Didier Fassin

LES MONDES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Excursions anthropologiques

Cours au collège de France 2020-2021

DIDIER FASSIN

SEUIL

LES MONDES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

DIDIER FASSIN

LES MONDES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Excursions anthropologiques

Cours au Collège de France, 2020-2021

ÉDITIONS DU SEUIL
*57, rue Gaston-Tessier, Paris XIX^e^*

Cet ouvrage est publié dans la collection
« La Couleur des idées »

ISBN 978-2-02-148614-8

© Éditions du Seuil, septembre 2021,
à l'exception de la langue anglaise

Le Code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective. Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants cause, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

www.seuil.com

À celles et à ceux qui travaillent
à faire entendre des vérités sans nom
et des voix sans visage

Sommaire

Remerciements 11

Préface. Problématisation 13

Naissance de la santé publique. 23
Leçon du 14 avril 2021

Vérité du chiffre 59
Leçon du 5 mai 2021

Frontières épistémiques 101
Leçon du 12 mai 2021

Thèses conspirationnistes 141
Leçon du 19 mai 2021

Crises éthiques 181
Leçon du 26 mai 2021

Exils précaires. 221
Leçon du 2 juin 2021

Épreuves carcérales 261
Leçon du 9 juin 2021

Lectures de la pandémie. 299
Leçon du 16 juin 2021

Références. 351

Index 377

Remerciements

Ce cours a été préparé dans le cadre de la chaire annuelle de santé publique du Collège de France, à laquelle j'ai été élu en 2019. Je remercie Philippe Sansonetti d'en avoir été à l'origine. Je suis reconnaissant à Séverine Nikel et à Julie Clarini d'en avoir accepté la publication et de m'avoir fait d'opportunes suggestions, ainsi qu'à Benoît Bénard pour sa relecture exigeante du manuscrit. Ces leçons et l'ouvrage qui en résulte ont été pour moi l'occasion de m'immerger dans un domaine dont je m'étais éloigné – la santé publique – et de le revisiter à partir de travaux conduits il y a plusieurs années tout en mobilisant des matériaux nouveaux pour moi. Il m'est donc impossible d'exprimer ma dette à l'égard de toutes celles et tous ceux que j'ai rencontrés, avec lesquels j'ai travaillé, auprès desquels, parfois, j'ai vécu, en Équateur, en Afrique du Sud, aux États-Unis et, bien sûr, en France, tout comme à l'égard de celles et ceux parmi lesquels j'ai appris puis, un temps, pratiqué et enseigné la santé publique, avant de m'orienter vers les sciences sociales. Cette investigation a évidemment pris un sens particulier puisqu'elle s'est déroulée alors que le monde se trouvait confronté à une crise sanitaire majeure. Une part importante des leçons a d'ailleurs été rédigée alors que j'étais confiné dans ce lieu propice à la réflexion et à l'écriture qu'est l'Institute for Advanced Study de Princeton.

PRÉFACE

Problématisation

> Problématisation ne veut pas dire représentation d'un objet préexistant ni non plus création par le discours d'un objet qui n'existe pas. C'est l'ensemble des pratiques discursives ou non discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée.
>
> Michel Foucault, *Le Souci de la vérité*, 1984

La santé publique a fait irruption dans le monde au début de l'année 2020. On peut même, pour ce qui est de la France, dater ce moment avec précision : le 17 mars, premier jour de l'interdiction de déplacement imposée à la majorité de la population. Car ce qui fait la singularité de l'épidémie de covid[1] ne tient pas aux caractéristiques de l'infection, certes grave, quoique moins contagieuse que la rougeole et moins létale que le sida, mais à la manière dont les sociétés ont réagi à sa survenue. La pandémie et les réponses qui lui ont été apportées sur tous les continents ont en effet provoqué un bouleversement planétaire des activités humaines. Dans le cas français comme dans bien d'autres, le confinement a représenté une expérience sans précédent, sauf à rappeler, sous certains aspects, la réponse aux épidémies de peste à la fin du Moyen Âge et de choléra au début du dix-neuvième siècle. La police sanitaire, avec son appareil de prohibitions, d'obligations, de contrôles et de sanctions, a en effet été la forme la plus commune qu'a prise la santé publique,

y compris après l'arrivée de la vaccination. Mais elle a eu bien d'autres expressions : distanciation dite sociale, port du masque, pratique de tests, isolement des malades, recherche de contacts, annonce récurrente et vite démentie de traitements, compétition féroce et souvent inégale dans la recherche d'un vaccin, comptage public quotidien des nouveaux cas et des nouveaux décès, dispositif de surveillance informatique intrusif ou inopérant, sans parler des mesures exceptionnelles d'accompagnement tant économiques que sociales destinées à prévenir les faillites d'entreprises, à limiter les licenciements de personnels et à pallier les conséquences de la paupérisation brutale de nombreux foyers. La mise en œuvre de cette politique s'est accompagnée d'hésitations et de revirements, de débats et de controverses, de déclarations martiales et d'affirmations contradictoires, de mensonges flagrants et d'obstructions mortifères. En France comme dans une grande partie du monde, tout ce qui fait le mouvement des sociétés s'est brusquement mis à tourner autour de questions sanitaires. La santé publique, qui n'était jusqu'alors, pour beaucoup, qu'une réalité abstraite, une obscure matière administrative, un domaine d'expertise plutôt rébarbatif, est devenue ce au nom de quoi on gouvernait les vies – un « gouvernement des vivants », pour citer la formule de Michel Foucault[2]. Il faudrait, du reste, la prendre au mot, plus qu'il ne le fait lui-même, en la considérant comme le gouvernement des êtres humains en tant qu'ils sont des vivants et doivent, « quoi qu'il en coûte », le rester.

Or il se trouve que, quelques mois avant que ne soient diagnostiqués les premiers cas de covid, j'avais été élu à la chaire annuelle de santé publique du Collège de France. Mon cours devait commencer le 29 avril, soit six semaines après l'annonce du confinement. Il n'eut donc pas lieu et fut reporté d'un an, quoique dans des conditions presque identiques, en raison à la fois d'une nouvelle vague épidémique, malgré les débuts de la vaccination, et d'une nouvelle décision de

confinement, quoique sous une forme moins draconienne. Car, contrairement aux espérances de beaucoup et aux prévisions de certains, l'infection était toujours présente, menaçante. Dans l'intervalle, cependant, mon cours avait pris une signification nouvelle. Naguère à peine identifié, son objet – la santé publique – était devenu le principal sujet de conversation et de préoccupation, s'insinuant dans le quotidien de chacun comme sur la scène nationale et dans les relations internationales. Mais comment saisir cet objet qui avait brusquement envahi l'espace public autant que le domaine privé au point de mobiliser presque toute l'attention des médias, des politiques et des citoyens ? Fallait-il recentrer mon analyse autour de la seule pandémie, qui se prêtait, à bien des égards, à une lecture anthropologique, en se privant cependant de la richesse d'un domaine si multiple et divers ? N'était-ce pas céder aux sirènes du présentisme, en oubliant que la santé publique a une histoire longue qui peut informer les anxiétés contemporaines ? N'était-ce pas aussi consentir à une forme d'ethnocentrisme, en perdant de vue que nombre de sociétés se débattaient face à d'autres problèmes sanitaires plus graves ? J'ai donc décidé d'une approche alternative, en partant d'une scène ordinaire et méconnue, pour, au fil des leçons, en décliner les différentes dimensions à travers diverses études de cas et, finalement, montrer comment chacune d'elles éclaire autrement la pandémie de covid.

