le point d'appui de notre recherche, qui ne vise pas à prouver à nouveau leur pertinence, mais les considère comme des savoirs solidement établis. L'expertise fait appel aux savoirs théoriques et à l'expérience pratique des experts, qui peuvent repérer dans les récits d'activité des patients les cancérigènes qu'ils connaissent, parfois dans des lieux ou des contextes précis de travail qu'ils connaissent également – y étant intervenus en tant que professionnels de la santé au travail (médecin, ingénieur de prévention), ou y ayant travaillé (travailleurs experts du nucléaire ou de l'agriculture, par exemple). À partir de la mémoire conjugée du patient lui-même, de ses collègues, de délégués du Comité d'hygiène, sécurité, conditions de travail (CHSCT), de professionnels de la santé au travail et des experts des GISCOP, il devient alors possible de reconstituer l'histoire de l'exposition (souvent polyexposition) aux cancérigènes. Sur la base de cette expertise, le collectif d'experts de chacun des deux GISCOP conseille, ou non, l'orientation du dossier vers la déclaration de maladie professionnelle. Pour les patients qui choisissent de faire cette déclaration, le malade et sa famille sont alors accompagnés tout au long de la procédure.

- 26 À travers l'analyse des reconstitutions de parcours de patients apparaît aussi l'effacement structurel des traces du travail, à l'œuvre de mille et une manières – entre autres les carences dans l'application des règles dites de traçabilité, la rareté des interventions de contrôle par les services de l'État et, en cas d'intervention, l'absence de mémoire de ces interventions. En 2017, les ordonnances Macron, ainsi appelées car elles font référence à ce mode de gouvernement qui caractérise le début du quinquennat du président Emmanuel Macron, signent la disparition des CHSCT. Or les procès verbaux de cette instance représentative des salariés d'une entreprise étaient souvent le dernier rempart à l'invisibilisation du travail exposé. L'effacement structurel des expositions s'est ainsi encore renforcé. Identifier, dans le cadre des expertises GISCOP, les expositions subies par chaque patient en croisant son expérience du travail avec celle d'experts des conditions et risques du travail revient à résister collectivement à ce processus d'effacement des traces.

Les résultats de l'enquête du GISCOP 93

- 27 Depuis le début des années 2000, l'équipe du GISCOP 93 mène une enquête permanente auprès de patients atteints de cancer respiratoire et, plus récemment, urinaire, pris en charge dans des hôpitaux de Seine-Saint-Denis. Cette recherche-action pluridisciplinaire procède de la démarche susmentionnée.
- 28 Entre mars 2002 et décembre 2015, les parcours professionnels d'une cohorte de plus de 1 200 patients atteints de cancers respiratoires primitifs, résidant en Seine-Saint-Denis et pris en charge dans trois hôpitaux de l'Est du département, ont ainsi été reconstitués, expertisés et inclus dans la base de données. L'accompagnement systématique des parcours de déclaration et de reconnaissance en maladie professionnelle a également permis la constitution d'un important corpus de données qualitatives. Une dizaine de thèses de doctorat, des mémoires de master, des rapports de recherche et de très nombreux articles scientifiques, en sociologie, histoire, géographie, droit, santé publique, épidémiologie, ainsi que des chapitres d'ouvrage et des articles ou interventions de valorisation, sont issus de la production de connaissances de ce dispositif de recherche⁸.
- 29 Les résultats de cette enquête permanente de plus de quinze ans révèlent des dimensions structurelles lourdes, tant dans les caractéristiques du travail exposé à des cancérigènes connus que dans la non-reconnaissance des cas en maladie professionnelle. Nous en retiendrons ici les résultats les plus constamment obtenus depuis ses débuts.
- 30 Un premier résultat s'est rapidement imposé : la fréquence de l'exposition, et plus encore de la polyexposition professionnelle aux cancérigènes. Plus de 85 % des patients (en majorité ouvriers ou employés) ont subi une ou des expositions de très longue durée (plusieurs décennies) à un ou plusieurs cancérigènes. Depuis les années 1980, avec la généralisation du recours à la sous-traitance et à l'intérim, les logiques structurelles de division sociale du travail et des risques entraînent une concentration des situations de polyexposition dans les secteurs suivants : construction, maintenance, nettoyage, manutention, transports, gestion des déchets.
- 31 Ces résultats ont été confirmés en 2018, par l'analyse statistique multivariée des données recueillies dans l'enquête entre mars 2002 et décembre 2010 auprès de 1 017 patients atteints de cancer respiratoire (834 hommes, 183 femmes) (Bertin *et al.*, 2018).

Outre la mise en évidence de la prééminence du travail ouvrier dans les parcours professionnels des patients de l'enquête, cette analyse a permis de caractériser les polyexpositions professionnelles aux substances cancérigènes et leurs différences selon le sexe. Huit modèles de polyexposition chez les hommes, et trois chez les femmes correspondent à des « cocktails » de substances cancérigènes, en usage habituel dans les activités de travail concernées : pour les hommes, construction, maintenance, travail des métaux, transports ; pour les femmes, santé-social, nettoyage et certaines activités industrielles (cosmétique par exemple). Dans une thèse de sociologie, appuyée elle aussi aux données genrées de l'enquête permanente du GISCOP 93, Michelle Paiva (2016) a analysé le processus d'invisibilisation de l'exposition professionnelle des femmes aux substances toxiques, ainsi que le déficit de reconnaissance en maladie professionnelle qui en découle – déficit à l'origine d'importantes inégalités entre femmes et hommes en matière de droits à la réparation.

- 32 Les chercheurs du GISCOP 93 ont ainsi pu questionner les modèles de référence de la reconnaissance en maladie professionnelle (Thébaud-Mony, 2006 ; Marchand, 2018). Sur les 1 256 patients dont le parcours professionnel a été reconstitué entre mars 2002 et décembre 2013, 380 ont obtenu la reconnaissance en maladie professionnelle. C'est beaucoup au regard de l'absence de reconnaissance des cas de cancer respiratoire liés au travail dans le département de la Seine-Saint-Denis avant l'enquête. C'est peu au regard des très nombreux patients de l'enquête ayant subi une lourde polyexposition professionnelle aux cancérigènes dans le cadre de parcours professionnels très éloignés du modèle de référence des tableaux de maladies professionnelles, soit un travailleur masculin occupant le même emploi toute sa carrière et subissant l'exposition à un seul cancérigène.
- 33 Anne Marchand (2018) va plus loin dans l'approche compréhensive des obstacles à la reconnaissance des cancers professionnels. Elle fait remonter aux origines mêmes de la loi, en 1919, la source des difficultés de son application et met au jour l'irréductible contradiction qui s'y exprime : d'un côté, l'exigence posée par le patronat d'une preuve absolue du lien de causalité entre facteur professionnel et maladie ; de l'autre, la réalité des maladies qui, biologiquement et cliniquement, ne portent pas de marques spécifiques de ce lien et sont, par essence, multifactorielles, c'est-à-dire imputables simultanément à plusieurs facteurs de risque. Le compromis trouvé à l'époque pour sortir de la contradiction a consisté à créer des tableaux de maladies professionnelles. Le principe de présomption d'imputabilité ne s'applique alors que dans le cadre strict des conditions du tableau. Or, seuls vingt six substances ou procédés cancérigènes figurent dans ces tableaux du régime général. Comme le montre Anne Marchand, le faible nombre et le caractère restrictif des tableaux portant sur des cancérigènes résultent d'une forte résistance patronale à la reconnaissance des cancers professionnels. À partir de l'analyse qualitative des parcours professionnels des enquêtés du GISCOP 93, elle montre également que les processus de réussite ou d'échec dans l'accès aux droits à la réparation pour des travailleurs atteints de cancer, actifs ou à la retraite, ne se comprennent qu'à la lumière du fait de « *se savoir exposé* ». Ce savoir constitue la clé de voûte du processus de déclaration en maladie professionnelle, sachant que le travail, comme espace de subordination, est marqué par l'antagonisme fondamental dans lequel employeurs d'un côté et travailleurs de l'autre jouent à armes structurellement inégales.

- 34 Autre résultat important : alors même que l'expertise pluridisciplinaire du GISCOP 93 documente la réalité de la polyexposition professionnelle aux cancérigènes, les médecins des commissions régionales de reconnaissance en maladie professionnelle (CRRMP) statuant sur les demandes de reconnaissance des patients « hors tableau » ne tiennent pas compte la plupart du temps de cette expertise et opposent un refus aux demandes – refus parfois compensé par un jugement des tribunaux s'appuyant sur l'enquête approfondie du GISCOP (Paiva, 2016 ; Thébaud-Mony, 2006, 2014 ; Marchand, 2018).

Précarisation sociale du travail, polyexpositions et pesticides : premiers résultats du GISCOP 84

- 35 Entre janvier 2017 et juin 2020, 221 patients atteints de lymphome non-hodgkinien (LNH) pris en charge au CHA ont été recrutés dans l'enquête, permettant la reconstitution et l'expertise collective de 162 parcours professionnels. Une première analyse des données de l'enquête du GISCOP 84 confirme la permanence de certaines dimensions structurelles mises en lumière par le GISCOP 93. Ainsi, 71 % des 162 patients de la cohorte du GISCOP 84 dont les parcours ont été expertisés ont été polyexposés à trois cancérigènes ou plus au cours de leur carrière, et ce, souvent sur des durées longues et avec des intensités moyennes ou fortes. De même, les parcours professionnels des patients sont marqués par le travail ouvrier et une forte instabilité d'emploi, liée en partie au recours à l'intérim (notamment dans les secteurs du BTP, du nettoyage et du nucléaire) et au travail saisonnier agricole. Cette précarité se traduit par des passages répétés d'un type d'exposition(s) à un autre au cours d'une carrière. Comme au GISCOP 93, apparaissent ici les effets de la « précarisation sociale » du travail, définie dans les années 1990 par un collectif d'une quarantaine de chercheurs comme « un processus multidimensionnel d'institutionnalisation de l'instabilité » répondant aux exigences de flexibilisation du marché du travail et de compétitivité (Appay & Thébaud-Mony, 1997). Une démarche collective plus récente de synthèse des recherches du champ santé-travail réunissant une centaine d'auteurs souligne les conséquences de ce processus de précarisation sociale du travail, non seulement sur la division sociale et sexuelle des risques, mais aussi sur les dispositifs de prévention et l'invisibilisation des atteintes à la santé liées au travail (Thébaud-Mony *et al.*, 2015).
- 36 Cela étant, certaines spécificités liées au bassin d'emploi du GISCOP 84 (la basse Vallée du Rhône) et à la pathologie prise en compte dans l'enquête apparaissent clairement. Ainsi, les expositions les plus fréquemment retrouvées sont celles pour lesquelles il existe un niveau de preuve élevé quant à leur lien avec les hémopathies malignes – telles les pesticides, les rayonnements ionisants, le benzène, le butadiène, le formaldéhyde ou encore les solvants chlorés. Des expositions à d'autres substances, comme les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), la silice, les fumées de soudage, les agents infectieux, l'amiante, les poussières de fer, les poussières de bois et le chrome sont également fréquentes. L'exposition professionnelle aux pesticides concerne ainsi 60 % des patients (n = 97). Cette proportion s'explique par le lien, largement documenté, entre l'exposition aux pesticides et la survenue de lymphomes non-hodgkiniens, mais aussi par le fait que la basse vallée du Rhône, dont proviennent les patients du GISCOP 84, est un bassin d'emploi à forte composante agricole où l'utilisation de pesticides est particulièrement forte. Ainsi, en 2017, le Vaucluse était le

département français ou la quantité de pesticides vendus par hectare de surface agricole utile était la plus élevée⁹.

- 37 Parmi les 97 patients exposés aux pesticides, 68 ont été exposés dans le cadre d'un travail agricole (chiffres de septembre 2020). Les parcours professionnels de ces patients apparaissent morcelés. Ainsi, seulement sept d'entre eux ont un parcours exclusivement agricole. Parmi les patients au parcours mixte (emplois agricoles et non agricoles), 18 ont exercé une activité professionnelle en milieu agricole durant dix ans ou plus (la durée d'exposition minimale permettant une reconnaissance en maladie professionnelle dans le cadre du tableau n° 59 du régime agricole), et 43 ont travaillé de manière intermittente dans le secteur agricole pour une durée totale inférieure à dix ans. Dans ces parcours, l'exposition aux pesticides se combine généralement à des expositions à d'autres cancérigènes dans l'agriculture et dans d'autres secteurs. La reconnaissance en maladie professionnelle est alors longue, compliquée et incertaine, et ce malgré des expositions avérées souvent fortes.
- 38 Nous avons été surpris par le fait que 41 % des patients exposés aux pesticides l'ont été (au moins en partie) dans le cadre d'activités non agricoles – que ce soit dans des activités connexes à l'agriculture (conserverie, conditionnement/expédition de denrées agricoles), lors de travaux impliquant un traitement du bois (maçonnerie/menuiserie/ébénisterie/peinture), via le contact avec des vêtements traités, ou dans d'autres contextes (chauffeur-livreur, manipulation d'huiles essentielles, etc.). Il s'agit de situations jusque-là peu ou pas identifiées comme mettant des travailleurs en contact avec des pesticides.
- 39 Enfin, la proportion de patients de l'enquête orientés vers une déclaration en maladie professionnelle atteint 49 %, et dépasse 50 % pour ceux pour lesquels les experts ont identifié une ou plusieurs expositions professionnelles aux cancérigènes, soit 95 % de la cohorte. Ainsi, lorsqu'une démarche de recherche prend appui sur la réalité de l'activité de travail exposée aux cancérigènes des patients atteints de cancer, la proportion des exposés et celle des patients déclarables en MP sont sans commune mesure avec la « part attribuable » au travail officiellement affichée dans l'épidémiologie des cancers – soit de 4 à 8 %¹⁰. Ce dernier taux émane d'exercices statistiques spéculatifs, réalisés à la fin des années 1970 aux États-Unis (Doll & Peto, 1981). L'objectif était d'établir mathématiquement le pourcentage de cancers évitables si tel ou tel facteur de risque était éliminé – le tabac et l'alcool étant arbitrairement considérés comme les principales voire les seules causes de cancer. La personnalité emblématique du responsable de cette démarche, Richard Doll, a conduit à en faire un dogme pour la santé publique, non remis en cause à ce jour (Epstein, 1978, 1998 ; Thébaud-Mony, 2014). Ce chiffre – 4 à 8 % – s'est autonomisé, en particulier par rapport à la réalité du travail exposé, en dépit de la présence sans cesse accrue de substances cancérigènes dans de nombreux secteurs professionnels. La représentation dominante des causes de cancer façonné par ce dogme consacre, en quelque sorte, l'invisibilité des cancers professionnels (Henry, 2017).
- 40 Ainsi, dans une récente évaluation de notre projet soumis à l'INCa, l'un des évaluateurs a écrit ceci : « Si en effet moins de 5 % des cancers du sang sont liés à des expositions professionnelles, comme l'a déclaré un expert, ce projet pose des problèmes : il pourrait avoir tendance à donner aux patients une fausse idée de la cause de leur cancer¹¹. » Ce chiffre est mobilisé ici, hors contexte et sans indication de la source (l'« expert » en question, serait-ce Richard Doll ?), pour suggérer que notre recherche s'intéresse à un

problème insuffisamment grave pour être digne d'intérêt – en nous accusant, au passage, de malhonnêteté envers les patients. Mettant en question ce postulat d'une très faible proportion de cancers attribuables au travail, les premiers résultats de l'enquête du GISCOP 84 suggèrent au contraire que les hémopathies malignes sont parmi les cancers professionnels les moins bien identifiés comme tels.

Des résistances institutionnelles entre impensés scientifiques et parti pris politiques

- 41 Le dispositif d'enquête du GISCOP 84 implique un ensemble d'opérations très chronophages. L'équipe est coordonnée par des chercheurs statutaires qui ne peuvent, avec les moyens actuels de la recherche, assumer à eux seuls l'ensemble des tâches. De même que la recherche clinique suppose l'activité d'attachés de recherche clinique, une telle enquête suppose le recrutement de chercheurs contractuels grâce à des financements spécifiques.
- 42 Le GISCOP 84 bénéficie aujourd'hui d'appuis solides de la part des institutions citées en introduction, tissant des liens permettant de construire avec ces institutions une coopération qui va bien au-delà du financement de la recherche, l'objectif étant – rappelons-le – dans une perspective de recherche pour l'action, la connaissance, la reconnaissance et la prévention des cancers hématologiques professionnels. Mais ces institutions ne peuvent nous soutenir que dans le cadre de plans d'action en santé publique, dont la dimension recherche ne permet pas le financement intégral du programme de recherche du GISCOP 84. Nous avons donc soumis des demandes de financement dans le cadre d'appels à projets de recherche. Sur seize projets de recherche soumis depuis cinq ans, deux seulement ont obtenu une réponse positive – de la part de la Ligue contre le cancer. Par ailleurs, deux candidats soutenus par le GISCOP 84 ont obtenu, de la part de la Fondation de France, un financement de recherche postdoctorale de vingt-quatre mois sur les thématiques du GISCOP. En revanche, nos demandes de financement de l'enquête elle-même auprès de la Fondation de France n'ont pas été retenues. Nous avons évoqué ailleurs cette difficulté d'obtenir des financements par appels à projets (Hunsmann *et al.*, 2019 ; Thébaud-Mony, 2019), en identifiant comme causes possibles les hiérarchies d'objets de recherche, qui s'inscrivent dans les logiques dominantes génératrices d'invisibilisation du travail, des travailleurs et des problèmes de santé liés au travail, ainsi que les hiérarchies disciplinaires au sein du champ de la santé publique et des sciences sociales de la santé – que l'on pourrait qualifier en simplifiant d'« abus de position dominante » de l'épidémiologie causale.
- 43 Notre approche est manifestement en décalage avec le type de recherches que souhaitent financer les institutions qui portent les appels à projets auxquels nous avons répondu. D'une part, pour une partie des évaluateurs de nos projets, la connaissance du travail exposé n'est pas un objet de recherche légitime, pas plus que les processus de non-recours aux droits, ou la production des inégalités sociales de santé évoquées en première partie. D'autre part, il semble difficilement concevable à nos évaluateurs que la question étiologique ne soit pas le cœur de la démarche. Une illustration de ceci se trouve dans l'évaluation de notre projet par la Fondation de France en 2018, dont le résumé se termine ainsi :

Le comité vous encourage à inclure au sein de votre équipe un épidémiologiste méthodologiste afin de garantir que les hausses de malades constatées sont significatives et que les clusters de malades repérés par les dossiers hospitaliers ont aussi une significativité robuste qui atteste de l'intérêt scientifique des repérages de facteurs de risque.

- 44 Selon ce raisonnement, seule aurait une légitimité scientifique la démarche consistant à reprouver pour toute population de patients atteints de cancer que des cancérigènes avérés sont *réellement* cancérigènes – non pas en étudiant la réalité empirique de l'exposition professionnelle aux cancérigènes de patients atteints de cancer, mais en recherchant la significativité statistique d'un « sur-risque » pour cette population. Cette idée, souvent exprimée par nos évaluateurs et interlocuteurs institutionnels, se fonde implicitement sur le postulat erroné de l'existence d'un niveau « normal » – et donc acceptable – de survenue de cas de cancer dans la population, et traduit une incompréhension profonde de la démarche GISCOP.
- 45 Une variante du raisonnement qui nous est opposé, sous prétexte de limitation des « biais », consiste, de la part des évaluateurs, à exiger la prise en compte des expositions *non* professionnelles des patients. Ainsi, l'évaluation de notre lettre d'intention soumise dans le cadre de l'appel à projets de recherche du Plan Ecophyto II en 2019 indique : « [l]a prise en compte des facteurs externes à l'exposition aux pesticides (tabagisme, autres facteurs environnementaux, etc.) n'est pas clairement définie dans le projet. » Outre le fait que le tabagisme n'est pas un facteur de risque avéré pour les hémopathies malignes, serait-il donc illégitime d'identifier les activités de travail exposant aux pesticides et de briser par cette démarche l'invisibilité des cancers hématologiques liés au travail ? Les facteurs de risque environnementaux et comportementaux relèvent d'un autre registre de stratégie préventive ; c'est un autre sujet de recherche.
- 46 La démarche GISCOP ne vise pas à prouver une relation causale entre des expositions cancérigènes subies par chaque patient et sa pathologie, relation impossible à démontrer pour un individu donné. Elle vise à identifier des situations d'exposition professionnelle à des cancérigènes *connus*, à comprendre les sources d'inégalités devant l'exposition et l'accès au droit à reconnaissance en maladie professionnelle, et à documenter ce qui fait obstacle à des interventions de prévention efficaces. Il s'agit là d'une démarche de santé publique de bon sens, presque classique. Dans une perspective pluridisciplinaire de recherche en santé publique, tout patient atteint de cancer ayant potentiellement subi des expositions professionnelles à des cancérigènes est digne d'intérêt – et ce pour des raisons scientifiques, de justice sociale et de santé publique. Ainsi, au lieu de conditionner l'intérêt porté aux expositions subies par les patients à leur appartenance à un éventuel cluster, la démarche GISCOP considère la survenue d'un cancer comme un événement-sentinelle à partir duquel il devient possible de rendre visible les expositions subies par les patients dans leur travail – et d'agir en prévention (Thébaud-Mony, 2008).
- 47 La connaissance rigoureuse des activités de travail exposées aux cancérigènes dans un double contexte de précarisation du travail et d'absence de traçabilité des expositions suppose une démarche pluridisciplinaire centrée sur l'expérience croisée du patient dans son parcours professionnel et des experts pour une identification rigoureuse et

systematique des expositions professionnelles subies. Autrement dit, et comme le souligne Larry Sawers (2013 : 13) au sujet d'une autre épidémie (le VIH/sida), pour comprendre le problème, il faut s'intéresser à « la vie très compliquée des gens ». C'est cela que ne comprennent pas certains de nos évaluateurs, comme celui missionné par l'INCa pour évaluer notre projet dans le cadre de l'appel à projets 2020 en Sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique – qui souligne que, dans la mesure où elle est « menée du point de vue des patients atteints de cancer, avec une évaluation rétrospective remontant parfois loin dans le temps, [cette] approche de l'évaluation des expositions [...] est biaisée et doit être abandonnée¹² ». Derrière l'obsession du « biais » s'exprime le fantasme d'une approche fondée sur des données « objectives » (pour ne pas dire « pures »), qui pourrait s'affranchir de l'apport de méthodes implicitement disqualifiées, celles – « impures » – des sciences sociales. Or ce sont ces disciplines dont la démarche même consiste à s'intéresser de près au travail réel et de rendre visible la manière dont la division sociale du travail produit des travailleurs polyexposés dont les parcours professionnels sont d'autant plus complexes qu'ils sont précaires. Emprunter la longue route rocailleuse de la reconstitution fine des activités de travail à partir des récits qu'en font les patients eux-mêmes est, en toute rigueur, la seule à permettre l'accès au travail réel et à ses risques.

- 48 Certains refus de financement des projets soumis par le GIS COP 84 dans le cadre d'appels à projets s'expliquent par des désaccords de méthode, des incompréhensions (peut-être en partie dues à un manque initial d'explicitation de notre part) ou tout simplement parce que le comité de sélection ne considère pas les cancers professionnels comme un objet de recherche important. Cependant, quand un projet de recherche essuie plusieurs refus, échelonnés sur des années et malgré la prise en compte des commentaires des évaluateurs d'une année à l'autre, la question se pose de la réception politique du projet par les institutions qui en sont les destinataires. Progressivement, les refus répétés de la part d'institutions ayant des missions de service public en rapport avec notre objet de recherche nous sont apparus comme l'expression d'un choix politique. Ainsi du rejet, *in extremis* et sans explication, de notre projet par les responsables de l'appel à projets 2016 du Plan Ecophyto – et cela contre l'avis du comité de sélection, dont un membre nous avait même appelés pour nous féliciter pour la qualité de notre projet et nous annoncer que celui-ci avait été classé « priorité 1 » par le comité. Ayant pu consulter les budgets prévisionnels issus de ce comité (dont les deux scénarii prévoient le financement de notre projet dans son intégralité), nous avons envoyé une demande écrite d'explication aux ministères en charge de l'appel à projets, demande restée sans réponse sur le fond.
- 49 Seule une réponse d'un haut responsable d'une des institutions auxquelles nous avons fait appel a mis l'accent sur les enjeux politiques de nos travaux : « Vous êtes en train de créer une épidémie de cancers professionnels. Votre recherche est intéressante et essentielle – ce n'est pas toujours le cas. Mais c'est un sujet explosif... et si ça explose, il ne faut pas que nous soyons là avec vous. » En produisant des connaissances sur les activités de travail exposantes et en inscrivant les expositions professionnelles aux cancérigènes dans une analyse générale des modes de production, de la division sociale du travail et des inégalités de santé qui en résultent, les GIS COP produisent un savoir politiquement encombrant. Ce savoir met au jour le fait que les cancers professionnels devraient représenter une priorité dans la lutte contre le cancer. Or leur prévention est directement en prise avec les rapports sociaux de production.

Conclusion : La prévention aux prises avec le productivisme

« We owe this to the exposed populations. We must turn their sufferings into a prescription for action. »

Philippe Grandjean¹³

- 50 La disproportion des efforts consentis, à coup d'argent public, pour traiter le cancer d'une part et le prévenir de l'autre est abyssale. En France, par exemple, l'Assurance maladie rembourse désormais les immunothérapies (pour les lymphomes notamment) dont le coût avoisine les 500 000 euros par patient – soit plus du double de l'actuel budget annuel du GISCOP 84. Décennie après décennie, les autorités sanitaires et politiques font le choix de ne pas explorer les sources réelles de danger, retardant indéfiniment les décisions de politiques publiques de prévention primaire, c'est-à-dire l'arrêt des expositions. C'est d'ailleurs le constat du Rapporteur spécial sur « les incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux » auprès du Conseil des droits humains de l'Organisation des nations unies (ONU) qui, dans son rapport de 2018¹⁴, dresse un bilan catastrophique des conséquences sanitaires de l'exposition des travailleurs aux substances toxiques à l'échelle planétaire (selon les estimations, dans le monde, un travailleur meurt toutes les quinze secondes de son exposition à des produits toxiques au travail). Il rappelle que « [l]es États ont le devoir de protéger les droits humains de tous les travailleurs en empêchant leur exposition à des substances toxiques » et affirme que le temps n'est plus au doute mais à l'action pour l'éradication des expositions.
- 51 Tirant partie du fait qu'il n'est pas possible de savoir à l'avance qui, parmi les millions de travailleurs exposés aux cancérigènes, déclarera un cancer à la suite des expositions subies, « l'incertitude indéfiniment reconduite » évoquée en introduction continue à servir de prétexte à l'inaction publique, retardant encore le moment de vérité sur l'ampleur du désastre, comme ce fut le cas pour l'amiante dans les années 1990 (Thébaud-Mony, 2014). Aujourd'hui encore, cette fibre tue de cancer au moins trois mille personnes par an en France. Mais l'amiante demeure l'arbre qui cache la forêt des cancers professionnels, dont le bilan sanitaire, social, économique et politique reste à dresser. Donner à voir les expositions à des cancérigènes avérés en milieu professionnel, mettre des noms et des visages sur des estimations chiffrées, permet de montrer, *a posteriori*, « sur qui c'est tombé » et d'objectiver les inégalités sociales devant le risque cancérigène. Cela permet aussi de mettre au jour la gravité de la crise sanitaire que constitue l'épidémie des cancers professionnels – mais aussi environnementaux, car la contamination déborde les lieux de travail – et l'urgence des réponses nécessaires, tout en révélant les freins institutionnels à la mise en visibilité de cette crise.
- 52 Concernant les cancers hématologiques, les résultats de l'enquête GISCOP 84, à la suite de ceux du GISCOP 93, lèvent un coin du voile sur la contribution du travail – le plus souvent ouvrier – dans la production de ces cancers, ici pour le Vaucluse et les zones limitrophes des départements voisins : BTP, travaux agricoles, différents types de services (nettoyage, agents de santé, maintenance automobile, magasiniers, livreurs,

manutentionnaires, intérim peu qualifié, etc.). Ces métiers et travaux les moins considérés sont pourtant apparus, à la faveur de la crise liée au SARS-CoV-2, comme les plus indispensables à la vie collective. Ils sont aussi les plus constamment polyexposés aux substances cancérigènes et autres toxiques.

- 53 Quant aux institutions chargées des appels à projets qui tiennent lieu de politique publique de recherche en santé publique, elles ne s'intéressent pas à la production de connaissances sur la réalité complexe du travail en milieu cancérigène. Bien souvent, elles demeurent prisonnières d'une vision accordant une légitimité scientifique aux seules démarches visant des clusters statistiquement significatifs de cancers – vision qui s'appuie sur la notion d'un niveau « normal » d'incidence de cas de cancers, considérés comme « inévitables » car ne relevant pas du seul changement de certains comportements individuels. En produisant des connaissances sur les activités réelles de travail exposant aux cancérigènes, la démarche des GISCOP restitue aux cancers professionnels leur qualité de maladies évitables. Le parti pris politique qui sous-tend le refus d'inscrire les cancers professionnels comme priorité de santé publique éclaire les choix de politique publique, dans le champ sanitaire mais aussi sur les plans de l'économie et de la justice.
- 54 L'exposition des travailleurs aux cancérigènes résulte d'un choix de la part des industriels et des pouvoirs publics consistant à privilégier la production au détriment de la santé – et souvent de la vie – des travailleurs. L'acceptabilité sociale de ce choix est fondée sur l'invisibilité des victimes. L'érosion de cette acceptabilité par la mise en visibilité des victimes accroît le coût politique de l'inaction publique. Cela explique en partie les résistances institutionnelles que rencontre cette démarche de recherche – et la perpétuation de ce que McGoey (2012) appelle un « inconnu stratégique » : ici le confort de l'ignorance de qui est exposé aux cancérigènes et de qui en meurt. En produisant un savoir sur le travail cancérigène, la démarche du GISCOP 84 met au jour l'urgence de réponses économiques, sociales et politiques à la crise des cancers professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉOL M., 2020. « Le “cadastre du risque avéré”. Une expérience de démocratie cognitive en ligne centrée sur le binôme médecin/patient », *Rives méditerranéennes*, 61 : 179-204.

ANSES, 2016. « Expositions professionnelles aux pesticides en agriculture », Rapport d'expertise collective [en ligne], www.anses.fr/fr/system/files/AIR2011SA0192Ra.pdf (page consultée le 5/4/2021).

APPAY B. et THÉBAUD-MONY A. (dir.), 1997. *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris, Iresco-CNRS.

ASSURANCE MALADIE, 2018. « Rapport annuel 2018 Assurance maladie Risques professionnels » [en ligne], https://assurancemaladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2018_assurance_maladie_risques_pro.pdf (page consultée le 5/4/2021).

- ASSURANCE MALADIE, 2019. « Cancers reconnus d'origine professionnelle : Évolution statistique, actions de prévention et d'accompagnement des salariés exposés », *Santé Travail : Enjeux & Actions*, avril [en ligne], www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/Rapport%20Enjeux%20et%20actions%20cancers%20pros.pdf (page consultée le 6/05/2021).
- BERTIN M., THÉBAUD-MONY A. et COUNIL E., 2018. « Do women and men have the same patterns of multiple occupational carcinogenic exposures ? Results from a cohort of cancer patients », *Annals of Work Exposures and Health*, 62, 4 : 1-15.
- CAVET M. et LÉONARD M., 2013. « Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010 », *DARES-Analyses*, 54 [en ligne], <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/les-expositions-aux-produits-chimiques-cancerogenes-en-2010> (page consultée le 4/05/2021).
- CHÉRIÉ-CHALLINE L., PATY A. C. et UHRY Z., 2003. « La mortalité prématurée par cancer : une spécificité française ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 30-31.
- COLLECTIF INTERSYNDICAL SÉCURITÉ DES UNIVERSITÉS JUSSIEU, 1977. *Danger Amiante*. Paris, La Découverte-Maspero.
- DECOSSE F., 2011. « Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI" », Thèse de doctorat de sociologie, EHESS.
- DEMERS P., 2020. « Using scientific evidence and principles to help determine the work relatedness of cancer. Final Report », Occupational Cancer Research Centre, Ontario Health [en ligne], www.occupationalcancer.ca/2020/scientific-evidence-work-relatedness-cancer-report/ (page consultée le 5/04/2021).
- DESPLANQUES G., 1993. « L'inégalité sociale devant la mort », *La société française : données sociales*. Paris, Insee.
- DOLL R. et PETO R., 1981. « The causes of cancer : quantitative estimation of avoidable risks of cancer in the United States today », *Journal of the National Cancer Institute*, 66, 6 : 1191-1308.
- EPSTEIN S., 1978. *The Politics of Cancer*. San Francisco, Sierra Club Books.
- EPSTEIN S., 1998. *The Politics of Cancer, Revisited*. New York, East Ridge Press.
- ETUI, 2017. « The Cost of Occupational Cancer in the EU-28. Final Report », Bruxelles, European Trade Union Institute.
- FRESSOZ J.-B., 2012. *L'Apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*. Paris, Seuil.
- MOHAMMED-BRAHIM B. et GARRIGOU A., 2009. « Une approche critique du modèle dominant de prévention du risque chimique. L'apport de l'ergotoxicologie », *Activités*, 6-1 [en ligne], <https://journals.openedition.org/activites/2086> (page consultée le 4/04/2021).
- GILLETTE A. et RACT Y., 2008. « Rapport public thématique "la mise en œuvre du plan cancer" », Cour des comptes, www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2008-RPT_Cancer_JO.pdf (page consultée le 5/4/2021).
- HENRY E., 2017. *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*. Paris, Les Presses de Sciences Po.
- HOREL S., 2015. *Intoxications. Perturbateurs endocriniens, lobbyistes et eurocrates : une bataille d'influence contre la santé*. Paris, La Découverte.
- HOREL S., 2017. *Lobbytisme. Comment les lobbies empoisonnent nos vies et la démocratie*. Paris, La Découverte.

HUNSMANN M., LYSANIUK B. et L'ÉQUIPE DU GISCOPI 84, 2019. « Faire entrer en résonance santé-travail et santé-environnement. Une recherche-action sur les cancers d'origine professionnelle et environnementale dans la basse vallée du Rhône », *Écologie & Politique*, 58 : 83-106.

INCA et SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2019. « Incidence et mortalité des cancers en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : de nouveaux indicateurs qui renforcent la connaissance des typologies de cancers », Communiqué de presse, 2 juillet 2019.

LE GUYADER-PEYROU S., DEFOSSEZ G., DANTONY E., MOUNIER M., CORNET E., UHRY Z., COWPPLI-BONY A., MAYNADIÉ M., TROUSSARD X., DELAFOSSE P., GROSCLAUDE P., COLONNA M., WORONOFF A.-S., REMONTET L., BOSSARD N. et MONNEREAU A., 2019. *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM, Volume 2 - Les hémopathies malignes*. SPF -INCa.

LE ROUX T., 2011. *Le Laboratoire des pollutions industrielles. Paris, 1770-1830*. Paris, Albin Michel.

MARANT-MICALLEF C., SHIELD K.D., VIGNAT J., HILL C., ROGEL A., MENVIELLE G., DOSSUS L., ORMSBY J.-N., REHM J., RUSHTON L., VINEIS P., PARKIN M., BRAY F. et SOERJOMATARAM I., 2018. « Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 21 : 442-448.

MARCHAND A., 2018. « Reconnaissance et occultation des cancers professionnels : le droit à réparation à l'épreuve de la pratique (Seine-Saint-Denis) », Thèse de doctorat d'histoire et sociologie, Université Paris-Saclay.

MCGOEY L., 2012. « The logic of strategic ignorance », *British Journal of Sociology*, 63, 3 : 533-576.

MICHAELS D., 2008. *Doubt is Their Product. How Industry's Assault on Science Threatens Your Health*. Oxford, Oxford University Press.

MICHAELS D., 2020. *The Triumph of Doubt. Dark Money and the Science of Deception*, Oxford, Oxford University Press.

MUSU T. et VOGEL L., 2018. *Cancer et travail. Comprendre et agir pour éliminer les cancers professionnels*. Bruxelles, ETUI.

NICOLINO F., 2014. *Un empoisonnement universel. Comment les produits chimiques ont envahi la planète*. Paris, Éditions LLL.

PAIVA M., 2016. « De l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle à l'invisibilisation des risques cancérigènes dans le travail des femmes. Une analyse à partir de l'enquête permanente du GISCOPI 93 », Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 8.

PÉZERAT H., 1985. « Les mécanismes du cancer », In CASSOU B., HUEZ D., MOUSEL M. L., SPITZER C. et TOURANCHET A. (dir.), *Les Risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris, La Découverte : 303-307.

SAWERS L., 2013. « Measuring and modelling concurrency », *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1 : 17431.

THÉBAUD-MONY A., 2006. « Histoires professionnelles et cancer », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163 : 18-31.

THÉBAUD-MONY A., 2008. « Construire la visibilité des cancers professionnels. Une enquête permanente en Seine-Saint-Denis », *Revue française des affaires sociales*, 2-3 : 237-254.

THÉBAUD-MONY A., 2014. *La Science asservie. Santé publique : les collusions mortifères entre industriels et chercheurs*. Paris, La Découverte.

THÉBAUD-MONY A., 2019. « Les travailleurs sont-ils les “invisibles” de la santé environnementale ou... les “damnés de la terre” ? », *Écologie et politique*, 58 : 69-82.

THÉBAUD-MONY A., BOUJASSON L., LEVY M., LEPETIT C., GOULIMALY P., CARTERON H. et VINCENTI M., 2003. « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) », *PISTES*, 5, 1 [en ligne], <https://journals.openedition.org/pistes/3346> (page consultée le 4/04/2021).

THÉBAUD-MONY A., DAVEZIES P., VOGEL L. et VOLKOFF S. (dir.), 2015. *Les Risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris, La Découverte.

NOTES

1. Au moment où cet article est sous presse, nous apprenons que notre projet soumis – pour la troisième fois – à l’appel à projets du Plan Ecophyto sera financé.
2. Les travaux de l’Insee sur la mortalité sont ventilés par sexe. À l’époque des années 1980, seule la mortalité masculine par cancer était explorée. L’évolution des travaux de l’Insee n’a pas permis de poursuivre cette analyse et de l’étendre à la mortalité féminine.
3. Menée par des médecins du travail volontaires auprès d’un échantillon représentatif de la population salariée, cette enquête ne consiste pas dans le recensement continu en temps réel des expositions subies par les travailleurs, lieu de travail par lieu de travail, mais vise à une photographie ponctuelle, tous les cinq ou six ans, de la population exposée aux risques professionnels dont les cancérigènes : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-118967> (page consultée le 6/05/2021).
4. Chiffre à comparer aux 58 substances, rayonnements et procédés cancérigènes pris en compte dans le cadre de l’expertise collective du GISCOP 84.
5. Les traitements aux pesticides étant largement saisonniers et l’enquête Sumer ne prenant en compte que la dernière semaine travaillée, la proportion des ouvriers agricoles exposés est sans doute bien supérieure si l’on considère l’année (et non la semaine) écoulée.
6. « Si la maladie n’apparaît dans aucun tableau, un lien essentiel et direct doit être établi entre le travail habituel et la maladie dès lors qu’elle entraîne une incapacité permanente d’un taux au moins égal à 25 % ou en cas de décès » (<https://www.ameli.fr/entreprise/vos-salaries/maladie-professionnelle/definition>, page consultée le 6/05/2021).
7. Un exemple de procédé de travail est le travail de nuit posté, classé « probablement cancérigène pour l’homme » par le CIRC.
8. <https://giscop93.univ-paris13.fr/publications.html>
9. Voir la carte de vente des pesticides par département par ha de SAU en 2017 : www.generations-futures.fr/cartes/carte-de-vente-pesticides-departement-ha-de-sau-2017/ (page consultée le 6/05/2021).
10. Chiffre cité par Santé publique France, l’INRS ou encore dans le Plan cancer 2014-2019 (p. 97). Pour une étude récente, fréquemment citée, voir : Marant-Micallef *et al.* (2018).
11. Traduit depuis l’anglais par les auteurs. Citation originale : « *If indeed less than 5 % of blood cancers are related to work exposures as stated by an expert, there are problems with this project : it might tend to give a wrong sense of the cause of their cancer to patients.* »
12. Traduit depuis l’anglais par les auteurs. Version originale : « *This analysis of exposure to carcinogens and prevention practices will [...] be conducted from the perspective of cancer patients, and with a retrospective assessment sometimes back long in time. This approach for assessing exposures and prevention practices is biased and should be abandoned.* »

13. « Nous le devons aux populations exposées ; nous devons transformer leurs souffrances en une prescription pour l'action [de prévention] » (intervention lors de la 28^e conférence annuelle de l'International Society of Environmental Epidemiology, Rome, 2016).

14. Rapport du Conseil des droits de l'homme, Soixante-treizième session, Supplément n° 53(A/73/53), New York, ONU, 2018 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/258/80/PDF/G1825880.pdf?OpenElement>, page consultée le 6/05/2021).

RÉSUMÉS

Avec près de 400 000 nouveaux cas par an, la France est en pleine épidémie de cancer. Or, malgré la nature fortement inégalitaire de cette épidémie, le rôle du travail dans la survenue des cancers demeure peu ou pas pris en compte. Dans le cadre de l'enquête de cohorte du GISCOP 84 auprès de patients atteints de cancer hématologique pris en charge au centre hospitalier d'Avignon, chaque cancer est considéré comme un « événement-sentinelle » donnant accès aux expositions professionnelles aux cancérigènes subies par les patients, mais aussi aux freins et leviers d'action pour la reconnaissance en maladie professionnelle et la prévention. L'article présente cette démarche de recherche pour l'action et le type de connaissances qu'elle permet de produire, tout en analysant les résistances institutionnelles auxquelles elle se heurte. En effet, si la crise sanitaire majeure qu'est l'épidémie de cancers appelle des réponses fortes, la prévention des cancers professionnels est en prise directe avec les rapports sociaux de production – et donc politiquement sensible.

France now counts nearly 400,000 new cancer cases per year. Yet, even though this epidemic is shaped by strong inequalities, the role of work as a cause of cancer remains underacknowledged, if not ignored. In the GISCOP 84 cohort study on blood cancer patients taken care of at Avignon Central Hospital, each cancer is considered as a "sentinel event" giving access to the patients' past (and present) occupational exposures to carcinogens, as well as to the obstacles to – and levers of action for – the prevention of occupational cancers and their compensation as occupational diseases. This article presents the GISCOP approach and the type of knowledge it produces. It also analyzes the institutional resistances this action research encounters. Indeed, although the ongoing cancer epidemic is a major public-health crisis requiring a strong response, the prevention of occupational cancers is intricately related to social relations of production – and thus politically sensitive.

INDEX

Mots-clés : cancer professionnel, expositions, cancérigènes, maladies professionnelles, inégalités sociales de santé, France.

Keywords : occupational cancer, exposures, carcinogens, occupational diseases, social inequalities in health, France.

AUTEURS

MORITZ HUNSMANN

Chargé de recherche CNRS à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS, UMR 8156 / U997), Codirecteur du Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle dans le Vaucluse (GISCOPI 84), moritz.hunsmann@cnrs.fr

ANNIE THÉBAUD-MONY

Directrice de recherche honoraire à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) (IRIS, UMR 8156 / U997), Chercheure associée aux Groupements d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle (GISCOPI 93 et 84, annie.mony@gmail.com

ÉQUIPE DU GISCOPI 84

Groupement d'Intérêt Scientifique sur les Cancers d'Origine Professionnelle dans le Vaucluse (GISCOPI 84). Outre les deux auteurs, l'équipe du GISCOPI 84 était composée de la manière suivante au moment de l'élaboration de cet article (dans l'ordre alphabétique) : Églantine Armand Rastano, Christelle Besse, Frédéric Décosse, Cécile Durand, Marilyne Grinand, Benjamin Lysaniuk, Rémy Ponge, Léa Prost, Borhane Slama et Judith Wolf.



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

La crise environnementale et sanitaire des « boues rouges » dans la presse locale en Provence

The environmental and health crisis of “red muds” in the local press in Provence

Brigitte Juanals



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9148>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9148](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9148)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Brigitte Juanals, « La crise environnementale et sanitaire des « boues rouges » dans la presse locale en Provence », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 24 mars 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9148> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9148>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

La crise environnementale et sanitaire des « boues rouges » dans la presse locale en Provence

The environmental and health crisis of “red muds” in the local press in Provence

Brigitte Juanals

Introduction

- 1 La crise environnementale et sanitaire provoquée depuis la deuxième moitié du XXe siècle par les déchets industriels de l'usine de Gardanne, dans les Bouches-du-Rhône, fait partie de l'histoire de la ville et de l'usine de traitement du minerai de bauxite qui y est implantée depuis 1894. L'usine de Gardanne s'inscrit dans un passé marqué par une formule qui la poursuit et continue de la caractériser à ce jour dans les médias : les « boues rouges ». Dans le contexte de préoccupations environnementales croissantes, l'inscription de cette pollution industrielle dans la durée permet de suivre les périodes de « visibilité » et « d'invisibilité » dans l'espace public associées à la notion de crise (Henry, 2009). Il apparaît complexe, en questionnant sa délimitation temporelle, de déterminer les origines, le début et la fin d'une crise à rebondissements qui évolue en fonction des difficultés d'exploitation et d'un agenda conjointement médiatique, politique et juridique. Dans le dossier thématique sur les « Expériences et politiques des “crises” en santé humaine et environnementale », la contribution de cet article porte sur l'analyse des productions médiatiques dans la perspective de l'approche méthodologique développée dans le numéro. Cette dernière vise à « décrypter » le contexte temporel, spatial et social dans lequel se déploient des crises, ainsi qu'à qualifier les processus de nomination et les acteurs impliqués.



1- Vue de l'usine prise de l'Avenue Victor Hugo, Gardanne, 17/10/2019 ©B. Juanals

- 2 L'usine est amplement médiatisée pour les conséquences de son activité industrielle sur l'altération de l'air et des sols dans les communes de Gardanne et de Bouc-Bel-Air, ainsi que de la mer Méditerranée. En effet, ses déchets toxiques ont pollué la mer dans les calanques de Cassis à hauteur de vingt millions de tonnes entre 1966 et fin 2015. L'activité de l'usine participe au développement économique local et au maintien des emplois dans une ville touchée par un taux de chômage élevé, mais elle entre en conflit avec l'implantation d'habitations due à l'expansion urbaine. Elle suscite toujours de fortes inquiétudes en termes de santé et d'environnement en raison des déchets rejetés en mer et stockés au sol dans des zones urbaines.
- 3 Cette crise dite des « boues rouges » est au cœur de plusieurs questionnements abordés dans ce numéro thématique. Son étude nécessite tout d'abord de l'appréhender dans sa temporalité et son contexte historique, local et social. Le constat est fait de pollutions massives, terrestres et marines, dues aux activités industrielles passées depuis le XIXe siècle (Daumalin & Laffont-Schwob, 2016), qui ont pour conséquence des concentrations de polluants dans les milieux contaminés. De plus, la pollution engendrée par les activités industrielles actuelles s'ajoute aux dégradations du passé. De manière indissociable, les rejets polluants qui dégradent les écosystèmes sont appréhendés dans le cadre du renouvellement de problématique posé par la santé environnementale (Bécot *et al.*, 2019). Ces pollutions, en affectant conjointement la santé humaine et animale, mettent en exergue l'apport novateur du concept de « One Health » (Gibbs, 2014), une seule santé. Les travaux de l'Observatoire hommes-milieu (OHM) du bassin minier de Provence étudient ces socio-écosystèmes fortement impactés par l'homme sur les plans écologique, sanitaire et social (Noack *et al.*, 2018), tandis que ceux de l'OHM International Pima County sont centrés sur les interactions entre les effets écologiques et de l'impact sanitaire, économique et social sur les populations voisines (Boyer *et al.*, 2017). Les travaux anglo-saxons analysent quant à eux l'engagement des non-spécialistes dans les mouvements sociaux dans le domaine de l'environnement (« *environmental grassroot movements* ») en relation avec des

problèmes sanitaires (Akrich *et al.*, 2010). Les tensions sociales qui se manifestent à Gardanne, Bouc-Bel-Air et autour des calanques (Deldrève & Metin, 2019) sont dues aux inquiétudes croissantes concernant les interrelations entre la santé humaine et animale ainsi que les diverses sources de pollution industrielle présentes sur les lieux de vie (Hajek, 2013 ; Allen *et al.*, 2017).



2- Vue de l'usine prise de la gare, Gardanne, 20/9/2019 © B. Juanals

- 4 Le littoral et la campagne provençale ne sont plus seulement envisagés comme des lieux de tourisme et d'agrément, mais aussi comme un patrimoine naturel à préserver. La création du parc national terrestre et marin des Calanques en 2012 s'inscrit dans ces évolutions.
- 5 La spécificité de notre étude est d'analyser les débats sur la crise environnementale et sanitaire des déchets industriels de l'usine de Gardanne au prisme de la presse locale. Dans cette crise, les logiques éditoriales médiatiques et leurs cadres narratifs (Neveu, 2013) offrent une représentation subjective et plurielle des faits d'actualité relatés dans les articles de presse (Verón, 1981 ; Charaudeau, 2005) qui évolue au cours du temps. Nous centrons l'attention sur le rôle joué par la presse écrite locale, que nous considérons comme un acteur de la société locale, dans la circulation de l'information sur les problèmes suscités par l'activité de l'usine. Selon cette logique médiatique, « comprendre l'information locale » implique de « comprendre le local, puis le fait médiatique, et enfin le fait médiatique local, singulier et résultant de la rencontre des deux » (Bousquet & Smyrnaio, 2012 : 9). L'information est ainsi révélatrice des rapports que la presse locale entretient avec le territoire, envisagé comme un espace géographique historiquement, socialement et politiquement construit. Dans les débats territorialisés sur les déchets de l'usine, nous portons l'attention, de manière transversale au déroulement temporel de la crise, sur le traitement médiatique des débats environnementaux et sanitaires qui en est fait. Adoptant une perspective constructiviste, nous analysons l'information comme étant « autant produite par le local que productrice du local » (Bousquet & Smyrnaio : 10). La finalité est d'explorer les modes de visibilité, d'intelligibilité et de médiation des problèmes traités que les

journalistes de la presse locale ont élaboré, par leurs choix éditoriaux, pour rendre compte des logiques politiques, industrielles et militantes des protagonistes qui s'affrontent dans l'espace public local (Tétu, 1995).

- 6 Après avoir présenté la méthodologie et les deux titres de presse retenus pour la période étudiée, la crise des « boues rouges » sera resituée dans le passé industriel provençal. Elle sera ensuite analysée dans les cadrages médiatiques et les stratégies de nomination de la presse locale.

Méthodologie

- 7 La méthodologie, au sein des études des médias, est appuyée sur l'analyse des discours médiatiques et des prises de position des acteurs. Les médias et les journalistes de la presse locale sont envisagés comme des acteurs jouant un rôle actif de médiation des problèmes publics (Cefaï, 2016) dans la circulation de l'information d'actualité sur les déchets industriels de l'usine, autant que dans la compréhension et l'interprétation des affrontements à leur sujet. L'analyse du discours ne peut être critique que « si elle n'autonomise pas les textes, qu'elle les rapporte à des pratiques sociales et à des intérêts situés » (Maingueneau, 2012 : 12). Le cadre sociohistorique, industriel et politique (Mioche, 2011, 2018 ; Deldrève & Metin, 2019) ainsi que juridique (Barraqué, 2017) de la crise provoquée par les déchets de l'usine permettra d'éclairer les débats, les récurrences et les changements observés dans le traitement médiatique qui en est fait. Les rapports entre publicisation et médiatisation (Delforce & Noyer, 1999) des problèmes publics relatifs à la pollution industrielle permettent d'appréhender des points de vue divergents sur les conséquences environnementales et sanitaires de l'activité de l'usine. Les formes de la médiatisation de l'information recouvrent les méthodes et les choix des médias concernant le cadrage et la mise en discours opérés par les journalistes.
- 8 La construction de cadrages et de recadrages médiatiques – en référence au concept de « cadre » de l'expérience (Goffman, 1991) – correspond à la production discursive des « faits journalistiques comme faits seconds ». Dans les articles de la presse écrite locale, les cadrages médiatiques de l'information intègrent de manière variable les cadres sociaux des divers acteurs (Esquenazi, 2013) impliqués dans les débats avec leurs intérêts, leurs savoirs et leurs lexiques. Les énoncés constituent les matériaux discursifs utilisés pour repérer les thèses en présence rattachées aux acteurs qui les défendent. Leurs points de vue sont rapportés dans les articles avec les stratégies de nomination et les formes d'expression (Moirand, 2008 ; Krieg-Planque, 2009) qu'ils utilisent. Au sein des cadrages médiatiques que nous avons identifiés, nous utilisons les stratégies de nomination pour repérer et analyser les prises de position des différents acteurs sur les impacts environnementaux et sanitaires des déchets industriels de l'usine. Parmi les formes d'expression employées, la lexie « boues rouges » est étudiée comme une « formule » (Krieg-Planque, 2009) donnant lieu à un fonctionnement en discours. Les emplois de ces formulations « cristallisent des enjeux politiques et sociaux que ces expressions contribuent dans le même temps à construire » (Krieg-Planque, 2009 : 13) dans l'espace public et à des périodes données. La formule « boues rouges » est utilisée en association, voire en hybridation avec d'autres formes d'expression (Moirand, 2008) qui se juxtaposent, la complètent ou la contrecarrent. Ces désignations sont étudiées en ce qu'elles permettent d'agréger les enjeux et les intérêts spécifiques liés au problème

des déchets de l'usine. Ces derniers sont sémiotiquement associés à la couleur rouge de la poussière de bauxite dispersée à proximité de l'usine et de ses zones de stockage.



3- Terre rougie par la poussière de bauxite, Gardanne, 20/9/2019 © B. Juanals

- 9 Nous avons sélectionné deux titres de presse locale pour rendre compte de leur participation à la production locale de l'information selon deux types différents de traitement éditorial orientés sur l'information au quotidien (*La Provence*) et sur les dossiers d'enquête (*Marsactu*). Le quotidien régional *La Provence* a été retenu car il est le principal titre de presse quotidienne locale, et le plus diffusé régionalement. Créé en 1997, détenu majoritairement par le Groupe Bernard Tapie, il couvre trois départements de la Région Sud et diffuse 92 260 exemplaires en 2018-2019 (source ACPM-OJD). Le quotidien assure un suivi actif et régulier du sujet des rejets industriels de l'usine, ce qui amène de nombreux acteurs à s'y exprimer pour gagner en visibilité médiatique et faire valoir leurs prises de position. Le média local d'investigation en ligne *Marsactu* est un média en ligne « *pure player* » qui privilégie un traitement éditorial d'enquête. Créé en 2010, il a été racheté en 2015 par ses journalistes avec la participation au capital de *Mediapart* et de ses lecteurs. Il traite de l'information locale sur la ville de Marseille et du département des Bouches-du-Rhône en revendiquant une particularité de journalisme d'investigation. *Marsactu* a suivi spécifiquement le problème de la pollution industrielle de l'usine de Gardanne et a ouvert un dossier d'archives sur les « boues rouges ».

Tableau 1. Nombre d'articles par an retenus dans *La Provence* et *Marsactu*

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>La Provence</i> (LP)	5	3	13	5	20	51	44	14	17	24
<i>Marsactu</i> (MA)	3	0	2	0	2	5	11	4	3	7

- 10 Les articles ont été collectés à partir de la lexie « boues rouges », de la ville « Gardanne » et des noms des entreprises (Péchiney, Alcan, Rio Tinto, Alteo) successivement propriétaires de l'usine. Les 196 articles de *La Provence* l'ont été via les bases de données de médias Factiva et Europresse, et les 37 articles de *Marsactu*, indexés avec mot-clé « boues rouges », ont été collectés sur le site web du média (soit 233 articles au total). Nous avons retenu la période 2010-2019 pour cette étude en raison des événements marquants qui l'ont ponctuée.

L'usine de Gardanne et ses « boues rouges » : une crise récurrente inscrite dans le passé industriel provençal

- 11 L'histoire économique, sociale et environnementale situe les pollutions d'origine industrielle dans les calanques de Marseille au début du xix^e siècle (Daumalin & Laffont-Schwob, 2016). Des travaux en histoire sont consacrés à la mine, à l'industrie de l'aluminium et de ses résidus en Provence ainsi qu'à l'usine de Gardanne (Mioche, 2011, 2018). Dans la première moitié du xx^e siècle, la présence de gisements de bauxite dans le Var et l'Hérault suscite la création d'usines à Marseille (La Barasse et Saint-Louis-les-Aygaldes), à Salindres et à Saint-Auban, qui cesseront leurs activités les unes après les autres entre 1960 et 1990 (Mioche, 2011 : 6). La dimension locale de cette activité est longtemps restée prégnante du fait de l'utilisation des ressources de proximité – la production de soude en Camargue jusqu'en 1961, les mines de bauxite de Gardanne jusqu'en 1990. Puis ces ressources ont fait l'objet d'un remplacement du fait de l'approvisionnement sur les marchés internationaux, notamment en bauxite de Guinée (Mioche, 2018 : 80-81).
- 12 L'usine installée à Gardanne depuis 1894 est la plus vieille usine du monde (120 ans) encore en activité (Mioche, 2011 : 5).



4- Vue de l'extérieur de l'usine, Gardanne, 17/10/2019 © B. Juanals

- 13 Dans l'histoire de cette usine, trois grandes périodes la rattachent aux producteurs mondiaux de l'industrie de l'aluminium et de l'alumine (Mioche, 2018). La première (1893-2003) correspond à la création de l'usine et à sa gestion par le groupe industriel français Pechiney ; la deuxième (2004-2012) inclut le rachat en 2004 par l'entreprise canadienne Alcan, elle-même absorbée en 2007 par l'entreprise anglo-australienne Rio Tinto. La troisième période débute en 2012 avec le rachat par le fonds d'investissement états-unien HIG, qui crée l'entreprise d'alumine de spécialité Alteo. À la suite de la cession de deux filiales en 2016, seule reste l'usine de Gardanne qui s'est spécialisée, depuis 2015, dans la niche de fabrication d'alumine techniques (céramiques, verres spéciaux, électronique) (Mioche, 2018 : 81-83).
- 14 Parmi les problèmes rencontrés par l'usine de Pechiney figuraient en premier lieu les résidus du traitement du minerai de bauxite. Le terme « boues rouges » couramment employé pour les désigner provient du procédé de fabrication Bayer¹ de l'usine :

Pendant près de 70 ans jusqu'en 1964, on a fabriqué de l'alumine à Gardanne et ailleurs avec un vocabulaire simple. Il y avait la partie rouge de l'usine, de la bauxite et de sa transformation ; puis la partie blanche pour l'alumine et ses transformations. Entre les deux, il y avait l'évacuation des « boues rouges ». (Mioche, 2011 : 5)

- 15 Les tonnes de résidus, d'abord stockées sur un terrain avoisinant l'usine, ont ensuite été évacuées, pendant soixante ans, dans les collines de Bouc-Bel-Air par transporteur aérien. En 1960, l'augmentation de la production a amené l'usine à recourir à des conduites déversant les boues dans les vallons de Mange-Garri et d'Encorse. Confronté à la saturation des bassins de stockage, l'industriel a identifié en 1964, avec l'accord de l'Institut scientifique des pêches maritimes (l'actuel Institut français de recherche pour l'exploitation de la mer, Ifremer) et l'Office français de recherches sous-marines du commandant Cousteau, la solution d'évacuation des boues par une conduite terrestre longue de 47 kilomètres entre Gardanne et Cassis, puis par une prolongation maritime de 14 kilomètres jusqu'à la fosse de Cassidaigne, profonde de 2 400 mètres, au large de Cassis.
- 16 Le conflit récurrent à propos des déchets de l'usine trouve son origine dans le passé industriel provençal, à partir de 1963 (Mioche, 2011 : 5-15). Philippe Mioche rappelle que l'industriel Pechiney a eu recours aux services de l'agence de conseil en communication Havas pour élaborer une stratégie de communication lui permettant d'affronter les fortes contestations locales de décembre 1965 émises à l'encontre du projet d'évacuation des boues rouges dans la baie de Cassis. Parmi les préconisations de cette dernière figurait la question du rôle de la presse locale en matière d'information. La stratégie préconisée mettait l'accent sur les relations publiques à entretenir avec les médias, dont une liste avait été établie (*Le Méridional*, *Le Provençal*², *La Marseillaise*) : « Il est bien entendu indispensable de, sinon conditionner, du moins neutraliser l'ensemble de la presse régionale. » (Mioche, 2011 : 5-15)
- 17 De plus, l'agence a préconisé à l'industriel une stratégie de nomination :

Nous proposons donc de remplacer systématiquement l'appellation « boues rouges » par « limons ferriques » vulgairement appelés « boues rouges ». Nous espérons ainsi corriger dans une certaine mesure la mauvaise impression causée par la première appellation.