Cette scène, c'est la naissance, en France, de l'épidémie de saturnisme infantile, c'est-à-dire d'intoxication au plomb chez l'enfant, à la fin des années 1980. On peut l'appréhender à la fois en termes de production sociale, résultat d'un raidissement des politiques de l'immigration et d'un ralentissement des politiques du logement, et en termes de construction sociale, à travers les tâtonnements, les errements et les résistances des agents impliqués. Trait d'union des leçons, cette enquête me permet d'explorer des aspects, plus ou moins insolites mais pourtant essentiels, de la santé publique : la puissance du

positivisme, les confins de la maladie, les théories du complot, les tests de moralité, les défis posés par la santé des migrants et des prisonniers. Cette exploration transporte lecteurs et lectrices de la France, qui présente le taux de suicide en prison le plus élevé d'Europe, à l'Afrique du Sud, qui a été la plus durement affectée par l'épidémie de sida, et à l'Équateur, qui s'est prévalu du taux officiel de mortalité maternelle le plus élevé du continent latino-américain ; des controverses scientifiques de ladite guerre des vers au Kenya aux confrontations entre médecins et patients autour du syndrome de la guerre du Golfe aux États-Unis ; de la pathologie exotique des instituts Pasteur à la psychiatrie coloniale de l'École d'Alger ; de la genèse du traumatisme psychique pendant la guerre de 14 au dénombrement des morts lors de la canicule de 2003[3]. Le parcours se clôt par un examen de la pandémie de covid à la lumière de chacune des dimensions étudiées lors des leçons précédentes, afin d'en proposer une vision renouvelée – de la revisiter avec un regard qu'on peut dire anthropologique.

L'anthropologie, telle que je la conçois, est en effet une manière de regarder le monde autrement, de considérer, comme le fait Ulrich, l'homme sans qualités de Robert Musil, que « ce qui est pourrait aussi bien être autre[4] ». Elle est un exercice de désaccoutumance intellectuelle. Elle dispose, pour ce faire, de plus d'un siècle de travaux d'anthropologues qui ont exploré les multiples facettes des activités et des relations humaines en divers lieux de la planète, des Nuer du Sud-Soudan aux Nambikwara du Brésil, aussi bien que parmi des groupes différents de leur propre société, des désorceleurs du Bocage mayennais aux experts canadiens de la maladie d'Alzheimer, et ont ainsi appris que tout ce qui peut paraître aller de soi dans un cadre donné se présente ailleurs d'une toute autre manière[5]. Ce relativisme culturel ne les conduit cependant pas à devenir des chasseurs d'exotisme, bien au contraire. Comme y insiste Jean Bazin, confrontés à l'altérité, ils s'efforcent de la réduire en se familiarisant

avec les mondes sociaux, lointains ou proches, dans lesquels ils mènent leurs enquêtes[6]. Cette pratique conduit à rendre intelligibles des phénomènes qualifiés d'imaginaires par les spécialistes, telle la maladie de Lyme chronique, en montrant qu'ils résultent de l'impossible confrontation entre l'authenticité de la souffrance des malades et l'autorité du savoir des médecins, aussi bien que de faits suscitant l'indignation ou la dérision, comme les interprétations paranoïdes autour du sida, dont on peut établir qu'elles ont une valeur heuristique aidant à comprendre les lignes de fracture cognitive dans les sociétés contemporaines. Mais elle amène également à se défamiliariser de son propre univers social, à en rendre les évidences moins évidentes, par exemple à s'interroger sur la croyance en une vérité unique et neutre du chiffre pour décrire les faits de santé, quand la validité des essais randomisés se trouve contestée ou que l'interprétation de statistiques de décès fait l'objet de disputes, et à mettre en cause l'existence d'un domaine à part qualifié de santé des migrants comme si les exilés présentaient des pathologies spécifiques, alors qu'en réalité la dégradation de leur condition sanitaire est le produit de la manière dont ils sont traités par la société dite d'accueil. Qu'il existe de nombreuses façons d'être au monde et que celle qui leur a longtemps paru la seule juste ne l'est pas nécessairement plus que d'autres, l'anthropologue le sait ainsi par sa propre expérience et par l'expérience de celles et ceux qui l'ont précédé.

C'est un tel déplacement du regard sur la santé publique que j'ai proposé d'opérer dans ce cours. Je lui ai donné comme sous-titre l'expression « excursions anthropologiques ». Excursion, indique le dictionnaire, veut dire « action de parcourir une région pour l'explorer, la visiter ». Le mot, qui apparaît en français au seizième siècle, mais ne deviendra commun que longtemps plus tard, vient du latin *excursio*, qui signifie « voyage », « incursion », et au sens figuré « champ libre », « digression »[7]. Cette idée d'exploration, de

liberté, d'investigation aventureuse suggère la méthode de mon enquête. Elle explique ma préférence pour une forme souvent narrative, à la manière de ce que pourrait être un récit de voyage dans les « mondes de la santé publique »[8]. Je parle ici de mondes non pas au sens de géographies particulières ou d'activités spécifiques, mais en tant qu'ensembles de questions se posant à la société dans le langage de la santé publique et présentant une certaine communauté d'enjeux – autour de la volonté de quantifier, de la légitimation des savoirs, de la signification du conspirationnisme, des logiques de l'immoralité, des disparités dans le traitement des personnes exilées ou détenues[9]. Le mot « enjeux » est important. Il faut le prendre dans le sens, plus large qu'il n'est d'usage, de ce qui est socialement en jeu, de ce qui se joue dans et pour la société. Ces enjeux ne sont pas donnés d'avance ou bien une fois pour toutes. D'une part, ils font l'objet, entre les agents et les institutions concernés, de négociations, de disputes, de controverses, de luttes pour les faire émerger ou au contraire les rendre invisibles. Mais, d'autre part, le chercheur qui les analyse participe lui-même de leur constitution et de leur reconnaissance. Dans les enquêtes que je présenterai, je considérerai les enjeux à travers ce double filtre, interne et externe, grâce auquel la santé publique apparaît simultanément comme un miroir tendu à la société et un reflet que cette dernière lui renvoie.

Ce choix méthodologique et théorique d'une entrée par les enjeux revient donc à la fois à utiliser un prisme qui réfracte la santé publique en une série d'images et à saisir comment en retour des questions plus vastes peuvent être appréhendées à travers les images ainsi réfractées. La « vérité du chiffre » invite à réfléchir sur la manière dont le travail de quantification prétend représenter les faits sociaux et sanitaires. Les « frontières épistémiques » interrogent la confrontation de conceptions profanes et savantes de la maladie adossées à des légitimités concurrentes. Les « thèses conspirationnistes »

révèlent des réactions de défiance à l'égard des savoirs autorisés et des pouvoirs officiels. Les « crises éthiques » dévoilent des mécanismes de violation des droits et de détournement des biens communs au bénéfice d'intérêts privés. Quant aux enquêtes portant sur les « exils précaires » et les « épreuves carcérales », elles permettent d'appréhender, à travers deux catégories, les migrants et les prisonniers, devenues centrales pour penser les sociétés contemporaines, la généalogie et la sociologie de l'administration de populations soumises à des formes diverses de surveillance et de répression de la part de l'État. La réfraction de la santé publique en ces enjeux multiples en offre ainsi une autre intelligibilité sans en épuiser le spectre. Elle est toujours une lecture ouverte.

On voit combien cette approche se différencie de celles qui ont dominé les études de sciences sociales autour de la santé publique. La plus classique a considéré cette dernière comme un ensemble de savoirs et de pratiques autour de la prise en charge collective des maladies, dont il était possible de suivre la constitution et l'évolution à travers le temps en remontant à l'Antiquité gréco-romaine[10]. La plupart des recherches se situant dans cette perspective se sont cependant limitées à des temporalités moins longues et à des objets plus précis, qu'il s'agisse d'épidémies, de savoirs particuliers, telle la statistique, ou d'institutions spécifiques, comme les établissements psychiatriques. Leur contribution à la connaissance de ce domaine est essentielle. Par rapport à cette approche, la rupture foucaldienne, fondée sur une lecture généalogique, a été double[11]. D'une part, elle a consisté à placer la santé publique dans un cadre plus large de gestion des populations : c'est la biopolitique, qui se compose du travail à la fois de connaissance et d'action qu'autorise précisément la notion même de population, c'est-à-dire, notamment, des savoirs de la démographie afin de comptabiliser les naissances, les morts, les espérances de vie, la mobilité des individus, et des pratiques de gouvernementalité que sont la planification familiale, la

sécurité sociale, le contrôle migratoire. D'autre part, elle a établi une discontinuité dans le récit traditionnel, plus ou moins linéaire : c'est le passage de la souveraineté, comme droit de tuer, au biopouvoir, comme obligation de faire vivre, qui émerge autour du dix-huitième siècle en tant que signature de la modernité. Toutefois, au-delà de leurs différences manifestes, l'approche historique et l'approche généalogique tendent, chacune à leur manière, à donner une certaine unité, voire une cohérence, à leur objet : santé publique dans le premier cas, biopolitique dans le second. Ce que j'essaie de faire ici est différent. Je ne propose pas plus une représentation homogène de la santé publique qu'une théorie consistante de la biopolitique. Je décline plutôt cet objet incertain en une diversité d'enjeux qu'il s'agit de repérer, de telle sorte que les différentes pièces, progressivement réunies, finissent par esquisser, à la façon d'un puzzle incomplètement assemblé, une photographie de la santé publique qui n'en efface pas les lacunes. La pandémie de covid a d'ailleurs représenté un test en grandeur réelle, car les mondes que j'avais choisi d'étudier comme autant de fragments d'un discours sur la santé publique ont chacun trouvé place dans l'effort de composition que je présente dans la leçon finale.

Il me faut ici revenir sur le dilemme auquel m'a confronté le fait d'écrire dans le contexte pandémique, autrement dit dans un moment où un fait majeur de santé publique était en train de se produire. D'un côté, en attendant que les faits soient « refroidis » pour en rendre compte, le risque n'était-il pas de prêter le flanc aux critiques souvent adressées aux sciences sociales, et surtout à l'anthropologie, de ne jamais répondre présentes lorsque l'histoire est en marche sous les yeux des chercheurs ? Mais d'un autre côté, en livrant des analyses « à chaud », le danger n'était-il pas de courir après une actualité qui se modifiait presque quotidiennement, les assurances d'un jour se trouvant parfois contredites le lendemain, sans se donner le temps de la distanciation propre

à la réflexion scientifique ? En reliant mon enquête finale à celles présentées dans les leçons précédentes, il m'a semblé qu'il était possible de présenter une réflexion libérée à la fois de l'urgence à agir, qui tend à devenir une invitation à ne pas penser, et de l'impatience de dénoncer, qui finit par neutraliser toute possibilité de véritable critique. Ayant écrit en grande partie les sept premières leçons avant le début de la pandémie, j'ai donc conservé leur forme et leur propos[12], réservant pour la dernière mes réflexions sur la crise sanitaire – « considérations inactuelles » sur l'actualité permettant, je l'espère, de la lire autrement.

D. F., 1er avril 2021

1. Parmi les nombreuses manières d'écrire le nom de la maladie due au coronavirus désigné officiellement SARS-COV-2, j'ai choisi celle recommandée par l'Académie française, donc sans majuscule initiale. Il est du reste probable que comme pour le mot « sida », d'abord écrit SIDA puis Sida avant de prendre sa forme actuelle, le mot « covid » à son tour sera écrit en minuscules, du moins en français. J'éviterai cependant de trancher entre le masculin, qui correspond à l'usage, et le féminin, imposé par la règle, en l'utilisant, comme ici, en complément de nom.

2. En l'occurrence, l'expression qui donne au cours au Collège de France de 1979-1980 (Foucault, 2012a) son titre est quelque peu trompeuse, puisqu'il s'agit en fait de gouvernement de soi, de subjectivation à travers la soumission au pouvoir pastoral.

3. Ma pratique de l'écriture inclusive sera, dans cet ouvrage, la suivante. Lorsqu'il est possible, j'utiliserai à la fois le masculin et le féminin (ici, « lecteurs et lectrices »), mais je laisserai le masculin seul ou le féminin seul lorsque je me référerai à une activité nettement « genrée » (surveillant de prison, assistante sociale), ou bien lorsque je serai moi-même l'implicite sujet (« l'anthropologue »).

4. Le personnage principal du livre de Musil (1955, t. 1, p. 20), qui, dans les premières ébauches de l'ouvrage, significativement et ironiquement,

s'appelait Anders, c'est-à-dire Autre, est ainsi doué d'un « sens du possible », et toute l'écriture de l'auteur tend, comme le souligne Jean-François Vallée (2004, p. 28-29), à produire chez le lecteur un « effet d'étrangeté ou, à tout le moins de "défamiliarisation" ».

5. Les exemples donnés font bien sûr allusion aux travaux de E. E. Evans-Pritchard (1940) et Claude Lévi-Strauss (1955), d'une part, de Jeanne Favret-Saada (1977) et Margaret Lock (2013), d'autre part.