(Rapport Havas conseil, 13 décembre 1965. Archives Pechiney IHA 001/1/20 515, cité dans Mioche, 2010 : 14)

- 18 Les conflits suscités par le déversement de résidus au large des Calanques datent de la période de Pechiney (Mioche, 2011). En 1963, les habitants se sont fortement mobilisés localement et les maires des villes concernées se sont affrontés. L'élu de Gardanne soutenait la solution proposée par l'usine, pourvoyeuse d'emplois, tandis que ceux de Cassis et d'Aubagne y étaient fermement opposés, avec le soutien de personnalités locales (Mioche, 2011 : 5-15). Toutefois, dans le contexte du développement d'une politique industrielle française forte, l'entreprise Pechiney a bénéficié d'un soutien politique au niveau national qui a perduré.
- 19 Des aménagements administratifs, juridiques et de taxation aux niveaux national et européen (Barraqué, 2017) témoignent du soutien dans la durée de l'État français aux différents propriétaires de l'usine.
- 20 Lors de la création du Plan d'action pour la Méditerranée (PAM) en 1976 par la Convention de Barcelone, la France a obtenu une dérogation pour les rejets en mer de l'usine de Gardanne. En 1992, l'agence de l'eau Rhône Méditerranée et Corse (RMC) a négocié avec Pechiney la création d'un zonage spécifique pour le calcul de la redevance MES (matières en suspension), due à partir de 1994. Une nouvelle zone de modulation à la baisse de la redevance pour les catégories de pollution MES et « toxicité aigüe » – qui ne concernait que l'usine de Gardanne – a été créée pour tout rejet « non domestique » au-delà de 5 kilomètres de la côte et de 250 mètres de profondeur. En 1995, lors de la renégociation de la Convention de Barcelone, l'usine de Gardanne a reçu l'injonction d'un état de « zéro impact » de ses rejets à vingt ans, soit pour le 31 décembre 2015. Cependant, le type de substance, non précisé, pouvait désigner autant des matières en suspension (les « boues rouges ») que des matières inhibitrices (MI) à toxicité aigüe (l'alumine et des métaux lourds, dont l'arsenic et le mercure) (Barraqué, 2017 : 277-280). La zone de modulation spécifique à l'usine a été légalisée par la loi sur l'eau et les milieux aquatiques (Lema) du 30 décembre 2006, la fin du plafonnement de cette taxe étant prévue pour 2014. Toutefois, par un amendement parlementaire à la loi de finances émise en 2012, une nouvelle catégorie de pollution sur la toxicité aigüe a été instaurée ; elle a repris les caractéristiques spécifiques antérieures et a réduit, à partir de 2016, l'augmentation des redevances dues par Alteo à l'agence RMC (Barraqué, 2017 : 285-286). Ces aménagements en matière d'autorisation des rejets en mer et de réduction des redevances ont joué un rôle central dans la poursuite des rejets en mer de l'usine jusqu'à la période actuelle.
- 21 La complexité du conflit, tant au niveau national que local, se manifeste dans les prises de position des acteurs en fonction de leurs priorités environnementales et sanitaires, économiques et sociales. En 2012, Alteo a demandé l'autorisation de poursuivre ses rejets industriels en mer sous forme liquide après le 31 décembre 2015 en s'appuyant sur l'imprécision des types de substances concernés. Le 8 septembre 2014, le conseil d'administration du parc national des Calanques a rendu un avis favorable à cette requête, avec le soutien de son président et du préfet de région. Puis la commission d'enquête constituée par le préfet dans le cadre de l'enquête publique conduite du 17 août au 25 septembre 2015 auprès des vingt-sept communes traversées par la canalisation utilisée pour évacuer les rejets, a également rendu un avis favorable – auquel se sont rangées les communes de Gardanne et Bouc-Bel-Air – à la poursuite

d'activité. Des associations écologistes (Ocean Nation, Surfrider, Sea Shepherd...), des collectifs de riverains et la députée européenne EE-LV du Sud-Est, Michèle Rivasi, ont marqué leur opposition, tandis que le maire communiste de Gardanne, Roger Meï, et le conseiller municipal EE-LV, François-Michel Lambert, ont affiché un fort soutien. Le conseil de développement de Marseille Provence Métropole (MPM) a donné au préfet un avis favorable le 26 septembre 2015, suivi par le Conseil départemental de l'environnement et des risques sanitaires et technologiques (Coderst)³ ainsi que le Conseil supérieur de la prévention des risques technologiques (CSPRT)⁴, avec l'émission de réserves. Au final, l'arrêté préfectoral du 28 décembre 2015 a autorisé Alteo à effectuer des rejets liquides dans la fosse de Cassidaigne, contre l'avis de la ministre de l'Écologie Ségolène Royale mais avec le soutien du Premier ministre Manuel Valls et du ministre de l'Économie Emmanuel Macron. Une dérogation préfectorale accordée jusqu'en 2021 a permis le dépassement, dans leur composition, des valeurs autorisées (arrêté ministériel du 2 février 1998) concernant les teneurs en arsenic, aluminium et fer, ainsi que le taux d'acidité, la demande biochimique en oxygène (DBO5) et la demande chimique en oxygène (DCO). Cette dérogation a ensuite été ramenée à fin 2019 par décision du tribunal administratif de Marseille (20 juillet 2018).

- 22 L'appellation « boues rouges » a néanmoins perduré dans les débats publics et les médias. Elle est notamment reprise par les acteurs des mobilisations sociales contre le préjudice environnemental et sanitaire causé par les déchets industriels de l'usine (Deldrève & Metin, 2019).



5- Site de l'usine Alteo (visite publique), pylône de l'infrastructure de la chaîne de traitement, Gardanne, 18/11/2019 © B. Juanals

- 23 Pour sa part, l'usine d'alumine Alteo, dans les brochures institutionnelles diffusées à l'office de tourisme de Gardanne et sur ses sites internet⁵, utilise les termes techniques de « résidus », « rejets » ou « particules ». Elle valorise autant son « patrimoine industriel » que ses « technologies innovantes » et sa stratégie de « croissance durable ».



6- Site de l'usine Alteo (visite publique). À droite, ancienne pièce d'équipement de la chaîne de traitement de bauxite érigée en objet de patrimoine, Gardanne, 18/11/2019 © B. Juanals

- 24 Depuis le 31 décembre 2015, l'entreprise déclare ne plus rejeter de « boues rouges » et a supprimé de son lexique cette formule qui attise les contestations locales. Elle affirme générer désormais deux types de déchets : l'un sous forme liquide, déversé en mer et nommé « rejet liquide » ou « effluent » ; l'autre sous forme solide, nommé « rejet solide » ou « résidu solide », constitué de particules déshydratées et stocké sur le site historique de Mange-Garri. De plus, Alteo utilise une nouvelle appellation déposée, la « bauxaline », pour désigner les résidus de bauxite lavés et séchés pour lesquels elle tente de trouver des débouchés commerciaux. Le terme « bauxaline » est formé par l'association du préfixe « baux » – en référence au minerai de bauxite – et du suffixe « -aline », proche de termes désignant des minéraux tels que la tourmaline, la cornaline, la citrine ou la serpentine. Cette appellation nous paraît s'inscrire dans une stratégie de nomination similaire à celle de la naturalité des « limons ferriques » employée par Péchiney.

Cadrages médiatiques et dynamiques temporelles : la requalification d'un problème de pollution industrielle en conflit environnemental et sanitaire

- 25 L'analyse des productions médiatiques publiées au quotidien fait émerger un grand nombre de faits d'actualité de nature diverse : déclarations d'acteurs, controverses, actions militantes, décisions politiques, administratives ou judiciaires, accidents industriels, études sanitaires... Ils font l'objet d'un travail de cadrage éditorial et de mise en discours par les journalistes oscillant entre le compte rendu, l'analyse et des prises de position engagées, tout en intégrant la dimension pragmatique des énoncés et des situations. Les articles de *La Provence* sont conçus selon un cadrage médiatique resserré sur une logique événementielle rendant compte des faits d'actualité relatés au quotidien. Rédigés par une vingtaine de journalistes différents sur chaque période, ils

laissent apparaître des postures hétérogènes dans les relations aux sources et aux acteurs, allant du compte rendu à la prise en charge distanciée, jusqu'à des prises de positions favorables, voire de soutien, des points de vue, des arguments et des études avancés par les protagonistes. De manière différente, les articles de *Marsactu*, signés par deux journalistes, adoptent un cadrage médiatique principalement politique qui associe des faits d'actualité prédominants à une mise en perspective plus large comportant une orientation critique et synthétique.

- 26 L'analyse des productions médiatiques publiées entre 2010 et 2019 a fait émerger, en correspondance avec l'évolution temporelle de cette crise à rebondissements, trois périodes distinguées par des faits d'actualité majeurs et leur traitement éditorial spécifique.
- 27 La première période, caractérisée par la montée des inquiétudes à l'égard des déchets industriels, s'étend de 2010 à 2014. Elle s'ouvre le 4 octobre 2010 avec l'annonce de la rupture de la digue d'une usine de fabrication d'alumine à Devecser (Hongrie), et le déversement de « boues rouges » dans un affluent du Danube. Cet accident industriel a provoqué une catastrophe écologique et humaine. Survenu dans un autre pays européen, il a réactivé l'attention médiatique et les inquiétudes locales selon la logique du déplacement de récit des « occasionnalités événementielles » (Delforce, 2004). À cette époque, les problèmes de pollution du milieu marin prédominent en raison de la demande d'Alteo à l'Etat, en 2012, de poursuivre ses rejets en mer après 2015. La presse locale rend également compte de la montée des inquiétudes et des protestations relatives aux conséquences sanitaires des déchets de l'usine stockés au sol à Gardanne et à Bouc-Bel-Air.
- 28 La deuxième période, en 2015 et 2016, est marquée par une exacerbation des tensions due aux échéances juridiques et aux affrontements politiques et sociaux qui en résultent. La production médiatique est élevée : parmi les 230 articles considérés dans cette étude, un grand nombre (107) forme un « moment discursif » en ce qu'il correspond, sur une période limitée de deux années, à un regroupement d'articles publiés en plus grand nombre « dans les médias à propos d'un fait du monde réel qui devient *par et dans* les médias un « événement » » (Moirand, 2008 : 4). Durant cette période de conflits, *Marsactu* publie cinq articles de synthèse tandis que *La Provence* médiatise au quotidien une situation de crise permanente à rebondissements. Les pollutions en milieu marin et terrestre de l'usine se rejoignent pour soulever des problèmes de santé environnementale.
- 29 Une troisième période allant de 2017 à 2019 porte sur la reconfiguration du problème en conflit environnemental et sanitaire à la suite des décisions juridiques et administratives décisives de 2015. Dans un contexte associant désormais les pollutions du milieu marin et terrestre aux problèmes sanitaires, la Commission de suivi de site de l'usine est partagée en deux sous-commissions dédiées aux rejets liquides au large de Cassis et au site de stockage de Mange-Garri. *La Provence* suit l'actualité conflictuelle des différents comités techniques de surveillance sur les impacts environnementaux des déchets et les demandes de mise aux normes suivies d'arrêtés préfectoraux. Les deux titres de presse rendent compte des confrontations entre les représentants de l'État, les opposants associatifs, les riverains et l'entreprise, ainsi que des actions en justice intentées contre elle.
- 30 De manière transversale aux trois périodes temporelles qui suivent le déroulement de la crise, trois cadrages médiatiques principaux se dégagent dans la durée. Analysés ci-

après, ils portent sur l'écotoxicité des déchets, l'impact sanitaire des déchets et, à partir de la deuxième période, sur le durcissement d'un conflit militant environnemental et sanitaire.

Les discours de presse sur l'écotoxicité des déchets, entre description et engagement

- 31 Dans la première période, l'accident de Devecser met à l'agenda médiatique en 2010 les débats sur le niveau de toxicité humaine et d'écotoxicité des déchets industriels de l'usine de Gardanne. En relatant la visite de l'usine organisée par la municipalité et l'entreprise pour rassurer les habitants sur les mesures de sécurité, *La Provence* reprend les termes techniques employés par les responsables industriels : « résidus sous forme liquide » « solides et inertes » et « bauxaline » (LP, 9 octobre 2010). En contrepoint, la mémoire des pollutions antérieures et les termes qui leur étaient associés réapparaissent dans la presse, comme le déversement de « boues rouges » dans la Luynes, affluent de l'Arc, à la suite d'une rupture de joint de canalisation survenue en 2002 (LP, 8 octobre 2010). Le chercheur en géologie et climatologie Michel Villeneuve souligne la toxicité des « boues rouges » qui contiennent des métaux lourds et des produits chimiques toxiques pour la santé humaine et animale. Il mentionne les « boues rouges » déversées au large de Cassis et les « crassiers de boues rouges séchées » stockées dans des vallons des quartiers nord de Marseille, de Vitrolles et de Gardanne (LP, 11 octobre 2010). En évoquant les lieux et en reprenant les désignations porteuses de l'histoire de la pollution industrielle, il rappelle sémantiquement, dans son discours, l'accumulation des dégâts occasionnés par l'activité de l'usine. La presse remet ainsi en circulation la mémoire portée par ces mots.
- 32 La presse rend également compte des conflits sur la toxicité des rejets en mer de l'usine. Les eurodéputés EELV Michèle Rivasi et José Bové, des ONG (Sea Shepherd, les Amis de la Terre, Zea) et des collectifs citoyens demandent en 2012 des études indépendantes. *La Provence* constate avec distance que la « toxicité de ces rejets et [les] risques sanitaires » (LP, 6 juillet 2013) font l'objet d'études contradictoires de la part de l'industriel, de l'État et des militants écologistes quant aux impacts sur les poissons et sur l'homme dans la chaîne alimentaire. *Marsactu* prend position en soulignant les impacts environnementaux aggravés par le « poids du passif » constaté par l'autorité environnementale du parc des Calanques : « 20 millions de tonnes de boues déversées depuis 1966 ont formé un continent englouti [...] jusqu'à 2 300 m de profondeur et 65 km au large. » (MA, 19/08/2014)
- 33 Le fait d'actualité central sur la période est la demande d'Alteo, en 2012, de poursuivre ses rejets en mer sous forme liquide après le 31 décembre 2015. *Marsactu* reprend la nomination technique – « effluents » – utilisée par l'industriel en la reformulant avec le paradigme définitionnel critique d'« eaux industrielles, à forte teneur en soude mais contenant aussi des métaux lourds comme l'arsenic » (MA, 19 août 2014). À la suite de l'avis favorable émis par le conseil d'administration du parc national des Calanques, l'énoncé détaché (Maingueneau, 2014 : 144-148) du maire communiste de Gardanne, Roger Meï – « La vraie pollution, c'est le chômage », repris dans les deux titres de presse – résume la priorité donnée aux problèmes sociaux et économiques. La presse rend abondamment compte des affrontements politiques nationaux et locaux houleux, accompagnés d'actions militantes, qui ont perduré jusqu'à la fin de la première période.

Les opposants à l'industriel contestent cet avis favorable donné par le parc national, qui préfigure la possibilité du renouvellement de l'autorisation de poursuite des rejets en mer de l'usine et la crise politique de l'année suivante.

- 34 La deuxième période est caractérisée, dans un contexte de crise politique, par une activité médiatique élevée. Elle résulte de deux faits d'actualité majeurs : la fin en 2015 de l'autorisation des rejets en mer concédée à l'usine, couplée à la nouvelle autorisation de poursuite des rejets sous forme liquide. L'opposition de la ministre de l'Écologie Ségolène Royale à cette décision est médiatisée dans sa « petite phrase » politique (Krieg-Planque & Ollivier-Yaniv, 2011) qui dénonce une période de « vingt ans d'autorisation de polluer » (LP, 26 novembre 2015). La presse relate les conflits d'expertise et de contre-expertise des mesures des impacts environnementaux et sanitaires des déchets entre les différentes instances de régulation. Parmi ces rapports, l'étude du *Bureau de recherches géologiques et minières* (BRGM, 11 décembre 2014) est favorable à l'industriel, tandis que le rapport de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses, 2 février 2015) sur l'impact des rejets en mer confirme une contamination des poissons contredisant les analyses d'Alteo (LP, 8 avril et 3 septembre 2015). L'affrontement politique entre la ministre de l'Écologie et le Premier ministre Manuel Valls est fortement médiatisé.
- 35 Lorsque l'entreprise est autorisée, sur dérogation préfectorale, à poursuivre ses rejets en mer sous forme liquide jusqu'en 2021 (LP, 30 janvier 2016) malgré le dépassement des valeurs autorisées (cf. section précédente), les deux titres de presse expriment leurs critiques en réutilisant la formule « boues rouges » : « Plus de boues rouges mais toujours des rejets toxiques » (LP, 30 août 2015), « Les boues rouges sont mortes, vive les rejets liquides ! » (MA, 30 décembre 2015). La formule agrège les oppositions : « Rejets des boues rouges : le temps de la mobilisation » (LP, 20 août 2015), « Une pétition contre les boues rouges » (LP, 21 août 2015), « Boues rouges : la société civile met la pression » (LP, 23 septembre 2015)... Les militants Laetitia Moreau et Olivier Dubuquoy dénoncent l'acceptation des « boues rouges » par les autorités politiques, scientifiques et sanitaires⁶ (LP, 15 octobre 2016).
- 36 Sur cette période, la presse locale se fait aussi l'écho de plusieurs conflits définitionnels qui sont manifestés par des commentaires métadiscursifs – en tant qu'énoncés qui explicitent, commentent ou réfutent d'autres énoncés – émis par l'entreprise et plusieurs journalistes. Principalement formulés dans une visée argumentative, ils constituent des stratégies discursives explicites. Face aux contestations politiques et militantes, la stratégie de nomination d'Alteo, révélée dans un communiqué de presse diffusé fin 2015, consiste à discréditer l'usage de la lexie « boues rouges ». Il est commenté de manière distanciée par *La Provence* :

[...] la société Alteo a tenu avant tout à dénoncer l'utilisation – abusive, selon elle –, du terme « boues rouges » qui ne correspondrait plus à la réalité. [...] « l'autorisation accordée par le préfet ne prévoit nullement la poursuite des rejets de boues rouges en mer pendant six ans », mais « exactement le contraire ». (LP, 31 décembre 2015)

- 37 De même, en 2016, après la diffusion du reportage « Calanques en eaux troubles »⁷ dans l'émission *Envoyé spécial* le 28 juillet, le directeur des opérations d'Alteo, Éric Duchenne, s'insurge dans *La Provence* contre les journalistes :

Contrairement à ce que l'on peut entendre dans le teaser de l'émission, on ne rejette plus de boues rouges depuis l'an dernier. Cela inquiète énormément la population, il est bon de le rappeler. (LP, 2 septembre 2016)

- 38 Toutefois, le titre du reportage de l'émission *Thalassa* diffusé en septembre, « Boues rouges, la mer empoisonnée »⁸, reprend également cette lexie. Les journalistes justifient son utilisation pour décrire la situation d'accumulation des déchets remués par les nouveaux rejets liquides :

[...] les journalistes prennent bien soin de ne pas alimenter la confusion entre les « boues rouges » déversées par le passé et la nature liquide et incolore du rejet actuel. Cela ne les empêche pas d'interroger la persistance de la pollution des dizaines de millions de tonnes qui se sont accumulées dans la fosse de Cassidaigne. (MA, 2 septembre 2016)

- 39 L'entreprise ne parvient pas à imposer aux médias et à la société civile ses arguments et son lexique ancrés dans les sciences de l'ingénieur. Toujours utilisée, la formule « boues rouges » reste l'expression négative de la dénonciation et de la colère suscitée par la pollution industrielle de l'usine.

Des cadrages médiatiques sur l'impact sanitaire des déchets en soutien des contestations locales

- 40 Les deux titres de presse ont suivi dans la durée la montée progressive des protestations et les demandes locales réitérées d'études sanitaires, portées par un lexique spécifique, jusqu'à la publication des résultats scientifiques.
- 41 Dans la première période, un ensemble de faits d'actualité porte sur les nuisances et les craintes pour la santé suscitées par les résidus d'alumine à Gardanne et à Bouc-Bel-Air. Alors que des riverains se plaignent des « poussières » en provenance de l'usine, cette dernière conteste et n'évoque que des « résidus solides ». Michèle Rivasi réclame l'ouverture d'une « enquête épidémiologique sur l'impact des poussières » à l'Observatoire régional de la santé (LP, 23 octobre 2010) ; François-Michel Lambert, conseiller municipal écologiste, demande au maire de Gardanne de réaliser un « diagnostic territorial de santé » sur la commune (LP, 26 janvier 2012).



7- Vue de l'usine, proche des habitations, prise depuis l'Avenue Victor Hugo, Gardanne, 20/9/2019 © B. Juanals

- 42 La presse relaie les plaintes récurrentes d'habitants de Gardanne sur les nuisances engendrées par les « poussières rouges et blanches » dans leur vie quotidienne (LP, 30 mars 2011). Le collectif de riverains Bouc-Bel-Air pour tous s'inquiète du projet du conseil municipal de stocker, après le 31 décembre 2015, la totalité des « boues rouges » sur le site déjà saturé de Mange-Garri (LP, 7 février 2012). En contrepoint, le même article cite l'argumentation du directeur de l'usine sur la conformité des déchets avec la réglementation et sur leur composition naturelle : « Ce n'est rien d'autre que ce qui reste après qu'on a extrait l'alumine. Une sorte de terre glaise naturelle très fine, de couleur rouge, dans laquelle il y a du fer et un peu d'alumine. » (LP, 7 février 2012) En 2014, *La Provence* rend compte de manière distanciée d'une controverse qui atteste d'une forte défiance des habitants envers l'usine, toujours placée sous l'étiquette « boues rouges » : « Les boues rouges de l'usine Alteo sont-elles toxiques ? » (LP, 10 décembre 2014), « Boues rouges : "Aucun impact sanitaire" pour Alteo » (LP, 31 décembre 2014). Cette controverse médiatique manifeste une situation de blocage qui annonce les affrontements futurs.
- 43 Dans le contexte conflictuel exacerbé de la deuxième période, la presse s'engage en 2015 et 2016 en relayant les protestations plus insistantes des habitants concernant les impacts des déchets sur leur santé. Les nuisances causées par les envols de poussières issues du traitement des déchets solides datent de 2008, depuis leur stockage sous forme sèche sur la zone de Mange-Garri avec la mise en service de filtres-presses⁹. De plus, deux accidents liés à l'activité de l'usine (une fuite d'eau polluée et un envol de poussières rouges) ont alimenté les craintes relatives aux conditions de vie dans des lieux pollués. La presse relaie l'anxiété locale en citant des maladies (« Maladie d'Alzheimer, troubles respiratoires, inflammations des muqueuses, ulcères, cancers, troubles du développement cérébral... ») et en les mettant en relation directe avec la présence de « métaux lourds » dans les déchets (« un excès d'aluminium, de chrome ou encore de plomb ») (LP, 1^{er} février 2015). *La Provence* présente les riverains comme des

victimes de la pollution. Confrontés aux études contradictoires publiées par l'usine et ses opposants, ces derniers « tentent de cohabiter avec ces boues rouges en évitant de trop se demander si les cancers et autres problèmes de thyroïde qui touchent une vingtaine d'habitants ne sont pas directement liés à la proximité de ces déchets » (LP, 1^{er} février et 9 avril 2015). Le récit du témoignage d'un riverain proche de la zone de stockage le décrit en victime de la pollution (LP, 1^{er} février 2015 ; MA, 21 novembre 2016).

- 44 *La Provence* soutient les demandes réitérées des habitants pour la mise en place d'études sanitaires. Elles constituent pour eux des moyens de protestation et des artefacts communicationnels pour gagner une visibilité médiatique sur les nuisances de l'usine à Bouc-Bel-Air. La presse met en scène les dangers et les risques encourus au quotidien par les habitants et invoque l'argument d'autorité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

La question de fond [...] est l'impact des poussières. [...] Des poussières d'oxydes de fer qui rougissent les tables des jardins, les piscines, entrent dans les chambres et dans les poumons. Des poussières chargées de métaux lourds, des particules fines que l'OMS a qualifiées de potentiellement cancérigènes. (LP, 7 novembre 2015)

- 45 En réponse à une demande de la municipalité et de ses habitants, l'enquête conduite par la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal) et engagée fin 2015 par l'Institut de veille sanitaire (devenu Santé publique France) est largement médiatisée : « Enfin une enquête épidémiologique. Des mois, voire des années qu'elle était réclamée par les riverains. » (LP, 7 novembre 2015)
- 46 Dans la troisième période, les résultats des études scientifiques demandées par les municipalités et les riverains sont publiés à partir de 2017. *La Provence* les diffuse quotidiennement selon un format événementiel tandis que trois enquêtes de *Marsactu* synthétisent les réponses apportées par les instances sanitaires à cette question persistante : « Les poussières issues du site de stockage de boues rouges séchées d'Alteo affectent-elles la santé des riverains ? » (MA, 7 février 2017). D'autant plus que l'avis de l'Anses sur l'impact sanitaire du site (7 octobre 2015), demandé par la ministre Ségolène Royal en 2015, stipulait : « En l'état, l'Anses conclut que les résultats de la modélisation [d'Alteo] ne peuvent être considérés comme validés. Cette conclusion vaut de fait également pour la caractérisation des risques sanitaires. » (MA, 17 mars 2017)
- 47 Le rapport du 2 février 2017 de Santé publique France répond à une « demande d'étude épidémiologique à l'ARS [Agence régionale de santé] Paca faite par les riverains du site de stockage de Mange-Garri faisant état de nombreuses pathologies dans le voisinage du site avec mise en cause des poussières ». Ses deux auteurs (le responsable de la cellule d'intervention en région [CIRE] Paca Corse et l'ingénieur épidémiologiste) concluent que « l'investigation mise en place n'a pas permis de confirmer l'existence d'un agrégat de pathologies non infectieuses » (MA, 9 février 2017). La faible participation – un phénomène récurrent – limite les résultats et empêche de se prononcer « sur l'impact sanitaire en général » (MA, 9 février 2017). À la suite de la demande de la direction générale de la prévention des risques (DGPR) du ministère de l'Environnement en juin 2016, l'étude de l'Anses publiée le 4 janvier 2017 conclut :

Arsenic, plomb, aluminium... Dans une note datée de janvier 2017, l'Anses conclut que les échantillons de sol prélevés autour de Mange-Garri « ne permettent pas d'exclure un risque sanitaire au niveau local » pour ces trois substances. (MA, 9 février 2017)

- 48 Un risque sanitaire est estimé « probable » sans discrimination claire de la source, avec un impact « vraisemblable » d'Alteo « actuellement faible » (MA, 9 février 2017). L'Anses et la Dreal préconisent, pour le site de Mange-Garri et Gardanne, de nouvelles études associées à des méthodes de prélèvement et d'analyse prenant en compte différentes saisons et la variabilité climatique (MA, 17 mars 2017).
- 49 La presse locale assure le suivi des études sanitaires qui se succèdent selon la démarche et le lexique scientifiques spécifiques de ces écrits : il apparaît complexe, dans les résultats publiés, d'apporter des réponses précises, autres que « probables », sur l'impact des déchets pollués sur la santé des riverains. De ce fait, *via* la presse locale, Alteo et les riverains continuent de mobiliser les résultats de ces enquêtes comme des arguments en leur faveur.

La formule « boues rouges » comme cristallisation du conflit militant environnemental et sanitaire

- 50 L'évolution des cadrages médiatiques est marquée par un tournant majeur au cours de la deuxième période : la pollution marine est désormais reliée à la pollution terrestre et à ses impacts sanitaires. La municipalité et les habitants de Bouc-Bel-Air ont profité de l'enquête publique menée en 2015 au sujet du renouvellement de l'autorisation des rejets en mer d'Alteo pour remettre à l'agenda politique et médiatique les problèmes liés au site de Mange-Garri utilisé comme zone de stockage (LP, 27 octobre 2015). Richard Mallié, le maire de Bouc-Bel-Air, met en scène sa confrontation publique avec le directeur des opérations d'Alteo, en reprenant la formule polémique « boues rouges » et l'accusation de leur toxicité. Elle est médiatisée sous forme dialogique :

- R. Maillé : « il est temps d'arrêter ce dépôt provisoire centenaire : finalement, les rejets toxiques ne se font plus dans la mer mais chez nous ! »
- Éric Duchenne : « Les rejets ne sont pas toxiques ! »
- R. M. : « Alors pourquoi on ne rejette plus les boues rouges à Cassis ? » [...] « Si on ne veut plus stocker ici, ni à Cassis, comment on fait ? » (LP, 29 octobre 2015).

- 51 *La Provence* souligne de manière critique que cette « solution temporaire », selon les termes du conseil municipal de Bouc-Bel-Air, est la conséquence de son avis favorable avec réserves à la poursuite des rejets en mer par Alteo (LP, 7 novembre 2015). *Marsactu* rappelle que ce site est utilisé, depuis 2016, comme lieu de stockage supplémentaire des « résidus de bauxaline » issus des filtres-presses et qualifiés d'« embarrassantes boues rouges ». Le chiffre de « 300 000 mètres cubes par an [de déchets séchés] pour une capacité totale de stockage de 2,6 millions selon l'entreprise », à partir de 2016, fait craindre une saturation (MA, 21 novembre 2016).

- 52 Bien qu'Alteo continue de contester l'utilisation de la lexie « boues rouges » dans la presse (LP, 26 janvier 2017), les déchets industriels de l'usine restent attachés à la formule « boues rouges », comme en témoigne ce titre d'article : « Bouc-Bel-Air : un recours contre la pollution terrestre des boues rouges » (LP, 29 juin 2017). La formule recouvre désormais la pollution marine ou terrestre attribuée aux déchets (« La justice va devoir replonger dans le bain des "boues rouges" de l'usine Alteo de Gardanne », LP, 29 juin 2017). Les « boues rouges » restent associées à la ville de Gardanne, surnommée « la ville rouge » par métonymie avec les poussières rouges qui la colorent (LP, 7 juillet 2017). Le site de Mange-Garri est dénommé « site de stockage des boues rouges séchées » (LP, 19 juillet 2017), sans reprise du lexique et des explications techniques diffusés par l'entreprise. On note des formes de modalisation manifestant l'appréciation des journalistes dans l'emploi de la lexie. Ils continuent d'utiliser la formule pour désigner la pollution de l'usine, tout en signalant que l'appellation a changé (« Les boues rouges, qui n'en sont plus aujourd'hui » (LP, 7 août 2017). La lexie est aussi guillemetée pour mettre à distance son emploi : « Si l'industriel s'engage à filtrer ses "boues rouges" pour ne rejeter en mer que des effluents liquides » (MA, 17 mars 2017). De nouvelles expressions sont forgées par hybridation avec d'autres termes – « poussières », « rejets », « résidus », « effluents » – telles que « poussières de boues rouges » : « D'étude en étude, le risque sanitaire des poussières de boues rouges toujours pas exclu » (MA, 17 mars 2017). Et, sur le site de Mange-Garri, « les retombées des boues rouges continuent » (LP, 4 mai 2019) après un épisode venteux.
- 53 Au cours de la troisième période, la presse locale rend compte du durcissement de la contestation sociale. Exposés aux nuisances engendrées par les poussières du site de Mange-Garri et confrontés à l'affirmation de leur non-dangerosité pour la santé humaine par l'entreprise, des riverains de Bouc-Bel-Air s'opposent à la municipalité et à Alteo, notamment eu égard à ses demandes d'extension de la zone de stockage de Mange-Garri et de renouvellement de son autorisation d'exploitation après 2021. Ils s'engagent dans une approche militante en créant l'association BBA Environnement le 30 septembre 2017 et en s'alliant aux associations militant pour la protection du milieu marin (LP, 3 décembre 2017). Des actions communes, familières du « répertoire médiatique » (Ollitrault, 1999) des mouvements écologistes, leur apportent une visibilité médiatique et politique. Par exemple, le 12 février 2019, des membres de l'association ZEA déversent des déchets issus du site de Mange-Garri devant le ministère de la Transition écologique et les bureaux d'HIG. Cette action, accompagnée du slogan « Boues rouges toxiques, ni en mer ni à terre », gagne l'attention médiatique (LP, 13 et 14 février, 4 mars 2019).
- 54 Ces mobilisations s'inscrivent dans le contexte des actions en justice engagées par des militants en 2017 et 2018, et largement médiatisées (LP, 3 et 15 décembre 2017, 20 novembre 2018, 4 mai 2019). La presse relaie les revendications des associations qui demandent, en invoquant les études publiées, une « protection sanitaire des populations » et une « mise en sécurité » des sites de Mange-Garri et de l'usine de Gardanne (LP, 15 décembre 2017). Médiatisée sous forme d'articles dédiés (LP, 15 juin et 21 juillet 2018) et de fréquentes mentions dans les articles publiés au cours de la troisième période, la décision du tribunal administratif de Marseille, le 20 juillet 2018, ramène de 2021 à fin 2019 l'échéance de la dérogation aux normes environnementales accordée à l'industriel par arrêté préfectoral pour les rejets liquides en mer. Enfin, à la suite de la plainte déposée au pénal en avril 2018 par l'association ZEA, des pêcheurs et

des riverains pour « mise en danger de la vie d'autrui », une enquête judiciaire est instruite par le pôle santé du tribunal de grande instance de Marseille en mars 2019. À l'annonce de la nomination d'un juge d'instruction, la « petite phrase » d'un militant de l'association ZEA, « Il y aura bien un procès des boues rouges » (LP, 18 mars 2019), montre l'ancrage de la formule « boues rouges » dans la mémoire collective de la pollution industrielle. *La Provence* prend position en affirmant que cette enquête judiciaire fait apparaître une « amplification de la mobilisation locale » et, au-delà, une « mise en cause de l'administration, responsables politiques, experts, scientifiques » (LP, 18 mars 2019) dans un conflit autant environnemental que sanitaire (LP, 26 avril 2018, 18 mars 2019). En rendant compte de l'audience du tribunal administratif de Marseille, *Marsactu* utilise la formule sans modalisation, en assumant sa dimension polémique : « Au procès “hors norme” [selon une citation du rapporteur public] des boues rouges, cinquante ans de pollution remontent à la surface. » (MA, 15 juin 2018)

- 55 Ainsi, en 2018, avec le recul de huit années d'archives, le journaliste de *Marsactu* utilise la formule « boues rouges » pour résumer le conflit actuel d'une pollution industrielle qui fait partie de l'histoire du département.
- 56 Les deux titres de presse se rejoignent pour souligner que le changement d'appellation des déchets industriels de l'usine n'efface pas le problème d'accumulation d'« un rejet pollué dans une zone polluée » car « la fin des boues rouges ne signifie pas la fin des rejets polluants » (MA, 15 juin 2018). L'année 2019 se termine par l'annonce de la mise en redressement judiciaire de l'usine (LP, 10 et 13 décembre 2019). Ce fait d'actualité remet à l'agenda médiatique le débat récurrent sur l'arbitrage entre les priorités économiques et sociales (emplois), qui ont prévalu dans l'histoire de l'usine de Gardanne, et les lourdes dégradations environnementales causées par les pollutions industrielles.

Conclusion

- 57 Depuis les années 1960, les impacts environnementaux et sanitaires des déchets industriels de l'usine de Gardanne ont occasionné des crises répétées qui se sont développées dans la durée en alternant des périodes d'accalmie et d'exacerbation des tensions ravivées par des faits d'actualité dans l'espace public local et national.
- 58 L'analyse des faits d'actualité publiés au quotidien entre 2010 et 2019 dans la presse locale a permis de dégager, de manière transversale au déroulement temporel de la crise, des cadrages médiatiques révélant l'évolution d'un problème public de pollution industrielle vers sa requalification progressive en conflit militant environnemental et sanitaire. Les deux titres de presse locale retenus ont été à la fois des vecteurs et des acteurs de l'information sur cette crise en contribuant à construire cette dernière autour des notions d'écotoxicité et de toxicité sanitaire. La presse a pris position en critiquant la pollution industrielle et la dérogation administrative accordée à l'usine fin 2015. Elle a relayé, voire soutenu les contestations des habitants de Bouc-Bel-Air et Gardanne inquiets de l'impact sanitaire des déchets au sol et des collectifs militants dénonçant la toxicité des rejets en mer. Dans le suivi de l'information d'actualité, la presse locale a rendu compte ou mené des investigations sur ce sujet conflictuel tout en réalisant des interviews ou en citant divers acteurs dont l'entreprise, des représentants de l'État, des élus politiques et locaux, des scientifiques, des instances d'expertise environnementale et sanitaire ainsi que des collectifs d'opposants (riverains, associations locales et ONG). Par la médiation de la presse locale, ces acteurs se sont

engagés dans des controverses révélant leurs prises de position. Ces dernières portent des visions du monde contradictoires, voire incompatibles, en matière de priorités industrielles, économiques et d'emploi qui se heurtent à la préservation de l'environnement et de la santé publique. Elles se matérialisent, sur un plan discursif, par des stratégies et des conflits de nomination entre l'entreprise Alteo et ses opposants (militants, riverains, élus) issus la population locale.

- 59 En dépit des dénégations de l'entreprise, les deux titres de presse ont continué d'utiliser la formule « boues rouges », porteuse du poids historique des contestations et des accusations de toxicité environnementale, animale et humaine. Le conflit des déchets industriels de l'usine de Gardanne en Provence contribue à alimenter le débat, toujours d'actualité, d'une pollution industrielle posant des problèmes de santé publique et des dégâts environnementaux de grande ampleur.

Je remercie La Fabrique des écritures du Centre Norbert Elias et Gaëtan Soerensen, stagiaire à La Fabrique des écritures et étudiant à l'École nationale supérieure de la photographie d'Arles, pour leur accompagnement dans le traitement et le formatage des photographies.

BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH M., BARTHE Y. et RÉMY C., 2010. Sur la piste environnementale. Menaces sanitaires et mobilisations profanes. Paris, Presses des Mines.
- ALLEN B., FERRIER Y. et COHEN A., 2017. « Through a Maze of Studies : Health Questions and “Undone Science” in a French Industrial Region », *Environmental Sociology*, 3(2) : 134-144.
- BARRAQUÉ B., 2017. « Les boues rouges de l'usine Péchiney-Alteo de Gardanne : de l'inertie à la toxicité, du rejet... et du dossier », *Revue juridique de l'environnement*, 42(2) : 273-292.
- BÉCOT S., FRIOUX S. et MARCHAND A., 2019. « Santé et environnement : une relation à haut risque ? », *Écologie & Politique*, 58 : 9-20.
- BOUSQUET F. et SMYRNAIOS N., 2012. « Les médias et la société locale, une construction partagée », *Sciences de la société*, 84-85 : 5-15.
- BOYER A.-L., LE GOUILL C., POUPEAU F. et RAZAFIMAHEFA L., 2017. « Conflit environnemental et participation publique dans les zones semi-arides de l'Ouest des États-Unis : le projet minier de Rosemont (comté de Pima, Arizona) », *Participations*, 19 : 189-217.
- CEFAÍ D., 2016. « Publics, problèmes publics, arènes publiques... Que nous apprend le pragmatisme ? », *Questions de communication*, 30 : 25-64.
- CHARAUDEAU P., 2005. *Les Médias et l'information. L'impossible transparence du discours*. Bruxelles, De Boeck-Ina.
- DAUMALIN X. et LAFFONT-SCHWOB I. (dir.), 2016. *Les Calanques industrielles de Marseille et leurs pollutions : une histoire au présent*. Aix-en-Provence, REF.2C éditions.
- DELFORCE B. et NOYER J., 1999. « La médiatisation des problèmes publics », *Études de communication*, 22 : 7-39.

- DELFORCE B., 2004. « Le constructivisme : une approche pertinente du journalisme », *Questions de communication*, 6 : 111-134.
- DELDRÈVE V. et METIN J., 2019. « Quels cadres d'action collective contre les boues et poussières rouges d'Altéo-Gardanne ? », *Vertigo*. La revue électronique en sciences de l'environnement, 19(1) [en ligne], <https://journals.openedition.org/vertigo/23996> (page consultée le 23/11/2020).
- ESQUENAZI J.-P., 2013. *L'Écriture de l'actualité*. Grenoble, PUG.
- GIBBS E. P. J., 2014. « The Evolution of One Health : a Decade of Progress and Challenges for the Future », *Veterinary Record*, 174(4) : 85-91.
- GOFFMAN E., 1991. *Les Cadres de l'expérience*. Paris, Minuit.
- HAJEK I., 2013. « Traitement des déchets et santé environnementale : la science, un facteur d'acceptabilité locale ? L'exemple de l'incinérateur à Fos-sur-Mer », *Développement durable & territoires*, 4(2) [en ligne], <http://journals.openedition.org/developpementdurable/9760> (page consultée le 23/11/2020).
- HENRY E., 2009. « Rapports de force et espaces de circulation de discours. Les logiques des redéfinitions du problème de l'amiante ». Dans : Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 155-174.
- KRIEG-PLANQUE A. et OLLIVIER-YANIV C. (dir.), 2011. « Les "petites phrases" en politique », numéro spécial de *Communication & langages*, 168.
- KRIEG-PLANQUE A., 2009. *La Notion de « formule » en analyse de discours. Cadre théorique et méthodologique*. Besançon, Presses universitaires de Franche-Comté.
- MAINGUENEAU D., 2012. « Que cherchent les analystes du discours ? », *Argumentation et analyse du discours*, 9 [en ligne], <https://journals.openedition.org/aad/1354> (page consultée le 23/11/2020).
- MAINGUENEAU D., 2014. *Discours et analyse du discours*. Paris, Armand Colin.
- MIOCHE P., 2011. « Alumine et risques industriels : le cas des boues rouges et des résidus », rapport pour l'institut de l'histoire de l'aluminium (IHA).
- MIOCHE P., 2018. « L'usine d'alumine de Gardanne, du local au global, 1893-2018. La mondialisation continue ? », *Cahiers d'histoire de l'aluminium*, 60-61 : 68-85.
- MOIRAND S., 2008. *Les Discours de la presse quotidienne. Observer, analyser, comprendre*. Paris, PUF.
- NEVEU E., 2013. *Sociologie du journalisme*. Paris, La Découverte.
- NOACK Y., ROUCHIER J. et RAYNAL J.-C., 2018. « L'Observatoire Hommes-Milieus : un expert indépendant au sein d'une controverse environnementale complexe. Le cas de la gestion des résidus de traitement de bauxite à Gardanne, France », *Colloque international interdisciplinaire « Contaminations, Environnement, Santé et Société »*, Toulouse.
- OLLITRAULT S., 1999. « De la caméra à la pétition-web : le répertoire médiatique des écologistes », *Réseaux*, 98 : 153-185.
- TÉTU J.-F., 1995. « L'espace public local et ses médiations », *Hermès*, 17-18 : 287-298.
- VERÓN E., 1981. *Construire l'événement. Les médias et l'accident de Three Miles Island*. Paris, Minuit.

NOTES

1. Le procédé Bayer fut inventé en 1887 par le chimiste autrichien Karl Josef Bayer qui l'utilisa, pour la première fois en 1893, à l'usine de Gardanne. C'est un procédé d'extraction, par dissolution à haute température et haute pression, de l'oxyde d'aluminium contenu dans la bauxite broyée, avec de la soude concentrée (Mioche, 2011 : 3, 5).
 2. Les deux quotidiens *Le Méridional* et *Le Provençal* ont fusionné en 1997 pour devenir *La Provence*.
 3. Instance consultative composée d'élus et de représentants d'associations.
 4. Organisme consultatif à vocation interministérielle qui a pour mission d'émettre des avis auprès des instances ministérielles en matière environnementale et de sécurité industrielle.
 5. Sites internet : <https://alteo-environnement-gardanne.fr/> ; www.alteo-alumina.com/
 6. Laetitia Moreau et Olivier Dubuquoy, « Zone Rouge », film documentaire, octobre 2016, Les Films d'ici et FR3 Corse.
 7. Chloé Vienne, Hugo Vienne, Atlas Vidal de la Blache, Sébastien Berge, Yvan Bodineau, Thomas Peyronel et Frank Zahler, « Calanques en eaux troubles », reportage, Envoyé spécial, France 2, diffusé le 28 juillet 2016.
 8. « Boues rouges, la mer empoisonnée », reportage de Sophie Bontemps et Nedjima Berder, Thalassa, France 3, diffusé le 3 septembre 2016.
 9. Ces filtres mettent en œuvre un processus industriel de traitement des résidus de bauxite permettant de les réduire par séchage, nettoyage et pressage.
-

RÉSUMÉS

Dans le contexte des pollutions industrielles dans le sud-est de la France, cet article analyse le rôle joué par la presse écrite locale dans la circulation de l'information sur la crise des déchets industriels (nommés « boues rouges ») de l'usine d'alumine de Gardanne. Le traitement médiatique des débats environnementaux et sanitaires sur ces déchets est étudié, de manière transversale, dans les cadrages médiatiques et les stratégies de nomination dans la presse locale sur la période 2010-2019. Il apparaît que la construction médiatique d'un problème commun associant la pollution marine et terrestre avec la santé humaine et animale s'est développée au cours de la dernière décennie. Dans la presse locale, la lexie « boues rouges » porte la mémoire de l'accumulation des déchets industriels de l'usine et reste l'expression de la contestation sociale et militante d'une pollution industrielle de grande ampleur.

In the context of industrial pollution in south-eastern France, this article analyses the role played by the local written press in the circulation of information on the industrial waste crisis (known as "red muds") at the Gardanne alumina plant. A cross analysis was conducted on the media treatment of environmental and health debates on these wastes, focusing on the media frameworks and nomination strategies in the local press over the period from 2010 to 2019. It appears that the media construction of a common problem integrating marine pollution, land-based pollution, with human and animal health, has developed over the last decade. In the local press, the "red muds" lexicon carries the memory of the accumulation of industrial waste from the plant and remains the expression of the social protest and activism against large-scale industrial pollution.

INDEX

Mots-clés : santé environnementale, pollution industrielle, boues rouges, presse locale, Provence

Keywords : environmental health, industrial pollution, red muds, local press, Provence

AUTEUR

BRIGITTE JUANALS

Professeure des universités en sciences de l'information et de la communication, Aix-Marseille Université, Centre Norbert Elias UMR 8562 ; EJCAM, École de journalisme et de communication, Aix-Marseille Université, 21 rue Virgile Marron, 13005 Marseille (France),
brigitte.JUANALS@univ-amu.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Pesticides et récits de crise dans le monde paysan cambodgien

Pesticides and crisis narratives in the Cambodian peasant world

Eve Bureau-Point



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9054>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9054](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9054)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Eve Bureau-Point, « Pesticides et récits de crise dans le monde paysan cambodgien », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 19 mars 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9054> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9054>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Pesticides et récits de crise dans le monde paysan cambodgien

Pesticides and crisis narratives in the Cambodian peasant world

Eve Bureau-Point

Introduction

- 1 L'« agriculture chimique » s'étend dans les Suds depuis les années 1960, avec le mouvement de « modernisation » des pratiques agricoles impulsé par les grandes puissances économiques occidentales qui cherchaient à éviter les révoltes liées à la famine susceptibles d'engendrer des instabilités politiques plus globales. Initié en Amérique latine par la fondation américaine Rockefeller, ce mouvement est connu sous le nom de « révolution verte ». Il s'appuie sur le développement de la mécanisation, le renforcement des systèmes d'irrigation, l'utilisation de semences à haut rendement, et privilégie le recours à tout un ensemble d'intrants issus de la chimie de synthèse (engrais, herbicides, insecticides, fongicides, rodenticides...) dont le marché s'est structuré et accéléré à partir des années 1950. La diffusion de ces technologies à l'échelle mondiale a favorisé l'intensification de pratiques agricoles basées sur le productivisme, le libéralisme économique et l'insertion dans des marchés globalisés.
- 2 L'une de ces technologies, connue sous le nom de « pesticides », fait aujourd'hui l'objet de profondes remises en question dans le monde. Des scientifiques (Carson, 1960) et des mouvements écologistes avaient lancé l'alerte sur les effets délétères de ces substances chimiques dès les années 1960, mais c'est plus d'un demi-siècle plus tard qu'un tournant s'est produit. Pendant des décennies, ces substances ont été dans l'ensemble considérées comme une avancée révolutionnaire pour améliorer la productivité, réduire la pauvreté et couvrir les besoins alimentaires d'une population mondiale croissante. Or, la multiplication des scandales sanitaires et environnementaux et leur forte médiatisation à partir des années 2000 ont suscité une défiance généralisée à leur égard.

- 3 Dans les pays d'Europe de l'Ouest où sont nées ces technologies, des récits de crise décrivent des mondes physique et biologique qui ne pourront bientôt plus tolérer ces usages intensifs de pesticides néfastes pour les espèces vivantes et les milieux dits « naturels ». Ils mettent en évidence les effets destructeurs sur les corps, les sols, les eaux et l'air. Après avoir souligné l'origine anthropique de l'effondrement des ressources naturelles, ces récits expriment la nécessité de sortir de ce modèle agricole par des usages plus durables qui prennent en compte la complexité du monde vivant et les effets délétères des actions humaines sur celui-ci. Ce nouveau regard critique sur ces substances, qui s'amplifie sur la planète, est analysé dans cet article à l'échelle du Cambodge.
- 4 Par « récit de crise », j'entends ici les situations d'impasse, de ruptures et les points de non-retour exprimés par les acteurs, qu'ils soient politiques, médiatiques ou citoyens. La crise n'existe pas en soi, elle est un effet de langage qui résulte d'un exercice individuel et/ou collectif d'interprétation de ladite « modernité ». Prenons en exemple les travaux d'anthropologie dynamique de Georges Balandier. Dès les années 1950, il défendait l'intérêt scientifique de la notion de « crise » pour les sciences sociales. Il jugeait nécessaire d'étudier les crises pour comprendre les sociétés parce qu'elles sont un révélateur des réajustements sociaux. Il précisait dans son analyse des peuples colonisés que la crise « est le seul lieu où l'on puisse saisir l'évolution des structures sociales indigènes mises en situation coloniale » (Balandier, 1950 : 11). Elle présente également l'intérêt de susciter une réflexion sur le temps. En effet, si la crise produit un « effet surprise », elle n'est pas pour autant subite. Elle est le résultat d'évolutions lentes, de symptômes profonds, d'un continuum, qui constitue l'horizon de la recherche en sciences sociales. Interrogeant la notion de « crise environnementale », le sociologue de l'environnement Bernard Picon mettait également en exergue cette idée (Picon, 2006). Il établissait un lien entre émergence de crises environnementales et segmentation de ce qui appartient à ladite « nature » et à ladite « société ». Selon lui, c'est l'absence de prise en compte des rétroactions nature/société qui est à l'origine de l'émergence de la crise environnementale. Il pointait également la fonction de régulation des crises. Elles entraînent des réactions, des décisions et amènent le chercheur à s'interroger sur les actions qui sont engagées. Ainsi, la notion de « crise » revêt divers intérêts heuristiques. Cet article vise moins à acter la réalité d'une « crise » qu'à rendre compte de ce que disent ces discours sur l'évolution du rapport au travail agricole, au corps, à la santé, à l'alimentation, et plus largement au monde social et politique.
- 5 J'ajouterais que mobiliser cette notion en sciences sociales permet de poursuivre la réflexion sur la « mise en société » de la science (Fuchs, 2016). En effet, en travaillant sur ce qui est vécu et décrit comme une crise, le chercheur participe à une certaine compréhension de celle-ci. Ces situations ne sont pas nécessairement ressenties par tous comme des crises, et le chercheur s'intéresse ainsi à une certaine explication du monde. Des récits remettant en question les pesticides s'opposent à d'autres récits, plus confiants, qui défendent à l'inverse le modèle agrochimique capitaliste jugé capable d'œuvrer pour la sauvegarde de la planète grâce auxdits progrès chimiques et technologiques. Ainsi, n'oublions pas que la notion de crise porte une idéologie qu'il s'agit d'interroger. Au cours de ma recherche en anthropologie des pesticides, j'ai été amenée à m'intéresser à ces récits de crise au Cambodge, sans pour autant écarter de l'analyse les récits plus positifs relatifs à la circulation de ces substances. Ma démarche

scientifique qui s'intéresse à l'émergence d'un « problème public » (Cefaï, 1996) résonne avec celles initiées par les humanités environnementales dans le monde scientifique anglo-saxon dans les années 2000, qui visaient à ce que les chercheurs de différentes disciplines se rencontrent et réfléchissent ensemble à la crise environnementale afin de mieux comprendre les problèmes environnementaux (Blanc *et al.*, 2017). Ainsi, étudier les récits de crise sur les pesticides revient à mener une réflexion sur l'articulation entre science et société, dans un contexte où les effets toxiques non contrôlés des pesticides sont démontrés depuis longtemps alors que leur utilisation continue pourtant de croître. Par extension, il s'agit également de mener une réflexion sur l'absence de « mise en société » de la science, c'est-à-dire sur les dynamiques qui mettent en concurrence les objectifs commerciaux, sanitaires et scientifiques en contribuant à maintenir ou augmenter la circulation non contrôlée de ces substances toxiques dans les sociétés.

Une chimio-ethnographie des pesticides

- 6 Sept mois de terrain en 2018 et 2019 m'ont permis de démarrer un projet de recherche sur la « vie avec » les pesticides au Cambodge et la construction sociale du problème de santé environnementale qu'ils engendrent¹. J'ai réalisé ce que Nicholas Shapiro et Eben Kirksey appellent une « chimio-ethnographie » (2017). À l'instar de travaux en anthropologie des marchandises (Appadurai, 1986) et du médicament (Van der Geest *et al.*, 1996), j'ai suivi les pesticides à différentes étapes de leur circulation, en soulevant des questions relatives à leur matérialité, leur toxicité, leur régulation, ainsi qu'à l'héritage mondialisé du capitalisme industriel et aux politiques de visibilité et d'invisibilité dont ils font l'objet. Cet article rend compte de l'action de cet objet à certaines étapes biographiques de sa circulation, notamment à l'échelle des instances de régulation, de la science, des politiques publiques, des médias, des ONG, des utilisateurs et des consommateurs.
- 7 Compte tenu de la diversité des interprétations du terme « pesticide », quelques éléments de cadrage s'imposent avant d'aller plus loin. D'origine latine, le mot « pesticide » est composé de *pestis*, qui signifie « fléau », et du suffixe *cide*, issu du verbe *caedo*, *caedere* qui signifie « tuer ». D'après cette étymologie, le terme ne fait pas la distinction entre les substances chimiques naturelles et celles issues de la chimie de synthèse qui ont la capacité de tuer des organismes vivants (plantes, insectes, rongeurs, bactéries...). Alors que l'objet « pesticide » est vague, et que diverses définitions circulent, il me semble important de préciser que, dans cet article, j'entends par « pesticides » les substances issues de l'industrie chimique (chimie de synthèse) destinées à lutter contre les organismes vivants considérés comme nuisibles par le monde agricole. Dans cette étude menée au Cambodge, je m'intéresse tout particulièrement à ces produits issus de l'industrie chimique de synthèse qui ont connu un essor considérable en Occident depuis les années 1950 (herbicides, insecticides, fongicides, rodenticides), en adoptant une démarche d'ethnoscience qui prête attention à la manière dont les individus nomment et classent les substances chimiques qu'ils utilisent dans leurs pratiques agricoles. J'ai ainsi choisi une approche descriptive, qui consiste à suivre l'objet « pesticides » dans sa trajectoire, en étudiant la manière dont il est défini par mes interlocuteurs. Sans entrer ici dans le détail de ces appellations, le terme khmer le plus usité pour mentionner ces substances est celui de *thnām ġīmī*²

(*thnām* pour médicament³, *gīmī* pour chimie). Il renvoie en général aux produits issus de la chimie de synthèse, mais peut inclure selon les locuteurs les engrais chimiques et/ou naturels, les produits issus du biocontrôle⁴, les hormones de croissance et les conservateurs. Par la démarche ethnographique adoptée dans ce projet, j'étudie ainsi la dimension émique de ces substances et les effets de leur circulation sur le rapport à la santé, à l'environnement et au monde social et politique.

- 8 Plus d'une centaine de personnes ont été interrogées (cf. Tableau 1) à Phnom Penh, la capitale, et dans deux provinces principales. La province de Battambang, réputée pour être le grenier à riz du Cambodge, a été choisie pour étudier la circulation des pesticides en riziculture. La province de Kandal, connue pour ses usages massifs de pesticides, a été choisie pour étudier la circulation de ces substances au niveau du maraîchage et de l'arboriculture. Dans ces deux régions, les paysans interrogés pratiquaient une agriculture de rente. À Phnom Penh, centre économique et politique du pays, j'ai pu interroger des représentants des instances de régulation et des consommateurs plus éloignés du monde agricole. Une mission complémentaire de quatre jours a été menée dans la province de Svay Rieng pour prendre connaissance des pratiques agricoles dans un contexte plus pauvre et moins marqué par l'intensification agricole (agriculture vivrière).

	Phnom Penh	Battambang	Kandal	Svay Rieng
Riziculteurs		12		2
Cultivateurs de mangues			6	
Maraîchers		3	8	5
Riverains		1	1	
Vendeurs d'intrants agricoles	5	5	3	1
Vendeurs de riz et produits frais	13	3	2	4
Professionnels de santé	2	2	4	2
Agents de l'État	10	2	1	
Moines bouddhistes		2	3	
Représentants OI/ONG	9	3	1	2
Citadins divers	8	3		
Total	47	36	29	16

Tableau 1. Population d'enquête

- 9 Au cours de ces premiers mois d'enquête, j'ai pu me familiariser avec le traitement politique, scientifique et médiatique de la question des pesticides (modes de régulation, recherches scientifiques, rôle des médias et des ONG). Parallèlement, j'ai porté mon attention sur les récits et expériences intimes des populations rurales avec les pesticides, mais aussi des populations urbaines exposées plus indirectement via l'alimentation notamment⁵. Cela m'a conduit au cœur des émotions et des affects suscités par l'exposition aux pesticides, et donc à témoigner de l'expérience sensorielle des personnes exposées (soit tout type de personne puisque tout un chacun est exposé aux résidus de pesticides). Si les notions d'émotions et d'affects en sciences sociales

font l'objet de diverses approches, je fais référence ici à la nature sensible du corps, à la mise en connexion des êtres et des pesticides via les cinq sens (toucher, odorat, goût, ouïe, vue). Je m'appuie sur les travaux d'anthropologie des émotions et des affects qui partent du principe que l'humain est en permanence affecté et que cette affectivité est liée à un entrecroisement de l'intime et du social (Le Breton, 2004 ; Ingold, 2000 ; Pink, 2010), et qu'elle détermine les apprentissages et les savoirs. L'exposition aux pesticides produit une charge émotionnelle et une épaisseur affective qui transparait dans le langage, qu'il soit verbalisé ou non. Ces affects sont appréhendés dans cette recherche comme de véritables données empiriques pour comprendre l'expérience chimique des pesticides.

- 10 C'est dans le cadre de ce premier recueil de données que j'ai pu examiner les récits de crise suscités par la circulation croissante des pesticides au Cambodge. Après avoir présenté le développement du modèle agrochimique et de la régulation de ces substances dans ce pays, je rendrai compte de ces récits de crise qui émergent dans les médias, la science et les organisations non gouvernementales (ONG), et plus spécifiquement de l'expérience chimique des paysans et des consommateurs.

Brève histoire de la circulation des pesticides au Cambodge

- 11 La littérature scientifique sur le développement des pesticides issus de la chimie de synthèse est peu abondante, mais quelques écrits s'accordent pour dire qu'il s'est produit pendant l'entre-deux-guerres⁶, en Europe de l'Ouest et aux États-Unis, dans le contexte des recherches sur l'armement chimique (Assouline, 1989 ; Fourche, 2004). L'industrie chimique s'est ensuite structurée dans les années 1950, et le marché a explosé dans les Suds à partir des années 1960-1970. Au Cambodge, ces substances chimiques se sont répandues avec la mondialisation des échanges, dans le prolongement de relations historiques que le Cambodge a entretenu avec diverses puissances économiques dans le cadre du protectorat français, des réseaux commerciaux avec la Chine, et plus récemment de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (Asean)⁷. Ainsi, avec la mondialisation de ces substances s'est construite une histoire collective engageant des responsabilités partagées entre les sociétés industrielles occidentales et les Suds où circulent désormais les pesticides. D'où l'importance d'adopter une vision large de la « vie sociale » de ces substances dans des régions plus lointaines comme au Cambodge, afin de saisir la pluralité des effets globalisés de ces inventions des sociétés industrielles occidentales.
- 12 Avant la forte croissance économique amorcée dans les années 1990, la société cambodgienne était une société rurale essentiellement tournée vers la riziculture. Les premiers pesticides issus de la chimie de synthèse ont été utilisés dans les plantations de coton à l'époque du protectorat français (1863-1953), puis un peu plus tard dans le contexte de la guerre du Vietnam, lorsque l'agent orange a été utilisé comme défoliant par l'armée américaine pour affaiblir les combattants communistes du Front National de Libération du Vietnam du Sud (1961-1971). À l'exception de ces usages circonstanciés, les pesticides ont été peu utilisés avant les années 1990. Longtemps restés à l'écart de l'industrialisation agricole, les paysans khmers assuraient leur subsistance avec de petites exploitations agricoles de moins de deux hectares, sans recourir à la chimie de synthèse. Le régime des Khmers rouges (1975-1979), basé sur

une idéologie de purification du peuple khmer et une utopie agraire, avait poussé à l'extrême cette organisation ancestrale en transformant le pays en un gigantesque camp de travail centré sur le travail de la terre. C'est à cause de cette collectivisation forcée qu'un quart de la population est morte d'épuisement, de famine, de maladies, d'exécutions massives ou des suites de tortures. Il faudra attendre les accords de Paris, signés en 1991, pour que soit véritablement entériné un processus de paix. Le pays a reçu des aides internationales massives pour la reconstruction. L'économie planifiée⁸ a été abandonnée au profit de l'économie de marché et le pays s'est progressivement ouvert aux échanges internationaux⁹. D'autres secteurs se sont développés tels que le tourisme, la construction et le textile, et le monde paysan a commencé à connaître de profondes mutations. Selon la Banque mondiale, la part du secteur agricole dans l'économie a pratiquement été divisée par deux entre 1996 et 2017¹⁰. Les principes de la « révolution verte » se sont répandus. Les organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et la Banque mondiale ont joué un rôle clé dans l'avènement de ce « régime chimique » (Jas, 2014). Plus besoin de bétail pour amender les sols, ni de laisser les sols en jachère, les intrants chimiques importés sont en accès illimité. Les paysans arrivent à produire plus avec moins de main d'œuvre. L'effet « miraculeux » des pesticides a opéré, et une intensification progressive des pratiques agricoles s'est mise en place. Depuis, le volume de pesticides utilisé n'a cessé d'augmenter chaque année et la dépendance est de plus en plus forte. Si les chiffres officiels du ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Pêche donnent une idée de la croissance rapide de ce marché (cf. tableau ci-après), ils doivent être interprétés avec précaution, comme nous le verrons dans la partie suivante.

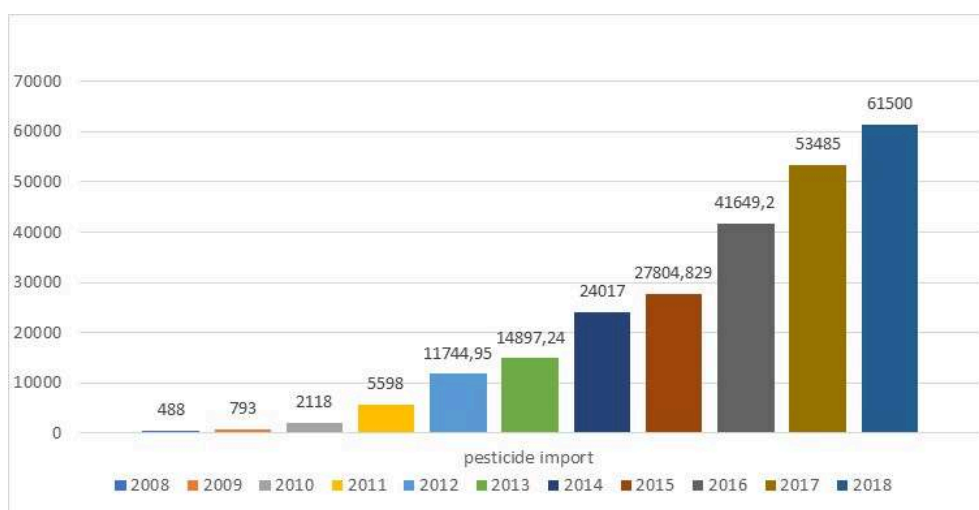


Tableau 2. Importation de pesticides en tonnes (2008-2018)

Source : Département de la Législation pour l'Agriculture (DAL), Ministère de l'Agriculture, des forêts et de la pêche (MAAF), 2019.

- 13 Ainsi, bien que l'appropriation de l'objet « pesticides » au Cambodge remonte pour certains à la période coloniale, l'explosion de ce marché s'appuie sur des alliances politiques et économiques hétérogènes plus récentes qui relient le Cambodge à des espaces mondialisés. D'après mes entretiens au ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Pêche, la Chine est le premier fournisseur de pesticides au Cambodge, suivi du Vietnam et de la Thaïlande. Les réseaux commerciaux Sud-Sud sont en plein essor, notamment pour la production de pesticides qui ne sont plus protégés par des brevets

(tels que le glyphosate depuis 2000). Des firmes chinoises commencent à produire elles-mêmes les principes actifs, d'autres s'approvisionnent auprès de grands groupes agrochimiques et assurent le reconditionnement. Des multinationales ont ouvert des filiales au Vietnam ou en Thaïlande (par exemple la filiale Bayer basée au Vietnam). Les indications sur les étiquettes restent souvent incomplètes. Contrairement à la législation en vigueur, les noms des fabricants ne sont pas toujours mentionnés. Ainsi, il est ardu de comprendre par ce biais les réseaux d'influence sous-jacents.