6. Établissant une distinction entre altérité et différence, Bazin (2008, p. 48) écrit : « Si étranges, voire parfois absurdes, que nous paraissent d'abord des actions humaines, il doit y avoir un point de vue d'où, une fois mieux connues, elles se révèlent seulement différentes des nôtres : c'est en quoi leur description est anthropologique. »

7. Cf. Rey (2001) et Gaffiot (1934).

8. Ce choix de la narration trouve en partie sa justification de ce que Laurent Demanze (2019, p. 113) appelle « la force démocratique de la narration », que j'emploie dans un sens un peu différent du sien, puisqu'il s'agit pour moi de rencontrer, par le récit, une audience plus large et de lui donner ainsi plus aisément accès au travail de l'enquête.

9. Ces mondes se distinguent des « mondes sociaux » que les interactionnistes, notamment Anselm Strauss (1978), ont théorisés et qui se constituent autour d'activités mobilisant des technologies et évoluant en organisations.

10. Cf., par exemple, la classique somme de George Rosen (1958).

11. Cf., bien sûr, le premier volume de l'*Histoire de la sexualité* (1976).

12. Le lecteur ou la lectrice qui aurait suivi les leçons en ligne constaterait quelques variations entre leur version orale et leur version écrite. C'est que cette dernière était un peu trop longue pour le format d'une heure du Collège de France. Par ailleurs, certains éléments de la préface se sont retrouvés dans la première leçon telle que prononcée dans la mesure où ils visaient à introduire le cours. Quant à la dernière leçon, elle a été fortement augmentée dans le livre de façon notamment à reconstituer en partie l'histoire de la pandémie, qu'une lecture éloignée dans le temps pourrait avoir estompée. Pour le reste, les deux versions sont très proches.

Naissance de la santé publique

Leçon du 14 avril 2021

Connaissance experte et sciences sociales. – Refus d'une théorie de la santé publique. – Exploration de ses enjeux pour comprendre les sociétés contemporaines. – Étude d'un cas paradigmatique. – D'une maladie rare à une épidémie silencieuse. – Deux démarches, deux langages, deux politiques. – La découverte et l'invention. – Travail et travailleurs. – Ignorance, négligence et résistance. – Un secret public. – Variations culturalistes. – Économie politique et économie morale. – Construction et production sociales de la santé publique.

Curieuse histoire que celle de ce cours, rattrapé, précisément, par l'histoire. Portant sur la santé publique, il s'est trouvé empêché l'an passé par la survenue d'un problème de santé publique d'ampleur inédite. La pandémie de covid a en effet rendu impossible la présentation de ces leçons et, plus largement bien entendu, elle a paralysé la vie économique, culturelle et sociale de la France comme de la plupart des pays du monde. Elle n'en a par conséquent révélé qu'avec plus d'éclat la pertinence et même l'urgence d'étudier cet objet jusqu'alors relativement incertain : la santé publique. Épidémiologistes et statisticiens, biologistes et médecins, économistes et politistes s'y sont employés, se faisant parfois conseillers du prince ou critiquant ses décisions, s'exprimant avec prudence ou avec assurance, annonçant des catastrophes ou promettant des panacées, exhortant la population à adopter

des règles de bonne conduite, influençant par leurs analyses et leurs avis des décisions qui pouvaient avoir des implications considérables sur la vie de millions d'hommes et de femmes.

Dans ce concert d'experts, quelle partition peuvent jouer les historiens, les sociologues, les anthropologues, ceux qu'on représente, même s'ils n'en ont pas l'exclusivité, comme chercheurs en sciences sociales ? Eux ne sont certainement pas des experts, et ce qu'ils proposent est peut-être justement ce qui résiste à l'expertise. Non qu'ils en contestent l'importance pour gouverner une crise aussi grave que celle que traverse le monde et dont les soubresauts se feront sentir bien des années encore. Mais ils affirment, par leurs recherches et par leurs réflexions, que pour affronter un tel événement une société doit s'appuyer sur autre chose que des expertises. Un autre mode de connaissance est possible, plus distancié peut-être, ou plutôt engagé d'une manière différente, moins pour dire ce qu'il faut faire que pour comprendre ce qui est en jeu, avec la conviction qu'une telle compréhension a des implications politiques autant qu'éthiques. En réponse à la pandémie, l'interruption de l'activité normale des entreprises, des écoles, des universités, des théâtres, des festivals, des lieux de divertissement, des clubs de sport, des institutions de recherche, la suspension des libertés publiques et des droits fondamentaux, comme se déplacer, se réunir, manifester, l'introduction de dispositifs intrusifs de surveillance des comportements et de répression des écarts à la norme, l'interdiction de l'accompagnement des malades et des mourants par leurs proches, les restrictions drastiques imposées dans l'organisation des funérailles, sont autant d'éléments de la réponse à la pandémie soulignant la gravité d'enjeux politiques et éthiques qui appellent une approche distincte de celle des experts. Il s'agit de penser un monde en mutation dans lequel la santé publique joue un rôle de catalyseur. Les sciences sociales, qu'elles soient historiques, sociologiques ou anthropologiques, apportent des clés de lecture qui mobilisent

des éclairages du passé et de l'ailleurs, l'étude de matériaux empiriques et une tradition de démarche critique.

C'est cet autre regard que ce cours propose. Faut-il le commencer par une définition de la santé publique ? Une revue de la littérature, il y a un quart de siècle, en dénombrait déjà une soixantaine, mais la plus souvent citée est celle, classique, de Charles-Edward Winslow en 1920 : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté, pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des services sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé[1]. » Il existe certes des formulations plus récentes mettant en avant des modalités plus sophistiquées et des expressions plus démocratiques, mais aucune n'échappe à la double dimension normative et administrative d'une discipline censée être au service de l'action publique pour le bien-être collectif en matière de santé. On comprend que l'historienne britannique Dorothy Porter puisse déclarer en ouverture de son ouvrage de référence dans ce domaine : « Pour beaucoup d'étudiants l'idée de se voir enseigner l'histoire de la santé publique provoque un irrésistible bâillement[2]. » Comment donc éviter que l'anthropologie de la santé publique ne suscite à son tour la même réaction d'ennui ? Comment épargner aux lecteurs et aux lectrices la discussion sur la délimitation du domaine de la santé publique, son idéologie, ses procédures et ses politiques, avec l'intention ultime d'en proposer une théorie générale ?

Dans son cours intitulé « Naissance de la biopolitique », qui est en réalité une enquête sur les origines du libéralisme et non sur la naissance de la biopolitique comme il le reconnaît

lui-même dans le résumé qu'il en rédige à la fin de l'année, Michel Foucault, qui veut montrer comment le libéralisme s'est construit contre l'État ou tout au moins sur la limitation de ses prérogatives, imagine ses interlocuteurs lui reprochant, dit-il, de « faire l'économie d'une théorie de l'État », et il leur répond : « Oui, je fais, je veux faire et je dois faire l'économie d'une théorie de l'État comme on peut et on doit faire l'économie d'un repas indigeste[3]. » Il me semble que, si l'on se hasardait à l'élaborer, une théorie de la santé publique risquerait précisément de s'apparenter à un repas indigeste, d'autant que la liste de ses activités se présente comme un menu assurément copieux sans être particulièrement gastronomique, puisqu'il mêle hygiène collective, éducation sanitaire, surveillance épidémiologique, lutte contre les infections, prévention des maladies, protection de l'environnement, organisation des soins, contrôle des médicaments, prise en charge des handicaps, vérification des conditions de travail, administration des professions médicales et paramédicales, et bien d'autres encore.