De la régulation étatique des pesticides à la régulation *in situ*

- ¹⁴ Le marché des pesticides au Cambodge s'est développé bien avant leur régulation par l'État et ses partenaires interétatiques. Ces produits marchands sont pourtant pensés pour être utilisés selon des normes très strictes, et l'encadrement de leur circulation est primordial. Dans ce pays qui ne produit pas de pesticides (seulement quelques engrais chimiques)¹¹, aucune loi n'encadrerait la circulation des engrais et des pesticides avant 2012. L'enregistrement des pesticides, sous la responsabilité du Département de la législation pour l'agriculture (DAL), avait commencé en 2002, conformément au sous-décret 69 promulgué en 1998 sur les standards et la gestion des produits agricoles. Le tableau 2 ci-dessus reflète certes l'augmentation des importations, mais également l'amélioration des capacités d'enregistrement de ce département. En 2018, 87 compagnies ont enregistré 2 440 produits commerciaux, dont 200 principes actifs différents (elles n'étaient que 12 en 2008, avec 114 produits commerciaux enregistrés¹²). En volume, cela représentait officiellement, en 2018, 61 500 tonnes de pesticides importées. Comme ma recherche a pu en témoigner, les frontières sont poreuses, des produits non enregistrés, parfois interdits, entrent sans difficulté. Par ailleurs, le marché noir est renforcé par le fait que les paysans préféraient, dans la mesure du possible, acheter les produits non homologués en provenance de Thaïlande ou du Vietnam. Ils racontaient avoir fait l'expérience de produits vendus au Cambodge qui étaient moins efficaces que les produits similaires achetés dans les pays voisins. Selon eux, ils étaient dilués pour être vendus en plus grande quantité et permettre un plus grand profit.



Photos 1 et 2. Insecticides thaïlandais et vietnamiens non enregistrés au Cambodge, © CNRS/E. Bureau-Point, 2019

- 15 Parallèlement à ce travail d'enregistrement des produits, le DAL est en charge de leur étiquetage. Des pictogrammes sont conçus et apposés sur chaque produit enregistré, selon les normes définies par le département. Ils donnent notamment des indications sur les modes d'utilisation.



Illustration 1. Exemples de pictogrammes affichés sur les produits

- 16 Le département général de l'agriculture du ministère de l'Agriculture, des Forêts et de la Pêche travaille à l'amélioration de l'information relative à l'utilisation des produits. En pratique, les équipements de protection individuels recommandés (bottes, gants, vêtements et masques spéciaux) sont peu distribués dans les magasins de vente. Certains vendeurs proposent ces équipements, cependant ils sont peu achetés. Si, dans les pays industrialisés, l'efficacité des équipements de protection individuels est parfois questionnée (Garrigou *et al.*, 2011), ces modes de protection recommandés par l'industrie chimique sont encore moins adaptés aux pays tropicaux. Avec une moyenne des températures annuelles de 27 °C, les agriculteurs ont des difficultés à appliquer des pesticides avec les équipements préconisés. Au Cambodge, les paysans portent des vêtements normaux, des masques artisanaux en tissu et ils utilisent des pulvérisateurs à dos.





Photos 3 et 4. Équipements préconisés par l'industrie chimique (combinaisons, cabines de protection...)





Photos 5, 6 et 7. Les manipulations en pratique au Cambodge
© CNRS/ E. Bureau-Point, 2019

- 17 Ainsi au Cambodge, l'exposition aux produits chimiques est maximale, moins par ignorance que par souci de commodité. Les personnes recherchent un usage fonctionnel, comme l'illustrent les témoignages ci-dessous.

Quand je suis pressé, je me couvre juste avec un krama¹³ et j'y vais.
Les bottes, c'est dur à porter quand je pulvérise, donc je marche pieds nus. (Maraîcher, province de Kandal, février 2019)
Je voudrais qu'il porte un vêtement de pluie, mais il dit que c'est trop chaud. (Mère d'un maraîcher, province de Kandal, décembre 2018)

- 18 Le DAL est également chargé de contrôler les produits en circulation et d'actualiser une liste des produits interdits. Tous ces efforts de régulation sont orientés depuis 2013 par le guide des pratiques de régulation des pesticides de l'Asean visant à harmoniser les pratiques dans la région. J'ai pu constater cependant que la frontière entre le légal et l'illégal est appréhendée de manière aléatoire par les vendeurs et les paysans. Par exemple, ils ont rarement connaissance de la liste des produits interdits et retirés du marché. Ces derniers me montraient parfois des substances interdites sans savoir qu'elles l'étaient (cf. photos 8 et 9).



Photo 8. Paraquat.
© CNRS/ E. Bureau-Point, 2019.

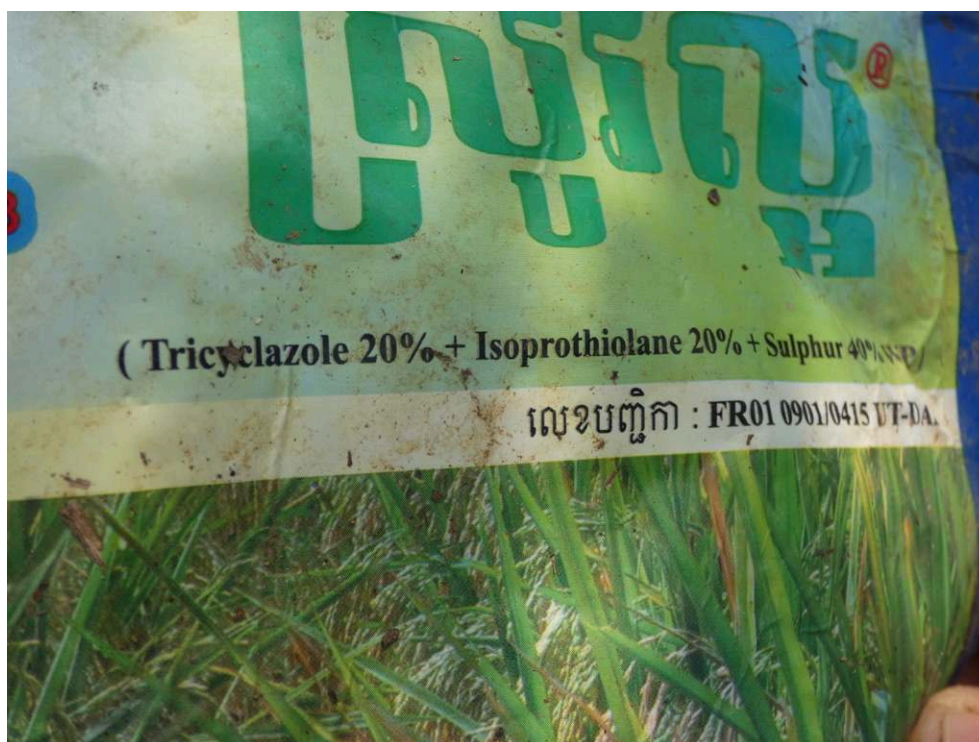


Photo 9. Tricyclazole.
© CNRS/ E. Bureau-Point, 2019.

- 19 Par ailleurs, le gouvernement a mis en place, à travers des partenariats internationaux, des initiatives d'accompagnement et de formation pour améliorer les techniques agricoles des paysans. Par exemple, le programme IPM (*Integrated Pest Management*-Programme de lutte intégrée), initié au départ par la FAO, est chargé depuis 1993 d'informer sur les méthodes de contrôle des insectes, des maladies et des champignons à partir de la chimie de synthèse, selon un usage dit « raisonné » qui perturberait de façon minimale les écosystèmes. Cependant, j'observais dans les zones de maraîchage que les paysans suivaient d'autres logiques. Ils mélangeaient trois à onze produits par application, n'espaçaient parfois ces applications que de deux ou trois jours, et pouvaient les réaliser le jour même de la récolte. Ils ne se référaient pas aux dosages recommandés sur les étiquettes. Les paysans avaient appris les techniques d'utilisation via les membres de la famille, les relations de voisinage et les vendeurs de pesticides, mais aussi avec l'expérience, comme en témoignent les extraits d'entretiens suivants.

Sophat¹⁴ : Je vais pulvériser tous les *sbai* [légumes feuilles de la famille des crucifères]. Là-bas ils ont seulement quatorze jours, ils sont plus petits.

Auteur : Alors vous n'allez pas les traiter ?

Sophat : Je vais tous les traiter, mais je vais réduire la quantité de *thnām*. Quand ils sont grands, j'utilise plus de *thnām* et quand ils sont petits j'en utilise moins.

Auteur : Et avez-vous besoin de vous référer aux étiquettes ?

Sophat : Nous n'avons pas besoin de mesurer, on verse la moitié de la bouteille et c'est bon.

Si l'on voit beaucoup d'herbes, on en utilise plus. S'il y en a moins, on en utilise moins. Ça dépend de notre propre expérience. Il est dit qu'il faut utiliser deux bouteilles de *thnām kajib*¹⁵ pour un hectare. D'autres disent une bouteille. Quand on voit qu'il y a beaucoup d'herbes, on a peur qu'elles ne meurent pas toutes, alors on utilise beaucoup de *thnām*. S'il y a moins d'herbes, une bouteille ça va. Si tu veux enlever toutes les herbes, alors tu utilises deux bouteilles. (Riziculteur, province de Battambang, septembre 2018)

Je regarde les instructions sur la bouteille, mais je ne peux pas les lire. Avant c'était écrit en vietnamien, mais maintenant ils ont traduit en khmer. Mais je ne peux toujours pas les lire, seulement les grosses lettres, mais les petites lettres où s'est expliqué comment utiliser le produit je ne peux pas les lire. J'utilise en fonction des « C.C » et de la quantité que j'ai utilisée avant. Comme les *thnām smau*, j'ai demandé aux autres, ils m'ont dit qu'avec ce sachet on pouvait traiter un hectare, mais quand je l'ai fait l'herbe était toujours là. En utilisant deux paquets, c'est mieux. C'est en testant nous-mêmes qu'on sait combien il faut en utiliser. Si l'on suit ce qu'ils disent, ça ne va pas marcher parce qu'ils parlent du riz lorsqu'il a vingt jours par exemple, mais quand mon riz a deux mois, comment l'herbe peut mourir si l'on n'utilise qu'un sachet ! C'est pour cela que j'utilise deux sachets. Certains se plaignent que ça ne marche pas. C'est parce qu'ils ne tiennent pas compte de l'âge de la plante. (Riziculteur, province de Battambang, septembre 2018)

- 20 Ainsi, dans la « vraie vie » de ces substances chimiques, les paysans apprennent à les utiliser avec l'expérience, en testant les doses, les marques commerciales, la fréquence, pour arriver à l'efficacité recherchée. Ils régulent ainsi leurs pratiques à partir de leurs propres expériences, de leurs interactions avec leurs pairs et avec les vendeurs de pesticides.
- 21 Ces écarts entre régulation étatique et régulation *in situ* constituent un cadre préalable important pour comprendre les récits de crise qui émergent dans le contexte particulier du Cambodge. Même si la régulation s'affine et se renforce, l'emprise étatique et interétatique sur la circulation des produits demeure faible par rapport aux dynamiques induites par le marché et par les usages profanes. Ainsi, ces substances chimiques sont facilement déviées de l'itinéraire préconisé par les instances de régulation et l'industrie chimique. Une fois sorties des usines de production, elles ont une vie sociale spécifique qui détermine leur action sur la santé humaine et animale comme sur l'environnement, ce que les études en sciences humaines et sociales contribuent à mettre au jour.

Traitement médiatique des pesticides au Cambodge

- 22 Après avoir constaté que la presse cambodgienne abordait peu les problématiques de l'agrochimie, une ONG intervenant dans le développement rural depuis plus de trente ans au Cambodge a organisé en mars 2019 un *workshop* sur les impacts de l'utilisation

des pesticides dans l'optique de sensibiliser les journalistes à ce sujet¹⁶. Dans les jours qui ont suivi, une kyrielle d'articles de presse abordaient le sujet des pesticides.

- 23 Avant cette action de sensibilisation, seuls quelques articles (voir ci-après) avaient ponctuellement dévoilé les résultats de rares recherches toxicologiques menées au Cambodge par des équipes scientifiques ou des ONG. Ces études sur la qualité de l'eau, des sols et des aliments ont rendu compte tour à tour de dépassements des doses légales autorisées. Les analyses ont généralement été réalisées en dehors du pays, bien que l'État dispose désormais de plusieurs équipements matériels répartis dans diverses universités et départements. En 2018, ces derniers étaient encore très coûteux : 150 000 dollars pour le HPLC¹⁷ et 250 000 dollars pour le GCMS¹⁸. Par conséquent, les équipes ont rarement les moyens de financer la recherche, la maintenance et le personnel pour encadrer les analyses. Par ailleurs, les solvants nécessaires ne sont pas produits au Cambodge et leur importation implique un surcoût important, qui s'ajoute à celui des analyses (50 à 200 dollars par échantillon analysé en fonction du nombre de pesticides recherchés). Ainsi, la mise en circulation des pesticides au Cambodge implique non seulement une relation de dépendance avec les firmes exportatrices, mais aussi avec des laboratoires et des scientifiques étrangers qui assurent la production, le transfert de savoirs techniques et d'équipements en constante évolution.
- 24 Examinons quelques scandales sanitaires qui ont défrayé la chronique des médias cambodgiens, qu'ils soient khmérophones, anglophones ou francophones. Une étude¹⁹ réalisée par une équipe cambodgienne en 2009 sur des produits frais provenant des étals des marchés de Phnom Penh a mis en évidence la présence de formol, de borax²⁰ et de multiples pesticides prohibés²¹. En 2016, une étude de Wildlife Conservation Society (WCS) révélait l'usage détourné du Carbofuran, un pesticide interdit par la législation cambodgienne et utilisé comme technique de chasse²². Le pesticide est versé dans les points d'eau pour capturer des animaux sauvages²³ destinés à la consommation humaine. Cette ONG américaine a retrouvé des carcasses d'animaux et effectué des analyses pour comprendre ces morts inexplicables d'animaux sauvages.
- 25 Un autre scandale sanitaire a fait la une des médias en mai 2018²⁴. Plus de cent personnes ont été hospitalisées et dix sont décédées après avoir bu de l'eau contaminée près d'une mine d'exploitation d'or gérée par des investisseurs chinois. L'événement a suscité un déferlement d'articles dans la presse offrant matière à étudier ce que Yannick Barthe appelle « la politique des causes » (2010), c'est-à-dire l'ensemble des explications qui émergent pour expliquer les faits. Là, en l'occurrence, divers ministères se rejetaient la responsabilité. L'un attribuait la cause à des pesticides utilisés dans l'agriculture qui auraient pollué l'eau, l'autre à l'entreprise qui gère la mine d'or qui aurait évacué du cyanure et du chrome dans la rivière. D'autres représentants du gouvernement dédouanaient tout ministère en répliquant que c'était les villageois qui avaient bu de l'alcool frelaté, malgré le fait que des enfants étaient hospitalisés²⁵. En dépit de l'ouverture d'une enquête, la lumière sur cette affaire n'a pas été faite. Des mécanismes d'invisibilisation des risques ont été mis en œuvre par la sphère politique dégageant ainsi l'État de toute responsabilité. En décembre 2019, dans un centre de désintoxication, deux jeunes personnes sont décédées et cent autres ont été hospitalisées à Banteay Meanchey (nord-ouest du pays) après avoir consommé des concombres suspectés de contenir des résidus de pesticides dangereux pour la santé²⁶.
- 26 Parallèlement à la presse écrite, les réseaux sociaux ou applications comme Facebook et Telegram, largement plus consultés, participent à la construction d'un nouveau regard

sur les pesticides. Les articles de presse s'y mêlent à d'autres types d'informations, dont les sources sont plus obscures, qui orientent la perception des dangers liés aux pesticides. Mes interlocuteurs parlaient souvent des vidéos et des images mettant en scène des humains injectant des produits dans les fruits (durian, pastèque) pour les faire grossir ou mieux les conserver²⁷.



Illustration 2. Page Facebook de Vath Ta Na²⁸

- 27 En 2011, les vagues d'explosion de pastèques en Chine²⁹, liée à une forte utilisation d'accélérateurs de croissance, ont eu un retentissement notoire sur les réseaux sociaux numériques. Les consommateurs que j'ai pu interroger recherchent des pastèques de petit calibre produites au Cambodge afin d'éviter l'exposition à des produits importés. Ainsi, c'est dans le cadre de flux d'images et de messages mondialisés que se construisent les récits de crise au Cambodge.
- 28 À la différence de sociétés d'Europe de l'Ouest³⁰, les articles relatifs aux pesticides ne s'inscrivent pas dans une réflexion systémique qui rend compte des liens entre ces derniers et l'épuisement des ressources naturelles, le changement climatique ou encore l'effondrement du monde. Ils mettent le plus souvent en avant la menace pour la santé humaine. La notion de *global change*³¹ surgit cependant dans certaines conversations en khmer, mais dans le contexte actuel de boom économique, le pouvoir d'achat augmente et la recherche du plaisir par la consommation aussi. Gardons en mémoire la faible considération pour les premiers mouvements écologistes des années 1960 dans les pays occidentaux. Un regard décolonialisé et décentré de l'Occident s'impose pour ne pas analyser de manière linéaire et évolutionniste le cours de l'histoire des pays dits « en développement ». Il est fréquent d'entendre que les Cambodgiens devraient s'aligner sur les « bonnes pratiques » des pays dits « développés » (e.g. réduction des pesticides ou de l'usage du plastique), alors que ces problématiques écologiques, sociales et sanitaires procèdent de réseaux d'interdépendances et que la responsabilité des « entrepreneurs de morale » (Becker, 1963) est engagée. Ces discours peuvent interloquer leur destinataire cambodgien qui, à de nombreux égards, est plus économe qu'au Nord dans ses modes de vie et de consommation. L'écologisation des pratiques est un sujet qui prend de l'ampleur, cependant les incitations à la réduction de l'utilisation des pesticides heurtent parfois les ruraux. En effet, il y a à peine trente ans, des conseillers étrangers sont venus au Cambodge leur apprendre à intensifier leurs pratiques agricoles via une utilisation croissante d'intrants chimiques, et ils reçoivent aujourd'hui des messages contraires. Un riziculteur de Battambang rendait compte de son désappointement face à ces injonctions contradictoires :

On utilise de plus en plus de pesticides depuis les années 1990, aujourd'hui on n'en a jamais utilisé autant. Des herbicides, des insecticides... Et après, ils se sont mis à penser que la santé des paysans était affectée par ces pratiques agricoles, et ils sont venus expliquer que dans la mesure du possible il faudrait arrêter de les utiliser. Mais c'est difficile de changer. On ne peut pas les éviter. Maintenant, regardons l'ensemble du pays, on dirait qu'on vit sous le colonialisme de la chimie. (Riziculteur, Province de Battambang, septembre 2018)

- 29 Approfondissons maintenant les expériences intimes des pesticides qui rendent compte d'impasses sanitaires, idéologiques et économiques.

Expériences chimiques et récits de crise

- 30 Si certains paysans rappellent les côtés positifs de ces substances et leurs effets « miraculeux » au moment de leur arrivée (disparition de certaines tâches quotidiennes pénibles, réduction des besoins en main d'œuvre, amélioration des rendements), il n'en reste pas moins qu'elles sont sérieusement questionnées au moment de l'enquête. C'est la logique du *pharmakon* qui est à l'œuvre, c'est-à-dire d'une substance ambivalente qui a le double pouvoir de soigner et d'empoisonner, en fonction des usages, des doses, des circonstances et du regard qu'on porte sur elle (Dagognet, 1964). Comme l'indiquait un producteur de mangues :

Les pesticides [*Thnām bul*³²] et les médicaments [*Thnām bedy*³³] sont des couteaux à double tranchant. Les médicaments sont utilisés pour soigner des maladies, mais si on les utilise mal, ils sont dangereux. C'est pareil pour les pesticides, ils tuent les insectes, ils aident nos plantes à pousser, mais ils nous affectent aussi. (septembre 2018, Kandal)

- 31 J'ai pu constater lors de précédentes recherches sur la santé au Cambodge que les substances chimiques en circulation dans l'agriculture et l'alimentation commençaient à faire l'objet d'une préoccupation collective croissante. Les personnes interrogées expliquaient qu'elles tombaient plus souvent malades et qu'elles consommaient plus de médicaments à cause de l'exposition aux produits chimiques présents dans l'agriculture et l'alimentation. Les corrélations entre expositions aux pesticides et problèmes de santé devenaient fréquentes. Comme l'illustrent les extraits d'entretiens ci-dessous, les personnes interrogées sont convaincues qu'un travail somatique invisible se produit. Elles pointent l'apparition de nouvelles maladies et perçoivent un recul drastique de l'espérance de vie qui serait lié à ces substances³⁴.

Avant au Cambodge, on vivait jusqu'à 80 ou 90 ans, maintenant jusqu'à 60, 50 voire 30 ans. Là tout près d'ici, il y a quelques jours une femme est morte à 30 ans d'hypertension. (Employée domestique, Phnom Penh, janvier 2019)

Arun : Si l'on parle de la santé des personnes qui ont connu le temps où il n'y avait pas de *thnām gīmī*, leur santé est bonne et ils vivent longtemps. Mais maintenant, on utilise beaucoup de *thnām* dans le secteur agricole et la santé des hommes n'est plus bonne, on vit moins longtemps.

Chan : Les maladies sont aussi nouvelles. Avant nous n'avions pas de problèmes de foie.

Arun : Oui, ni de maladies d'estomac, de cœur, etc. Avant on n'avait pas tout ça. Les vieilles personnes ne sont jamais malades comme ça. (Agents de santé communautaire, province de Svay Rieng, juin 2018)

- 32 La déception, l'inquiétude et le désarroi sont autant d'émotions qui émergent de ces récits de crise. Ces derniers rendent compte d'altérations physiques réelles et/ou perçues, visibles ou non, produites par l'exposition aux pesticides. Cependant, lorsque je parlais de santé avec les personnes qui pulvérisent directement les pesticides, j'ai pu remarquer que plus elles en utilisaient, moins elles évoquaient des effets délétères. J'observais dans l'ensemble que des précautions étaient prises pour limiter l'exposition aux produits (soit en portant un masque en tissu, en changeant de vêtements après les applications ou en rangeant les produits dans des endroits spécifiques pour éviter que les enfants ne jouent avec). Quand j'abordai le sujet de la santé, ces personnes mentionnaient quelques petits désagréments comme les maux de tête ou la fatigue, et parlaient surtout d'adaptation à ces substances chimiques. Lorsque j'ai demandé à l'une d'elles si elle ressentait des effets sur sa santé, elle m'a répondu :

J'ai parfois des effets sur ma santé, mais c'est juste parce que je ne me sens pas bien au départ, alors quand j'en inhale [des pesticides], parfois ça me donne des maux de tête, des vertiges ou j'attrape froid. On ne peut pas dire que c'est juste à cause des *thnām*. C'est parce qu'on ne se sent pas bien soi-même avant de les utiliser et alors ça nous intoxique. Si notre énergie est normale, après avoir pulvérisé, on est bien, ça va. (Maraîcher, province de Kandal, mars 2019)

- 33 J'observais que les utilisateurs réguliers des pesticides ne réagissaient pas aux odeurs lorsqu'ils me montraient les produits. Or, l'inconfort qu'elles suscitent pour l'anthropologue novice qui s'aventure sur ce terrain contaminé est indescriptible. L'épistémologie olfactive de Joshua Reno (2011) a ici toute sa place. Les réactions ou l'absence de réactions aux effluves de pesticides orientent le chercheur sur son terrain. Les odeurs guident les observations, elles servent d'indicateurs pour s'éloigner du danger, mais aussi pour repérer des processus d'adaptation à ces produits. Un lien entre pratiques sensorielles et production de savoirs émergeait. Pour les paysans que je rencontrais, les pesticides étaient devenus des toxiques ordinaires incorporés. J'entendais fréquemment : « *nous sommes habitués.* » À l'instar des travaux de Françoise Zonabend sur le nucléaire, il semblerait que plus les gens sont exposés au risque, mieux ils l'acceptent (2014). Le déni permettrait-il dans ce contexte de s'arranger avec la peur du risque et de prolonger ainsi ces pratiques malgré la conscience du danger ?
- 34 En revanche, dans les discours, tous les corps ne s'adaptent pas aussi bien à ces substances. Certaines personnes sont considérées plus fragiles que d'autres. Un maraîcher de la province de Kandal parlant de son métayer me dit : « *Parfois je lui*

demande de traiter, mais il n'a pas assez d'énergie. Il a été malade de nombreuses fois, il travaille dans le maraîchage depuis qu'il est très jeune. Ça a eu des effets sur sa santé. Il peut aider un peu pour arroser et pour d'autres choses. » (mars 2019) J'ai pu rencontrer quelques femmes, souvent seules ou veuves, qui pulvérisent elles-mêmes leur parcelle, mais cela relevait de l'exception. Il est largement admis que l'application des pesticides est une tâche masculine.

P : Les femmes ne pulvérisent jamais. Je ne les ai jamais vues faire ça. Mais normalement, tant les hommes que les femmes vont au *chamcar* [parcelle cultivée autre que la rizière].

Auteur : Alors tant les hommes que les femmes les inhalent ?

P : Les femmes ne pulvérisent jamais. Je ne les ai jamais vues faire ça. Mais normalement, tant les hommes que les femmes vont au *chamcar* [parcelle cultivée autre que la rizière]. Certaines femmes ne peuvent pas supporter l'odeur des *thnām*, alors que les hommes, on est obligé d'aller au *chamcar*, même si on les inhale, on se protège. Les femmes ne peuvent pulvériser comme les hommes font [...]. Si elles récoltent et que dans le *chamcar* à côté quelqu'un vient pulvériser, elles vont inhaler. Alors, elles doivent partir ou se retourner le temps que ça s'arrête. (Cultivateur de mangues, province de Kandal, décembre 2018)

- 35 Avec Seyha Doeurn, interprète et assistante de recherche pour ce projet, nous entendions souvent : « *vous les femmes, faites attention en allant là-bas.* » Ces stéréotypes de genre exprimés par les paysans peuvent être interprétés comme l'expression d'une « virilité défensive³⁵ ». Cette notion, définie par le psychiatre Christophe Dejours (2000), renvoie au fait de jouer sur les valeurs de la virilité, de mettre en avant la prise inconsidérée de risque, tout en permettant un mécanisme psychique de refoulement du danger. Un maraîcher nous a ainsi dit : « *si vous respirez le thnām qui sent la goyave trop mûre, comme vous êtes nouvelles ici, l'odeur peut vous faire perdre connaissance* » (novembre 2018, Kandal). Cette représentation d'une sensibilité inégale entre hommes et femmes et entre utilisateurs aguerris et non aguerris rappelle cet extrait de l'œuvre de Rachel Carson :

Les gens qui manipulent ou utilisent les insecticides ne réagissent pas tous de la même manière ; ici intervient en effet la sensibilité individuelle. Les femmes paraissent moins résistantes que les hommes, les jeunes enfants que les adultes, les sédentaires que les travailleurs ou les habitués du plein air. [...] Ceci expliquerait pourquoi on relève peu d'effets d'intoxication chez les gens que leur profession expose aux pesticides ; ils sont « désensibilisés » par la permanence de leur contact avec le poison, comme le sont les malades allergiques à qui le médecin fait de nombreuses petites injections de substances allergènes. (Carson, 2019 : 227-228)

- 36 En sus de ces corrélations entre pesticides et risque sanitaire, mon attention se portait sur les récits de crise relatifs à la situation plus générale des paysans. Des sentiments d'impasse, d'engrenage et d'abandon social émergeaient de ces discours, mettant en cause des motifs climatiques, biologiques, sociaux et politiques.

De nos jours, si on ne les utilise pas [les pesticides], on n'obtiendra rien, et si l'on utilise seulement des produits naturels, on ne peut pas être compétitif avec les autres. On plante sur de grandes surfaces, alors le seul moyen est d'acheter des *thnām*. Il n'y a pas moyen d'éviter les *gīmī*. (Riziculteur, province de Battambang, janvier 2019)

Chez nous, nous avons très peur des *gīmī*. On n'en utilisait pas. On avait peur qu'en les utilisant les manguiers meurent plus vite. Mais quand on a vu les autres les utiliser, nous avons vu qu'il y avait une grande différence par rapport à la récolte que nous avons. C'est pour cela qu'on en utilise et s'ils meurent, on en plantera de nouveaux. (Cultivatrice de mangues, province de Kandal, juillet 2018)

Avant dans mon village, on plantait différentes variétés de riz, et quand les gens ont su que telle variété pouvait être vendue à un prix plus élevé, tout le monde a changé pour cette variété. Le problème est que notre ministère ne divise pas en plusieurs zones. Il ne planifie pas quelle zone doit planter tel type de culture. Dans les autres pays, il divise en différents blocs. L'un est destiné à la production de riz, l'autre aux fruits, etc. Ici, le sol est bon pour le riz et les légumes, mais maintenant tout le monde cultive des mangues. Et maintenant, ils sont tous endettés. (Cultivatrice de mangues, province de Kandal, septembre 2018)

Le principal problème que rencontrent les paysans, c'est le marché. Nous n'avons pas un marché bien organisé dans notre pays. Ce qu'on peut produire en petite quantité, c'est cher, ce qu'on peut produire beaucoup, les prix chutent. Donc en réalité, les produits agricoles viennent d'ailleurs. Oh, c'est difficile. Je ne sais pas de quoi les paysans vont vivre. (Propriétaire d'un dépôt de vente de pesticides, province de Kandal, décembre 2018)

- 37 Ces extraits d'entretiens illustrent un ensemble d'enjeux structurels qui sont sans cesse redéfinis en fonction de l'évolution de la qualité des sols, du type de culture, des populations d'insectes, de la météorologie et du marché. Certaines années, la pluie amène beaucoup d'insectes, d'autres moins. Rien n'est stable. Les paysans expliquent qu'en vingt-quatre heures, ils peuvent perdre toute leur culture s'ils ne sont pas attentifs et s'ils ne traitent pas à temps. Parfois, certains insectes semblent immaîtrisables, comme l'illustre ce propos d'un maraîcher de la province de Kandal :

Nous avons parfois des insectes qu'on ne peut pas tuer. Ils sont trop nombreux. Et quand on traite, ils s'envolent, quand on s'arrête ils reviennent. C'est comme des agents qui transmettent des germes, comme des virus. Cela prend le germe sur un arbre puis le transmet aux autres. (février 2019)

- 38 Ceux qui tentent de réduire les applications de pesticides voient leur culture menacée par les insectes des voisins. Bunroeun, cultivateur de mangues à Kandal raconte : « j'utilise des *gīmī* depuis six-sept ans. Avant, il n'y avait pas beaucoup d'insectes, mais maintenant si l'on en n'utilise pas et que les autres les utilisent, ces insectes viennent chez nous. » (août 2018) Ces récits de crise permettent de mieux comprendre l'engrenage des

pesticides tel qu'il est vécu par les paysans. Les aléas pédoclimatiques (épuisement des sols, émergence de nouveaux insectes), le manque de structuration de la production agricole par l'État, le marché concurrentiel, la dépendance vis-à-vis des pesticides (nécessité d'en acheter toujours plus) ou encore l'endettement auprès des vendeurs d'engrais et de pesticides, et/ou auprès des agences de micro-crédit sont autant d'éléments nécessaires à la compréhension de leur situation. Avec le développement de la mécanisation et la généralisation de l'utilisation des pesticides, l'organisation sociale dans les campagnes s'est transformée. Les besoins en main d'œuvre se sont réduits et les jeunes sont partis travailler dans d'autres secteurs. Face aux quantités que chaque exploitant agricole doit produire pour tirer profit de son travail, les pesticides restent les principaux alliés. S'en passer semble inconcevable à l'échelle d'une exploitation sans repenser l'ensemble du modèle de production agricole. Quant aux récits de crise des consommateurs, plus éloignés du monde agricole mais non moins préoccupés, ils peuvent prendre la tournure suivante :

Avant, on trouvait des légumes naturels, mais maintenant il n'y en a plus. Même les liserons d'eau, ils mettent des *jī* [engrais] [...]. J'entends souvent, mais je ne sais pas si c'est vrai ou non, que les *sbai* par exemple, d'abord ils sont petits comme ça. Après les vendeurs les trempent dans un réservoir, une nuit, et ils deviennent plus grands. Tu vois ! Si tout contient des substances chimiques comme ça, les Khmers vont tous mourir. (Commerçante, 69 ans, Phnom Penh, septembre 2018)

- 39 Dans les imaginaires, l'empire de la chimie s'étend et les aliments « naturels » se raréfient. La perte de confiance dans l'alimentation s'amplifie et les consommateurs ont le sentiment d'évoluer dans un environnement devenu plus incertain dont ils perdent le contrôle. Les pratiques agricoles cambodgiennes sont mises en doute, mais également celles des voisins qui exportent vers le Cambodge (Vietnam, Thaïlande, Chine). Le fait d'avoir vu en quelques années l'offre en produits frais se diversifier et de trouver sur les étals des fruits et légumes non saisonniers ou encore des produits qui ont changé de taille, d'aspect, de goût, de provenance ne rassure pas. Alors que dans cette société rurale, les Cambodgiens avaient jusqu'à récemment une forte proximité avec les modes de production alimentaire, l'augmentation des importations intensifie le sentiment de perte de contrôle. La « cacophonie alimentaire » (Fischler, 1990) prend de l'ampleur avec l'extension et la complexification des marchés. Les repères se brouillent. Des mécanismes de mise en accusation viennent réactualiser certains conflits ethnico-politiques comme celui qui perdure depuis des décennies entre le Cambodge et le Vietnam. Les Vietnamiens sont régulièrement accusés de vendre au Cambodge les produits alimentaires contaminés qu'ils ne peuvent vendre ailleurs en raison d'une trop forte présence de résidus de pesticides³⁶. La crainte de la contamination par les produits chimiques utilisés dans l'agriculture ne bouleverse pas seulement le rapport à la santé et à l'environnement, mais également le rapport au monde social et politique. Avec la montée du danger associé à ces substances, c'est tout un ensemble de façons d'être en société qui est remis en question.

Conclusion

40 Partant du principe que la crise n'existe pas sans ses récits, cet article rend compte de situations d'impasse et de rupture mises en mots par le domaine de la science, des médias, des ONG, du politique et par les individus faisant l'expérience chimique des pesticides. L'histoire politique et économique du développement de l'agrochimie au Cambodge permet une compréhension plus fine de ces récits. L'héritage colonial, et plus largement du capitalisme industriel, a progressivement transformé les pratiques agricoles. De plus en plus centrés sur des cultures de rente destinées à l'exportation et un modèle de production capitaliste, les paysans dépendent désormais des technologies agricoles de la « révolution verte », des prêts bancaires, et par conséquent de réseaux commerciaux transnationaux qui augmentent la dépendance vis-à-vis d'objets et de savoirs complexes et mondialisés. Par ailleurs, le marché des pesticides au Cambodge s'est développé avant leur régulation, induisant *de facto* des inégalités sanitaires et environnementales et des responsabilités partagées vis-à-vis des effets non contrôlés de ces substances. Désormais incontournables pour la majorité des paysans, les pesticides sont en même temps perçus comme une menace pour la santé et l'environnement. Les limites du « modèle chimique » font jour dans les imaginaires, via des expériences chimiques alarmantes et un accès rapide et continu à des informations et des images mettant l'accent sur les risques, les faiblesses des modes de régulation et la perte de contrôle liée à la complexification des marchés. Les affects liés à la menace perçue amènent chacun, dans son quotidien, à de nombreux arrangements profanes, qui se définissent en dehors des conditions d'utilisation et de circulation recommandées par les acteurs de la régulation et l'industrie agrochimique. Si la peur de la contamination engendre chez certains paysans un sentiment d'adaptation à ces substances, elle met en lumière des points de non-retour dans un contexte où les réponses politiques et sanitaires générales s'organisent cahin-caha. Les difficultés rencontrées par les instances étatiques et interétatiques (Asean) pour maîtriser le marché et les modes d'utilisation de ces substances chimiques produisent un cumul de dangers et de risques. La vitesse à laquelle se déploient les acteurs du marché des pesticides est alarmante au regard de la lente mise en place des instances politiques et sanitaires nécessaires pour assurer la protection des citoyens. En outre, le fait que la législation soit moins contraignante pour les acteurs économiques internationaux et que le marché connaisse une croissance exponentielle dans ce contexte met en lumière le processus de prédation du capitalisme industriel. L'absence d'ajustement de ces éléments par une volonté politique forte, à l'échelle nationale et mondiale, illustre la primauté des valeurs du marché sur le bien commun, ainsi que le manque de prise en compte des savoirs scientifiques dans les orientations politiques de la société. La non-application du principe de précaution et l'absence de raisonnement sur le long terme eu égard à la dangerosité des rétroactions pesticides/sociétés sont autant d'éléments qui participent à l'épuisement du modèle agrochimique.

41 **Source de financement** : Fondation de France. Intitulé du projet : « La “vie avec” les pesticides au Cambodge. Risques sanitaires, stratégies de contrôle et vulnérabilités ». Appel d'offre Santé publique Environnement 2017. N° d'engagement : 00079817

Je remercie Seyha Doeurn pour m'avoir accompagnée sur ce terrain contaminé. Formée en ingénierie de l'alimentation, elle était assistante de recherche pour ce projet, elle est partie ensuite faire un master en études de l'environnement au Japon.

BIBLIOGRAPHIE

- APPADURAI A., 1986. « Introduction », In APPADURAI A. (ed.), *The Social Life of Things : Commodities in Cultural Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ASSOULINE G., 1989. « L'évolution technologique de l'industrie des phytosanitaires : quelles interactions avec l'agriculture ? », *Économie rurale*, 192-193 : 42-48.
- BALANDIER G., 1950. « Aspects de l'évolution sociale chez les Fang du Gabon », *Cahiers internationaux de sociologie*, 9 : 76-106.
- BARTHE Y., 2010. « Cause politique et "politique des causes". La mobilisation des vétérans des essais nucléaires français », *Politix*, 91 : 72-102.
- BECKER H. 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris (éd. originale 1963), Métailié.
- BLANC G., DEMEULENAERE E. et FEUERHAHN W. (dir.), 2017. *Humanités environnementales : enquêtes et contre-enquêtes*. Paris, Publications de la Sorbonne.
- BUREAU-POINT E. et DOEURN S., 2019. « Substances chimiques et peurs alimentaires au Cambodge », *Moussons*, 34 : 109-140.
- CARSON R. 2019. *Printemps silencieux*, Marseille, Editions Wildproject (première parution de l'ouvrage Silent Spring en 1962).
- CEFAÏ D. 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situations dans des arènes publiques », *Réseaux*, 14 (75) : 43-66.
- DAGOGNET F. 1964. *La raison et les remèdes*. Paris, PUF
- DEJOURS C., 2000. « Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail », *Les Cahiers du Genre*, 29 : 101-125.
- FOURCHE R., 2004. « Contribution à l'histoire de la protection phytosanitaire dans l'agriculture française (1880-1970) », Thèse de doctorat en histoire, Université Lumière Lyon 2.
- FISCHLER C., 1990. *L'omnivore, le goût, la cuisine et le corps*. Paris, Odile Jacob.
- FUCHS A., 2016. *Recherches sur les radicalisations, les formes de violence qui en résultent et la manière dont les sociétés les préviennent et s'en protègent. État des lieux, propositions, actions*. Paris, Athena.
- GARRIGOU A., BALDI I., LE FRIOUS P., ANSELM R. et VALLIER M., 2011. « Ergonomics Contribution to Chemical Risks Prevention : An Ergotoxicological Investigation of the Effectiveness of Coverall Against Plant Pest Risk in Viticulture », *Applied Ergonomics*, 42, 2 : 321-330.
- INGOLD T., 2000. *The Perception of the Environment : Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. Londres, Routledge.
- JAS N., 2014. « Gouverner les substances chimiques dangereuses dans les espaces internationaux », In PESTRE D. (dir.), *Le Gouvernement des technosciences*. Paris, La Découverte.
- LE BRETON D., 2004. « La construction sociale de l'émotion », *Les nouvelles d'Archimède*, 35 : 4-5.
- LEWITZ S., 1969. « XI. Note sur la translittération du cambodgien », *Bulletin de l'École française d'Extrême-Orient*, 55 : 163-169.
- PICON B., 2006. « Invisibilité, dévoilement et dénouement d'une situation de crise. Ruptures de digues et rupture sociale en Camargue », In BECK C., LUGINBÜHL Y. et MUXART T. (dir.), *Temps et espaces des crises de l'environnement*. Paris, Quae.

PINK S., 2010. « The Future of Sensory Anthropology/The Anthropology of the Senses », *Social Anthropology*, 18, 3 : 331-332.

RENO J., 2011. « Beyond Risk : Emplacement and the Production of Environmental Evidence », *American Ethnologist*, 38, 3 : 516-530.

SHAPIRO N. et KIRKSEY E., 2017. « Chemo-ethnography : An Introduction », *Cultural Anthropology*, 32, 4 : 481-493.

VAN DER GEEST S., REYNOLD WHYTE S. et HARDON A., 1996. « The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, 25 : 173-178.

ZONABEND F., 2014. *La Presqu'île au nucléaire*. Paris, Odile Jacob.

NOTES

1. Pour plus d'informations sur ce projet : <https://centrenorbetelias.cnrs.fr/equipes-de-recherche/chercheurs/eve-bureau-point/>. Celui-ci est mené en partenariat avec le Centre de recherche et d'expertise Ecoland de l'Université royale d'agriculture à Phnom Penh. Pour plus d'informations : www.rua.edu.kh/view_divicen/164256924384.

2. La translittération scientifique de cet article suit le modèle proposé par Saveros Lewitz (1969).

3. Soulignons que cette traduction par le terme « médicament » n'est pas anodine. Comme celui de « produit phytosanitaire » utilisé dans la langue française, ou de « *crop protection products* » dans la langue anglaise, il revêt une connotation positive qui a pu orienter l'imaginaire de ces substances, faciliter leur utilisation et leur vente.

4. Définition du ministère français de l'Agriculture : « Produits utilisant des mécanismes naturels dans le cadre de la lutte intégrée contre les ennemis des cultures. Ils comprennent les macro-organismes et les produits phytopharmaceutiques qui sont composés de micro-organismes, de médiateurs chimiques tels que les phéromones et les kairomones, ou de substances naturelles d'origine végétale, animale ou minérale. » Voir <https://agriculture.gouv.fr/quest-ce-que-le-biocontrôle> (page consultée le 10/06/2020).

5. Pour constituer la population d'enquête, j'ai varié au maximum les caractéristiques des individus (genre, âge, statut socioprofessionnel, taille de l'exploitation et type de pratiques agricoles) pour accéder à un panel diversifié de points de vue et de pratiques. Pour les trente-cinq familles de paysans interrogées, l'âge, la taille de l'exploitation et le type de pratiques agricoles variaient. Les paysans avaient entre 30 et 65 ans, la surface des exploitations était comprise entre zéro et quatre hectares, six familles étaient impliquées dans un projet d'« agroécologie », vingt-sept pratiquaient une agriculture dite « conventionnelle » avec recours à la chimie de synthèse et deux une agriculture vivrière (à Svay Rieng).

6. Certaines molécules ont pu être synthétisées avant comme le DDT (à Strasbourg en 1874). Cependant, les propriétés insecticides et acaricides du DDT n'ont été découvertes qu'en 1939.

7. Fondée en 1967, elle est composée de dix membres dont le Cambodge depuis 1999. Selon la déclaration de Bangkok, son objectif est la promotion de la paix, de la stabilité et de la croissance économique en Asie du Sud-Est par le biais de coopérations politiques, économiques et socioculturelles internationales.

8. L'État fixait les objectifs et les prix de la production.

9. Le pays a rejoint l'Asean en 1999 et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) en 2004. Cf. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/MEMO_19_988

10. <https://data.worldbank.org/indikator/NV.AGR.TOTL.ZS?end=2018&start=1960&view=chart>

11. Entretien au DAL, mars 2019.

12. Chiffres du DAL.

13. Étoffe de tissu à damiers traditionnelle.
14. Maraîcher, province de Kandal, février 2019. Afin de préserver l'anonymat des personnes, des pseudonymes ont été utilisés.
15. Terme vernaculaire pour nommer une catégorie d'herbicides utilisés contre une herbe particulière (*Kajib*).
16. LATHSAKID S., 23 avril 2019. « Impacts of Pesticides use on Agriculture and Environment 18th and 19th March, 2019 in Cambodia », Alisea, (<https://ali-sea.org/impacts-of-pesticides-use-on-agriculture-and-environment-18th-and-19th-march-2019-in-cambodia/>), (page consultée le 14 décembre 2020).
17. Équipement pour appliquer la technique de la chromatographie qui permet l'identification, la séparation et le dosage de composés chimiques dans un mélange (High Performance Liquid Chromatography).
18. Équipement pour appliquer la spectrométrie de masse, qui permet une analyse qualitative pour les composés organiques.
19. « Alimentation. Pesticides et microbes sur les étals de Phnom Penh », *Courrier international*, 13 juin 2010 (www.courrierinternational.com/article/2010/10/14/pesticides-et-microbes-sur-les-etals-de-phnom-penh) ; « Agriculture officials call for reduction of food chemicals », RFI, 20 mars 2011 (www.rfa.org/khmer/indepth/borax_formalin_in_food-03202011002533.html)
20. Le formol et le borax sont utilisés comme agents de blanchiment et de conservation (pousses de soja, poissons, crustacés, gingembre déjà râpé, produits fermentés type achars, etc.).
21. Parathion méthyl, Mévinphos, Monocrotophos, Méthomyl et Endosulfan.
22. « Banned Pesticide Found in Water », *Khmer Times*, 2 août 2016 (www.khmertimeskh.com/26349/banned-pesticide-found-in-water/), « Pesticides are killing wildlife and affecting people's health », *Thmey Thmey*, 2 août 2016 (<https://thmeythmey.com/?page=detail&id=42750>)
23. Telles que les civettes asiatiques et les vautours à long bec.
24. « Cambodia's Hun Sen Slams Cabinet Member For Contradicting Official Line on Poisoning Deaths », *Radio Free Asia*, 25 mai 2018 (www.rfa.org/english/news/cambodia/contradicting-05252018160913.html) ; « Hun Sen Warns Minister to Make Different Comments on Alcohol and Water Poisoning in Kratie », VOA, 25 mai 2018 (<https://khmer.voanews.com/a/hun-sen-blasted-ministers-over-kratie-poison/4409903.html>)
25. « Ten dead, nearly 100 others hospitalised after drinking contaminated water », *Phnom Penh Post*, 6 mai 2018 (www.phnompenhpost.com/national/ten-dead-nearly-100-others-hospitalised-after-drinking-contaminated-water) (page consultée le 2/01/2019).
26. « Pesticide-laden cucumbers' kill two, poison 150 in Banteay Meanchey », *Phnom Penh Post*, 2 décembre 2019 (www.phnompenhpost.com/national/pesticide-laden-cucumbers-kill-two-poison-150-banteay-meachey?fbclid=IwAR0HeSfoF_yyO39RaH-fYPVpQTb-xDQICtWDOChdcszbO5BE5WcqnGQ-K5k) ; « Pesticide using for muskmelon poisoning kills 1, saves nearly 300 », 2 juillet 2019, Kley Kley Sabay (<http://kleykley.sabay.com.kh/index.php/article/1177329>)
27. Lien vidéo : www.facebook.com/sam.nang.9022662/videos/1581409472125522/
28. www.facebook.com/sam.nang.9022662/videos/1581409472125522/ (page consultée le 28/12/2019).
29. « Mystérieuse vague d'explosions de pastèques en Chine », *Nouvelobs*, 18 mai 2011, <https://www.nouvelobs.com/monde/20110518.OBS3397/mysterieuse-vague-d-explosions-de-pasteques-en-chine.html>.
30. « Biodiversité : l'humanité face à ses responsabilités », *Le Monde*, 6 mai 2019 (www.lemonde.fr/idees/article/2019/05/06/biodiversite-l-humanite-face-a-ses-responsabilites_5458837_3232.html) ; « RSPB resigns from government's pesticides forum after chemical use soars », *The Telegraph*, 19 avril 2019 (www.telegraph.co.uk/science/2019/04/18/rspb-resigns-governments-pesticides-forum-chemical-use-soars/)

31. Comme d'autres termes importés (*socola* pour chocolat, *gīmī* pour chimie, *éco* pour échographie, *para* pour paracétamol), le terme de *global change* est rarement traduit. Il est employé tel quel dans le vocabulaire, soulignant ainsi le poids des influences extérieures dans l'évolution de la langue.

32. *Thnām* signifie ici pesticides, et *bul*, poison.

33. *Thnām* signifie ici médicament, et *bedy*, biomédecine.

34. Les statistiques nationales témoignent cependant d'une progression de l'espérance de vie depuis les années 1990 : 54,9 ans en 1990, 71,9 en 2013 (source : <http://hdr.undp.org/en/69206>, page consultée le 15/10/2020).

35. Je remercie Mikaëla Le Meur qui a fait ce rapprochement lors de la présentation de ce travail aux journées d'étude sur les crises sanitaires au Centre Norbert Elias à Marseille en mai 2019.

36. Pour en savoir plus sur la construction sociale de ces peurs alimentaires au Cambodge, se référer à l'article paru dans la revue *Moussons* (Bureau-Point & Doern, 2019).

RÉSUMÉS

Au Cambodge, l'intensification de la production agricole, par le recours à des semences à haut rendement, l'utilisation d'intrants chimiques et l'amélioration des systèmes d'irrigation, s'est accélérée à partir des années 1990. Les acteurs du secteur agroalimentaire se sont insérés dans des marchés plus complexes, interdépendants et mondialisés. Si les intrants issus de la chimie de synthèse représentent pour les paysans une avancée majeure pour améliorer les rendements agricoles, ils font également l'objet de remises en question croissantes, à l'instar des sociétés occidentales où leurs usages massifs sont de plus en plus controversés. Des récits de crise émergent à l'échelle des scientifiques, des médias, du politique, des organisations non gouvernementales, mais aussi au niveau plus intime des paysans et de la population générale exposée dans son quotidien. Après avoir retracé au préalable l'histoire du développement de l'agrochimie au Cambodge et de sa régulation, cet article rend compte de l'expression de la crise à ces différentes échelles dans le pays.

In Cambodia, the intensification of agricultural production through the use of high-yield seeds, inputs derived from synthetic chemistry and the improvement of irrigation systems, has accelerated from the 1990s onwards. The actors of the agri-food sector have become involved in more complex, interdependent and globalized markets. If chemical inputs are synonymous for farmers with a major step forward in improving agricultural yields, they are also the subject of increasing concern, following the example of Western societies where their intensive use is increasingly questioned. Crisis narratives emerge at the level of scientists, the media, politics, non-governmental organizations, but also at the more intimate level of farmers and the general population in their daily lives. After tracing the history of the development of agrochemicals in Cambodia and its regulation, this article gives an account of the expression of the crisis at these different levels in the country.

INDEX

Mots-clés : récits de crise, pesticides, expérience chimique, Cambodge

Keywords : crisis narratives, pesticides, chemical experience, Cambodia

AUTEUR

EVE BUREAU-POINT

Centre Norbert Elias, Marseille , eve.bureau-point@univ-amu.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des « crises » en santé humaine, animale et environnementale

Gouverner une crise sanitaire par le savoir et l'incertitude : le cas des agrégats de « bébés nés sans bras » en France

Governing a health crisis through knowledge and uncertainty: the case of aggregates of “babies born without arms” in France

Florian Pedrot



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9194>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9194](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9194)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Florian Pedrot, « Gouverner une crise sanitaire par le savoir et l'incertitude : le cas des agrégats de « bébés nés sans bras » en France », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 29 mars 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9194> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9194>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Gouverner une crise sanitaire par le savoir et l'incertitude : le cas des agrégats de « bébés nés sans bras » en France

Governing a health crisis through knowledge and uncertainty: the case of aggregates of “babies born without arms” in France

Florian PEDROT

Introduction

- 1 Dans l'histoire de la santé publique française, l'automne 2018 restera comme celui d'une crise de la surveillance épidémiologique des naissances et des malformations qui peuvent leur être associées. Cette crise prend ses racines en 2012, après la découverte, à une échelle temporelle et spatiale limitée, de plusieurs cas de malformations (agénésies transverses des membres supérieurs, ATMS) chez des nourrissons, sans que le Registre des malformations congénitales en Rhône-Alpes (Remera)¹, à qui ils sont signalés, ne puisse les relier à aucune cause connue. Selon la littérature scientifique, ces malformations des avant-bras peuvent être imputées à des anomalies génétiques, une perturbation du développement de l'embryon par certains médicaments ou à des causes « mécaniques » *in utero*. Mais ici, rien de tel ne paraît les expliquer et les autorités comme les scientifiques sont pris au dépourvu.
- 2 Ces cas particuliers de malformations à la naissance sont d'autant plus troublants qu'ils vont être également constatés en deux autres endroits du territoire, à quelques années d'écart (en Loire-Atlantique et dans le Morbihan). Les médias, par qui cette énigme est révélée à partir de l'été 2018, rapportent de surcroît un temps de latence important entre la remontée, par les registres, des informations préoccupantes aux autorités sanitaires (Agence de santé publique, et par extension ministère de la Santé) et la

réaction de ces dernières. Dans le département de l'Ain par exemple, les premières constatations de malformations remontent à une huitaine d'années (quatre ans pour le Morbihan), et si des vérifications ont été effectuées, les familles n'ont pas été tenues informées des résultats des investigations. Quand, après la médiatisation des cas de malformations inexplicables, ces mêmes autorités sanitaires ont déclaré qu'il était inutile de poursuivre les recherches entamées, assurant avoir procédé à une vérification exhaustive des données, elles se sont trouvées confrontées à l'indignation des familles concernées, aux interrogations des journalistes et ont même été sommées de s'expliquer auprès de certains parlementaires européens et français.

- 3 Ces voix se sont élevées pour faire valoir que si aucune cause connue ne pouvait expliquer ces malformations, alors peut-être s'agissait-il de causes environnementales inconnues qui méritaient examen (qualité de l'eau, utilisation de pesticides non loin des habitations...). Le bien-fondé de leur demande leur a été confirmé quelques mois plus tard, lorsque de semblables cas groupés d'agénésies ont été découverts en Allemagne en septembre 2019. Trois bébés étaient nés avec des malformations dans une même ville, en l'espace de trois mois, donnant à cette problématique une dimension européenne². En France, les diverses protestations et mobilisations ont eu raison de la décision des autorités d'arrêter les recherches. À l'automne 2018, le ministère de la Santé a annoncé la création de deux comités (scientifique et de suivi) composés de personnalités qualifiées en divers domaines de savoir et des représentants des familles, avec pour objectif affiché de réexaminer le dossier dans son intégralité. Une réflexion sur le dispositif de surveillance des malformations au niveau national a également été lancée. Une des conclusions de l'expertise était qu'au moins une région sur les trois – le Morbihan – relevait bien d'une situation de cas groupés de malformations difficilement explicables³. Pour le reste, les autorités ont affirmé qu'en raison du déficit de savoirs sur les malformations, persévérer dans une recherche des causes de ces agénésies inexplicables mobiliserait déraisonnablement des équipes et des moyens pour un problème qui demeurerait circonscrit à quelques cas. Ce discours a laissé les familles désespérées, mais également déterminées à obtenir des réponses et donc mobilisées.
- 4 Les travaux pionniers sur les crises sanitaires en France ont montré que le nombre de victimes concernées ou la gravité du problème de santé affectant une population ne suffisaient pas pour qualifier une situation de crise. Elles ont plutôt pour origine soit une incertitude radicale, soit une défaillance de l'expertise permettant de prévoir et de gérer un événement, les deux pouvant se combiner (Lagadec, 2019 ; Gilbert, 2011). L'incertitude peut être relative à un danger associé à une activité humaine ou un produit, ou encore aux moyens à mettre en œuvre pour atténuer ou éradiquer cette menace. Quant à la défaillance de l'expertise, elle est facteur de crise car elle s'inscrit dans un régime de gestion et de surveillance des risques sanitaires inhérents aux activités humaines (Peretti-Watel, 2010). Le fait que les institutions chargées de ce régime soient à un moment donné mises en difficulté ou prises au dépourvu alimente la crise sanitaire. La crise sanitaire de l'amiante en France en est un bon exemple : elle a été déclenchée par la remise en cause de la doctrine, qui a prévalu jusqu'au milieu des années 1990, d'un possible « usage contrôlé » de cette fibre par le Comité permanent amiante et les pouvoirs publics (Henry, 2007).
- 5 Dans les deux cas de figure, l'indétermination de la situation ouvre la possibilité pour divers acteurs de l'investir, d'en critiquer tel ou tel aspect et, chemin faisant, de « mettre en crise » le secteur d'activité à l'origine du problème, comme l'ont montré

des travaux ultérieurs sur les crises (Angeli Aguiton *et al.*, 2019). Dans cette perspective, la crise sanitaire est envisagée comme une production sociale. La « mise en crise » peut être le fait des personnes directement affectées par le problème, qui s'en estiment victimes et qui vont parvenir, bien souvent avec l'aide d'autres acteurs (journalistes, avocats, juges...) à le faire inscrire à l'agenda public (comme dans le cas du scandale de l'amiante). Elle peut également être le fait des représentants des autorités elles-mêmes qui, pour retrouver la maîtrise de sa gestion, reconnaissent l'existence d'une « crise », la nécessité d'y répondre et sollicitent des institutions afin de concevoir des mesures ou des politiques publiques présentées comme adéquates. Ce fut le cas, par exemple, pour la crise de la radiothérapie française au milieu des années 2000, provoquée par la surirradiation de plusieurs milliers de patients cancéreux au sein de deux hôpitaux et finalement devenue, au gré de l'intervention des autorités sanitaires, une affaire essentiellement judiciaire (Pedrot, 2016).

- 6 Le déroulé de l'« affaire des bébés nés sans bras » est similaire. On y retrouve tous les ingrédients d'une crise sanitaire : une genèse incertaine des cas groupés de naissances avec malformations ; un traitement médiatique important qui met l'accent sur les atermoiements supposés des autorités sanitaires à mener l'enquête ; l'identification de personnes mobilisées (parents d'enfants nés avec une malformation inexpliquée, scientifiques de diverses institutions) ; et enfin, une contestation de l'expertise initiale des autorités qui contraint ces dernières à se saisir à nouveau du problème en mobilisant des agences, des organismes de recherche (Santé publique France [SPF], Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm]) et des comités *ad hoc* (comité scientifique notamment), afin d'éclaircir l'origine des naissances jugées problématiques.
- 7 En dépit de ces caractéristiques, la crise a tourné court non en raison du faible nombre d'enfants affectés par le problème (une quinzaine de cas), mais plutôt du fait de la difficulté à établir des relations de cause à effet dans le domaine de la santé environnementale, auquel appartient ce dossier de malformations congénitales groupées. Si l'incertitude est facteur de crises, sa reconnaissance peut aussi participer à leur extinction. Aussi, cette affaire permet d'éclairer un aspect saillant du gouvernement contemporain des crises sanitaires : la manière dont les autorités mettent en avant l'état des savoirs et des doutes relatifs à un problème pour justifier tant leur action que leur inaction. Cette gestion fondée sur les savoirs et les incertitudes n'est pas tout à fait neuve : elle est à l'œuvre et bien ancrée dans le domaine des innovations technologiques, des systèmes techniques et de leurs « externalités négatives », comme en témoigne le cas exemplaire du nucléaire étudié dans plusieurs travaux (Barthe, 2006 ; Topçu, 2013). En présence de savoirs établis, mais aussi de zones d'incertitudes, les décideurs confrontés à la gestion des déchets produits par cette industrie ou aux controverses autour du caractère radio-induit ou non de certaines maladies s'abstiennent de prendre des décisions formelles, irréversibles, et privilégient l'ouverture d'une longue phase d'études et d'expertises, qui permet d'engager *a minima* un gouvernement de ces questions. Nous proposons dans cet article d'examiner les modalités de ce mode de gouvernement par les connaissances scientifiques et leur part d'incertitude à l'œuvre dans les crises sanitaires, et en particulier dans celle « des bébés nés sans bras ». Nous considérons les connaissances et leur appendice – l'incertitude – comme des instruments d'action publique (Lascoumes & Le Galès, 2005), à la suite d'autres travaux (par exemple Déloye *et al.*, 2013 ; Desrosière, 2008). Ces connaissances définissent en cela un mode de

« gouvernementalité » (Foucault, 2004), entre prévention et précaution, qui marque cette crise sanitaire de 2018, et marquera également, d'une certaine façon, la gestion de la crise de la Covid-19 un an plus tard.

- 8 L'article s'appuie sur une enquête en cours initiée il y a un an. Le matériau est constitué principalement du recueil exhaustif des informations consacrées à cette affaire dans les archives des deux principaux quotidiens de l'aire géographique investiguée, *Ouest-France* et *Le Télégramme*. Afin de présenter un large aperçu des débats et controverses, des « dossiers » consacrés à cette affaire par la presse locale et nationale ainsi que deux émissions grand format diffusées à la télévision complètent le corpus⁴. Afin de mieux appréhender comment les différents acteurs justifient leurs prises de positions, une campagne d'entretiens semi-directifs a été entreprise (cinq entretiens réalisés à ce jour)⁵. Deux rapports d'enquête ont aussi été consultés et exploités (Gagnère & Rouget, 2018 ; SPF/Anses, 2019). Enfin, deux livres témoignages, l'un écrit par la responsable du Remera, Emmanuelle Amar, mobilisée sur le sujet (Amar, 2019), l'autre par Isabelle Taymans-Grassin (2020), mère d'une petite fille atteinte d'agénésie dans le Morbihan, ont également contribué à alimenter notre analyse.
- 9 La première partie de l'article revient sur l'énigme à laquelle des professionnels de la surveillance des malformations ont été confrontés : comment se fait-il que, dans un cadre spatio-temporel limité, un même type de malformations se retrouve chez plusieurs enfants dans une proportion statistiquement inattendue, sans pouvoir être relié à aucune cause connue ? Le cadre d'interprétation (Goffman, 1991) initialement mobilisé par certains acteurs pour appréhender ces malformations (avant médiatisation) doit être compris à l'aune des précédentes crises relatives aux conséquences de l'exposition congénitale à divers médicaments (Thalidomide, Distilbène®, Dépakine®), notamment eu égard aux actions des acteurs des registres et des autorités dans cette nouvelle affaire. Dans une seconde partie, nous examinons de quelle manière ces mêmes autorités sanitaires ont géré la publicisation de la question des malformations. Un gouvernement de crise s'est mis en place, dans lequel les sciences ont été convoquées pour formuler les différentes hypothèses pouvant expliquer ces malformations. Ces connaissances sont porteuses d'incertitudes et vont être mises en valeur par l'expertise réalisée par un comité *ad hoc*, sans toutefois remettre en cause les apports des savoirs existants et le mode usuel d'appréhension des cas groupés d'agénésies. Elles ont déterminé et orienté la réponse apportée à la crise, située à mi-chemin entre prévention et précaution.