Qu'on ne se méprenne toutefois pas sur la remarque ironique de Foucault. Refuser de faire une théorie de l'État n'est pas refuser de penser l'État ou plus précisément les pratiques relevant de son action. C'est plutôt, dans son esprit, récuser l'idée qu'il puisse y avoir « une essence de l'État », autrement dit qu'on puisse commencer par se demander ce qu'est cet « universel politique » qu'on appelle l'État. Car, selon lui, « l'État, ce n'est rien d'autre que l'effet mobile d'un régime de gouvernementalités multiples », dont il faut étudier les pratiques. Suivant une démarche assez similaire, mon propos, dans ce cours, sera de traiter de la santé publique non comme un fait social total, pour utiliser la célèbre formule maussienne, mais à travers une diversité de faits sociaux partiels dans lesquels elle se trouve ou s'est trouvée engagée. La question à laquelle j'essaierai de répondre n'est pas : qu'est-ce que la santé publique ? mais plutôt : quels sont les enjeux,

théoriques et épistémologiques, politiques et moraux, que les problèmes considérés comme relevant de la santé publique permettent d'éclairer, et comment ces enjeux contribuent-ils simultanément à en constituer le domaine ? Plus largement, comment ces enjeux participent-ils de la compréhension des sociétés contemporaines ?

Commençons donc par le commencement : la naissance de la santé publique. Naissance ne doit pas s'entendre ici comme l'origine de la discipline ou du domaine qu'on appelle santé publique : je me suis livré dans *L'Espace politique de la santé* à cette entreprise généalogique, en remontant jusqu'aux sociétés romaine et inca, et même africaines précoloniales[4]. Il s'agit plutôt de saisir, dans des circonstances particulières, le moment où elle émerge comme une réalité nouvelle dans le monde social, le moment où elle vient à être reconnue. Je reprends ici une enquête historique et sociologique conduite au début des années 2000 il y a quelques années à Paris et en Seine-Saint-Denis sur une épidémie singulière puisqu'elle n'implique pas un microbe mais un métal lourd : le plomb, et je m'attacherai plus particulièrement au saturnisme infantile[5]. Cette enquête servira en quelque sorte de fil rouge tout au long de ces leçons. Comme l'écrit l'historienne de la médecine Elizabeth Fee, « l'intoxication des enfants par le plomb des peintures est un problème classique de santé publique, touchant, bien au-delà de la science, la politique, l'économie, l'éducation et l'appartenance raciale[6] ». À cette liste, j'ajouterais volontiers la morale et l'éthique.

Problème classique, donc, le saturnisme infantile est l'un des plus étudiés en santé publique depuis un siècle, ayant donné lieu à une véritable industrie scientifique, notamment aux États-Unis. C'est cependant son histoire française, peu connue, que je voudrais relater. Je le ferai de manière à rendre compte de sa double dimension, qui vaut pour tout problème sanitaire : sa construction sociale par les agents, humains ou non, médecins et experts ainsi que les dosages biologiques et

les tests statistiques qui ont conduit à la reconnaissance de sa réalité, de sa gravité et de ses causes ; et sa production sociale par des phénomènes structurels mêlant l'histoire, l'économie, le droit, les politiques de peuplement et de logement, qui ont abouti au risque pesant sur la vie de jeunes enfants en raison de la présence de plomb dans leur environnement. Parce que le cas du saturnisme infantile est véritablement paradigmatique, je le traiterai avec un degré de détail qui me semble nécessaire pour en déployer les multiples dimensions.

En 1987, la *Revue de pédiatrie* publie un article de sept pages, intitulé « L'intoxication par le plomb chez l'enfant. Un problème toujours actuel »[7]. L'auteur y rapporte trois cas cliniques observés dans un hôpital parisien, dont le plus tragique concerne « l'enfant Sylla B. âgé de 2 ans et 3 mois amené le 7 mars 1986 aux urgences en état de coma profond ». Ses parents sont décrits comme étant « d'origine malienne ». Un an plus tôt, il a été traité pour une anémie par carence en fer et on a constaté à cette occasion qu'il souffrait d'un important retard staturo-pondéral. Dans les jours précédant son hospitalisation, il présente des « douleurs abdominales » et « des vomissements incoercibles ». Tous les examens complémentaires, y compris la ponction lombaire et la recherche de toxiques, s'avèrent normaux, mais le scanner montre un « œdème cérébral diffus » pour lequel un traitement antiviral est entrepris dans l'hypothèse d'une encéphalite herpétique. L'enfant, dont l'état ne s'améliore pas, est transféré en réanimation où, pendant un mois, les médecins ne parviennent toujours pas à établir le diagnostic de ses graves troubles de conscience. Finalement, presque par hasard, sur une radiographie de l'abdomen, on découvre des « micro-opacités dans le rectum » qui conduisent à évoquer une ingestion de plomb. L'interrogatoire des parents révèle alors que l'enfant « absorbe des écailles de peinture d'une fenêtre de l'appartement » où vit la famille. Le dosage de la plombémie montre un taux de 3 720 µg/l, soit plus de dix fois la limite supérieure

alors tolérée. Malgré un traitement par des chélateurs, produits qui se lient dans le sang avec les métaux lourds et forment des complexes pouvant être éliminés par voie urinaire, l'enfant décède quelques heures seulement après le début de l'administration trop tardive de cette médication. Comme pour justifier la difficulté à établir le diagnostic, l'auteur de l'article observe : « L'intoxication par le plomb est connue depuis longtemps. En France, elle est rare chez l'enfant. » Il est vrai qu'une recherche bibliographique, quatre ans plus tôt, n'a repéré que dix cas en vingt-cinq ans dans la littérature pédiatrique française. Afin, donc, d'aider à la reconnaissance du saturnisme infantile, le pédiatre formule des recommandations, insistant sur la nécessité d'évoquer, devant certains symptômes, l'éventualité de cette pathologie dont le diagnostic par un simple dosage sanguin est facile pour autant qu'on y pense, et il propose même une liste de « produits contenant du plomb et susceptibles d'intoxiquer l'enfant » dans laquelle on trouve entre autres, pêle-mêle, « journaux et matériel d'imprimerie », « poterie artisanale émaillée », « fumée et cendre provenant de l'incendie de casier de batterie », « revêtement de stylo, mine de crayon rouge, jaune, orange », « emballage de métal comme les tubes de dentifrice », « fard pour les yeux venant d'Afrique ou d'Asie ». Fait notable, la « peinture » vient seulement en fin d'énumération avec l'indication que, bien qu'interdit « depuis le début du siècle », le plomb s'y trouve encore dans les « habitations d'avant 1940 ». Ainsi se présente donc le saturnisme infantile en 1987 : une maladie exceptionnelle, causée par l'ingestion d'une variété de produits plus ou moins insolites, donnant lieu à des manifestations neurologiques sévères, et vue dans les hôpitaux par des pédiatres.