Des malformations congénitales inexplicées, mais envisagées sous l'angle de précédentes affaires

- 10 Dans le département de l'Ain, en 2010, un médecin rapporte à la Cellule d'intervention en région Rhône-Alpes (CIRE), rattachée à l'époque à l'Institut de veille sanitaire (INVS, devenu Santé Publique France [SPF] en 2016), que deux de ses patientes viennent chacune de mettre au monde un enfant porteur d'une malformation identique au niveau des bras. L'une d'elles déclare même qu'une voisine a vécu la même chose peu de temps auparavant. La CIRE se met en rapport avec le Remera pour connaître la prévalence actuelle de ces malformations. « Si l'on s'en tient aux seules ATMS isolées et unilatérales, [...] on s'attend plutôt à 1 pour 10 000 naissances » (Amar, 2019 : 22) selon ce registre. Sa directrice, Emmanuelle Amar, se souvient : « j'ai l'impression que ce

médecin de campagne a bel et bien repéré un signal anormal » (Amar, 2019 : 22), soit, dans le langage épidémiologique, un *cluster* (un regroupement de cas sur un temps et un espace délimité). Elle poursuit : « lorsque nous avons reçu l'alerte du Dr [...], j'ai immédiatement repensé à la catastrophe du thalidomide » (Amar, 2019 : 75), premier médicament reconnu tératogène (provoquant des malformations chez le fœtus) à l'origine d'un scandale dans plusieurs pays dans les années 1960. À l'époque, écrit-elle, elle n'était qu'une enfant, mais elle avait suivi cette histoire avec ses parents. Elle est restée marquée par ces images d'enfants dépourvus de membres. La France avait été épargnée, n'ayant pas autorisé la mise sur le marché de ce médicament destiné à lutter contre les nausées en début de grossesse. Gardant à l'esprit l'origine médicamenteuse de ces malformations, elle répond à la CIRE qui la sollicite dans le cadre de cette nouvelle affaire que des vérifications doivent être effectuées afin d'investiguer les conditions dans lesquelles les mères concernées ont vécu leur grossesse. La tâche du registre est de recueillir des informations et non de mener ces investigations complémentaires (ce qu'il n'aurait pu faire du reste puisqu'il n'avait pas, à ce moment-là, la prérogative administrative de surveiller le département de l'Ain).

- 11 Malgré tout, le Remera décide de reconsidérer les déclarations de naissance effectuées dans ce département et de porter une attention particulière à celles à venir. C'est ainsi qu'il découvre deux autres cas. Au total, cinq enfants sont touchés, tous signalés aux autorités. L'alerte lancée en 2012 ne déclenche pas de mobilisation significative de ces dernières. Un sixième cas est déclaré en 2014 de manière similaire et un questionnaire est administré par le Remera aux mères concernées, avec des questions sur le déroulement de la grossesse, les éventuelles expositions à des produits toxiques ou tératogènes, etc. Deux autres cas sont ensuite découverts par le registre, ce qui porte à huit le nombre d'enfants nés avec une malformation d'un bras entre 2009 et 2014 dans ce département. Par ailleurs, en 2013, une institutrice de Loire-Atlantique signale à la CIRE Bretagne un groupement similaire de trois enfants atteints d'ATMS dans une petite commune rurale, tous nés entre 2007 et 2008.
- 12 À ce moment-là, le Remera est dans une configuration qu'il a déjà connu trente-sept ans auparavant, lorsque son ancêtre, l'Institut européen des génomutations, avait donné l'alerte sur les effets du valproate de sodium. Ce médicament, plus connu sous son nom de commercialisation – Dépakine® –, était initialement prescrit pour traiter l'épilepsie et les troubles bipolaires. Des effets tératogènes avaient été identifiés et signalés dans la littérature dès le début des années 1980, mais n'étaient pas spécifiés aux patientes, ce qui a provoqué un scandale sanitaire. Dans l'affaire « des bébés nés sans bras », la directrice du Remera estime qu'il faut « pousser les investigations » (Amar, 2019 : 83) car les mêmes éléments sont réunis : un nombre inhabituel de naissances avec anomalies et une cause qui semble être exogène à la génétique de chacune des mères, sans que les autorités ne prennent la mesure du danger. Emmanuelle Amar est ainsi de plus en plus persuadée de se trouver dans la même position que son prédécesseur au début des années 1980. À l'époque, la directrice de l'Institut avait fait le rapprochement entre les *spina bifida* (malformation du tube neural) dont étaient atteints des enfants et le traitement par Dépakine® de leur mère durant la grossesse. En 1982, elle communique ses données lors d'une réunion annuelle des registres mondiaux à Londres et les publie quelques mois plus tard dans la revue médicale *The Lancet*. Cette publication fera à peine évoluer les avertissements contenus dans les notices du médicament. « Il faudra attendre 2015 pour voir apparaître un

avertissement correct sur la notice [...]. Ce n'est qu'en 2017 que cette molécule finira par être clairement contre-indiquée chez les femmes enceintes. » (Amar, 2019 : 82). Instruite de cette affaire, Emmanuelle Amar veut éviter que les cas d'agénésies subissent un tel retard de diagnostic, notamment dans l'Ain. Elle sollicite donc, en octobre 2014, l'organisation d'une réunion auprès de la CIRE Rhône-Alpes et de l'Agence régionale de santé (ARS). Ces dernières y font valoir qu'un « agrégat spatio-temporel peut-être le fruit du hasard » (CIRE Rhône-Alpes, cité dans Amar, 2019 : 130) et que la recherche d'un facteur de risque commun « reste difficile du fait du petit nombre de cas, de la difficulté de définir un cas, du caractère multifactoriel des maladies et des multiples expositions possibles » (Amar, 2019 : 130).

- 13 Quelques mois plus tard, de nouveaux cas groupés de malformations sont détectés sur le territoire national. En 2015 en effet, une médecin d'une commune rurale-littorale du Morbihan, mère d'une petite fille atteinte d'agénésie, fait remonter au registre breton trois cas de malformations sur ce territoire communal (dont sa fille). Deux ans auparavant, en 2013, un confrère l'avait mise en relation avec un couple de parents qui venait d'avoir une fille atteinte du même problème. Ils s'étaient rencontrés, mais comme l'explique le père de cette deuxième petite fille lors d'un entretien, à ce moment-là, « *on ne discute pas du tout des causes [des malformations], c'était les prothèses* » à concevoir pour leurs enfants qui les préoccupaient davantage. Les deux couples et leurs enfants se voient régulièrement puis la mère-médecin déménage avec sa famille loin de la commune. C'est alors qu'elle apprend, en même temps que l'autre famille concernée, la naissance d'un troisième enfant atteint de la même malformation. « *Là, on se dit c'est quand même bizarre* » poursuit le même enquêté. La première famille contacte alors le Registre des malformations congénitales en Bretagne au printemps 2015. Un quatrième cas sera ensuite découvert (pour être finalement écarté au moment de l'expertise, nous y reviendrons). Ces cas concernent des enfants nés entre 2011 et 2013. L'antenne de SPF en région Bretagne et le registre breton lancent alors une enquête afin de « valider l'existence de l'excès perçu » et de « rechercher des facteurs de risque communs aux cas » (SPF, 2018 : 4). Un médecin épidémiologiste de la cellule régionale bretonne de SPF et une médecin du registre breton se déplacent en janvier 2016 et rencontrent les familles à leur domicile. Un questionnaire est distribué. Le père de la deuxième petite fille détaille en entretien le type de questions posées : le document « *revient sur la grossesse, nos habitudes de vie, là où on fait les courses, ce que l'on utilise comme produits chez nous, fumée, drogue, médicaments. Et après, on n'a plus jamais eu de nouvelles* ». Il précise que la mère-médecin a envoyé des mails au registre breton à la suite de ce questionnaire, mais n'a jamais reçu de réponses. Lors d'un entretien⁶, le médecin épidémiologiste de SPF ayant mené l'enquête a fait valoir un « *problème de communication* » qu'il explique par la conjonction malencontreuse, à ce moment-là, de facteurs humains et organisationnels. Ce qui n'empêche pas SPF de considérer dès cette période que les cas bretons constituent bien un cluster, contrairement à ceux répertoriés dans l'Ain. Selon l'agence, ces derniers ne sauraient être considérés comme relevant d'une cause commune⁷ (Amar, 2019 : 172).
- 14 Le 28 septembre 2016, un article du *Monde* est consacré aux trois agrégats de malformations détectés en France. Malgré un titre interrogateur (« Malformations congénitales : d'étranges coïncidences »), le sujet retombe vite dans l'oubli. S'ouvre alors une période creuse jusqu'au printemps 2018. À cette époque, le Remera est menacé dans son existence par l'arrêt des financements publics (région, SPF, Inserm notamment). Les financeurs arguent d'un ensemble d'évaluations négatives, mais le

registre y voit une sanction de son action, en particulier dans le dossier des agénies de l'Ain. Sa directrice prend la décision de publiciser la fermeture prochaine de sa structure pour tenter de l'empêcher. Une première dépêche AFP est rédigée le 31 mai 2018, centrée sur ce problème structurel de financement. Mais il faut attendre la fin de l'été pour voir les reportages se succéder dans les médias (télévision, radio, presse écrite). Le 15 septembre, une chronique est publiée dans *Le Monde* dans laquelle sont évoqués, en plus de la fermeture du Remera, les agrégats de malformations dans trois départements et la « controverse » qui oppose le registre à SPF à propos de l'agrégat de l'Ain. Puis le journal télévisé de France 2 s'empare de ce dernier sujet et les autres médias reprennent l'information, en reliant les trois cas groupés. L'affaire des agénies devient celle des « bébés nés sans bras », dont il est possible de suivre les développements, à la manière d'un « feuilleton » pour reprendre l'expression d'une journaliste du quotidien *Ouest-France* entendue lors d'un entretien.

- 15 C'est à ce moment-là que la perception du dossier par les autorités change. SPF anticipe notamment une incompréhension du grand public à l'égard de sa décision de ne pas diligenter de plus amples recherches en raison du petit nombre de cas concernés ou d'une incertitude radicale. Il est vrai que, par le passé, dans une affaire similaire d'exposition intra-utérine à un agent pathogène, les autorités avaient également tardé à agir, confrontées à un ensemble de connaissances médicales non pas tant incertaines comme ici que contradictoires, et leur inaction leur avait été vertement reprochée. Il s'agit en l'espèce de l'affaire du Diéthylstilbestrol (DES), plus connu en France sous son nom de commercialisation, le Distilbène[®]. Mis sur le marché en 1948, le médicament initialement destiné à prévenir les fausses couches avait fait l'objet d'une étude publiée en avril 1970 dans une revue américaine. Celle-ci décrivait pour la première fois la survenue de cancers gynécologiques chez des jeunes filles âgées de 15 à 22 ans, en lien avec la prise, par leur mère, de ce médicament. Un an plus tard, il était interdit aux États-Unis. En France, la prescription a au contraire été recommandée jusqu'en 1976. Interdit en 1977, il a pourtant été délivré jusqu'en 1982. La majorité des médecins gynécologues français refusaient de croire à ses effets délétères sur leurs patientes. Dans leur sillage, les autorités ont dès lors « adopté un ton extrêmement rassurant sur les problèmes du Distilbène[®] » (Fillion & Torny, 2015 : 586). En février 1983, un médecin pointe des problèmes d'infertilité et de malformations utérines chez ses patientes, alerte les médias et notamment *Le Monde*, qui publie un article sous le titre « Les enfants du Distilbène[®] : une gigantesque erreur médicale ». C'est le début de l'affaire proprement dite, qui connaîtra des développements scientifiques et médiatiques réguliers par la suite, comme cette reconnaissance, à l'été 2020, de la responsabilité de l'État (via l'Agence du médicament) vis-à-vis des problèmes de santé rencontrés par trois familles ayant porté plainte devant le tribunal administratif.
- 16 Échaudés par ce précédent, SPF et son directeur convoquent ainsi une conférence de presse « en urgence », le 4 octobre 2018, afin d'évoquer pour la première fois « trois rapports d'investigations des anomalies congénitales » en sa possession. L'Agence du médicament prend prétexte de la livraison d'un rapport d'orientation sur la future réorganisation des registres de malformations pour communiquer « les résultats sur les cas recensés en Bretagne, Pays de Loire et Rhône-Alpes » (*Ouest-France*, 4/10/2018). L'agence s'offre ainsi le moyen d'explicitier son raisonnement devant la presse nationale. Elle annonce qu'elle « n'a pas identifié une exposition commune à la survenue de ces malformations congénitales » et préconise de ne pas continuer les recherches. Elle note bien un « excès de cas » dans le Morbihan, et à cette époque en

Loire-Atlantique, mais pas dans l'Ain, ajoutant qu'aucune cause, y compris environnementale, n'a pu être mise en évidence dans tous ces cas. « Nous avons été au bout de ce que nous savons faire » déclare le directeur de SPF, excluant toute autre enquête (*Le Mensuel du Golfe*, septembre 2019).

- 17 Très médiatisée, cette conférence de presse, loin de clore le débat, fait paradoxalement entrer les agénésies dans l'espace des controverses sanitaires :
- 18 – Les comptes-rendus journalistiques font état d'interrogations sur cette crise dite des « bébés nés sans bras », d'autant qu'Emmanuelle Amar donne des interviews, notamment au quotidien *Ouest-France* (7/10/2018). La fermeture prochaine du Remera est évoquée, mais sa directrice est aussi interrogée sur les cas d'agénésies groupés. Elle met en cause tant « l'inertie » des autorités que la méthodologie utilisée pour mener l'enquête.

Nous signalons depuis 2011 un « cluster », plusieurs cas recensés au même endroit, dans l'Ain. Et en 2018, l'Agence Santé publique maintient qu'il n'y en a pas. [...] Je suis un peu dépitée par la méthodologie des enquêtes. On a éliminé les causes connues de malformations et aucune hypothèse n'a émergé à la suite de simples interrogatoires des mères, menés en 2014 et 2015. C'est quand même un peu léger pour dire par exemple qu'on a éliminé une « cause environnementale ». [...] À mon avis dans ce dossier, ce qu'on tait, c'est l'inertie, que rien n'a été fait. (Amar, *Ouest-France*, 7/10/2018)

- 19 – Des hommes et femmes politiques s'expriment durant cette période, à l'instar de Yannick Jadot, député européen Europe Écologie les Verts qui pointe la responsabilité des pesticides sur les ondes de la radio nationale RTL le 8 octobre.
- 20 – Dans ce contexte, le 21 octobre 2018, la ministre de la Santé Agnès Buzyn annonce que le Remera ne sera pas fermé. Elle déjuge surtout SPF et annonce le lancement d'une nouvelle enquête sur ces trois agrégats d'agénésies afin d'explicitier les causalités à établir ou écarter. Le directeur général de l'Agence de santé publique annonce à son tour un recensement des « cas [d'agénésies] sur toute la France », sous l'égide de SPF et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), ce que regretteront *a posteriori* les familles, notamment celles du Morbihan :

Plutôt que de saisir l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), dont l'action avait été efficace lors de l'affaire de la Dépakine^o, la ministre préfère se tourner vers l'Anses et SPF [...]. La ministre ne voulait pas faire appel à l'IGAS, ni même voir la justice saisir l'OCLAESP (Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique), qui sont des instances qui auraient certainement pu, dans cette affaire, être compétentes et surtout faire preuve d'une absolue neutralité. (Taymans-Grassin, 2020 : 130-131)

- 21 – Lors d'une conférence de presse au ministère de la Santé le 15 novembre, SPF et l'Anses annoncent, en accord avec la Direction générale de la santé (DGS), que la nouvelle enquête sera encadrée par deux comités dont les prérogatives seront décrites plus en avant.

- 22 – Le Remera ne manque pas de signaler aux médias qu'il a bon espoir que les enseignements de ses questionnaires épidémiologiques distribués aux familles de l'Ain en 2014 soient enfin pris en compte. Selon lui, ces derniers montrent que la responsabilité de l'environnement dans les malformations est une hypothèse à ne pas écarter. Les femmes ayant pu être contaminées durant leur grossesse via l'air, l'eau ou les sols, il estime donc qu'il convient, *a minima*, de poursuivre les recherches pour comprendre la survenue de telles malformations pour définitivement mettre en cause ou hors de cause certains facteurs de risque.

Face aux cas groupés d'agénésies, un comité scientifique et une approche par les savoirs et les incertitudes

- 23 Après la conférence de presse commune de la DGS, de l'Anses et de SPF du 15 novembre 2018, deux comités sont créés en février 2019. Le premier, intitulé « comité d'experts scientifiques (CES) », a pour mission de rendre des conclusions sur :

1/ les questions qu'il est pertinent d'investiguer et les analyses à conduire ; 2/ l'interprétation des données épidémiologiques ; 3/ les résultats des travaux réalisés et les approches méthodologiques à développer (procédures de détection, d'investigation, notamment environnementale...) et 4/ les attentes plus larges dans le champ des malformations congénitales. (SPF/Anses, 2019 : 12)

- 24 Le CES est composé de vingt membres sollicités par les autorités, parmi lesquels figurent en majorité des obstétriciens, des généticiens, des épidémiologistes et des biostatisticiens. Il est présidé par Alexandra Benachi, praticienne hospitalière en gynécologie-obstétrique. Le second comité est dit « d'orientation et de suivi » (COS). Il a pour but « d'impliquer et d'associer l'expression de l'ensemble des parties prenantes au processus d'expertise » (SPF/Anses, 2019 : 11), au premier rang desquelles les familles, mais aussi les associations de défense de l'environnement et les chercheurs ou professionnels de santé. Le comité de suivi est présidé par le sociologue Daniel Benamouzig. Emmanuelle Amar en fait également partie, comme le toxicologue André Cicoella, président du Réseau environnement santé.
- 25 La décision politique est ainsi placée sous le sceau de la recherche scientifique. C'est la définition d'une situation d'expertise scientifique. Usuellement séparés, le champ politique (comme espace d'intérêts, de compétitions) et le champ scientifique (comme espace de production de connaissances, de rationalité), rentrent en relation. Il s'agit d'une « position sociale transitoire, caractérisée par les relations qu'entretiennent les experts entre eux, avec leurs commanditaires ou les acteurs sociaux intéressés par la question qui leur est posée. » (Bérard & Crespin, 2015 : 294). En l'espèce, l'expertise scientifique prend la forme de considérations sur la définition d'un cas groupé d'agénésies, sur l'apport et les limites des investigations et des connaissances scientifiques relatives à ces agrégats, sur la part d'incertitudes dans les regroupements observés. De ce fait, elle participe de la construction d'un discours sur la nécessité ou non de l'action publique en une telle situation.

26 Abordons successivement ces éléments et leurs effets sur le déroulement de la crise sanitaire. L'expertise impulsée par le CES a d'abord consisté en un retour inaugural sur la définition même des ATMS et de ce qui peut être considéré comme des cas groupés. En effet, comme l'indique le rapport issu du travail du comité scientifique, « la définition précise de l'événement de santé étudié, ici les ATMS, est cruciale. Une définition imprécise peut conduire à considérer comme *cluster* une agrégation de situations cliniques différentes » (SPF/Anses, 2019 : 13). En d'autres termes, la mission assignée au comité est de reprendre l'analyse de zéro. Il s'agit pour ses membres d'engager une réflexion sur la méthode scientifique employée d'une manière générale pour délimiter un excès de cas, ainsi que de mettre au jour les connaissances scientifiques sur lesquelles se fonde l'appréhension des malformations congénitales. Cette démarche va conduire à revoir à la baisse le nombre – déjà limité – d'ATMS initialement répertoriées comme relevant de *clusters*. Par exemple, dans le Morbihan, un cas sur les quatre détectés dans la même commune va être considéré comme une « agénésie longitudinale » (SPF/Anses, 2019 : 57) et non comme une agénésie « isolée », et exclu de ce fait du *cluster* breton, dont l'existence est par ailleurs confirmée. Cette exclusion et la démarche qui la fonde sont incomprises des familles morbihannaises, qui s'interrogent par conséquent sur le travail du comité scientifique.

On a remarqué, en discutant avec d'autres personnes, que ce comité [scientifique], il n'était pas composé de gens qui étaient faits pour bosser sur le terrain ; c'est-à-dire que c'est surtout des professeurs, il y a des praticiens en milieu hospitalier, certes il y a un monsieur de l'INRA [Institut national de la recherche agronomique], mais globalement, ce ne sont pas des gens qui sont faits pour aller bosser sur le terrain. Ce ne sont pas des gens des brigades sanitaires. Donc on s'est dit que ce comité, il est fait pour pondre un rapport assez théorique. Mais ce que nous on attendait depuis le départ, depuis novembre dernier, c'est l'enquête de terrain, qui n'avait jamais été réalisée. (Entretien, père d'une petite fille atteinte d'agénésie dans le Morbihan, septembre 2019)

27 Le facteur qui permet de comprendre les modalités de recherche du comité scientifique, qualifiées de « théoriques » par un représentant des familles concernées, doit être relié à la manière dont est appréhendée scientifiquement l'origine des agénésies transverses des membres supérieurs. Nous l'avons évoquée plus haut, une étiologie génétique ou chromosomique particulière peut être à l'origine de telles malformations, bien répertoriées dans la littérature scientifique. Mais des facteurs environnementaux sont susceptibles de jouer un rôle et, en présence de *clusters* aux origines non génétiques ou chromosomiques comme c'est le cas ici, cette piste doit être explorée par les scientifiques. Or, elle peut l'être à partir de la littérature. Un ensemble de savoirs ont effectivement été accumulés sur le plan épidémiologique en matière d'investigation d'agrégats⁸. En présence de cas groupés, les investigations épidémiologiques s'adossent en effet dans un premier mouvement à une question qui, de manière contre-intuitive, n'est pas celle de « la cause des cancers observés, ou des malformations congénitales ici [...], mais [celle de savoir] quelle est la cause du regroupement », comme le résume le médecin-épidémiologiste de SPF dans l'entretien que nous avons mené avec lui en juin 2020. Pour les ATMS de la commune morbihannaise, et en suivant les déclarations des familles, « on avait une multiplication de la fréquence de la maladie par

quatre-vingts », ajoute-t-il. « Il y en avait quatre-vingts fois plus que ce que l'on aurait attendu si la fréquence avait été la même que dans le reste de la France. » Alors, dans un deuxième mouvement, « la question qu'on se pose est : est-ce qu'il y a, dans la zone où on nous fait le signalement [...], quelque chose [...] qui est suffisamment différent de ce qu'il y a ailleurs, pour multiplier la fréquence d'une maladie par quatre-vingts ? ». Or la science épidémiologique raisonne à partir du principe selon lequel les mêmes causes provoquent les mêmes effets : « on n'a pas d'autres choix » que celui-là insiste notre interlocuteur, dans la mesure où cela fonde le raisonnement scientifique et permet une cumulativité et une réfutabilité des résultats. Par conséquent, il n'y a pas d'autre option que de retourner à la littérature.

[Compte tenu de] ce qui a déjà été trouvé, c'est-à-dire dans quelle situation des investigations identiques ont réussi à mettre quelque chose en évidence, on sait très vite. C'est-à-dire qu'on connaît les pathologies qui ont été mises en évidence et on connaît les expositions. Et en fait, à chaque fois, c'est hyper spécifique. Ce sont des effets très très forts. Qu'on est capable de voir. Ce qui ne veut pas dire que des effets faibles n'ont pas d'effets, mais ce qui signifie que lorsque l'on arrive *a posteriori* comme ça, les choses que l'on est capable de mettre en évidence, ce sont des gros effets. (Entretien, médecin-épidémiologiste à SPF, juin 2020)

- 28 Or, pour ces cas groupés morbihannais, « la situation observée dans la commune de signalement est celle d'un excès sans identification de facteur de risque commun aux cas. Elle justifie la poursuite de la surveillance, mais ne permet pas d'orienter vers des recherches étiologiques particulières » (Gagnère & Rouget, 2018 : 10). Ainsi, en l'état actuel des connaissances relatives notamment aux pesticides et leurs effets à fortes ou à faibles doses, rien ne permet d'expliquer une telle multiplication des malformations sur le territoire et dans l'espace-temps étudié. Même si des hypothèses étaient émises, elles seraient pour l'instant très difficiles à vérifier, comme le souligne l'épidémiologiste ou les rédacteurs du rapport du CES. Le premier souligne en effet que :

La vraie réponse [à l'hypothèse des] pesticides aurait dû être – si l'on avait eu les moyens, mais cela on ne sait pas faire et on arrive après la bataille : « et bien écoutez, on va doser tous les pesticides qu'on connaît. » Il aurait fallu que les placentas des mères soient prélevés au moment de l'accouchement et puis que, *a posteriori*, on se dise : il y a une hypothèse pesticides, on va doser. (Entretien, médecin-épidémiologiste à SPF, juin 2020)

- 29 Les rédacteurs du rapport soulignent quant à eux que « les échanges menés dans le cadre du CES ont permis des réflexions sur la mise en place d'une étude épidémiologique » (SPF/Anses, 2019 : 141). Mais « étant donné la relativement faible incidence des agénésies transverses des membres supérieurs isolés non génétiques, l'association "vraie" doit être assez forte (OR > 2) et l'exposition pas trop rare en population générale (de l'ordre de 20 % au moins) pour que la durée et le coût de l'étude soient raisonnables (2 ans dans ce cas pour les ATMS, 1 million d'euros par pathologie) » (SPF/Anses, 2019 : 154). Aussi, « malgré tout le soin qui serait apporté à la mise en place de cette étude, il est donc possible que l'étude ne débouche pas sur la

mise en évidence de facteurs de risque.» (SPD/Anses, 2019 : 154). La conclusion est donc sans appel : « En l'état actuel des connaissances, étant donné l'absence d'une hypothèse prédominante, l'incidence très faible des anomalies étudiées, les grandes incertitudes notamment sur l'existence de clusters et le budget important que nécessiterait sa mise en place, le CES ne recommande pas une telle étude. » (SPF/Anses, 2019 : 155).

- 30 Si les conditions d'une expertise scientifique approfondie étaient réunies après la décision politique de créer deux comités pour répondre aux polémiques engendrées par la médiatisation des cas groupés, les conditions de production d'un savoir stabilisé, elles, n'étaient pas présentes. Les zones d'ombre entourant les liens entre malformations et environnement sont trop nombreuses. Les cas groupés d'ATMS sont le fruit de causes non identifiables qui trouvent leur origine dans un passé lointain et probablement constitué de pluri-expositions. Le rapport du comité scientifique insiste sur le fait que toute recherche de ces causes nécessite la mobilisation de moyens humains et financiers considérables compte tenu du déficit de connaissances relatif aux facteurs environnementaux. Le rapport pose donc en substance la question suivante : une telle mobilisation budgétaire et humaine est-elle bien envisageable pour un problème très limité dans le temps et en nombre de cas (en d'autres termes pour un dossier qui ne relève pas d'un problème de santé publique) ? Catherine Hill, une des figures de l'épidémiologie française, répond par la négative : elle explique que même si les malformations investiguées étaient dues à des expositions locales, elles sont en définitive « très probablement » non identifiables (*Le Mensuel du Golfe*, septembre 2019). Rattachée à l'Inserm, elle a exercé à l'Institut Gustave Roussy et était intervenue notamment auprès d'Irène Frachon dans le scandale du Médiateur⁹ pour l'aider à identifier les conséquences du médicament sur les patients⁹. Dans l'histoire des agénésies, elle a été auditionnée par le CES et a défendu l'absence d'hypothèse explicative aux cas groupés. Son propos a été appuyé par une collègue tout aussi respectée dans son domaine, Ségolène Aymé. Médecin généticienne et épidémiologiste, présidente du comité d'évaluation des registres des malformations (CER), en éméritat à l'Inserm, elle déclare à propos de cette affaire : « Dans l'immense majorité des cas, vous n'avez jamais d'explication aux malformations, c'est dû au hasard. La science ne peut pas tout expliquer. » (*Le Mensuel du Golfe*, septembre 2019)
- 31 Ce qui ressort des propos de ces scientifiques, c'est que l'on est avec cette affaire dans le domaine du hasard, assimilé à l'incertitude... mais jusqu'à un certain point. Leur point de vue est en effet le suivant : si l'expertise s'appuie sur un corpus de connaissances dont les experts reconnaissent eux-mêmes la limite, elle a aussi mis en valeur et loué ces connaissances limitées en ce qu'elles permettent une compréhension minimale des événements problématiques et fournissent au commanditaire de l'expertise, le ministère de la Santé, un socle propice à gouverner et réordonner le monde social. Elles sont suffisantes pour déterminer si la situation relève du registre de la précaution ou de la prévention ; et ces cas groupés semblent relever d'un entre-deux : nul besoin d'appliquer un principe de précaution stricte qui, par une démarche de recherche active (Callon *et al.*, 2001 : 264)¹⁰, impliquerait une exploration systématique des zones d'ombre associées à l'émergence de regroupements de cas de malformations, surtout s'ils relèvent du hasard. Nul besoin non plus de mettre en œuvre une politique de prévention stricte, en l'absence de risque avéré. Il s'agit plutôt de proposer une réponse à mi-chemin entre les deux positions, qui offre la possibilité de détecter et d'analyser

des événements nouveaux tout en donnant l'opportunité de conduire des recherches et de prendre des mesures de contrôle plus approfondies par la suite, si la situation l'imposait. C'est précisément ce que préconise *in fine* le CES dans son rapport de juillet 2019 avec la proposition de créer un registre national de recueil et d'analyse des malformations congénitales dont les ATMS feraient pleinement parties. Cette mesure avait été envisagée en 2015 en réponse à un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) sur la Dépakine[®], mais non mise en œuvre¹¹.

- 32 Ainsi, en proposant une régulation à mi-chemin entre la prévention et la précaution, l'expertise normalise le début de crise provoquée par la publicisation des cas groupés d'agénésies. Cette issue ne satisfait pas les familles d'enfants touchés par une agénésie, ni certains scientifiques comme André Cicoella, membre du COS. Ce toxicologue met l'accent sur le déficit de connaissances qui caractérise ce dossier et insiste : les incertitudes ne peuvent être écartées de la sorte. Il défend en effet une approche toxicologique à l'égard des agrégats de malformations capable de reconstituer des situations d'exposition. Auditionné par le CES, il avance qu'« il faut changer de manière de raisonner » dans ce dossier (*Politis*, 27/06/2019). Et de poursuivre : « Il existe [...] des scientifiques qui réfléchissent à partir de normes obsolètes et des établissements publics qui ne se donnent pas les outils pour enquêter sur des expositions et des contaminations. [...] on continue à ne se fonder en France que sur les données épidémiologiques sans prendre suffisamment en compte les données toxicologiques », en particulier dès lors que l'on étudie l'hypothèse des pesticides¹². Selon lui, les données toxicologiques permettraient pourtant par des tests réalisés sur chaque substance séparément, d'exonérer telle cause ou telle autre, pour finalement en isoler une ou plusieurs. Cette piste toxicologique est effleurée par le CES, mais non évoquée en tant que telle dans son rapport. Elle ne l'est en effet qu'en complément de l'étude épidémiologique conceptualisée dans le cadre du comité (SPF/Anses, 2019 : 164), « pour s'assurer de la causalité des facteurs mis en évidence » au sein de cette dernière (et dont on a vu d'ailleurs que le comité ne recommande pas le lancement compte tenu des incertitudes qui l'entourent).
- 33 D'où la remarque d'une des porte-parole des familles du Morbihan : « les six mois d'existence du comité d'experts n'auront servi qu'à déterminer [...] que seules des pistes plausibles feraient l'objet d'une enquête. [...]. Autant dire que si l'on a affaire à quelque chose d'inédit, le comité passera à côté. » (Taymans-Grassin, 2020 : 171). Cette remarque révèle plus globalement le sentiment des familles et de leurs défenseurs à l'égard du travail commandité par les autorités sanitaires. Elles ne sauraient entendre que les incertitudes et le déficit de connaissances constatés dans l'expertise puissent conduire les décideurs publics à entériner l'arrêt de l'action publique engagée sur ce dossier. Puisque l'on connaît les limites des savoirs et de l'expertise en matière de malformations, pourquoi ne pas se donner les moyens de les repousser ? Emmanuelle Amar reprend ainsi le raisonnement tenu par l'épidémiologiste Ségolène Aymé :

La science ne peut pas tout, mais ça ne veut pas dire qu'elle ne peut rien. [...] C'est vrai qu'on ne peut pas expliquer chaque pathologie. Mais [...] on ne peut pas rester des années en disant « ah, c'est peut-être l'environnement », sans chercher à savoir pourquoi et comment l'éviter. C'est comme ça qu'on a découvert que le tabac provoquait le cancer. (*Le Mensuel du Golfe*, septembre 2019)

- 34 Elle estime qu'il faut relier dans cette affaire ce qui semble délié : relier un dommage (réel) et une exposition (une cause). Certes, la participation active des familles au COS a conduit les autorités dans la commune morbihannaise à annoncer une enquête. Mais si elle concerne les parcelles agricoles proches des habitations, elle demeure administrative et n'est pas une enquête « de terrain » disent les familles, qui investiguerait par exemple « nos domiciles ou [...] des mèches de nos cheveux » (S. B. et T. B., parents d'une enfant née avec une agénésie dans *Le Télégramme*, 6/11/2019). De son côté, le Remera a constitué en 2019 un groupe pour travailler sur l'agent responsable des agénésies (Amar, 2019 : 241). L'hypothèse des voies respiratoires et digestives a été explorée, ouvrant plusieurs pistes de recherches présentées au COS le 18 avril 2019, mais toujours non investiguées : l'utilisation d'un ou plusieurs pesticides nouveaux sur le marché, l'utilisation d'un produit sans respect des consignes, une contamination des eaux par des rejets industriels, un produit dégradé devenant tératogène...

Conclusion : connaissances établies versus savoirs invérifiables dans l'immédiat, les voies étroites de l'expertise en santé

- 35 Lorsque des phénomènes affectent la santé d'une population, comme dans le cas des malformations groupées étudiées ici, et que les connaissances disponibles ne permettent pas de les comprendre, les individus qui tentent d'expliquer ce qu'ils expérimentent ou ce qu'ils constatent vivent « un moment d'empirisme zéro » (Daston, 2020). Comment appréhender ce problème et savoir s'il relève d'une contingence ou d'une nécessité ? Tout un questionnement se développe sur les conditions entourant la grossesse vécue par les couples concernés, ou sur les explications données par le passé par les professionnels sur les malformations congénitales (le hasard), à l'occasion d'observations réalisées *a posteriori*. Ce questionnement peut prendre la forme de récits oraux ou de questionnaires dûment conçus par des scientifiques. Les précédentes affaires sanitaires y sont envisagées par les acteurs en présence (victimes, scientifiques, personnels des agences sanitaires...) comme des expériences transposables et influent sur la perception des enjeux sanitaires auxquels ils sont confrontés. Ainsi, dans l'affaire « des bébés nés sans bras », les scandales de la Dépakine[®], de la thalidomide et du Distilbène[®] fournissent des indices sur son devenir probable, redouté ou espéré, et incitent par conséquent ces acteurs à se tourner vers tels types de connaissances (savoirs épidémiologiques par exemple) ou à engager telles actions (de communication par exemple).
- 36 Des controverses apparaissent alors sur l'expertise qu'il convient de déployer : doit-elle se fonder avant tout sur les connaissances existantes, ou bien explorer des causalités encore inexplorées ? Doit-on essayer de repousser les limites des savoirs scientifiques contemporains pour traiter de tels cas, ou bien défendre leur contribution minimale à la compréhension des faits (ici, des naissances avec des problématiques d'agénésies) ? C'est une réponse en deux temps qui sera donnée par l'instance ayant reçu mandat politique de réfléchir aux grandes lignes de l'action publique dans le dossier des ATMS, à savoir le Conseil scientifique. Ses membres prennent d'abord acte du corpus de connaissances établies dans différents domaines ayant trait au problème identifié

(tératogénie, épidémiologie...). Ensuite, sur la base de ces connaissances stabilisées, les parties prenantes de l'expertise évaluent la pertinence d'explorer plus avant des pistes de recherche fondées sur des savoirs incertains, des lacunes dans la littérature. En l'espèce, cette évaluation a abouti à la conclusion qu'en matière de santé environnementale, l'établissement d'une relation de causes à effets entre des substances et des conséquences sanitaires impliquait des contraintes temporelles et financières rédhibitoires dans l'instant considéré (surtout rapporté ici, disent les membres du Conseil scientifique, au nombre de cas incriminés).

- 37 Au contraire, pour les familles et leurs défenseurs, le problème dans le dossier des agénésies est précisément qu'il pourrait exister des « savoirs gênants » (Heimer, 2012) susceptibles d'éclairer les cas groupés d'agénésies d'un jour nouveau, mais qu'on ne se donne pas la peine de les investiguer. Dans cette perspective, la prise de position du Conseil scientifique n'est-elle pas, par conséquent, l'expression d'un refus de se situer pleinement dans le principe de précaution, principe dont certains auteurs ont montré, à partir de l'épidémie de Covid-19 en France, qu'il faisait l'objet de fortes réticences, y compris au sein du monde scientifique (Callon & Lascoumes, 2020)¹³ ?
- 38 Nous pouvons émettre l'idée que cette prise de position du Conseil scientifique dans l'affaire des bébés nés sans bras est révélatrice d'une forme de gouvernement des crises sanitaires contemporaines qui permet de caractériser les problèmes auxquels la société est confrontée et à propos desquels des orientations, des décisions doivent être prises malgré toutes les incertitudes. Il est à noter en effet que le président du Conseil scientifique sur les agénésies, le sociologue Daniel Benamouzig, participera un an plus tard au Conseil scientifique relatif au virus Covid-19. Dans le compte rendu de l'action de ce conseil qu'il donne à un site de débats et d'idées (Guénard & Naudet, 2020), il évoque une même logique d'expertise fondée sur la mise en balance de deux registres de connaissances, les unes stabilisées, les autres plus incertaines. Ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'un mode de gouvernement spécifique des moments contemporains de crises sanitaires, adossés à des problèmes mal cernés par les connaissances scientifiques disponibles. « Malgré des allégations tonitruantes, peu d'éléments thérapeutiques sont malheureusement apparus probants et susceptibles d'être pris en compte dans une stratégie de lutte contre l'épidémie » déclare-t-il à propos du coronavirus et des premiers moments de l'épidémie. Et de poursuivre :

Ce rapport précaire à la connaissance fait intervenir deux registres distincts, étroitement associés en pratique. Un premier ensemble de connaissances, dont on a tendance à sous-estimer l'importance en situation de forte incertitude, sont les connaissances déjà établies dont disposent les scientifiques dans leurs domaines respectifs. Lorsque l'incertitude est élevée, ces compétences préalables permettent d'apprécier l'intérêt, la pertinence ou la plausibilité d'un second ensemble d'éléments, plus originaux, incertains et lacunaires. [...] L'incertitude réside alors dans l'association entre des connaissances préalables et des informations originales, bien plus que dans une méconnaissance radicale.

- 39 Ces propos relatifs à la crise de la Covid-19 peuvent s'appliquer au cas des ATMS étudié ici. Face à un tel débordement des connaissances, le travail d'expertise consiste surtout à appréhender les marges de manœuvres possibles dans le contexte politique et

économique considéré et à anticiper les conséquences socio-économiques des options ou préconisations avancées. En d'autres termes, l'expertise exprime deux vérités, celle des (mé)connaissances scientifiques du moment et celle d'un environnement social, politique et économique donné. Le gouvernement des crises sanitaires s'apparente dès lors de plus en plus à une voie d'équilibre entre prévention et précaution. Dans l'affaire des « bébés nés sans bras », prôner la surveillance systématique des naissances à venir par la création d'un registre national de détection des malformations permet selon les experts du Conseil scientifique sur les agénésies de ne pas s'enfermer dans une démarche d'expertise qui serait en réalité trop active, coûteuse en temps et en argent, tout en laissant entrevoir une possibilité d'action si d'aventure étaient découverts d'autres cas ou que progressaient les connaissances scientifiques. Ils défendent qu'en l'attente de tels développements, rien ne saurait justifier, faute de fondement scientifique établi, une remise en cause fondamentale des savoirs routiniers – et immédiatement disponibles – mobilisés pour appréhender les agrégats de malformations congénitales. Un tel changement de doctrine dans l'appréhension des cas groupés d'agénésie détectés, attendu par les victimes, pourrait être impulsé par la découverte d'autres agrégats de ce type sur le territoire. Mais aucun n'a été répertorié entre la médiatisation, en 2018, des trois configurations décrites ici et la rédaction de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

- AMAR E., 2019. *Un Silence toxique*, Paris, Seuil.
- ANGELI AGUITON S., CABANE L. et CORNILLEAU L., 2019. « Politiques de la “mise en crise” », *Critique internationale*, 85 : 9-21.
- BARTHE Y., 2006. *Le Pouvoir d'indécision. La mise en politique des déchets nucléaires*. Paris, Économica.
- BÉRARD Y et CRESPIEN R., 2015. « Situation d'expertise », In HENRY E., GILBERT C., JOUZEL J.-N et MARICHALAR P. (dir.), *Dictionnaire critique de l'expertise*. Paris, Presses de Sciences Po : 294-299.
- CALLON M., LASCOUMES P. et BARTHE Y., 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*. Paris, Seuil.
- CALLON M. et LASCOUMES P., 2020. « Covid-19 et néfaste oubli du principe de précaution », AOC [en ligne], <https://aoc.media/analyse/2020/03/26/covid-19-et-nefaste-oublid-du-principe-de-precaution/> (page consultée le 15 mars 2021).
- DASTON L., 2020. « Covid-19 ou le degré zéro de l'empirisme », AOC [en ligne], <https://aoc.media/opinion/2020/04/28/covid-19-ou-le-degre-zero-de-lempirisme/> (page consultée le 25 janvier 2021).
- DÉLOYE Y., IHL O. et JOIGNANT A. (dir.), 2013. *Gouverner par la science. Perspectives comparées*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- DESROSIÈRE A., 2008. *Gouverner par les nombres (tome II)*. Paris, Presses de l'école des Mines.

- FILLION E. et TORNY D., 2015. « De la réparation individuelle à l'élaboration d'une cause collective. L'engagement judiciaire des victimes du distillbène », *Revue française de science politique*, 4 : 583-607.
- FOUCAULT M., 2004. *Dits et Écrits II*, Paris, Gallimard.
- GAGNÈRE B. et ROUGET F., 2018. « Études et enquêtes. Investigation d'un signalement d'agénésies de l'avant-bras dans une commune du Morbihan », Santé Publique France, CHU de Rennes : 1-43.
- GILBERT C., 2011. « Les différentes facettes des crises sanitaires », *Questions de santé publique*, 3, 12 : 1-4.
- GOFFMAN E., 1991 [1974]. *Les Cadres de l'expérience*. Paris, Minuit.
- GUÉNARD F. et NAUDET J., 2020. « Covid-19 et expertise sanitaire. Entretien avec Daniel Benamouzig », *La Vie des idées* [en ligne], <https://laviedesidees.fr/Covid-19-et-expertise-sanitaire.html> (page consultée le 25 janvier 2021).
- HEIMER A. C., 2012. « Inert Facts and the Illusion of Knowledge: Strategic Uses of Ignorance in HIV Clinics », *Economy and Society*, 41, 1: 17-41.
- HENRY E., 2007. *Amiante. Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- LAGADEC P., 2019. « La prise de décision dans l'incertitude », *LIREC*, 58 : 7-16.
- LASCOUMES P. et LE GALÈS P. (dir.), 2005. *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po.
- PERETTI-WATEL P., 2010. *La Gestion des crises sanitaires*. Paris, La Documentation française.
- PEDROT F., 2016. « Comment devient-on "victime" ? Le cas des surirradiés en milieu hospitalier », thèse pour le doctorat de sociologie de l'Université Bretagne-Loire, Nantes.
- SPF/Anses, 2019. « Premier rapport sur les agénésies transverses des membres supérieurs (ATMS). Rapport du comité d'experts scientifiques ».
- TAYMANS-GRASSIN I., 2020. *D'étranges coïncidences. Malformations : le combat d'une mère*. Paris, Le Cherche Midi.
- TOPÇU S., 2013. « Technosciences, pouvoirs et résistances : une approche par la gouvernementalité », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 60 : 76-96.

NOTES

1. La France compte six registres chargés de la surveillance épidémiologique des malformations sur le territoire (Rhône-Alpes – le plus ancien –, Paris, Bretagne, Auvergne, Antilles, Réunion). Cela signifie que six régions sont surveillées et que dans les autres régions, il n'y a pas de recensement spécifique des naissances avec malformations congénitales. Les professionnels de santé sont incités, dans ces régions, à prévenir les autorités si une hausse suspecte des malformations est constatée.
2. En ce début d'année 2020, la directrice du REMERA, à l'origine de la découverte du nombre excessif de cas dans le département de l'Ain est d'ailleurs invitée par les autorités allemandes à se rendre sur place. Il s'agit de faire un retour d'expertise sur les découvertes de son équipe, pour éclairer les cas allemands.
3. La conclusion du principal rapport d'expertise sur lequel nous reviendrons évoque en effet « une absence de *cluster* dans l'Ain et une suspicion de *cluster* pour [nom de la commune]

(Morbihan) sur une période de dix-huit mois entre 2011 et 2013. [...] L'analyse des cas de Loire-Atlantique n'a pas pu être réalisée à ce stade en l'absence d'information complète précise sur les cas de la région. » (SPF/Anses, 2019 : 186).

4. Ce corpus compte ainsi trente articles du quotidien *Ouest-France* et trois articles du quotidien *Le Télégramme*, auxquels s'ajoutent un dossier de l'hebdomadaire *Politis* consacré aux agénésies (n° 1559, 27 juin-3 juillet 2019), un autre de l'hebdomadaire *Le Mensuel du Golfe du Morbihan* (n° 163, septembre 2019), ainsi que des reportages des émissions de télévision « Envoyé spécial » (France 2, 29 avril 2019, 49 minutes) et « Regards » (Arte, 24 juin 2019, 30 minutes).

5. Des entretiens d'une durée d'une à trois heures ont été réalisés avec une médecin, une journaliste, un médecin-épidémiologiste (deux fois) et un père dont la fille est touchée par une agénésie.

6. Entretien réalisé dans le cadre de notre recherche en juin 2020 au siège de la cellule régionale bretonne de SPF.

7. Dans la lignée de leur positionnement au début de l'affaire, les statisticiens et épidémiologistes de SPF considèrent toujours, en 2021, que les cas détectés dans l'Ain ne constituent pas un regroupement de cas à proprement parlé, à l'inverse de ceux du Morbihan. Ils ne relèvent d'aucun excès de cas et la cause du regroupement peut très bien être le fruit du hasard. L'agence rappelle que 28 000 enfants naissent chaque année avec une anomalie congénitale (3,4 % des naissances) et l'agénésie n'en est qu'une forme (150 cas par an en moyenne).

8. Certes, les connaissances en la matière sont parcellaires ainsi que le souligne le rapport d'expertise lui-même. Les membres du CES ont notamment mobilisé une « recherche pilote réalisée au dernier trimestre 2018 par Santé publique France » (SPF/Anses, 2019 : 85), qui a bien permis « d'identifier dans la littérature les grandes catégories de facteurs de risque », mais « **sans présumer de la plausibilité de leur lien avec la survenue de réductions de membres congénitales** » [en gras dans le rapport] (SPF/Anses, 2019 : 89). Compte tenu de ce point aveugle, une seconde étude menée à partir d'une revue de la littérature plus vaste a été entreprise. Mais le travail est si conséquent qu'il a été divisé en deux parties et que seule la première partie a été conduite à l'occasion du rapport. La tâche s'annonce longue et incertaine : « compte-tenu du nombre de références identifiées et du large spectre de facteurs de risque potentiels, la complexité, le temps nécessaire à la réalisation de ce travail et les ressources humaines pour le réaliser doivent être appréhendés. » (SPF/Anses, 2019 : 102).

9. Voir par exemple cet article de presse : « Procès Mediator. "Je n'étais pas si loin de la vérité" », *L'Humanité*, 24 janvier 2020 (www.humanite.fr/proces-mediator-je-netais-pas-si-loin-de-la-verite-683643, page consultée le 8 décembre 2020).

10. Pour les auteurs cités, la précaution est en effet un régime qui sert à explorer les implications et débordements provoqués par les incertitudes. La prévention, elle, est usuellement utilisée en situation de risque avéré, dès lors que l'on quitte l'incertitude.

11. Pour des détails sur cette proposition et la manière dont elle a été initiée puis stoppée, voir notamment le livre d'Emmanuelle Amar (2019 : 155 et suivantes).

12. On reconnaît là des débats qui agitent d'autres dossiers que les agénésies et dans lesquels des pesticides sont suspectés, comme par exemple les maladies professionnelles des agriculteurs.

13. En travaillant sur cette épidémie, les auteurs ont en effet souligné que les incertitudes inhérentes au virus, identifiées dès janvier 2020, n'ont que très peu fait pencher la réponse politique du côté de la précaution. Par conséquent, les mesures de prévention et de soins ont été rendues impérieuses à partir de la mi-mars, lorsque le risque a enfin été pris au sérieux.

RÉSUMÉS

À l'automne 2018, la France découvre, par les médias, l'existence de cas groupés inexpliqués de bébés nés avec des malformations en plusieurs endroits du territoire. Et que de surcroît, après avoir enquêté, les autorités sanitaires n'ont trouvé aucune cause commune aux agrégats et ont jugé inutile de poursuivre les recherches. Tous les ingrédients d'une crise sanitaire sont présents, mais celle-ci fait long feu, non en raison du petit nombre de cas répertoriés (une quinzaine), mais plutôt du fait de la difficulté à établir des relations de cause à effet dans le domaine de la santé environnementale, auquel ce dossier appartient. Aussi, cette histoire permet d'éclairer un aspect saillant du gouvernement contemporain des crises sanitaires : la propension des autorités à mettre en avant l'état des savoirs et des doutes pour justifier leur action. C'est à un tel gouvernement des crises sanitaires dans et par les connaissances scientifiques que cet article est consacré.

In the fall of 2018, France discovered, through the media, that unexplained grouped cases of babies born without arms existed in several places in the territory. What is more, after having investigated without finding a common cause for the aggregates, the health authorities declared that there was no point in continuing the research. All the ingredients for a health crisis were present, but it was not taken into account for a reason that had nothing to do with the small number of cases listed (fifteen) but which was rather due to the difficulties of establishing cause and effect relationships in the field of environmental health, to which this case belonged. This story shows a salient aspect of the contemporary government of health crises: the way in which the authorities put forward both the state of knowledge and the doubts as justifications for their action. This article is devoted to such a government of health crises in and through scientific knowledge and their share of uncertainty.

INDEX

Mots-clés : malformations congénitales, gouvernement de crise, sciences et incertitudes, France

Keywords : birth defects, crisis government, science and uncertainty, France

AUTEUR

FLORIAN PEDROT

Université Bretagne sud LABERS (EA3149), 4 rue Jean Zay, BP 92116, 56321 LORIENT Cedex (France), florian.pedrot@univ-brest.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Quand les crises intimes résonnent avec le social. Socialisations alimentaires et trajectoires crudivores

When intimacy crises resonate with the social environment. Food socialization and raw food trajectories

Solenn Thircuir



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9483>

DOI : 10.4000/anthropologiesante.9483

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Solenn Thircuir, « Quand les crises intimes résonnent avec le social. Socialisations alimentaires et trajectoires crudivores », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 20 mai 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9483> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9483>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International
- CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Quand les crises intimes résonnent avec le social. Socialisations alimentaires et trajectoires crudivores

When intimacy crises resonate with the social environment. Food socialization and raw food trajectories

Solenn Thircuir

Introduction

- 1 Le mouvement crudivore s'est développé ces dernières décennies dans les pays occidentaux, et ne constitue pas un ensemble homogène. Il connaît de nombreuses appellations et orientations différentes (crudivorisme, alimentation vivante, alimentation originelle, *living food*, *raw food*), avec comme point commun la consommation d'aliments crus. Le crudivorisme adopte une perspective holiste : l'alimentation étant vue comme la plus importante des relations du microcosme humain avec l'extérieur, son rôle est de maintenir l'équilibre interne du corps. Ce mouvement a connu un nouvel essor grâce aux réseaux sociaux qui constituent des communautés en ligne de "pratiquant·es". C'est l'une des manifestations récentes de ces mouvements qui prennent sens dans leur opposition politique, comportementale et théorique, aux prescriptions médicales. Le crudivorisme fonde alors un nouveau monde, un mythe de création. Il s'agit de retrouver une pureté originelle, qui passerait par une purification du corps (Lahlou, 1999), une sortie, une mise en dehors de tout ce qui aurait été ingéré en mangeant des aliments cuits et qui aurait construit un corps dénaturé et artificiel. Le crudivorisme se déploie donc dans la remise en question de l'histoire de la cuisine et de sa potentielle innocuité pour l'organisme.

- 2 S'intéresser aux trajectoires alimentaires crudivores permet d'explorer certaines facettes de nos sociétés contemporaines : un processus d'individualisation, de nouvelles manières d'être au monde, de nouveaux idéaux et aspirations. Façonné par des préoccupations sanitaires et par une pluralité de pratiques et de conceptions de l'alimentation, le crudivorisme émerge dans un contexte de responsabilisation du consommateur (Fischler, 2001). Ce phénomène conduit à interroger le contexte social de son existence et le sens que les acteurs donnent à cette pratique. Les trajectoires d'individus engagés dans la pratique crudivore, perçues comme déviantes ou marginales, invitent à analyser les enjeux sous-jacents à la construction de l'identité, le travail sur soi qu'elle implique, mais aussi les tensions ressenties par ces individus.
- 3 Pour approfondir ces questions, j'ai mené une enquête¹ basée sur l'analyse de cinquante-huit parcours biographiques de crudivores en France, aux États-Unis et au Canada ces pays présentant une continuité historique dans le mouvement crudivore². La variation des contextes a permis de saisir cette continuité plutôt que d'ériger des typologies nationales. Le corpus de cette enquête est constitué par soixante-huit entretiens semi-directifs, dont certains menés avec des personnes interviewées à deux reprises. L'accès aux enquêtés s'est fait par interconnaissances et par un type d'échantillonnage dit « boule de neige » (Atkinson & Flint, 2001), les personnes interrogées me mettant en relation avec d'autres "pratiquant·e·s" du crudivorisme. Les hommes et les femmes des réseaux explorés sont âgés de 18 à 88 ans, et sont en moyenne assez diplômés, si l'on s'en tient aux indicateurs traditionnels de la sociologie. Ils appartiennent aux classes moyennes supérieures, et semblent capables de mettre en mots leur vécu tout en prenant une certaine distance, notamment lorsqu'il·elle·s font état d'une longue expérience crudivore. Ces entretiens permettent d'analyser les formes narratives par lesquelles les enquêtés se racontent, afin d'appréhender les processus de socialisation, les pratiques et les comportements qui en découlent. La socialisation corporelle (Poulain, 2013) va de pair avec une socialisation narrative de soi. En privilégiant le sens que les individus donnent à leurs parcours, à leurs actions, l'analyse de la pratique crudivore dévoile un processus de construction d'une nouvelle identité (Queiroz & Ziolkowski, 1994 : 69).
- 4 L'expérience du crudivorisme apparaît comme un processus inscrit dans le temps, mais également dans l'histoire. Dans cette perspective, le concept de « carrière » développé au sein du courant de la sociologie interactionniste m'a amenée à mobiliser à la fois le cadre conceptuel mis en place par Howard Becker dans *Outsiders* (1963), un ouvrage fondateur où il présente la carrière déviante de fumeurs de marijuana, mais aussi les travaux de Muriel Darmon, et notamment son étude de la carrière anorexique (Darmon, 2001). En effet, cette notion, telle qu'elle est présentée par Everett C. Hughes, ne se limite pas au domaine professionnel, mais concerne le « parcours ou [la] progression d'une personne au cours de sa vie (ou d'une partie donnée de celle-ci) » (Hughes, 1996 : 175). Dans le cadre d'une analyse des parcours alimentaires, la dimension heuristique de ce concept permet ainsi de rendre compte d'étapes dans les processus d'engagement. En suivant cette approche, le séquençage conduit à focaliser son attention sur les événements, moments et étapes clés des parcours avant, pendant, voire après la carrière crudivore, ce qui permet d'observer les conditions et les apprentissages, tout en mettant au jour les contradictions, oscillations dispositionnelles et les conditions de rupture de l'engagement. Selon Emmanuel Bourdieu (1998), les dispositions sont les propensions que les individus ont d'agir dans des conditions

déclenchantes réunies. Elles présentent une forme de normativité, sans impliquer de prédictivité des circonstances ni d'interprétation de la situation par l'individu. L'apprentissage des dispositions passe par une appropriation individuelle qui génère des constructions interprétatives, quand bien même il repose sur des normes véhiculées collectivement.

- 5 À l'aide de ce concept de carrière, cet article vise à présenter les étapes du crudivorisme pour les individus, en analysant finement les pratiques, les comportements et les transformations dispositionnelles qui en découlent. L'entrée dans le crudivorisme résultant souvent de la découverte d'un problème de santé ou du rejet du mode de production agro-industriel actuellement dominant, le recours à la notion de « bifurcation biographique » appliquée au crudivorisme permet ainsi d'analyser, dans le cadre de ce dossier thématique, les formes intimes que peuvent prendre les crises en santé. J'examinerai tout d'abord le contexte de l'émergence du crudivorisme, avant de revenir sur les étapes de la carrière – le commencement, l'apprentissage, le maintien de l'engagement et la sortie – afin de souligner leurs modalités et leur inscription sociale, qui révèlent une dynamique de réalisation de soi.

Contexte d'émergence de la pratique crudivore : modernité et responsabilisation des consommateur·rice·s

- 6 En tant que pratique quotidienne, l'alimentation permet de considérer des représentations et des systèmes perceptifs de normes et de valeurs orientant les comportements des individus. Elle apparaît ainsi comme un puissant révélateur des structures et des évolutions des rapports sociaux et culturels (Fischler, 2001). Au niveau individuel, les différents aspects cognitifs et imaginaires liés à l'acte alimentaire participent du processus de construction de l'identité. Les sociologues Marie-Pierre Etien et Laurence Tibère décrivent ce lien particulier qui articule la question de l'identité à celle de l'expression des choix et préférences alimentaires individuels : « L'acte alimentaire est porteur de sens. En mangeant certains plats ou en les refusant, on exprime, plus ou moins consciemment, qui l'on est, qui l'on veut être ou qui l'on ne veut pas être. » (Etien & Tibère, 2013 : 57) L'émergence de nouvelles pratiques alimentaires traduit les préoccupations des individus et s'observe principalement, nous le verrons, au travers d'une remise en question des modèles de consommation alimentaire et des problématiques de santé (Corbeau & Poulain, 2002 ; Pleyers, 2011). À la croisée des injonctions portées par la santé publique et de l'omniprésence d'un discours nutritionnel normatif porté par divers acteurs, les individus sont exhortés à réaliser des choix suivant une certaine morale alimentaire. S'alimenter relève d'une problématique morale « corps et âme », que la morale ascétique, la religion (Weber *et al.*, 1930), mais aussi le droit – c'est-à-dire la morale du citoyen – ou encore la médecine (Foucault, 1986) ont historiquement contribué à développer. Les normes médicales contemporaines ont repris cette morale en se focalisant sur le « gras », le « gros » ou encore l'excès d'abondance ou le trop peu, et en sont venues à pathologiser les pratiques alimentaires qui n'entrent pas dans les normes des politiques de santé (Vigarello, 2010). Ainsi, les discours d'experts ne cessent de contrôler et de normaliser le corps, et établissent ce que Michel Foucault a appelé un « gouvernement des corps » (2004).

- 7 Le récent essor de nouvelles formes de spiritualités basées sur une unification du corps (sain) et d'un esprit (heureux) multiplie les rhétoriques qui enjoignent à porter l'attention sur l'alimentation en vue de faire advenir un individu autonome. Dans cette lignée, en défendant l'idée « d'être soi-même », le crudivorisme suppose une purification du corps qui constituerait une étape libératrice dans la « réalisation de soi ». Cette pratique qui promeut une alimentation à base d'aliments crus est recommandée depuis plus d'un siècle dans les régions germanophones, avec notamment comme figures canoniques le Dr Bircher-Benner ou le Dr Paul Carton³. Au cours des années 1960, aux États-Unis, le crudivorisme se développe en lien avec le courant New Age, entendu ici comme le développement d'une multiplicité de nouveaux mouvements religieux mêlant le développement personnel et la création d'un monde différent et harmonieux (Ferreux, 2001). Le crudivorisme est ainsi situé dans un contexte d'émergence de formes spirituelles multiples (Thircuir, 2019). En France, il existe par exemple « l'instinctothérapie », qui s'impose comme une méthode préconisant de choisir les aliments selon les sens, et en particulier l'odorat. Warren J. Belasco (2006) et Harvey Levenstein (1993) soutiennent l'idée que la « contre-culture » des années 1960 aurait influencé les attitudes des consommateurs à l'égard des aliments, mais aussi celles de l'industrie alimentaire qui, face à cette critique, a diversifié son offre en faveur d'une production d'aliments plus « naturels » et moins « transformés ».
- 8 Le crudivorisme, en tant que quête individuelle de mieux-être, peut être appréhendé comme une illustration d'une problématisation du mode de vie des individus, qui les amène à interroger leurs pratiques. Mais de quelles manières ces individus entrent-ils dans la carrière crudivore ? Ces trajectoires sont révélatrices d'une crise intime, marquée par un contexte de responsabilisation des individus, ici consommateurs, impliquant qu'ils fassent des choix en matière alimentaire et participent à la fabrication d'identités nouvelles.

Le commencement

- 9 Pour les personnes interrogées au cours de l'enquête, l'entrée dans la carrière crudivore constitue un évènement particulier dans leur trajectoire de vie. La « bifurcation biographique », définie comme un « changement important et brutal dans l'orientation de la trajectoire, dont à la fois le moment et l'issue étaient imprévisibles, pour l'acteur comme pour le sociologue » (Bidart, 2006), et les « ruptures biographiques » induites sont fréquentes dans les expériences de cette pratique alimentaire. Le commencement, ou l'entrée dans la carrière, renvoie à cette idée de discontinuité, instaurant un avant et un après dans le récit des enquêtées, et la première étape dans la carrière est généralement racontée sous forme de rupture biographique.
- 10 Les enquêtées parlent souvent d'un évènement déclencheur, précédé par une période de difficultés qui l'amorce : dégradation des conditions d'existence, problématique existentielle, incertitudes, doutes, sentiment d'impuissance, perte de ressources symboliques, relationnelles, parfois combinées avec des soucis de santé. Valérie⁴, une ancienne enseignante de 62 ans de la région lyonnaise et pratiquant l'instinctothérapie, raconte la découverte de cette pratique ainsi que les circonstances dans lesquelles celle-ci s'est inscrite : « Ça a été le déclic : *“mais c'est bien sûr ! Je sais pourquoi je n'allais pas*

bien”. J’étais mal socialement et physiquement. Avant, je pensais “je suis inadaptée”, j’avais peur d’aller mal et j’ai eu besoin d’un électrochoc. » (février 2017)

- 11 Dans une telle situation, les enquêté·e·s éprouvent la demande, socialement construite, de se transformer « corps » et « âme ». Jasmine, 39 ans, blogueuse et autoentrepreneuse à Montréal, évoque cette situation de difficultés et témoigne d’une sensation d’impuissance généralisée :

En 2006, je fais un malaise, je perds du poids. J’étais adjointe administrative dans un hôpital, je faisais de l’hyperthyroïdie⁵. Le médecin me propose soit l’ablation ou la prise de médicaments pour diminuer [l’hyperthyroïdie]. C’était l’idée de prendre des médocs pour le restant de mes jours. La cause qui résonnait en moi était le stress. J’étais en pleine rupture d’une relation, insatisfaite par ma carrière, je cherchais mon chemin. Je me comparais aux autres. J’ai fait le lien avec la maladie. Et le fait que j’avais la rage contre l’industrie agroalimentaire. J’avais la sensation d’impuissance par rapport à ce qu’il se passait dans le monde. (janvier 2017)

- 12 Cette période, plus ou moins longue, enclenche chez les personnes interrogées une mise en action et la recherche de nouvelles ressources se cristallisant autour de la thématique de l’alimentation et de la santé. Le changement alimentaire révèle une quête préventive, quotidienne, tournée vers un mieux-être, et présente une extension du domaine de la santé à celui du mieux-être qui intègre d’autres catégories de personnes que les malades. Entreprendre des changements fondamentaux dans son alimentation, en expérimentant souvent le végétarisme et le véganisme avant le crudivore, va généralement de pair avec une mise à distance critique des institutions sanitaires et de l’industrie agroalimentaire, et plus globalement des normes dominantes issues des politiques publiques de santé. Violette, 30 ans, a ouvert une pâtisserie crudivore à Paris, et évoque cette trajectoire alimentaire ainsi que ses transformations au fil du temps : « *Je suis devenue végétarienne. Puis j’ai commencé à éliminer des aliments pour nettoyer le corps. J’ai fait une transition alimentaire en consommant de moins en moins de lait et de gluten, et plus d’aliments crus.* »

- 13 La question du « nettoyage » et de la « purification » du corps implique chez les enquêté·e·s une réflexion sur leur alimentation antérieure qui est alors perçue comme étant à l’origine de leurs maladies et de différentes formes de mal-être. Changer d’alimentation apparaît, dans cette perspective, comme une reprise en main de sa vie. La dimension spirituelle de cette démarche est fréquemment évoquée par les enquêté·e·s cherchant à se redéfinir, à aller à la découverte de leur soi authentique. Leur choix les amène à se changer eux-mêmes plutôt qu’à vouloir changer l’ordre des choses, comme l’illustrent les propos tenus en novembre 2014 par Céline, 22 ans et étudiante à Marseille :

La solution pour moi c’est la pleine conscience et l’alimentation est un outil pour aller vers ça. Le but c’est l’action qui émerge de la pleine conscience : l’acte de création, l’authenticité qui en résulte quand tu es avec quelqu’un, que t’es vraiment toi-même. L’alimentation c’est une base pour favoriser la pleine conscience et c’est aussi un respect de la vie, de ton corps, de ce qui t’est offert. Quand tu es plus léger, plus heureux, ça tombe sous le sens de

profiter de l'instant présent. Alors que quand tu vas mal, tu as envie de fuir cette douleur [...], je pense que le meilleur moyen aussi de changer ce qu'il se passe autour de soi est de le changer pour moi en fait.

- 14 Dans le cadre du crudivorisme, l'idéologie sous-jacente est la promesse que le « travail de soi » conduit à un épanouissement et un bonheur en accord avec la nature. L'engagement crudivore engendre une nouvelle compréhension du monde reposant sur la croyance en une vie « naturelle », « pure », équilibrée et harmonieuse, en symbiose avec les êtres vivants et la nature. En d'autres termes, le « travail de soi » conduit vers une forme d'« authenticité ». Le thème simmelien d'« authenticité » renvoie à un idéal romantique (Simmel, 1987). Selon la description socio-historique proposée par Charles Taylor, ce thème a été galvaudé à tel point qu'il aurait perdu son sens dialogique et collectif au profit d'une approche d'une quête de soi-même centrée sur les individus (Taylor, 1994). En effet, Charles Taylor affirme que cette quête est fondée sur la croyance que l'identité se situe au fond du moi, alors qu'elle est indissociable d'un idéal moral d'authenticité véhiculé collectivement. Si cette étape du commencement inscrit un changement dans la trajectoire de vie des enquêté·e·s et constitue la première phase de la carrière crudivore, l'apprentissage apparaît par la suite comme un socle de l'engagement dans la pratique.

L'apprentissage

- 15 L'engagement crudivore amorce un processus de transformation qui ne se fait pas de manière isolée. Les enquêté·e·s s'informent principalement sur les réseaux sociaux et par des recherches sur internet lors de cette étape. Il·elle·s se constituent en réseaux dans des groupes, réunie·s par leur intérêt commun. Céline explique par exemple l'importance du réseau social Facebook quant aux possibilités d'appropriation de nouveaux savoirs, ainsi que son influence sur son environnement social : « *Sur Facebook, je peux rencontrer des personnes et croiser ce qu'elles ont à me dire alors même que je ne les rencontrerai jamais en vrai. Ça ouvre sur un monde aux perspectives démultipliées.* »
- 16 Ce que décrit l'enquêtée révèle un premier niveau de l'environnement social de la carrière crudivore. Celui-ci participe à construire l'engagement dans cette carrière, notamment via les réseaux sociaux qui constituent un support essentiel. Ces derniers se construisent comme un espace de contre-expertise scientifique : des figures du crudivorisme qui enseignent (des personnes investies dans la diffusion de la pratique crudivore qui bénéficient d'une visibilité dans l'espace public, notamment via internet) ; le rôle des stages, des formations qui ont pour vocation de légitimer ou confirmer l'engagement crudivore ; et enfin les réseaux alternatifs. À travers ces différents réseaux, les enquêté·e·s acquièrent progressivement une identité collective en s'appropriant des savoirs, des discours, des modèles de pratique et des revendications militantes. Dans ces réseaux, « les entrepreneurs de morale », définis comme des acteurs centraux de mouvements qui tendraient vers la création de normes et de valeurs (Scheerer, 1985), occupent une place centrale. Howard Becker, qui a forgé ce concept, distingue deux types d'entrepreneurs de morale : celui qui crée les normes et celui qui les fait appliquer (Becker, 1963 : 172). Le créateur de normes est défini par ces auteurs comme un réformateur des normes traditionnelles qu'il estime

insatisfaisantes et inadaptées. Ces références aident à comprendre la façon dont les enquêtés s'identifient peu à peu à ces entrepreneurs de morale, incitateurs et prescripteurs de normes, et dans un même mouvement mettent à distance les normes dominantes dans le domaine de l'alimentation, de la nutrition et de la santé. Ainsi, Noémie, étudiante avignonnaise de 23 ans rencontrée en novembre 2014, estime que le visionnage des vidéos d'une figure du crudivorisme qu'elle suit lui permet de se « tenir motivée ». De plus, la confiance envers ces figures conduit à une validation de la véracité des propos tenus et de leur légitimité : « *C'est quelqu'un qui va chercher l'information et une information qui est vérifiée quand même, il ne dit pas ça comme ça, il a vérifié* », confie Assya, 54 ans et sans emploi, rencontrée en février 2015 à Marseille.

- 17 La vocation de ces entrepreneurs de morale inscrit le crudivorisme dans la nébuleuse des mouvements de réforme (Cardon *et al.*, 2019). La réforme ne concerne pas que l'État ; les mouvements de réforme alimentaires émergeant par le bas, des citoyens, ont vocation à modifier l'alimentation non seulement de chaque individu, mais aussi à un niveau plus collectif. L'environnement social au sein de la carrière crudivore et la socialisation qui en découle modifient les dispositions, c'est-à-dire les manières de penser, d'agir ou de percevoir. Il s'agit de cuisiner différemment, d'apprendre des techniques de préparation, de choisir des aliments non transformés, biologiques et locaux suivant une hiérarchie de valeurs (préférer le local et les produits de saison, les aliments non transformés, etc.). Cette étape de la carrière crudivore fait apparaître une forme de rationalisation alimentaire qui s'apprend également dans des livres, des vidéos ou à l'occasion de rencontres, et en suivant les conseils qui y sont prodigués pour mettre en pratique le crudivorisme (préparation de recettes, choix des aliments, organisation de la prise alimentaire). Cela amène les enquêtés à choisir les aliments selon leur qualité nutritive, leurs agencements, les quantités, et à créer des plats appétissants. Cette rationalisation nécessite des dispositions particulières comme des dispositions scripturales (tenir des listes de recettes, suivre un calendrier ou un agenda des repas). C'est le cas de Maxime, 49 ans et sans-emploi, rencontré à Romans-sur-Isère en février 2017, adepte de l'instinctothérapie :

Je note tout ce que je mange dans un agenda. Je pèse. Je mange beaucoup de fruits, de miel, d'oléagineux, d'avocats, peu de légumes. C'est vrai que je n'en mange pas assez, c'est déséquilibré. Si je vais mal je pourrais dire que je n'ai pas été au cru à 100 % et que ce n'est pas la faute du cru. Sur mon blog, et dans mon agenda, je garde les traces des conneries que je fais. Si on me dit : « Ouh la la, ce monsieur a perdu ses dents, le cru c'est pas bien », je saurai quoi répondre.

- 18 Outre les dispositions scripturales, la rationalisation de l'alimentation s'observe dans d'autres domaines de l'existence comme le rapport au temps et aux autres. La transformation des dispositions est plus manifeste encore en matière de sensations physiques, comme les sensations de faim, de satiété, de perte de poids, mais aussi la sensation de fatigue ou d'énergie. Pour Jules, un producteur de documentaires âgé de 38 ans et résidant en Savoie, la transition alimentaire a été source d'énergie :

L'alimentation conventionnelle demandait autant d'énergie qu'elle en apportait. Dans l'alimentation, j'ai expérimenté des trucs débiles. J'ai trouvé le discours crudivore plein de bon sens, cela résonnait en moi et j'ai fait le cobaye. Ça fonctionnait. Je m'y suis mis à fond. Cela a

libéré beaucoup d'énergie. Intellectuellement ça me plaisait. Tout convergeait. Le passage au cru a clarifié mes idées, il clarifie les pensées. Ça a été une source de bien-être naturel et d'une capacité à réaliser tous mes rêves.

- 19 La réorganisation progressive du mode de vie entraîne des effets physiques à mesure que se poursuit l'apprentissage de nouvelles techniques de cuisine. Les participant·e·s disent ressentir notamment de nouvelles perceptions et l'apparition de nouveaux goûts et dégoûts. Évoquant ces apprentissages et désapprentissage, les enquêté·e·s soulignent la place centrale du corps et de l'écoute de celui-ci, les enjeux autour du naturel/culturel, extérieur/intérieur du corps et le processus de purification. Il s'agit d'un travail d'incorporation du crudivorisme, qui renvoie au processus de transformation physique du corps. Luc, étudiant en licence de psychologie à Aix-en-Provence âgé de 21 ans, relate l'évolution de ses goûts ainsi que son incorporation en novembre 2014 :

Je détestais les oranges, alors que maintenant j'adore en manger et croquer dedans. Et ça pour plein d'autres fruits et légumes. Ça peut s'expliquer par le fait que je sais que c'est bon, donc je vais plus aller en manger, c'est une partie, l'autre partie c'est que mon corps s'est adapté à ce type de nourriture en fait. Du coup, tu changes de saveurs, ton palais change, tu trouves un palais plus fin pour des goûts différents [...], j'aime toujours quand j'en mange.

- 20 Le travail sur les goûts et les dégoûts peut également impliquer un renoncement aux plaisirs gustatifs desquels les individus cherchent à se défaire. La dimension progressive de ce travail est exprimée par Valentine, une magnétiseuse de 40 ans vivant à Marseille, qui parle clairement de ces nouveaux goûts que l'« *on finit par apprécier* ». Les interviewé·e·s inscrivent de manière volontariste – dans le corps – la règle diététique à laquelle il·elle·s souscrivent. Le goût pour les nouvelles normes alimentaires du crudivorisme est un travail actif et une composante de l'apprentissage. Les goûts et les dégoûts constituent des outils pour substituer de nouvelles habitudes alimentaires aux anciennes. À la perception des effets se joint notamment le goût pour les effets, ce dont témoigne Céline :

Puis j'ai adoré ça, et je me sentais trop bien en plus je me sentais libre. Et je n'avais plus envie de manger autre chose, parce que je me sentais trop bien dans mon corps et même le cuit, et même je voyais un gâteau au chocolat ça ne me donnait pas envie, c'est trop bien ! [Rires] Et parce que même la sensation du cuit elle ne me satisfaisait plus du tout.

- 21 L'évocation des satisfactions engendrées par le changement alimentaire constitue un facteur important dans la poursuite de l'engagement dans la carrière. La satisfaction est d'autant plus importante que la réalisation des objectifs exige une certaine discipline de l'individu. La discipline nécessaire à la mise en pratique du crudivorisme justifie que l'engagement dans la carrière s'accompagne de la recherche de soutiens relationnels qui se trouvent pour beaucoup via les réseaux sociaux, blogs, réseaux alimentaires et dans des stages et lieux de rencontres (événements, groupements). En

effet, ces réseaux remplissent non seulement le rôle de soutien, mais aussi renforcent l'engagement au travers du sentiment d'appartenance qu'ils procurent. Pour Céline, le renforcement de son engagement a été favorisé par les réseaux sociaux :

C'est un moyen de côtoyer des personnes qui représentent ce à quoi j'aspire, même si là tu ne les côtoies pas en direct. De voir ces vidéos, ça me permet d'avoir un contact avec des gens qui sont sur la même longueur d'onde, et ça m'inspire. C'est comme voir presque un ami, en fait, qui te dit ce dont t'as besoin, ce que t'as besoin d'entendre alors des fois je peux ne pas être d'accord comme tu ne serais pas d'accord avec un ami alors. Ça m'aide à définir mes propres valeurs à moi et à me sentir soutenue, ça me soutient dans ma démarche en fait.

- 22 Au cours de la phase d'apprentissage, les enquêtées ont ainsi acquis de nouvelles dispositions et une motivation à poursuivre leur engagement dans le crudivorisme. L'intensification et la rationalisation croissantes de la pratique vont ensuite se substituer à l'acquisition de savoirs et savoir-faire spécifiques pendant la phase suivante, qui est celle du maintien de l'engagement dans la carrière crudivore.

Le maintien de l'engagement

- 23 Cette étape de la carrière crudivore se caractérise par l'incorporation d'habitudes, leur stabilisation et la réorganisation de la vie quotidienne. Le processus d'engagement est un investissement dans le futur, celui de la mise en place d'un « régime de vie » (Darmon, 2008 : 214 ; Turner, 1996 : 176 ; Cheyne, 1724). Les nouvelles habitudes alimentaires sont établies dans le temps de manière plus systématique et plus constante. Mathieu, un jeune autoentrepreneur marseillais, considère le caractère progressif comme une condition du maintien :

Le cru, quand tu ne connais pas les recettes, c'est trop radical du jour au lendemain. Du coup y en a qui critiquent plutôt que de se dire : « peut-être un jour ». Plus tu manges des aliments sains, moins tu reviens en arrière. Il ne faut pas y aller d'un coup, parce que si tu t'y mets à 100 % toute ta vie sera orientée par rapport à ça.

- 24 Évoquer le travail du temps et l'instauration d'un régime de vie, c'est souligner que ces pratiques s'inscrivent dans la durée et de manière systématique, en tant que mode de vie. Les bénéfices de ce travail se manifestent notamment dans la dimension de contrôle, qui s'efface peu à peu au bénéfice d'un acte alimentaire qualifié de plus spontané du fait de l'incorporation des nouvelles habitudes. La rationalisation initiale laisse peu à peu la place à une manière d'être et de faire plus intégrée par les enquêtées, qui nécessite moins de contrôle sur la consommation alimentaire.
- 25 Les dispositions ne sont pas définitives : elles peuvent s'inscrire de manière durable comme être abandonnées au cours de la trajectoire de vie. Dans cette phase de maintien, l'accumulation d'activités et la poursuite de nouveaux intérêts rendent compte de l'engagement des individus. En plus de cela, l'ensemble des conduites, préoccupations et actions donnent du sens à cet engagement au travers de la

réorganisation quotidienne et de l'interprétation de la situation. Les pratiques acquises lors de cette socialisation alimentaire s'articulent à des récits de soi, des manières de se dire, une mise en cohérence autobiographique qui sont mobilisés par les enquêté·es dans l'interaction avec autrui, mais également pour se raconter « à soi », favorisant le maintien dans la carrière. Enfin, l'engagement est favorisé quand les enquêté·es deviennent eux-mêmes des prescripteurs, des « enseignants », ce dont attestent plusieurs d'entre eux, dont Laura, rencontrée à Valence en décembre 2016, qui est une ancienne journaliste âgée de 27 ans et devenue coach suite à son entrée dans la carrière crudivore : « *Au début, j'avais l'impression d'avoir trouvé la solution et je voulais convaincre tout mon entourage. Avec le coaching, je voulais faire éviter aux personnes des erreurs classiques comme le fait de manger trop peu, alors qu'il faut au moins deux mille calories, ou de manger trop gras.* »

- 26 Cette phase implique des adaptations, des rectifications dans la pratique crudivore qui sont elles-mêmes transmises à l'entourage du fait de l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire : les enquêté·es expérimentent puis ajustent leur consommation alimentaire. Patrice, 43 ans, est directeur d'une revue sur l'alimentation. Il évoque, lors de notre entretien à Paris en octobre 2016, l'importance d'être flexible, en s'autorisant des écarts pour sa vie sociale :

J'ai changé d'avis par rapport à quand je mangeais cru tout seul dans mon coin. Parce qu'il faut aussi s'adapter à notre vie sociale, ça passe aussi par faire des écarts. Et ça faisait des mois qu'on me disait : « mais socialement comment tu fais ? Toi ça va tu es entouré par des crudivores, mais quelqu'un qui n'est pas entouré de crudivores, qui doit aller sortir dîner avec des clients qui ne sont pas crus, comment tu fais ? ». Et bien, tu fais des écarts, qu'est-ce que tu veux faire ?

- 27 Cette flexibilité renvoie à la nécessité de s'adapter à certaines situations sociales. C'est pourquoi la pérennité du maintien dépend de la capacité des enquêté·es à poursuivre la pratique crudivore, ainsi que des conditions de possibilité du maintien de cette pratique. À la volonté de l'engagement dans la carrière crudivore répond ainsi la possibilité de son maintien dans le temps. Cette phase implique un travail de définition de soi et de prise de conscience des conséquences de l'étiquetage par l'environnement social du crudivorisme en termes de pratique « déviante » :

C'est antisocial d'écouter son corps. Parce que si on écoute son corps, ce n'est pas le petit-déjeuner à 8 heures du matin, ce n'est pas à midi qu'on mange, c'est quand le corps a besoin de manger. Cela peut être totalement aléatoire, ça peut être à 23 heures, ça peut être à 10 heures du matin ou à 15 heures de l'après-midi. Après bon, s'il y a des impératifs sociaux, on s'y adapte. (Patrice, 43 ans)

- 28 La phase de maintien de l'engagement dans la carrière crudivore révèle un deuxième niveau de son environnement social. Il s'agit des sociabilités antérieures et ce qu'elles deviennent : la famille, les conjoint·es, les ami·es, les collègues de travail, c'est-à-dire tout ce qui constitue les réseaux de sociabilité antérieurs à l'engagement dans la carrière. Dans cette phase s'observe le poids de la déviance aux normes sociales de l'alimentation et de la stigmatisation des adeptes du crudivorisme une fois l'engagement réalisé, puisque ces réseaux de sociabilité deviennent des espaces de

potentielle stigmatisation, ce qui implique de la part des enquêté·es des adaptations permanentes. La déviance apparaît comme le résultat d'un processus interactionnel et socialisant (Becker, 1963) : elle est une réaction de désapprobation sociale. Dans ce contexte, le réseau crudivore en ligne joue un rôle essentiel :

Grâce au réseau, je vis plus facilement ma façon de manger, car beaucoup sont dans des modes de vie alternatifs, donc c'est plus simple aussi d'assumer, et les proches sont plus attentifs. Les expériences de chacun ça aide à savoir comment se positionner dans certaines situations par exemple, comment prévenir quand je suis invitée. (Noémie, 23 ans, à Avignon en novembre 2014)

- 29 Le maintien de l'engagement peut contribuer à produire socialement des étiquetages en termes de déviance. La fabrication d'un stigmaté incite les enquêté·es à déployer des stratégies pour y répondre. Cette phase met en lumière les tensions et potentiels conflits entre les différents réseaux d'appartenance. Certains enquêté·es font l'expérience de ruptures avec des proches, et quelques-uns adoptent une identité plurielle (Rouquette, 2011) afin d'éviter ce type d'effets sur leurs relations, ou encore font preuve d'évitement et de discrétion concernant leurs pratiques alimentaires sur les différentes scènes sociales. Kim, une enseignante de 50 ans de la baie de San Francisco rencontrée à Berkeley en septembre 2017, raconte les difficultés rencontrées avec son ex-mari du fait de son changement alimentaire : « *Mon ex-mari un jour m'a dit : "le crudivorisme sera la fin de nous deux"*⁶. »
- 30 La conscience de l'existence d'une étiquette « déviante », voire « marginale », au sein des interrelations conduit les enquêté·es à identifier certains risques encourus susceptibles de générer de la vulnérabilité : le risque d'être rejeté·e, celui d'être isolé·e, d'être exclu·e du lieu d'appartenance, d'être jugé·e, de ne pouvoir maintenir l'engagement dans le crudivorisme, de devoir se justifier ou de ne pas parvenir à le faire. Dans le cadre de cette enquête, la notion de vulnérabilité est entendue dans sa dimension sociale, qui renvoie aux effets et processus de socialisation dans des moments de déstabilisations ou d'incertitudes vécus par les individus (Fortin *et al.*, 2020 ; Birkmann *et al.*, 2013). Cette forme de vulnérabilité, liée aux dispositions et aux ressources individuelles permettant la mise en œuvre de reconfigurations face à un risque, implique des modifications dans les trajectoires individuelles à partir des ressources dont les enquêté·es disposent. Les manières de faire et les stratégies visant à la protection de soi ne sont pas sans rappeler la « présentation de soi », définie par Erving Goffman (1973) comme une tentative de décrire, classifier et ordonner les façons dont les individus lient des rapports interpersonnels au quotidien. L'analyse de l'environnement social montre combien l'identité en construction du crudivore est prise dans des tensions permanentes, pouvant parfois conduire à la sortie du crudivorisme.

Les sorties de carrière

- 31 À l'instar du commencement, la sortie de carrière s'apparente à une transformation des normes et des dispositions. Elle est un processus actif s'inscrivant dans le temps. La dynamique de départ, qui a suscité beaucoup d'enthousiasme en début de carrière, a

culminé pendant la phase d'apprentissage, avant de ralentir puis de prendre le tournant d'un déclin affirmé pour plusieurs enquêtés.

- 32 Les précédentes étapes de la carrière présentent un « travail sur soi », d'apprentissage de l'esprit et du corps, qui se fait au quotidien et dans une mécanique rationnelle. Cette mécanique relève d'une forme d'ascétisme, fait d'un travail constant, parfois perçu par les individus concernés comme difficile à mettre en œuvre, générant chez eux des sentiments de réussites, mais aussi d'échecs. Ce travail produit des effets sur le corps (une perte de poids par exemple), renvoyant aux discours sur le sentiment de se « purifier » et de se « nettoyer ». Se construire crudivore se fait dans la performance. Celle-ci apparaît comme une conséquence de l'injonction à faire de soi-même le centre de son projet de vie. Certains enquêtés ressentent cette injonction comme un poids dans leur pratique du crudivorisme. C'est le cas d'Hélène, naturopathe à La Ciotat et rencontrée en décembre 2014 : *« J'ai eu une période de contrôle. Je ne dirais pas de culpabilité non plus, justement parce que je relativisais ça. C'est sûr que t'es dans le contrôle, t'es un peu orthorexique. »*
- 33 L'épuisement de la performance est ressenti de l'intérieur, au travers d'une lassitude, d'une baisse d'adhésion aux discours crudivores et d'une diminution de la mise en pratique. Le sentiment général d'épuisement contraste avec les moments forts et d'effervescence de la carrière à ses débuts. La satisfaction initialement liée à l'accomplissement des activités et normes relatives à la pratique se dissipe voire se mue en déception. La routine, le manque de relations sociales, l'isolement et la distance prise avec le réseau crudivore aggravent ce sentiment d'épuisement général.
- 34 Un autre processus de désengagement peut passer par l'éloignement avec les pratiques sociales ordinaires et les cercles de sociabilité. La focalisation sur l'alimentation apparaît dès lors exagérée, d'autant que des désillusions interviennent. En l'absence de nouveaux éléments susceptibles de restaurer la motivation et de renouveler les capacités d'agir et la nécessité de le faire, le maintien de la pratique décline. Enfin, la sortie du crudivorisme peut aussi être de l'ordre de la conversion, en ce sens que les connaissances acquises lors de la carrière amènent à d'autres pratiques alimentaires. C'est le cas de Jérôme, ingénieur à Aix-en-Provence, qui évoque le rôle du crudivorisme dans la transformation de son mode de vie :

Le cru m'a apporté une autre façon de voir les choses, d'être plus ouvert d'esprit aux autres façons de manger. J'ai eu plein de pratiques différentes. Le cru a été une rupture expérimentale qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui. Le cru m'a permis de prendre en compte la dimension santé dans l'alimentation. J'ai découvert de nouveaux plaisirs. Il y avait aussi l'idée de liberté de manger ce que les parents interdisaient. J'ai fait le chemin inverse, j'ai du plaisir à manger des aliments sains et bons pour la santé. Il a fallu tout un cheminement vers le « point de départ ». (février 2017)

- 35 Ces sorties totales ou partielles de la carrière se caractérisent par un désengagement envers l'idéal d'authenticité porté par le crudivorisme, car il engendre des frustrations – l'idéal n'étant pas atteignable. Les précédentes étapes de la carrière crudivore ont montré la satisfaction procurée par la représentation positive de soi comme modalité de l'apprentissage et du maintien de l'engagement. Le respect de certaines normes est perçu comme un accomplissement personnel. Inversement, ne pas pouvoir atteindre

cet idéal impacte l'estime de soi. Les étapes de la carrière soulignent également les effets du temps sur les transformations de l'environnement social des enquêtés : ces transformations sont un autre élément névralgique dans la compréhension des mutations de l'appartenance sociale. Les sorties de carrière mettent en lumière l'apparition de l'incertitude, notamment façonnée par l'émergence et la rencontre avec de nouveaux discours et informations autour de la santé et de l'alimentation. Certains enquêtés remettent en question le bien fondé du crudivorisme, et peuvent adhérer à d'autres sources d'information et d'autres normes alimentaires. Parfois quelque peu différents, voire même en contradiction avec l'approche crudivore, ces discours surviennent et participent à l'érosion de l'importance du crudivorisme dans la vie des enquêtés, en les amenant par exemple à changer leur perception de leur engagement : « *Aujourd'hui c'est différent. J'ai plus un point de vue thérapeutique pour éliminer les maux, remettre le compteur à zéro. Manger 100 % cru n'est pas optimal. Il n'y a pas une seule façon de manger.* » (Jasmine, 39 ans, à Montréal, janvier 2017)

- 36 La sortie de carrière se traduit ainsi par une transformation des comportements. Il s'agit généralement d'une déshabitude des dispositions développées dans les phases précédentes, montrant que celles-ci ne sont pas toujours durables. Lorsque les sorties de carrière ne sont pas synonymes d'un arrêt net de la pratique crudivore, elles se traduisent par l'abandon progressif de manières de faire au quotidien et par la recomposition des pratiques et des valeurs associées. Ce phénomène renvoie à ce que Muriel Darmon décrit comme un mouvement « d'une rupture à l'autre » et « d'un engagement à l'autre », voire « d'une identité à l'autre », en soulevant la question de la pérennité du mode de sociabilisation militante (Darmon, 2001 : 299). Les sorties du crudivorisme révèlent ainsi les tensions identitaires que traversent les enquêtés, notamment une fois qu'ils sont stigmatisés.
- 37 La sortie est rendue plus facile dès lors que les tensions sont fortes, notamment entre d'un côté un groupe à la sociabilité fermée et de l'autre les sphères de la vie quotidienne (au travail, à la maison). En adhérant aux valeurs du crudivorisme, les enquêtés ont consenti à un sacrifice provisoire au cours des phases de commencement et d'apprentissage de la carrière : l'étouffement momentané d'une série de valeurs personnelles ou partagées passe par l'adhésion à d'autres, éventuellement contradictoires. Ce sacrifice initial est ce qui permet l'adhésion. Le motif premier des individus qui y consentent est d'accéder à un sentiment de sécurité qu'offre l'appartenance partagée, c'est-à-dire l'environnement social crudivore. L'état de tension, la gêne psychologique engendrée par le conflit entre les croyances, les attitudes, les comportements et les informations perçues incitent l'individu à tout mettre en œuvre pour réduire cette gêne (Tapia & Roussay, 1991). Le discours de Laura témoigne bien de cette dynamique :

Au début je trouvais que tout était cohérent, en fait, c'est comme si tous les morceaux se retrouvaient autour de ça, le cru. Ça paraissait facile. Puis en fait, maintenant que j'y pense, on a remis en question tout ça au fur et à mesure. Parce que des fois ce n'était pas si évident que ça. On s'est vraiment posés la question sur le bien-fondé du cru quand on a constaté que même ceux qui le prônent finalement ne le suivent pas forcément. (Valence, décembre 2016)

- 38 Les conditions de sortie de la carrière crudivore confrontent les individus à des incohérences, à des déceptions. En effet, les entrepreneurs de morale crudivores prônent des valeurs de responsabilisation de l'individu, ancrant leurs discours dans des rapports de domination subtils, pour le « bien » de la santé et de l'« épanouissement » des pratiquant·es qui s'en remettent à eux et souscrivent à leurs conseils. Là réside le paradoxe : les enquêté·es revendiquent une autonomie alors qu'il·elles se placent dans des rapports d'obédience envers des entrepreneurs de morale qui diffusent les discours et les pratiques crudivores. Or, certains enquêté·es en arrivent à mettre en doute ces injonctions, et expriment parfois cette distance en dénonçant un certain sectarisme, reconnaissant tout de même avoir vécu une forme de « passion » et s'y être pleinement consacré·es. C'est le cas de Laura et de Vincent qui racontent leur passion commune associée à la carrière crudivore :

Mais c'est toutes les passions, quand t'es à un moment de ta vie où t'es là, bon ta vie est un peu nulle, j'ai envie de faire autre chose : tiens, une passion ! Et si je m'y consacrais à 100 % ? Et moi je n'aime pas les passions, je sais que c'est des faux trucs pour donner du sens à ta vie et que ça te bouffe trop le mental quoi. (Laura, 27 ans, Valence, décembre 2016)

On devenait fou aussi, on ne parlait plus que de ça, on ne savait plus quoi écouter comme musique, on savait plus quoi regarder comme film, on savait plus qui on était. On se disait : « de toute façon les gens ne mangent pas cru dans les films, ils n'ont rien compris ». Le cru, le cru, et on représente le cru en France, c'était que le cru, ça aurait pu être une religion douteuse ou une secte bizarre. (Vincent, 29 ans, Valence, décembre 2016)

- 39 Certain·es enquêté·es cessent donc de considérer la pratique alimentaire crudivore comme étant une condition *sine qua non* à la réalisation de leurs aspirations. La dynamique que révèlent tant l'entrée que la sortie de carrière est celle d'un mouvement de réalisation de soi via la consommation, ici alimentaire. Parmi les dix individus interrogés sur le long terme dans cette enquête, sept ont affirmé avoir cessé la pratique crudivore, ou du moins l'avoir mise en pratique de manière plus flexible, en intégrant des aliments auxquels ils avaient initialement renoncé dans les premières phases de la carrière.
- 40 Le crudivorisme apparaît comme l'une des réponses possibles à l'injonction normative d'individualisation qui caractérise les sociétés contemporaines. Sur ce point, Edgar Cabanas et Eva Illouz (2018) défendent l'idée que la responsabilité individuelle impliquant un travail sur soi est caractéristique du néolibéralisme⁷, ce qui est particulièrement visible dans les pratiques de développement personnel. Elle produirait une insatisfaction et une souffrance pour les individus, en leur faisant miroiter un idéal qui ne serait accessible qu'à partir d'un travail sur soi sans relâche, que peu de personnes pourraient atteindre en définitive. De fait, les carrières crudivores présentent une intranquillité de l'expérience alimentaire. C'est ce dont témoigne Louise, 30 ans et travaillant dans un magasin bio à Aix-en-Provence : « Je ressentais ça. Ce qui me rend triste c'est de pas être la meilleure version de moi-même en quelque sorte. Ne pas être au top de moi-même, c'est ça en fait. » (février 2017)

- 41 Ce témoignage montre que les individus qui parlent d'épanouissement se réfèrent à des perceptions, des retours sur leurs expériences qui sont en lien avec leur environnement social. Dans ce contexte, des sociologues tels qu'Alain Ehrenberg ont associé les nouvelles pathologies (comme la dépression, les nouveaux symptômes névrotiques) aux fortes contraintes et au contrôle de soi que cet idéal d'authenticité et de responsabilisation génère, d'autant qu'il se combine aux injonctions néolibérales à être entrepreneur de soi, performant. Dans son ouvrage intitulé « La fatigue d'être soi », Alain Ehrenberg (1998) décrit le développement de différentes formes de souffrance sociale depuis ces dernières décennies. Les individus se retrouveraient obligés de trouver dans leur vie intérieure la matière propice à une réalisation authentique de soi. Il suppose ainsi que ce qui s'est imposé comme une pathologie – la dépression – serait une conséquence de l'exigence diffuse d'être soi-même. Cette souffrance sociale est générée par la contrainte que constitue cette exigence. L'idéal de réalisation de soi est devenu une injonction à remettre en question les choix et les objectifs biographiques des individus de manière perpétuelle. Selon Axel Honneth, un tel renversement signale un seuil historique dans lequel cette souffrance sociale est partagée par une partie croissante de la population (Honneth, 2006 : 323).

Conclusion

- 42 Prétendant œuvrer pour un monde meilleur, les pratiques alimentaires émergentes, telles que le crudivorisme, soulèvent des interrogations sur la manière dont le contexte social et culturel actuel a favorisé l'émergence d'un schème d'interprétation du monde particulier : les crises que traversent les individus rencontrés ont pu les amener à s'adonner au crudivorisme afin d'en sortir. Il s'agit là d'une représentation particulière du monde où les individus sont responsables de leur mode de vie et de leur santé, ce qui nécessite des ajustements perpétuels afin de parvenir à un état de bien-être souhaité. Ce schème serait au fondement de la définition que les individus ont d'eux-mêmes, et modèlerait leurs manières d'être au travers de leurs choix alimentaires. En se mettant relativement en retrait des questions sociales et du monde social ordinaire, les enquêtés se recentrent sur une technologie du pouvoir « sur soi » visant à « gérer » leur corps, leur santé, leur « monde » et à revendiquer un idéal moral lié à la notion de « pureté ». L'incitation à optimiser son alimentation sous-tend celle à s'optimiser à travers elle. Dans cette perspective, le crudivorisme serait l'expression de l'individualisme contemporain au travers de l'injonction à « se réaliser soi-même », le changement alimentaire étant perçu comme une manière d'atteindre cet objectif. Il fonde un nouveau récit sur l'idéal d'authenticité : s'engager dans la carrière crudivore est une tentative de rehausser l'originalité de son existence, dont seule l'expérimentation individuelle peut attester. La pratique hétéronome alimentaire semblerait n'être qu'une des dimensions de l'action multidirectionnelle des individus de nos sociétés du XXI^e siècle qui mettent à l'épreuve leurs manières d'être au monde.
- 43 S'il s'établit comme une posture de résistance s'apparentant à la contre-culture et aux mouvements contestataires des années 1960, le phénomène crudivore est fondamentalement moderne et renforce encore davantage un gouvernement du corps exercé à la fois par les institutions et par les mouvements alternatifs qui ne cessent d'accroître les contraintes adressées aux individus. Le crudivorisme se développe et reproduit une surveillance et une discipline individuelles en valorisant une éthique de

la responsabilité du contrôle de soi. Il adresse aux individus de nouvelles exigences. Ce phénomène crée une situation contextuelle de vulnérabilité pouvant s'inscrire dans le temps jusqu'à devenir structurelle. L'élaboration d'un idéal en lien avec la réalisation de soi fragiliserait des individus dans un contexte où seule l'accomplissement d'une vie idéalisée est perçue comme souhaitable. Cette forme d'individualisation, par un fort souci de soi, n'est pas propre au crudivorisme. Cette recherche met ainsi en valeur les enjeux d'une telle orientation personnelle et partagée collectivement, des enjeux notamment politiques, tels que la défiance envers les institutions publiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ATKINSON R. et FLINT J., 2001. « Accessing Hidden and Hard-to-reach Populations : Snowball Research Strategies », *Social Research Update*, 33 : 1-4.
- BECKER S. H., 1963. *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*. New York, Macmillan.
- BELASCO J. W., 2006. *Appetite for Change: How the Counterculture Took on the Food Industry*. Cornell, Cornell University Press.
- BIDART C., 2006. « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1, 120 : 29-57.
- BIRKMANN J. et al., 2013. « Framing vulnerability, risk and societal responses : the MOVE framework », *Natural Hazards*, 67, 2 : 193-211.
- BOURDIEU E., 1998. *Savoir faire : contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*. Paris, Seuil.
- CABANAS E. et ILOUZ E., 2018. *Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies*. Paris, Premier Parallèle.
- CARDON P., DEPECKER T. et PLESSZ M., 2019. « Les mouvements de réforme de la consommation alimentaire », *Sociologie de l'alimentation*. Paris, Armand Colin.
- CHEYNE G., 1724. *An Essay of Health and Long Life*. Londres, Printed for George Strahan, and J. Leake.
- CORBEAU J.-P. et POULAIN J.-P., 2002. *Penser l'alimentation, entre imaginaire et rationalité*. Paris, Privat.
- DARMON M., 2001. *Approche sociologique de l'anorexie : un travail de soi*, thèse de doctorat en sociologie, sous la direction de François de Singly, Paris 5.
- DARMON M., 2008. « La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation », *Politix*, 82 : 149-167.
- EHRENBERG A., 1998. *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris, Odile Jacob.
- ETIEN M.-P. et TIBÈRE L., 2013. « Alimentation et identité entre deux rives », *Hommes & Migrations*, 1303 : 57-64.
- FERREUX M.-J., 2001. « Le New-Age. Un "nouveau monde" cybersacré », *Socio-anthropologie*, 10 [en ligne], <https://journals.openedition.org/socio-anthropologie/158> (page consultée le 29/04/2021).

- FISCHLER C., 2001. *L'Homnivore. Le goût, la cuisine, le corps*. Paris, Odile Jacob.
- FORTIN G., POIRIER C., DUHAMEL F. et GERMAIN D., 2020. « Risques d'inondation et vulnérabilité : l'exemple du bassin versant de la rivière Kennebecasis, Nouveau-Brunswick, Canada. », *IdeAs*, 15 [en ligne], <https://journals.openedition.org/ideas/7999> (page consultée le 29/04/2021).
- FOUCAULT M., 1986. « On the genealogy of ethics: an overview of work in progress », in RABINOW P. (ed.), *The Foucault Reader*. Harmondsworth, Penguin : 340-372.
- FOUCAULT M., 2004. *Sécurité, territoire, population*. Paris, Seuil.
- GOFFMAN E., 1973. *La Présentation de soi*. Paris, Les Éditions de Minuit.
- GROSSETTI M., BESSIN M. et BIDART C., 2009. *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*. Paris, La Découverte.
- HONNETH A., 2006. *La Société du mépris. Vers une nouvelle Théorie critique*. Paris, La Découverte.
- HUGHES C. E., 1996. *Le regard sociologique*. Paris, Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- LAHLOU S., 1999. « Des aliments tu feras médecine : Hippocrate revisité », *Cahiers de nutrition et diététique*, 2, 34 : 108-113.
- LEVENSTEIN H., 1993. *Paradox of Plenty*. New York, Oxford University Press.
- PLEYERS G., 2011. *La Consommation critique. Mouvements pour une alimentation responsable et solidaire*. Paris, Desclée de Brouwer.
- POULAIN J.-P., 2013. « L'espace social alimentaire : un outil pour l'étude des modèles alimentaires », *Sociologies de l'alimentation*. Paris, Presses universitaires de France : 221-244.
- QUEIROZ J.-M. et ZIOLKOWSKI M., 1994. *L'Interactionnisme symbolique*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- ROUQUETTE S. (dir.), 2011. *L'Identité plurielle. Images de soi, regards sur les autres*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.
- SCHEERER S., 1985. « L'entrepreneur moral atypique », *Déviance et société*, 9, 3 : 267-289.
- SIMMEL G., 1987 [1900]. *Philosophie de l'argent*. Paris, Presses universitaires de France.
- TAPIA C. et ROUSSAY P., 1991. *Les Attitudes*. Paris, Éditions d'organisation.
- TAYLOR C., 1994. *Le Malaise de la modernité*. Paris, Cerf.
- THIRCUIR S., 2019. « I Eat Therefore I Believe : The Raw Food Diet, a Believing Solution for Healing », *The International Journal of Religion and Spirituality in Society*, 9, 1 : 41-55.
- THIRCUIR S., 2020. *Les Carrières crudivores. Un révélateur du régime d'autonomie des individus*, thèse doctorat de sociologie, sous la direction de Emmanuel Pedler, soutenue à l'EHESS.
- TURNER S. B., 1996. *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. Newbury Park, Sage.
- VIGARELLO G., 2010. *Les Métamorphoses du gras. Histoire de l'obésité*. Paris, Seuil.
- WEBER M., PARSONS T. et TAWNEY R. H., 1930. *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. Londres, George Allen & Unwin Ltd.

NOTES

1. Cette enquête a été menée dans le cadre d'une thèse de sociologie entreprise entre 2014 et 2018 et soutenue à l'EHESS le 25 juin 2020 (Thircuir, 2020).
2. Le mouvement crudivore est né en Europe, à la fin du XIX^{ème} siècle, mais s'est développé aux États-Unis, notamment autour d'Ann Wigmore, originaire de Lituanie, fondatrice de l'Hippocrates Health Institute, qui faisait la promotion de l'« alimentation vivante » à partir des années 1940 et utilisait l'alimentation comme alternative aux thérapeutiques chirurgicales et chimiothérapies du cancer du sein.
3. Le Dr Bircher-Benner est souvent présenté comme le père du crudivorisme, car il proposait des cures d'aliments crus à ses patients, après avoir expérimenté les bienfaits de cette alimentation sur lui-même. Selon lui, l'approche globale de la santé n'incluait pas que l'alimentation. Dans sa clinique zurichoise Lebendige Kraft, les curistes devaient se soumettre à différentes règles de vie destinées à remettre de l'ordre dans leur assiette, leur esprit et leurs corps. C'est la raison pour laquelle il appelait également son sanatorium « école de vie ». Le Dr Paul Carton était, quant à lui, un fervent défenseur d'une consommation dont les aliments se rapprocheraient le plus possible de leur état naturel afin de bénéficier, en tant que mangeur, de leurs vertus physiologiques. Il se positionnait de manière critique vis-à-vis de la médecine de son époque, marquée par les découvertes de Louis Pasteur qui envisageait de se concentrer sur le traitement des symptômes des maladies au détriment de leur origine. Paul Carton prônait une thérapeutique qui consistait à désintoxiquer l'organisme en prescrivant aux patient·es l'arrêt des comportements nuisibles à leur santé.
4. Les données sont anonymisées au travers de l'utilisation de pseudonymes.
5. L'hyperthyroïdie correspond à un dérèglement de la glande thyroïdienne qui produit des hormones en excès. Cela peut avoir pour conséquences des troubles du système nerveux et du métabolisme.
6. Traduction de l'auteure: « *My ex-husband once said "the raw food will be the end of us".* »
7. Selon les auteurs, le néolibéralisme donne lieu à une vision de l'individu en tant qu'entrepreneur de lui-même et qui ne cesse de s'adapter et d'innover. Cette vision aurait transformé le « moi » en produit de consommation.

RÉSUMÉS

Cet article s'appuie sur un corpus de données issues d'un terrain d'enquête réalisé en France et en Amérique du Nord entre 2014 et 2018. L'objectif de cet article est d'analyser les trajectoires d'individus engagés dans la pratique alimentaire crudivore. Il interroge les ressorts d'un tel engagement, révélateurs des crises intimes que ces individus traversent. Cet article décrit les étapes de l'expérience crudivore et leur inscription sociale dans le temps, en présentant les modalités et les dispositions qui y sont négociées. L'analyse de ces trajectoires de vie dévoile une exigence de réalisation de soi et un idéal d'authenticité auquel ces individus aspirent. Cet article montre que l'alimentation et la santé sont des champs privilégiés pour observer une tentative d'optimisation de soi en tant qu'expression de l'individualisme contemporain.

This paper is based on a body of data from fieldwork conducted in France and the United States between 2014 and 2018. The objective of this paper is to analyze the trajectories of individuals

practicing a raw food diet. It questions the motives behind such a commitment, revealing the intimate crises that these individuals go through. This paper describes the stages of the raw food experience and their social environment in time by presenting the modalities and the dispositions that are negotiated. The analysis of these life trajectories reveals a demand for self-realization and an ideal of authenticity towards which these individuals strive. This paper shows that food and health are privileged fields for observing an attempt to optimize the self as an expression of contemporary individualism.

INDEX

Keywords : socialization, food, sociology, health, intimate crisis, raw food, individualism, France, USA

Mots-clés : socialisation, alimentation, sociologie, santé, crise intime, crudivorisme, individualisme, France, USA

AUTEUR

SOLENN THIRCUIR

Docteure en sociologie, chercheuse post-doctorante au Centre Léon Bérard au sein du département SHS. Attachée temporaire d'enseignement et de recherche à la faculté de médecine de Lyon Sud – Charles Mérieux, Université Claude Bernard Lyon 1. Membre du Laboratoire de biométrie et biologie évolutive (UMR 5558). Chercheuse contractuelle à l'Institut für Höhere Studien de Vienne, chercheuse associée au Centre Norbert Elias, solenn.thircuir@live.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Abeilles, apiculteur·trice·s et varroa : cohabiter en temps de crises

Bees, beekeepers and varroa mites: living together in times of crisis

Elsa Faugère et Dorothée Dussy



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9593>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.9593](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9593)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Elsa Faugère et Dorothée Dussy, « Abeilles, apiculteur·trice·s et varroa : cohabiter en temps de crises », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 28 mai 2021, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9593> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9593>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Abeilles, apiculteur·trice·s et varroa : cohabiter en temps de crises

Bees, beekeepers and varroa mites: living together in times of crisis

Elsa Faugère et Dorothée Dussy

Introduction

- 1 « Un million d'espèces animales et végétales risquent de disparaître à brève échéance de la surface de la Terre ou du fond des océans » titrait le journal *Le Monde* en mai 2019. Relayée par tous les médias de la planète, l'alerte a été lancée solennellement à l'adresse des gouvernants et des sociétés par la Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques (IPBES). Pour autant, il ne s'agit pas d'une révélation, loin s'en faut, puisque déjà en 1962, témoignant de la disparition des insectes et des oiseaux dans les campagnes, Rachel Carson publiait *Le Printemps silencieux*, ouvrage qui connut un succès populaire immédiat. Depuis, les preuves scientifiques de la crise de la biodiversité s'accumulent et sont médiatisées par intermittence, s'invitant épisodiquement à l'agenda politique avec la mise en place de politiques internationales de l'environnement (Charvolin & Ollivier, 2017).
- 2 Presque quarante ans après la parution du *best-seller* de Rachel Carson, à la fin des années 1990 et dans les années 2000, apparaît un phénomène relevant *a priori* de la même dynamique, mais présenté comme mystérieux : l'effondrement des colonies d'abeilles domestiques en Europe et en Amérique du Nord. Concrètement, à la sortie de l'hiver, et plus rarement en pleine saison de butinage, les apiculteur·rice·s trouvent leurs ruches vidées de toutes ou partie des colonies d'abeilles. Les corps des abeilles sont introuvables ou sont parfois disséminés sur le seuil des ruches. Aux États-Unis, localement, les pertes peuvent atteindre jusqu'à 90 % de la population des colonies (Van der Zee *et al.*, 2012). En France également, les taux de mortalité hivernale dépassent désormais, de façon répétée, les moyennes observées habituellement jusque-là.

- 3 Qualifié depuis le milieu des années 2000 de syndrome d'effondrement des colonies d'abeilles par les biologistes (Dupont, 2007 ; Frazier *et al.*, 2007), ce phénomène suscite des inquiétudes majeures non seulement dans la communauté scientifique, mais également parmi les agriculteur-rice-s, les apiculteur-rice-s, les responsables politiques, les médias et les citoyen-ne-s, en raison de l'importance économique et écologique de l'abeille, pollinisatrice, garante, comme tous les autres insectes pollinisateurs, de la survie alimentaire de l'espèce humaine. Parmi les apiculteur-rice-s et scientifiques, deux camps s'opposent d'emblée sur les causes de la disparition des abeilles : les apiculteur-rice-s et scientifiques qui considèrent depuis les années 1990 que les principaux responsables de ces effondrements de colonies d'abeilles sont les pesticides de synthèse de nouvelle génération, les fameux néonicotinoïdes (Gaucho et Regent TS) commercialisés à partir des années 1990 en Europe (Colin *et al.*, 2007 ; Paxton *et al.*, 2015 ; Hoppe, 2013 ; Bonmatin *et al.*, 2017 ; Eouzan *et al.*, 2017) ; et les apiculteur-rice-s, scientifiques, et firmes agrochimiques qui estiment que le coupable est le varroa *destructor*, un acarien ectoparasite de l'abeille domestique européenne, arrivé d'Asie au début des années 1980 (Guzmán-Novoa, 2010 ; Dahle, 2010 ; Le Conte *et al.*, 2010 ; Nazi & Le Conte, 2016). Un terrain d'entente relatif et fragile est finalement trouvé au cours des années 2010 : la notion consensuelle de *multifactorialité* des causes de la disparition des abeilles intègre ainsi des causes considérées comme secondaires comme le frelon asiatique, des virus, le réchauffement climatique, la raréfaction des ressources mellifères, etc.
- 4 Chaque camp convient qu'un ensemble de facteurs converge dans le sens de l'effondrement des colonies, qui, nonobstant l'effort des scientifiques et des apiculteur-rice-s pour y remédier, se poursuit invariablement. Cette crise de surmortalité des abeilles a brisé un secteur en pleine croissance en Europe : alors que le nombre de colonies domestiques a progressé de 16,2 % entre 1965 et 1985, il a ensuite diminué dans la même proportion entre 1985 et 2005, entraînant une réduction remarquable d'un tiers de la population d'apiculteur-rice-s (Agreste, 2012). Ainsi, près de la moitié des exploitations apicoles françaises en activité au tournant des années 2000 avait disparu au recensement agricole de 2010. Mais, depuis le début des années 2010, la tendance s'inverse et on observe une augmentation à la fois du nombre d'apiculteur-rice-s et du nombre de colonies d'abeilles (ADA France, 2019). Ce renversement de tendance est dû à plusieurs phénomènes, dont la hausse du nombre de déclarations des détenteurs de ruches qui doivent les déclarer auprès du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, procédure largement facilitée depuis plusieurs années, ainsi que la mise en place, depuis le milieu des années 2010, d'aides publiques au renouvellement du cheptel d'abeilles qui aident les apiculteur-rice-s à compenser les pertes de leurs colonies d'abeilles.
- 5 À l'heure actuelle, en Europe, quelle que soit le degré de nuisance attribuée par les apiculteur-rice-s au varroa *destructor*, s'il-elle-s veulent du miel, tou-te-s doivent savoir gérer la charge de leurs ruches en varroa, car une trop forte infestation diminue la productivité de la ruche. En réalité, quelle que soit la cause privilégiée de la disparition des colonies d'abeilles, les apiculteur-rice-s ne peuvent agir, au niveau de leur exploitation apicole, que sur la charge en varroa. Il-elle-s ne peuvent pas infléchir le changement climatique, ni empêcher les agriculteur-rice-s d'utiliser des pesticides ou le frelon asiatique d'attaquer leurs colonies, comme le décrit également Laurent Cilia (2020) au sujet de l'apiculture commerciale aux États-Unis. En revanche, la lutte contre

varroa constitue une prise sur les crises que traverse l'apiculture. Le varroa se retrouve ainsi dans une position paradoxale : en tant qu'espèce invasive qui parasite les colonies d'abeilles européennes au point de contribuer à leur disparition et à leur moindre productivité, il est le *symptôme* le plus visible d'une crise environnementale et sanitaire de grande ampleur. Mais il est aussi le *levier d'action principal* des apiculteur-riche-s pour agir sur ces crises.

- 6 Dans cet article, nous nous intéresserons aux modes de gestion de l'infestation au varroa en tant que levier possible de réaction à la crise de la santé des abeilles. Nous reviendrons tout d'abord sur l'arrivée du varroa en France et la mise en place des premières opérations de lutte contre l'infestation selon trois grands axes : génétique, biotechnique et chimique. Nous verrons que la lutte chimique l'emporte largement sur les deux autres, l'industrie pharmaceutique ayant vu là un marché à conquérir. À partir de la présentation de trois portraits d'apiculteur-riche-s, nous nous demanderons comment est assurée la survie des abeilles domestiques dans un monde où il est communément admis que la saison des chaleurs estivales est allongée et où les pesticides sont déversés dans la nature à grands volumes, raréfiant les ressources en fleurs et en eau. Nous verrons que la survie des abeilles domestiques est désormais conditionnée par les interventions régulières sur les ruches d'apiculteur-riche-s qui ont été obligé-e-s de devenir de fins techniciens en apidologie pour faire face à la crise¹. La gestion de la crise n'est pas seulement une affaire de maîtrise technique, mais aussi une question qui engage la représentation du monde des apiculteur-riche-s, leurs valeurs, leurs horizons d'attentes, leur histoire.

Le varroa, histoire d'une crise annoncée

- 7 C'est en 1904 qu'un entomologiste du nom d'Edward Jacobson découvre et récolte pour la première fois ces petits acariens sur les abeilles de l'espèce *Apis cerana* de l'île de Java. Il les envoie aux Pays-Bas où un acarologue néerlandais du nom d'Anthonie Cornelis Oudemans en fait la description taxonomique et lui donne le nom de *Varroa jacobsoni* en hommage à son découvreur, comme c'est souvent le cas en taxonomie. Jusqu'aux années 1930, l'apiculture en Asie se faisait avec cette abeille *Apis cerana*, dite asiatique. De plus petite taille, elle vivait en relative harmonie avec le varroa, lequel se comportait comme un parasite externe (ectoparasite) typique, c'est-à-dire se nourrissant des réserves de son hôte (*Apis cerana*), mais sans le tuer, puisque tuer son hôte revient pour un parasite à scier la branche sur laquelle on est assis. Il semblerait que la situation se transforme dans les années trente, quand les Asiatiques ont importé des abeilles européennes, *Apis mellifera*, considérées comme beaucoup plus productives, donc plus rentables, pour la production de miel et de gelée royale.
- 8 D'après ce que l'on sait grâce aux quelques traces laissées par cette histoire dans des articles technico-scientifiques et dans les magazines apicoles, c'est probablement dans les années 1940-1950 que le varroa « passe » et s'installe durablement sur ce nouvel hôte européen *Apis mellifera* (Grobov, 1976), installé en Asie (Donzé, 1995). Des découvertes dans différents pays asiatiques en témoignent (Wendling, 2012). Progressivement, avec le commerce de reines et d'abeilles, *Varroa jacobsoni* se rapproche dangereusement de l'Europe occidentale en suivant les échanges commerciaux de reines et d'abeilles entre Asie et Europe. C'est ainsi que pour la première fois en 1970, la présence de l'acarien est attestée sur le sol européen, en

Bulgarie. Quelques années plus tôt, en 1966, des scientifiques asiatiques, japonais et coréens avaient mis en garde et alerté les autorités politiques et scientifiques sur le danger que représentait le *Varroa jacobsoni* pour l'abeille domestique occidentale. Les abeilles occidentales étant incapables de se défendre contre le parasite, sa propagation est susceptible de mettre toute l'apiculture en péril. Ces multiples mises en garde n'empêchent pas les échanges et le commerce de se poursuivre. Guidés par les gains de productivité attendus, les apiculteur-trice-s et les apidologues continuent de faire circuler librement et sans précautions abeilles et varroa.

- 9 Dans le sillage des premiers lanceurs d'alerte asiatiques, des apiculteur-trice-s, des scientifiques et des technicien-ne-s russes et bulgares alertent sur les ravages causés dans leurs colonies d'abeilles par le *Varroa jacobsoni* qui, écrivent-ils, « va se répandre partout si aucune mesure n'est prise pour l'en empêcher » (Apimondia, 1975). On trouve traces de ces mises en garde notamment dans les actes d'Apimondia, grands congrès biennuels mondiaux de l'apiculture et de l'apiculture, haut lieu de rencontres et d'échanges entre acteurs des mondes apicoles.
- 10 Les actes du XXV^e congrès d'Apimondia tenu à Grenoble en 1975 témoignent à la fois de la crise annoncée du varroa et de l'état des connaissances quant à la dangerosité du parasite pour les colonies d'abeilles domestiques européennes.

La commission de pathologie a consacré son attention à l'épizootie de varroase qui a été signalée surtout en URSS et en Bulgarie où elle produit des dégâts importants. De nombreux spécialistes de ces pays et des représentants de la commission de pathologie se sont réunis à Sofia dans le cadre d'un symposium pour étudier les mesures qui doivent être adoptées pour arrêter la diffusion de la maladie. Une série de dispositions doivent être prises pour ce qui en est de l'application des traitements et des mesures sanitaires. La Commission de pathologie propose à l'Apimondia d'adresser à tous les pays une information sur la nature de cette maladie parasitaire et une recommandation technique concernant la surveillance devant être appliquée en cas d'importation ou de commerce avec les abeilles. Dès à présent, les chercheurs spécialisés doivent orienter leurs travaux vers l'étude du cycle évolutif de *Varroa jacobsoni*, de sa résistance aux agents physiques, chimiques et des moyens de le détruire dans les ruches. (Apimondia, 1975 : 521-522)

- 11 L'ensemble des institutions internationales sont alors convoquées pour tenter d'enrayer la pandémie : la commission de pathologie d'Apimondia ainsi que celle de l'Organisation internationale de l'élevage, les chercheur-e-s, les spécialistes, les autorités politiques. Elles se réunissent, organisent des symposiums, éditent des recommandations techniques, des préconisations sanitaires, recherchent des traitements pour endiguer la diffusion du varroa. Il faut agir, disent encore les actes du colloque Apimondia, au nom de la qualité de vie des abeilles domestiques, mais aussi pour améliorer le rendement, la qualité et la consommation de produits apicoles.

Modalités de lutte contre le varroa

- 12 À partir des années 1970, apiculteur-ric-e-s, technicien-ne-s et scientifiques de différents instituts – principalement de l’Institut national de la recherche agronomique (INRA), du CNRS et des institutions de la filière apicole (ITAPI puis ITSAP-Institut de l’abeille², FNOSAD³, Associations de développement apicole implantées dans chaque région française, autres associations professionnelles comme l’Anercea⁴, etc.) – se mobilisent autour d’une multitude d’expérimentations dans la lutte contre le varroa. Celle-ci s’organise selon trois grandes modalités que décrit la littérature scientifique et apicole, et se structure autour de trois principales communautés techno-savantes :
- 13 – une approche génétique qui se fonde sur le fait qu’*Apis cerana*, l’abeille asiatique, est résistante au varroa, et sur l’observation de lignées russes d’*Apis mellifera* introduites dans l’Extrême-Orient russe au milieu du XIX^e siècle et qui semblent résistantes au varroa (lignée *Primorsky*). À partir des années 1980 et de l’arrivée du varroa, l’intérêt des chercheur-e-s de l’INRA spécialisé-e-s en génétique de l’abeille semble se focaliser sur le varroa, comme en témoigne les travaux d’Yves Le Conte, biologiste de l’abeille, spécialiste mondial du varroa, auteur de la première thèse de doctorat sur les interactions abeilles-varroa et, ce faisant, précurseur dans l’intérêt scientifique porté au parasite (Le Conte, 1990).
- 14 – une voie biotechnique, avec notamment la publication en 1984, dans le magazine apicole *La santé de l’abeille*, d’un article d’un apiculteur de Moselle qui préconise le retrait de couvain⁵, innovation biotechnique qui sera reprise dans les années 2000 par les apiculteur-ric-e-s suisses, italiens puis, plus récemment, français. On trouve aussi déjà des articles d’apiculteur-ric-e-s ou de scientifiques proposant d’autres méthodes comme « la lutte intégrée », des « luttés bio » sans produits chimiques, « le retrait de couvain » des mâles, « des traitements hivernaux » à l’acide organique, etc.
- 15 – En parallèle de la construction de savoirs scientifiques sur le varroa lui-même, sa biologie, sa physiologie et ses modes d’action et d’interaction avec les abeilles domestiques, se poursuivent une série de travaux expérimentaux relatifs aux molécules chimiques les plus efficaces dans la lutte contre le varroa, mais aussi, dans une moindre mesure, d’autres formes de lutte biotechniques, intégrées, etc. Dans les actes du congrès d’Apimondia de 1981, il est écrit « qu’à cette date déjà plus d’une centaine de molécules chimiques ont été testées sur varroa » (Apimondia, 1981). En quarante ans, des centaines de molécules ont été testées (dont le fluvalinate et l’amitrazé, molécules les plus utilisées depuis les années 1980), mais seuls quelques produits ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) (Varostan, Coumaphos, Apistan, Apivar, etc.).
- 16 L’approche chimique, parce qu’elle offre les meilleures promesses de retour sur investissements (scientifiques et techniques) et de débouchés industriels pour l’industrie du médicament, l’a toujours largement emporté sur les deux premières approches.
- 17 En effet, parallèlement à l’organisation technoscientifique de la lutte contre le varroa, émerge un nouveau marché, lucratif, de vente de produits chimiques. C’est ainsi qu’une petite entreprise française créée en 1978, Véto-pharma, s’est transformée en géant industriel international, leader en matière de santé des abeilles, aujourd’hui implantée dans trente-cinq pays. Rachetée en 2002 par Arysta LifeScience, l’un des géants des firmes agrochimiques, avec UPL comme maison mère, Véto-pharma fusionne avec

Wyjolab en 2019. C'est dans ce contexte commercial de fusion-acquisition d'entreprises que tombe, le 20 octobre 2020, un rappel à l'ordre très agressif et brutal émanant des représentants des autorités sanitaires françaises à l'égard des apiculteur-riche-s et des instituts techniques de la filière. Lors d'une réunion entre la Direction générale de l'alimentation (DGAL), l'Agence nationale du médicament vétérinaire (ANMV) et les associations de développement apicole (ADA), les représentants des autorités sanitaires annoncent que :

Tout usage d'un produit sans autorisation de mise sur le marché pour traiter contre la varroose relève du traitement illégal (utilisation de médicament vétérinaire non autorisé) et expose l'apiculteur à de très lourdes sanctions, **y compris sur son cheptel et les produits de ses ruches**. En effet, selon le règlement [européen] 2019-2090 applicable depuis décembre 2019, en cas de traitement illégal par un apiculteur, **la mise à mort des animaux ayant reçu le produit et la destruction des produits de la ruche doit être ordonnée**. (Adapi, 2020 souligné par nous)

- 18 Cette information, majeure, signe l'interdiction brutale des pratiques expérimentales alternatives aux traitements chimiques. Si cette notice est passée totalement inaperçue auprès du grand public, à peine relayée par la presse⁶, au sein de la filière apicole, elle a fait l'effet d'un véritable coup de tonnerre. Elle est qualifiée par les représentants de l'Association pour le développement de l'apiculture provençale (Adapi) de « marche funèbre des expérimentations sur Varroa » (Adapi, 2020). Certains analysent ce mot d'ordre européen comme une manœuvre de la profession vétérinaire visant à s'emparer de la filière apicole : « Tout cela est dû au fait que la profession vétérinaire cherche à entrer dans l'apiculture⁷ », estime Jean-Marie Sirvins. « Et aux grandes firmes qui veulent que l'on n'utilise que des produits sous AMM. » (Astier, 2021) Le processus d'obtention d'une AMM étant très coûteux, les structures de la modeste filière apicole sont dans l'incapacité de s'y engager et n'ont plus d'autres choix que de recourir aux seuls traitements désormais autorisés, c'est-à-dire ceux financés par les industries pharmaceutiques.
- 19 Dans cette histoire qui s'étend sur quatre ou cinq décennies, les apiculteur-riche-s français.es ont progressivement appris à vivre avec le varroa et à le combattre pour surmonter la crise sanitaire et environnementale qu'il incarne en partie, comme nous allons le voir à présent.