En 1999, un rapport de quatre cent quatre-vingts pages intitulé *Plomb dans l'environnement. Quels risques pour la santé ?* est publié par l'Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale[8]. Résultat d'une « expertise

collective », il a réuni douze spécialistes d'épidémiologie, de biostatistique, d'économie, de toxicologie, de neuropharmacologie, de biochimie, de génétique, de pédiatrie, de médecine du travail et de santé publique. Les auteurs s'intéressent notamment aux effets du plomb sur les fonctions cognitives de l'enfant, discutant près d'une quarantaine d'enquêtes du monde entier qui mettent presque toutes en évidence une corrélation statistique négative entre, d'une part, la présence dans le sang de plomb, y compris à des taux plus faibles que ceux jusqu'alors autorisés et, d'autre part, les résultats à des tests psychomoteurs, les apprentissages scolaires et les comportements en classe. De plus, les méta-analyses, qui visent à rassembler et synthétiser des séries d'études utilisant des méthodes proches, confirment que, même à des niveaux bas, la présence de plomb dans le sang est associée à une diminution du quotient intellectuel des enfants. Par ailleurs, une enquête sur un échantillon de 3 445 enfants âgés de 1 à 6 ans, extrapolée à la population entière grâce aux données du recensement, estime qu'en France 85 500 enfants de cette catégorie d'âge présentent une « imprégnation saturnine » réputée toxique. Quant à l'origine de la contamination, « la peinture est considérée comme la cause principale du saturnisme infantile », soulignent les experts, l'intoxication provenant « en grande partie de l'ingestion d'écailles et de poussières toxiques ». Pour lutter contre le saturnisme infantile, il est donc recommandé de dépister les enfants affectés et de les soustraire à leur environnement malsain. Dans le cadre d'un programme national de « surveillance », deux « stratégies » sont avancées pour reconnaître les enfants intoxiqués : l'une, écologique, consiste à identifier un « environnement à risque », tel que des immeubles vétustes, puis à mesurer la plombémie des sujets qui y résident ; l'autre, clinique, repose sur le repérage des « enfants à risque », à l'occasion d'une consultation, par l'interrogatoire des parents sur l'ancienneté de leur logement. En fonction de la stratégie adoptée, deux

interventions sont possibles. La première, collective, identifie dans le parc immobilier l'habitat construit avant 1948 et fortement dégradé pour y effectuer les travaux nécessaires. La seconde, individualisée, repère parmi les enfants exposés ceux effectivement contaminés et propose un relogement de la famille ou une réhabilitation de l'appartement. Le coût de l'opération se situe entre 1,7 et 3 milliards d'euros si l'entrée se fait par l'habitat malsain, et seulement de 0,4 à 0,8 milliard si elle se fait par les enfants dépistés, puisque dans ce dernier cas on se limite aux seuls logements dans lesquels des cas ont été découverts. Ainsi se présente donc le saturnisme infantile en 1999 : un problème fréquent, conséquence de l'exposition aux peintures dans l'habitat ancien, se manifestant par un risque statistique de troubles cognitifs, devant faire l'objet d'un dépistage national à la fois des logements vétustes et des enfants contaminés, et imposant des actions urgentes de rénovation de l'habitat en cause.

Douze années seulement séparent donc l'article du pédiatre hospitalier et le rapport de l'expertise collective, mais ce dont ils parlent et la façon dont ils en parlent semblent appartenir à deux univers entièrement différents. Pathologie rare dont on rapportait quelques observations, le saturnisme infantile est devenu ce que certains appellent désormais une épidémie silencieuse présentée comme priorité nationale. Du côté de la pédiatrie, la maladie du petit Sylla donnait lieu à une narration dramatique obéissant aux codes de présentation des cas cliniques en médecine, depuis son hospitalisation jusqu'à son décès, en passant par la longue quête diagnostique dans laquelle on assistait à l'élimination progressive des causes possibles de troubles de la conscience, celle qui emporte l'enfant étant finalement évoquée et reconnue trop tard. Du côté de l'expertise, l'estimation de l'intoxication par le plomb des populations infantiles procède d'enquêtes statistiques qui, d'une part, mettent en évidence que des taux même faibles de plomb dans le sang augmentent la probabilité de difficultés

scolaires, alors même que les enfants concernés ne présentent aucun symptôme, et, d'autre part, établissent sur la base d'un échantillon tiré au sort une estimation du nombre d'enfants contaminés dans le pays. Récit d'un côté, chiffres de l'autre. Cas pour les uns, population pour les autres. Maladie gravissime pour les médecins, risque quantifié pour les épidémiologistes. Anecdote dramatique pour les premiers, calcul statistique pour les seconds. Les pédiatres soulignent l'importance de signes tels que l'anémie, les douleurs abdominales et les troubles neurologiques, et ils orientent l'interrogatoire des parents vers la recherche d'une absorption d'écailles de peinture. Les experts, eux, recherchent l'imprégnation même en l'absence de toute manifestation discernable, et ils sélectionnent les enfants en demandant aux parents l'âge de leur logement. Les premiers se servent d'examens biologiques et radiologiques. Les seconds font appel à des cartes de l'habitat ancien dégradé. Les uns parlent de diagnostic ; les autres, de stratégies. Deux démarches, deux langages, deux politiques.

Mais deux réalités aussi. Comment comprendre en effet que le saturnisme infantile puisse passer d'une incidence de 10 cas en vingt-cinq ans (l'incidence mesure les nouveaux cas) à une prévalence de 85 500 cas quelques années plus tard (la prévalence indique les cas existant à un moment donné) ? Notons qu'ici l'incidence correspond à des cas observés (les 10 enfants ont été vus à l'hôpital) tandis que la prévalence se réfère à des cas estimés (le chiffre de 85 500 enfants est une projection sur la base d'un échantillon). Une évolution aussi spectaculaire en un peu plus d'une décennie signifie-t-elle une soudaine aggravation de l'exposition des enfants au plomb, comme on a pu parfois le constater sur certains sites lors d'un changement d'alimentation hydrique ou près de certaines usines productrices de fortes pollutions ? Y a-t-il donc eu de nouvelles sources d'intoxication par l'air, l'eau ou le sol ? A-t-on plus de familles de milieu défavorisé contraintes de se loger dans des immeubles vétustes dont les parties intérieures sont