Matériel et méthodes

- 20 Nous avons réalisé depuis 2017 près d'une centaine d'entretiens auprès de scientifiques (de l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE), du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), de l'Institut technique et scientifique au service de l'apiculture (Itsap), de l'Université Aarhus au Danemark⁸), de technicien-ne-s des ADA et d'apiculteur-riche-s amateur-e-s et professionnel-le-s situé-e-s dans le sud de la France, en Provence et en Aquitaine, en région Centre, et au Danemark. Ces entretiens se sont déroulés dans le cadre de trois programmes de recherches interdisciplinaires⁹ et collaboratifs, associant anthropologues, biologistes, généticien-ne-s, apidologues, bio-statisticien-ne-s,

technicien-ne-s et apiculteur-ric-e-s. Dans le cadre de ces programmes, notre enquête ethnographique s'intéressait autant aux apiculteur-ric-e-s qu'aux scientifiques et technicien-ne-s impliquée-s dans les projets, ce qui nous a permis de documenter à la fois les pratiques des apiculteur-ric-e-s, leur rapport aux recherches scientifiques sur les abeilles, mais aussi les centres d'intérêt des scientifiques concernant les abeilles et l'apiculture. Les entretiens auprès des apiculteur-ric-e-s ont été suivis d'enquêtes ethnographiques réalisées auprès de douze apiculteur-ric-e-s au cours de la saison apicole 2018.

- 21 À partir de l'ensemble du matériel ethnographique collecté dans les trois régions françaises, nous proposons d'analyser la réponse des apiculteur-ric-e-s à la crise qui affecte la santé des abeilles au travers de la description de trois cas d'apiculteur-ric-e-s provençaux resitués dans leur trajectoire personnelle. Ce sont trois figures qui incarnent des postures contrastées dans la gestion de la mortalité de leurs colonies. Le contraste se révèle dans un rapport spécifique et subjectif à la chimie relative aux traitements contre le varroa, articulé à un seuil de ce qui paraît pour chacun acceptable en termes d'intervention dans la vie de la ruche. Nous présenterons d'abord Philippe et Jocelyne, qui pratiquent une apiculture conventionnelle privilégiée pour son efficacité ; puis Sophie, qui questionne ses choix sans relâche ; enfin Étienne et Juliette, promoteurs d'une apiculture sans chimie de synthèse. La démarche que nous proposons se situe ainsi à la croisée de la « pensée par cas » (Passeron & Revel, 2005), couramment mobilisée en sciences sociales, et d'une approche inspirée des descriptions par la biographie et le portrait, approche fructueuse en anthropologie ces dernières années (Collectif B., 2020), développée dans la lignée des travaux d'Oscar Lewis (1961) ou, plus près de nous, de Sophie Caratini (2015) et Bernardine Evaristo (2020).
- 22 Dans le texte, nous avons modifié les prénoms et noms des apiculteur-trice-s. Mais il faut rappeler d'une part qu'il-elle-s étaient volontaires pour participer aux recherches que nous avons menées et que, d'autre part, l'approche ethnographique consiste à contextualiser les pratiques apicoles, à montrer qu'il n'y a pas d'itinéraire technique indépendamment d'une apiculteur-ric-e qui le met en œuvre, avec son histoire personnelle, sa famille, son capital économique et social, son inclination pour une apiculture plus ou moins intrusive, intensive, extensive, interventionniste, ses désillusions, ses changements de cap, ses échecs et ses succès. La précision des descriptions rend de ce fait le souci d'anonymat un peu illusoire.

Philippe et Jocelyne, partisans de traitements conventionnels

- 23 Philippe Durand est né en 1959 à Toulon et sa femme Jocelyne en 1960 à Forcalquier. Ils ont toujours habité en Provence. Philippe vient d'une famille d'apiculteurs amateurs : son grand-père, son père et son oncle avaient une cinquantaine de ruches. Enfant, il les aide, tient l'infumoir et écoute leurs explications apicoles. Il commence sa vie active comme plombier puis cantonnier, mais abandonne assez vite ces métiers qui ne lui plaisent pas. En 1982, il est cantonnier à mi-temps et commence à monter son cheptel, restant pendant deux ans apiculteur pluriactif. Et puis, raconte-t-il, « À un moment donné, il faut choisir ! Ce qu'on gagne d'un côté, on le perd de l'autre ! Mille métiers, c'est mille misères ! ». En 1984, avec quatre cents ruches, Philippe devient apiculteur professionnel. Jocelyne, sa femme, est issue d'une famille d'agriculteurs. Elle tenait alors une épicerie. À partir de 1994, elle devient conjointe collaboratrice sur son exploitation apicole. À

l'époque, dit sa femme Jocelyne, ils n'avaient droit à aucune aide à l'installation. Philippe travaille alors avec l'aide de son oncle et de son père qui lui donnent des coups de main.

- 24 Installée en apiculture en même temps que l'arrivée du varroa en France, cette famille Durand porte un regard rétrospectif sur les traitements et sur la pénibilité de l'infestation, croissante avec les décennies. Au début des années 1980, le varroa n'est pas encore arrivé dans le sud de la France. Philippe raconte : « *les ruches aujourd'hui demandent beaucoup plus de temps qu'à cette époque-là, à cause du varroa.* » Il se souvient que le varroa est arrivé sur leur exploitation en 1986. « *Mais il n'y en avait alors pas beaucoup ; il suffisait de traiter une fois et il n'y avait pas trop d'évolution. Les traitements faisaient plus d'effet que maintenant. On faisait un traitement et on était tranquille pour l'année.* » Jocelyne ajoute que les colonies résistaient davantage. « *Nous on avait 3 à 5 % de mortalité, maintenant vous en avez 20 % ou 30 % ! Il faut traiter deux fois et ça prend du temps. Vous avez plus de mortalité, il faut rentrer plus de matériel, plus désinfecter, plus de manipulations.* » Philippe raconte que dans les années 1990, il utilisait Apistan¹⁰ et que « *ça marchait du feu de Dieu. Mais varroa s'est accoutumé au fluvalinate, et il elle a perdu toute son efficacité. Le fluvalinate était utilisé pour lutter contre l'araignée rouge, un acarien parasite des arbres fruitiers. Et ils se sont aperçus alors que les apiculteurs qui pollinisaient ces arbres fruitiers avaient moins de varroas que les autres. C'est comme cela que l'Apistan a été créé !* ».
- 25 Leur fils Jérôme, né en 1983 à Manosque, commence par faire des études pour être professeur de sport, mais change finalement de voie et se réoriente, avec son père, dans l'apiculture, même si le contexte des années 2000 n'est pas très favorable à une installation comme apiculteur professionnel étant donné, dit-il, les fortes mortalités de cette période. Mais il persévère, passe le brevet professionnel responsable d'entreprise agricole (BPREA) en 2009, s'installe avec la dotation jeune agriculteur (DJA) en 2010 et intègre le groupement agricole d'exploitation en commun (GAEC) de ses parents. Sa femme Laurence, née en 1988, passe son BPREA après deux années d'études pour devenir laborantine. Son père, apiculteur amateur, possède une vingtaine de ruches. Laurence a aujourd'hui encore le statut de conjointe collaboratrice, comme sa belle-mère, Jocelyne, qui l'a eu de 1994 à 2015. Ce statut agricole offre une protection minimale en termes d'assurance et de cotisations retraite, mais il ne permet pas de rémunérer le travail effectué. Partis avec deux cents ruches en 1982, ils en ont plus de mille au moment de l'enquête, ce qui correspond à une exploitation importante pour la France.
- 26 Leur exploitation apicole suit un schéma technique bien rodé et a atteint depuis longtemps une vitesse de croisière qui permet aux quatre membres de cette même famille d'en vivre convenablement. Avec plus de mille ruches, et quarante emplacements de ruchers, ils se déplacent beaucoup et souvent. À certaines périodes de la saison apicole, ils font de grands circuits de transhumance, roulant parfois jusqu'à huit heures pour aller chercher l'acacia ou le châtaignier en montagne et revenant en juillet pour la lavande en Provence. Avant de se déplacer si loin avec leur camion et leurs colonies, ils téléphonent à un agriculteur, ami de Philippe qui vit à proximité des sites où seront déposées les ruches, pour qu'il leur donne des informations sur l'avancée de la miellée d'acacia, car, dit-il, il faut mettre les ruches dès la première fleur d'acacia. Ils regardent aussi sur le bord des routes chez eux, dans les Alpes-de-Haute-Provence, car ils savent que lorsque les acacias de tel ou tel quartier de Forcalquier sont fleuris, c'est que les acacias de leur rucher dans le nord seront en fleurs une semaine

plus tard. « *On a toujours des repères !* » dit Jérôme. Ils s'appuient donc à la fois sur les observations de leurs collègues et amies agriculteur-rices ou apiculteur-rices qui vivent dans la région où ils vont aller transhumer et sur leurs propres observations locales des mêmes espèces d'arbres dont ils suivent attentivement le cycle de floraison.

- 27 Ils produisent environ vingt tonnes de miel par an, ce qui donne une moyenne de vingt kilos de miel par ruche, vendu à 90 % en vrac et 10 % en direct. Ils ont toujours vendu leur miel à des grossistes, même dans les années 1990 quand le prix du miel était bas. Jocelyne se souvient que l'Adapi a alors joué un rôle important :

C'était un peu difficile dans les années 1990, car le prix du miel était tombé bas. Le miel avait chuté, il était tombé à dix-sept francs et même à quatorze francs, c'était pas cher ! Il fallait en faire du miel pour gagner sa vie ! Et il faut reconnaître que l'Adapi ils nous ont bien défendus. Ils se sont bien battus pour le miel de Provence, de lavande. Avant, le miel il n'était pas valorisé donc il est remonté en cote. Aujourd'hui les gens reviennent au naturel, c'est moins difficile !

- 28 Actuellement, à dix euros minimum le kilogramme de miel de lavande en fûts, et huit euros le miel toutes fleurs, elle trouve que ce sont de bons prix pour les apiculteur-rices dont les revenus ont ainsi été multipliés par cinq en trente ans (et quasiment par dix pour la vente au détail, le prix du miel de lavande dépassant couramment vingt euros le kilo). Et comme il n'y a pas de stock, que la demande est forte et que l'on manque de miel, les prix ne sont pas près de baisser.
- 29 Depuis toujours, ils travaillent avec l'abeille noire, qui leur convient en termes de rusticité et de productivité, même si elle produit moins de miel que d'autres abeilles. Ils privilégient une abeille qui consomme peu et demande peu d'interventions, car ils préfèrent gérer un plus grand nombre de ruches que d'avoir à intervenir plus souvent sur chacune d'entre elles. En termes de lutte contre le varroa, ils ont toujours traité avec de la chimie de synthèse, globalement satisfaits de l'efficacité des produits même si, en trente-cinq ans d'apiculture, ils ont dû changer six fois de protocole de traitement. Aujourd'hui, ils traitent leurs colonies en plaçant dans les ruches des lanières Apivar imprégnées d'amitrazé¹¹. Même s'ils se disent satisfaits de l'efficacité de l'Apivar, ils aimeraient bien utiliser une autre molécule par peur de l'accoutumance des varroas. Les Durand adaptent la conduite de leur exploitation en fonction des subventions attribuées par les institutions européennes et françaises pour l'usage de telle molécule, au gré aussi de ce qui leur paraît acceptable pour la vie de l'exploitation et des abeilles. En effet, les pouvoirs publics incitent à l'utilisation de certains traitements – qui varient plus ou moins selon les années – par le biais des groupements de défense sanitaire apicole (GDSA), présents dans la plupart des départements français, qui les proposent aux apiculteur-rices à des prix attractifs.
- 30 Il ne saurait être question pour eux de procéder à l'encagement de reines¹². Trop de ruches, trop de travail pour chercher la reine. Inenvisageable également d'utiliser de l'acide oxalique,¹³ car il n'est efficace que lorsqu'il n'y a pas de couvain. Or, leurs ruches ont du couvain en permanence, même tard dans la saison, car les reines ne s'arrêtent quasiment pas de pondre. Et puis, cela leur paraît peu souhaitable d'arroser les abeilles d'acide (oxalique ou formique). S'il faut se protéger le corps des projections d'acide en portant des bottes, des lunettes et des gants, c'est bien que le produit est nocif pour l'apiculteur-riche, et qu'il est également corrosif pour les abeilles.

- 31 Selon les Durand, les principaux problèmes auxquels sont confrontées les colonies d'abeilles, sont le varroa, le climat, les produits phytosanitaires et le vol de ruches ! Mais une autre difficulté est soulevée par Philippe. En effet, la charge de travail a augmenté d'au moins 30 % depuis qu'il est apiculteur, en raison dit-il de l'obligation des traitements sanitaires (anti-varroas notamment), de la nécessité de renouveler le cheptel et de nourrir les colonies en l'absence de ressources mellifères suffisantes. Pour lui, le bon apiculteur est celui qui fait du miel et qui n'a pas beaucoup de mortalité. Avec l'expérience, il a progressivement appris à maîtriser une multitude de facteurs, tirant les leçons de l'année précédente et s'adaptant en permanence à l'évolution du climat, à la charge en varroa, aux intoxications, au prix du miel, etc.

Sophie, une apiculture du doute

- 32 Sophie est née en 1972 à Montélimar. Elle a grandi à proximité de cette ville dans une famille ouvrière catholique ; son père travaillait dans une centrale nucléaire et ses grands-parents étaient agriculteurs. En 1992, elle passe un brevet de technicienne agricole dans les espaces verts et la conception de jardins. Elle travaille dans ce domaine jusqu'en 1999, dans une entreprise du nord de la Drôme. Mais les relations avec son patron se dégradent, il abuse de son autorité, refuse de rémunérer Sophie au même niveau que le personnel masculin alors qu'elle travaille sans compter ses heures. Les conditions de travail et la pression devenant insupportables, elle démissionne en 1999.
- 33 En 1998, elle rencontre Pierre dans un cours d'aïkido dont il était l'animateur, et qui devient son compagnon. Ils vivent ensemble jusqu'en 2004 et Sophie apprend auprès de lui l'apiculture. Mais leur relation se détériore. Bien qu'elle participe activement aux activités de l'exploitation, Pierre ne reconnaît pas son implication et refuse de la déclarer comme conjointe collaboratrice et salariée de l'exploitation. Elle souhaite lancer une activité d'élevage de reines, mais ne bénéficiant d'aucun soutien de la part de son conjoint, elle abandonne ce projet. Elle finit par ne plus supporter le machisme de cet homme qui selon elle l'exploite sans vergogne. En 2003, elle part en Corse faire un stage d'apiculture, et en 2004 retourne vivre dans sa région d'origine, Montélimar, sans ressource.
- 34 Les nombreuses épreuves qu'elle a traversées en tant que femme dans ses précédentes activités professionnelles et au sein du milieu apicole, où elle s'est systématiquement sentie exploitée, alimentent un vif sentiment d'amertume vis-à-vis des relations humaines en général, et des hommes en particulier. En 2005-2006, elle est embauchée par Icko, magasin d'apiculture réputé, pour faire du conseil et de la vente et travailler à l'entretien des ruches de la société. Mais elle part au bout d'un an, supportant mal l'autorité du patron de la société. Elle enchaîne alors des petits boulots et, avec l'aide financière d'une amie, achète ses premières ruches. Elle parvient à investir et à monter son exploitation grâce, notamment, au service de pollinisation¹⁴ qu'elle propose aux agriculteur-ric-es de sa région. Par exemple, c'est grâce à la pollinisation des melons qu'elle a pu acheter un camion. En 2010, alors âgée de 38 ans, elle s'installe comme apicultrice professionnelle à Valaurie, près de Montélimar. Elle a alors deux cents ruches. Jusqu'en 2012, elle continue ce service de pollinisation, activité qui requiert alors une organisation méticuleuse, car elle choisit volontairement de petites exploitations agricoles. En effet, à ses yeux, cette activité de pollinisation doit

contribuer à l'amélioration des pratiques agricoles en encourageant l'échange avec les agriculteurs. Elle préside même pendant plusieurs années le Groupement régional des apiculteurs pollinisateurs professionnels (Grapp). Mais elle déchantement en constatant que les apicultrice-s ne sont pas reconnues par les agriculteur-ric-es comme des égaux ni même comme des partenaires indispensables.

- 35 Elle s'investit dans d'autres structures de la filière apicole, syndicales comme le Syndicat de miel de Provence et des Alpes du Sud (Sympas) et la Confédération paysanne, ou plus techniques comme l'Association pour le développement de l'apiculture en Auvergne Rhône-Alpes (ADA AURA), l'Adapi, ADA France et l'ITSAP. Autant d'engagements qui lui permettent d'avoir un regard critique sur la structuration de la filière apicole. Toujours très impliquée, forte de ses convictions, elle siège notamment au Comité apicole et participe ainsi aux réunions d'orientation des projets de recherche pour les apicultrice-s. Au sein de ce comité, elle se bat depuis des années pour obtenir des financements afin de mener des recherches sur le varroa. Elle a largement participé à la promotion du projet de recherche Viva dans le cadre duquel nous l'avons rencontrée. Au sein de la commission sanitaire de l'ADA AURA, elle s'intéressait déjà au varroa et travaillait sur les différentes techniques de traitement, notamment à travers une forme de recherche-prospection des initiatives et innovations qui avaient cours un peu partout. L'ADA AURA figure parmi les premiers promoteurs des méthodes biomécaniques en France, comme l'encagement de reines et le retrait de couvain.
- 36 Sophie estime qu'il y a un matraquage médiatique de la part de nombreux apicultrice-s sur la thématique des pesticides au détriment d'une véritable considération de la problématique du varroa. Elle trouve qu'il-elle-s sous-estiment l'impact de la présence de varroa dans les colonies. Pour elle, le principal enjeu scientifique est d'aider les apicultrice-s à améliorer la gestion du varroa dans la conduite de leur cheptel et de leur exploitation apicole. Elle considère que les expérimentations scientifiques de l'INRA et de l'Adapi décontextualisent la complexité du terrain. Par exemple, elle regrette que l'évaluation de l'efficacité des traitements actuels, par les mesures Adapi à partir d'un prélèvement de cent abeilles qu'elle estime insuffisant, ne garantisse pas un niveau de certitude maximal.
- 37 Sophie possède aujourd'hui environ trois cents ruches d'abeilles Buckfast et caucasiennes. Elle a subi d'importantes pertes ces dernières années, notamment en 2017 lorsque 60 % des reines de son élevage sont mortes. En 2018, elle constatait une dynamique de couvain très faible dans ses colonies. À cela s'ajoute le cumul d'années de disette avec un environnement dont les ressources pollinifères et nectarifères se tarissent à l'automne. Écœurée par ces constats et cette accumulation de mauvaises nouvelles, Sophie est démoralisée. Elle n'arrive pas à se relever des pertes qu'accusent ses jeunes colonies. Ce scénario morose prend l'allure d'une série dont les épisodes s'enchaînent chaque année et entament sa capacité de décision. L'idée d'arrêter l'apiculture la tarade. Face à ce constat amer et désabusé, elle s'interroge sur ses pratiques : est-ce sa manière de scruter les ruches, de trop près, ou ses traitements anti-varroas en biomécanique, ou encore ses circuits de transhumance qui expliquent cette situation morose ?
- 38 Elle dit pratiquer une « apiculture à la loupe », passant en revue chaque ruche dans le détail. Soucieuse de l'état de ses ruches et de leurs abeilles, elle passe beaucoup de temps à les observer. Très précautionneuse et délicate, elle prend soin de n'écraser

aucune abeille. Confier ses ruches à l'Adapi et aux technicien-ne-s relève pour elle d'une épreuve de confiance et elle tient à être toujours présente lorsqu'il y a des interventions : « *Une ruche pour un apiculteur, c'est ses tripes !* ».

- 39 Géographiquement située à la frontière entre le sud de la Drôme et le nord de la Provence, elle pratique une apiculture à cheval entre ces deux régions, allant chercher l'acacia, le châtaignier et le colza au nord de la Drôme et la lavande en Provence. Elle se sent constamment tiraillée entre différentes stratégies de miellées, et donc de débouchés commerciaux, et change très souvent d'emplacements. Sachant que la lavande est une miellée très rentable, elle se demande si elle ne devrait pas revoir toute la stratégie de son exploitation pour se focaliser sur celle-ci.
- 40 Enfin, elle questionne ses traitements anti-varroas qui, selon les années, combinent des méthodes biomécaniques (encagement de reines, griffage et retrait de couvain), chimiques de synthèse (lanières imprégnées d'Apivar les mauvaises années) et chimiques organiques (acides formique et oxalique). Elle adopte en la matière une posture plutôt pragmatique, acceptant d'utiliser de la chimie de synthèse dans ses ruches, mais elle le déplore compte tenu de son attachement à des pratiques apicoles vertueuses, c'est-à-dire sans chimie. Mais l'efficacité prime ! Le griffage de couvain lui semble également contestable puisqu'il consiste à détruire les futures abeilles.
- 41 À rebours d'une *apiculture hors sol* qui se caractérise pour Sophie par des nourrissements intensifs de stimulation, elle nourrit ses colonies exclusivement au pain de sucre, estimant que les abeilles doivent arriver à vivre toutes seules et que l'apiculteur n'est là que pour contrôler l'état de ses colonies. Elle *marche à l'affect*, gardant des colonies faibles que d'autres apicultrice-s n'hésiteraient pas à mettre « *hors circuit* », les considérant comme des « *non-valeurs* ». Elle se justifie ainsi : « *Je ne suis pas pro, je garde des non-valeurs, je ne veux pas les jeter. Mais il faut que je produise pour en vivre ! Je me dis que je ne suis pas pro, mais ce n'est pas vrai. Simplement, je travaille à l'affect. J'essaie de me mettre à la place de l'abeille. C'est du vivant !* » Elle résume bien là son rapport aux abeilles, empreint d'affects, ceux-ci l'empêchant de se positionner exclusivement comme une productrice de miels.

Étienne et Juliette, une apiculture sans chimie de synthèse

- 42 Étienne est né en 1985 dans le Queyras. Après un diplôme universitaire de technologie (DUT) en thermique et énergie à Marseille en 2008, il revient s'installer dans le Queyras où il enchaîne des petits boulots et rencontre le père d'un de ses amis, Yves, grande figure de l'apiculture biologique en Provence. Yves lui propose de faire une saison apicole chez lui en production de gelée royale. Cette expérience résonne chez Étienne comme une révélation : « *Il y avait vraiment un truc qui m'a bouleversé à l'intérieur ! Je me suis retrouvé à faire quelque chose qui me faisait vraiment vibrer. J'étais trop content de me lever le matin, ça me fascinait complètement. Je n'ai jamais bossé avec mon DUT et à partir du moment où j'ai découvert les ruches, je n'ai plus fait que ça !* » Il travaille plusieurs saisons chez Yves et, sur ses conseils, part faire un tour de France des apicultrice-s pour mieux comprendre la diversité du métier. Il décide aussi de partir six mois en Amérique latine en 2009 pour y découvrir l'apiculture de cette région du monde. Il réalise en 2010 un documentaire sur l'apiculture en Uruguay. À son retour, alors âgé de 26 ans, il passe son BPREA à Hyères en 2011 et fait un stage chez Jean-Louis, grande figure lui aussi de

l'apiculture régionale, réputé notamment pour ses compétences techniques en termes d'élevage et de sélection.

- 43 Juliette a un tout autre parcours. Née en 1982, elle travaille quelque temps dans le milieu culturel, associatif et social, puis comme bénévole au sein de l'association Bzzz à Marseille. Cette association promeut une apiculture durable et la préservation de la biodiversité en organisant différentes animations et actions de sensibilisation. C'est au cours de l'une d'elles que Juliette et Étienne se rencontrent en 2016. Elle découvre avec Étienne une toute autre apiculture, professionnelle, avec des contraintes économiques de production de miel :

J'ai trouvé ça génial les transhumances ! Je me disais c'est fou, on commence à transhumer à la montagne, on arrive dans des endroits, des espèces de paradis sur Terre où tu amènes tes ruches à deux heures du matin, tu décharges, il n'y a pas un bruit, pas une maison ! Il y a des côtés un peu fous de liberté énorme qui m'ont sauté aux yeux. C'est une chance incroyable, tu es complètement indépendant et toujours en contact avec la nature.

- 44 En 2016, Juliette démissionne et s'installe chez Étienne à Gréoux-les-Bains pour travailler avec lui dans son exploitation apicole.
- 45 C'est en 2013 qu'Étienne achète ses premières ruches à Jean-Louis, tout en demeurant salarié apicole dans deux exploitations jusqu'en 2018. Cette année-là, il devient apiculteur professionnel avec deux cent quatre-vingts ruches. Formé auprès d'Yves à une apiculture biologique, il commence dès l'achat de ses premières ruches à en suivre les méthodes, adoptant notamment une gestion de l'infestation à varroa intégrée dans la gestion de son cheptel. Cela signifie que la prise en compte du varroa est associée tout au long de l'année à la gestion générale du cheptel : élevage de reines, préparation à l'hivernage visant à réduire la pression varroa au maximum, techniques de traitement biomécanique et aux autres interventions apicoles (renouvellement de cheptel, création de nouvelles colonies). Il bénéficie également de la qualité des reines et des essaims qu'il achète chez Jean-Louis, apiculteur éleveur chevronné, ce qui lui a permis, dit-il, d'avoir des lignées performantes dès le départ et de produire du miel rapidement. Bien entouré et conseillé par deux apiculteurs expérimentés au cours de cette période déterminante que constitue la phase d'installation, Étienne a cependant eu besoin du revenu de solidarité active (RSA) pour subvenir à ses besoins pendant que sa production de miel lui permettait d'investir progressivement dans son exploitation : achats de ruches, de hausses¹⁵, d'un camion, d'une remorque, etc. Ce n'est qu'en 2018 qu'ils peuvent devenir locataires d'une miellerie¹⁶. Jusqu'alors, ils extrayaient leurs miels chez des collègues ou ami·e·s apiculteur·rice·s en échange de coups de mains, notamment pour les traitements sanitaires.
- 46 Très insérés dans les réseaux technico-scientifiques de l'Adapi, ils participent volontiers aux différents projets de recherche, que ce soit sur le varroa ou sur les questions de sélection, ce qui leur permet en retour de compléter leurs connaissances techniques apicoles. Leur approche du varroa sans chimie de synthèse les a conduits à accepter de participer à un réseau de testage proposé par l'INRAE portant sur l'amélioration de la génétique des abeilles et l'évaluation de leur résistance au varroa. En règle générale, ils suivent de près les travaux menés dans leur ADA et prêtent leurs colonies pour des expérimentations qui pourraient les aider à réduire les intrants.

S'agissant du varroa, ils adhèrent à l'idée qu'une meilleure résilience des abeilles à l'infestation permettrait d'administrer moins de produits de traitement dans les ruches ; c'est important dans une période où, au contraire, on en est venu à allonger de façon significative l'exposition des abeilles à l'Apivar pour prolonger l'efficacité du traitement. Au bout du compte, Étienne et Juliette se positionnent en producteurs de miel et, dans cette perspective, donnent la priorité à une sélection génétique qui améliore la production de miel. La résistance au varroa vient ensuite. Au fond, pour eux, le varroa n'est pas un problème majeur car ils gèrent correctement l'infestation et ne se sont pas laissés déborder. Ils utilisent des méthodes de lutte biotechnique, comme l'encagement de reines en fin de miellée de lavande et la destruction de couvain, associées à l'usage d'acide oxalique en fin de saison et en hiver. Le varroa est ainsi pour eux un problème chronophage mais gérable, comparé à l'angoisse omniprésente que génèrent la météo et les miellées.

- 47 Étienne aime la complexité technique de l'apiculture, notamment en matière d'élevage et de sélection. Il est tenté de se lancer dans de l'insémination artificielle des reines, bonne méthode dit-il, pour reproduire une abeille résistante au varroa en étant plus performant en termes de sélection sur son exploitation. Mais il émet des réserves éthiques et philosophiques à l'égard de telles pratiques au vu des conséquences négatives engendrées par ces excès de sélection génétique dans les autres filières, animales et végétales, avec des agriculteur-riche-s obligé-e-s d'acheter leurs semences à des sous-traitants et un appauvrissement considérable de la diversité génétique. Il se réjouit qu'en matière d'abeilles, la fécondation des reines se fasse à l'extérieur des ruches, de manière un peu sauvage et difficile à contrôler. *« C'est une chance pour l'apiculture qu'il y ait autant d'apiculteurs de loisirs qui font un maillage de colonies sur un territoire et que la fécondation des reines reste un peu sauvage ! ».*
- 48 En résumé, on peut dire que le rapport à la nature d'Étienne et de Juliette mêle des considérations écologistes fortes à des pratiques apicoles très techniques et intrusives, approche que l'on retrouve souvent chez les apiculteur-riche-s et agriculteur-riche-s biologiques. Ils refusent toute utilisation de produits chimiques dans leurs ruches, préférant agir sur l'élevage et la sélection pour conserver un cheptel en bonne santé et le renouveler, et utilisant des méthodes de lutte anti-varroas biotechniques.

Conclusion

- 49 Suivant le cadre d'analyse proposé par Giovanna Di Chiro (2008), qui articule les enjeux de santé environnementale aux logiques de reproduction sociale, l'enquête montre que la gestion de la crise de la surmortalité des abeilles s'enclasse, pour les apiculteur-riche-s, dans des questions qui la dépassent, où l'approche technique de l'exploitation apicole est totalement liée à l'identité, à l'individualité sociale de chaque apiculteur-riche. La discussion sur l'état de santé des abeilles domestiques, focalisée pour la période contemporaine sur la gestion du varroa, se tient ainsi à l'aune des représentations du monde des apiculteur-riche-s. Il faut considérer simultanément leur représentation d'eux-mêmes dans le monde et leur représentation des abeilles, à la croisée de l'outil de production de miel et de l'être vivant. On voit que le rapport des apiculteur-riche-s à la santé des abeilles est médiatisé par leur rapport à la nature, qui s'exprime dans le discours tenu sur les médicaments proposés pour lutter contre le varroa et sur les alternatives aux médicaments, principalement l'élevage de lignées

d'abeilles, rustiques ou productives, ou résistantes au parasite. Comme nous l'avons vu, les stratégies de lutte ont évolué depuis les années 1980 et sont clairement identifiées et connues des apiculteur-riche-s. Elles s'étalent sur un continuum allant du traitement naturel (sans chimie) aux médicaments disponibles en chimie conventionnelle (Dussy & Faugère, 2019 ; Faugère & Dussy, 2020).

- 50 Pour certain-es, il est inenvisageable de mettre de la chimie de synthèse dans leurs ruches pour lutter contre le varroa ; ces produits les « dégoûtent », les rendent malades et appartiennent à un monde qu'il-elle-s rejettent catégoriquement dans leur vie en général (il-elle-s mangent « bio », votent « écolo », etc.). Pour d'autres, prendre soin de leurs abeilles signifie les traiter avec des produits chimiques de synthèse qui, disent-il-elle-s, sont au fond moins nocifs d'usage et les maintiennent en meilleure santé que des produits « bio » moins efficaces. En résumé, chaque apiculteur-riche professionnel-le négocie la crise de la surmortalité des abeilles en fonction de considérations idéologiques et pragmatiques qui évoluent au fil de leur trajectoire de vie. Mais dans tous les cas de figure, il-elle-s sont guidé-es par la perspective de produire et de vendre suffisamment de miel et d'autres produits de la ruche pour continuer d'en vivre.

Cette recherche a été financée par France Agrimer – Union européenne-Région SUD – Région Nouvelle-Aquitaine – Région Centre – INRAE – Europe-fonds Interreg.

Nous remercions les apicultrices, apiculteurs, apidologues qui ont bien voulu participer à l'enquête ethnographique, et remercions également Etienne Amiet, Philippe Hert, Constance Beri et Aurélie Rondreux pour leur participation à la collecte des données et aux discussions qui l'ont accompagnée.

BIBLIOGRAPHIE

- ADA FRANCE, 2020. « L'apiculture professionnelle en chiffres », www.adafrance.org/dvpt-apicole/apiculture-chiffres.php (page consultée le 13/04/2021).
- ADAPI, 2020. « Marche funèbre des expérimentations sur varroa », Message Adapi n° 220, décembre.
- AGRESTE, 2012. « Recensement agricole 2010. L'apiculture dans le recensement agricole », *Agreste Primeur*, 282 [en ligne], www.agreste.agriculture.gouv.fr/agreste-web/download/publication/publie/Pri282/primeur282.pdf (page consultée le 17/05/2021).
- APIMONDIA, 1975. XXV^e Congrès, Grenoble, France.
- APIMONDIA, 1981. XXVIII^e Congrès, Acapulco, Mexique.
- ASTIER M., 2021. « Les apiculteurs privé d'un traitement bio et pas cher », *Reporterre* [en ligne], <https://reporterre.net/Les-apiculteurs-privés-d-un-traitement-bio-et-pas-cher> (page consultée le 22/01/2021).
- BONMATIN J.-M., SANCHEZ-BAYO F. et JANEIRO J. I. (eds), 2017. *Systemic Pesticides. A Worldwide Assessment*. Manille, De La Salle University Publishing House.

- CARATINI S., 2015. *Les Sept cercles*. Vincennes, Éditions Thierry Marchaisse.
- CHARVOLIN F. et OLLIVIER G., 2017. *La Biodiversité entre science et politique. La formation d'une institution internationale*. Paris, Éditions Petra.
- CILIA L., 2020. « We Don't know much about Bees! Techno-Optimism, Techno-Scepticism, and Denial in the American large-scale Beekeeping Industry », *Sociologia Ruralis*, 60, 1 : 83-103.
- COLIN M.-E., MARCHAND P. et BONMATIN J.-M., 2007. « L'apiculture écologique », *L'Écologiste*, 21 : 41-43.
- COLLECTIF B., 2020. *Parler de soi. Méthodes biographiques en sciences sociales*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- DAHLE B., 2010. « The role of Varroa destructor for honey bee colony losses in Norway », *Journal of Apicultural Research*, 49, 1 : 124-125.
- DI CHIRO G., 2008. « Living environmentalisms: coalition politics, social reproduction, and environmental justice », *Environmental Politics*, 17, 2 : 276-298.
- DONZÉ G., 1995. « Adaptations comportementales de l'acarien ectoparasite *Varroa jacobsoni* durant sa phase de reproduction dans les alvéoles operculées de l'abeille mellifère *Apis mellifera* », thèse de doctorat ès sciences, Université de Neuchâtel.
- DUPONT G., 2007. « Les abeilles malades de l'homme », *Le Monde*, 30 août 2007.
- DUSSY D. et FAUGÈRE E. (dir.), 2019. *Apicultures au XXI^e siècle. Écologie versus business ?*. Marseille, Éditions La Discussion.
- EOUZAN I., GARNERY L., SIME-NGANDO T. et BIRON D. G., 2017. « Les pesticides, la cause du déclin de l'abeille domestique ? », In BERNANRD C., MOUGIN C. et PERY A. (dir.), *Ecotoxicologie, des communautés au fonctionnement des écosystèmes*, vol. 2. Paris, Iste éditions : 185-198.
- EVARISTO B., 2020. *Fille, femme, autre*. Paris, Globe.
- FAUGERE E. et DUSSY D., 2020. « Obstacles to Greener Beekeeping in France: Anthropological Approach », *Science Technology & Human Values* [en ligne], <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0162243920964948> (page consultée le 17 mai 2021).
- FRAZIER M., VANENGELSDORP D. et CARON D., 2007. « FAQ's - Colony Collapse Disorder », Mid-Atlantic Apiculture Research and Extension Consortium, mars.
- GROBOV O. F., 1976. « La varroase de l'abeille mellifère », *Apiacta*, 11 : 145-148.
- GUZMÁN-NOVOA E., ECCLES L., CALVETE Y., MCGOWAN J., KELLY P. G. et CORREA-BENITEZ A., 2010. « Varroa destructor is the main culprit for the death and reduced populations of overwintered honey bee (*Apis mellifera*) colonies in Ontario, Canada », *Apidologie*, 41 : 443-450.
- HOPPE P., SAFER A., AMARAL-ROGERS V., BONMATIN J.-M., GOULSON D., MENZEL R. et BAER B., 2015. « Effects of a neonicotinoid pesticide on honey bee colonies: a response to the field study by Pilling et al. (2013) », *Environmental Science Europe*, 27, 1 : 28.
- LE CONTE Y., 1990. « Contribution à l'étude des relations abeille-varroa. Approches comportementale, chimique et génétique », thèse de doctorat en sciences biologiques et fondamentales appliquées, sous la direction de Claudine Masson, Université Paris 11.
- LE CONTE Y., ELLIS M. et RITTER W., 2010. « Varroa mites and honey bee health: can Varroa explain part of the colony losses? », *Apidologie*, 41, 3 : 353-363.
- LEWIS O., 1961. *Les Enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*. Paris, Gallimard.

NAZZI F. et LE CONTE Y., 2016. « Ecology of *Varroa destructor*, the Major Ectoparasite of the Western Honey Bee, *Apis mellifera* », *Annual Review of Entomology*, 6, 1 : 417-432.

PASSERON J.-C. et REVEL J., 2005. *Penser par cas*. Paris, Éditions de l'EHESS.

PAXTON R., BROWN M., KUHLMANN M., GOULSON D., DECOURTYE A., WILLMER P. et BONMATIN J.-M., 2015. « Entomology: The bee-all and end-all », *Nature*, 521, 7552 : S57-S59.

VALLON J., 2019. « Procédures de dépôt d'un dossier de mise sur le marché pour un médicament vétérinaire et les coûts associés », <http://blog-itsap.fr/procedures-de-depot-dun-dossier-de-mise-marche-medicament-veterinaire-couts-associes/> (page consultée le 15/10/2020).

VAN DER ZEE R., PISA L., ANDONOV S., BRODSCHNEIDER R., CHARRIERE J.-D., CHLEBO R., COFFEY M. F., CRAILSHEIM K., DAHLE B., GAJDA A., GRAY A., DRAZIC M., HIGES M., KAUKO L., KENCE A., KENCE M., KEZIC N., KIPRIJANOVSKA H., KRALJ J., KRISTIANSEN P., MARTIN HERNANDEZ R., MUTINELLI F., KIM NGUYEN B., OTTEN C., ÖZKIRIM A., PERNAL S. F., PETERSON M., RAMSAY G., SANTRAC V., SOROKER V., TOPOLSKA G., UZUNOV A., VEJSNÆS F., WEI S. et WILKINS S., 2012. « Managed honey bee colony losses in Canada, China, Europe, Israel and Turkey, for the winters of 2008-9 and 2009-10 », *Journal of Apicultural Research*, 51, 1 : 100-114.

WENDLING S., 2012. « *Varroa destructor* (Anderson et Trueman 2000). Un acarien ectoparasite de l'abeille domestique *Apis mellifera* Linnaeus 1758. Revue bibliographique et contribution à l'étude de sa reproduction », thèse pour le doctorat vétérinaire, Université de Créteil.

NOTES

1. L'apiculture étudie scientifiquement le comportement et l'élevage des abeilles. Ce processus de scientification et le virage technoscientifique pris par l'apiculture en France à partir des années 1990/2000 sont similaires à ceux décrit par Laurent Cilia (2020) au sujet de l'apiculture commerciale aux États-Unis. Dans deux articles précédents (Dussy & Faugère, 2019 ; Faugère & Dussy, 2020), nous avons décrit et analysé le rapport des apiculteur-riche-s aux savoirs scientifiques et techniques. Ces deux textes résonnent fortement avec l'article de Laurent Cilia (2020).
2. L'Institut technique d'apiculture (ITAPI) est le premier institut technique apicole créé en France dans les années 1970. Il sera dissout au début des années 1990. L'Institut technique et scientifique de l'apiculture et de la pollinisation (ITSAP) a été créé en 2009.
3. Fédération nationale des organisations sanitaires apicoles départementales, créée en 1966.
4. Association nationale des éleveurs de reines et des centres d'élevage apicoles, créée en 1979.
5. Le couvain est l'ensemble des œufs, larves et nymphes – les trois phases successives de développement des abeilles – contenu dans une ruche. Le « retrait de couvain » est une technique apicole qui consiste à enlever de la ruche un ou plusieurs cadres contenant ce fameux couvain pour le mettre dans une autre ruche.
6. Marie Astier, journaliste, relaie l'information dans le quotidien Reporterre et sur France Inter début janvier 2021.
7. Membre du conseil d'administration de l'Union nationale de l'apiculture française (UNAF), l'un des principaux syndicats apicoles.
8. Le Danemark regroupe certains grands noms de l'apiculture contemporaine, et notamment un des éleveurs de reines le plus connu dans le monde de l'apiculture occidentale.
9. Projet de recherche « ViVa. Vivre avec varroa », financé par FranceAgrimer (2017-2019), projet franco-italien « Innov'Api » (financé par les projets européens Interreg, 2017-2020) et projet « Genobees » financé par le métaprogramme SELGEN de l'INRA (2016-2018). Outre les deux auteures de l'article, les personnes suivantes ont participé au volet sciences sociales du projet

Viva et aux enquêtes : pour la région Provence, Etienne Amiet, diplômé d'un master 2 en sociologie, Constance Béri, ingénieure à l'ITSA-Institut de l'Abeille et Philippe Hert, enseignant-chercheur Aix-Marseille Université, Centre Norbert Elias ; pour la région Centre, Aurélie Rondreux, doctorante au Centre Norbert Elias et dont la thèse porte sur les conservatoires d'abeilles noires en France.

10. Médicament contre le varroa dont la molécule active est le fluvalinate.

11. L'Apivar est un médicament dont la molécule est l'amitraze. Ce médicament est le plus vendu en Europe dans la lutte contre le varroa.

12. Technique de lutte contre le varroa sans chimie, qui consiste à encager la reine pour l'empêcher de pondre, le varroa se reproduisant dans les cellules de couvain.

13. L'acide oxalique est un acide organique végétal utilisé en apiculture pour lutter contre le varroa. Son utilisation, comme l'acide formique, autre méthode biologique de lutte contre le varroa, est dangereuse pour l'homme et pour l'abeille, et nécessite d'importantes précautions d'usage.

14. Certains apiculteur-trice-s louent leurs ruches à des agriculteur-trice-s pour que leurs abeilles pollinisent leurs cultures.

15. Une hausse est une caisse en bois que l'on ajoute au-dessus des ruches pour permettre aux abeilles de stocker davantage de miel que ce qui suffit à la vie de la ruche. En fonction de l'importance de la miellée, l'apiculteur-trice superpose les hausses et les récupère en fin de miellée pour en recueillir le miel.

16. La miellerie est le lieu où les apiculteur-trice-s extraient le miel des hausses, le filtrent et le conditionnent, en fûts s'il-elle-s souhaitent le vendre en gros, ou en pots s'il-elle-s souhaitent le vendre au détail.

RÉSUMÉS

Cet article interroge la façon dont les apiculteur-trice-s font face à la crise de la biodiversité qui, décimant les insectes depuis quelques décennies, touche de plein fouet les abeilles domestiques. Nous nous demandons comment est assurée la survie des abeilles domestiques dans un monde où les ressources en fleurs et en eau se raréfient. À partir d'une présentation de trois portraits issus d'une enquête ethnographique menée dans le milieu de l'apiculture française professionnelle, nous montrons qu'elle est désormais conditionnée par les interventions régulières sur les ruches d'apiculteur-trice-s qui sont parvenues à devenir de fines technicien-ne-s en apidologie, notamment en matière de lutte contre le varroa, un acarien parasite de l'abeille européenne qui contribue à décimer les colonies depuis les années 1980. Si les apiculteur-trice-s ne peuvent résoudre à eux-elle-s seule-s la crise de la biodiversité, il-elle-s ont su à leur niveau tirer leur épingle du jeu en parvenant à lutter contre le varroa par voie chimique, génétique ou biotechnique.

This article examines how beekeepers are coping with the biodiversity crisis that has been decimating insects in recent decades and is now hitting honeybees hard. We wonder how the survival of honeybees is ensured in a world where flower and water resources are becoming scarce. Based on a presentation of three portraits from an ethnographic survey conducted in the French professional beekeeping sector, we show that the survival of bees is now conditioned by regular interventions in the hives of beekeepers who have managed to become fine technicians

in apiology, particularly in the fight against varroa, a parasitic mite of the European bee that has been decimating colonies since the 1980s. It is shown that beekeepers cannot solve the biodiversity crisis, but that they have managed to fight against varroa by chemical, genetic or biotechnical means.

INDEX

Mots-clés : apiculture, surmortalité, crise, varroa, médicament, abeilles, France

Keywords : beekeeping, excess mortality, crisis, varroa, drug, bees

AUTEURS

ELSA FAUGÈRE

UMR Innovation, INRAE, Campus La Gaillarde – 2 place Viala – Bat 27 - 34060 Montpellier Cedex 02, France, elsa.faugere@inrae.fr

DOROTHÉE DUSSY

Centre Norbert Elias, EHESS, 2, rue de la charité, 13002 Marseille, France, ddussy@ehess.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison

Misunderstandings linked to harm reduction in prison

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6272>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.6272](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6272)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide, « Les malentendus liés à la réduction des risques en prison », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 25 mai 2020, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/6272> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6272>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Les malentendus liés à la réduction des risques en prison

Misunderstandings linked to harm reduction in prison

Marie Dos Santos, Laurent Michel et Marie Jauffret-Roustide

Introduction

- 1 De par son caractère polysémique, politiquement sensible, la réduction des risques (RdR) suscite un certain nombre de « malentendus » (Dos Santos, 2015) dont l'analyse est particulièrement heuristique pour envisager les conditions de la recherche en milieu carcéral. La première dimension de ces malentendus réside dans la réalisation même de cette recherche. Cet article s'appuie en effet sur les données collectées au sein du volet socio-anthropologique du Programme de Recherche et Intervention pour la Prévention du Risque Infectieux en DEtention (PRI2DE) qui devait « évaluer l'acceptabilité sociale de la mise à niveau d'un ensemble d'interventions de réduction des risques infectieux en milieu pénitentiaire en France et les conditions d'extension de ce dispositif aux autres établissements pénitentiaires français »¹. Or, le volet interventionnel du programme, incluant la mise en place d'un programme d'échange de seringues (PES), a été bloqué par l'administration pénitentiaire, obligeant l'équipe de recherche à réarticuler les objectifs et le terrain d'enquête.
- 2 Cette réarticulation du projet a permis de donner prise, mais aussi servi de révélateur aux différents malentendus qui ont émaillé le terrain de recherche. Le malentendu est d'abord lié à une méprise de la part de certain.e.s actrice.teur.s de terrain concernant le projet qui le croyaient centré sur le PES. Il résulte de la confusion entre le volet ethnographique du programme et le volet interventionnel. Le PES représente en effet la mesure la plus contestée et la plus emblématique de la RdR en prison, synonyme de reconnaissance tacite de l'usage de drogue en prison (ou du mésusage de médicaments prescrits ou introduits illégalement en prison) et de pratiques d'injection dans un univers sécuritaire. C'est la mesure soulevant le plus d'hostilité et de débats chez les personnes non sensibilisées à la RdR et/ou hostiles à une attitude pragmatique de prise

en considération de la réalité de ces pratiques. Le modèle interventionnel choisi dans le programme PRI2DE a donc souvent été résumé à la mise en place du PES, de nombreuses autres mesures étant, au moins partiellement, adoptées ou moins polémiques. Enfin, l'enquête a permis de cerner et de clarifier le malentendu relatif à la définition de la RdR. Construite et élaborée historiquement autour de l'épidémie de SIDA, la notion de RdR dans le programme PRI2DE est centrée sur les risques infectieux (en référence aux recommandations des Nations Unies et de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2012 : « Policy Brief, HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings : a comprehensive package of interventions ») et non sur les seuls risques liés aux drogues avec lesquels nombre de professionnels sont plus familiers. Ces malentendus, apparus à différentes étapes de la recherche (définition du protocole, présentation des premiers résultats de la recherche lors de comités de pilotage, entretiens) et entre différents acteurs (au sein de l'équipe de recherche, entre acteurs de terrain, entre acteurs institutionnels du sanitaire au pénitentiaire), nous ont amenés à réfléchir aux conditions de possibilité de cet essai d'intervention et à redéfinir le cadre d'investigation en élargissant le champ de l'enquête à la question du soin en prison, pour mieux comprendre comment les risques, infectieux, y étaient appréhendés par les soignant.e.s, les personnels surveillants et les personnes détenues.

- 3 La loi de modernisation du système de santé français de janvier 2016 a réaffirmé la place de la RdR en prison². Cependant, de nombreux travaux socio-anthropologiques et épidémiologiques attestent sa difficile mise en œuvre.
- 4 La loi de 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale affirme que les soins prodigués en détention ne sont plus sous la tutelle de l'administration pénitentiaire, mais sont transférés au ministère de la Santé, et plus spécifiquement au secteur hospitalier. Cette loi établit donc une séparation des fonctions de soins et de surveillance au sein de la prison. Elle réaffirme un principe d'équivalence selon lequel les personnes détenues bénéficieraient de droits identiques à ceux des autres citoyens, dont le droit à la santé. Si ce principe d'équivalence vise à rétablir un équilibre entre dedans et dehors, il participe surtout de la rhétorique relative à la fonction réhabilitatrice de la détention. Les missions de réinsertion font régulièrement l'objet de nouvelles mesures et réformes pénitentiaires, bien que leur efficacité soit mise en doute par certains acteurs pénitentiaires (Benguigui *et al.*, 1994, Lancelevée & Scheer 2019). La transformation de la réinsertion en moyen de prévention de la récidive tend alors à se manifester par une injonction paradoxale : responsabiliser les personnes détenues et assurer l'obéissance à l'ordre carcéral (Combessie 2009).
- 5 La loi de 1994 participe de ce qu'Éric Farges (2006) nomme la « sanitarisation du système pénitentiaire », soit le développement d'une logique de santé publique dans les prisons françaises qui se caractérise par de nouvelles missions de prévention et d'éducation à la santé en milieu carcéral. À travers ce concept, il souligne la tension entre les missions thérapeutiques du personnel soignant et les conditions pathogènes d'incarcération liées à l'insalubrité et à la surpopulation.
- 6 Gilles Chantraine (2003) analyse comment les détenus les plus désaffiliés reçoivent des soins auxquels ils n'avaient pas accès à l'extérieur (soins dentaires, soins infirmiers ou encore suivis psychologiques) et il montre, à travers le concept goffmanien d'« institution totale », comment « la prison devient, petit à petit, une ressource matérielle, symbolique, affective ». Bruno Milly (2001) observe quant à lui un double processus de détotalitarisation de l'institution pénitentiaire du fait de l'ouverture de

l'accès aux soins en prison, et de détotalisation avec l'ouverture de la prison à des partenaires extérieurs au monde pénitentiaire (soignant.e.s, personnels associatifs, mais aussi chercheur.e.s). Les travaux sociologiques produits sur la prison interrogent les interactions entre les trois mondes : pénitentiaire, du soin et des personnes détenues, comme possibles espaces de négociations et de résistances (Chassagne, 2019 ; Mahi, 2015a., 2019 ; Bessin et Lechien, 2002).

- 7 Ces analyses invitent à interroger la place de la RdR en prison, comme un pont entre le dedans et le dehors. Cet angle d'approche poursuit les conclusions du rapport de recherche de Myriam Joël (2016) qui soulève notamment les multiples difficultés d'accès au terrain, auxquelles j'ai également été confrontée. S'appuyant sur les travaux de Jean Fournié (1993), elle analyse la « zone grise » qui entoure les missions de RdR et la difficile répartition des tâches au sein des services, qui pâtissent d'un manque de coordination (Joël, 2016). Son étude, centrée sur les pratiques professionnelles, s'inscrit dans la lignée des recherches qui interrogent la présence d'usagers de drogues en prison, et qui montrent combien l'épreuve de la prison constitue une étape de la carrière d'usagers de drogues en situation de grande précarité ou de jeunes hommes racisés vivant dans des quartiers populaires, l'expérience carcérale s'inscrivant dans un effet de répétition et de fréquents allers-retours dedans-dehors (Bouhnik, 2007 ; Boumaza & Brillet, 2008 ; Chantraine, 2004 ; Dos Santos, 2016 ; Fassin, 2015 ; Fernandez, 2010 ; Hagège, 2016 ; Protais, 2015 ; Tissot, 2016).
- 8 Les travaux de Caroline Protais et Marie Jauffret-Roustide (2019) sur la circulation et les échanges de drogues en prison confirment la présence de drogues en détention. Ils analysent l'introduction de produits stupéfiants en détention comme une stratégie d'adaptation secondaire permettant aux individus de contester le rôle qui leur est attribué par l'institution carcérale et comme un révélateur de l'échec de celle-ci à exercer un contrôle sur les comportements des personnes détenues (Protais et Jauffret-Roustide 2019).
- 9 D'autres travaux ont étudié les différentes représentations liées à la sexualité en prison : les sexualités dans les prisons pour femmes (Joël, 2017) ; l'homophobie et l'homosexualité dans les prisons pour hommes (Gaillard, 2009 ; Ricordeau, 2004) ; le rapport des jeunes détenus à la sexualité (Amsellem-Mainguy *et al.*, 2017) ; ou encore la sexualité dans les unités de visite familiale (Lancelevée, 2011). Ces travaux proposent des analyses fines des différentes représentations et éventuels malentendus liés aux diverses formes de sexualités en prison qu'il est nécessaire d'appréhender afin d'investiguer la manière dont les outils de RdR peuvent être perçus par les personnes détenues.
- 10 La mise en place de ces outils de RdR a été l'objet de nombreux rapports et études. En décembre 1996, une circulaire relative à la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en milieu pénitentiaire a autorisé la distribution gratuite et systématique d'eau de Javel aux détenu.e.s et élargi le cadre légal des traitements de substitution en prison³.
- 11 Selon l'étude de Michel Rotily *et al.* (1995) sur la prévalence VIH et les conduites à risques au sein de la prison des Baumettes, les usages de drogues par injection sont le principal facteur de risque d'infection par le VIH dans la population carcérale et les rapports sexuels sont un facteur de risque supplémentaire chez les détenu.e.s usager.e.s de drogues incarcéré.e.s sur de courtes durées, en particulier chez les femmes. L'absence de matériel d'injection stérile est ensuite dénoncée en 2009 par le

Conseil national du sida (CNS) qui publie une « note valant avis sur l'expérimentation des programmes d'échange de seringues dans les établissements pénitentiaires ». En 2010, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publie les conclusions de l'expertise collective sur la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues et formule un certain nombre de recommandations spécifiques à la prison. Le groupe ANRS-PRI2DE, constitué en 2009, liste les carences constatées en France la même année en matière de réduction des risques infectieux, comparativement aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans un inventaire des mesures de RdR dans l'ensemble des prisons françaises (Michel *et al.*, 2011). La disponibilité et l'accessibilité d'informations transmises aux détenus sur le VIH, les hépatites virales, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la RdR ; la possibilité de dépistages et l'accès à des préservatifs et lubrifiants, à des traitements de substitution aux opiacés, à de l'eau de Javel, à la vaccination VHB, au traitement post-exposition (TPE), à un protocole et un dispositif de coiffage et enfin à un programme d'échange de seringues (PES) sont systématiquement évalués. L'étude ANRS-Pri2de (2011) conclut que ces mesures étaient très inégalement déployées et de manière insuffisante.

- 12 Réalisée au même moment, l'enquête Prevacar faisait état d'une forte prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) en prison, six fois plus élevée qu'en milieu libre (Semaille *et al.*, 2009). Dans les éditions 2004 et 2011-2013 de l'enquête ANRS-Coquelicot a ensuite mis en évidence l'existence de pratiques d'injection en détention, 14% des personnes ayant une histoire d'injection et des antécédents d'incarcération ayant déclaré des pratiques d'injection en détention, et un tiers de ces personnes ayant partagé leur matériel à cette occasion (Michel *et al.*, 2018).
- 13 Suite à ces enquêtes nationales, différentes enquêtes locales sont venues confirmer la diffusion de pratiques d'usage de drogues en détention, le cannabis restant le produit le plus largement consommé (Sannier *et al.*, 2012, Sahadjian *et al.*, 2017, Protais & Jauffret-Roustide, 2019). Certaines de ces enquêtes exploraient également l'acceptabilité de mesures de RdR. Dans l'enquête d'Olivier Sannier réalisée à Liancourt, « plus de 10 % des répondant.e.s déclaraient être intéressé.e.s par la mise en place de programmes d'échange de seringues ou kits sniff » (Sannier *et al.*, 2012).
- 14 L'enquête ethnographique de la recherche Pride s'est déployée avec et autour des incertitudes liées au projet lui-même, du fait de l'annulation du volet interventionnel concernant la mise en place d'un PES par l'administration pénitentiaire. Sur la base de ces constats, nous avons tâché d'identifier les malentendus sur lesquels peuvent reposer les blocages.
- 15 Dans le cadre de cet article, le terme « malentendu » est entendu comme la part du langage faite de non-dits, de mises sous silence et d'incompréhensions. Les malentendus, au cœur de toute interaction, émanent du caractère toujours partiel et équivoque du langage et de la rencontre avec l'altérité (La Cecla, 2002). « Cette dissymétrie d'une fausse vérité qui a raison et tort, tort d'avoir raison et raison d'avoir tort et qui reflète si bien notre condition moyenne, est le principe du malentendu » (Jankélévitch, 1957 : 185).
- 16 Les malentendus dans le domaine de la santé sont souvent le fruit d'un décalage entre les perceptions des patient.e.s et celles des soignant.e.s, notamment lorsque les soignant.e.s sur-interprètent la parole des patient.e.s ou qu'ils ou elles omettent de révéler l'ensemble des informations (Fainzang, 2006). Une autre forme de malentendus,

les *therapeutic misconceptions*, caractérise la mécompréhension des patient.e.s lors de l'engagement dans des essais thérapeutiques qu'ils ou elles considèrent comme la possibilité de bénéficier d'un traitement alors que pour les professionnel.le.s médicaux, l'objectif de ces essais est d'abord d'acquérir des connaissances pour la recherche scientifique (Henderson *et al.*, 2007). Cependant, la participation à des essais cliniques peut représenter une rare opportunité de bénéficier d'un traitement dans un contexte où les inégalités structurelles réduisent considérablement l'accès aux soins (Timmermans & McKay, 2009). Laureline Coulomb (2014, 2018) identifie trois formes de malentendus dans les relations soignant.e.s et soigné.e.s sans domicile autour du rapport au corps, à la santé et au temps, qui peuvent conduire à l'évitement de la relation mais aussi permettre des négociations et des compromis. Dans ces différents exemples, et comme le souligne Hintermeyer *et al.* (2015), les malentendus sont à la fois un défaut de compréhension et ce qui rend la rencontre possible.

- 17 Comme l'indique Luc Van Campenhoudt (2014), soulignant l'intérêt méthodologique de la prise en compte du malentendu, « [q]uelle que soit la situation étudiée, le type d'activité et le dispositif concernés, les catégories de professionnels et les groupes de population impliqués, il semblait que les uns et les autres vivaient et travaillaient le plus souvent sur des planètes différentes et qu'il y avait entre eux de nombreux et parfois profonds malentendus ». L'auteur souligne le rôle que peuvent jouer les malentendus dans la « gestion en "réseau" des problèmes sociaux », notamment en ce qu'ils permettent de laisser une marge de manœuvre et une certaine autonomie aux personnes impliquées.
- 18 L'organisation de la RdR en prison relève ainsi d'un travail de coordination et de concertation entre différent.e.s acteur.trice.s de la prison. Cet article explore la zone grise des malentendus, plus spécifiquement autour de la mise à disposition des principaux outils investigués : les outils de RdR liés aux usages de drogues (matériel d'injection stérile, « roule-ta-paille⁴ ») ; les informations sur les risques infectieux, les dépistages et les préservatifs.

Chronologie d'une enquête de terrain

Émergence de malentendus et débuts d'enquête

- 19 L'établissement pénitentiaire des Baumettes à Marseille a été choisi comme site pilote pour initier l'essai d'intervention du fait de la forte participation des équipes sanitaires lors de l'inventaire des mesures de RdR et de l'adhésion de l'ensemble des acteurs à la phase exploratoire, traduisant à tous les niveaux leur motivation à intégrer le programme. La direction de l'établissement ainsi que la direction interrégionale des services pénitentiaires ont donné leur accord de principe et ont facilité la mise en œuvre de la recherche. Une phase exploratoire de la recherche menée en 2015-2016, avait mis en évidence des discours majoritairement bienveillants et compréhensifs vis-à-vis des mesures de RdR liées à l'usage de drogues parmi les surveillants interrogés (Jaffret-Roustide *et al.*, 2015). La direction des Baumettes avait facilité la diffusion des résultats de cette enquête au sein des équipes pénitentiaires, par le biais de présentations orales au sein de l'établissement. Cette première phase de la recherche a ainsi constitué une étape préalable des conditions de mise en œuvre d'une deuxième enquête ethnographique associée à la mise en œuvre d'un essai d'intervention de mise

à niveau des mesures de RdR dans l'établissement. La deuxième raison ayant orienté le choix de ce site pilote était qu'il s'agissait d'un établissement de taille suffisante pour qu'une anonymisation soit garantie pour les personnes détenues.

- 20 Durant l'été 2017, un déménagement a eu lieu aux Baumettes, entraînant un bouleversement des services, notamment au sein de l'unité sanitaire. Durant cette période, j'ai mené des entretiens avec des acteur.trice.s institutionnel.le.s impliqué.e.s (N=4) et des acteur.trice.s associati.ve.f.s intervenants en prison ou auprès de sortant.e.s de prison (N=3). De septembre à décembre 2017, j'ai pu commencer l'enquête de terrain et assister à une centaine d'heures de consultations. Avec l'accord de l'administration pénitentiaire, j'ai commencé à mener les entretiens auprès des soignant.e.s et amené mon dictaphone⁵ pour enregistrer l'intégralité des entretiens. J'ai conduit des entretiens (N=23, cinq hommes et dix-huit femmes) auprès de psychiatres, médecins généralistes, médecins spécialistes, travailleur.se.s sociaux.les et infirmier.e.s diplômées d'État (IDE), dans les différents services médico-psychologiques régionaux (SMPR), l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) et le Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Enquête de terrain auprès des personnels pénitentiaires et des personnes détenues

- 21 En octobre et novembre 2018, j'ai pu rencontrer les personnels surveillants (dix-huit hommes et douze femmes) rattachés aux « brigades » (qui correspondent à leur lieu d'intervention) : brigade unité sanitaire, brigade parloir, brigade maison d'arrêt pour femmes (MAF) et brigade de la structure d'accompagnement à la sortie (SAS).
- 22 Ne pouvant m'adresser directement aux personnes détenues pour leur proposer un entretien, ce sont les soignant.e.s du CSAPA qui ont accepté de les solliciter pour participer à la recherche. Au départ et afin de toucher les personnes potentiellement les plus exposées à un risque infectieux, seul.e.s les usager.e.s de drogues par injection étaient ciblé.e.s, puis les critères ont été élargis aux personnes bénéficiant d'un suivi au CSAPA, afin d'investiguer l'ensemble des outils de RdR, et pas seulement la mise en place d'un PES. Douze personnes ont été rencontrées par ce biais. Début 2019, j'ai réalisé les derniers entretiens au sein d'un dispositif expérimental, la structure d'accompagnement à la sortie (SAS), récemment ouvert aux Baumettes et qui accueille des hommes en fin de peine. Du fait de règles propres à la SAS, autorisant plus de mouvements au sein de l'établissement, je pouvais m'adresser directement aux personnes qui attendaient devant l'unité sanitaire pour leur proposer un entretien. Dix-huit entretiens ont été réalisés auprès d'eux. Le profil sociodémographique des personnes rencontrées varie selon le lieu : celles du CSAPA sont en moyenne plus âgées (35 ans), tandis qu'au sein de la SAS, la moyenne d'âge est de 28 ans. Ces entretiens ont été réalisés dans les bureaux de consultation, sans la présence de surveillant. Au CSAPA, je rencontrais mes interlocuteurs via le médecin qui prescrit les traitements de substitution. Je bénéficiais ainsi de la confiance qu'ils lui accordaient pour évoquer leur pratique de consommation et d'injection. À la SAS, je n'ai rencontré aucune personne ayant déclaré s'être déjà injectée des drogues. Il est très probable que la population, plus jeune et sélectionnée, y soit aussi peu voire pas injectrice.

- 23 En revanche, la quasi-totalité des personnes rencontrées ont évoqué leur consommation de cannabis, dont la présence est détectable pour tout.e visiteur.se en prison.
- 24 Enfin, j'évoquais différemment la question de la sexualité et de la disponibilité des préservatifs. Au CSAPA, il s'agissait de lever le malaise que cela pouvait susciter chez des personnes ayant des parcours de vie très précarisés, des expériences de la rue et des incarcérations multiples à leur actif. Alors qu'avec les jeunes hommes rencontrés au SAS, cette question trouvait un écho plus favorable et ces derniers évoquaient plus facilement leurs pratiques sexuelles en lien avec les risques infectieux.
- 25 Dans le cadre de cet article, les personnes enquêtées sont définies par leur statut au sein de la prison : surveillant.e, soignant.e et personnes détenues ou « homme ». L'anonymisation située et l'usage de surnom pouvant traduire une mise à distance sociale de la chercheuse vis-à-vis des enquêté.e.s (Coulmont, 2017)⁶, j'ai repris à mon compte la proposition de Didier Fassin (2015) : « Lorsque je relate l'histoire d'un individu ou évoque sa relation avec moi ou d'autres, je dis "l'homme" afin de restaurer une forme de dignité dont la prison, la justice et la police tendent à les priver. » Je n'ai pas eu l'occasion d'interviewer des femmes, je les ai rencontrées uniquement lors des observations ethnographiques⁷.

Calendrier enquête PRI2DE

2009 : constitution du groupe de travail ANRS-Pride sur la réduction des risques en prison, incluant des représentants de l'administration pénitentiaire.

2016 : soumission du volet socio-anthropologique à Sidaction.

3 mars 2017 : copil de Pride : l'expérimentation du PES n'aura pas lieu
 Avril 2017 : prise de contact avec l'équipe des Baumettes
 Juin-septembre 2017 : déménagement de la prison
 Juillet-août 2017 : entretiens auprès des acteurs associatifs et institutionnels (N =7)

Septembre-décembre 2017 : observations ethnographiques sur les soins en détention/ observations de consultation (une centaine d'heures) + premiers entretiens soignants

Janvier 2018 : blocage de la prison /grève surveillant.e.s (revue de presse)

Juillet 2017-mars 2019 : réalisation des entretiens (N =90)

Réduire les risques liés aux usages de drogues en prison

Acceptabilité de la RdR et logiques pénitentiaires

- 26 En mars 2017, le début de la recherche socio-anthropologique a été marqué par une réunion au cours de laquelle le médecin référent de l'administration pénitentiaire a annoncé au comité de pilotage⁸, à la stupeur générale, le blocage de l'essai interventionnel. La direction de l'administration pénitentiaire a d'abord soutenu l'essai

en participant au financement de la recherche, avant que le déploiement des mesures concernant les PES ne soit bloqué sur le terrain. Les discussions concernant le décret de mise en application pour organiser la mise en œuvre concrète des PES, dont aurait découlée l'organisation de l'intervention aux Baumettes, n'auront finalement pas pu aboutir.

- 27 Ce blocage peut être analysé à différents niveaux. Au niveau national, les difficiles négociations parlementaires autour du décret concernant l'autre volet de la RdR de la loi de santé 2016 sur les salles de consommation à moindre risque ainsi que le contexte politique, en amont des présidentielles de 2017, peuvent expliquer en partie la rétractation de l'administration pénitentiaire. Cette opposition de l'administration pénitentiaire à l'essai d'intervention a été d'autant moins compréhensible par les acteur.trice.s mobilisé.e.s que les recherches peuvent déployer des mesures non validées institutionnellement dans un cadre expérimental. Ainsi, le blocage viendrait principalement de la difficulté pour l'administration pénitentiaire d'inclure des mesures de santé publique reconnaissant l'existence de pratiques d'injection de drogues dans un espace de privation de liberté et de contrôle total privilégiant la logique sécuritaire au détriment de la logique sanitaire.
- 28 Au niveau local, l'annonce du déménagement de la prison a certainement complexifié le maintien de l'essai interventionnel, pourtant inscrit dans le cadre d'une recherche scientifique.
- 29 Au niveau des représentations des acteur.trice.s de terrain et du sens que ces dernier.e.s accordent à la RdR en prison, les blocages et débats interrogent les paradoxes de l'institution carcérale et ses fondements idéologiques. Paradoxes identifiés par Philippe Combessie (2009) qui montre les logiques contradictoires de la mission de la prison qui oscille entre la neutralisation d'individus considérés comme dangereux pour le reste de la population et la réinsertion et la réhabilitation de la personne détenue. Ces deux missions antagonistes font se rencontrer deux idéaux de société concurrents dans les politiques en matière de drogues : une société sans drogues et une société où les individus seraient entièrement responsables face à leur propre santé. C'est sur ce malentendu systémique que se positionne la RdR, comme nous le schématisons dans le tableau ci-après.

Tableau : Acceptabilité de la RdR et logiques pénitentiaire

REFUS DE LA RdR	ACCEPTATION DE LA RdR
Mission de contrôle et enjeu sécuritaire	Mission de réhabilitation et de réinsertion
⇒ Idéal : société sans drogues	⇒ Idéal : individus responsables
Logique répressive, lutte contre l'usage	Approche pragmatique face aux consommations intra-muros
Période d'incarcération propice à l'abstinence	

L'acceptabilité des PES

- 30 Un argument en faveur de la RdR en prison est que « l'instauration des PES change la nature du counseling et facilite l'échange entre le personnel soignant et les UDI

(usagers de drogues par injection). Les messages de prévention sur les pratiques à risque et les surdoses sont ainsi mieux reçus » (Lines *et al.*, 2006).

- 31 « Des bénéfiques connexes ont été recensés : une réduction du nombre d'abcès, de surdoses et de décès ; une augmentation des orientations vers des programmes de désintoxication et, plus généralement, un accroissement du recours aux soins parmi les détenus ; une résorption de la tension entre prisonniers et personnel, ainsi qu'une sensibilisation accrue à la transmission infectieuse et aux comportements à risque ; une plus grande sécurité pour les personnels, avec moins d'incidents lors des fouilles impliquant des seringues dissimulées » (Obradovic, 2013).
- 32 Cette approche de santé publique se heurte à la demande de sécurité formulée par les surveillant.e.s. Le motif principal de blocage repose sur la contestation des syndicats majoritaires de surveillant.e.s pénitentiaires qui se sont prononcés contre l'introduction de matériel d'injection stérile, avec pour argument l'aspect sécuritaire de leur travail et la menace d'une seringue comme une « arme potentielle », selon les déclarations du secrétaire général de l'Ufap-Unsa Justice, principal syndicat de surveillant.e.s⁹. Aucun.e surveillant.e interrogé.e dans la recherche ne témoigne d'une expérience d'agression avec une seringue, cependant cette crainte, ainsi que celle d'une augmentation du trafic sont évoquées par plusieurs surveillant.e.s rencontré.e.s.
- 33 Les moins réticent.e.s considèrent que ces questions ne sont pas de leur ressort, mais de celui des soignant.e.s :

Moi, je pense qu'il faudrait que ce soit quand même encadré par une infirmière ou un médecin, au moins l'infirmière, pour s'injecter. Vous savez, dans le milieu pénitentiaire, ça va très, très vite au niveau de la responsabilité pénale. Donc, on peut pas le laisser en cellule sous le contrôle d'un surveillant. Il suffit qu'il fasse justement une overdose, le surveillant est impuissant. Non, vaut mieux que ce soit encadré médicalement. (Surveillant, 30-40 ans, brigade unité sanitaire)

- 34 Bien que peu visibles, les pratiques d'injection existent en détention, selon certain.e.s surveillant.e.s interrogé.e.s qui déclarent avoir vu des seringues circuler, quelques un.e.s en ont interceptées lors de fouilles ou en ont entendu parler par des collègues. Un surveillant, favorable aux PES, se dit pourtant sceptique car selon lui, la peur de la sanction dissuaderait les personnes détenues :

Pour les détenus qui déclarent au médecin qu'ils se piquent ou qu'ils sniffent. Oui, si ça peut les aider. Mais après, réellement, il y en aura pas beaucoup, ils iront pas dire : « je me pique ». Ils auraient pas confiance. Déjà, même quand ils prennent des traitements, ils ont du mal à dire qu'ils prennent un traitement de substitution, par exemple le Subutex[®] tout ça. (Surveillant, 30-40 ans, brigade SAS)

- 35 En effet, comme le souligne Nina Tissot (2016) dans son étude portant sur des ateliers RdR menés en prison, les personnes étiquetées toxicomanes sont fortement stigmatisées en prison : « Ces produits [Subutex[®]] sont non seulement associés à l'héroïne (voire à l'injection) qui n'a pas meilleure réputation en détention qu'à l'extérieur, mais ils se réfèrent surtout à la dépendance du détenu vis-à-vis de l'administration pénitentiaire pour les obtenir : obligation de se soumettre au

protocole, moyen de pression potentiel sur leur comportement. Le détenu est donc rendu vulnérable, et de fait d'autant plus suspecté d'être cette possible "balance" souvent associée à la figure du toxicomane. » (Tissot, 2016 : 14)

- 36 Malgré le secret médical, une demande d'attestation de suivi de soins peut permettre d'appuyer une demande de remise de peine, comme nous le confirme une conseillère du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) qui défend les PES. Selon elle, l'accès à un service de RdR en prison va dans le sens d'un effort de réinsertion par la personne détenue.
- 37 L'acceptabilité des PES en prison est fragilisée par les nombreux malentendus autour de l'objet seringue et des risques mais également par les représentations liées à son introduction dans l'univers carcéral. De plus, la stigmatisation des personnes usagères au sein même de la prison peut rendre l'introduction de ces programmes plus difficile.

Les allers-retours en prison comme ruptures biographiques : du premier shoot aux tentatives d'abstinence

- 38 Selon Fabrice Fernandez, « l'usage de drogues et le passage en prison fonctionnent en continuité ou en alternance dans le jeu des trajectoires biographiques (la consommation de drogues peut conduire en prison mais inversement, on peut débiter une consommation de drogues en détention) » (Fernandez, 2007 : 173).
- 39 Le refus de la politique de RdR liée aux usages de drogues repose parfois sur l'idée de l'enfermement comme période propice à l'abstinence : la difficulté de se procurer des seringues en prison favoriserait un temps de pause dans la pratique de l'injection et donc une amélioration de la santé, notamment du système veineux. Gilles Chantraine interroge ces arrêts subis de la consommation dans le cadre d'une « routine carcérale, qui prend la forme d'une régulation d'une toxicomanie problématique [...]. Mais la pause n'a qu'un temps et la même rengaine semble, à ce moment de la trajectoire carcérale, inlassablement recommencer à la sortie de prison » (Chantraine, 2003 : 371).
- 40 Dans mon enquête, peu de personnes ont signalé des prises par injection, l'absence de PES autorisé pouvant leur faire craindre de parler de leur pratique. Certains l'ont évoqué néanmoins, tel que cet homme de 41 ans rencontré au CSAPA, consommateur de Ritaline¹⁰ par injection, qui raconte son initiation à l'injection lors d'une incarcération :

Je connaissais l'héroïne mais je me suis jamais fait des shoots d'héroïne, jamais. [...] Comme je vous ai dit, j'ai commencé à me piquer, c'était en cellule en plus. Ça a commencé tard. C'était entre 28 et 33 ans, un truc comme ça, que je me fais le premier shoot.

- 41 La rupture biographique liée à une incarcération peut conduire à une majoration des risques. En mettant à mal les processus d'autocontrôle (Castel & Coppel, 1991), la prison peut conduire à une augmentation des prises de risques, tels que le partage de seringues. Dans un discours assez confus, mélangeant souvenirs, conseils de RdR et histoires d'arnaques de rue, cet homme associe sa première injection, en cellule, et son infection par l'hépatite C :

J'en reviens que j'ai un gramme de coke après et deux ecstas en cellule. Je rentre, je fais un trait¹¹ et mon collègue me dit : « C'est du

gaspillage, j'ai une pompe ». [...] Enfin, je lui dis : « Laisse tomber, moi, je tape », « Non, non ». Je refais un trait et je dis : « Tiens, prends, fais comme tu veux ». Il fait un fix et il la nettoie. Et il l'a mal nettoyée, j'ai attrapé l'hépatite là ou avant puisque ça fait quinze ans. Non, c'est pas là que j'ai attrapé l'hépatite parce qu'il l'avait bien lavée. [...] Avec la Javel et de l'eau, trois fois et trois fois. Parce qu'il faisait après moi, mais moi, à chaque fois je l'ouvrais et c'est pas bon de l'ouvrir parce qu'on fait rentrer les bactéries. Ça, je savais pas. Bon, il me fait un shoot, je sens rien. [...] je sens rien parce que j'avais fait le trait ou je sais pas, ou peut-être il m'a mis de l'eau. [...] je connaissais pas comment ça se faisait. Mettre de l'eau dans la cuillère avant de mettre la cocaïne, vous mettez de l'eau dans la seringue, pour faire croire.

- 42 Il explique être favorable à la mise en place de PES en prison mais il affirme qu'il ne souhaiterait pas en bénéficier car, dit-il : « *Tu es ici pour te refaire une santé, je pense.* »
- 43 Son récit est émaillé de contradictions et montre bien une plus grande difficulté à se dire injecteur en prison, en comparaison de mes précédentes enquêtes hors les murs, dans des structures telles que les Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) où les personnes se rendent pour chercher du matériel, ce qui leur permet d'évoquer leurs pratiques avec moins de craintes d'être jugées, et surtout sans risque de sanction (Dos Santos, 2015).

Les « roule-ta-paille » des Baumettes

- 44 Si les PES ne sont pas autorisés en prison, dans le CSAPA des Baumettes et dans l'unité sanitaire du SAS, au moment de ma présence sur le terrain, des « roule-ta-paille » sont mis à disposition des patient.e.s-détenu.e.s dans un panier¹². Les carnets de roule-ta-paille ont pour vocation de sensibiliser les personnes aux risques de contamination VHC lors d'un partage de paille pendant la pratique du snif. Cet outil se veut une réponse pragmatique à la circulation de drogues en détention et à la pratique du snif. La diffusion de ces carnets favorise un accès aux connaissances et aux enjeux de santé publique liés au risque de contamination VHC à travers la pratique du snif. S'il est difficile de déterminer dans quelle mesure ce savoir acquis en prison est mobilisé en dehors, l'outil de RdR roule-ta-paille est néanmoins une matérialisation concrète de ce savoir transmis aux personnes détenues.
- 45 Beaucoup des surveillant.e.s interrogé.e.s ne connaissent pas cet outil de RdR et quand je les interroge à ce sujet, leurs réponses sont divisées, comme indiqué précédemment pour les PES. Si certains y sont favorables, d'autres sont réfractaires et motivent leur refus par l'idéal d'une prison sans drogue :

À la base, c'est un produit qui est interdit en détention [...] Qu'on fasse pour des gens de l'extérieur, pour éviter ces problèmes-là, ces problèmes de passage de pailles et tout ça, ça, j'arrive complètement à le comprendre. Mais en prison, normalement on n'est pas censé avoir tout ça. Même si oui, c'est une certitude, il y en a, mais c'est pas traiter le problème. Il faudrait d'abord traiter le problème, le fait qu'il y en ait plus du tout dans les prisons, avant de pouvoir espérer traiter

ce qui se passe quand ils en prennent. (Surveillant, 30-40 ans, brigade US)

- 46 Les « roule-ta-paille » étant disponibles lors des entretiens menés auprès des personnes détenues, de nombreuses personnes rencontrées en ont profité pour en prendre et me confier qu'elles les utilisaient.
- 47 Lors des entretiens avec les hommes incarcérés au SAS, je profitais de la présence du panier et des carnets de pailles pour évoquer avec eux leurs pratiques de snif. Au SAS, ils sont souvent incarcérés pour des faits liés à la revente de stupéfiants, et beaucoup expliquent qu'en tant que revendeurs, ils sont plutôt réfractaires à la consommation. Un homme de 28 ans explique qu'il associe directement consommation et business :

Chercheur : Avant de rentrer, vous saviez qu'il y avait des risques à partager une paille ?

Homme : Ouais, ouais, c'est la base ça. Moi, dans ce milieu-là, je connais tout ce qui est trucs infectieux et tout, le sang, qu'on peut attraper avec la salive. Faut faire attention. En plus, en France, 90 % des billets français qui sont en circulation, sur 100 %, il y a 90 % des billets, il y a des résidus de coke dessus. Donc le problème, il vient pas d'untel ou untel, c'est vraiment à l'échelle nationale. Pour mon cas, quand je prenais ça, je tapais qu'avec les plus gros billets que j'avais dans ma liasse. [...] Les billets de 5, billets de 10, billets de 20, impossible, ça rentre pas dans mon nez parce que c'est les plus touchés. (Homme, 28 ans, SAS)

- 48 Magnétophone éteint, certains évoquent l'opportunité de fournir des « roule-ta-paille » lors de la revente de produits psychotropes. Cet argument supplémentaire souligne la nécessité de sensibiliser les revendeurs aux outils de RdR et sur la prison comme lieu possible pour diffuser auprès d'eux de telles informations.

Informers sur les risques infectieux et dépister en prison, réduire les risques à l'entrée et à la sortie

- 49 Le quartier réservé aux arrivants et à la préparation à la sortie est un espace (et un moment de l'incarcération) particulièrement sensible où des mesures sont prises pour sensibiliser les personnes aux questions des risques infectieux.
- 50 Les premiers jours de détention ont lieu au sein du « quartier arrivant ». Cet espace spécifique a pour objectif de minimiser le choc carcéral mais aussi de faciliter l'accessibilité aux différents services pénitentiaires, dont les soins. Aux Baumettes, l'unité sanitaire se trouve à l'étage inférieur du quartier arrivant et les prises de rendez-vous y sont accélérées. Chaque personne incarcérée, de même que les personnes en transfert, sont reçues par le personnel infirmier et par un.e médecin. D'abord, un.e IDE réalise un bilan comprenant un test de dépistage VIH et VHC ainsi qu'une vaccination contre le VHB. Ces consultations obligatoires à l'entrée en prison sont des occasions privilégiées pour transmettre des informations sur les risques infectieux. Les résultats concernant le statut virologique sont transmis par le ou la médecin, dans un délai de deux à trois semaines. Dès ce premier contact avec l'unité

sanitaire, des demandes de rendez-vous peuvent être effectuées. Un bilan addictologique est également réalisé, d'abord par un.e infirmier.e puis par la ou le médecin, en fonction duquel une orientation vers le CSAPA peut être décidée.

- 51 Après la rencontre avec le personnel infirmier, la personne voit un.e médecin pour la suite du bilan et l'orientation vers les différents services de l'unité sanitaire. Lors de cette rencontre, les questions déjà posées par l'infirmier.e sont reprises. À ce moment, la personne en traitement à l'extérieur peut s'enquérir de la poursuite de sa médication, soit en fournissant une ordonnance, soit en donnant les coordonnées de sa ou son médecin avec qui le ou la médecin de la prison entrera en contact.
- 52 Selon Meoïn Hagège (2016, 2017), qui a mené une étude approfondie sur les parcours de personnes détenues vivant avec le VIH et/ou le VHC, au sein de différents centres pénitentiaires et auprès de sortants de prison, une partie des personnes détenues apprennent leur séropositivité en prison de manière brutale, ce qui a un impact significatif sur leur détention. Pour certains, la durée de la peine peut permettre une prise en charge sanitaire et l'initialisation d'un traitement. Son analyse des écarts de perception relatifs au dépistage de l'hépatite C entre patients et soignants montre que si, pour les patients, l'annonce d'une infection au VHC n'est pas vécue comme un événement marquant, elle est considérée comme un « événement-clé du parcours de soins coordonné » pour les soignants. Ce sont ces formes de malentendus sur les rapports au dépistage que nous avons observées lors de notre enquête.
- 53 Les « consultations arrivants » sont bien souvent délicates : les personnes viennent d'être incarcérées et sont souvent très fatiguées, à la suite de longues gardes-à-vue. Pourtant, certaines se saisissent de cette consultation pour entreprendre un suivi médical et des soins non entrepris à l'extérieur. Ainsi, lors d'une consultation, un homme révèle des problèmes cutanés jamais soignés en expliquant au médecin : « *Je n'ai jamais montré ça et je vais profiter de la prison pour me refaire une santé.* » Le médecin propose à l'homme un dépistage que celui-ci accueille favorablement car, dit-il : « *Ça peut permettre de rassurer l'entourage et les partenaires sexuels.* » Il demande alors si cela sera possible de sortir avec les documents pour rendre compte des résultats. Dès cette primo-consultation, il envisage la sortie et anticipe l'intérêt des soins et du dépistage pour l'après-prison (Carnet de terrain, 11 novembre 2017).
- 54 D'autres événements sont parfois organisés pour diffuser les informations liées aux risques infectieux, comme par exemple la semaine *flash test* autour du dépistage rapide du VIH et du VHC organisé au quartier pour sortants en novembre 2018, qui est relatée dans cet extrait de carnet de terrain 28 novembre 2018¹³ :

Dans le couloir d'entrée du SAS, à proximité de l'unité sanitaire où se trouvent les chaises pour ceux qui attendent les rendez-vous, sont installées deux tables avec l'ensemble des prospectus disponibles en détention qui portent sur les risques infectieux. Un flyer présente la semaine *flash test* sur les différents modes de dépistage. Sur la table : des pin's ruban rouge et des bracelets rouges avec une inscription « VIH/sida : dépistage » que portent les quatre intervenantes. Également sur la table : des préservatifs homme/femme, des lubrifiants, des roule-ta-paille.

Des surveillants passent et nombreux sont ceux qui s'arrêtent et récupèrent pin's et bracelet. Un surveillant s'exclame qu'il fait un test tous les mois : « *On ne sait pas qui on côtoie ici* », dit-il.

Deux jeunes hommes passent dans le couloir et sont interpellés par la médecin ; elle leur propose un quiz sur les risques infectieux. Les deux jeunes

posent beaucoup de questions qui engendrent une discussion animée autour des questions du quiz. Plusieurs autres personnes se joignent aux deux jeunes et prennent part à la discussion. Si les hommes se chambrent autour de leurs prises de risques sexuels, ils apparaissent néanmoins curieux et intéressés et demandent à savoir quels sont les risques de contamination pendant une bagarre, par exemple, ou encore lors d'une fellation.

- 55 Les interruptions des surveillant.e.s et leur rappel au cadre pour que le groupe prenne moins de place dans le couloir renvoient aux conditions propres à ce type d'initiative en prison. L'invective du surveillant qui déclare se faire dépister régulièrement car « *on ne sait pas qui on côtoie ici* » est significative de la perception du risque par les surveillants, qui travaillent dans un environnement « à risque » mais aussi d'un manque d'informations et de formation de ces personnels ; ce qui contribue au renforcement du stigmata et des préjugés sur une population avec une forte prévalence VIH-VHC¹⁴.
- 56 Les questions du *flash test* portent sur les risques infectieux en général et conduisent les hommes présents à évoquer des pratiques ayant lieu aussi bien à l'intérieur (les bagarres) qu'à l'extérieur. D'autres questions relatives aux lieux de soins et différents services pour se faire dépister à l'extérieur favorisent la transmission d'informations au-delà des murs de l'institution.
- 57 Abordés sous l'angle des risques infectieux, la sexualité et les usages de drogues, objet de tabous et d'interdits, se racontent à demi-mots, avec là encore des malentendus qui s'immiscent parfois. Nichés dans les interstices des soins, ces malentendus sont au cœur de la quotidienneté carcérale et au-delà des murs, dans les projections vers l'après.

Réduire les risques sexuels en prison : la mise à disposition de préservatifs

- 58 En 2007, l'OMS publia un rapport sur l'efficacité de la mise à disposition de préservatifs en prison dans la lutte contre le VIH. Il explicitait les malentendus possibles relatifs à l'évocation et aux représentations de la sexualité en prison, et listait les différentes activités sexuelles identifiées au sein des milieux carcéraux : les activités sexuelles consenties entre les personnes détenues et entre les personnes détenues et le personnel, les visites conjugales et les viols et violences sexuelles. Enquêter en prison sur la sexualité présente de nombreuses difficultés qui imposent d'anticiper ces éventuels malentendus et de prendre des précautions dans la manière de poser les questions.
- 59 Dans les prisons pour hommes, comme dans beaucoup d'espaces d'entre-soi masculin, dominant un certain virilisme et une homophobie latente, que j'ai pu percevoir en circulant dans les couloirs où s'entendent les blagues potaches des surveillants et les insultes à caractère sexuel proférées par les hommes détenus. Pour autant, durant les entretiens en face à face avec les personnes détenues, les remarques sont souvent plus nuancées. D'autres ont un regard négatif sur la présence de préservatif, qu'ils voient comme une invitation à la sexualité entre hommes :

Madame, moi je suis dans une prison d'hommes, pourquoi vous mettez des préservatifs dans une prison d'hommes ? Moi, je pense

que c'est mal. Dans une prison d'hommes, vous mettez des préservatifs, alors ça veut dire que, vous-même, vous mettez des hommes à faire des trucs pas bien dans la prison. Ça veut dire que deux codétenus, c'est possible qu'ils s'enculent. Moi, dans ma tête, c'est ça. (Homme, 23 ans, SAS)

- 60 Dans le cadre de la recherche PRI2DE, j'enquêtai moins sur le rapport à la sexualité en prison que sur le regard porté sur les outils de RdR disponibles, dont le préservatif. Cette entrée permettait aux personnes d'évacuer le sujet ou d'entrer dans un récit plus intime de leur sexualité. Comme l'indique une soignante, l'évocation de la sexualité en prison et des violences sexuelles reste délicate.

Dès que je parle de ça, enfin dès qu'ils voient les préservatifs, leur premier réflexe c'est de dire : « non, il y a pas de ça ici », ou souvent, c'est : « mais s'il y avait des relations sexuelles entre nous, je le saurais, ça me dégoûterait ». C'est vraiment des messages de rejet. Je pense que c'est le plus gros tabou qu'il y a en prison, déjà relations sexuelles consenties et relations sexuelles non consenties aussi. (Soignante, CSAPA)

- 61 Un homme de 42 ans, rencontré au CSAPA, confirme cette gêne souvent évoquée dans les entretiens :

Homme : Vous savez, ils ont tout ici ! Jusqu'aux capotes, ils donnent ! Et je sais même pas pourquoi. [...] Après chacun fait ce qu'il veut en cellule avec son co. Mais je trouve ça... Enfin moi, je marche pas comme ça.

Chercheur : Vous avez jamais pris de capotes ?

Homme : Non, non, je vois pas pourquoi j'en prendrais. (Homme, 42 ans, CSAPA)

- 62 Un autre de 23 ans nous parle de la sexualité au parloir :

Homme : Il y a des parloirs, il y a plein de gens, ils ont leur femme au parloir. Après, je vais pas vous mentir, il y a des rapports sexuels, même dans les cellules.

Chercheur : Est-ce que, vous, vous avez déjà eu des rapports sexuels en détention ?

Homme : Non, jamais de la vie. Non, jamais de la vie. Au parloir ? Oui, au parloir. Je vais pas vous mentir, c'est la base. Le parloir, c'est comme si vous dites... Après ça dépend des gens. Les gens, ils font emmener des fois des filles. Il y a des mecs des fois, ils ramènent leur femme.

Chercheur : Vous, vous aviez pris des préservatifs pour aller au parloir ?

Homme : Oui, c'est ça. J'en prends parce que moi je suis avec la psychologue parce que là aussi, on en a. Chaque bureau a son... [il montre le panier]. Mais c'est bien ça. (Homme, 23 ans, CSAPA)

- 63 Dès le « quartier arrivant », une boîte est remise aux personnes dans laquelle se trouve un préservatif, ainsi qu'un savon, du dentifrice, une brosse à dents et *Le Guide du détenu arrivant*¹⁵. La réaction des personnes varie face à la découverte du préservatif. Lors des entretiens, beaucoup ont affirmé s'être sentis offensés. Certains font le choix de ne pas évoquer la présence du préservatif, d'autres le jettent ostensiblement. Certains infirmier.e.s ou médecins utilisent des stratégies pour désamorcer ces réactions hostiles :

Mais le fait est que quand ils arrivent aux arrivants, il y a quand même un choc carcéral et quelquefois, tout ce qu'on leur dit, ça ne passe pas. Pour ceux qui sont réincarcérés, pour les préservatifs, la première chose qu'ils font quand ils arrivent dans le bureau, ils ouvrent la boîte et ils disent : « j'en ai pas besoin ». Là, je leur redis : « mais en fait, c'est pour les gens qui n'en ont jamais vu, qui n'en ont pas utilisé ou ceux qui, potentiellement, vont l'utiliser en détention parce que, en détention, il y a quand même une vie sexuelle que vous pouvez avoir quand vous avez des parloirs. » Donc, je finis ma phrase comme ça. Comme ça, ça ne les stigmatise pas. Ils savent qu'on est au courant. (Médecin)

- 64 Les parloirs sont des boxes de deux mètres carrés, juxtaposés tout au long de deux couloirs, l'un par lequel arrivent les personnes détenues, l'autre par lequel arrivent les visiteur.se.s. Chaque box est séparé par une fine cloison, le brouhaha se diffuse dans le parloir ne laissant que peu de place à l'intimité dans ces espaces où les personnes se retrouvent.
- 65 Dans l'ensemble, les surveillant.e.s rencontré.e.s savent que les préservatifs sont disponibles à l'unité sanitaire. Concernant la sexualité au parloir, certain.e.s nous ont affirmé laisser faire, malgré l'interdiction dans les règlements¹⁶.

Normalement, dans le vrai texte, il y a pas de contact physique avec les visiteurs. Normalement, t'es obligé d'interrompre le parloir. Si on veut être psychorigide, on aurait réduit beaucoup de parloirs, enfin sur l'ensemble d'un créneau d'un parloir, on en interrompt quelques-uns quand même. (Surveillant, 30-40 ans, brigade US)

- 66 Afin de maintenir un ordre négocié, « il est admis qu'appliquer de façon stricte le règlement, c'est augmenter la tension » (Benguigui *et al.*, 1994). Pourtant, d'autres surveillant.e.s sont beaucoup plus strict.e.s, comme ce surveillant :

En détention, je vois pas l'utilité, à moins qu'il y ait des rapports sexuels entre détenus. J'ai toujours été contre le rapport en parloir famille. Une personne qui est détenue, je vois pas pourquoi il aurait droit à cet avantage-là au parloir famille. Ça m'est arrivé de tourner une fois au parloir famille, j'ai plus pu y tourner parce que j'étais trop sévère. [...] Tout détenu qui essayait d'avoir un contact, c'était négatif. (Surveillant, 40-50 ans, brigade US)

- 67 Réduire les risques infectieux et distribuer des préservatifs ne font pas partie des missions du personnel pénitentiaire. Le préservatif n'est pas accessible dans les

parloirs, et d'ailleurs le sachet qui les contient, fait d'aluminium, sonne au portique. Pour les surveillant.e.s, la disponibilité des préservatifs évoque bien autre chose :

J'ai vu des préservatifs mais c'était pas dans l'utilité à laquelle on pensait, c'est plus pour introduire des choses. Le préservatif en tant que tel, pour son utilisation première, non. (Surveillante, 40-50 ans, brigade parloir)

68 Une médecin confirme ce type de détournement d'usage :

Moi, j'ai un petit pot avec des préservatifs. Souvent en plus, ils s'ennuient quand je leur dis des trucs, donc ils regardent et ils voient qu'il y a les préservatifs. Quelquefois, ils me posent des questions dessus. Quelquefois ils me prennent les préservatifs en me disant : « non, mais c'est pas du tout pour les rapports sexuels, c'est pour le portable. » (Médecin)

69 Parmi les personnes détenues, plusieurs ont évoqué leur défiance quant au matériel disponible gratuitement en prison, les préservatifs étant jugés moins fiables que ceux que l'on achète en pharmacie ou dans le commerce. Un jeune homme de 20 ans me dit :

J'avais le préservatif de marque, dehors. [...] Nous, on aime bien quand c'est des marques, payées plus cher. (Homme, 20 ans, SAS)

70 Pour une surveillante, la question du préservatif et de son acceptabilité est subsidiaire. Si elle se dit « évidemment » favorable à sa disponibilité en prison, elle témoigne aussi de son sentiment d'impuissance face aux violences sexuelles, véritables problèmes et enjeux selon elle, à propos desquelles elle souhaiterait que des actions soient menées :

En plus, [...] elles connaissent pas leur corps. Je dis pas que c'est la majorité mais il y a beaucoup de gens qui ont pas fait d'études et qui étaient dans des familles où on parlait pas de sexualité, on parlait pas de corps humain par rapport à la religion, par rapport à plein de choses. Franchement le préservatif, moi je pense qu'on en est loin. Il y a beaucoup de choses, il y a la base à revoir bien avant. [...] Elles sont déconnectées de tout ça. En tout cas, moi je parle des femmes. Les hommes, quand il y a un rapport sexuel, je pense pas que ce soit forcément consenti. Il y a un faible et il y a un fort. [...] Nous, on n'est pas en capacité de protéger alors que c'est notre job. Nous, on est là pour la sécurité des personnes détenues et la réinsertion. On n'est pas en capacité parce qu'on n'est pas assez nombreux. Ça se passe toujours à la marge de ce qu'on voit et on peut pas être partout. (Surveillante, 30-40 ans, SAS)

71 De la même manière que pour les accompagnements liés aux usages de drogues, la question de la sexualité abordée en prison dépasse celle strictement liée aux risques infectieux et aux outils de RdR. Pourtant, ce sont sur ces malentendus que peuvent se distribuer les outils de RdR : diffuser un outil, une information, parfois ouvrir un espace de parole, malgré les nombreuses contraintes et limites.

Conclusion

- 72 Le travail d'enquête ethnographique mené dans le cadre du projet PRI2DE au sein de la prison des Baumettes a permis de relever un certain nombre de malentendus initiaux relatifs à la mise en place de la RdR en prison. Ces malentendus reposent sur la polysémie de la notion de RdR qui renvoie à une diversité d'outils (dépistage, seringues, roule-ta-paille, préservatifs, mais aussi tondeuse, matériel de tatouage) en lien avec des pratiques bien différentes, mais toutes plus ou moins proscrites dans l'univers carcéral. Ils sont également liés au travail de coopération nécessaire entre les différents acteurs de l'institution (personnels soignant, personnels surveillants et personnes détenues) dont les sphères d'action entrent en tension. Ils ont également été liés à des différences d'interprétation de la notion de RdR entre les chercheur.e.s impliqués dans cette recherche.
- 73 L'analyse des discours et représentations relatifs aux outils de RdR met en évidence ces malentendus, centraux dans l'institution pénitentiaire du fait de ses missions paradoxales de contrôle et de réinsertion. Plutôt que de tenter de lever ces malentendus, nous avons essayé dans cet article de saisir dans quelles mesures ils peuvent engendrer des blocages mais aussi constituer des leviers dans la mise en place d'actions de RdR.
- 74 La reconnaissance de la RdR renvoie à l'ambivalence dans les conduites à tenir face à des pratiques illicites en prison telles que la sexualité et les usages de drogues. Le dévoilement des malentendus sur ces pratiques crée des zones d'intersection entre différents mondes – du soin, de la surveillance et de l'incarcération – qui toujours se frôlent, se côtoient et parfois se heurtent.

Remerciements :

Nous remercions Christine Calderon pour la retranscription de l'ensemble des entretiens, Sidaction pour le financement du contrat post doctoral ayant permis la réalisation de cette enquête socio-anthropologique. Nous remercions sincèrement l'ensemble des professionnels qui ont permis le déroulement de la recherche, ainsi que ceux qui ont accepté de répondre (professionnels et personnes détenues).

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- AMSELLEM-MAINGUY Y., COQUARD B. et VUATTOUX A., 2017. « Sexualité, amour et normes de genre », rapport pour INJEP.
- BENGUIGUI G., CHAUVENET A. et ORLIC F., 1994. « Les surveillants de prison et la règle », *Déviance et société*, 18 : 275-294.
- BESSIN M. et LECHIEN M.-H., 2002. « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 32 : 69-80.

- BOUHNİK P., 2007. *Toxicos : le goût et la peine*. Paris, La Découverte.
- BOUMAZA M. et BRILLET E., 2008. « L'influence de l'incarcération sur les trajectoires de dépendance des femmes toxicomanes », rapport pour MILDT-INSERM.
- CARDI C., 2007. « Le contrôle social réservé aux femmes : entre prison, justice et travail social », *Déviance et société*, 31 : 3-23.
- CASTEL R. et COPPEL A., 1991. « Les contrôles de la toxicomanie », In EHRENBURG A. (dir.), *Individus sous influence : drogues, alcools, médicaments psychotropes*. Paris, Esprit : 237-256.
- CHANTRAINE G., 2003. « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain », *Déviance et société*, 27 : 363-387.
- CHANTRAINE G., 2004. *Par-delà les murs : expériences et trajectoires en maison d'arrêt*. Paris, Presses universitaires de France.
- CHASSAGNE A., 2019. *Soins et prison. Enquête auprès de détenus gravement malades*, Toulouse, ERES.
- COMBESSIE P., 2009. *Sociologie de la prison*. Paris, La Découverte.
- COULMONT B., 2017. « Le petit peuple des sociologues : Anonymes et pseudonymes dans la sociologie française », *Genèses*, 107 : 153-175.
- COULOMB L., 2014. « L'éthique du care malmenée au cours des interactions entre infirmiers et individus sans-abri », *Revue des sciences sociales*, 52 : 86-92.
- COULOMB L., 2018. *Le Soin des personnes sans domicile : entre malentendus et négociations*. Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2009. Volet offre de soins. VIH, hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Rapport, Paris 2009.
- DOS SANTOS M., 2015. « Malentendus autour de la prise en charge des usagers de drogue », In HINTERMEYER P., LE BRETON D. et PROFITA G. (dir.), *Les Malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy, Presses universitaires de Nancy-Éditions universitaires de Lorraine : 277-289.
- DOS SANTOS M., 2016. *Usages de traitements de substitution aux opiacés : étude comparative : France, Suisse et Québec*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Strasbourg.
- DUPORT C. 2018. *Résultats de l'enquête TREND 2018 en région PACA*. Rapport OFDT. <https://www.addiction-mediterranee.fr/single-post/2019/08/09/R%C3%A9sultats-de-l%E2%80%99enqu%C3%AAtre-TREND-2018-en-r%C3%A9gion-PACA> (page consultée le 16/01/2020).
- FAINZANG S., 2006. *La Relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris, Presses universitaires de France.
- FARGES É., 2006. « La sanitarisation du social : les professionnels et l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire », *Lien social et politiques*, 55 : 99-112.
- FASSIN D., 2015. *L'Ombre du monde : une anthropologie de la condition carcérale*. Paris, Le Seuil.
- FERNANDEZ F., 2007. « Contrôler la toxicomanie en maison d'arrêt : punir pour mieux soigner », *Sociologie santé*, 27 : 173-192.
- FERNANDEZ F., 2010. *Emprises : drogues, errance, prison*. Bruxelles, Larcier.
- FOURNIÉ J., 1993. « La prévention du sida auprès des toxicomanes. Étude sur les modèles d'intervention mis en œuvre par les acteurs de la prévention », rapport pour l'Agence française de lutte contre le sida.

- GAILLARD A., 2009. *Sexualité et prison. Désert affectif et désirs sous contrainte*. Paris, Max Milo.
- HAGÈGE M., 2016. *Sortir et s'en sortir ? Parcours de santé et vulnérabilités de détenus qui vivent avec le VIH ou une hépatite C*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- HAGÈGE M., 2017. « L'hépatite C et la prison : une opportunité de soins ? », *Santé publique*, 29 : 563-567.
- HENDERSON G. E., CHURCHILL L. R., DAVIS A. M., EASTER M. M., GRADY C., JOFFE S., KASS N., KING N. M. P., LIDZ C. W., MILLER F. G., NELSON D. K., PEPPERCORN J., ROTHSCHILD B. B., SANKAR P., WILFOND B. S. et ZIMMER C. R., 2007. « Clinical Trials and Medical Care : Defining the Therapeutic Misconception », *PLoS Medicine*, 4 : e324.
- HINTERMEYER P., LE BRETON D. et PROFITA G. (dir.), 2015. *Les Malentendus culturels dans le domaine de la santé*. Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- JANKÉLÉVITCH V., 1957. *Le Je-ne-sais-quoi et le presque-rien. 2, La méconnaissance, le malentendu*. Paris, Le Seuil.
- JAUFFRET-ROUSTIDE M., CHAUVIN C., MAGUET O., MICHEL L. ANRS Pride. Premiers résultats d'une recherche sociologique sur l'acceptabilité de la réduction des risques en milieu pénitentiaire. *Présentation orale ATHS*, 2015. [www.aths-biarritz.com > wp-content > uploads > 2015/09](http://www.aths-biarritz.com/wp-content/uploads/2015/09).
- JOËL M., 2016. « Prévention et réduction des risques et des dommages en prison et à la sortie », rapport pour INED.
- JOËL M., 2017. *La Sexualité en prison de femmes*. Paris, Les presses de Sciences Po.
- LA CECLA F., 2002. *Le Malentendu*. Paris, Balland.
- LANCELEVÉE C., 2011. « Une sexualité à l'étroit. Les unités de visite familiale et la réorganisation carcérale de l'intime », *Sociétés contemporaines*, 83 : 107-130.
- LANCELEVÉE C. et D. SCHEER., 2019. *La prison : Réalités et paradoxes*. Pu Blaise Pascal.
- LINES R., JÜRGENS R., BETTERIDGE G. et STÖVER H., 2006. *L'Échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*. Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida.
- MAHI L., 2015a. « Une sanitarisation du pénal ? », *Revue française de sociologie*, 56 : 697-733.
- MAHI L., 2015b. « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, 10 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1607> (page consultée le 25/04/2020).
- MAHI L., 2018. *La Discipline médicale. Ethnographie des usages de normes de santé et de savoirs médicaux dans les dispositifs de la pénalité*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Nanterre.
- MICHEL L., JAUFFRET-ROUSTIDE M., BLANCHE J., MAGUET O., CALDERON C., COHEN J. et CARRIERI P. M., 2011. « Limited Access to HIV Prevention in French Prisons (ANRS PRI2DE) : Implications for Public Health and Drug Policy », *BMC Public Health*, 11 : 400.
- MICHEL L., TROUILLER P., CHOLLET A., MOLINIER M., DUCHESNE L. et JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2018. « Self-reported Injection Practices Among People Who Use Drugs in French Prisons : Public Health Implications (ANRS-Coquelicot survey 2011–2013) », *Drug and Alcohol Review*, 37 : S268-S276.
- MILLY B., 2001. *Soigner en prison*. Paris, Presses universitaires de France.

- OBRADOVIC I., 2004. *Addictions en milieu carcéral. Synthèse des connaissances-OFDT* [en ligne], <https://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/problematique-de-lusage-de-drogues-pour-les-personnes-incarcerees/> (page consultée le 21/05/2020).
- OBRADOVIC I., 2013. « Programmes d'échange de seringues en milieu pénitentiaire. Revue internationale des expériences », *Psychotropes*, 19 : 173-195.
- PROTAIS C., 2015. « La gestion des drogues et des conduites addictives en UHSA », *OFDT* [en ligne], <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxcpvc.pdf> (page consultée le 02/07/2016).
- PROTAIS C. et JAUFFRET-ROUSTIDE M. 2019. « Circulations et échanges de substances psychoactives en prison », Rapport OFDT-Cermes3 [en ligne], <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/circulation-et-echanges-de-substances-psychoactives-en-milieu-carceral/>
- RICORDEAU G., 2004. « Enquêteur sur l'homosexualité et les violences sexuelles en détention », *Déviance et société*, 28 : 233-253.
- ROTILY M., GALINIER-PUJOL A. et VERNAY-VAISSE C., 1995. « Risk Behaviours of Inmates in South-Eastern France », *AIDS Care*, 7 : 89-94.
- SANNIER O., VERFAILLIE F. et LAVIELLE D., 2012. « Réduction des risques et usages de drogues en détention : une stratégie sanitaire déficitaire et inefficace », *Presse médicale*, 41 : 375-385.
- SAHAJIAN, F., BERGER-VERGIAT A. et POT E., 2017. « Use of Psychoactive Substances in Prison: Results of a Study in the Lyon-Corbas Prison, France ». *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*, 65, 5 : 361-67.
- SEMAILLE C, LE STRAT Y, CHIRON E, CHEMLAL K, VALANTIN MA, SERRE P, CATE L, BARBIER C, et JAUFFRET-ROUSTIDE M., 2013. "HIV and HCV prevalence among French prison inmates in 2010: A challenge for public health policy". *Eurosurveillance*, 11: 18-28.
- TIMMERMANS S. et MCKAY T., 2009. « Clinical Trials as Treatment Option : Bioethics and Health Care Disparities in Substance Dependency », *Social Science & Medicine*, 69, 12 : 1784-1790.
- TISSOT N., 2016. « Prise et déprise : faire usage de drogue en prison », *Rhizome*, 62 : 13-15.
- VAN CAMPENHOUDT L., 2014. « L'instant fugitif où la sociologie prend. Pour une sociologie du malentendu », In DELCHAMBRE J.-P. (dir.), *Sociologue comme médiateur ? Accords, désaccords et malentendus. Hommage à Luc Van Campenhoudt*. Bruxelles, Presses de l'Université Saint-Louis : 475-506.

NOTES

1. Le terrain socio-anthropologique mobilisé dans cet article a été mené par Marie Dos Santos, sous la responsabilité scientifique de Marie Jauffret-Roustide pour la partie socio-anthropologique et de Laurent Michel pour le suivi de l'essai d'intervention. Ce terrain a été précédé d'un premier terrain socio-anthropologique mené par Carole Chauvin et Marie Jauffret-Roustide en 2015-2016, au sein du même établissement, phase qui a permis de concevoir les outils de collecte et de préparer le deuxième terrain de la recherche Pride. Le « je » utilisé dans l'article sur la partie ethnographie est lié au fait que les entretiens et observations ethnographiques, mobilisés dans cet article, ont été réalisés par Marie Dos Santos lors de la deuxième phase qualitative de l'étude. La conception des outils de recueil, le suivi du terrain, l'analyse de données et la rédaction de l'article s'inscrivent dans un processus de travail collectif, le « nous » est ensuite employé.

2. Il est écrit dans la loi que : « La politique de réduction des risques s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. ». Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Art. L. 3411-8.-I. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913098&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
3. Auparavant, la fiole pénitentiaire, c'est-à-dire la dilution de médicaments, majoritairement d'anxiolytiques, était le seul traitement disponible en détention pour traiter des symptômes de sevrage. Progressivement supprimée, la fiole a été remplacée par les traitements de substitution, Subutex® et méthadone, mais de manière très progressive, et avec une accessibilité variable selon les établissements (Obradovic, 2004).
4. Les « roule-ta-paille » sont des carnets de feuille qui permettent aux usager.e.s d'utiliser un matériel à usage unique lors de la prise par inhalation.
5. À l'entrée de la prison, lors de la fouille, dès le premier portique, j'étais munie d'une note de service valant pour autorisation d'entrer le dictaphone au sein de la prison, sur le bâtiment de l'unité sanitaire.
6. Je remercie les relecteur.trice.s pour leur vigilance sur ce point.
7. Cent cinquante femmes sont incarcérées aux Baumettes. Très minoritaires, elles représentent moins de 4 % des personnes détenues sur l'ensemble du territoire. Cf. « Aux Baumettes, la mixité, comme vecteur d'égalité femmes-hommes », site du ministère de la Justice, 25 juin 2019 : <http://www.justice.gouv.fr/haute-fonctionnaire-a-legalite-femmes-hommes-12939/missions-12942/aux-baumettes-la-mixite-comme-vecteur-degalite-femmes-hommes-32506.html> (page consultée le 22 mai 2020).
8. Parmi les participants au comité de pilotage figurent des membres de la direction générale de la santé, de l'ARS, de l'équipe de recherche, de la Mildeca et de l'équipe locale ayant participé à l'état des lieux et à la mise en place techniques et pratiques de l'intervention.
9. <https://www.ufap.fr/drogues-et-seringues-bientot-autorisees-en-cellule-lufap-uns-justice-continue-son-action-afin-de-faire-retirer-cette-disposition-inacceptable/> (26 janvier 2017).
10. En région PACA, la Ritaline®, un médicament psychostimulant, circule sur les marchés de rue. La prise par injection concerne particulièrement les populations les plus vulnérables et précaires (Duport, 2018).
11. Un « trait » signifie ici un petit tas de cocaïne sous forme de trait visant la pratique du « snif ». « Taper » veut ici dire « snifer ». La « pompe » se réfère à la seringue. Un « fix » et un « shoot » signifient une injection.
12. Dans ces paniers, sont également disponibles des bouchons d'oreille et des préservatifs.
13. La note ethnographique dont est issu cet extrait a été relue et complétée par la médecin en charge de la semaine de flash test.
14. Ces observations ont été menées après les grèves de surveillant.e.s de janvier 2018. Ils dénonçaient alors la montée des violences et le manque d'attractivité de leur métier. « Mobilisation des surveillants de prisons : plusieurs établissements bloqués », Libération, 18 janvier 2018.
15. Selon les recommandations de l'OMS, cette boîte est censée contenir de l'eau de Javel, destinée à nettoyer tout matériel en contact avec la peau : appareil de rasage, de coiffage, mais aussi matériel d'injection (à défaut de PES permettant la distribution de matériel d'injection stérile). Pourtant, au moment de notre enquête, l'eau de Javel n'est pas disponible dans la boîte remise aux arrivants.
16. Il existe cependant dans certaines prisons françaises, dont celle où j'ai mené cette étude, des unités de vie familiales (UVF) qui sont de petits appartements où les personnes détenues peuvent retrouver leur proche en intimité, durant six ou vingt-quatre heures.

RÉSUMÉS

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une recherche collective sur les malentendus liés à la mise en place d'outils de réduction des risques infectieux en prison. À partir d'une présentation du programme PRI2DE et des différentes étapes de l'enquête ethnographique menée au sein de la maison d'arrêt des Baumettes à Marseille, il examine la place accordée à la réduction des risques (RdR) en prison. Introduire des outils de RdR dans une prison suppose que soit reconnue l'existence de pratiques illicites (usages de drogues et sexualité) en son sein. Fondamentalement, la RdR se situe au croisement des missions, paradoxales, portées par l'institution carcérale : la mission de contrôle et la mission de réhabilitation.

This article is part of a collective research project on the acceptability of harm reduction tools in prisons. After a description of the different stages of the ethnographic survey conducted at the Baumettes prison in Marseille, I examine the place given to harm reduction in prison. Introducing harm reduction tools implies acknowledging the existence of illicit practices within the prison - drug use and sexuality. Fundamentally, harm reduction lies at the crossroads between the paradoxical missions carried out by the prison institution : of control and rehabilitation.

INDEX

Mots-clés : réduction des risques infectieux, prison, drogues, sexualités, malentendus, France

Keywords : harm reduction, prison, drug use, sexuality, misunderstandings, France

AUTEURS

MARIE DOS SANTOS

Sociologue, postdoctorante, SESSTIM, équipe SanterCom, Faculté de médecine, 27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille (France), mariedossantos@hotmail.fr

LAURENT MICHEL

Psychiatre et addictologue, chercheur au CESP/Inserm UMRS 1018, Université Paris Saclay, et Directeur du CSAPA Pierre Nicole, 27 rue Pierre Nicole, 75005 Paris (France), laurent.michel@croix-rouge.fr

MARIE JAUFFRET-ROUSTIDE

Sociologue, chargée de recherche Inserm – Cermes3, Université de Paris, 45 rue des saints-pères, 75006 Paris (France), § Baldy Center for Law and Social Policy, Buffalo University of Social Sciences, New York, USA, § British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU), Vancouver, Canada, marie.jauffret-roustide@inserm.fr



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

22 | 2021

Expériences et politiques des «crises» en santé humaine, animale et environnementale

Le virus, la chauve-souris et le totem. Ethnographie des relations inter-espèces dans le contexte biosécuritaire australien

The virus, the bat and the totem. An ethnography of inter-species connections within the Australian biosecurity context.

Arnaud Morvan



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/6942>

DOI : [10.4000/anthropologiesante.6942](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6942)

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Arnaud Morvan, « Le virus, la chauve-souris et le totem. Ethnographie des relations inter-espèces dans le contexte biosécuritaire australien », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 22 | 2021, mis en ligne le 04 novembre 2020, consulté le 06 septembre 2023. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/6942> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6942>

Ce document a été généré automatiquement le 16 février 2023.



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Le virus, la chauve-souris et le totem. Ethnographie des relations inter-espèces dans le contexte biosécuritaire australien

The virus, the bat and the totem. An ethnography of inter-species connections within the Australian biosecurity context.

Arnaud Morvan

Introduction

- 1 Au moment où le virus SARS-Cov-2, dont le réservoir animal est probablement la chauve-souris, provoque un bouleversement sanitaire mondial sans précédent, l'ethnographie des différents modes de relation entre les humains et les chiroptères peut s'avérer particulièrement instructive pour repenser les logiques biosécuritaires à l'œuvre. Le cas du virus Hendra (HeV), identifié en 1994 dans un élevage équin près de Brisbane sur la côte est de l'Australie, offre un exemple marquant de ces configurations inter-espèces ambiguës. Le foyer initial du HeV causa la mort d'une quinzaine de chevaux et d'un éleveur, avant que d'autres cas se déclarent rapidement dans le Queensland et le nord du New South Wales, révélant la présence d'un virus jusqu'alors inconnu et hautement létal. Après deux ans de recherche, les chauves-souris furent identifiées comme le réservoir naturel du HeV, en particulier les quatre espèces de renards volants qui peuplent la côte est de l'Australie (*Pteropus alecto*, *P. scapulatus*, *P. conspicillatus* et *P. poliocephalus*). Ce virus circule des chauves-souris aux chevaux et des chevaux aux humains en causant une zoonose (maladie d'origine animale) avec un taux de létalité de 75 % pour les chevaux et 60 % chez les humains, mais sans contagion interhumaine avérée. Le HeV a été le point de départ d'une recherche sur les virus qui émergent chez les chauves-souris de façon asymptomatique, comme ceux qui ont causé les foyers de Nipah, Ebola, MERS-CoV, SARS-CoV-1 et probablement SARS-CoV-2. La

grande diversité intra-spécifique de l'ordre des chiroptères pourrait être à l'origine de leur capacité à échanger des virus aux frontières d'espèces dans les environnements qu'elles colonisent (Wang & Cowled, 2015). L'étude phylogénétique¹ des souches de virus Hendra suggère une présence ancienne de ce virus chez les roussettes, remontant à plusieurs milliers d'années (Marsh *et al.*, 2010). Son émergence dans les années 1990 ne serait donc pas due à des mutations récentes du virus mais plutôt à des changements environnementaux. Le réchauffement climatique, l'urbanisation et la déforestation ont provoqué des modifications du comportement des roussettes qui se rapprochent des habitats humains et multiplient les risques de transmission zoonotique.

- 2 Les recherches sur ces animaux permettraient d'expliquer non seulement les chaînes de transmission des virus, mais aussi les modalités de résistance aux pathologies puisque les capacités immunitaires et respiratoires développées pour le vol donnent aux chauves-souris une espérance de vie exceptionnellement longue, pouvant atteindre une trentaine d'années. À la suite de ces recherches virologiques (Field, 2016 ; Wang & Anderson, 2019), des approches anthropologiques des zoonoses (Manceron & Roué, 2009 ; Fortané & Keck, 2015) et des études multi-espèces (Haraway, 2008 ; Kirksey & Helmreich, 2010 ; Rose, 2011), cet article propose d'envisager les relations entre humains et chauve-souris non seulement comme un facteur de transmission mais aussi comme une modalité d'immunisation contre les zoonoses. Malgré le faible nombre de cas déclarés, le virus Hendra a généré un ensemble de mesures biosécuritaires visant à séparer les humains, les chevaux et les chauves-souris en relayant des imaginaires négatifs sur les chiroptères. Mais il a aussi révélé des formes d'attachement anciennes ou récentes entre humains et chauves-souris, en particulier chez certains naturalistes qui en prennent soin et dans les communautés aborigènes qui ont toujours vécu à proximité de ces animaux. Ces distances fluctuantes entre humains et animaux et leur perception influent-elles sur les conditions de transmissions virales ?
- 3 Pour y répondre, une enquête ethnographique multi-située, réalisée auprès de différents groupes en contact avec les chauves-souris, a permis de décrire plusieurs points de vue sur les franchissements des barrières d'espèces par le virus Hendra : éleveurs de chevaux et résidents urbains impactés par la présence de renards volants près de Cairns, protecteurs de la nature et soigneurs de chauves-souris dans les régions de Townsville et Atherton, rangers et artistes aborigènes de la Daintree Forest. Cette enquête interroge aussi la manière dont les conceptions naturalistes et totémiques relatives aux chauves-souris questionnent les frontières tracées par les mesures de biosécurité. Il s'agit d'appréhender la manière dont la perception des frontières interspécifiques renforce ou remet en cause le paradigme biosécuritaire. À la fois menace sanitaire et ressource écologique, les chiroptères cristallisent un ensemble de pratiques et d'intentionnalités ambivalentes et contradictoires au sein de la société australienne, et parfois chez un même individu, dont cet article propose de dresser une première cartographie.

Ethnographie des relations entre hommes et chauves-souris dans un contexte biosécuritaire

- 4 La définition environnementale de la biosécurité désigne un ensemble de mesures visant à prévenir et contrôler l'introduction de plantes et animaux nuisibles, de maladies animales et de zoonoses, la dissémination d'organismes génétiquement

modifiés et leurs dérivés, l'introduction d'espèces et de génotypes invasifs. La plupart de ces menaces ont un impact indirect sur la santé humaine puisqu'une altération des milieux écologiques peut provoquer l'apparition de nouvelles maladies, souvent d'origine animale. Des définitions ultérieures ont inclus les champs du bioterrorisme et des manipulations génétiques, mais une modélisation unitaire de la biosécurité reste problématique (Keck & Vialles, 2012). L'anthropologue Paul Rabinow envisage ce concept comme une nouvelle problématisation des questions de sécurité à partir de menaces biologiques d'origine humaine ou animale (virus, bactéries, parasites, manipulations génétiques), caractérisée par la tension entre « faire vivre » et « laisser mourir » formulée par Foucault pour décrire la biopolitique (Rabinow & Rose, 2006). Cette problématique correspond assez bien à la gestion biosécuritaire du virus Hendra qui implique la désignation d'un réservoir sauvage de pathogènes dont la sphère domestique doit se protéger. Dans le contexte d'accélération des émergences virales de la fin du xx^e siècle, le paradigme biosécuritaire s'est imposé comme instrument de prévision des futures épidémies. Il s'inspire, entre autres, de techniques militaires et s'appuie sur l'élaboration de scénarios d'anticipation pour mettre au point des politiques dites de « préparation » (*preparedness*) qui tendent à remplacer la prévention d'une menace par le calcul d'un risque (Collier & Lakoff, 2008). Dans cette perspective, l'étude des relations entre humains et animaux permet de situer précisément les nouveaux risques d'émergence d'agents pathogènes, souvent issus de nos modes de perception, d'identification et d'action sur le vivant, dans sa dimension sauvage ou domestique. Le dispositif déployé autour des chauves-souris comme réservoir du HeV en Australie semble reposer sur un rapport conflictuel entre contrôle coercitif (dispersion des colonies et abattage) et approche écologique (préservation de l'espèce et de son environnement). Il met en jeu des perspectives biopolitiques et ontologiques distinctes entre les différentes populations mises en présence des chiroptères, éleveurs et environnementalistes d'une part, Aborigènes et non-Aborigènes d'autre part, qui reconfigurent dans chaque cas des modalités de distance et de proximité entre humains et animaux.