recouvertes de vieilles peintures ? Assurément non. Toutes les études montrent au contraire que la suppression de l'essence au plomb a significativement réduit la présence des particules métalliques dans l'air. Par ailleurs, les anciens tuyaux de plomb servant au stockage ou au transport de l'eau sont progressivement remplacés. Quant à l'habitat le plus dégradé des grandes agglomérations, il fait de plus en plus l'objet de destructions et d'opérations immobilières d'autant plus faciles à organiser qu'il se situe souvent en centre-ville, où le prix du foncier est le plus élevé. D'ailleurs, même s'il faut se garder de tout triomphalisme en la matière, la mesure de la plombémie en population générale montre une diminution régulière[9]. Comment expliquer alors cette inflation saturnine de 10 à 85 500 cas en douze ans ? Cette extraordinaire évolution est en fait liée à l'existence de deux approches totalement différentes. À l'approche passive consistant à recevoir en milieu hospitalier des enfants souffrant généralement de manifestations graves s'est substituée une approche active reposant sur la reconnaissance des enfants exposés, précisément avant qu'ils ne présentent ces tableaux inquiétants. La première est celle de la médecine clinique ; la seconde, celle de la santé publique. Il faut toutefois souligner que cette dernière procède ici de deux logiques très distinctes dont les résultats se conjuguent : d'une part, la découverte de cas méconnus et, d'autre part, l'invention de nouveaux cas.

En effet, il y a d'abord un effort systématique de repérage des enfants intoxiqués grâce à des enquêtes ciblées soit sur l'habitat vétuste, selon la méthode écologique, soit dans des structures de soins, selon la méthode clinique. Un exemple de la première est une étude de 1985 portant sur les 52 personnes résidant dans deux immeubles où des cas de saturnisme ont été diagnostiqués à l'hôpital : 4 des 7 enfants de moins de 6 ans ont des taux de plombémie élevés, et le carottage des murs y révèle la présence de plomb à des niveaux inquiétants. Une illustration de la seconde est une étude de 1986

concernant 82 enfants qui ont consulté dans un centre de protection maternelle et infantile et dont les parents ont été interrogés sur l'ancienneté de leur habitation : 9 % présentent une intoxication saturnine sévère[10]. Pour qualifier la logique à l'œuvre dans ces deux études, on peut parler de découverte. Des enfants qui présentaient une présence de plomb anormalement élevée dans le sang, le seuil étant à cette époque fixé à 250 µg/l, ont vu leur intoxication identifiée et, du reste, certains présentaient même des signes cliniques ou radiologiques jusque-là passés inaperçus. Ils étaient en quelque sorte des malades qui s'ignoraient, ou que la médecine ignorait, et que l'enquête a reconnus. L'effort coordonné de quelques professionnels de santé a ainsi permis de dépister 1 500 nouveaux cas d'intoxication symptomatique en cinq ans dans la seule région Ile-de-France. C'est 150 fois plus que le nombre d'observations que les pédiatres français avaient rapportées en un quart de siècle, mais c'est encore 57 fois moins que l'estimation réalisée par les experts quelques années plus tard. Comment, donc, rendre compte de ce décalage persistant ?

En fait, dans cette inflation saturnine, une tout autre logique est à l'œuvre. Elle découle d'une redéfinition de l'intoxication au plomb. À la fin des années 1970, une enquête conduite dans l'État du Massachusetts au sein de la population générale met en évidence une association statistique négative entre les taux de plomb dentaire observés chez l'enfant, d'un côté, et diverses fonctions cognitives, de l'autre. C'est le début d'une série d'études menées dans différents pays qui établissent que, même à des niveaux faibles d'imprégnation saturnine, alors que les enfants concernés ne présentent aucun symptôme ni aucun signe de la maladie, il existe un risque statistique de quotient intellectuel abaissé, de performances moindres à des tests, de résultats scolaires plus faibles, et de déficit d'attention notés par les enseignants[11]. La norme de plombémie des pédiatres était déjà passée quelques années plus tôt de 350 à 250 µg/l. Sur la base de ces travaux épidémiologiques, le

seuil internationalement retenu devient 100 µg/l. C'est une évidence mathématique que plus le seuil s'abaisse et plus le nombre d'enfants dont le taux sanguin est considéré comme excessif augmente. Le chiffre élevé donné par le rapport d'expertise est en grande partie la conséquence de la modification du seuil. Mais cette modification a des effets considérables sur la définition même du saturnisme infantile. Il était décrit dans les manuels de pédiatrie comme une maladie, avec ses symptômes digestifs, ses complications neurologiques, ses signes radiologiques, son diagnostic souvent difficile, son pronostic parfois sombre, son traitement discuté par chélation. Il apparaît désormais dans les articles d'épidémiologie sous la forme de probabilité de points de quotient intellectuel perdus, de scores moyens plus élevés sur des échelles d'évaluation de l'humeur, de journées d'absence de l'école plus fréquentes, de comportement inadapté en classe plus souvent relevé. Des études, certes controversées, ont même établi l'existence d'une association statistique entre intoxication au plomb dans l'enfance et risque d'actes déviants à l'adolescence, ce qu'on explique par les tendances agressives supposées résulter de l'altération du fonctionnement neuronal, au point que certains, aux États-Unis, attribuent à la présence de ce métal dans l'environnement des familles pauvres les niveaux élevés de délinquance et de criminalité qui y sont observés[12]. Mais est-on encore dans le domaine de la pathologie ? Le problème n'est-il pas désormais plus social que médical ? Toujours est-il qu'une seconde logique se dessine : l'invention d'une nouvelle réalité qui ne se situe plus dans le domaine de la clinique, mais relève de ce qu'on appelle la bio-statistique, ou peut-être serait-il d'ailleurs plus juste de parler ici de socio-statistique. Non plus une maladie diagnostiquée par les pédiatres mais un problème repéré par les épidémiologistes.

C'est donc cette double logique de découverte, mettant au jour des cas jusque-là méconnus, et d'invention, redéfinissant

la nature même du problème, qui explique qu'on soit passé en un peu plus d'une décennie de 10 à 85 500 enfants affectés par le saturnisme infantile. Mais les 85 500 enfants mentionnés par celle-ci n'ont plus guère à voir avec les 10 soignés par celle-là. Ils n'ont même rien en commun en termes de manifestations pathologiques et en termes de vie future. Le paradoxe le plus remarquable de cette évolution est en effet que plus le nombre d'enfants présentant une intoxication au plomb augmente et plus le nombre d'enfants souffrant de la maladie saturnine diminue. Si les premiers sont, au début du vingt-et-unième siècle, plusieurs dizaines de milliers, les seconds ont pratiquement disparu des hôpitaux. On serait dès lors tenté de dire que les pédiatres peuvent maintenant, à juste titre, affirmer que le saturnisme infantile est une maladie rare alors même que les experts déclarent au contraire que c'est un problème prioritaire. En effet, le développement d'un dispositif de surveillance nationale a permis à la fois de reconnaître bien plus d'enfants intoxiqués que ce n'était le cas naguère, et de surcroît bien plus tôt, et de les soustraire, au moins en principe, à leur environnement nocif. En somme, étrangement, beaucoup plus de cas, et bien moins de malades. Au demeurant, on ne traite plus des enfants, mais des logements. Cette dissociation entre cas et malades montre le travail opéré par la santé publique. Il est à la fois extension du domaine du saturnisme infantile, par le double processus de découverte et d'invention, et prise en charge du problème, par le dépistage des enfants exposés et l'intervention sur l'habitat. Transformation conjointe, donc, du savoir et des pratiques.

Mais, pour qu'il y ait travail, il faut qu'il y ait des travailleurs. C'est ici que les témoignages recueillis auprès des acteurs s'avèrent particulièrement intéressants. Dans la mémoire collective des professionnels de santé, tout commence en août 1985 lorsqu'une petite fille de parents maliens âgée de 2 ans est admise dans un hôpital parisien, cette fois, pour une anémie chronique, un retard de croissance et des

douleurs abdominales. Jusqu'à cette date, les rares cas de saturnisme infantile vus en pédiatrie en France avaient reçu un traitement médical, puis, lorsque l'enfant allait mieux, il rentrait chez ses parents avec la recommandation de ne pas le laisser manger des écailles de peinture et on le revoyait quelques mois plus tard en consultation pour s'assurer que l'amélioration se poursuivait. Personne ne se préoccupait de ce que le retour au domicile impliquait une nouvelle exposition au plomb des peintures. Le dossier clinique était en quelque sorte classé sans suite sociale. Dans plusieurs cas, la surveillance révélait la réitération de l'intoxication chez l'enfant ou la survenue de nouvelles pathologies dans la fratrie sans qu'aucune mesure préventive ne fût prise, conduisant parfois à de graves séquelles. Dans le cas de la petite Malienne, cependant, les choses se passent autrement.

La jeune pédiatre, qui a travaillé en Afrique subsaharienne, sait que les anémies par carence en fer peuvent être causées par la géophagie, habitude qui consiste à ingérer de la terre et aussi, par extension, des substances minérales, fréquente chez les enfants de cette région du monde, et elle interroge donc les parents, qui déclarent avoir remarqué qu'en fait ce sont des écailles de peinture que leur petite fille mange. Le dosage de plomb dans le sang confirme alors, à la surprise de l'équipe médicale, le diagnostic de saturnisme. Mais, cette fois, la pédiatre ne se contente pas du traitement médical : convaincue que la dégradation du logement est en cause, elle demande une enquête à domicile. L'assistante sociale du service sollicite et obtient l'autorisation, très inhabituelle dans l'univers hospitalier, de se rendre chez les parents, dans le XI^{e} arrondissement de Paris. Sur place, elle découvre ce qu'elle n'aurait jamais pu imaginer en plein cœur de la capitale : dans une cour intérieure d'un immeuble délabré, un premier bâtiment dont les murs sont étayés par des poutres branlantes et dont le plancher du deuxième étage est partiellement effondré, puis une seconde construction plus petite dont la vétusté

est tout aussi préoccupante. Dans ce squat vivent plusieurs familles africaines, avec des enfants en bas âge parmi lesquels de nouveaux cas d'intoxication au plomb sont découverts. L'assistante sociale entre alors en contact avec le service de protection maternelle et infantile du quartier afin qu'il prenne le relais du suivi des enfants et reloge les résidents de ces taudis. Le médecin de ce service se montre d'abord réticente, cette pathologie lui étant inconnue et le rôle de l'habitat lui paraissant improbable. Mais, tandis que d'autres cas lui sont signalés dans un immeuble voisin du premier, elle finit par s'y intéresser, tout en pensant que la source de l'intoxication est probablement l'eau du robinet. C'est que dans les facultés de médecine de l'époque, on n'enseigne que le saturnisme hydrique[13]. Même les équipes du Laboratoire d'hygiène de la Ville de Paris, mobilisées, se montrent circonspectes : ni le saturnisme infantile ni a fortiori la toxicité des peintures ne font partie de leur corpus savant. La maladie est considérée comme une curiosité, et le plomb dans les logements a disparu, croit-on, avec l'interdiction de la céruse. Il faudra plusieurs années pour que soient enfin reconnus la gravité du problème et le rôle de l'habitat. Mais un trait d'union est établi entre les mondes de la clinique et de la santé publique, grâce notamment à l'intuition d'une pédiatre hospitalière et à la persévérance d'une assistante sociale.

Des enquêtes épidémiologiques sont entreprises. Leurs méthodes sont élémentaires, mais leurs résultats probants. Pour les deux études déjà évoquées concernant les 52 membres des familles du premier squat identifié et les 82 enfants vus en consultation de protection maternelle et infantile, on parle d'épidémiologie descriptive. D'autres études cherchent à identifier la source de l'intoxication saturnine, par exemple, en comparant 40 enfants vus en protection maternelle et infantile et habitant des immeubles insalubres à 40 enfants consultant pour des bilans de santé et censés représenter la population générale infantile, d'où il ressort que seuls les

premiers présentent des plombémies élevées, et l'on parle alors d'épidémiologie analytique. Mais il s'agit dans les deux cas d'une épidémiologie bien artisanale si l'on songe qu'à la même époque, aux États-Unis ou en Australie, on conduit des enquêtes portant sur plusieurs milliers de sujets en utilisant des tests sophistiqués, et notamment des régressions statistiques permettant de tenir compte du rôle de chacune des variables considérées.

Quoi qu'il en soit, au vu des études françaises, on pourrait croire que le nombre croissant d'enfants intoxiqués qui sont repérés par un dépistage efficace impliquant puéricultrices et assistantes sociales et le lien de plus en plus manifeste avec les vieilles peintures que révèlent les prélèvements effectués dans les logements suffiraient à prouver qu'on a affaire à une situation inquiétante dont le mécanisme est bien connu. On serait d'ailleurs d'autant plus enclin à le croire qu'il existe à l'époque une considérable littérature scientifique de langue anglaise qui remonte au début du vingtième siècle, mais qui est alors en plein essor, le saturnisme infantile faisant l'objet d'un renouveau d'intérêt avec la démonstration de la toxicité du plomb à des niveaux bien plus faibles qu'on ne l'imaginait et avec la multiplication de programmes préventifs[14]. Il n'en est rien.

Les résistances sont en effet nombreuses. Elles proviennent aussi bien des autorités municipales que des instances médicales. D'un côté, la direction du logement de la Ville de Paris se trouve confrontée à la pénurie d'habitat social dans la capitale. Reloger des familles s'avère d'autant plus difficile que, d'une part, ce sont les bailleurs qui décident en dernier ressort et que, d'autre part, il s'agit de ménages immigrés pour lesquels existent des quotas de mixité, qu'on n'ose pas dire ethnoraciale, qui ne peuvent être dépassés. Quant à la réhabilitation des logements vétustes, elle ne suscite guère d'intérêt à la fois parce qu'on pense que les remettre en état et les repeindre devrait concerner les locataires ou