- 5 Pour rendre compte des différents points de vue sur les barrières entre espèces et leur franchissement par le HeV, une étude ethnographique multi-située a été réalisée auprès des différents groupes en contact avec les chauves-souris. L'étude se base sur deux enquêtes de terrain ethnographiques, effectuées en 2015-2016 et début 2018 dans différentes localités du nord du Queensland auprès de groupes aborigènes et non aborigènes. La première enquête a été réalisée auprès de personnes aborigènes de langue Gugu-Yalanji (ou Yalanji), l'un des rares groupes de la zone d'activité du HeV ayant conservé des pratiques traditionnelles et des références totémiques. Les Yalanji représentent environ trois mille locuteurs qui vivent majoritairement dans les communautés de Mossman Gorge et Wujal Wujal, en bordure de la forêt primaire Daintree dont ils sont les propriétaires traditionnels. L'enquête qualitative est basée sur des entretiens semi-directifs et discussions informelles menés principalement à Wujal Wujal auprès d'une quinzaine d'individus aux profils variés : cinq d'entre eux sont des anciens (*elders*) détenteurs d'un savoir traditionnel, occupants des postes de référents dans le groupe local de gardes forestiers (*rangers*) et membres du centre d'art Bana Yirriji. Une étude de la littérature anthropologique disponible sur les Gugu-Yalanji – notamment Walter Roth (années 1900), Ursula Mc Connel (années 1920-1930) et Christopher Anderson (années 1980-1990) – ainsi que mes propres travaux sur le totémisme effectués dans le centre et le Kimberley dans les années 2000 ont permis

d'enrichir le contexte ethnographique et d'inscrire mes observations dans une perspective historique (Mc Connel, 1931 ; Anderson, 1984, 1989 ; Morvan, 2010). Le second terrain ethnographique a été effectué en janvier et février 2018 dans une association de protection des chauves-souris à Townsville, la North Queensland Wildlife Care (NQWC). Il a consisté en une série d'entretiens semi-directifs et d'observations participantes auprès d'une équipe de volontaires qui recueillent et soignent des chauves-souris à leur domicile avant de les relâcher dans la nature. Des recherches complémentaires (entretiens informels, études de la littérature vétérinaire) ont été menées à Cairns et Charter Towers auprès de différents groupes impactés par la présence de chauves-souris dans leurs activités professionnelles (en particulier les propriétaires de chevaux, mais aussi les maraîchers et les résidents urbains).



FIGURE 1 : Carte de la région d'étude, région tropicale du nord Queensland. (Source : A. Morvan et K. Rawson).

Identification des modes de transmission et développement du paradigme biosécuritaire

- 6 Le peuplement récent de la côte est de l'Australie s'est effectué principalement sur une bande de terre étroite entre l'océan Pacifique et la Great Divided Range. Les contreforts de ces montagnes abritent une forêt humide subtropicale, habitat naturel des roussettes, peu à peu défrichée par les colons européens à partir du XIX^e siècle pour y développer fermes, plantations, villages et centres urbains qui jalonnent aujourd'hui la côte pacifique. De nombreux haras sont installés en bordure de forêt, créant les conditions d'une cohabitation artificielle entre chevaux et chauves-souris². Selon les études en cours, c'est probablement à travers les urines laissées au sol par les chauves-souris dans les enclos que la contamination se produit, via l'ingestion d'herbes ou

d'eaux contaminées (Plowright *et al.*, 2011 ; Field, 2016). Après quelques jours d'incubation, les chevaux manifestent les premiers symptômes d'une infection HeV qui altère rapidement l'ensemble des organes vitaux. Les animaux touchés succombent généralement sous soixante-douze heures. La transmission aux humains reste rare (seulement sept cas depuis 1994) et se produit par contact direct avec les fluides corporels d'un cheval infecté, généralement pendant les soins ou au cours d'une autopsie. Les personnes touchées par le virus étaient vétérinaires, propriétaires ou employés d'un haras. Chez l'homme, l'infection se manifeste par des symptômes grippaux qui peuvent dégénérer en infection respiratoire sévère ou en encéphalite pouvant entraîner la mort.

- 7 Les chevaux agissent donc comme des hôtes intermédiaires chez qui le virus évolue pour devenir potentiellement transmissible aux humains. Un cas de transmission canine a été observé sans que l'on sache si la transmission provenait d'un cheval ou d'une chauve-souris. Contrairement au virus Nipah apparu en Malaisie et structurellement très proche (dont l'hôte intermédiaire est le cochon d'élevage), aucune transmission directe de HeV entre humains et chauves-souris n'a été observée jusqu'à présent. Pourtant, comme l'a montré Christos Lynteris, les schémas utilisés pour modéliser la circulation interspécifique des virus inscrivent les différents acteurs en présence dans une chaîne causale de transmission et positionnent clairement le réservoir sauvage du virus comme principe causal de la zoonose dans une ligne unidirectionnelle. Ce type de modélisation tend à séparer les humains du reste du vivant et ne tient pas compte de leur impact éventuel sur l'environnement et de leur rôle dans l'émergence de nouveaux virus (Lynteris, 2017). Ces représentations ont une incidence sur la perception des zoonoses et l'adoption des dispositifs biosécuritaires par les vétérinaires, les éleveurs et les maraîchers.

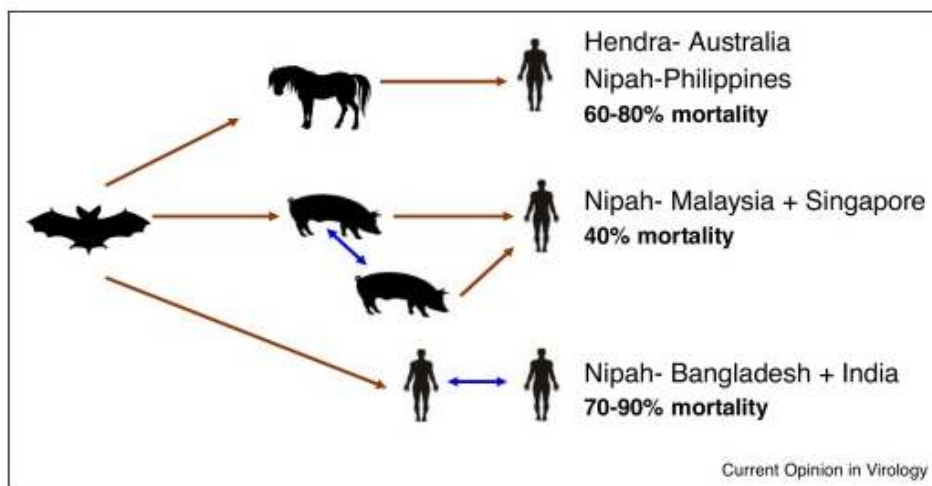


FIGURE : Schéma zoonotique de transmission des virus Hendra et Nipah indiquant les taux de mortalité humaine par pays et types de transmission (sources : Wang et Anderson, 2019)

- 8 Différentes enquêtes réalisées auprès des éleveurs sur la perception médiatique du virus Hendra confirment que pour la plupart des personnes interrogées, l'animal régulièrement associé à la zoonose Hendra n'est pas le cheval mais la chauve-souris (Degeling & Kerridge, 2013 ; Wiethoelter *et al.*, 2017). D'après Chris Degeling et Ian Kerridge, ce glissement s'est produit au début des années 2010, assez tardivement dans l'histoire de cette zoonose. L'année 2011 est marquée par dix-sept épisodes zoonotiques

particulièrement violents dans deux États. Les débats sur le rôle des chauves-souris comme espèces porteuses du HeV deviennent alors un élément central des discours publics. Alors que les différents protagonistes non humains de la zoonose bénéficiaient jusque-là d'une couverture médiatique équivalente, à partir de 2011, le virus Hendra et les roussettes sont systématiquement associés. Dès lors, le cheval n'est plus perçu comme un hôte intermédiaire mais comme la victime d'un dangereux « virus de chauves-souris ».

- 9 La séparation des différentes espèces en présence est l'une des principales mesures mises en œuvre par l'organisme Biosecurity Queensland (ministère de l'Agriculture et de la Pêche) en cas d'épizootie. Des équipes vétérinaires gouvernementales sont dépêchées sur les lieux de la contamination pour évaluer la situation et appliquer les premières mesures de protection sanitaire. Le protocole inclut la délimitation d'une zone de quarantaine, la réalisation d'un inventaire de l'ensemble des espèces animales vivant sur le site, le traçage des mouvements d'animaux à l'intérieur et à l'extérieur du périmètre sanitaire pendant la période définie comme à risque, la mise sous surveillance des animaux déplacés sur d'autres propriétés, le prélèvement et l'analyse sur les individus (humains et non humains) potentiellement infectés, le soin ou l'euthanasie des animaux infectés, la crémation ou l'enfouissement des restes. Une fois l'épidémie contrôlée, la zone est décontaminée par l'équipe de biosécurité. Il s'agit donc ici de délimiter un périmètre au sein duquel les différentes espèces en présence sont identifiées, séparées, confinées et, dans certains cas, abattues. Des mesures sont ensuite mises en œuvre pour limiter les contacts potentiels entre les chevaux et les chauves-souris en agissant indirectement sur l'environnement des roussettes, par l'abattage des arbres présents sur les zones de pâture ou l'installation de clôtures autour des bosquets. Surveillance, traçage, séparation stricte entre espèces sont donc les outils habituels utilisés par la biosécurité pour tenter de circonscrire les virus zoonotiques et leurs hôtes naturels.
- 10 Les éleveurs se montrent cependant réticents à appliquer les mesures biosécuritaires, et malgré la mise en circulation d'un vaccin équin en 2015, des obstacles financiers et psychologiques freinent son usage. Pour de nombreux éleveurs et exploitants agricoles, les mesures devraient porter sur les chauves-souris, comme le souligne Kym Robertson, propriétaire de chevaux interviewé par le Courrier Mail .

Le vétérinaire en chef du Queensland dit : « Gardez vos chevaux loin des chauves-souris ». Eh bien c'est ce que je fais, mais les chauves-souris, elles ne restent pas éloignées de mes chevaux. Tous les jours, j'ai cinquante mille chauves-souris infectées qui défèquent sur mes chevaux, leur pâture et leurs abreuvoirs (Robertson & Hall, 2011 : 8, traduction de l'auteur³)

- 11 La plupart des éleveurs craignent les chauves-souris et certains d'entre eux militent pour autoriser les interventions directes sur les colonies, par l'obtention de droits à l'abattage ou à la dispersion visant à réduire drastiquement le nombre d'individus (Nolan, 2011).
- 12 Les mesures de mises à distance sont souvent dangereuses pour la santé des colonies (nous y reviendrons plus en détail). Cette logique biosécuritaire bute sur le statut d'espèce protégée accordé aux chauves-souris, en particulier la *Pteropus conspicillatus* ou renard volant dit « à lunettes », endémique de la forêt tropicale australienne. En tant

qu'espèces natives, et principales pollinisatrices des forêts subtropicales australiennes, les roussettes font l'objet d'une protection définie par le Animal Care and Protection Act 2001 et le Biosecurity Act 2014. Entre 2004 et 2014, la population de *Pteropus conspicillatus* a diminué de moitié, passant de deux cent quarante mille individus à seulement cent mille (Westcott *et al.*, 2015). Ce déclin résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : altération des milieux naturels, augmentation des températures, présence de différents parasites liés aux plantes introduites (comme les tiques), contacts directs avec des équipements humains (lignes électriques, fils de fer barbelé, filets de protection des arbres fruitiers, piscines et fontaines) et enfin abattages par arme à feu. Des études récentes ont montré que les risques de débordement du HeV sont accentués par des facteurs environnementaux tels que la déforestation, le réchauffement climatique ou l'augmentation des catastrophes naturelles qui fragmentent l'habitat des roussettes et affaiblissent les mécanismes de régulation du virus au sein des colonies (Kessler *et al.*, 2018).

- 13 Pour préserver cette espèce particulièrement vulnérable, le ministère a élaboré un plan de réhabilitation national depuis 2011. Ce dernier vise à identifier les principales causes du déclin de l'espèce, à remplacer les infrastructures humaines susceptibles de nuire aux chauves-souris, à préserver les sources traditionnelles de nourriture et les sites de reproduction et à étudier les mouvements saisonniers des colonies et des individus. En 2008, le gouvernement du Queensland a provisoirement suspendu toutes les demandes d'autorisation d'abattage déposées par les fermiers pour protéger leurs cultures, en premier lieu pour des motifs écologiques mais aussi en raison du caractère contre-productif des dispersions et abattages. Le stress généré par ces pratiques augmenterait le taux de HeV dans la colonie, et donc les risques de transmission du virus Hendra aux autres espèces. Ce rapprochement entre des mesures de protection d'espèces menacées et la lutte contre les risques de zoonose laisse entrevoir la possible convergence entre une politique de santé publique et des mesures de protection environnementale. Cette approche se heurte toutefois à l'image négative des roussettes dans l'opinion publique, et à la conception assez répandue selon laquelle l'approche écologique mettrait en concurrence la santé humaine et la santé animale.

Questions de distance : abattage, dispersion, soin

- 14 Les conflits entre les humains et les roussettes sont connus depuis le début de la colonisation européenne de l'Australie et l'implantation des premières exploitations agricoles sur la côte Pacifique. Les travaux du biologiste et historien David Westcott sur les échanges épistolaires du XIX^e siècle entre les fermiers et les autorités du Commonwealth témoignent de la récurrence de plaintes à propos des nuisances provoquées par les roussettes. Dans un pays où les armes à feu étaient en libre circulation, les séances de tirs aux chauves-souris étaient considérées comme un loisir, pratiquées quasi quotidiennement pour protéger les plantations ou disperser des colonies. Les abattages étaient si nombreux qu'ils furent interdits dans certaines villes pour cause de troubles à l'ordre public (Ratcliffe, 1931 ; Westcott, 2016). Malgré les conclusions de plusieurs rapports qui soulignaient la relative marginalité des roussettes s'attaquant aux cultures et pointaient l'inefficacité des abattages massifs, les tirs organisés et autres techniques létales de protection des cultures ont perduré jusqu'au milieu des années 1980⁴, périodes des premières lois de protection des espèces

endémiques. À partir de la fin des années 2000, ces méthodes furent remplacées par des systèmes de protection comme les filets à mailles fines et les dispositifs de dispersion non létaux. Mais à la suite des protestations d'agriculteurs en 2012, des permis d'abattage de roussettes par armes à feu ont à nouveau été accordés en cas de menace importante de l'activité économique et dans la limite d'un quota de prélèvement par espèce, défini annuellement⁵.

- 15 Ces relations conflictuelles s'étendent aussi aux environnements urbains où les chauves-souris sont, depuis les années 2010, perçues comme une menace sanitaire. Les villes proches de la côte sont régulièrement choisies comme sites d'installation temporaire par des colonies pouvant agréger plusieurs dizaines de milliers d'individus et provoquant de multiples nuisances. Ce fut le cas en décembre 2017 à Charter Towers, ville de huit mille habitants à l'ouest de Townsville où plusieurs entretiens furent réalisés auprès des riverains du parc municipal occupé par les chauves-souris. Outre les manifestations sonore et olfactive de leur présence, la dégradation des arbres, jardins et maisons, les résidents craignent surtout la propagation de maladies, comme l'explique cette résidente de Charter Towers :

Chaque année, nous avons une véritable invasion de chauves-souris dans le parc, une véritable peste. Nous ne pouvons même plus y emmener les enfants à cause des parasites qui tombent des chauves-souris sur le sol. Elles sont sur tous les arbres du parc, s'accrochent comme des tiques. Tous les soirs, le ciel était noir pendant environ trois-quarts d'heure (avant le coucher du soleil). C'est la première année que j'ai eu une sorte d'asthme et de sérieux problèmes pulmonaires, c'est partout dans l'air. En même temps c'est le printemps, il y a beaucoup de pollen [...] Avant, on envoyait des hélicoptères pour s'en débarrasser mais maintenant c'est interdit. (Entretien avec une riveraine du Lissner Park, réalisé à Charter Towers, février 2018)

- 16 Si aucune maladie liée à la présence des chauves-souris n'est scientifiquement avérée, certains résidents affirment développer des symptômes de détresse respiratoire, des maux de tête, des irritations cutanées, de l'eczéma, ou de la conjonctivite. Le témoignage ci-dessus évoque les chauves-souris en empruntant au champ lexical de l'invasion, de la maladie, et du parasite et les termes « peste », « rats », « tiques » reviennent régulièrement, trahissant la peur d'un virus invisible porté par des animaux insaisissables. Elles sont associées à une menace impalpable mais omniprésente. Durant le mois de janvier 2018, un résident de Charter Towers a même été hospitalisé pour un affaiblissement généralisé qu'il attribuait aux chauves-souris, donnant lieu à des dizaines d'articles dans la presse et les médias locaux, sans que les médecins n'établissent de lien de causalité avec la présence des chiroptères. Chez certaines personnes, la simple existence d'un risque zoonotique semble déclencher des symptômes, notamment respiratoires, dans une logique autoréalisatrice. Pour mettre fin aux nuisances, plusieurs groupes de lutte contre les chiroptères se sont créés durant l'été 2018, des séances de dispersion ont été organisées tous les soirs et des soigneurs venus recueillir les chauves-souris blessées ont été intimidés par les habitants. Des pressions sont aussi exercées sur les responsables politiques locaux pour instaurer des actions coercitives contre les chauves-souris.

- 17 Depuis 2012, des autorisations d'éloignement, de dispersion ou de déplacement, par des moyens non létaux, des sites fréquentés par les roussettes sont accordées sous certaines conditions aux municipalités (*local councils*) qui possèdent une autorité de droit (*as-of-right management*) sur la gestion des sites d'installation des colonies. La dispersion peut se faire en produisant du bruit, de la lumière ou de la fumée, voire en abattant ou élaguant des arbres sur lesquels les animaux s'installent. Si certains déplacements de colonies vers des sites éloignés des habitations se sont avérés fructueux, les techniques de dispersion sont généralement inefficaces. D'après différentes études du Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO), l'effarouchement d'une colonie provoque la dissémination des chauves-souris sur l'ensemble de l'agglomération et dans les jardins des particuliers, augmentant considérablement le risque de contact avec les chauves-souris (Thomson, 2007 ; Westcott *et al.*, 2015).
- 18 La logique scientifique se heurte ici à des intérêts politiques visant à garantir le droit des propriétaires et des éleveurs à intervenir directement sur les chauves-souris se trouvant sur leur propriété pour se protéger, la relation interspécifique étant vécue comme une mise en concurrence des santés humaine et animale.
- 19 À l'inverse, d'autres groupes adoptent des positions diamétralement opposées, participant à ouvrir des modalités de communication interspécifique. Il s'agit des soigneurs bénévoles qui recueillent et soignent les chauves-souris blessées, avant de les réintroduire dans la nature. Il existe en Australie des dizaines d'associations d'aide aux animaux sauvages et des refuges dédiés aux chauves-souris. Dans la région de Townsville, où une partie de l'enquête de terrain a été menée, les soigneurs sont réunis au sein du North Queensland Wildlife Care (NQWC) qui regroupe une centaine de membres, dont une quinzaine spécialisés sur les chauves-souris. Les échanges prolongés avec les animaux qu'ils recueillent à leur domicile amènent les soigneurs à développer des relations d'attachement, en particulier avec de jeunes orphelins gardés pendant au moins six mois. Pendant cette phase, les soigneurs se substituent à la mère, et passent plusieurs heures par jour en contact direct avec les petites chauves-souris pour les nettoyer, les masser, les nourrir, jouer et leur servir de support pendant l'apprentissage du vol, reproduisant parfois les gestes d'une femelle chauve-souris. C'est une période intense de rapprochement parfois qualifiée d'« humanisation » des chauves-souris, comme l'explique cette ancienne infirmière devenue soigneuse :

Quand j'ai eu ma première [chauve-souris], mon premier bébé en soin, c'est là que j'ai réalisé combien elles étaient intelligentes. Et le fait que, ayant eu mes propres enfants, étant mère... et elles, étant très similaires à nous au niveau de leur fonctionnement corporel, physiologique, quand elles ne se sentaient pas bien, je pouvais le sentir... quand elles font leurs dents, leurs gencives sont douloureuses... comme chez les bébés [humains]. [...] Elles créent des liens très étroits avec nous. (Entretien avec Mary G., membre du groupe NQWC, réalisé Townsville, janvier 2018)

- 20 Cette période est suivie par une phase que les soigneurs qualifient de « déshumanisation » visant à déshabituer les roussettes de la présence humaine avant leur réintroduction dans la nature. Il faut leur apprendre à « être des chauves-souris, à vivre avec des chauves-souris et à rompre le lien » qui les unit à leur soigneur. Alors que

dans son essai *What is it like to be a bat?* le philosophe Thomas Nagel affirme l'irréductibilité des expériences subjectives non humaines et souligne l'impossibilité de percevoir le monde comme une chauve-souris (Nagel, 1974), il semblerait que les soigneurs parviennent à constituer, au moins temporairement, un monde commun avec les chiroptères. Cet attachement temporaire se produit dans un mouvement d'humanisation des chauves-souris qui tend à brouiller la séparation stricte entre humains et non-humains, entre sauvage et domestique. Dans une moindre mesure, un processus d'animalisation des soigneurs, qui prennent temporairement la place des femelles chauves-souris, est aussi à l'œuvre. On est assez proche de ce qu'Isabelle Stengers appelle l'« entre-capture », lorsque l'enchevêtrement entre deux existants (humains et non humains) est suffisamment profond et subtil pour créer une porosité dans les frontières interspécifiques (Stengers, 1996 ; Laugrand *et al.*, 2015). Contrairement aux autres groupes, il ne s'agit pas pour les soigneurs d'enfermer les animaux porteurs d'agents pathogènes dans une altérité totale, mais plutôt de les incorporer dans une forme d'humanité élargie aux animaux. Sur le plan sanitaire, malgré une exposition prolongée aux fluides corporels des chauves-souris, aucun cas de contamination au virus HeV n'a jamais été répertorié.

- 21 L'abattage et la dispersion répondent à l'injonction sanitaire d'une séparation stricte entre des espèces considérées comme pathogènes et celles susceptibles d'être contaminées (Keck, 2015). Contrairement aux dispositifs de contrôle d'autres animaux sauvages comme les ours et les loups, les abattages et les dispersions de chauves-souris n'ont pas pour but de contrôler une population mais de maintenir un éloignement de principe entre les chiroptères d'une part et la sphère humaine (incluant les plantes cultivées, les animaux d'élevage et de compagnie) d'autre part ; entre le sauvage, perçu comme un contaminant, et le domestique, considéré comme contaminé potentiel. Certains partisans des interventions directes militent pour des abattages massifs, en désignant les chauves-souris comme un adversaire dans des relations inter-espèces où les humains doivent se protéger pour rester au sommet de la hiérarchie. Ils inscrivent ainsi les chauves-souris dans une altérité totale, plus proche d'un parasite ou d'un virus que d'un mammifère ; ils procèdent à une sorte de désanimalisation visant à instaurer une distance maximale avec les humains et prévenir toute forme de rapprochement possible. On retrouve dans les deux catégories d'acteurs (fermiers et soigneurs) une référence à la proximité physique entre humains et animaux qui caractérise le naturalisme. Dans son travail sur les ontologies, Philippe Descola définit le naturalisme comme un mode d'identification marqué par une continuité des physicalités entre humains et non-humains et une discontinuité des intériorités (Descola, 2005). Ici, la proximité est conçue de manière différente par les éleveurs et les soigneurs. Pour les premiers, elle est synonyme de contagion, les compatibilités physiologiques sont perçues comme une menace ; il s'agit de mettre la plus grande distance possible avec les animaux sauvages et l'environnement non domestiqué pour éviter tout risque de contamination. Pour les seconds, il s'agit au contraire de voir dans ce partage des physicalités avec les chauves-souris une possibilité d'attachement et de communication interspécifique. Dans les deux cas, il ne semble pourtant pas y avoir de corrélation entre une proximité avec le réservoir d'HeV et une augmentation du risque zoonotique.
- 22 Par ailleurs, le fait que les soigneurs considèrent les animaux comme des personnes non humaines et qu'ils adoptent temporairement le point de vue d'une mère chauve-souris les placent dans un naturalisme qui emprunte certains traits à l'animisme et au

totémisme, deux modes d'attachements où les communications entre les intériorités des êtres humains et non humains sont possibles. Cet autre type de relation aux animaux est présent depuis très longtemps dans les cultures autochtones du nord Queensland. L'opposition frontale entre fermiers et naturalistes, entre agriculture et environnement, induite par le contexte biosécuritaire laisse de côté les groupes aborigènes. L'existence de pratiques cynégétiques, l'usage médicinal des chauves-souris et l'analyse du rapport totémique aux non-humains révèlent une perception alternative des zoonoses qui reconfigure les questions de distance et de proximité en prenant en compte l'ambivalence des chauves-souris.

Usage alimentaire et médicinal d'une espèce qualifiée de « réservoir de pathogènes »

- 23 La région du nord Queensland est l'une des zones les plus densément peuplées d'Australie. La présence des Aborigènes y est attestée depuis cinquante mille ans, et elle compte une quinzaine de groupes langagiers, soit environ quarante mille individus (3,5 % de la population de la région) vivant entre les districts de Townsville-McKay au sud et la région Cooktown, à quatre cent cinquante kilomètres au nord. La situation sanitaire et sociale est caractérisée par une forte paupérisation, un taux de chômage élevé et un faible niveau d'accès aux soins. L'espérance de vie des Aborigènes est de vingt ans inférieure à celle du reste de la population australienne.
- 24 La colonisation européenne de la région à la fin du XIX^e siècle, en particulier l'activité pastorale et l'exploitation forestière, a provoqué une dislocation de l'organisation sociale et du système économique traditionnel (Anderson, 1984). Les familles aborigènes ayant survécu aux maladies et aux massacres ont été déplacées dans des missions chrétiennes puis assignées à résidence et encouragées à se convertir avec plus ou moins de succès. Le contrôle médical strict et l'interdiction des pratiques précoloniales⁶ expliquent à la fois l'abandon partiel de la médecine traditionnelle et la méfiance envers le système de santé australien. Comme le montre Warwick Anderson dans son étude sur les politiques coloniales de santé, l'environnement naturel a subi un traitement tout aussi violent avec une déforestation intensive visant à éradiquer les maladies dont le climat tropical serait porteur. L'abattage des arbres, habitat naturel des roussettes, était ainsi préconisé pour permettre l'élimination des maladies exotiques comme la malaria, la typhoïde et différents types de fièvre associés aux régions nouvellement colonisées et « non nettoyées » (Anderson, 2005).
- 25 En ce qui concerne la mise en œuvre et l'étude des dispositifs liés au virus Hendra et au contrôle des chauves-souris, les Aborigènes de la région semblent oubliés. Aucune étude consacrée au HeV ne s'est intéressée aux savoirs locaux autochtones sur les maladies animales ni sur une possible exposition ancienne des Aborigènes au virus. Une pratique témoigne pourtant d'un haut degré de proximité avec les chauves-souris : les quatre types de roussette de la région font traditionnellement partie du régime alimentaire des groupes autochtones du nord Queensland. Des campagnes de prévention contre le HeV ont été menées par les services de santé depuis la fin des années 1990, mais les Aborigènes rencontrés pendant l'enquête indiquent ne pas avoir modifié pour autant leur comportement alimentaire, ni leur perception des roussettes. Seul un quart des Aborigènes interrogés pendant l'enquête affirme que les informations sur le virus les font désormais hésiter à consommer des chauves-souris, sans pour

autant développer un rapport négatif à leur égard. D'après les entretiens menés dans la communauté de Wujal Wujal, à cent cinquante kilomètres au nord de Cairns dans la forêt Daintree, les roussettes sont consommées comme viande de brousse, et en particulier les espèces *electo* et *conspicillatus*, nommées *kambi*, et utilisées à des fins médicinales par la plupart des groupes de la région. La consommation de chauves-souris n'est cependant plus très répandue et n'a jamais constitué une ressource alimentaire majeure, car l'animal produit assez peu de viande. Les jeunes les chassent occasionnellement selon différentes techniques, comme l'explique Sam R., l'un des anciens résidents de Wujal Wujal et artiste au centre d'art Bana Yirriji :

Dans les temps anciens, souvent, un enfant ou un jeune homme montait en haut d'un arbre, où les *kambi* étaient installées, et les assommait avec un bâton. Alors, elles tombaient à terre et on pouvait les achever. Elles ne marchent pas très vite. Sinon les gens leur lancent des pierres ou les tirent avec un pistolet ou au fusil. Si l'arbre est suffisamment petit, tu peux juste le secouer. Les *kambi* tombent et tu les finis avec un bâton. (Entretien avec Sam R., réalisé à Wujal Wujal, octobre 2016)

- 26 Les notes d'observation des bulletins ethnographiques de Walter Roth à la fin du XIX^e siècle, premières sources ethnographiques du nord Queensland, corroborent ce témoignage et attestent d'une consommation alimentaire relativement ancienne, remontant à la période précoloniale. Dans ces relevés, la technique de chasse décrite est identique à celle des pigeons migrateurs voyageant entre le nord de l'Australie et la Papouasie. Il s'agit d'une chasse à l'affût, caché dans un abri installé dans la cime d'un arbre situé à proximité des routes empruntées par les renards volants lors de leur envol nocturne. Les chauves-souris étaient frappées en plein vol à l'aide d'un long bâton (Roth, 1901).
- 27 Une fois attrapés, les animaux sont cuits de manière traditionnelle dans la terre. Un trou est creusé dans lequel sont placées des braises et des pierres chaudes. Après avoir été nettoyées et vidées, les chauves-souris sont enveloppées dans de larges feuilles de palmier ou dans une feuille d'aluminium, puis cuites dans la terre pendant environ trente minutes avant d'être consommées. Ces techniques de chasse et de préparation culinaire impliquent une manipulation des animaux blessés et un contact avec le sang, les viscères, qui comporte des risques éventuels de morsures. Si l'on rapproche les notes de Roth et les données phylogénétiques attestant de l'ancienneté des virus Hendra et Nipah (Marsh *et al.*, 2010), on peut conclure à une exposition longue des populations aborigènes au HeV sans que des cas de contamination n'aient été répertoriés dans les savoirs locaux ni dans les archives médicales. La persistance de cette pratique alimentaire pourrait s'expliquer par une forme d'immunisation aux pathogènes portés par les chauves-souris, ce dont atteste leur consommation à des fins thérapeutiques.
- 28 La principale raison avancée pour expliquer la survivance de l'utilisation des renards volants est leurs propriétés médicinales. D'après les Yalanji rencontrés, une préparation en soupe permettrait de soigner les problèmes respiratoires, en particulier chez les enfants. Cet usage a été rapporté par des jeunes hommes témoignant avoir occasionnellement mangé de la soupe de roussettes préparée par leurs grands-parents. Les anciens confirmaient cette utilisation médicinale à destination des plus jeunes.

Dans ce cadre précis, la roussette n'est pas cuite dans la terre mais bouillie et préparée en soupe. D'après plusieurs anciens de Wujal Wujal, membres respectés de la communauté et principaux dépositaires du savoir traditionnel, l'ingestion de la soupe de *kambi* soigne de manière très efficace les affections respiratoires :

À la fin de la saison sèche, certains gamins tombent malades à cause de toute cette poussière, ils font de l'asthme. Si tu fais de l'asthme ou que tu as des problèmes respiratoires, ils disparaissent pendant un mois entier. Tu respirez mieux et tes problèmes de rhume s'améliorent. [...]

D'abord tu les évides. Ensuite, tu enlèves les poils en passant la chauve-souris sur une flamme. La viande commence alors à apparaître, ça ressemble un peu à un squelette. Il y a aussi un peu de viande sur les ailes. Ensuite, tu coupes tout en morceaux, tu les mets dans un pot et tu les fais bouillir. Tu peux ajouter de l'ail ou des oignons sauvages. Tu les fais bouillir jusqu'à que ça devienne tendre. Ensuite, tu peux manger la viande et boire la soupe. Ça a très bon goût. (Entretien avec Sam R., réalisé à Wujal Wujal)

- 29 La chauve-souris est donc consommée bouillie et sans les abats. L'eau ajoutée semble avoir la double fonction de permettre une cuisson profonde à plus de cent degrés afin, d'après nos informateurs, « de tuer les germes », et de transférer certaines propriétés de la chauve-souris dans le liquide. Cette préparation pourrait avoir une action anti-inflammatoire ou de bronchodilatation, bien qu'aucune étude scientifique ou biomédicale ne semble exister sur le sujet. Les personnes interrogées pendant l'enquête n'expliquent pas les vertus thérapeutiques des roussettes, mais la pratique semble répandue au-delà du Queensland, dans tout le nord de l'Australie. Les qualités médicinales prêtées à ces animaux sont aussi partagées dans une grande partie de la région Asie-Pacifique, notamment en Chine, au Vietnam, en Malaisie, en Indonésie, aux Philippines ainsi que dans une partie de la Mélanésie et de la Polynésie. À l'inverse de la conception biosécuritaire des chauves-souris comme réservoir du HeV, l'existence de ces pratiques médicinales suggère un principe d'inversion du pathogène en *pharmakon* (Ricucci, 2012 ; Gutierrez Choquevilca, 2017). La réversibilité des principes pathogènes et curatifs fait écho à la coexistence chez les chiroptères d'une grande diversité de virus et d'un système immunitaire parmi les plus performants du règne animal.
- 30 L'origine précoloniale et le maintien de contacts étroits et anciens avec les roussettes sans contamination directe observée témoignent d'une inversion de la logique biosécuritaire de séparation des espèces. Dans le jeu de distance et de proximité entre humains et animaux, l'ingestion des chauves-souris à des fins médicinales traduit une conception des relations entre espèces dans laquelle le pathogène et le curatif ne sont pas en opposition mais constituent les deux faces d'une même pièce. Une espèce ne peut pas être pensée uniquement comme un réservoir de pathogènes indépendamment de ses relations aux humains, aux autres animaux et aux lieux qui leur sont associés. Pour les Aborigènes, la consommation de chauve-souris n'a jamais été une source de maladie pour l'homme. Elle ne l'est devenue qu'après l'introduction d'un troisième animal extérieur au continent australien, le cheval importé par les Européens. Cette réflexion ne prend cependant pas la forme d'une chaîne causale associant un réservoir asymptomatique et une espèce jouant le rôle de facteur déclenchant. Il faut entrer dans

la conception totémique de l'écologie des maladies pour comprendre le point de vue aborigène sur l'immunisation.

Les totems comme modèle de circulation des pathogènes

- 31 Au détour d'un article sur les problèmes de gouvernance aborigène, l'ethnologue australien Benjamin Smith relate une réunion d'information sur le virus Hendra, organisée dans la ville de Coen, au centre de la Péninsule du Cape York en 1997 :

Le Queensland Parks and Wildlife Services (QPWS) envoya un groupe d'employés dans la péninsule du Cap York pour expliquer la maladie, son lien avec les chauves-souris, les précautions à observer [...] Durant la présentation, l'un des scientifiques de QPWS expliqua qu'une grande colonie de chauves-souris actuellement présente à Coen venait en réalité de la ville de Ravenshoe (située plusieurs centaines de kilomètres au sud). Après la réunion, l'un des anciens [aborigènes] de la communauté vint vers moi pour me demander s'il devait dire aux agents des parcs nationaux « d'où venaient vraiment les chauves-souris ». Plusieurs de mes collaborateurs aborigènes avaient précédemment partagé avec moi leur savoir sur les roussettes, en particulier le fait qu'elles proviennent de la bouche du Serpent arc-en-ciel, un puissant être créateur toujours présent et actif dans certains lieux de la région, notamment des cours d'eau souterrains [...] [il est réputé] dégorger des chauves-souris depuis le fond de l'eau. (Smith, 2005 : 4, traduction de l'auteur⁷)

- 32 Cette scène observée chez les Kaanju de Coen, groupe proche des Yalanji, questionne l'intégration possible d'une conception totémique des animaux dans un dispositif de biosécurité. Les chauves-souris sont, dans cette localité, étroitement liées à la figure mythique du Serpent arc-en-ciel qui semble les engendrer et dont elles seraient une forme d'émanation ou de prolongement. La plupart des espèces animales, des plantes, des minéraux et des éléments sont désignés dans les différentes langues aborigènes comme des totems (*yirmbal*), c'est-à-dire les prototypes ancestraux des catégories actuelles d'humains et de non humains. Les êtres totémiques primordiaux comme le Serpent arc-en-ciel peuvent engendrer des totems secondaires comme la chauve-souris, ancêtre hybride humain/chauve-souris qui est à l'origine d'une classe d'existants humains (les Aborigènes du clan chauves-souris) et non humains (les chauves-souris comme espèce). Ici les représentants humains et animaux du totem chauve-souris sont liés par une relation de consubstantialité, le partage d'un même sang et d'une origine spirituelle commune, issue de l'ancêtre totémique.
- 33 Le concept de totémisme est lié aux grands débats du XIX^e siècle sur la magie, la religion et la parenté chez James G. Frazer, Émile Durkheim, Marcel Mauss ou Sigmund Freud. Partiellement déconstruit par Adolphus P. Elkin et Alfred Reginald Radcliffe-Brown dans les années 1930, il fut redéfini par Claude Lévi-Strauss comme opérateur classificatoire de permutation entre la nature et la culture (Elkin, 1933 ; Lévi-Strauss, 2008). Dès les années 1980, le concept de « devenir », énoncé par Gilles Deleuze et Félix Guattari (Deleuze & Guattari, 1980), est repris par Barbara Glowczewski pour décrire la

nature instable et transformationnelle de la relation totémique qui crée des formes d'altérités multiples partagées (Glowczewski, 2015). Au cours des décennies suivantes, la notion fait l'objet d'une relecture ontologique par Philippe Descola qui l'intègre comme l'un des quatre grands modes d'identification, caractérisé par une continuité des physicalités et des interiorités entre humains et non-humains (Descola, 2005). Plus récemment, Jessica De Lary Healy a développé le concept de « totemics » (ou totemix) à partir d'une analyse des totems des groupes yolngu de la Terre d'Arnhem (De Lary Healy, 2017). Elle définit cette multiplicité de totems comme la manifestation d'une personne disséminée. Dans les systèmes totémiques, chaque personne possède non pas un, mais plusieurs totems de différents niveaux d'importance : totems primaires, secondaires, individuels, sexuels, claniques, de sous-sections, chacun étant associé à une espèce animale ou végétale distincte avec qui il partage une même origine spirituelle et corporelle dans une ancestralité commune. Cette multiplicité de liens totémiques place l'individu à l'intérieur d'un réseau d'attachements à différentes catégories de non-humains : espèces animales, végétales, minérales qui partagent un même devenir. Le totémisme peut alors se définir comme un système d'internalisation de qualités non humaines créant un réseau de relations interspécifiques. Les barrières entre espèces ne sont pas conçues comme des frontières extérieures à l'homme mais plutôt comme des liaisons articulées à l'intérieur d'une même personne. On peut alors parler de personne fragmentée ou disséminée en une multitude d'existants, dont certains sont des espèces animales.

- 34 Cette conception est-elle compatible avec celle de réservoir écologique des pathogènes ? Comment comprendre, dans cette perspective, l'ingestion d'un animal totem et ses effets pathogènes ou pharmaceutiques ? L'individu et ses totems étant unis dans un rapport de contiguïtés, ce qui touche l'espèce totémique va affecter la personne associée et inversement⁸. Cette capacité s'étend aussi aux représentations des espèces totémiques qui sont plutôt envisagées comme des extensions ou des manifestations visuelles de la chose représentée. Ainsi, une peinture de chauve-souris sur toile, réalisée par un artiste yalanji à ma demande pendant l'enquête, a dû faire l'objet d'un rituel de fumigation avant de pouvoir être acheminée en France, l'énergie totémique associée au lieu pouvant potentiellement contaminer sa représentation et les personnes amenées à la manipuler. La consommation d'un animal totem reviendrait quant à elle à pratiquer une forme de cannibalisme et provoquerait des problèmes physiologiques, une sensation d'inconfort et de maladie comme l'explique Sam R. : « Si tu mangeais ton animal totem, tu tomberais malade, tu aurais mal à l'intestin, des douleurs d'estomac. Là, tu saurais que tu as fait quelque chose que tu n'aurais pas dû. » Quelques groupes pratiquent cependant la consommation de l'espèce totémique en certaines occasions précises. Les cérémonies *intichiuma* des groupes arrernte, rendues célèbres par l'ethnographie de Walter Baldwin Spencer et Francis James Gillen, consistent à récupérer ponctuellement une partie du principe spirituel de l'ancêtre totémique en absorbant une petite partie de l'animal totem pour renforcer momentanément l'identification entre une personne ou un groupe humain et son espèce totémique d'une part, et mieux signaler leur différenciation en dehors du cadre rituel d'autre part. La cérémonie est donc un autre moyen de renforcer des collectifs humains et non humains. De même que le repas totémique rompt (temporairement) le tabou alimentaire pour revivifier la substance d'un groupe ou d'une personne (en incorporant la chair et le sang d'un animal totem, manifestation physique du totem), l'absorption d'une espèce animale potentiellement dangereuse pourrait avoir pour effet de stimuler

des défenses immunitaires. En cas de maladie, ce principe de consubstantialité permet de concevoir des transferts à double sens entre humains et animaux, et s'oppose au concept de barrières strictes entre les espèces.

- 35 Concernant la circulation des pathogènes, l'ancrage spatial du totémisme australien, dimension souvent négligée dans les recherches sur la santé aborigène, tend à relativiser la centralité des espèces réservoirs dans le système zoonotique. Le terme *yirmbal* désigne à la fois une espèce totémique, l'ancêtre qui en est à l'origine, mais aussi le site où il a disparu à la fin de son périple terrestre. Il s'agit généralement d'un site marquant du paysage où le corps de l'ancêtre a fusionné avec la terre : un trou d'eau, un arbre ancien, une faille, un rocher, une grotte, etc. L'endroit, considéré comme sacré, est le site d'origine des espèces, objets ou phénomènes totémiques. Chaque espèce totémique est donc située spatialement et associée à des lieux, de même que les humains du totem éponyme, formant un réseau interspécifique géolocalisé. Ainsi, les relations entre différents types d'existants, intériorisés par une personne, sont aussi projetées sur le paysage dans un réseau de sites totémiques.
- 36 La transmission d'un totem varie considérablement d'une génération à l'autre, et de nouveaux totems peuvent être attribués à la suite de révélations oniriques (Morvan, 2018). En 2017, les totems les plus communs à Wujal Wujal étaient liés à plusieurs espèces de reptiles (lézards, serpents, crocodiles), des poissons (requins), des mammifères marins (dauphins, baleines) et des marsupiaux, mais aucun totem de chauves-souris n'était répertorié. En revanche, au moins un site *yirmbal* est associé aux roussettes dans la région. À trente kilomètres au nord-ouest de Bloomfield, le site Kalkajaka (« le lieu de la lance ») est un spectaculaire amas de roches granitiques noires de quatre kilomètres de long abritant plusieurs sites sacrés, y compris une grotte où résident des ancêtres *kambi*. Le site est considéré comme secret et dangereux par les Yalanji⁹. Il fait l'objet de nombreuses restrictions, car habité par des esprits dont il convient de se protéger sous peine de tomber malade ou de disparaître dans ses dédales de roches.
- 37 Dans les pratiques yalanji traditionnelles, l'origine première des maladies n'est généralement pas attribuée à des causes physiologiques mais plutôt à des causes sociales, spirituelles ou environnementales, identifiées spatialement à des lieux (Roth 1901, 1903 ; Anderson 1984, 1989). L'utilisation culinaire des animaux et des plantes dépend en partie de critères géographiques et le non-respect de certaines règles peut provoquer des maladies. Si l'ingestion d'un animal (ou d'une plante) totem est une cause connue de maladie, la chasse et la consommation d'espèces se trouvant à proximité d'un site totémique sont aussi considérées comme potentiellement dangereuses si elles sont consommées par une personne n'ayant pas de droit sur le site. L'énergie totémique du lieu (qui peut être négative) se transposerait par contagion aux espèces évoluant à proximité. Par ailleurs, des proscriptions alimentaires s'appliquent aussi aux animaux qui présenteraient des comportements considérés comme anormaux : une agitation particulière, une force ou une habileté hors du commun. Cette dernière catégorie, dite *wulngkul*, décrit des manifestations d'ancêtres totémiques sous leur forme animale, ces entités étant parfois annonciatrices d'une maladie imminente qui touchera l'observateur ou un membre de sa famille. Les infractions à ces règles entraînent des symptômes tels une grande faiblesse psychique ou corporelle ou de la fièvre pouvant, dans certains cas, provoquer la mort. Les règles alimentaires tendent à éviter une trop grande proximité entre humains et animaux qui serait

potentiellement pathogène et vise à établir une « bonne » distance avec les animaux non humains. La filiation totémique et la position dans le système de parenté permettent ainsi d'inscrire chaque personne dans un réseau de lieux-espèces potentiellement pathogènes. Distance et proximité sont constamment négociées au sein de ces réseaux pour maintenir un équilibre social et environnemental. Par contraste avec la chaîne causale établie dans les conceptions naturalistes des réservoirs animaux, la circulation des pathogènes n'est possible ici que parce que les espèces sont rattachées géographiquement à des lieux précis, ces sites totémiques reliés entre eux, envisagés comme des nœuds de relations interspécifiques.

- 38 On retrouve l'idée de système écologique présent dans les premières analyses environnementales des zoonoses, mais en partie délaissée dans le paradigme biosécuritaire. Ici, le système totémique géolocalisé reconfigure l'environnement humain et animal de sorte que les deux catégories interviennent à parts égales dans la circulation de la maladie qui forme un écosystème structuré autour de lieux. L'humain n'est pas positionné à la fin d'une chaîne causale le reliant à une espèce réservoir, il est intégré dans le cycle zoonotique comme contaminant potentiel.
- 39 L'existence peu connue de totems portant des noms de maladies (rhume, grippe, rhumatismes, etc.), associés à des sites spécifiques considérés comme néfastes, suggère la possibilité d'une association encore plus étroite entre les concepts de maladie et de lieu. Parfois, ces totems entretiennent des liens avec des espèces animales utilisées comme contaminants ou vecteurs de la maladie. Dans *Native Tribes of Central Australia*, Walter Baldwin et Francis Gillen (1899) ont détaillé le cas du totem-maladie Erkincha, affection proche de la syphilis, associé à un petit mammifère du désert, le chat marsupial de Geoffroy (*Dasyurus geoffroii*) qui faisait l'objet d'un tabou alimentaire chez les Arrernte du Désert central. L'Erkincha se propageait depuis le site totémique du même nom par l'intermédiaire du marsupial. Selon ce modèle, les maladies émanent de sites précis et circulent grâce à certaines espèces animales, formant un réseau connectant des lieux et des espèces. Il semblerait que l'origine des maladies soit donc rarement liée à une espèce animale seule mais plutôt à son interaction avec un environnement.

Conclusion : Devenir animal et contamination interspécifique

- 40 Alors que les fermiers tendent à instaurer une distance maximale avec les chauves-souris en les inscrivant dans une altérité totale, et que les soigneurs les « humanisent » en réduisant temporairement l'écart qui sépare les deux espèces, les Aborigènes sont quant à eux engagés dans une constante négociation des distances interspécifiques qui les amène à intérioriser une part d'animalité. Dans les trois cas, la question de la distance se pose différemment, mais la réduction des écarts entre espèces, visible notamment chez les soigneurs et les Aborigènes ne semble pas se traduire par une augmentation du risque de contamination. Les différents modes d'attachement aux chauves-souris identifiés pendant l'enquête permettent de repenser la question des distances entre humains et animaux de façon alternative au dispositif biosécuritaire, qui tend à opposer distanciation et attachement. Plusieurs concepts sont remis en question : la notion d'espèce réservoir de pathogènes comme entité indépendante, le principe de barrières entre espèces et la chaîne de transmission des zoonoses.

- 41 Dans le totémisme, les relations entre espèces ne sont pas conçues comme extérieures aux humains, elles sont à la fois ancrées dans des lieux et structurées à l'intérieur même d'un individu. La personne « est » traversée par des relations interspécifiques, des mouvements de réversibilité et de permutation entre ses différentes appartenances. L'identité instable de la relation totémique se retrouve dans l'ambivalence de la chauve-souris, à la fois produit médicinal et marqueur de sites potentiellement dangereux, faisant écho à la dualité du *pharmakon*. La consubstantialité inhérente à la relation permet de concevoir des modalités de passage fluides entre différentes composantes humaines et animales, pathogènes ou curatives, constitutives de la personne.
- 42 Les distances interspécifiques sont donc intériorisées puis extériorisées dans les paysages où les sites totémiques, reliés entre eux, forment une trame de relations entre humains et non humains. Les maladies animales émergent généralement de ces lieux et circulent entre les espèces, mais la contamination ne constitue pas un problème en soi. Ce sont plutôt les éventuels blocages de ces flux de pathogènes qui engendrent des déséquilibres. Cette conception de la maladie comme réseau inter-espèces ancré géographiquement fait écho à une vision environnementale de la santé où l'humain n'est pas le simple destinataire final des zoonoses, mais l'un des éléments d'un système écologique global. Dans la conception aborigène, les humains et leurs animaux totémiques partagent le même devenir, ce qui affecte les uns affectant forcément les autres, les santés humaines et animales n'étant pas séparées.
- 43 L'étude des savoirs locaux sur les chauves-souris et de leurs interactions avec les humains, dont cette recherche pose les jalons, pourrait s'avérer particulièrement utile pour penser les multiples niveaux d'interdépendance de la santé environnementale et renforcer le dialogue entre protection des écosystèmes et biosécurité.

Cet article est issu d'une recherche débutée dans le cadre du programme « Représentations sociales des pathogènes aux frontières entre les espèces » soutenu par le fond Axa pour la recherche, sous la direction de Frédéric Keck (2015-2016), et poursuivie avec le soutien du DIM One Health Région Île-de-France « Perceptions et usages des chauves-souris en contexte de risque zoonotique en Australie et en Europe » (2018-2020). Je tiens à remercier les personnes m'ayant apporté leur aide dans la réalisation de cette recherche : Sam Friday et les résidents aborigènes de Wujal Wujal, Dominique Thiriet et les membres de North Queensland Wildlife Care, Frédéric Keck, Barbara Glowczewski, Jessica De Largy Healy, Rosita Henry, Marcia Langton, Lance Sullivan, Philippe Descola, Nicolas Lainé et Sandrine Ruhlmann.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON C., 1984. « The Political & Economic Basis of Kuku-Yalanji Social History », Thèse de doctorat (non publiée), Brisbane, University of Queensland.
- ANDERSON C., 1989. « Aborigines and Conservation: The Daintree-Bloomfield Road », *Australian Journal of Social Issues*, 24, 3: 214-228.

- ANDERSON W., 2005. *The Cultivation of Whiteness: Science, Health and Racial Destiny in Australia*. Melbourne, Melbourne University Press.
- COLLIER S. et LAKOFF A. (eds), 2008. *Biosecurity Interventions Global Health and Security in Questions*. New York, Columbia University Press-SSRC.
- DEGELING C. et KERRIDGE I., 2013. « Hendra in the News: Public Policy Meets Public Morality at a Time of Zoonotic Uncertainty », *Social Science & Medicine*, 82: 156-163.
- DE LARGY HEALY J., 2017. « Yolngu Totemics: Heterogeneity and Relatedness in a Land Full of Totems ». 11^e colloque international de l'European Society for Oceanists, Munich, 1^{er} juillet 2017, communication non publiée.
- DELEUZE G. et GUATTARI F., 1980. *Mille Plateaux*. Paris, Éditions de Minuit.
- DESCOLA P., 2005. *Par-delà nature et culture*. Paris, Gallimard.
- ELKIN A. P., 1933. « Studies in Australian Totemism. The Nature of Australian Totemism », *Oceania*, 4, 2: 113-131.
- FIELD H. E., 2016. « Hendra Virus Ecology and Transmission », *Current Opinion in Virology*, 16: 120-125.
- FORTANÉ N. et KECK F. (dir.), 2015. « La surveillance des animaux », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 9, 2.
- GLOWCZEWSKI B., 2015. *Totemic Becomings. Cosmopolitics of the Dreaming/Devires Totemicos. Cosmopolítica do Sonho*. Sao Paulo : n-1 publications.
- GUTIERREZ CHOQUEVILCA A.-L. (dir.), 2017. *Guérir, Tuer*, coll. Cahiers d'anthropologie sociale (n° 14). Paris, L'Herne.
- HARAWAY D., 2008. *When Species Meet*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- KECK F., 2015. « Sentinels for the Environment: Birdwatchers in Taiwan and Hong Kong », *China Perspectives*, 2: 41-45.
- KECK F. et VIALLES N. (dir.), 2012. *Des hommes malades des animaux*, coll. Cahiers d'anthropologie sociale (n° 8). Paris, L'Herne.
- KESSLER M., BECKER D., PEEL A., JUSTICE N., LUNN T. et CROWLEY D., 2018. « Changing Resource Landscapes and Spillover of Henipaviruses », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1429, 1: 78-99.
- KIRKSEY E. et HELMREICH S., 2010. « The Emergence of Multispecies Ethnography », *Cultural Anthropology*, 25, 4: 545-576.
- LAUGRAND F., CROS M. et BONDAZ J., 2015. « Les questions d'affects dans les liaisons animales », *Anthropologie et Sociétés*, 39, 1-2 : 15-35.
- LÉVI-STRAUSS C., 2008 [1962]. « Le totémisme aujourd'hui », In *Œuvres*. Paris, Gallimard.
- LYNTERIS C., 2017. « Zoonotic Diagrams: Mastering and Unsettling Human-animal Relations », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 23, 3: 463-485.
- MANCERON V. et ROUÉ M. (dir.), 2009. « Les animaux de la discorde », *Ethnologie française*, 39, 1 : 5-10.
- MARSH G. A., TODD S., FOORD A., HANSSON E., DAVIES E., WRIGHT L. MORRISSY C., HALPIN K., MIDDLETON D., FIELD H. E., DANIELS P. et WANG L.-F., 2010. « Genome sequence conservation of

- Hendra virus isolates during spillover to horses, Australia », *Emergent Infectious Disease*, 16, 11: 1767-1769.
- MC CONNEL U., 1931. « A Moon Legend from the Bloomfield River, North Queensland », *Oceania*, 2, 1: 9-25.
- NAGEL T., 1974. « What is it like to be a bat? », *The Philosophical Review*, 83, 4: 435-450.
- MORVAN A., 2010. « La trace chantée dans la peinture kija du Kimberley oriental », *Cahiers de littérature orale*, 67-68 : 95-119.
- MORVAN A., 2018. « Rêve et réminiscences plurielles dans l'art de Rover Thomas », *Cahiers d'anthropologie sociale*, 17 : 198-217.
- NOLAN B., 2011. « Bat culls must be considered in Hendra fight », *The Sydney Morning Herald*, 11 juillet.
- PLOWRIGHT R. K., FOLEY P., FIELD H. E., DOBSON A. P., FOLEY J. E., EBY P. et DASZAK P., 2011. « Urban Habituation, Ecological Connectivity and Epidemic Dampening: the Emergence of Hendra Virus from Flying Foxes (*Pteropus* spp.) », *Proceedings of the Royal Society B*, 278(1725) : 3703-3712.
- RABINOW P. et ROSE N., 2006. « Biopower Today », *BioSocieties*, 1, 2: 195-217.
- RATCLIFFE F. N., 1931. *The Flying-fox (Pteropus) in Australia*. Melbourne, Council for Scientific and Industrial Research.
- RICCUCCI M., 2012. « Bats as Materia Medica: An Ethnomedical Review and Implications for Conservation », *Vespertilio*, 16: 249-270.
- ROBERTSON J. et HALL P., 2011. « Flying foxes rule as Hendra fears rise », *The Courier-Mail QLD*, 23 juillet [en ligne], <https://www.couriermail.com.au/news/queensland/hmm-to-cull-or-not-to-cull/news-story/a0c28a83619faf59b85edefad1566458?sv=cc080bbda52e1c4b47cf1052179d6c55> (page consultée le 5 septembre 2020).
- ROSE D. B., 2011. « Flying Fox: Kin, Keystone, Kontaminant », *Australian Humanities Review*, 50: 119-136.
- ROTH W., 1901. « Food: Its search, capture, and preparation », *North Queensland Ethnography Bulletins*, 3.
- ROTH W., 1903. « Superstition, Magic, and Medicine », *North Queensland Ethnography Bulletins*, 5.
- SMITH B. R., 2005. « “We got our own management”: local knowledge, government and development in Cape York Peninsula », *Australian Aboriginal Studies*, 2: 4-15.
- SPENCER B. et GILLEN F. J., 1899. *The Native Tribes of Central Australia*. Londres, Macmillan.
- STENGERS I., 1996. *Cosmopolitiques I. La guerre des sciences*. Paris, les Empêcheurs des penser en rond.
- THOMSON M. S., 2007. « Placing the Wild in the City: “Thinking With” Melbourne’s Bats », *Society and Animals*, 15, 1: 79-95.
- WANG L. F. et COWLED C. (eds), 2015. *Bats and Viruses: A New Frontier of Emerging Infectious Diseases*. Hoboken, Wiley-Blackwell.
- WANG L. F. et ANDERSON D. E., 2019. « Viruses in Bats and Potential Spillover to Animals and Humans », *Opinion in Virology*, 34: 79-89.
- WESTCOTT D., HEERSINK D., MCKEOWN A. et CALEY P., 2015. *Status and Trends of Australia’s EPBC-Listed Flying-Foxes: A Report to the Commonwealth Department of the Environment*. Canberra, CSIRO.

WESTCOTT D., 2016. *Flying-foxes and Communities in Australia: A Factsheet for the House of Representatives Standing Committee on the Environment and Energy Inquiry into the Impact of Nationally Protected Flying-foxes on Communities in the Eastern States of Australia*. Canberra, Australian Parliament Hansard.

WIETHOELTER A. K., SAWFORD K., SCHEMBRI N., TAYLOR M. R., DHAND N. K., MOLONEY B., WRIGHT T., KUNG N., FIELD H. E. et TORIBIO J.-A. L. M. L., 2017. « “We’ve Learned to Live With It”—A Qualitative Study of Australian Horse Owners’ Attitudes, Perceptions and Practices in Response to Hendra Virus », *Preventive Veterinary Medicine*, 140: 67-77.

NOTES

1. Étude de l'évolution des souches virales permettant de dater l'apparition d'un virus.
2. Les chauves-souris établissent des camps de plusieurs centaines ou milliers d'individus dans les mangroves, aux abords des marais, dans les zones forestières et parfois dans les parcs et jardins des villes. Leur période active débute à la tombée de la nuit où elles quittent leur camp en masse pour se nourrir de nectar, de pollens et de fruits dans les arbres de la région.
3. “The head vet of Queensland is saying, ‘Keep your horses away from the bats’. Well, I'm doing that but the bats aren't keeping away from my horses. Fifty thousand infected bats are pooping on my horses, their grass and their water every day.”
4. Gaz létaux, lance-flammes, explosifs et grillages électriques tendus au-dessus des plantations.
5. Queensland Government, Department of Environment and Science, « Damage mitigation permits for crop protection » [en ligne], <https://environment.des.qld.gov.au/wildlife/livingwith/flyingfoxes/damage-mitigation-permits.html> (page consultée le 5/09/2020).
6. Malgré la fin des initiations dans les années 1910-1920 et la perte d'un large pan du savoir traditionnel, certaines pratiques rituelles ont perduré de manière sporadique, notamment les cérémonies funéraires, les références identitaires aux totems, la pratique de la langue, les activités de chasse et de cueillette et la fréquentation des sites sacrés.
7. « The Queensland Parks and Wildlife Services (QPWS) sent a group of employees to the (Cape York) Penninsula to explain the disease, its relationship to the bats, and what precautions should be taken. [...] During the course of his presentation, one of the QPSW scientists explained that a large colony of bats present in Coen had flown up from Ravenshoe (a town several hundred of km to the south). After the meeting, one of these (older Aboriginal) me came up to me to ask whether I ‘should’ve told ‘em where foxes really come from’. Several of my respondents had previously told me some of the knowledge pertaining the flying foxes, in particular that they come from the mouth of the ‘rainbow serpent’, a powerful creator being still present and active in the region’s landscape, particularly in its over-ground and subterranean watercourse [...] (and who his known for) disgorging flying foxes from under the water. [...] »
8. Dans le cas des rituels de croissance des espèces documentés par Elkin, la non-performance du rituel entraîne généralement une extinction de l'espèce à proximité du site totémique dont elle dépend, marquant ainsi une influence des humains sur les animaux.
9. Le mythe associé à Kalkajaka évoque l'histoire de deux frères se battant pour une femme python, mais aucun des personnages ne semble directement lié aux chauves-souris.

RÉSUMÉS

Cet article examine la perception des frontières inter-espèces entre humains et chauves-souris au regard du dispositif de biosécurité déployé autour du virus Hendra (HeV) en Australie du nord-est. La zoonose hautement létale provoquée par le HeV circule entre les chauves-souris, les chevaux et les humains et reconfigure les relations entre ces trois espèces en désignant les chauves-souris comme des réservoirs de pathogènes, à l'origine de possibles épidémies. Pourtant, ces mammifères sont aussi considérés comme des espèces clés, jouant un rôle vital dans l'équilibre écologique de la forêt australienne. En s'appuyant sur l'anthropologie des zoonoses et les études interspécifiques, l'article analyse les pratiques et les représentations de différents groupes aborigènes et non aborigènes en contact avec les chauves-souris, et interroge la notion de distance aux animaux comme variable de contamination. Il apparaît que l'ontologie totémique, présente chez les Aborigènes, soutient des pratiques cynégétiques et médicinales qui remettent en cause certains principes de la biosécurité et font émerger une conception spatiale de la maladie, proche des agencements de la santé environnementale.

This essay investigates the perception of interspecies frontiers, analysing the relations between humans and bats in the context of the Hendra zoonotic disease in north-eastern Australia. The Hendra virus (HeV) is responsible for a highly lethal zoonosis, moving between fruit bats, horses and humans, redefining the relations between these three species. In this configuration bats are designated as reservoirs for emerging infectious diseases. However, they are also a keystone protected species that plays a central role in the ecological balance of Australian forests. Based on the anthropology of zoonoses and interspecies studies, this research describes the perception of the indigenous and non-indigenous groups in close contact with flying-foxes. Distances between humans and animals and the way in which they are perceived have an impact on potential contamination. The human-animal proximity in local indigenous medicine, hunting practices and totemic references, reveals a complex entanglement that challenges several key concepts within the biosecurity paradigm.

INDEX

Keywords : Australia, bats, biosecurity, environment, totem, virus

Mots-clés : Australie, biosécurité, chauves-souris, environnement, totem, virus

AUTEUR

ARNAUD MORVAN

Laboratoire d'anthropologie sociale, Collège de France, 3 rue d'Ulm 75005 Paris (France),
arvan7933@gmail.com